

**T.C  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TÜRKİYE YÜKSEK İHTİSAS  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN  
YARDIMCI SAĞLIK PERSONELİNİN YAŞAM KALİTESİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Tezi Hazırlayan  
Murat ZAMAN**

**Tezi Yöneten  
Prof.Dr.Osman GÜNAY**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Haziran 2007  
KAYSERİ**

**T.C  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TÜRKİYE YÜKSEK İHTİSAS  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN  
YARDIMCI SAĞLIK PERSONELİNİN YAŞAM KALİTESİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Tezi Hazırlayan  
Murat ZAMAN**

**Tezi Yöneten  
Prof.Dr.Osman GÜNAY**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Haziran 2007  
KAYSERİ**

**Prof.Dr.Osman GÜNAY** danışmanlığında **Murat ZAMAN** tarafından hazırlanan “**Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Çalışan Yardımcı Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**” konulu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı** Anabilim Dalı’nda **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

08/06/2007

**JÜRİ :**

**İmza**

Üye : **Prof.Dr.Osman GÜNAY**

Üye : **Prof.Dr.Fevziye ÇETİNKAYA**

Üye : **Yrd.Doç.Dr.Vesile ŞENOL**

**ONAY**

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun .....tarih ve ..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

**Enstitü Müdürü**  
**Prof. Dr. Meral AŞÇIOĞLU**

### **TEŞEKKÜR**

Bu araştırmanın her aşamasında büyük katkı ve desteğini esirgemeyen Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr.Yusuf ÖZTÜRK'e, veri toplama aşamasında değerli katkılarından dolayı Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi başhekimi Prof.Dr.Mustafa PAÇ'a ve araştırmaya katılan sağlık personeline, araştırmanın istatistiksel analizlerinin yapılmasındaki katkılarından dolayı Dr.Ahmet ÖZTÜRK'e, araştırmanın tüm aşamalarında bana sonuna kadar destek olan aileme ve yakın arkadaşlarıma teşekkür ederim.

**TÜRKİYE YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN  
YARDIMCI SAĞLIK PERSONELİNİN YAŞAM KALİTESİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**ÖZET**

Araştırma, Ankara ilindeki Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan yardımcı sağlık personelinin yaşam kalitelerini değerlendirmeye yönelik tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmış ve yürütülmüştür. Araştırmada örnekleme yapılmamış, hastanede çalışan bütün yardımcı sağlık personelinin araştırmaya dahil edilmesi hedeflenmiştir. Araştırmada 510 yardımcı sağlık personeliyle ilgili veriler değerlendirmeye alınmıştır. Araştırmaya katılım oranı %90.7 olarak bulunmuştur. Araştırma verileri, SF-36 (Short Form 36) yaşam kalitesi ölçeği ve bireylerin, sağlık, sosyodemografik ve iş yaşamıyla ilgili özelliklerine ilişkin 21 soru içeren araştırmacı tarafından geliştirilmiş anketin uygulanması ile araştırma grubunun kendi bildirimlerine dayalı olarak toplanmıştır. Yardımcı sağlık personelinin, SF-36'nın boyutlarından aldıkları puanlar, sosyodemografik, sağlık ve çalışma yaşamıyla ilgili bazı özelliklere göre karşılaştırılmıştır.

Araştırma grubu, yaşam kalitesinin ruhsal özellikleriyle ilgili boyutlarında düşük, fiziksel özellikleriyle ilgili boyutlarında daha yüksek puanlar almıştır. Erkek sağlık personelinin yaşam kalitesi puanları kadınların yaşam kalitesi puanlarından daha yüksektir. Yaş ilerledikçe, yaşam kalitesi puanları düşmektedir. Bekar sağlık personeli, bütün yaşam kalitesi boyutlarında en yüksek puanı almıştır. Ebe-hemşire grubu, genel sağlık boyutu hariç bütün yaşam kalitesi boyutlarında diğer meslek gruplarına göre daha düşük puan almıştır. Toplam çalışma süresi uzadıkça, yaşam kalitesi puanları düşmektedir. İşini kendine uygun bulan personel, genel sağlık ve fiziksel fonksiyonellik boyutları dışında, bütün yaşam kalitesi boyutlarında, işini kendine uygun bulmayanlardan daha yüksek puan almıştır. Maaşını yeterli bulan personel, genel sağlık, genel ruh sağlığı ve canlılık boyutları dışındaki diğer bütün yaşam kalitesi boyutlarında en yüksek puanı almıştır. Canlılık-fiziksel fonksiyonellik boyutları hariç bütün boyutlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Araştırma grubunun yaşam kalitesi boyutlarından aldıkları puanlar ortalaması yüksek bulunmuştur.

**Anahtar kelimeler :** Yaşam kalitesi, SF-36, yardımcı sağlık personeli

**EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF AUXILIARY HEALTH  
PERSONNEL WORKING IN TÜRKİYE YÜKSEK İHTİSAS  
TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL**

**ABSTRACT**

The research was planned and carried out as a descriptive study, evaluating quality of life of auxiliary health personnel working in Türkiye Yüksek İhtisas Training and Research Hospital in Ankara. There was not any sampling study; it was planned on participation of all of the nursing staff in the hospital. The data, collected from 510 nursing staff during the research, was evaluated. Research's participation rate was found % 90.7. The research data was collected depending on research group's own notices via SF-36 quality of life scale and survey application form. The form was adapted by the researcher. It included 21 questions related to health, socio-demographic and working life features of persons and their quality of life scale. Score of the nursing staff maintained by the SF-36, compared with the characteristics of socio-demographic, health and working life.

The research group had lower score related to psychological domains of quality of life. The group had higher score on psychical domains of the quality of life. Quality of life scores of male nursing staff were higher than the scores of female staff. Quality of life scores decreases through the declining ages. Single nursing staff had the highest score on the whole quality of life size. Mid-wife nursing group had lower scores than the other groups excluding general health size. Quality of life score decreases when the working period increases. The staff endorsing his or her work, excluding general health and physically functioning, had higher scores through overall quality of life dimensions than staff not endorsing the work. The staff accepting salary sufficient had the highest score on the whole quality of life size, except general health, general mental health and liveliness dimensions. A positive relationship was found among all dimensions except liveliness- physically functioning dimensions. Research group's the average scores of quality of life of dimensions was found high level.

**Key words:** Quality of life, SF-36, auxiliary health personnel

## VI

### İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK .....	I
KABUL VE ONAY SAYFASI .....	II
TEŞEKKÜR .....	III
ÖZET .....	IV
ABSTRACT .....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ .....	VIII
KISALTMALAR .....	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. YAŞAM KALİTESİNİN TANIMI VE KAVRAMSAL BOYUTU .....	4
2.2. YAŞAM KALİTESİNİN KAVRAMININ TARİHÇESİ .....	5
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞAM KALİTESİ .....	6
2.3.1. Genel Yaşam Kalitesi .....	6
2.3.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi .....	6
2.3.3. Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi .....	7
2.4. SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİNİN ÖNEMİ .....	7
2.5. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİNİN SINIFLANDIRILMASI .....	8
2.5.1. Hastalığa Özgü Ölçekler .....	8
2.5.2. Genel Sağlık İndeksleri ve Profilleri .....	9
2.5.2.1. Kısa Form-36 .....	9
2.5.2.2. Nottingham Sağlık Profili .....	10
2.5.2.3. Hastalık Etki Profili .....	10
2.5.2.4. Sağlık Yararlanma İndeksi .....	11
2.5.2.5. İyilik Hali Skalası .....	11
2.5.2.6. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi .....	11

## VII

	<u>Sayfa No</u>
2.5.3. Fayda Ölçüm Modelleri .....	11
2.5.3.1. QALYs.....	12
2.5.3.2. DALYs.....	12
2.5.3.3. Q-TWIST .....	13
2.6. SF-36’NIN ULUSLARARASI KULLANIMI.....	13
2.7. SF-36’NIN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ .....	14
2.7.1. SF-36’nın Güvenilirliği .....	14
2.7.2. SF-36’nın Geçerliliği .....	15
2.7.3. SF-36’nın Türkçeye Uyarlanması, Güvenilirliği ve Geçerliliği.....	16
2.8. SF-36’ NIN KULLANIM ALANI.....	17
2.9. SAĞLIK PERSONELİ VE YAŞAM KALİTESİ .....	17
2.9.1. Sağlık Personeli ve Motivasyon .....	18
2.9.2. Sağlık Personeli ve İş Doyumu.....	19
2.9.2.1. İş Doyumunu Etkileyen Bireysel Faktörler .....	20
2.9.2.2. İş Doyumunu Etkileyen Kurumsal Faktörler.....	20
2.9.3. Sağlık Personeli ve Verimlilik.....	21
2.9.4. Motivasyonun İş Başarısı ve Verimliliğe Etkisi .....	21
2.9.5. Yaşam Kalitesi, Motivasyon, İş Doyumu ve Verimlilik İlişkisi .....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	24
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA VE SONUÇ .....	51
6. KAYNAKLAR .....	60
EKLER	
Ek 1. Araştırma Anket Formu	
Ek 2. Araştırma İzin Belgesi	
ÖZGEÇMİŞ	



## VIII

### TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa no</u>
<b>Tablo 2.1.</b> SF-36'nın Cronbach alfa (güvenilirlik) katsayıları .....	15
<b>Tablo 2.2</b> SF-36'nın alt ölçeklerinden elde edilen ortalamalar ve Cronbach alfa katsayıları .....	17
<b>Tablo 3.1</b> SF-36 yaşam kalitesi boyutları.....	26
<b>Tablo 4.1</b> Araştırma grubunun bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı .....	30
<b>Tablo 4.2</b> Araştırma grubunun iş yaşamıyla ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı.....	31
<b>Tablo 4.3</b> Araştırma grubunun, sağlık durumuyla ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı ..	32
<b>Tablo 4.4</b> Araştırma grubunun SF-36 boyutlarından aldıkları puanlar.....	32
<b>Tablo 4.5</b> Araştırma grubunda cinsiyete göre SF-36 boyutlarının puanları .....	33
<b>Tablo 4.6</b> Araştırma grubunda yaş gruplarına göre SF-36 boyutlarının puanları .....	34
<b>Tablo 4.7</b> Araştırma grubunda öğrenim durumuna göre SF-36 boyutlarının puanları.....	35
<b>Tablo 4.8</b> Araştırma grubunda evlilik durumuna göre SF-36 boyutlarının puanları.....	36
<b>Tablo 4.9</b> Araştırma grubunda, oturlan konut durumuna göre SF-36 boyutlarının puanları .....	37
<b>Tablo 4.10</b> Araştırma grubunda, birlikte yaşama durumuna göre SF-36 boyutlarının puanları .....	38
<b>Tablo 4.11</b> Araştırma grubunda, meslek durumuna göre SF-36 boyutlarının puanları.....	40
<b>Tablo 4.12</b> Araştırma grubunda, toplam çalışma süresine göre SF-36 boyutlarının puanları .....	41
<b>Tablo 4.13</b> Araştırma grubunda, nöbetle çalışma durumuna göre SF-36 boyutlarının puanları .....	42
<b>Tablo 4.14</b> Araştırma grubunda, vardiyalı çalışma durumuna göre SF-36 boyutlarının puanları .....	43
<b>Tablo 4.15</b> Araştırma grubunda, işi kendine uygun bulma durumuna göre SF-36 boyutlarının puanları .....	44
<b>Tablo 4.16</b> Araştırma grubunda, maaşı yetrli bulma durumuna göre SF-36 boyutlarının puanları .....	45
<b>Tablo 4.17</b> Araştırma grubunda, kronik hastalık durumuna göre SF-36 boyutlarının puanları .....	46
<b>Tablo 4.18</b> Araştırma grubunda, sürekli ilaç kullanma durumuna göre SF-36 boyutlarının puanları .....	47
<b>Tablo 4.19</b> Araştırma grubunda, bir önceki yıla göre şimdiki sağlık durumuna göre SF-36 boyutlarının puanları .....	48
<b>Tablo 4.20</b> Araştırma grubunda SF-36 boyutları arasındaki korelasyon katsayıları.....	49

**KISALTMALAR**

<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>HAQ</b>	: Sağlık Değerlendirme Anketi
<b>AIMS</b>	: Artrit Etkisini Değerlendirme Ölçeği
<b>MACTAR</b>	: McMaster Toronto Artritli Hasta Öncelik ve Yetersizlik Anketi
<b>WHOQOL</b>	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi
<b>WHOQOL-BREF</b>	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi Kısa Formu
<b>WOMAC</b>	: Batı Ontario ve McMaster Üniversiteleri Artrit İndeksi
<b>VAS</b>	: Görsel Analog Ölçeği
<b>SF-36</b>	: Kısa Form-36
<b>NHP</b>	: Nottingham Sağlık Profili
<b>SIP</b>	: Hastalık Etki Profili
<b>HUI</b>	: Sağlık Yararlanma İndeksi
<b>QWB</b>	: İyilik Hali Skalası
<b>QALY</b>	: Kaliteye Göre Ayarlanmış Yaşam Süresi
<b>DALY</b>	: Sakatlığa Göre Ayarlanmış Yaşam Süresi
<b>Q-TWIST</b>	: Kaliteye Göre Ayarlanmış Toksisitesiz veya Semptomsuz Yaşam
<b>TYİH</b>	: Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
<b>EUROQOL</b>	: Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği
<b>IQOLA</b>	: Uluslararası Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bir kişinin yaşamının tümünün iyiye gittiğine ilişkin hissettiği, subjektif duygu olarak da ele alınabilen yaşam kalitesinin evrensel olarak kabul görmüş tek bir tanımı bulunmamaktadır. Yaşam kalitesi, yaşamdan duyulan hoşnutluk ve mutluluk olarak tanımlanabileceği gibi “bireylerin kültür ve değerler sistemi içinde, kendi durumlarını algılayış biçimleridir” diye de tanımlanabilir. Yaşam kalitesinin kapsamında, insanların fiziksel fonksiyonları, psikolojik durumları, aile içindeki ve dışındaki sosyal ilişkileri, çevreyle etkileşimleri ve inançları bulunur.

Sağlık alanı çalışmalarıyla yaşam kalitesinin birleştirilmesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramına aslında ilk kez Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası’nda (1948) yer alan sağlığın tanımı içinde rastlamaktayız. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireylerin yaşam fonksiyonlarını yerine getirmekteki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental alanı ifade eder. Fiziksel alan, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşları ne kadar yerine getirebildiğini algılaması ile ilgilidir. Sosyal alan, kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derece ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını kapsamaktadır. Mental alan içinde ise depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumlar yer almaktadır.

DSÖ'nün 21.yy. hedefleri arasında, çalışabilir yaştaki nüfusun sağlık durumunu iyileştirmeye yönelik politikalar önemli rol tutmaktadır. Sağlık çalışanlarının gelişimi ve performansı sağlık sisteminin etkili çalışması açısından büyük önem taşımaktadır. Sağlıkta gelişimin odak noktası pozitif sağlıktır. Pozitif sağlık, yaşam kalitesinin sağlıklı bir fiziksel, toplumsal ve ekolojik ortamda sağlıklı yaşam biçimleriyle artırılması anlamına gelir. Başlıca duyarlılık noktası yaşam kalitesinin artırılmasıdır. "Her bireyin sağlıklı, toplumsal, ekonomik ve ruhsal anlamda üretken olması ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olması" gereği DSÖ'nün 21.yy. hedefleri içinde yer almaktadır.

Günümüzde çalışma hayatı, kişilerin yoğun kaygılar yaşadığı bir alandır. Özellikle sağlık hizmetleri alanı; yoğun stresler yaşayan hasta bireylere hizmet vermenin yanı sıra, bu alanda görev yapanların günlük çalışmalarında sık sık stres yaratıcı olaylarla karşı karşıya kalmaları nedeniyle, diğer iş ortamlarından farklılık göstermektedir. Çok farklı hastalarla farklı ortamlarda karşılaştıkları için yardımcı sağlık personeli, daha stresli ortamlarda daha fazla bulunma durumunda kalmaktadırlar. Çalışma ortamında mutlu olamama, işten doyum sağlayamama, yoğun ve yorucu çalışma, yorgunluk, çocukların eğitimi, çalışma arkadaşlarıyla ilgili sorunlar, iç ya da dış çatışmalar kendine güven duymama yardımcı sağlık personelinde strese neden olan ve yaşam kalitelerini doğrudan etkileyen faktörlerdendir.

Bütün hizmet alanlarında olduğu gibi, sağlık hizmetlerinde de örgütsel düzenlemeler, eğitim ve yasal alanlarda değişiklikler gibi sistemin yapısal boyutunu ilgilendiren çalışmalar ile birey boyutuna da önem verilmesi yoluyla gerçekleşebilir. Hizmetlerin etkinliğinin yanında, göz ardı edilemeyecek bir nokta da hizmetlerin amacıdır. Bu amaç, temelde sağlığın korunması, yükseltilmesi, geliştirilmesi ve özellikle de yardımcı sağlık personelinin bireysel sağlığının korunması, yükseltilmesi ve geliştirilmesiyle ilgilidir.

İşte bu amaç doğrultusunda, sağlık sisteminin en büyük alt sistemini oluşturan yataklı tedavi kurumlarında çalışan yardımcı sağlık personelinin (sağlık memuru, ebe, hemşire, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, sosyal çalışmacı, çocuk gelişimcisi, odyolog, tıbbi teknoloji, sağlık teknikeri gibi), yaşam kaliteleri önem kazanmaktadır. Çünkü hastaya sağlık hizmeti verecek sağlık personelinin verimli ve etkili çalışabilmesi için öncelikle kendi yaşam kalitesinin yüksek olması, motive olması açısından önemlidir.

Bu araştırmada; yataklı tedavi kurumlarında çalışan yardımcı sağlık personelinin, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin ölçülmesi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin saptanması ve sosyodemografik, sağlık ve çalışma yaşamına ilişkin bazı özelliklerle yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. YAŞAM KALİTESİNİN TANIMI VE KAVRAMSAL BOYUTU**

Bireyin, doğduğu andan ölümüne kadar olan sürede, sağlık durumunun, nitel ve nicel olarak ölçümü; hekimler, epidemiyologlar, istatistikçiler, psikologlar, demografistler ve ekonomistler için önemli bir araştırma konusudur.

Yaşam, kalitesi bireyin içinde bulunduğu fizik çevre ve sosyoekonomik durum gibi birçok faktörü içine alan çok boyutlu bir kavramdır (1). Yaşam kalitesinin, günümüzde üzerinde anlaşılmış ortak bir tanım bulunmamakla birlikte; kişinin yaşamının tümüyle iyi gittiğine ilişkin hissettiği öznel duygu, yaşam kalitesi olarak tanımlanmaktadır. Burada kişinin içinde bulunduğu durum ve bu durumla ilgili beklentileri önem taşımaktadır. Bu ikisinin arasındaki farkın kişinin yaşam kalitesini gösterdiği düşünülmektedir (2).

Yaşam kalitesi, genel bir iyilik hali olmasının yanında bir çeşit memnuniyeti simgelemektedir. Yaşam kalitesi kavramı ile sağlığın, fiziksel, maddi, ailesel, duygusal iyilik hallerinin nesnel ve öznel olarak değerlendirilmesi anlaşılmaktadır. Nesnel değerlendirmeler, kişilerin fiziksel sağlığı, geliri, içinde yaşadığı konutun kalitesi, arkadaşlık ilişkileri, fizik aktivite, sosyal roller, politik ortam gibi yaşam koşullarının tanımlanmasına dayanır. Öznel değerlendirmeler ise, bu koşullardan kişinin aldığı tatmini anlatmaktadır (3).

Yaşam Kalitesi fiziksel, duygusal, kültürel, ekonomik, mistik, sosyal ve kişinin hissedebildiği iyi yaşam kavramı ile yakından ilişkilidir ve şahsa özgüdür. Duygu, düşünce gibi yaşam temsil eden öznel konular başkalarınca gözlenemez, bu yüzden değerlendirmede en çok başvurulan yöntem, bireyin kendini tanımlamasıdır Yaşam kalitesi, bir bütün olarak yaşamın öznel değerlendirilmesidir. Başka bir ifadeyle bireyin kendi yaşamına ilişkin doyumunu anlatmasıdır (4).

## **2.2. YAŞAM KALİTESİNİN KAVRAMININ TARİHÇESİ**

Son yıllarda özellikle gelişmiş toplumlarda bilim ve yönetim çevrelerinin üzerinde çalışmakta oldukları bir alan olarak, yaşam kalitesi kavramıyla sıkça karşılaşılmakta ve bu konuyla ilgili bir çok araştırma yapılmaktadır.

Sağlık durumunun değerlendirilmesinde fizik ve klinik muayenenin ötesindeki günlük aktiviteler, kendine bakabilme ve aktif iş hayatında çalışabilme gibi sosyal etkenleri dikkate alan ölçeklerin ilk örneği 1947 yılında önerilen Karnofsky Performans Ölçeği'dir (5).

Hastanın sağlık durumunu 0 (ölüm) ile 100 (hastalık belirtisi yok) arasında skorlayan ve klinisyen tarafından değerlendirilen bu basit ölçeğin arkasından izleyen yıllarda, fonksiyon yeterliliği ve günlük yaşam aktivitelerini değerlendiren çok sayıda ölçek geliştirilmiştir. Bu ilk ölçekler halen bazı kaynaklarda yaşam kalitesi ölçekleri olarak tanımlansalar da, şu anda kullanımda olan ölçekler ile karşılaştırıldığında sağlıklı olma durumunu bütünsel olarak değerlendirmekten uzaktırlar (6).

Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile) ya da Nottingham Sağlık Profili gibi sağlığı göreceli olarak daha bütünsel algılayan ve fiziksel fonksiyon görebilmenin yanı sıra stres, yaşamdan haz alma ve psikolojik bulguları da kapsayan ölçeklerin geliştirilip kullanılmaya başlanması 1970'li yılların sonlarına doğru olmuştur (6). Şu anda da yaygın olarak kullanılan Görsel Analog Ölçeği (Visual Analogue Scale – VAS), ilk defa 1976 yılında tanımlanmış ve meme kanseri hastalarında kullanılmıştır. Bu ölçek termometre benzeri dikey bir çizgi üzerinde 'en iyi' ve 'en kötü' olarak tanımlanan sağlık durumlarının gösterir. Hastalardan kendi sağlık durumlarını bu ölçek üzerinde işaretlemeleri istenir (7).

Yukarıda söz edilen çalışmalar, sonraki yaşam kalitesi araştırmalarının temelini oluşturmuş, üretilen kuramsal modeller doğrultusunda çok sayıda yeni araştırma ölçeği

önerilmiştir. Bunlar arasında yaşam kalitesini, bireyin yaşamdan beklentileri ile elde ettikleri arasındaki fark ile ilişkilendiren ‘beklenti modeli’, bireylerin yeterlilik ve gereksinimlerini karşılayabilme düzeyleri ile ilişkilendiren ‘gereksinim modeli’ ve en önemlisi teorik dayanağını karar-alma teorisi’nden alan ‘tercihe-dayalı ölççekler’ sayılabilir (8). Yeni geliştirilen yaşam kalitesi ölççeklerinin ortak özelliği, duygulanım, stres düzeyi, yüklenilen sosyal rol ve bilişsel fonksiyonlar gibi sağlığın öznel bileşenlerinin yoğunlukla dikkate alınması ve bunların fiziksel sağlıkla ilişkilendirilmesidir (8).

DSÖ’nün bireyin iyilik halini, öznel yaşam kalitesini tanımlama ve ölçme çabaları ise 1980 yılı ortalarında başlamıştır. Yaşam kalitesi ölçümleri tıp, hemşirelik ve sağlık çalışanlarının ilgilendiği; tedavi hizmetlerinde, doktor hasta ilişkilerinin iyileştirilmesinde, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde, araştırmalarda, tedavi yöntemlerinin zaman içindeki etkilerinin karşılaştırılmasında, sağlık politikalarının etkilerinin değerlendirilmesinde ve maliyet analizlerinde kullanılmaktadır (9).

### **2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞAM KALİTESİ**

#### **2.3.1. Genel Yaşam Kalitesi**

Genel olarak nüfusun, yaşam kalitesini değerlendirir. Ölçümler fonksiyonel durumu, kaynaklara ve olanaklara ulaşmayı ve iyi hal duygusunu kapsamaktadır. gelir düzeyi, sosyal olanaklar, politik ortam, çevre koşulları ve kişisel inançlar genel yaşam kalitesinin içinde değerlendirilirler (8).

#### **2.3.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi**

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlığın bireylerin fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeteneklerini ve bireylerin yaşamlarındaki algıladıkları fiziksel, mental ve sosyal alanı ifade eder. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ölçütleri, sağlık programları, tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve ekonomik değerlendirme çalışmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır (8,10).

Genel yaşam kalitesi kavramında olduğu gibi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi konusunda da kabul görmüş evrensel tek bir tanım bulunmamaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bileşenlerine ilk kez, 1948 Dünya Sağlık Örgütü Anayasası’nda yer alan sağlığın tanımı içinde rastlamaktayız (1).



Dünya Sağlık Örgütü sağlıkla ilgili yaşam kalitesini; içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından, bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması olarak tanımlamaktadır. Tanımlama konusunda belirli bir fikir birliği olmasa da, araştırmacıların çoğu sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin çok boyutlu, öznel ve dinamik bir kavram olduğunda birleşmektedir (10).

Tıbbın giderek ilerlediği günümüzde, sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, kişilerin yaşam kalitelerinin arttırılmaları da hedeflenmektedir. Bu nedenle de iyilik hali ve yaşam kalitesini ölçülebilmesi konusunda giderek artan çaba gösterilmektedir (9).

### **2.3.3. Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi**

Özel bir hastalık, durum veya tedavi için geliştirilmiş olan hastalığa özgü yaşam kalitesi değerlendirmeleri daha dar kapsamlı olmasına rağmen, en ince ayrıntıları bile değerlendirmektedir. İnce ayrıntıları içermesi nedeniyle daha duyarlıdır. Önemli küçük klinik değişiklikleri saptayabilir ve elde edilen bilgiler klinik kararlar açısından rahatlıkla kullanılabilir.

Hem genel yaşam kalitesinin hem de sağlıkla ilgili ve hastalık/ semptom/ tedaviye özgü yaşam kalitesinin birlikte değerlendirildiği modeller vardır. Böyle bir model, hem yaşamın yorumlanmasını hem de yaşam kalitesinin daha özel ve ayrıntılı değerlendirilmesini sağlar (8).

## **2.4. SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİNİN ÖNEMİ**

Yaşama anlam veren değerlerin başında sağlık gelmektedir. Sağlık sektörü ve sağlık hizmetlerinin amacı ise, yaşama anlam katan bu değerlerin korunması ve geliştirilmesidir. Bireysel açıdan baktığımızda hastalara uygulanan tedavinin üç temel amacı bulunmaktadır. Uygulanan tıbbi girişimlerin sonucunda, hastaların yaşam sürelerinin uzayacağına, ileride sağlık durumlarının bozulmasını önleyeceğine ve onların kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayacağına inanırız. Bu üç amaçtan ilk ikisine ne kadar ulaştığımızı ölçmek nispeten kolaydır. Ancak tıbbi girişimlerdeki amaçlarımıza bir bütün olarak baktığımızda, bu tip bir değerlendirmenin eksik olacağı açıktır. Bu nedenle, kişilerin bir hastalık nedeniyle ya da uygulanan tedavi sonrası kendilerini nasıl hissettiklerinin, günlük yaşam aktivitelerini ne derece yapabildiklerinin de değerlendirilmesi gerekmektedir (9).

Yaşam kalitesi ölçütleri ekonomik değerlendirmelerde maliyet – yarar analizinin temel verisini oluşturmaktadır. Başta İngiltere, Avustralya ve Kanada olmak üzere bir çok ülke sağlık sistemlerinde yeni ilaç ve diğer sağlık teknolojilerinin sağlanmasına karar verirken, bu teknolojilerin ekonomik değerlendirilmesinin maliyet – yarar analizleri temelinde ya da diğer deyişle yaşam kalitesi bazında yapılması koşulunu uygulamaktadır. İngiltere’de 1998 yılından beri işlev veren National Institute for Clinical Excellence (NICE) buna iyi örnek oluşturur. Bu değişime ayak uydurmak amacıyla, çokuluslu ilaç şirketleri son yıllarda yeniden yapılanmaya giderek araştırma – geliştirme grupları içinde ürünlerinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini (ve buna paralel olarak da maliyet – yarar analizlerini) değerlendirmekle görevli özel birimler oluşturmuş, pazarlama stratejilerini de bu yönde geliştirmeye başlamışlardır (8).

## **2.5. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİNİN SINIFLANDIRILMASI**

### **2.5.1. Hastalığa Özgü Ölçekler**

Osteoartrit, romatoid artrit, ankilozan spondilit, fibromiyalji, osteoporoz gibi sık rastlanılan hastalıklarda sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Kullanımı daha çok klinik araştırmalarla sınırlı bu ölçeklerden bazıları şunlardır.

#### **Sağlık Değerlendirme Anketi (Health Assessment Questionnaire, HAQ)**

Özellikle yetişkin artritli hastalarda kullanılır. Sağlık sonuçlarının özürlülük ve rahatsızlık gibi tüm boyutlarını değerlendirebilir. HAQ'in özürlülük indeksi (20 soru), ağrı skalası (1 soru) ve global sağlık durumunu (1 soru) değerlendiren alt bölümleri mevcuttur (11,12).

#### **Artrit Etkisini Değerlendirme Ölçeği (Arthritis Impact Measurement Scale, AIMS)**

AIMS'in mobilite, fiziksel aktivite, beceri, sosyal rol ve sosyal aktivite, günlük yaşam aktiviteleri, ağrı, depresyon ve anksiyete olmak üzere dokuz bölümü vardır. AIMS skalası beş faktöre ağırlık verir. Bunlar; üst ve alt ekstremitte fonksiyonları, hastalıktan etkilenme, semptomlar ve sosyal ilişkilerdir. AIMS'in gözden geçirilmiş şekli olan AIMS 2, artritli hastaların sağlık durumunu değerlendirmek için geliştirilmiştir. Daha geniş kapsamlıdır (11).

### **MACTAR (McMaster Toronto Arthritis patient preference disability questionnaire)**

Bu ankette kısıtlılıklar hastanın kendisi tarafından seçilir. ilk değerlendirmede açık uçlu sorularla her hastanın spesifik fonksiyonel öncelikleri belirlenir. MACTAR; hastanın seçtiği bozulmuş olan aktivitelerindeki değişiklikleri ölçen fonksiyonel bir indekstir. Sosyal, duygusal durum ve genel sağlıkla ilgili sorular da içerir (13).

### **WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index)**

Kalça ve/veya diz osteoartritinde, osteoartritle ilişkili özür lülüğü değerlendiren sağlık durum ölçütüdür. İlk olarak 1982'de geliştirilen WOMAC indeksinde daha sonra çeşitli gözden geçirme ve değişiklikler yapılmıştır. Son versiyonu WOMAC 3.1'dir (14). WOMAC indeksi, farmakolojik, cerrahi ve fizik tedavi alanındaki çeşitli girişimleri takiben sağlık durumunda oluşan anlamlı değişiklikleri saptar (15).

### **Lequesne İndeksi (Lequesne Algofunctional Index)**

Kalça ve diz için farklı iki formu mevcuttur. Anket üç bölümden oluşur. Bunlar; ağrı veya rahatsızlık, maksimum yürüme mesafesi ve günlük yaşam aktiviteleridir. İki form arasında günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili sorular farklı olup, diğerleri aynıdır (16). Bu ölçeklerden başka bazı ölçekler de klinik çalışmalarında kullanılmaktadır.

## **2.5.2. Genel Sağlık İndeksleri ve Profilleri**

Profil değerlendirmeler bireyin o anki sağlık durumunu belirlemeye yönelik tanımlayıcı skorlama sistemleridir. Profil ölçekler kullanılarak elde edilen veriler, bilimsel çalışmalarda farklı hasta gruplarının değişik zaman aralıklarındaki sağlık düzeylerini karşılaştırmada kullanılabilir.

### **2.5.2.1. Kısa Form-36 (Short Form-36, SF-36)**

SF-36 genel sağlık ölçütleri içerisinde en yaygın kullanılanıdır. Yaşam kalitesini değerlendirmede geçerli ve oldukça sık kullanılan bir ölçüttür. Herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü değildir. Genel sağlık kavramlarını içerir. Klinik uygulamada ve araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması, duygusal rol kısıtlaması, vücut ağrısı, sosyal fonksiyon, mental sağlık, canlılık, genel sağlık olmak üzere sekiz alt skalada 36 soru içerir (17). Fiziksel fonksiyon; yıkanma ve giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirebilme,

fiziksel rol kısıtlaması; fiziksel sağlığın bozulmasının sonucu olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde karşılaşılan sorunlar, duygusal rol kısıtlaması; duygusal sorunların sonucu işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar, vücut ağrısı; ağrı olması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olması, sosyal fonksiyon; fiziksel ve duygusal sorunlara bağlı olağan, toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması, mental sağlık; sürekli sinirlilik ya da depresyon yada sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme duyguları, canlılık; sürekli yorgun ve bitkin yada canlı ve enerjik hissetme duyguları, genel sağlık; sağlığın iyi, kötü yada mkemmел olduğuna inanmayla ilgilidir (18).

SF-36'nın son 4 haftayı değerlendiren standart versiyonunun yanı sıra son 1 haftayı değerlendiren akut versiyonu da mevcuttur. SF-36'ya daha kısa birer alternatif olarak 12 sorudan oluşan SF-12 ve her alt skalanın birer soru ile temsil edildiği 8 sorudan oluşan SF-8 formları da bulunmaktadır. SF-36'nın Türkçe geçerlilik alışması Koçyigit ve arkadaşları (19) tarafından yapılmıştır.

#### **2.5.2.2. Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile, NHP)**

Hasta tarafından algılanan duygusal, sosyal ve fiziksel sağlık problemlerini değerlendirir. Enerji, ağrı, fiziksel mobilite, uyku, duygusal reaksiyonlar ve sosyal izolasyondan oluşan altı kategoride cevapları evet/hayır şeklinde olan 38 sorudan oluşur. Ankette o anki yakınmalar sorgulanır. Belirli alanlara verilen pozitif cevaplar şiddeti değerlendirmede kullanılır veya altı kategorinin toplamı bir profil olarak verilebilir (12). NHP, zellikle Sağlık Değerlendirme Anketi (Health Assessment Questionnaire, HAQ) gibi hastalığa spesifik ltlerle karşılaştırıldığında zaman içerisindeki klinik değişime daha az duyarlıdır (13). NHP'nin Türkçe'ye adaptasyonu ve psikometrik zellikleri Küçükdeveci ve ark.(20) tarafından çalışılmıştır.

#### **2.5.2.3. Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile, SIP)**

Hasta tarafından algılanan sağlık durumunun davranış esaslı ölümünü sağlar. 12 alanda 136 soru içerir. Bu alanlar; fiziksel boyut (3 alan), psikososyal boyut (4 alan) ve diğer 5 tanesi de bağımsız alanlardır. Total skor ve alan skorları ayrı ayrı hesaplanabilir. Yüksek skor sağlık durumu üzerine daha fazla hastalık etkisini gösterir. Ankette, o gün sorgulanmaktadır. Değişime duyarlılığı sınırlı olmakla birlikte SIP geçerli ve güvenilirdir (12).

#### **2.5.2.4. Sağlık Yararlanma İndeksi (Health Utilities Index, HUI)**

HUI, sağlık durumunu ölçmek, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmek ve yararlanma skorları oluşturmak amaçlı genel bir sağlık profilidir. Tedavi edilen hastaların tecrübelerini, hastalık ve tedavi ile ilgili uzun dönem sonuçlarını, sağlık girişimlerinin etkinlik ve geçerliliğini ve genel popülasyonun sağlık durumunu tanımlamak amacıyla geliştirilmiştir. HUI2 ve HUI3 olmak üzere iki sistemden oluşur. HUI2'de duyu, mobilite, kendine bakım, emosyon, bilişsel durum, ağrı ve fertilitate alanları, HUI3'de ise görme, işitme, konuşma, ambulasyon, hüner, emosyon ve bilişsel durum alanları bulunmaktadır. Bu iki sistem birbirinden bağımsız, fakat birbirini tamamlayıcıdır (21).

#### **2.5.2.5. İyilik Hali Skalası (Quality of Well-Being Scale, QWB)**

Genel sağlık sonuçlarını değerlendirmek için kullanılır. Mobilite, fiziksel aktivite ve sosyal aktivite olmak üzere üç fonksiyonel komponenti değerlendiren 31 sorudan oluşur (12).

#### **2.5.2.6. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL)**

Bireyin kendi yaşam kalitesini nasıl algıladığını değerlendiren bir ankettir. 100 sorudan oluşan WHOQOL ve bunun 27 sorudan oluşan kısaltılmış şekli olan WHOQOL-BREF olmak üzere iki formu vardır. Ankette son 2 hafta sorgulanır. WHOQOL ve WHOQOL-BREF'in Türkçe geçerliliği değerlendirilmiştir (21,22). WHOQOL-BREF'in fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevresel alanlar olmak üzere dört geniş ilgi alanı vardır. Anket, hastalığın etkisini olduğu kadar yaşam memnuniyetini değerlendirir. Yaşam kalitesinin pozitif ve negatif yönlerini belirler (23).

#### **2.5.3. Fayda Ölçüm Modelleri**

Bunlar, sağlık statusüne rakamsal değer vermek isteyen ekonomistlerin geliştirdiği bir seri ekonometrik ölçekleme teknikleridir. Bunlar arasında en iyi bilinenleri Quality Adjusted Life Years (Kaliteye Göre Ayarlanmış Yaşam Süresi) (QALY's), son zamanlarda Dünya Bankası'nın geliştirdiği Disability Adjusted Life Years (Sakatlığa Göre Ayarlanmış Yaşam Süresi) (DALY's) ile The Quality-Adjusted Time Without Symptoms or Toxicity (Kaliteye Göre Ayarlanmış Toksisitesiz veya Semptomsuz Yaşam) (Q-TWIST)'dir (24-26).

Yaşam Kalitesi Ölçümleri ile Fayda Ölçümleri arasında ayırım yapmak gereklidir. Yaşam kalitesi, kişiye uygulanan bir tedavinin kişinin günlük yaşamındaki etkisini ölçmeyi amaçlamasına karşın, fayda ölçümleri yaşam kalitesi ve miktarına bağlı olarak QALYs'ın ölçülmesine dayanan ekonomik bir anlayıştır.

### **2.5.3.1. QALYs (Quality Adjusted Life Years)**

Benzer tıbbi şartlardaki hastalara sunulan tıbbi bir prosedürün veya farklı tıbbi uygulamaların maliyet/fayda oranlarına göre karşılaştırılarak, kabul edilebilir sağlık hizmetlerinin değerinin sayısal bir açıklaması olup, Rachel Rosser tarafından ortaya atılmış, daha sonra York Üniversitesi'nden (İngiltere) Alan Williams ve McMaster Üniversitesi'nden (Kanada) Torrance tarafından geliştirilmiştir (27). QALYs, beklenen ömür süresini hayatın beklenen kalitesi ile birleştirerek tek bir ölçü içinde göstermeye çalışır. Mevcut olan kaynakların kullanımında ve yeni kaynakların dağılımında etkinlik sağlar. Sağlık alanında hayatın kalitesi ve sağlığın ölçülmesinde kullanılan bu yaklaşım ekonomik yaklaşım olarak da adlandırılmaktadır (28).

Fayda ölçümlerinin değeri, diğer değerlere kolayca çevrilebilen, maliyet-etki ve maliyet fayda analizlerinde kullanılan ve Kaliteye göre Ayarlanmış Kazanılmış Yaşam Yılları (QALY) olarak bilinen, aralıklı ölçek verisi oluşturabilmesidir. Bir yıllık mükemmel sağlık, QALY'de 1.0'dir. Bu tür hesaplamalar, sağlık durumlarının matematiksel olarak karşılaştırılabilmesine olanak sağlar. Fayda ölçümleri maliyet verileriyle birleştirildiğinde, QALY başına maliyet birimi karşılaştırması ortaya çıkar. Rakamsal basitliğine karşın, fayda ölçümleri, seçim değerlendirmesinde kullanılan araştırma metoduna olduğu kadar davranışlar, rakamsal beceriler, duygular ve hasta ön yargılarına karşı da hassastır (29).

### **2.5.3.2. DALYs (Disability-Adjusted Life Years)**

DALY bir kişinin erken ölmesi nedeni ile kaybetmiş olduğu yıllar ile herhangi bir rahatsızlığı nedeni ile sakat olarak sürdürdüğü yaşam yıllarının birlikte ifade edildiği bir ölçüdür. DALY insidans/prevalans perspektifine dayalı kalarak, hem çeşitli hastalıkların neden olduğu erken ölümlerden dolayı kaybedilen yaşam yılları, hem de ölümlerle sonuçlanmayan durumlarda hastalık, kaza veya yaralanmaların neden olduğu işlev kaybı ve sakatlıkları bir arada değerlendirmeye yarar. DALY hem maliyet hem de sağlık etkilerinin beraberce kullanıldığı bir ölçü olduğundan farklı sağlık müdahaleleri

sonucu ilave sağlıklı bir yaşam yılı üretebilmek için gerekli maliyetlerin karşılaştırılmasına yardımcı olmaktadır (30).

DALY hesaplamaları Dünya Sağlık Örgütü'nün Dünya Bankası destekli projeleri kapsamında halen tüm dünyada yapılmakta ve genel bir konsensüs oluşturulmaya çalışılmaktadır (30).

QALY hesaplamalarında 1 “tam sağlık durumunu” ifade ederken, DALY’de “tam engellilik” durumu veya “ölüm” anlamındadır. 0 değeri QALY’de en düşük sağlık değeri olan ölümlü anlatırken, DALY ölçeğinde engelliliğin en az olması veya tam sağlığa yakın durumu ifade etmektedir (31).

### **2.5.3.3. Q-TWIST (Quality Adjusted Time Without Symptoms of Disease or Toxicities of Treatment)**

Verilen tedavinin toksik etkilerinin görülmediği dönemdeki yaşam kalitesini ölçen Q-TWIST metodu, hastalara sağlanan yaşamsal destek ile hastaların beklenen yaşam süreleri ve yaşam kalitelerinin tam olarak örtüşmediğinin saptanmasından sonra 1986 yılında hekimlerin tıbbi çekişmeleri sonucunda ortaya çıkmıştır. Harvard tıp fakültesi profesörlerinden Richard D. Gelber bu metodu ilk olarak ortaya atmıştır. Gelber özellikle kanser hastalarında uygulanan kemoterapinin hastalara yaşamsal destek sağlarken, bu yaşamsal avantajların beklendiği kadar büyük olmadığı ve birçok hastalıkta kullanılan ilaçların tolare edilemez yan etkilerinin olduğunu savunmuştur (32).

### **2.6. SF-36 (SHORT FORM-36)'NİN ULUSLARARASI KULLANIMI**

SF-36 Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilip kullanıma sunulduktan sonra, Uluslararası Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi (International Quality of Life Assessment; IQOLA) Projesi adı altında, uluslar arası kullanımının yaygınlaşması amaçlı bir çalışma başlatılmıştır. Bu proje kapsamında bir çok ülkenin katılımıyla SF-36'nın uyarlanması ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları başlatılmıştır. SF-36 önce İngiltere için İngilizce'ye uyarlanmış ve geçerliliği ve güvenilirliği sınanmıştır (33). Daha sonra SF-36'nın Fransızca, Avustralya için İngilizce, Danimarkaca, Flamanca, Almanca, İsveççe, İtalyanca, Japonca, Kanada için Fransızca ve İngilizce, İspanyolca, Hong Kong için Çince, Amerika için Çince, Norveççe, İbranice ve İskoçya için İngilizce versiyonları hazırlanıp söz konusu ülkelerde kullanıma sunulmuştur. Bunların içinde bir kısmı

geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını tamamlamış, bir kısmı ise bu çalışmalarını sürdürmektedir. Bu çeviri ve uyarlama işlemi sırasında Japonca versiyonu, fiziksel fonksiyon maddelerinin çok farklı olması ve yaşam kalitesinin fiziksel ve ruhsal bileşenlerinin ayrımını daha iyi yapabilmesi amacıyla orijinal biçiminden değişik olarak hazırlanarak Versiyon 1.2 olarak kullanıma sunulmuştur (34).

SF-36'nın adı geçen ülkelerdeki çeviri ve uyarlama çalışmaları sırasında karşılaşılan sorunlar, fiziksel fonksiyon değerlendirmesinde Amerika Birleşik Devletleri dışında pek aşına olunmayan etkinliklerin verilmesi ve kaynak versiyonda günlük konuşma dilindeki ifadeler yer verilmesi olarak tanımlanmıştır ve bu sorunları aşmak için her iki dili iyi bilen deneklerin düşüncelerine başvurulmuş ve bu çerçevede olabildiğince uyarlama yoluna gidilmiştir (35).

SF-36'nın Türkçe için bedensel hastalığı (romatizmal hastalığı) olanlarda geçerlilik ve güvenilirliği ise Koçyiğit ve arkadaşları (19) tarafından değerlendirilmiştir. Türkiye'de SF-36'nın gerek ülke standardizasyonu çalışması ve gerekse çeşitli klinik çalışmalar sürdürülmektedir.

## **2.7. SF-36'NİN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ**

### **2.7.1. SF-36'nın Güvenilirliği**

SF-36'nın güvenilirlik çalışmalarında en sık kullanılan yöntem iç tutarlılık yöntemi olan Cronbach alfa katsayısının hesaplanmasıdır. Bu çerçevede yapılan istatistiksel analizler anlamlı kabul edilen 0.70'in üzerinde bulunmuştur. Tablo 1'de SF-36'nın Cronbach alfa katsayıları için bazı örnekler verilmiştir. Çoğu çalışmada alt ölçeklerin her biri için ayrı ayrı hesaplama yolu yeğlenmiştir, ancak çok nadir olarak alt ölçeklere yönelik ayrı birer madde gibi işlem yapılarak tek bir Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Bazı çalışmalarda ise katsayının kritik değerin üzerinde olması ölçüt alınarak buna göre bildirilmiştir (36).



**Tablo 2.1** SF-36'nın Cronbach alfa (güvenilirlik) katsayıları

Uygulanan Çalışma	Kaynak	Cronbach $\alpha$ katsayısı
Orijinal geliştirme çalışması	Ware ve ark. 1993	0.62-0.94
İngiltere versiyonu (genel toplum)	Braizer ve ark. 1992	0.60-0.81
Fransızca versiyonu (astım)	Bousquet ve ark. 1994	0.91
Almanca versiyonu (genel toplum)	Bullinger 1995	>0.70 <sup>1</sup>
İsveççe versiyonu (genel toplum)	Sullivan ve ark. 1995	>0.80
İspanyolca versiyonu (astım)	Alonso ve ark. 1998	>0.75 <sup>1</sup>
Çince versiyonu (genel toplum)	Ren ve ark. 1998	>0.70 <sup>1</sup>
Norveççe versiyonu (romatoid artrit)	Loge ve ark. 1998	>0.70
Amerika versiyonu (yaşlı toplum)	Andresen ve ark. 1996	0.80-0.92
Avustralya versiyonu (inme)	Anderson ve ark. 1996	>0.70
Amerika versiyonu (diyabet)	Jacobson ve ark. 1994	0.47-0.97
Türkçe versiyonu (romatizmal hast.)	Koçyiğit ve ark. 1999	0.73-0.76

<sup>1</sup> Sosyal fonksiyon için katsayı belirtilen düzeyin altında bulunmuştur.

Tabloda görüldüğü gibi, bazı versiyonlarda, sosyal fonksiyon alt ölçeği Cronbach alfa değeri 0.70'in altında bulunmuştur. Bu durum insanların toplumsal etkinliklerindeki düşmeyi kabul edememelerine ve olduğundan daha iyi gösterme çabalarına bağlanabilmektedir.

### 2.7.2. SF-36'nın Geçerliliği

SF-36 ile ilgili geçerlilik çalışmalarında yöntem olarak daha çok ölçüt geçerliliği, yapı geçerliliği, birlikte geçerlilik ve ayırt edici geçerlilik kullanılmıştır. SF-36'nın Fransızca, Almanca, Japonca, İspanyolca ve Çince versiyonlarında ayırt edici geçerlilik ortaya konmuştur. Ölçeğin orijinaliyle yapı geçerliliği ise Norveççe, Avustralya İngilizcesi, İbranice, Japonca, İsveççe ve İspanyolca versiyonlarında elde edilmiştir. Birlikte geçerlilikte ise hastalığa özgü ölçekler dışında Nottingham Sağlık Profili, Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği (EuroQol), Hastalık Etki Ölçeği (SIP) gibi yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmıştır (36).

### 2.7.3. SF-36'nın Türkçeye Uyarlanması, Güvenilirliği ve Geçerliliği

SF-36'nın İngilizce versiyonu, iyi derecede İngilizce bilen 3 uzman (iki psikiyatri uzmanı ve bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra aynı metin yine iyi derecede İngilizce bilen iki uzman (bir psikiyatri uzmanı ve bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı) tarafından yeniden İngilizce'ye çevrilip karşılaştırılarak bir metin oluşturulmuştur. Daha sonra bu metin Koçyiğit ve arkadaşları (19) tarafından hazırlanan metinle karşılaştırılarak tek metin haline getirilmiştir.

Ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi Fizik Tedavi Rehabilitasyon Polikliniği'ne başvuran ve romatizmal hastalığı olan 100 hasta (50 kronik bel ağrısı ve 50 osteoartrit) üzerinde yürütülmüştür. Hastaların yaşları 20-68 arasında olup yaş ortalaması  $50.44 \pm 12.43$  idi. Bu çalışmada, örneklem grubu, 62 (%62.0) kadın ve 38 (%38.0) erkekten oluşmaktaydı.

SF-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirlik çalışmalarında her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve 0.7324-0.7612 arasında değerler elde edilmiştir (Tablo 2.2). Madde-toplam puan korelasyon katsayıları da her bir alt ölçek için ilgili maddelerle ayrı ayrı hesaplanmıştır. Fiziksel fonksiyonellikde 0.4712-0.7348 arasında, sosyal fonksiyonellikte 0.8353-0.8445 arasında, duygusal rol kısıtlaması'nda 0.6539-0.8257 arasında, fiziksel rol kısıtlaması'nda 0.6883-0.9034 arasında, ağrı'da 0.7887-0.8872 arasında, genel ruh sağlığı'nda 0.6893-0.7815 arasında, canlılık'ta 0.6167-0.7943 arasında ve sağlığın genel olarak algılanması'nda 0.5690-0.7812 arasında bulunmuştur. Maddelerin ait olmadıkları alt ölçeklerin toplam puanlarıyla korelasyonları, ait oldukları ölçeklerle bulunanlara göre daha düşük düzeyde elde edilmiştir. Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda, SF-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilir olduğu kabul edilmiştir (19).

**Tablo 2.2.** SF-36'nın alt ölçeklerinden elde edilen ortalamalar ve Cronbach alfa katsayıları (19)

Alt Ölçek	X± SD	Cronbach alfa değeri
Fiziksel fonksiyon	60.1±20.2	0.7529
Sosyal fonksiyon	55.3±19.3	0.7529
Ağrı	38.9±15.2	0.7602
Vitalite (enerji)	55.9±20.8	0.7324
Rol kısıtlılığı (duygusal)	42.0±29.4	0.7612
Rol kısıtlılığı (fiziksel)	38.5±38.6	0.7576
Mental sağlık	60.4±21.3	0.7610
Sağlığın genel olarak algılanması	49.0±21.9	0.7593

## 2.8. SF-36'NİN KULLANIM ALANI

SF-36 geliştirildiğinden bu yana bir çok klinik çalışmada kullanılmıştır. Ölçeğin içerdiği soruların özelliklerine göre, bazı hastalık ya da hasta gruplarında üstün iken, bazılarında daha az yararlı bulunmuştur. SF-36'nın en çok kullanıldığı klinik araştırmalar arasında; romatizmal hastalıklar, göğüs hastalıkları ve astım sayılabilir (37-39). Ayrıca SF-36 klinik araştırmaların yanı sıra, bireylerin genel sağlık düzeyinin değerlendirilmesi için de kullanılabilir.

## 2.9. Sağlık Personeli ve Yaşam Kalitesi

Çalışanların iş doyumunu, mesleki ve bireysel gelişimi, performans değerlendirilmesi, güdülenmesi ve verilen hizmetin kalitesi ile ilgilidir. Bu konuda çalışmalara gereksinim bulunmaktadır. Sağlık insan gücünün moralini yüksek tutmak ve verilen hizmetlerin kalitesini korumak önemli bir yönetim ve eğitim sorunudur (8).

Çalışma koşullarındaki sorunlar ya da iyileştirmeler, genel yaşam koşullarını da etkilemektedir. Buna bağlı olarak işin insancillaştırılması her alanda yaşam koşullarının niteliğinin yükseltilmesini öngören yaşam kalitesinin temel ögesidir (40).

Yoğun dikkat ve özen, teknik bilgi ve beceri gerektiren işlerde çalışıyor olma, bir süre sonra işteki verimlilik ve isteği olumsuz etkileyebilir. Sağlık hizmetlerinin 24 saat süreklilik göstermesi ve ekip çalışmasını gerektirmesi, iyi bir iletişim sisteminin bulunmaması; mesleki doyumunu, iş verimini, kişisel performansı etkileyerek zaman ve ekonomik kayıplar üzerinde son derece etkili olabilmektedir.

Çalışanların iş verimlerini ve ruhsal durumlarını iyileştirmek için çalışma koşullarının düzeltilmesi yaşam kalitesini artırabilir (41). Çalışanların iş dışındaki yaşamının da, onun işine karşı takınacağı tutum üzerinde etkili olacağı ileri sürülmektedir. En önemlilerinden biri de aile yaşamıdır. Aile yaşamında mutlu olmayanlar genellikle işe karşı isteksiz ve kayıtsızdırlar. Yaş ve cinsiyet de çalışma yaşamını etkilemektedir. Bireyin bedensel, maddi, bireysel, duygusal yaşam tarzı ve yaşı stres yaratan öğelerdir ve yaşam kalitesinin belirleyicilerindendir (42).

Çağdaş yönetim anlayışında, örgütü başarılı ya da başarısız yapan en önemli öge olan insanlar, iş ve özel yaşantıları arasında denge aramaktadır. Bu denge hem birey hem de örgüt verimliliğini artırabilir. İnsana önem veren örgütler, çağdaş yaşam koşulları içinde olmaya özen göstermelidirler (43).

Yaşam kalitesi, işyeri ile ilgili bazı örgütsel ve kişisel faktörlerden etkilenmektedir. Bu durumda sağlık personeli ve yaşam kalitesiyle doğrudan ilgili birkaç bileşene değinmek de yararlı olacaktır.

### **2.9.1. Sağlık Personeli ve Motivasyon**

Motivasyonu, kişilerin belirli bir amacı gerçekleştirmek üzere kendi arzu ve istekleri ile davranmaları ya da bir veya birden çok insanı belirli bir amaca doğru devamlı şekilde harekete geçirmek için yapılan çabaların toplamı biçiminde tanımlamak mümkündür (44).

Karmaşık bir yapıya sahip olan hastanelerde temel girdinin insan ve insan hayatı olmasından dolayı, sistemin her bir aşamasında çıktının kalitesi hayati bir öneme sahiptir. Üretim işletmelerinde görülen ıskarta ve hurda kavramının sağlık hizmetlerinde olmaması ve geri dönüşü olmayan hatalara ve büyük kayıplara yol açması nedeniyle, hastanelerde kalitenin sürekli iyileştirilmesi ve bunun için de çalışan personele önem verilmesi kaçınılmazdır. Kaliteli sağlık hizmeti ancak motive edilmiş personel ile sağlanabilir.

Örgütte kişinin motivasyonunu etkileyen iş ortamına ve kişiye bağlı olan faktörler vardır ve bu faktörlerin her bir çalışan üzerindeki etkileri farklı olabilir. Sağlık yöneticisinin öncelikle farklı özelliklere sahip olan personelin örgütteki işiyle ilgili ihtiyaç ve beklentilerini öğrenmesi gereklidir. Örgütte kişiye uygun olarak yapılacak motivasyon çalışmaları çalışanlarda iş sorumluluğunu geliştirmekte ve başarıyı artırmaktadır (45).

Sağlık personelinin güdülenmesinde kullanılacak etmenler dokuz grupta ele alınabilir:

1. İçgüdüsel etmenler,
2. Fizyolojik etmenler,
3. Sosyal etmenler,
4. Psikolojik etmenler,
5. Sosyo-Psikolojik etmenler,
6. Başarı etmeni,
7. Erk etmeni,
8. Bağlanma etmeni,
9. İnanç ve tutum etmeni (46).

Sağlık personelinin daha verimli olmaya ve yüksek bir nitelikte üretmeye doğru motive etme, değişen oranlarda bir seri teşvik araçlarının kullanılmasını gerektirir. Bu araçlar:

1. Ekonomik teşvik araçları ( ücret artışı, primli ücret, kara katılma, ekonomik ödül),
2. Psikososyal teşvik araçları (çalışmada bağımsızlık, sosyal katılma, değer ve statü, gelişme ve başarı, çevreye uyum, öneri sistemi, psikolojik güvence, sosyal uğraşlar),
3. Örgütsel ve yönetsel araçlar (amaç birliği, yetki ve sorumluluk dengesi, eğitim ve yükselme, kararlara katılma, iletişim) (47,48).

### **2.9.2. Sağlık Personeli ve İş Doyumu**

İş doyumunu ile ilgili mevcut tanımların bir çoğunda bu kavram; çalışanın kendini ve işini değerlendirmesi sonucu gösterdiği tutum, duyduğu haz ya da ulaştığı olumlu duygusal durum anlamını içermektedir (48).

İş doyumunu, çalışanın işini değerlendirmesiyle oluşan hoşnutluk ve hoşnutsuzluk duygusu ve hislerinin bir bütünü olarak ele alınmaktadır. İş doyumunu ya da doyumunsuzluğu, kişi, işyeri hakkında daha fazla bilgi elde ettiğinde oluşmakta ve bu nedenle gelişmesi zaman alabilmektedir. Bununla birlikte, dinamik bir kavram olan iş doyumununun, geliştiğinden daha çabuk bir şekilde azalabilmesi de söz konusudur (49).

Sağlık kurumlarında hizmet sunumunun temel belirleyicisi olan personel, verilen hizmetin kalitesini de büyük ölçüde belirlemektedir. Sağlık kurumları gibi, verilen hizmetin kişisel olduğu ve yoğun çabayı gerektirdiği hizmet örgütlerinde etkililiğin sağlanabilmesi için, çalışanlar arasında yüksek bir doyum düzeyi gerekli görülmektedir (50).

Sağlık kurumlarının, tıbbi ve yönetsel boyutlardaki çift yönlü hiyerarşik yapıları; birlikte çalışmak durumunda olan, fakat birbirinden farklı personel gruplarını bünyelerinde barındırmaları, farklı uzmanlık alanlarındaki personelden oluşmaları gibi nedenlerden kaynaklanmakta olan karmaşıklığı; örgütsel davranış değişkenlerini dinamik bir ortamda incelemek isteyen araştırmacılar için zengin bir alan olarak görülmektedir.

### **2.9.2.1. İş Doyumunu Etkileyen Bireysel Faktörler**

İş doyumunu etkileyen bireysel faktörler yaş, cins, medeni durum, meslekte geçen süre, zeka, eğitim, sosyo-kültürel çevre gibi bireysel özelliklerin yanı sıra kişilik, değer yargıları, inançlar, deneyim, kendine uyan iş, çalışanın sosyal yapısı, işe ilişkin özel beklentilerin olmasıdır (51).

### **2.9.2.2. İş Doyumunu Etkileyen Kurumsal Faktörler**

Kurumsal faktörler ise çalışan için işinin anlamı ve işin çeşitli nitelikleridir. Çeşitli meslek gruplarında mesleksi doyumda da farklılıklar vardır. Mesleğin saygınlığının artması, çalışanın kendi işini denetleyebilme yetkisi, çalışma grubunun kendi içinde bütünlük sağlamış olması, iş dışında mesleki topluluk oluşturarak o mesleğe özgü bir dünya yaratabilme olanağının mevcut olması, mesleksi doyumunu arttırmaktadır. Mesleksi doyumun sağlanması, yani kişinin işiyle ilgili duygulanım ve tutumunun olumlu olması, bireysel mutluluğu artırır, bireyin işe bağlanmasını ve hata oranının azalmasını sağlayabilecektir. Mesleksi doyumsuzluk ise işten ayrılma, devamsızlık, sağlık sorunları, kayıtsızlık ya da pasif bekleyiş gibi sonuçlara yol açabilir. Bu durumda bireyler işlerinden ayrılmayabilir ve çalışmaya devam etmeleri, örgütsel performansı ve iş ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilir (52).

Sağlık hizmetleri ve politikaları alanında son yıllarda yaşanan hızlı değişim süreci, beraberinde sağlık çalışanlarının mesleksi doyumsuzluk sorununu da gündeme getirmiştir. Bu değişimle birlikte, sağlık çalışanlarının etkin ve verimli hizmet vermesini engelleyen olumsuz çalışma koşulları ortaya çıkmış, ilişkiler ve ortam sağlıksızlaşmış, ücretler azalırken, iş temposu ve yoğunluğu giderek artmış, mesleğin gereği olarak kabullenilmek durumunda kalınan risklerin ve psikososyal stresin boyutları da büyümüştür (52). Personelin tükenmişlik sendromu mesleki doyumsuzlukla yakından ilişkili bir durumdur ve sağlık çalışanları ve çalıştıkları işyeri için giderek önemli bir

sorun haline gelmeye başlamıştır. Tükenmişlik sendromu; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlık olmak üzere üç boyutta incelenmektedir (53).

Sağlık personelinin mesleki doyum düzeylerini ölçmeye yönelik çalışmaların sayısı dünyada olduğu kadar ülkemizde de artış göstermiş, mesleksel doyumla ilgili çeşitli kuramlar ortaya atılmış ve doyum düzeylerini ölçmeye yönelik çeşitli ölçekler hayata geçirilmiştir (54).

### **2.9.3. Sağlık Personeli ve Verimlilik**

Verimlilik; üretim faktörlerini en uygun bir şekilde kullanarak gerçekleştirilen üretim düzeyi veya daha kısa bir ifade ile “fert başına meydana getirilen fayda” olarak tanımlamakta ve bu tanıma en az iki üretim döneminin birbiriyle karşılaştırılması sonucu bir anlam kazandırılabilceği ifade edilmektedir (55).

Yardımcı sağlık personeli, uzun süreli çalışma, aşırı iş yükü, zaman baskısı, zor ya da karmaşık görevler, yetersiz dinlenme araları, tekdüzelik ve fiziksel olarak kötü iş koşulları (yer, sıcaklık ve ışıklandırma gibi) gibi stresle ilgili risk faktörleriyle karşı karşıyadır (56). Tedavi uygulamaları sırasında, hizmet yoğunluğuna göre değişmek üzere; uzun süre ayakta kalma, nöbetlerde uykusuzluk, beslenme düzensizlikleri gibi faktörler sağlık personelinin sağlık kurumlarındaki verimliliğini yakından etkilemektedir.

### **2.9.4. Motivasyonun İş Başarısı ve Verimliliğe Etkisi**

Örgütte kişinin motivasyonunu etkileyen iş ortamına ve kişiye bağlı olan faktörler vardır ve bu faktörlerin her bir çalışan üzerindeki etkileri farklı olabilir. Örgütte kişiye uygun olarak yapılacak motivasyon çalışmaları çalışanlarda iş sorumluluğunu geliştirmekte ve başarıyı artırmaktadır.

Çalışma ortamının çalışanın motivasyonu, verimliliği ve iş doyumunu üzerinde etkisi son derece büyüktür. Kurum içinde ihtiyaçların karşılanamaması ve engelleyici çalışma koşullarının bulunması saldırganlığa ve çatışmaya yol açabilir. Çalışanların kurum amaçlarını benimsemesinin, iş ve çalışma ortamından memnuniyetine bağlı olduğu söylenebilir (57).

Yapılan araştırmalar, güvenlik duygusu, statü, saygınlık kazanma, toplumsal kabul görme gibi temel gereksinimler ile yapılan ücret ödemeleri arasında çok yakın bir ilişki olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bireyler, paraya, onun değişim gücünün sağladığından daha fazla önem vermektedirler. Çünkü para toplumda statü elde etmek için gerekli olan önemli bir faktördür. Yüksek statü, daha çok saygı, daha çok ilgi topladığından, bireyler için değerlidir. Çalışana yapılan ücret ödemeleri artırıldığında ve çevresindekilerden daha fazla kazanç elde ettiğinde, bu bireyde, başarı ve başarılı olma duygusu gelişmektedir. Personeli örgüte maksimum katkı verme yönünde harekete geçirme sürecinde ücret önemli rol oynamaktadır (57).

Ücret ve diğer yan haklar yoluyla sağlanabilecek motivasyonun yanı sıra, birtakım hizmet işletmelerinde ödüllendirme kapsamında, örneğin takımların faaliyet sonuçlarının diğer iş görenlere duyurulması, eğitim programlarını başarıyla tamamlayan iş görenlere başarı sertifikalarının verilmesi de iş görenlerin motivasyonunu artırmaktadır (58).

Diğer taraftan, iş gören performans değerlendirmelerinin, ölçülebilir davranış ve sonuçlara, iş gören katılımı esaslarına dayalı yapılması ve sonuçlardan iş görenlerin haberdar edilmesi de personel performans düzeylerinin artmasına ve motive edilmelerine olumlu katkıda bulunmaktadır (58).

Günümüzde çağdaş yönetim anlayışı sağlık kuruluşlarını daha esnek, dinamik ve katılımcı olmaya yöneltmektedir. Karar merkezlerinin her kademeye yayıldığı, sağlık kuruluşunda hızlı ve güvenli bir haberleşmenin olduğu, yöneticiliğin profesyonelleştiği ve çalışanların ihtiyaç, istek ve beklentilerinin değişerek ön plana çıktığı bir dönem yaşanmaktadır. Yönetimlerin odak noktasını artık çalışanlar oluşturmaktadır. İnsancıl bir çalışma ortamının yaratılması ve çalışanların uygun çalışma davranışları sergilemeleri bakımından üstlerinin astlarıyla işbirliği içinde çalışmalarını bir zorunluluk haline gelmiştir. Kısaca, günümüzde tüm çalışanların etkin katılımının sağlanması, çalışma yaşamının kalitesinin iyileştirilmesi, çalışanların motivasyonu, çalışanlarda ait olma duygusunun geliştirilmesi sağlıklı ve iki yönlü iletişimin oluşturulması, güvene dayalı şeffaf bir çalışma ortamının yaratılması insan odaklı yönetim felsefesinin temel öğeleri olarak ortaya çıkmaktadır. İnsan kaynağının örgüt amaçları doğrultusunda yönlendirilmesi amacıyla özelliklerinin ve beklentilerinin bilinmesinin sağlık kuruluşları gibi emek yoğun örgütler için hayati öneme sahip olduğu bir gerçektir (57).



Diğer hizmet işletmelerinde olduğu gibi sağlık kuruluşlarında da motivasyonun önemi, çalışmaların verimliliği, çalışanların başarısı, hasta bakım hizmetlerinin gelişimi ve kalitesi bakımından kesinlikle kabul edilmesi gereken bir gerçektir.

#### **2.9.5. Yaşam Kalitesi, Motivasyon, İş Doyumunu ve Verimlilik İlişkisi**

Yaşam kalitesi, motivasyon, iş doyumunu ve verimlilik arasında direkt bir ilişki bulunmaktadır. Yaşam kalitesinin iş boyutunun ölçümünde motivasyon, iş doyumunu ve verimliliğe ait sorular bulunmaktadır. Bu sorularla kişinin yaşam kalitesiyle ilgili sonuçlar elde edilmektedir.

Çalışanların verimliliği genellikle personelin ne kadar motive olduğuyla ilişkilidir. Motive olmuş personelde ise iş doyumunu oluşur. Verimliliği ödüllendirilmiş personelin motivasyonu artmakta motivasyonu artan personelin ise iş doyumunu artmaktadır. Dolayısıyla birbiriyle doğru orantılı olarak değişen zincirleme bir ilişkiden söz edebiliriz.

Yaşam kalitesi ise bu zincirleme ilişkinin sonucundan yani iş doyumundan etkilenmekte olup iş doyumunu yüksek olan personelin yaşam kalitesi de daha yüksek olacaktır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma; Ankara il merkezinde bulunan Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde (TYİH) görev yapmakta olan yardımcı sağlık personeli üzerinde yapılmıştır.

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin inşasına 1950'li yıllarda Ankara Numune Hastanesi'ne 250 yataklı ek bina olarak başlanmış ve 14 Nisan 1964 tarihinde açılışı yapılmıştır. Bu tarihte poliklinik ve klinik çalışması Sağlık Bakanlığı ile Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi arasında bir protokol düzenlenerek sağlanmıştır. Bu protokole göre hastanenin kuruluş amacı, tedavisi yurt dışında yapılabilecek hastalıkların teşhis ve tedavisine yöneliktir. Hastane binasına daha sonraki yıllarda yeni ilaveler yapılmış, binanın hizmet kalitesini arttırmak amacıyla hastanenin pek çok yerinde modernizasyon çalışmaları yürütülmüş ve halen de yürütülmektedir.

TYİH; sağlık reformu çalışmaları için pilot hastane olarak seçilmiştir. Hastane 07.03.1995 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 5.maddesi ile idari ve mali yönden özerk bir işletme haline dönüştürülmüş, ülkemizin ilk ve tek "özerk" sağlık işletmesi olma özelliğini kazanmıştır. Hastane özerkleşme ile karlılık esasına göre hizmet sunmaya başlamıştır. 1998 yılında ise hastanenin ismi Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak değiştirilerek eğitim ve araştırma faaliyetlerine de başlamıştır. TYİH Sağlık Bakanlığına bağlı bir sağlık işletmesidir.

TYİH'nin yönetim birimleri; Yönetim Kurulu, Baştabiplik, İşletme Müdürlüğü, Başhemşirelik ve Tıbbi Konsey'den oluşmaktadır. Kardiyoloji, Kardiyovasküler Cerrahi, Gastroenteroloji, Gastroenteroloji Cerrahisi ve Üroloji olmak üzere 5 klinikte, ayrıca Diş ve Nefroloji polikliniklerinde hizmet sunulmaktadır.

Araştırma evrenini, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan yardımcı sağlık personeli oluşturmuştur. (N=562) Araştırmada örnekleme yapılmamış, hastanede çalışan bütün yardımcı sağlık personelinin araştırmaya dahil edilmesi hedeflenmiştir. Yardımcı sağlık personelinin yaşam kalitesini değerlendirmek için, SF-36 (Short Form 36) ölçeği kullanılmıştır.

SF-36 ölçeği, 36 maddeden oluşmaktadır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin sekiz boyutunun incelendiği bu ölçekte, yüksek puanlar sağlıkta daha iyi bir düzeyi işaret ederken, düşük puanlar sağlıktaki bozulmayı göstermektedir. SF-36 ölçeği; fiziksel fonksiyonellik (FF) (sağlık sorunları nedeniyle fiziksel aktivitede kısıtlanma), fiziksel rol (FR) (sağlık sorunları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma), bedensel ağrı (BA), genel sağlık (GS) (kişinin genel olarak sağlığını değerlendirmesi), canlılık (CA), genel ruh sağlığı (GRS), sosyal fonksiyonellik (SF) ve duygusal rol (DR) (ruhsal sağlık sorunları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma) bölümlerinden oluşmaktadır.

**Tablo 3.1.** SF-36 Yaşam Kalitesi Boyutları

Boyutlar	Soruların anketteki numaraları	Beklenen olası en düşük ve en yüksek puanlar	Olası puan aralığı
Fizik fonksiyonellik	3a+3b+3c+3d+3e+ 3f+3g+3h+3i+3j	10-30	20
Sosyal fonksiyonellik	6+10	2-10	8
Fiziksel rol	4a+4b+4c+4d	0-4	4
Duygusal rol	5a+5b+5c	0-3	3
Ruh sağlığı	9b+9c+9d+9f+9h	5-30	25
Canlılık	9a+9e+9g+9i	4-24	20
Bedensel ağrı	7+8	2-12	10
Genel sağlık	1+11a+11b+11c+11d	5-25	20

Beklenen olası en düşük puan, ilgili sorulardan ölçekten alınabilecek en düşük puanı, beklenen olası en yüksek puan, ilgili sorulardan alınabilecek en yüksek puanı ve olası ham puan aralığı ise; ilgili sorulardan alınabilecek en yüksek ve en düşük puan arasındaki farkı gösterir.

SF 36'nın sağlık boyutlarının puanlarının hesaplanması, 4 aşamada gerçekleştirilmektedir:

1. Aşama; soru değerlerinin yeniden kodlanması: Soru değerlerinin yeniden kodlanması veya ters çevrilmesi işlemi 1, 6, 7, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b ve 11d soruları için yapılmaktadır. Skorların dönüştürülmesi ile "hiç" seçeneği (5), aşırı seçeneği ise (1) ham puana sahip olması ve yüksek skorların daha iyi sağlık durumlarını, düşük skorların ise olumsuz sağlık durumlarını yansıtmasını sağlamaktadır.
2. Aşama; yanıtlanmamış soruların skorlarının belirlenmesi: Bunu yapabilmek için bireylerin her bir boyutla ilgili soruların en az yarısını yanıtlamış olması gerekmektedir. Yanıtlanmış soruların ortalaması hesaplanarak yanıtlanmamış sorunun skoru belirlenir. Örneğin; 5 başlıklı mental sağlık skalasından bir başlık boş bırakılırsa, bu boşluk geri kalan tamamlanmış 4 başlığın puanı toplanıp, ortalaması alınarak doldurulur.
3. Aşama; ham skala skorlarının belirlenmesi: Ham ölçek skorlarını hesaplamak için her bir boyutu oluşturan soruların değerleri toplanarak ham skala skorları belirlenmektedir.
4. Aşama; ham skala skorlarının değerlendirilmesi: Ham ölçek skorlarının 0-100 arasında değerlendirilmesi işlemi yapılmaktadır.

Ham skala skoru dönüştürülürken aşağıdaki formül kullanılmaktadır:

Dönüştürülmüş puan=(Ham skala puanı- beklenen en düşük puan)/olası puan aralığıx100

Örnek: Fiziksel fonksiyon puanı 23 ise, bu puanın dönüştürülmesi şöyledir:

$$(23-10/20) \times 100 = \%65$$

SF 36'nın genel sağlık değerlendirmesi alanında, hastanın sağlık durumunun son bir yıl içindeki değişimini sorgulayan 2. soru skorlanmamaktadır (17).

Araştırma grubunun, sosyodemografik ve iş yaşamıyla ilgili özelliklerini belirlemek için araştırmacı tarafından hazırlanan ve 21 sorudan oluşan bir anket formu kullanıldı.

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, üroloji kliniğinde çalışan yardımcı sağlık personelinin yaşam kaliteleriyle ilgili bilgileri toplamak için anket hazırlanarak 01 Haziran–07 Haziran 2006 tarihleri arasında, bir ön uygulama yapılmış, anketin işlerliği değerlendirilmiş ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra veriler toplanmaya başlanmıştır.

Araştırma, verileri, Haziran–Eylül 2006 tarihleri arasında toplanmıştır. Anket formu araştırmacı tarafından yardımcı sağlık personelinin çalıştıkları birimlerde, araştırmanın amacı ve veri toplama formunun doldurulmasına yönelik kısa bilgi verilerek uygulanmıştır. Araştırmaya katılanlar anketleri araştırmacının yanında doldurmuşlardır. Araştırma grubunda yer alan 22 sağlık personelinin izinde olması, 26 sağlık personelinin çalışmaya katılmak istememesi ve 4 sağlık personelinin de anket sorularına tutarsız cevaplar vermesi nedeniyle, 510 (%90.7) kişiyle ilgili veriler değerlendirmeye alınmıştır.

Verilerin analizinde; araştırma grubu, 29 yaş ve altı, 30-39 yaş ve 40 yaş ve üzeri olarak gruplandırılmış, meslekte toplam çalışma süresi, 10 yıldan daha az, 10-19 yıl ve 20 yıl ve üzeri olarak gruplandırılmış, yüksek lisans mezunları, dört yıllık lisans mezunlarıyla birlikte ve eşi ölmüş olanlarla boşanmış olanlar birlikte değerlendirmeye alınmıştır. Yardımcı sağlık personeli, sağlık memuru, ebe-hemşire ve diğer (fizyoterapist, diyetisyen, psikolog) olarak gruplandırılmıştır. Araştırma grubunun şimdiki sağlık durumu, bir önceki yıldan iyi, bir önceki yıllardan hemen hemen aynı ve bir önceki yıldan kötü olarak gruplandırılmıştır.

Yardımcı sağlık personelinin, SF-36'nın boyutlarından aldıkları puanlar, sosyodemografik, sağlık ve çalışma yaşamıyla ilgili bazı özelliklere göre karşılaştırılmıştır.

Araştırmadan elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS 13.0 ve SigmaStat 3.01 paket programları kullanılarak değerlendirilmiş, değişkenlerin dağılımı normal dağılıma uygunluk göstermediği için istatistiksel analizde; iki grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İki'den fazla grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis Varyans analizi kullanılmış, fark bulunan grupların kendi aralarındaki ikili karşılaştırmalarında Dunn's testi kullanılmıştır. Karşılaştırmalar ortalamalar üzerinden yapılmıştır. SF-36'nın boyutlarından alınan puanlar arasındaki ilişkiyi incelemek için,

Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Bütün analizlerde  $P<0.05$  değerleri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

## **4. BULGULAR**

Araştırmaya katılan sağlık personeli sayısı 510'dur. Araştırmaya katılan sağlık personelinin SF 36'nın boyutlarından aldığı puanlar sağlık personelinin çeşitli özelliklerine göre değerlendirmeye alınmıştır. Araştırma grubunun bazı sosyo demografik, iş yaşamına ilişkin ve sağlık durumuyla ilgili özellikleri aşağıda tablolarda verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

<b>Sosyodemografik Özellikler (n=510)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	85	16.7
Kadın	425	83.3
<b>Yaş</b>		
29 ve altı	185	30.4
30-39	281	55.1
40 yaş üzeri	74	14.5
<b>Öğrenim Durumu</b>		
Sağlık Meslek Lisesi	223	43.7
Önlisans	212	41.6
Lisans ve Yüksek Lisans	75	14.7
<b>Evlilik Durumu</b>		
Bekar	129	25.3
Evli	353	69.2
Dul-Boşanmış	28	5.5
<b>Oturduğu Konut</b>		
Kendi Evi	162	31.8
Kiralık	303	59.4
Lojman	45	8.8
<b>Birlikte Yaşama Durumu</b>		
Yalnız	64	12.5
Anne-Baba	44	8.6
Eş ve Çocuklar	353	69.2
Akraba-Arkadaş	49	9.6



**Tablo 4.2.** Araştırma grubunun iş yaşamıyla ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı

<b>İş Yaşamı İle İlgili Özellikler (n=510)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Meslek</b>		
Sağlık Memuru	171	33.5
Ebe-Hemşire	323	63.3
Diğer*	16	3.1
<b>Toplam Çalışma Süresi</b>		
10 yıl altı	147	28.8
10-19 yıl	275	53.9
20 yıl ve üzeri	88	17.3
<b>Nöbetle Çalışma</b>		
Evet	156	30,6
Hayır	354	69.4
<b>Vardiyalı Çalışma</b>		
Evet	125	24.5
Hayır	385	75.5
<b>İşi Kendine Uygun Bulma</b>		
Uygun	237	46.5
Kısmen Uygun	139	27.3
Uygun Değil	134	26.2
<b>Maaşını Yeterli Bulma</b>		
Yeterli	131	25.7
Kısmen Yeterli	189	37.1
Yetersiz	190	37.2

\* Fizyoterapist, diyetisyen, psikolog

**Tablo 4.3.** Araştırma grubunun, sağlık durumuyla ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı

<b>Sağlık Durumuyla İlgili Özellikler (n=510)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Kronik Hastalık</b>		
Var	25	4.9
Yok	485	95.1
<b>Sürekli İlaç Kullanma</b>		
Kullanıyor	16	3.1
Kullanmıyor	494	96.9
<b>Şimdiki Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi</b>		
Bir Önceki Yıldan İyi	101	19.8
Hemen, Hemen Aynı	382	74.9
Bir Önceki Yıldan Kötü	27	5.3

**Tablo 4.4.** Araştırma grubunun SF-36 boyutlarından aldıkları puanlar

<b>SF-36 Boyutları (n=510)</b>	<b>Ortanca (Min-Max)</b>	<b>X±SD</b>
<b>Genel Sağlık</b>	72.0 (25.0-100.0)	68.2±12.2
<b>Fiziksel Fonksiyonellik</b>	100.0 (50.0-100.0)	96.1±6.1
<b>Fiziksel Rol</b>	100.0 (0.0-100.0)	91.6±14.5
<b>Genel Ruh Sağlığı</b>	64.0 (24.0-100.0)	63.3±10.7
<b>Canlılık</b>	60.0 (25.0- 100.0)	62.6±11.4
<b>Duygusal Rol</b>	100.0 (0.0- 100.0)	93.5±11.7
<b>Bedensel Ağrı</b>	74.0 (20.0- 90.0)	75.6±11.8
<b>Sosyal Fonksiyonellik</b>	75.0 (25.0-100.0)	78.5±15.4

**Tablo 4.5.** Araştırma grubunda cinsiyete göre SF-36 boyutlarının puanları

SF-36 Boyutları	Cinsiyet				U	P
	Erkek (n:85)		Kadın (n:425)			
	Ortanca (Min-Max)	X±SD	Ortanca (Min-Max)	X±SD		
<b>Genel Sağlık</b>	72.0 (25.0-87.0)	69.2±10.0	70.0 (32.0-100.0)	68.0±12.6	17011.0	p>0.05
<b>Fiziksel Fonksiyonellik</b>	100.0 (65.0-100.0)	97.5±5.7	100.0 (50.0-100.0)	95.8±6.2	13974.0	p<0.05
<b>Fiziksel Rol</b>	100.0 (50.0-100.0)	96.7±9.2	100.0 (0.0-100.0)	90.5±15.1	14304.5	p<0.05
<b>Genel Ruh Sağlığı</b>	72.0 (40.0-92.0)	70.16±10.2	64.0 (24.0-100.0)	61.9±10.3	9963.0	p<0.05
<b>Canlılık</b>	70.0 (30.0-95.0)	67.3±11.7	60.0 (25.0-100.0)	61.7±11.1	12470.0	p<0.05
<b>Duygusal Rol</b>	100.0 (0.0-100.0)	96.8±13.2	100.0 (0.0-100.0)	92.8±16.6	16037.0	p<0.05
<b>Bedensel Ağrı</b>	84.0 (41.0-90.0)	80.9±10.6	74.0 (20.0-90.0)	74.5±11.8	11848.5	p<0.05
<b>Sosyal Fonksiyonellik</b>	87.5 (50.0-100.0)	87.2±14.0	75.0 (25.0-100.0)	76.7±15.1	10989.5	p<0.05

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi; araştırma grubunda, cinsiyete göre genel sağlık boyutu puanları açısından önemli bir fark yoktur. Cinsiyete göre; SF-36’nın diğer bütün boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak fark vardır ( p<0.05). Genel sağlık boyutu dışındaki bütün boyutlarda erkeklerin puanı kadınlardan daha yüksektir.

**Tablo 4.6.** Araştırma grubunda, yaş gruplarına göre SF-36 boyutlarının puanları

SF-36 Boyutları	Yaş Grupları						KW	P
	29 ve altı(n=155)		30-39(n=281)		40, + (n=74)			
	Ortanca(Min-Max)	X±SD	Ortanca(Min-Max)	X±SD	Ortanca(Min-Max)	X±SD		
<b>Genel Sağlık</b>	72.0(45.0-100.0) <sup>a</sup>	71.9±10.4	67.0(25.0-97.0) <sup>b</sup>	67.1±12.3	65.0(40.0-92.0) <sup>b</sup>	64.6±13.5	21.55	p<0.05
<b>Fiziksel Fonksiyonellik</b>	100.0(90.0-100.0) <sup>a</sup>	98.9±2.2	100.0(50.0-100.0) <sup>b</sup>	95.7±7.0	90.0(80.0-100.0) <sup>c</sup>	91.8±5.3	101.87	p<0.05
<b>Fiziksel Rol</b>	100.0(50.0-100.0) <sup>a</sup>	94.6±11.0	100.0( 0.0-100.0) <sup>ab</sup>	90.5±16.0	100.0 (50.0-100.0) <sup>b</sup>	89.1±13.7	11.38	p<0.05
<b>Genel Ruh Sağlığı</b>	64.0(40.0-100.0)	64.3±9.8	64.0(24.0-92.0)	63.1±11.3	60.0(40.0-84.0)	62.0±10.5	1.40	p>0.05
<b>Canlılık</b>	65.0(40.0- 100.0)	63.3±11.0	60.0(25.0-90.0)	62.0±11.6	60.0(30.0-85.0)	61.6±11.0	0.76	p>0.05
<b>Duygusal Rol</b>	100.0(0.0-100.0) <sup>a</sup>	95.9±13.8	100.0(0.0-100.0) <sup>a</sup>	92.4±17.7	100.0(66.67-100.0) <sup>a</sup>	92.7±13.8	7.38	p<0.05
<b>Bedensel Ağrı</b>	80.0(42.0-90.0) <sup>a</sup>	79.4±9.2	74.0(20.0-90.0) <sup>b</sup>	74.9±12.3	74.0(31.0-90.0) <sup>c</sup>	70.0±12.5	31.53	p<0.05
<b>Sosyal Fonksiyonellik</b>	87.5(37.5-100.0) <sup>a</sup>	82.0±13.5	75.0(25.0-100.0) <sup>a</sup>	78.1±15.7	75.0(37.5-100.0) <sup>b</sup>	72.4±15.7	18.90	p<0.05

- Aynı satırda, aynı harfi taşıyan gruplar arasında fark yoktur.

**Tablo 4.7.** Araştırma grubunda, öğrenim durumuna göre SF-36 boyutlarının puanları

SF-36 Boyutları	Öğrenim Durumu						KW	P
	SML * (n=223)		Ön Lisans (n=212)		Lisans ve Y.Lisans (n=75)			
	Ortanca(Min-Max)	X±SD	Ortanca(Min-Max)	X±SD	Ortanca(Min-Max)	X±SD		
<b>Genel Sağlık</b>	72.0(37.0-100.0) <sup>a</sup>	69.7±12.0	67.0(25.0-97.0) <sup>b</sup>	65.5±12.1	72.0(45.0-92.0) <sup>a</sup>	75.5±11.8	19.32	p<0.05
<b>Fiziksel Fonksiyonellik</b>	100.0(70.0-100.0)	96.6±4.8	100.0(50.0-100.0)	95.1±7.6	100.0(85.0-100.0)	97.4±3.9	5.23	p>0.05
<b>Fiziksel Rol</b>	100.0(25.0-100.0)	92.2±14.0	100.0(0.0-100.0)	91.1±15.0	100.0(50.0-100.0)	91.0±14.6	1.04	p>0.05
<b>Genel Ruh Sağlığı</b>	64.0(40.0-100.0) <sup>a</sup>	62.6±9.6	64.0(24.0-92.0) <sup>b</sup>	64.3±12.1	64.0(36.0-84.0) <sup>ab</sup>	62.7±9.8	6.03	p<0.05
<b>Canlılık</b>	60.0(30.0-100.0)	62.7±11.0	65.0(25.0-90.0)	63.0±11.9	60.0(25.0-90.0)	61.2±11.0	1.64	p>0.05
<b>Duygusal Rol</b>	100.0( 0.0-100.0)	93.4±16.0	100.0( 0.0-100.0)	93.5±17.0	100.0(33.3-100.0)	93.7±14.1	0.17	p>0.05
<b>Bedensel Ağrı</b>	74.0(42.0-90.0)	75.8±10.7	74.0(20.0-90.0)	74.9±13.2	74.0(41.0-90.0)	76.9±10.9	0.88	p>0.05
<b>Sosyal Fonksiyonellik</b>	75.0(25.0-100.0)	78.4±14.8	75.0(25.0-100.0)	78.3±16.3	75.0(50.0-100.0)	79.3±14.4	0.13	p>0.05

\* Sağlık Meslek Lisesi

- Aynı satırda, aynı harfi taşıyan gruplar arasında fark yoktur.

**Tablo 4.8.** Araştırma grubunda, evlilik durumuna göre SF-36 boyutlarının puanları

SF-36 Boyutları	Evlilik Durumu						KW	P
	Bekar (n=129)		Evli (n=353)		Dul-Boşanmış (n=28)			
	Ortanca(Min-Max)	X±SD	Ortanca(Min-Max)	X±SD	Ortanca(Min-Max)	X±SD		
<b>Genel Sağlık</b>	72.0(25.0-100.0) <sup>a</sup>	72.5±11.6	67.0(32.0-97.0) <sup>b</sup>	67.4±11.7	56.0(40.0-82.0) <sup>c</sup>	58.5±13.68	31.47	p<0.05
<b>Fiziksel Fonksiyonellik</b>	100.0(55.0-100.0) <sup>a</sup>	98.2±14.0	100.0(50.0-100.0) <sup>b</sup>	95.5±6.2	95.0(80.0-100.0) <sup>b</sup>	93.7±6.0	40.92	p<0.05
<b>Fiziksel Rol</b>	100.0(0.0-100.0) <sup>a</sup>	93.6±14.0	100.0(25.0-100.0) <sup>ab</sup>	91.3± 14.7	75.0(75.0-100.0) <sup>b</sup>	85.7± 12.5	12.57	p<0.05
<b>Genel Ruh Sağlığı</b>	64.0(30.0-100.0) <sup>a</sup>	64.4±9.9	64.0(24.0-92.0) <sup>ab</sup>	63.4±10.8	56.0(40.0-80.0) <sup>b</sup>	57.5±12.5	7.56	p<0.05
<b>Canlılık</b>	65.0(30.0-100.0) <sup>a</sup>	63.6±12.0	60.0(25.0-95.0) <sup>ab</sup>	62.7±11.1	60.0(30.0-70.0) <sup>b</sup>	57.1±10.7	6.10	p<0.05
<b>Duygusal Rol</b>	100.0(0.0-100.0) <sup>a</sup>	94.5±17.0	100.0(0.0-100.0) <sup>a</sup>	93.8±14.9	100.0(0.0-100.0) <sup>a</sup>	84.5±23.0	12.34	p<0.05
<b>Bedensel Ağrı</b>	80.0(31.0-90.0) <sup>a</sup>	79.1±10.1	74.0(20.0-90.0) <sup>b</sup>	74.8±11.9	69.0(42.0-90.0) <sup>b</sup>	68.8±13.7	19.05	p<0.05
<b>Sosyal Fonksiyonellik</b>	75.0(25.0-100.0) <sup>a</sup>	81.0±13.9	75.0(25.0-100.0) <sup>a</sup>	78.4±15.3	68.7(37.5-100.0) <sup>b</sup>	67.8±18.7	12.99	p<0.05

- Aynı satırda, aynı harfi taşıyan gruplar arasında fark yoktur.

**Tablo 4.9.** Araştırma grubunda, oturulan konut durumuna göre SF-36 boyutlarının puanları

SF-36 Boyutları	Oturulan Konut Durumu						KW	P
	Kendi Evi (n=162)		Kiralık (n=303)		Lojman (n=42)			
	Ortanca(Min-Max)	X±SD	Ortanca(Min-Max)	X±SD	Ortanca(Min-Max)	X±SD		
<b>Genel Sağlık</b>	67.0(37.0-92.0) <sup>a</sup>	66.0±12.5	69.5(37.0-92.0) <sup>ab</sup>	67.9±13.8	72.0(25.0-100.0) <sup>b</sup>	69.4±11.6	7.33	p<0.05
<b>Fiziksel Fonksiyonellik</b>	95.0(50.0-100.0) <sup>a</sup>	93.5±7.2	95.0(70.0-100.0) <sup>a</sup>	94.6±6.9	100.0(55.0-100.0) <sup>b</sup>	97.7±4.8	69.31	p<0.05
<b>Fiziksel Rol</b>	100.0(25.0-100.0) <sup>a</sup>	88.7±15.5	100.0(25.0-100.0) <sup>ab</sup>	91.0±16.3	100.0(0.0-100.0) <sup>b</sup>	93.3±13.4	12.68	p<0.05
<b>Genel Ruh Sağlığı</b>	64.0(24.0-92.0)	62.0±10.9	62.0(36.0-88.0)	62.3±11.5	64.0(40.0-100.0)	64.1±10.5	3.86	p>0.05
<b>Canlılık</b>	60.0(25.0-90.0)	61.3±11.5	60.0(45.0-80.0)	61.9±8.7	60.0(25.0-100.0)	63.4±11.6	3.37	p>0.05
<b>Duygusal Rol</b>	100.0(0.0-100.0)	91.9±16.9	100.0(0.0-100.0)	91.2±19.5	100.0(0.0-100.0)	94.8±14.8	5.55	p>0.05
<b>Bedensel Ağrı</b>	74.0(20.0-90.0) <sup>a</sup>	73.5±12.6	74.0(42.0-90.0) <sup>a</sup>	72.4±13.2	74.0(31.0-90.0) <sup>a</sup>	77.1±10.8	11.71	p<0.05
<b>Sosyal Fonksiyonellik</b>	75.0(25.0-100.0) <sup>a</sup>	75.6±15.8	75.0(25.0-100.0) <sup>a</sup>	71.7±15.6	75.0(25.0-100.0) <sup>b</sup>	80.9±14.5	20.10	p<0.05

- Aynı satırda, aynı harfi taşıyan gruplar arasında fark yoktur.

**Tablo 4.10.** Araştırma grubunda, birlikte yaşama durumuna göre SF-36 boyutlarının puanları

SF-36 Boyutları	Birlikte yaşama durumu								KW	P
	Yalnız (n=64)		Anne-baba (n=44)		Eş-çocuklar (n=353)		Akraba-arkadaş (n=49)			
	Ortanca (Min-Max)	X±SD	Ortanca (Min-Max)	X±SD	Ortanca (Min-Max)	X±SD	Ortanca (Min-Max)	X±SD		
<b>Genel Sağlık</b>	67.0 <sup>a</sup> (42.0-100.0)	67.2±13.8	72.0 <sup>ab</sup> (40.0-92.0)	70.5±13.5	67.0 <sup>a</sup> (32.0-97.0)	67.4±11.8	72.0 <sup>b</sup> (25.0-87.0)	73.0±10.7	14.95	p<0.05
<b>Fiziksel Fonksiyonellik</b>	100.0 <sup>a</sup> (55.0-100.0)	97.3±6.6	100.0 <sup>a</sup> (80.0-100.0)	98.0±4.3	100.0 <sup>b</sup> (50.0-100.0)	95.5±6.2	100.0 <sup>ab</sup> (65.0-100.0)	97.5±5.5	24.03	p<0.05
<b>Fiziksel Rol</b>	100.0 <sup>a</sup> (0.0-100.0)	88.2±17.8	100.0 <sup>ab</sup> (75.0-100.0)	91.4±11.9	100.0 <sup>ab</sup> (25.0-100.0)	91.2±14.7	100.0 <sup>b</sup> (75.0-100.0)	98.9±4.9	18.39	p<0.05
<b>Genel Ruh Sağlığı</b>	60.0 <sup>a</sup> (40.0-100.0)	59.3±11.5	60.0 <sup>abc</sup> (40.0-80.0)	62.7±8.3	64.0 <sup>c</sup> (40.0-80.0)	63.4±10.8	68.0 <sup>d</sup> (40.0-84.0)	68.3±9.0	22.46	P<0.05
<b>Canlılık</b>	60.0 <sup>a</sup> (30.0-100.0)	59.6±12.6	60.0 <sup>ab</sup> (40.0-80.0)	61.5±10.3	60.0 <sup>ac</sup> (40.0-80.0)	62.6±11.1	70.0 <sup>d</sup> (35.0-85.0)	67.5±10.6	16.07	P<0.05
<b>Duygusal Rol</b>	100.0 (0.0-100.0)	90.6±20.1	100.0 (66.6-100.0)	93.9±13.0	100.0 (0.0-100.0)	93.4±15.8	100.0 (0.0-100.0)	97.2±14.9	6.83	p>0.05
<b>Bedensel Ağrı</b>	74.0 <sup>a</sup> (31.0-90.0)	73.4±12.6	80.0 <sup>bc</sup> (52.0-90.0)	80.0±9.3	74.0 <sup>a</sup> (20.0-90.0)	74.7±12.0	80.0 <sup>c</sup> (41.0-90.0)	80.8±9.4	20.85	p<0.05
<b>Sosyal Fonksiyonellik</b>	75.0 (25.0-100.0)	75.5±16.2	87.5 (50.0-100.0)	81.2±13.8	75.0 (25.0-100.0)	78.0±15.4	87.5 (50.0-100.0)	82.9±14.3	7.16	p>0.05

- Aynı satırda, aynı harfi taşıyan gruplar arasında fark yoktur.



Tablo 4.6’da görüldüğü gibi; araştırma grubunda, yaş gruplarına göre; genel ruh sağlığı ve canlılık boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ). SF’36’nın diğer bütün boyutlarında yaş grupları arasında fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Genel olarak yaş ilerledikçe SF-36 boyutlarından elde edilen puanlar düşmektedir.

Öğrenim durumuna göre SF-36 puanlarının dağılımı Tablo 4.7’de gösterilmiştir. Araştırma grubunda, öğrenim durumuna göre; genel sağlık ve genel ruh sağlığı boyutlarında, anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ön lisans mezunlarının, genel sağlık puanı, Sağlık Meslek Lisesi ve lisans-yüksek lisans mezunlarından daha düşük, genel ruh sağlığı puanı ise daha yüksek bulunmuştur. SF-36’nın diğer bütün boyutlarında, öğrenim durumuna göre fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi; evlilik durumuna göre; SF-36’nın bütün boyutlarında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bekarlarda, bütün boyutlardan alınan puanlar, evli ve dul olanlardan daha yüksektir.

SF-36 boyutlarının puanlarının oturulan konutun durumuna göre dağılımı Tablo 4.9’da gösterilmiştir.

Araştırma grubunda, oturulan konut durumuna göre; SF-36’nın genel sağlık, fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, bedensel ağrı ve sosyal fonksiyonellik boyutlarında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Fark bulunan boyutlarda, lojmanda oturan grubun puanları, diğer gruplardan daha yüksektir.

Tablo 4.10’da görüldüğü gibi; Araştırma grubunda, birlikte yaşama durumuna göre; SF-36’nın genel sağlık, fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, genel ruh sağlığı, canlılık ve bedensel ağrı boyutlarında fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Akraba veya arkadaşlarıyla birlikte yaşayanlarda, SF-36’nın çeşitli boyutlarından alınan puanlar diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo 4.11.** Araştırma grubunda, meslek durumuna göre SF-36 boyutlarının puanları

SF-36 Boyutları	Meslek Durumu						KW	P
	Sağlık Memuru (n=171)		Hemşire-Ebe (n=323)		Diğer (n=16)			
	Ortanca(Min-Max)	X±SD	Ortanca(Min-Max)	X±SD	Ortanca(Min-Max)	X±SD		
<b>Genel Sağlık</b>	72.0(25.0-100.0)	66.8±11.6	72.0(37.0-100.0)	68.9±12.6	67.0(45.0-87.0)	69.4±11.0	3.68	p>0.05
<b>Fiziksel Fonksiyonellik</b>	100.0(65.0-100.0)	96.4±5.9	100.0(50.0-100.0)	95.9±6.3	100.0(90.0-100.0)	97.5±4.4	4.25	p>0.05
<b>Fiziksel Rol</b>	100.0(50.0-100.0) <sup>a</sup>	93.8±11.7	100.0(0.0-100.0) <sup>a</sup>	90.6±15.6	100.0(50.0-100.0) <sup>a</sup>	87.5±15.8	6.32	p<0.05
<b>Genel Ruh Sağlığı</b>	68.0(36.0-92.0) <sup>a</sup>	65.7±11.9	64.0(24.0-100.0) <sup>b</sup>	62.1±9.9	64.0(44.0-80.0) <sup>ab</sup>	62.2±10.2	16.44	P<0.05
<b>Canlılık</b>	65.0(30.0-95.0)	63.7±12.0	60.0(25.0-100.0)	62.1±10.9	62.5(25.0-75.0)	60.3±12.7	3.24	p>0.05
<b>Duygusal Rol</b>	100.0(41.0-90.0) <sup>a</sup>	96.1±12.4	100.0(0.0-100.0) <sup>a</sup>	92.1±17.8	100.0(66.6-100.0) <sup>a</sup>	93.7±13.4	6.82	P<0.05
<b>Bedensel Ağrı</b>	84.0(41.0-90.0) <sup>a</sup>	79.7±10.7	74.0(20.0-90.0) <sup>b</sup>	73.3±12.0	80.0(64.0-90.0) <sup>ab</sup>	78.1±8.0	40.95	p<0.05
<b>Sosyal Fonksiyonellik</b>	87.5(50.0-100.0) <sup>a</sup>	84.0±14.2	75.0(25.0-100.0) <sup>b</sup>	75.6±15.3	75.0(50.0-100.0) <sup>ab</sup>	76.5±14.3	33.75	p<0.05

- Aynı satırda, aynı harfi taşıyan gruplar arasında fark yoktur.

**Tablo 4.12.** Araştırma grubunda, toplam çalışma süresine göre SF-36 boyutlarının puanları

SF-36 Boyutları	Toplam Çalışma Durumu						KW	P
	0-9 (n=147)		10-19(n=275)		20-29(n=88)			
	Ortanca(Min-Max)	X±SD	Ortanca(Min-Max)	X±SD	Ortanca(Min-Max)	X±SD		
<b>Genel Sağlık</b>	72.0(42.0-92.0) <sup>a</sup>	71.8±10.1	67.0(25.0-100.0) <sup>b</sup>	67.3±12.5	65.0(40.0-92.0) <sup>b</sup>	64.9±13.2	19.93	P<0.05
<b>Fiziksel Fonksiyonellik</b>	100.0(90.0-100.0) <sup>a</sup>	99.0±2.1	100.0(80.0-100.0) <sup>b</sup>	95.8±7.0	90.0(80.0-100.0) <sup>c</sup>	92.3±5.2	105.11	P<0.05
<b>Fiziksel Rol</b>	100.0(50.0-100.0) <sup>a</sup>	95.2±10.6	100.0(0.0-100.0) <sup>b</sup>	90.4±16.1	100.0(50.0-100.0) <sup>b</sup>	89.2±13.5	15.51	p<0.05
<b>Genel Ruh Sağlığı</b>	64.0(40.0-92.0)	64.3±9.3	64.0(24.0-100.0)	62.7±11.5	64.0(40.0-85.0)	63.5±10.5	1.42	p>0.05
<b>Canlılık</b>	65.0(40.0-95.0)	63.0±10.8	60.0(25.0-100.0)	62.3±11.8	62.5(30.0-85.0)	62.7±11.0	0.16	p>0.05
<b>Duyusal Rol</b>	100.0(0.0-100.0) <sup>a</sup>	95.9±14.0	100.0(0.0-100.0) <sup>a</sup>	92.4±17.7	100.0(66.67-100.0) <sup>a</sup>	92.8±13.7	7.22	P<0.05
<b>Bedensel Ağrı</b>	80.0(42.0-90.0) <sup>a</sup>	79.2±9.1	74.0(42.0-90.0) <sup>b</sup>	75.1±12.4	74.0(20.0-90.0) <sup>c</sup>	71.0±12.3	25.63	p<0.05
<b>Sosyal Fonksiyonellik</b>	87.5(37.5-100.0) <sup>a</sup>	82.3±13.6	75.0(25.0-100.0) <sup>b</sup>	77.7±16.	75.0(37.5-100.0) <sup>b</sup>	74.4±15.1	15.47	p<0.05

- Aynı satırda, aynı harfi taşıyan gruplar arasında fark yoktur.

SF-36 boyutlarının puanlarının meslek gruplarına göre dağılımı Tablo 4.11’de gösterilmiştir. Fiziksel rol, genel ruh sağlığı, canlılık, duygusal rol, bedensel ağrı ve sosyal fonksiyonellik boyutlarında sağlık memuru grubu diğer gruplardan daha yüksek puan almışlardır (Tablo 4.11). Genel sağlık, fiziksel fonksiyonellik ve canlılık boyutları dışındaki diğer boyutlarda istatistiksel açıdan önemli fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

SF-36 boyutlarının puanlarının personelin çalışma süresine göre dağılımı Tablo 4.12’de gösterilmiştir. Toplam çalışma süresi, 10 yılın altında olan grupta, genel ruh sağlığı ve canlılık boyutu dışında tüm boyutlardan alınan puanlar, 10 yıl ve üzerinde çalışanlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu boyutlarda, nöbetle çalışma durumuna göre anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.13.** Araştırma grubunda, nöbetle çalışma durumuna göre SF-36 boyutlarının puanları

SF-36 Boyutları	Nöbetle Çalışma Durumu				U	P
	Evet (n:85)		Hayır (n:425)			
	Ortanca (Min-Max)	X±SD	Ortanca (Min-Max)	X±SD		
<b>Genel Sağlık</b>	72.0 (25.0-100.0)	68.2±12.7	71.0 (32.0-92.0)	68.0±12.0	27141.5	P>0.05
<b>Fiziksel Fonksiyonellik</b>	100.0 (50.0-100.0)	96.6±7.7	100.0 (60.0-100.0)	95.9±5.2	22878.5	P<0.05
<b>Fiziksel Rol</b>	100.0 (0.0-100.0)	92.9±14.6	100.0 (60.0-100.0)	91.0±14.4	25477.0	P>0.05
<b>Genel Ruh Sağlığı</b>	64.0 (36.0-100.0)	64.3±12.0	64.0 (24.0-100.0)	62.9±10.1	25334.0	P>0.05
<b>Canlılık</b>	65.0 (30.0-100.0)	65.6±11.7	60.0 (25.0-90.0)	61.3±11.0	21580.5	P<0.05
<b>Duygusal Rol</b>	100.0 (0.0-100.0)	90.1±22.1	100.0 (33.3-100.0)	95.0±12.4	25573.0	P<0.05
<b>Bedensel Ağrı</b>	74.0 (31.0-90.0)	74.9±12.8	74.0 (20.0-90.0)	75.9±11.4	27016.0	P>0.05
<b>Sosyal Fonksiyonellik</b>	75.0 (25.0-100.0)	77.7±18.0	75.0 (25.0-100.0)	78.8±14.1	27148.5	P>0.05

SF-36 boyutlarının puanlarının nöbetle çalışma durumuna göre dağılımı Tablo 4.13’de gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi; nöbet tutan personel, fiziksel fonksiyonellik ve canlılık boyutlarında nöbet tutmayan personelden daha yüksek, duygusal rol boyutunda

ise nöbet tutmayanlardan daha düşük puan almışlardır. Diğer boyutlarda, nöbet tutanlar ve tutmayanlar arasında önemli fark bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.14.** Araştırma grubunda, vardiyalı çalışma durumuna göre SF-36 boyutlarının puanları

SF-36 Boyutları	Vardiyalı Çalışma Durumu				U	P
	Evet (n:125)		Hayır (n:385)			
	Ortanca (Min-Max)	X±SD	Ortanca (Min-Max)	X±SD		
<b>Genel Sağlık</b>	72.0 (45.0-92.0)	71.5±10.7	67.0 (25.0-100.0)	67.1±12.5	19447.5	P<0.05
<b>Fiziksel Fonksiyonellik</b>	100.0 (90.0-100.0)	98.1±2.8	100.0 (50.0-100.0)	95.5±6.7	19421.0	P<0.05
<b>Fiziksel Rol</b>	100.0 (50.0-100.0)	92.0±13.3	100.0 (0.0-100.0)	91.4±14.9	23956.5	P>0.05
<b>Genel Ruh Sağlığı</b>	60.0 (48.0-72.0)	60.4±6.0	64.0 (24.0-100.0)	64.3±11.7	18014.0	P<0.05
<b>Canlılık</b>	60.0 (35.0-100.0)	59.±9.4	65.0 (25.0-100.0)	63.7±11.8	18306.0	P<0.05
<b>Duygusal Rol</b>	100.0 (33.3-100.0)	95.7±11.9	100.0 (0.0-100.0)	92.8±17.2	22602.0	P>0.05
<b>Bedensel Ağrı</b>	74.0 (42.0-90.0)	76.2±8.7	74.0 (20.0-90.0)	75.4±12.7	23490.0	P>0.05
<b>Sosyal Fonksiyonellik</b>	75.0 (37.5-100.0)	78.8±11.4	75.0 (25.0-100.0)	78.4±16.5	23741.0	P>0.05

SF-36 boyutlarının puanlarının vardiyalı çalışma durumuna göre dağılımı Tablo 4.14'de gösterilmiştir.

Tabloda görüldüğü gibi; genel sağlık ve fiziksel fonksiyonellik boyutlarında vardiyalı çalışanların puanı, vardiyalı çalışmayanlardan daha yüksek, genel ruh sağlığı ve canlılık boyutlarının puanları ise daha düşüktür. Diğer boyutlarda, gruplar arasında önemli bir fark bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.15.** Araştırma grubunda, işi kendine uygun bulma durumuna göre SF-36 boyutlarının puanları

SF-36 Boyutları	İş Kendine Uygun Bulma Durumu						KW	P
	Uygun(n=237)		Kısmen Uygun(n=138)		Uygun Değil(n=135)			
	Ortanca(Min-Max)	X±SD	Ortanca(Min-Max)	X±SD	Ortanca(Min-Max)	X±SD		
<b>Genel Sağlık</b>	70.0(32.0-92.0)	67.1±11.8	72.0(25.0-92.0)	68.5±12.8	72.0(42.0-100.0)	69.8±12.2	4.09	p>0.05
<b>Fiziksel Fonksiyonellik</b>	100.0(25.0-100.0) <sup>a</sup>	96.3±5.0	95.0(60.0-100.0) <sup>b</sup>	95.3±6.6	100.0(50.0-100.0) <sup>ab</sup>	96.6±7.2	7.15	p<0.05
<b>Fiziksel Rol</b>	100.0(25.0-100.0) <sup>a</sup>	93.7±12.6	100.0(25.0-100.0) <sup>ab</sup>	91.3±14.9	100.0(0.0-100.0) <sup>b</sup>	88.0±16.4	15.61	p<0.05
<b>Genel Ruh Sağlığı</b>	64.0(36.0-92.0) <sup>a</sup>	65.2±11.2	64.0(24.0-92.0) <sup>b</sup>	62.2±10.5	60.0(40.0-100.0) <sup>b</sup>	61.0±9.6	18.18	p<0.05
<b>Canlılık</b>	65.0(25.0-95.0)	63.2±11.3	62.5(25.0-85.0)	62.5±11.1	60.0(30.0-100.0)	61.6±11.7	2.52	p>0.05
<b>Duygusal Rol</b>	100.0(33.3-100.0) <sup>a</sup>	96.4±10.7	100.0(0.0-100.0) <sup>b</sup>	90.8±19.6	100.0(0.0-100.0) <sup>b</sup>	91.0±19.2	13.59	p<0.05
<b>Bedensel Ağrı</b>	80.0(51.0-90.0) <sup>a</sup>	79.2±9.5	74.0(20.0-90.0) <sup>b</sup>	73.5±13.4	74.0(31.0-90.0) <sup>b</sup>	71.1±12.0	45.36	p<0.05
<b>Sosyal Fonksiyonellik</b>	87.5(50.0-100.0) <sup>a</sup>	83.5±13.9	75.0(25.0-100.0) <sup>b</sup>	75.3±14.6	75.0(25.0-100.0) <sup>b</sup>	72.5±15.8	48.89	p<0.05

- Aynı satırda, aynı harfi taşıyan gruplar arasında fark yoktur.

**Tablo 4.16.** Araştırma grubunda, maaşı yeterli bulma durumuna göre SF-36 boyutlarının puanları

SF-36 Boyutları	Maaşı Yeterli Bulma Durumu						KW	P
	Yeterli (n=131)		Kısmen Yeterli(n=189)		Yetersiz(n=190)			
	Ortanca(Min-Max)	X±SD	Ortanca(Min-Max)	X±SD	Ortanca(Min-Max)	X±SD		
<b>Genel Sağlık</b>	67.0(32.0-92.0) <sup>a</sup>	65.6±12.4	72.0(37.0-97.0) <sup>b</sup>	69.3±12.2	67.0(25.0-100.0) <sup>ab</sup>	68.9±11.8	6.89	p<0.05
<b>Fiziksel Fonksiyonellik</b>	100.0(80.0-100.0)	96.7±5.0	100.0(60.0-100.0)	96.1±5.5	100.0(50.0-100.0)	95.8±7.3	2.25	p>0.05
<b>Fiziksel Rol</b>	100.0(50.0-100.0) <sup>a</sup>	92.9±12.5	100.0(25.0-100.0) <sup>a</sup>	92.5±14.2	100.0(0.0-100.0) <sup>a</sup>	89.7±15.8	6.06	p<0.05
<b>Genel Ruh Sağlığı</b>	64.0(40.0-92.0) <sup>a</sup>	64.5±11.6	64.0(24.0-92.0) <sup>a</sup>	64.5±10.6	60.0(36.0-100.0) <sup>b</sup>	61.3±10.0	11.07	p<0.05
<b>Canlılık</b>	60.0(30.0-95.0)	62.1±11.5	65.0(25.0-90.0)	63.2±10.9	62.5(25.0-100.0)	62.4±11.8	1.10	p>0.05
<b>Duygusal Rol</b>	100.0(66.6a-100.0)	95.6±11.2	100.0(33.3-100.0)	94.3±13.4	100.0(0.0-100.0)	91.2±20.6	2.92	p>0.05
<b>Bedensel Ağrı</b>	80.0(42.0-90.0) <sup>a</sup>	78.7±11.0	74.0(20.0-90.0) <sup>a</sup>	77.1±11.0	74.0(31.0-90.0) <sup>b</sup>	71.8±12.3	34.62	p<0.05
<b>Sosyal Fonksiyonellik</b>	87.5(37.5-100.0) <sup>a</sup>	82.9±15.5	75.0(25.0-100.0) <sup>a</sup>	79.8±14.2	75.0(25.0-100.0) <sup>b</sup>	74.1±15.4	27.39	p<0.05

- Aynı satırda, aynı harfi taşıyan gruplar arasında fark yoktur.

Araştırma grubunda, işi kendine uygun bulma durumuna göre; SF-36 puanlarının dağılımı Tablo 4.15’de gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, genel olarak işi kendine uygun bulanların SF-36 boyutlarından aldığı puanlar, işi kendine uygun bulmayan ve kısmen uygun bulanlardan daha yüksek bulunmuştur. Sadece genel sağlık ve canlılık boyutlarında gruplar arasındaki fark önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 4.16’da görüldüğü gibi; maaşını yeterli bulmayanların genel sağlık, fiziksel rol, genel ruh sağlığı, bedensel ağrı ve sosyal fonksiyonellik puanları, maaşını yeterli ve kısmen yeterli bulanlardan daha düşük bulunmuştur. Diğer boyutlarda gruplar arasındaki fark önemli bulunmamıştır. ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.17.** Araştırma grubunda, kronik hastalık durumuna göre SF-36 boyutlarının puanları

SF-36 Boyutları	Kronik Hastalık Durumu				U	P
	Evet (n:25)		Hayır (n:485)			
	Ortanca (Min-Max)	X±SD	Ortanca (Min-Max)	X±SD		
<b>Genel Sağlık</b>	57.0 (40.0-82.0)	58.4±12.8	72.0 (25.0-100.0)	68.7±12.0	3366.0	p<0.05
<b>Fiziksel Fonksiyonellik</b>	90.0 (55.0-100.0)	89.0±10.3	100.0 (50.0-100.0)	96.5±5.6	2790.5	p<0.05
<b>Fiziksel Rol</b>	100.0 (0.0-100.0)	84.0±24.8	100.0 (25.0-100.0)	92.0±13.7	5043.5	p>0.05
<b>Genel Ruh Sağlığı</b>	60.0 (30.0-80.0)	60.0±10.1	64.0 (24.0-100.0)	63.5±10.7	4900.5	p>0.05
<b>Canlılık</b>	60.0 (30.0-80.0)	58.4±12.3	65.0 (25.0-100.0)	62.8±11.3	4957.0	p>0.05
<b>Duygusal Rol</b>	100.0 (0.0-100.0)	88.0±23.3	100.0 (0.0-100.0)	93.8±15.6	5318.0	p>0.05
<b>Bedensel Ağrı</b>	72.0 (31.0-90.0)	69.4±14.8	74.0 (20.0-90.0)	75.9±11.6	4251.0	P<0.05
<b>Sosyal Fonksiyonellik</b>	75.0 (25.0-100.0)	70.5±16.8	75.0 (25.0-100.0)	78.9±15.2	4394.0	p<0.05

SF-36 boyutlarının puanlarının kronik hastalık durumuna göre dağılımı Tablo 4.17’de gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi; kronik hastalığı olanlar genel sağlık, fiziksel fonksiyonellik, bedensel ağrı ve sosyal fonksiyonellik boyutlarında, kronik hastalığı olmayanlardan daha düşük puan almışlardır. Diğer boyutlar açısından; kronik hastalığı olanlarla olmayanlar arasında fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).



**Tablo 4.18.** Araştırma grubunda, sürekli ilaç kullanma durumuna göre SF-36 boyutlarının puanları

SF-36 Boyutları	Sürekli İlaç Kullanma Durumu				U	P
	Evet (n:16)		Hayır (n:494)			
	Ortanca (Min-Max)	X±SD	Ortanca (Min-Max)	X±SD		
<b>Genel Sağlık</b>	54.5 (40.0-82.0)	57.8±13.6	72.0 (25.0-100.0)	68.6±12.0	2148.5	p<0.05
<b>Fiziksel Fonksiyonellik</b>	90.0 (55.0-100.0)	87.8±10.4	100.0 (50.0-100.0)	96.4±5.7	1381.0	p<0.05
<b>Fiziksel Rol</b>	100.0 (0.0-100.0)	84.3±25.6	100.0 (25.0-100.0)	91.8±14.0	3306.0	p>0.05
<b>Genel Ruh Sağlığı</b>	60.0 (44.0-72.0)	61.0±9.4	64.0 (24.0-100.0)	63.4±10.7	3438.0	p>0.05
<b>Canlılık</b>	60.0 (30.0-75.0)	59.0±11.4	60.0 (25.0-100.0)	62.8±11.3	3356.0	p>0.05
<b>Duygusal Rol</b>	100.0 (0.0-100.0)	87.5±26.8	100.0 (0.0-100.0)	93.9±15.1	3538.5	p>0.05
<b>Bedensel Ağrı</b>	62.0 (31.0-90.0)	66.8±16.5	74.0 (20.0-90.0)	75.9±11.6	2466.0	p<0.05
<b>Sosyal Fonksiyonellik</b>	75.0 (25.0-100.0)	71.0±18.6	75.0 (25.0-100.0)	78.8±15.2	3015.0	p>0.05

SF-36 boyutlarının puanlarının sürekli ilaç kullanma durumuna göre dağılımı Tablo 4.18’de gösterilmiştir. Sürekli ilaç kullanan personelin genel sağlık, fiziksel fonksiyonellik ve bedensel ağrı puanları, sürekli ilaç kullanmayanlardan daha düşük bulunmuştur. Diğer boyutlar açısından, ilaç kullanan ve kullanmayanlar arasındaki fark önemli bulunmamıştır (p>0.05).

**Tablo 4.19.** Araştırma grubunda, bir önceki yıla göre şimdiki sağlık durumuna göre SF-36 boyutlarının puanları

SF-36 Boyutları	Bir Önceki Yıla Göre Şimdiki Sağlık Durumu						KW	P
	Bir önceki yıldan iyi(n=101)		Hemen,hemen aynı(n=382)		Bir önceki yıldan kötü(n=27)			
	Ortanca(Min-Max)	X±SD	Ortanca(Min-Max)	X±SD	Ortanca(Min-Max)	X±SD		
<b>Genel Sağlık</b>	72.0(32.0-100.0) <sup>a</sup>	69.7±12.7	72.0(25.0-97.0) <sup>a</sup>	68.3±11.7	62.0(40.0-87.0) <sup>b</sup>	60.6±14.2	9.76	p<0.05
<b>Fiziksel Fonksiyonellik</b>	100.0(60.0-100.0) <sup>a</sup>	96.8±5.9	100.0(65.0-100.0) <sup>a</sup>	96.4±5.0	90.0(50.0-100.0) <sup>b</sup>	88.8±13.1	20.38	P<0.05
<b>Fiziksel Rol</b>	100.0(50.0-100.0) <sup>a</sup>	90.5±13.6	100.0(50.0-100.0) <sup>a</sup>	92.9±12.6	75.0(0.0-100.0) <sup>b</sup>	75.9±28.1	18.79	p<0.05
<b>Genel Ruh Sağlığı</b>	60.0(24.0-100.0) <sup>a</sup>	61.4±12.7	64.0(36.0-88.0) <sup>a</sup>	64.0±10.0	60.0(40.0-92.0) <sup>a</sup>	60.5±12.2	7.06	p<0.05
<b>Canlılık</b>	60.0(25.0-85.0)	62.7±12.4	65.0(25.0-85.0)	62.8±11.0	60.0(30.0-85.0)	59.0±12.4	2.69	p>0.05
<b>Duygusal Rol</b>	100.0(0.0-100.0) <sup>ab</sup>	90.0±19.7	100.0(0.0-100.0) <sup>a</sup>	95.4±12.8	100.0(0.0-100.0) <sup>b</sup>	79.0±29.4	25.16	P<0.05
<b>Bedensel Ağrı</b>	74.0(20.0-90.0) <sup>a</sup>	75.0±13.3	74.0(20.0-90.0) <sup>a</sup>	76.4±10.7	64.0(31.0-90.0) <sup>b</sup>	65.4±16.4	12.92	p<0.05
<b>Sosyal Fonksiyonellik</b>	75.0(25.0-100.0) <sup>a</sup>	78.2±16.2	75.0(25.0-100.0) <sup>a</sup>	79.4±14.6	75.0(25.0-100.0) <sup>b</sup>	66.6±18.6	11.68	p<0.05

- Aynı satırda, aynı harfi taşıyan gruplar arasında fark yoktur.

**Tablo 4.20.** Araştırma grubunda, SF-36 boyutları arasındaki korelasyon katsayıları

SF-36 Boyutları (n=510)	Genel Sağlık	Fiziksel Fonksiyonellik	Fiziksel Rol	Canlılık	Genel Ruh Sağlığı	Duygusal Rol	Bedensel Ağrı	Sosyal Fonksiyonellik
<b>Genel Sağlık</b>	1							
<b>Fiziksel Fonksiyonellik</b>	0.214**	1						
<b>Fiziksel Rol</b>	0.135**	0.233**	1					
<b>Canlılık</b>	0.292**	0.019	0.170**	1				
<b>Genel Ruh Sağlığı</b>	0.198**	0.089*	0.120**	0.560**	1			
<b>Duygusal Rol</b>	0.126**	0.174**	0.558**	0.127**	0.123**	1		
<b>Bedensel Ağrı</b>	0.146**	0.279**	0.196**	0.074	0.157**	0.175**	1	
<b>Sosyal Fonksiyonellik</b>	0.163**	0.234**	0.242**	0.153**	0.139**	0.247**	0.707**	1

\*\* 0.01 düzeyinde anlamlıdır

\* 0.05 düzeyinde anlamlıdır

Araştırma grubundaki personelin, şimdiki sağlık durumlarını bir önceki yıllarla karşılaştırmaları istenmiştir. SF-36 boyutlarının puanlarının bir önceki yıla göre mevcut sağlık durumlarının dağılımı Tablo 4.19'da gösterilmiştir. Mevcut sağlık durumunu bir önceki yılda göre “daha kötü” olduğunu ifade edenlerin SF-36 boyutlarından aldığı puanlar, mevcut sağlık durumunu geçen yıl ile “hemen hemen aynı” ve “daha iyi” olarak tanımlayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur.

Araştırma grubunda; SF-36 boyutlarından alınan puanların birbirleriyle korelasyonu Tablo 4.20'de görülmektedir. Canlılık-fiziksel fonksiyonellik boyutları haricinde bütün boyutlar arasında pozitif ilişki bulunmaktadır. Bedensel ağrı-sosyal fonksiyonellik ( $\rho=0.707$ ), canlılık-genel ruh sağlığı ( $\rho= 0.560$ ), fiziksel rol-duygusal rol ( $\rho= 0.558$ ) boyutları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmuştur.

Diğer boyutlar arasında ise, pozitif yönde zayıf ilişki bulunmuştur.

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırma grubu, SF-36'nın boyutlarından, en yüksek puanı, fiziksel fonksiyonellik boyutundan almıştır. Bunu duygusal rol boyutu izlemektedir. Araştırma grubu en düşük puanı, canlılık boyutundan almıştır. Bu boyuttan sonra ise en düşük puanı, genel ruh sağlığı boyutundan almıştır (Tablo 4.4).

Avusturya'da bayan hastane personeli üzerinde yapılan bir çalışmada, araştırma grubu, SF-36'nın boyutlarından en yüksek puanı, fiziksel fonksiyonellik, en düşük puanı ise, canlılık boyutundan almıştır (59). Bu yönüyle, bu araştırmayla bizim araştırmamız benzerlik göstermektedir.

İzmir'de genel toplum üzerinde yapılan bir geçerlilik çalışmasında araştırma grubu SF-36'nın boyutlarından, en yüksek puanı, sosyal fonksiyonellik ve duygusal rol boyutlarından almıştır (60). Bu yönüyle, bu araştırmayla bizim araştırmamız benzerlik göstermektedir. Van'da 15 yaş üzeri erkekleri kapsayan bir çalışmada ise araştırma grubu SF-36'nın boyutlarından, en yüksek puanı, fiziksel fonksiyonellik boyutundan en düşük puanı ise canlılık boyutundan almıştır. Bu yönüyle de bu araştırmayla bizim araştırmamız benzerlik göstermektedir (61).

Cinsiyete göre, erkekler bütün boyutlarda kadınlardan daha yüksek puanlar almışlardır. Sadece genel sağlık boyutunda erkekler ve kadınlar birbirine çok yakın puanlar almış ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Diğer bütün boyutlarda istatistiksel fark bulunmuştur (Tablo 4.5). İngiltere’de yapılan benzer bir çalışmada da, yine erkekler genel sağlık boyutu dışında SF-36’nın diğer bütün boyutlarında kadınlardan daha yüksek puanlar almışlardır. Genel sağlık boyutunda ise erkekler ve kadınlar birbirine çok yakın puanlar almışlardır (62). Yunanistan’da hastane çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada ise; erkek hastane personeli SF-36’nın bütün boyutlarında kadın personelden daha yüksek puanlar almıştır (63). Bütün boyutlarda erkeklerin kadınlardan daha yüksek puan almalarının nedeni; kadınların fizyolojik olarak ( analık vb.) daha fazla yıpranıyor olmaları (ev işleri ve çocuklarla uğraşıyor olmaları) olabilir.

Yaş değişkeni ile SF-36’nın boyutlarına baktığımızda ise, yaş ilerledikçe boyutlardan alınan puanların düştüğü gözlenmiştir (Tablo 4.6). Genel ruh sağlığı ve canlılık boyutlarında ise, yaş grupları birbirine yakın puanlar almış ve her iki boyutta da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ankara’da sağlık ocakları personeli üzerinde yapılan bir çalışmada yaşla birlikte SF-36’nın boyutlarından alınan puanlar azalmaktadır (64). Bangladeş, Romanya, Malezya da genel nüfusu temsil eden araştırmalarda yine yaşla birlikte SF-36’nın bütün boyutlarından alınan puanların düştüğü bulunmuştur (65-67). Araştırmamızda yaşla, birlikte bazı SF-36 boyutlarında fark oluşmasının sebebi; yaşın ilerlemesiyle birlikte kişilerin karşılaştıkları sağlık sorunları, ağır ve yorucu iş ortamı gibi bazı nedenler olabilir. Bütün bunlar artan yaşla birlikte yaşam kalitesinin azalmasının bir açıklayıcısı olabilir. Genellikle toplumlarda erkeklerin yaşam kaliteleri kadınlara göre daha yüksektir (68). Ancak bu durum sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve uygulanmasında erkeklerin geri planda bırakılmaları gerektiği anlamına gelmemektedir. Yaşam kalitesi, sağlığın göstergelerinden birisidir. Kişilerin sağlık düzeyleri belirlenirken geleneksel mortalite ve morbidite ölçütlerinin yanı sıra yaşam kalitesi de göz önüne alınması gereken önemli faktörlerdendir.

Öğrenim grupları (sağlık meslek lisesi, önlisans, lisans ve yüksek lisans) SF-36’nın bütün boyutlarında birbirine yakın puanlar almışlardır (Tablo 4.7). Öğrenim durumuna göre, yalnızca genel ruh sağlığı ve genel sağlık boyutlarında anlamlı fark bulunmuştur. Genel ruh sağlığı boyutunda önlisans grubu, diğer gruplardan daha yüksek puan alırken,

genel sağlık boyutunda diğer gruplardan daha dűşűk puan almıştır. Norveç ve Bangladeş'te yapılan araştırmalarda ise eğitim dűzeyi yükseldikçe SF-36'nın boyutlarından alınan puanlar da yükselmektedir (69,65). Amerika'nın Memphis-Tennessee eyaletinde, hastane çalışanları üzerinde yapılan bir araştırmada eğitim durumuyla birlikte SF-36'nın boyutlarından alınan puanlar yükselmektedir. Çalışmada fiziksel rol ve duygusal rol boyutları dışındaki diğer tüm boyutlarda anlamlı fark bulunmuştur (70). Bizim araştırmamızda, genel ruh sağlığı ve genel sağlık boyutlarında fark bulunması, eğitim dűzeyinin yükselmesiyle sağlık algısının iyileşmesi ve sağlıklı yaşamaya ilişkin davranışların yerleşmesine bağlı olabilir. Diđer yandan eğitim dűzeyi yükseldikçe alınan puanlarda belirgin bir artış olmaması ise yardımcı sağlık personelinin eğitimle birlikte gelirinde belirgin bir farklılaşma olmamasına bağlı olabilir.

Medeni duruma bakıldığında ise; bekar olanlar SF-36'nın bütün boyutlarında evlilere göre daha yüksek puanlar almışlardır (Tablo 4.8). Evliler dul olanlara göre bütün boyutlarda daha yüksek puanlar almışlardır. Van ve Lübnan'da yapılan benzer çalışmalarda, bekarlar bütün boyutlarda en yüksek puanları almışlardır (61,71). Ancak, burada medeni durumla birlikte yař değişkenini de göz önünde bulundurmak gerekir. Yařla beraber evlilerin oranı artmakta ve yaşam kalitesi puanları da dűřmektedir. Bekar olan sağlık personelinin yaşı, evli olan sağlık personelinden daha küçük olduğu için SF-36'nın bütün boyutlarından daha yüksek puan almış olabilirler. Dul olan personel, daha çok 40 yaşın üstünde olduğu için, bu grubun SF-36'nın bütün boyutlarında en dűşűk puanı almaları yař değişkeniyle açıklanabilir.

Oturulan konutun műlkiyet duruma göre, SF-36'nın bütün boyutlarında lojmanda oturan grup, en yüksek puanı almıştır (Tablo 4.9). Oturduđu konutta kiracı olanlar, SF-36'nın duygusal rol boyutu dışında diğer tüm boyutlarda kendi evinde oturan gruptan daha yüksek puan almıştır. Avustralya'da hane halkı üzerinde yapılan bir çalışmada ev sahibi olanlar, SF-36'nın fiziksel rol boyutu dışındaki bütün boyutlarında kiracılara göre daha yüksek puan almıştır (72). Bu yönűyle bu araştırma ile bizim araştırmamız farklılık göstermektedir. Oturulan konutun műlkiyet duruma göre, SF-36'nın genel ruh sağlığı, canlılık ve duygusal rol boyutlarında farklılık bulunmamış, diğer bütün boyutlarda anlamlı fark bulunmuştur. Burada dikkat edilmesi gereken değişkenler yař ve toplam çalışma süresidir. Yardımcı sağlık personeli ancak belli bir süre çalıştıktan sonra kendi

evinde oturmaya başlamaktadır, dolayısıyla kiracı olan sağlık personeli ev sahibi olanlara göre daha genç yaşadadır ve bu yüzden yaşam kalitesi puanları ev sahibi olan sağlık personeline göre daha yüksek çıkmış olabilir.

Birlikte yaşama durumuna göre, SF-36'nın duygusal rol ve sosyal fonksiyonellik boyutlarında fark bulunmamış, diğer bütün boyutlarında fark bulunmuştur (Tablo 4.10). En yüksek puanları ise anne ve babasının yanında yaşayanlarla akraba ve arkadaşının yanında yaşayanlar almışlardır. İsveç'te yapılan bir geçerlilik çalışmasında evli olanlar SF-36'nın bütün boyutlarında yalnız yaşayanlardan daha yüksek puanlar almışlardır (73). Anne-baba ve akraba-arkadaş yanında yaşayanların puanlarının yüksek olması birlikte yaşamın sağladığı sosyal destek sistemlerine bağlı olabilir. Yalnız yaşayan grup bütün boyutlarda diğer gruplara göre en düşük puanları almıştır. Kişi yalnız yaşadığında bütün ihtiyaçlarını kendisi karşılamakta, kısaca hayatını tek başına idame ettirmektedir. Bu durum genç bekarların yaşam kalitesi puanlarının düşmesine yol açabilir.

Araştırma grubunda, meslek durumuna göre, SF-36'nın, canlılık, fiziksel fonksiyonellik ve genel sağlık boyutlarında fark bulunmamıştır (Tablo 4.11).Bütün boyutlarda sağlık memurları en yüksek puanı alan gruptur, bu grubu fizyoterapist-diyetisyen ve diğer sağlık personeli izlemektedir. En az puanları alan ise ebe-hemşire grubu olmuştur. Sağlık memuru olan personelin büyük çoğunluğunu erkekler, ebe-hemşire olan personeli ise kadınlar oluşturmaktadır. Ebe-hemşire grubunun en düşük puanı almaları kadınların yaşam kalitesi puanlarının erkeklerden daha düşük olması durumuyla uyumluluk göstermektedir. Avusturya'da bayan hastane personeli üzerinde yapılan benzer bir çalışmada ise; fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol ve bedensel ağrı boyutlarında hemşire grubu diğer gruplara göre daha düşük puanlar almışlardır (59). Yunanistan'da hastane çalışanları arasında yapılan bir çalışmada ise hemşire grubu diğer gruplardan daha düşük puanlar almıştır (63). Bu üç boyutta da bizim araştırmamızda hemşire grubunun en düşük puanı almış olmaları onların ağır ve yorucu ortamlarda (klinikler, yoğun bakımlar, aciller vs.) nöbet ve vardiya usulü çalışma düzenlerinden kaynaklanmaktadır. Diğer boyutlarda da ebe-hemşire grubunun daha düşük puanları almasının sebebini ise çalışma şartlarının diğer boyutlara yansımaları olarak görebiliriz.



Araştırma grubunda, toplam çalışma süresine göre, SF-36'nın canlılık ve genel ruh sağlığı dışındaki diğer bütün boyutlarında fark bulunmuştur (Tablo 4.12). Bütün boyutlarda 10 yıldan daha az süreyle çalışan sağlık personeli en yüksek puanları almıştır. Yunanistan'da hastane çalışanları arasında yapılan bir çalışmada ise toplam çalışma süresi arttıkça yaşam kalitesi puanları artmaktadır (63). Bu yönüyle bu çalışmayla bizim çalışmamız farklılık göstermektedir. Sağlık personelinin yaşam kalitesiyle ilgili benzer bir çalışmada, meslekte toplam çalışma süresi arttıkça yaşam kalitesi puanları düşmektedir (74). Meslekte daha çok çalışanlar daha kötü yaşam kalitesi puanları almışlardır. Bu sonuç araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Yardımcı sağlık personeli, uzun süreli çalışma, aşırı iş yükü, zaman baskısı, zor ya da karmaşık görevler, yetersiz dinlenme araları, tekdüzelik ve fiziksel olarak kötü iş koşulları (yer, sıcaklık ve ışıklandırma gibi) gibi stresle ilgili risk faktörleriyle karşı karşıyadır (56). İş yaşamına ilişkin faktörler meslekte çalışma süresi arttıkça yaşam kalitesi puanlarının azalmasına sebep olmuş olabilir. Meslekte çalışma süresi arttıkça yaşam kalitesi puanlarının azalması durumu yaş faktörüyle de uyumluluk göstermektedir. Yaşı ilerlemiş olan sağlık personelinin yaşam kalitesi puanları, yaşı daha genç olan sağlık personeline göre daha düşük olmaktadır.

Nöbet tutan personel, SF-36'nın genel sağlık, fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, genel ruh sağlığı ve canlılık boyutlarında, nöbet tutmayanlara göre daha yüksek puan almıştır (Tablo 4.13). Nöbet tutan personelin çoğunluğunu hemşire grubu oluşturmaktadır. Avusturya'da yapılan benzer bir araştırmada gece nöbet tutan hemşireler fiziksel fonksiyonellik, sosyal fonksiyonellik ve canlılık boyutlarında gündüz çalışan hemşire grubuna göre daha düşük puanlar almışlardır (59). Bu çalışmanın bulguları bizim araştırmamızla farklılık göstermektedir. Bu farkın nedeni; nöbetsiz çalışan grubun %35 ini vardiyayla çalışan grubun oluşturması olarak açıklanabilir. Vardiyalı çalışan grup günde üç vardiya şeklinde (sabah, akşam, gece) çalışmaktadır ve vardiyaları düzensizdir. Nöbet tutan personelin bir çok boyutta yaşam kalitesi puanlarının nöbet tutmayan personele göre daha yüksek olmasına yaş etkeni yol açmış olabilir. Nöbet tutan grubun çoğunluğu, nöbet tutmayanlara göre daha genç hemşirelerden oluşmaktadır ve meslekte çalışma süresi arttıkça nöbetle çalışanlar, nöbetsiz çalışma düzenine geçmektedir.

Vardiyayla çalışan grup, SF-36'nın genel ruh sağlığı ve canlılık boyutları dışında, diğer tüm boyutlarında vardiyasız çalışan gruba göre daha yüksek puanlar almışlardır (Tablo 4.14). Vardiyalı çalışma hastanede düzensiz bir şekilde uygulanmaktadır. Bir hafta içinde sağlık personeli sabah, akşam ve gece vardiyalarında çalışabilmektedir. Bu durum vardiyalı çalışan personelin, genel ruh sağlığı ve canlılık boyutlarında vardiyasız çalışan personele göre daha düşük puanlar almalarına sebep olmuş olabilir. Kurum içinde ihtiyaçların karşılanamaması ve engelleyici çalışma koşullarının bulunması saldırganlığa ve çatışmaya yol açabilir (57). Yine vardiyalı çalışan personel, vardiyasız çalışan personele göre daha gençtir, bu durum vardiyayla çalışan personelin, vardiyasız çalışan personele göre, çoğu yaşam kalitesi boyutlarında daha yüksek puanlar almış olmasına neden olmuş olabilir.

Araştırma grubunda, işini kendine uygun bulanlar SF-36'nın genel sağlık ve fiziksel fonksiyonellik boyutları dışındaki diğer tüm boyutlarında işini kısmen uygun bulanlar ve işini kendine uygun bulmayanlara göre daha yüksek puanlar almışlardır (Tablo 4.15). Lübnan'da yapılan bir çalışmada işini kendine uygun bulanlar bütün boyutlarda en yüksek puanı almışlardır (71). Bu çalışmayla, bizim çalışmamız paralellik göstermektedir. Sağlık personelinin çalıştığı iş ortamının yoğunluğu ile nöbet ve vardiyayla çalışıp çalışmama durumu ve meslekte toplam çalışma süresi sağlık personelinin işini kendine uygun bulmasını etkileyebilmektedir.

Araştırma grubunda, maaşını yeterli bulanlar, SF-36'nın sosyal fonksiyonellik, bedensel ağrı, duygusal rol, fiziksel rol ve fiziksel fonksiyonellik boyutlarında maaşını kısmen yeterli bulanlar ve maaşını yeterli bulmayanlara göre daha yüksek puanlar almışlardır (Tablo 4.16). Lübnan'da herhangi bir gelir getiren işte çalışanlar üzerinde yapılan bir çalışmada, gelirini yeterli olarak değerlendirenler, SF-36'nın bütün boyutlarında gelirini yeterli olarak bulmayanlara göre daha yüksek puanlar almışlardır (71). Bu çalışma bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda; SF-36'nın sosyal fonksiyonellik, bedensel ağrı, duygusal rol ve fiziksel rol boyutlarında maaşını yeterli bulanlarla, işini kendine uygun bulanlar kendi grupları içinde en yüksek puanları almışlardır. Bu boyutlar açısından işini kendine uygun bulanların ve maaşını yeterli bulanların yüksek puan almaları iş doyumuyla bağlantılı olabilir. İş doyumunun sağlanması, yani kişinin işiyle ilgili duygulanım ve tutumunun olumlu olması, bireysel

mutluluğu arttırıp, bireyin işe bağlanmasını ve hata oranının azalmasını sağlayabilecektir (52).

Araştırma grubunda, herhangi bir kronik hastalığı olanlar, SF-36'nın bütün boyutlarında kronik hastalığı olmayanlara göre daha düşük puanlar almışlardır (Tablo 4.17). Lübnan'da yapılan bir araştırmada kronik hastalığı olanlar SF-36'nın bütün boyutlarında daha düşük puanlar almışlardır (71). Sağlık personelinin yaşam kalitesiyle ilgili başka bir araştırmada ise herhangi bir tanısı konmuş kronik hastalığı olanların yaşam kalitesi puanları kronik hastalığı olmayanlara göre daha düşüktür (74). Kronik bir hastalığı olanlarda duyarsızlaşma ve duygusal tükenme fazla, kişisel başarı hissi düşüktür (75). Bu durum yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Algılanan sağlık düzeyi fiziksel sağlık ile güçlü bir ilişki göstermekte ve kronik hastalık varlığı algılanan sağlık düzeyinin en güçlü belirleyicilerindendir (76). Kronik hastalığı olan bireyler tam iyileşmeseler de normal fonksiyon ve yeteneklerinin devam etmesi beklentisi içindedirler. Bu hastaların uygun bakım ve ilaç tedavisi ile hastalıkları önenebilir ve/veya yaşam süreleri uzatılabilir. Ancak, tedavi amacıyla kullanılan ilaçların birçoğu yan etkirli nedeniyle yorgunluk hissi, iletişim ve seksüel performans bozuklukları gibi ciddi durumlar yaratabilir. Dolayısıyla hastalık ve tedavisinin yarattığı etkiler nedeniyle, kısır bir döngü içine giren hastaların yüksek düzeyde olumsuz sağlık algısı yaşamaları kaçınılmaz bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (77). Kronik hastalık durumunda, üzerinde durulması gereken değişkenler arasında yaş ve meslekte çalışma süresi yer almaktadır. Yaşla birlikte meslekte çalışma süresi artmakta ve dolayısıyla bireylerde kronik hastalıklar ortaya çıkabilmektedir.

Araştırma grubunda, sürekli ilaç kullananlar, SF-36'nın bütün boyutlarında ilaç kullanmayan gruba göre daha düşük puanlar almışlardır (Tablo 4.18). Bu boyutlar kronik hastalığı olan sağlık personelinde de aynı şekilde yer almaktadır. Sürekli ilaç kullanan grup kronik hastalığı olan grup olduğu için yine meslekte çalışma süresi ve yaş, ilaç kullanma durumuna doğrudan etkili olmuş olabilir.

Araştırma grubunda, SF-36'nın genel sağlık ve fiziksel fonksiyonellik boyutları dışındaki diğer tüm boyutlarda; şimdiki sağlık durumunu bir önceki yıllar aynı bulanlar, şimdiki sağlık durumunu bir önceki yıldan daha iyi veya daha kötü bulanlardan daha yüksek puan almışlardır (Tablo 4.19). Lübnan'da yapılan bir araştırmada şimdiki sağlık

durumunu çok iyi olarak belirtenler bütün boyutlarda en yüksek puanları almışlardır (71).

Araştırma grubunun, SF-36 boyutlarından alınan puanların birbirleriyle korelasyonunda; bedensel ağrı-sosyal fonksiyonellik ( $\rho=0.707$ ), canlılık-genel ruh sağlığı ( $\rho= 0.560$ ), fiziksel rol-duygusal rol ( $\rho= 0.558$ ) boyutları arasında pozitif yönde güçlü ilişkiler bulunmuştur. (Tablo 4.20). Tayvan’da yapılan bir araştırmada; canlılık ve genel ruh sağlığı boyutları arasında pozitif yönde güçlü korelasyon bulunmuştur (78). Bu durum SF-36’nın canlılık boyutunun aynı zamanda kişinin ruh sağlığıyla da ilgili olmasıyla açıklanabilir.

Sonuç olarak;

- ❖ Araştırma grubu, yaşam kalitesinin ruhsal özellikleriyle ilgili boyutlarında düşük, fiziksel özellikleriyle ilgili boyutlarında daha yüksek puanlar almıştır.
- ❖ Erkek yardımcı sağlık personelinin yaşam kalitesi puanları kadın sağlık personelinin yaşam kalitesi puanlarından daha yüksektir.
- ❖ Yaş ilerledikçe, yaşam kalitesi puanları düşmektedir.
- ❖ Bekar sağlık personeli, bütün yaşam kalitesi boyutlarında en yüksek puanı almıştır. Dul sağlık personeli ise, en düşük puanları alan grup olmuştur.
- ❖ Lojmanda oturan personel, bütün yaşam kalitesi boyutlarında kendi evinde ve kiracı olarak oturan personelden daha yüksek puan almıştır.
- ❖ Akraba ve arkadaş yanında yaşayan personel, bütün yaşam kalitesi boyutlarında eş-çocuklarıyla, anne-babasıyla ve yalnız yaşayan personelden daha yüksek puan almıştır.
- ❖ Ebe-hemşire grubu, genel sağlık boyutu hariç bütün yaşam kalitesi boyutlarında diğer meslek gruplarına göre daha düşük puan almıştır.
- ❖ Toplam çalışma süresi uzadıkça, yaşam kalitesi puanları düşmektedir.
- ❖ Nöbetle çalışan personel, duygusal rol, bedensel ağrı ve sosyal fonksiyonellik boyutlarında, nöbetsiz çalışan personele göre daha düşük puan almıştır.
- ❖ Vardiyalı çalışan personel, genel ruh sağlığı ve canlılık boyutlarında vardiyasız çalışan gruba göre daha düşük puanlar almıştır.

- ❖ İşini kendine uygun bulan personel, genel sağlık ve fiziksel fonksiyonellik boyutları dışında, bütün yaşam kalitesi boyutlarında, işini kendine uygun bulmayanlardan daha yüksek puan almıştır.
- ❖ Maaşını yeterli bulan personel, genel sağlık, genel ruh sağlığı ve canlılık boyutları dışındaki diğer bütün yaşam kalitesi boyutlarında en yüksek puanı almıştır.
- ❖ Herhangi bir kronik hastalığı olan veya sürekli ilaç kullanan personel, diğer personele göre, bütün yaşam kalitesi boyutlarında daha düşük puan almıştır.
- ❖ Şimdiki sağlık durumu, bir önceki yıla göre hemen hemen aynı olan personel, genel sağlık boyutu hariç, bütün yaşam kalitesi boyutlarında şimdiki sağlık durumu bir önceki yıla göre daha iyi ve daha kötü olan personele göre, daha yüksek puan almıştır.
- ❖ Canlılık ve fiziksel fonksiyonellik boyutları hariç bütün boyutlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bedensel ağrı-sosyal fonksiyonellik, canlılık-genel ruh sağlığı, fiziksel rol-duygusal rol boyutları arasındaki ilişkiler daha güçlüdür.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

SF-36 ölçeği kullanılarak yapılacak genel sağlık düzeyi değerlendirmeleri çalışmalarına kılavuzluk etmesi ve ülkemizin uluslar arası mukayeselerinin yapılmasında daha gerçekçi sonuçlara varılabilmesi açısından Türkiye'yi temsil eden normatif çalışmalar yapılması önerilebilir.

## 6. KAYNAKLAR

1. Tüzün EH, Eker L. Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. Sağlık ve Toplum 2003; 13(2):3-8
2. Carr AJ, Gibson B, Robinson GP. Is quality of life determined by expectations or experience? BMJ 2001; 322:1240-1243
3. Felce P, Perry J. Exploring current conceptions of quality of life: In Brown I, Renwick R, Nagler M (eds.). Quality of life in health promotion and rehabilitation, Sage Publications 1996; 51-62
4. Bottomley, A. The Cancer Patient and Quality of Life. The Oncologist, 2002; 7:120-125
5. Schag CC, Heinrich RL, Ganz PA. Karnofsky performance status revisited: Reliability, validity, and guidelines. J Clin Oncol 1984; 2:187-193
6. Sloan JA, Sargent DJ, Lindman J, et al. A new graphic for quality adjusted life years (Q-TWiST) survival analysis: the Q-TWiST plot. Qual Life Res 2002; 11(1):37-45
7. Watanabe S, Kayama K. Visual analogue pain scale with convenient digitizer. Anesthesiology 1989; 71 (3): 481
8. Fidan D, Ünal B, Demiral Y. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kavramı ve ölçüm yöntemleri. Sağlık ve Toplum 2003; 13 (3):3-8

9. Eser S, Fidaner H, Fidaner C, ve ark. Yaşam kalitesinin ölçülmesi WHOQOL- 100 ve WHOQOL- BREF . 3P Dergisi Yaşam Kalitesi Özel sayısı 1999; 7:5-13
10. The WHOQOL Group: What quality of life. World Health Forum 1996; 17:354-356
11. Peker Ö. Fonksiyonel Değerlendirme. In: Beyazova M, Gökçe-Kutsal Y (eds), Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ankara, Güneş Kitabevi, 2000:642-656
12. Van Riel PLCM, Van Gestel AM, Welsing PMJ. Evaluation and outcome of the patient with established rheumatoid arthritis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (eds), Rheumatology. Toronto: Mosby, 2003:893-905
13. Stucki G, Kroeling P. Principles of rehabilitation. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (eds), Rheumatology. Toronto: Mosby, 2003:517-530.
14. Bellamy N. WOMAC: A 20-year experiential review of a patient-centered self-reported health status questionnaire. J Rheumatol 2002; 29 (12):2473-2476
15. Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, et al. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. J Rheumatol 1988; 15 (12):1833-1840
16. Bellamy N. Clinical assessment in osteoarthritis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (eds), Rheumatology. Toronto: Mosby, 2003:1847-1851
17. Ware JE , Kosinski M, Bayliss MS, et al. Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. Med Care 1995; 33 (4):264-279
18. Ware, JE., Sherbourne, CD. The MOS 36-Item Short Form Health Survey ( SF 36): I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30:473-83
19. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, ve ark. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12:102-106
20. Küçükdeveci AA, McKenna SP, Kutlay S, et al. The development and psychometric assessment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile. Int J Rehabil Res Dev 2000; 23(1):31-38
21. Horsman J, Furlong W, Feeny D, Torrance G. The Health Utilities Index (HUI): concepts, measurement properties and applications. Health and Quality of Life Outcomes 2003; 1:54

22. Dündar P, Fidaner C, Fidaner H, et al. Comparing the Turkish versions of WHOQOL-BREF and SF-36. Convergent validity of WHOQOL-BREF and SF-36. *Hippokratia* 2002; 1:37-44
23. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, et al. WHOQOL-BREF TR: a suitable instrument for the assessment of quality of life for use in the health care settings in Turkey. *Quality of Life Research* 1999; 8(7):647
24. Bilgel N. *Ana Çocuk Sağlığı*. Güneş&Nobel Tıp Kitapevi. Bursa. 1997:66-95
25. Walgate R. Underweight the main cause of ill-health; five causes account for 28% of all DALYs. *Bulletin of the World Health Organization* 2002; 80(12):988
26. McGregor M. Cost-utility analysis: Use QALYs only with great caution. *Canadian Medical Association Journal* 2003; 168(4):433-434
27. Yıldırım A. Health related quality of social life *Gülhane Askeri Tıp Akademisi Dergisi* 2002; 44(4): 480-485
28. Twaddle AC. The concept of health status. *Soc Sci Med* 1973; 8:29-38
29. Öksüz E, Malhan S. Bir sağlık gösterge aracı olarak yaşam kalitesine ayarlanmış yaşam yılları (QALYs) tekniği, *Sendrom Tıp Dergisi* 2005; 17(8):58-70
30. Murray CJ, Acharya AK. Understanding DALYs (disability-adjusted life years). *Journal of Health Economics* 1997; 16:703-730
31. Gold MR, Stevenson D, Fryback DG. HALYs, QALYs and DALYs, Oh my: similarities and differences in summary measures of population health. *Annals of Public Health* 2002; 23:115-134
32. Gelber RD, Cole BF. Adjusting Quality-Adjusted Life Years, *The American Statistician* 1995; 49(2):161-170
33. Brazier JE, Harper R, Jones NMB, et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: New outcome measure for primary care. *BMJ* 1992; 305:160-164
34. Fukuhara S, Bito S, Green J, et al. Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan. *Jpn J Clin Epidemiol* 1998; 51:1037-1044
35. Wagner AK, Gandek B, Aaranson NK, et al. Cross-cultural comparisons of the content of SF-36 translations across 10 different countries: Results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol* 1998; 51:925-932
36. Aydemir Ö. Konsültasyon-Liyazon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form-36 (SF-36). *3P Dergisi* 1999; 7(2):14-22



37. Husted JA, Gladman DD, Farewell VT, et al. Validating the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 1997; 24: 511-517
38. Harper R, Brazier JE, Waterhouse JC, et al. Comparison of outcome measures for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in an outpatient setting. *Thorax* 1997; 52:879-887
39. Rydman RJ, Isola ML, Roberts RR, et al. Emergency department observation unit versus hospital inpatient care for a chronic asthmatic population: A randomized trial of health status outcome and cost. *Med Care* 1997; 36:599-609
40. Schulze N. Yaşam kalitesini yükselten temel unsur olarak işin insancıllaştırılması, Altıncı Ergonomi Kongresi, MPM Yayınları ss: 152-160, 27-29 Mayıs 1998, Ankara Üniversitesi, Ankara
41. Tezcan S, Aslan D. Ankara'da çeşitli meslek gruplarında genel ruhsal sağlık durumunun değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi* 1999; 9(1):1-8
42. Örnek H. Çalışma hayatı ve stres, *SSK Bülteni* 1997; 6(1):36-37
43. Serbest F. İş yaşamı niteliği (QWL). *Verimlilik Dergisi MPM Yayınları* 2000; 2:27-40
44. Koçel T. İşletme Yöneticiliği. 8.Baskı, Beta Yayınları, İstanbul. 2001; 434
45. Esatoğlu AE. ve Kaplan A. "Hastanede Çalışan Personelin İş Başarılarını Etkileyen Faktörler Hakkındaki Düşüncelerinin Belirlenmesi" II. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu. İçinde: Ersoy K., Kavuncubaşı Ş (eds), Haberal Eğitim Vakfı, Ankara. 1999; 521-536
46. Bingöl D. Personel Yönetimi 3. Baskı, Beta Yayın Dağıtım A.Ş. İstanbul 1997; 223, 340
47. Yüksel Ö. İnsan Kaynakları Yönetimi, 2. Baskı, Gazi kitabevi, Ankara 1998; 7
48. Aksu S. Hizmet İşletmelerinde İş Tatmini, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 1998
49. Newstrom JW, Davis K. Organizational Behavior. *Human Behavior at Work*. 9 nd ed. McGraw-Hill, New York. 1993; 582
50. Curry JD, Wakefield DS, Price J.L, et al. "On the Causal Ordering of Job Satisfaction and Organizational Commitment". *Academy of Management Journal* 1986: 19(4):847-858.
51. Gürbüz Y, Karavuş M, Cebeci D, ve ark. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin iş tatmini düzeyleri. 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı. ss: 3-19, 28-29 Eylül 2000, Ankara Üniversitesi, Ankara

52. Piyal BY, Piyal B, Çelen Ü. Sağlık çalışanlarının iş doyumu farklılıklarının hastaneler ve meslekler temelinde çözümlenmesi. 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiri Kitabı. ss: 20-35, 28-29 Eylül 2000, Ankara Üniversitesi, Ankara
53. Ersoy F, Edirne T, Yıldırım RC. Tükenmişlik (Staff Burnout) Sendromu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Şubat 2001; 10(2):46-47
54. Şenol V, Mucuk S, Öztürk Y. “Kayseri Doğum ve Çocuk Bakımevinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin İşyeri Sorunları ve Bunları Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi”. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. ss: 218-221, 12-16 Ekim 1996, Marmara Üniversitesi, İstanbul
55. İbicioğlu H. İşletmelerde İnsangücü Verimliliğinin Arttırılması ve Teknolojik Değişim. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İstanbul 1993
56. Çukur M. Örgütsel stres yönetimi I, İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi 2001; 3:7-11
57. Demir C. ve Tatar F. Hemşirelerin Hastane Yönetiminden Beklentilerinin Karşılama Düzeyleri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2000; 5(2):84-87
58. Showalter MJ, Mulholland JA. Continuous Improvement Strategies for Service Organizations. Business Horizons 1992; 82-87
59. Musshauer D, Bader A, Wildt B. The impact of sociodemographic factor vs. gender roles on female hospital workers health, Journal of Occupational Health 2006; 48:383-391
60. Demiral Y, Ergör G, Ünal B, ve ark. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Genel Toplum Örneğinde Güvenirliği 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, bildiri kitabı ss: 45, 8-10 Nisan 2004 Atatürk Kültür Merkezi, İzmir
61. Bilir N, Özcebe H, Vaizoğlu S, ve ark. Van ilinde 15 yaş üzeri erkeklerde SF-36 ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi Türkiye Klinikleri J Med Sci 2005; 25:663-668
62. Jenkinson J, Brown SS, Petersen S, et al. Assessment of the SF-36 version 2 in the United Kingdom, J Epidemiol Community Health 1999; 53:46-50
63. Tountas Y, Demeakokos PTH, Yfantopoulos Y, et al. The health related quality of life of the employees in the Grek hospitals: assessing how healthy are the health workers, Health and Quality of Life Outcomes 2003, 1:61
64. Telatar GT, Ateş E, Bayram N. Ankara’da bazı sağlık ocaklarındaki sağlık personelinin yaşam kalitelerinin SF-36 ölçeği kullanılarak değerlendirilmesi. GATA IX.Halk Sağlığı Günleri bildiri özet kitabı ss; 25, 28 Eylül - 1 Ekim 2005 Ankara

65. Ahmed SM, Rana AK, Chowdhury M, et al. Measuring perceived health outcomes in non-western culture: does SF-36 have a place, *Journal of Health, Population and Nutrition* 2002; 20(4):334-342
66. Mihaila V, Enachescu D, Davila C, et al. General population norms for Romania using the Short Form 36 Health Survey (SF-36), *QoL Newsletter* 2001; 26: 17-18
67. Azman AB, Sararaks S, Rugayah B, et al. Quality of life of the Malaysian general population: results from a postal survey using the SF-36, *Med J Malaysia* 2003; 58 (5): 694-711
68. O'Dea I, Hunter MS, Anjos S. Life satisfaction and health-related quality of life (SF-36) of middle-aged men and women, *Climacteric* 1999; 2(2):131-40
69. Loge JH, Kaasa S. Short Form 36 (SF-36) health survey: normative data from the general population, *Scand J Soc Med* 1998; 26(4):250-258
70. Reed PJ. Medical Outcomes Study Short Form36: Testing and Cross-Validating a Second-Order Factorial Structure for Health System Employees. *Health Services Research* 1998; 33(5):1361-1380
71. Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, et al. Quality of life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 Health Survey, *Health and Quality of Life Outcomes* 2003, 1:30-37
72. Butterworth P, Crosier T. The validity of the SF-36 in an Australian National Household Survey: demonstrating the applicability of the Household Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA) Survey to examination of health inequalities, *BMC Public Health* 2004; 4:44
73. Sullivan M, Karlsson J. The Swedish SF-36 Health Survey III. Evaluation of Criterion-Based Validity: Results from Normative Population. *J Clin Epidemiol* 1998; 51(11):1105–1113
74. Kaya M, Piyal B. Ankara'da 112 acil yardım hizmetlerinde çalışan personelin öznel yaşam kalitelerinin sosyo-demografik özellikler yönünden yaşam kalitesi alt alanlarına göre değerlendirilmesi, 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı ss.61, 8-10 Nisan 2004, Ege Üniversitesi, İzmir
75. Aslan SH, Gürkan SB, Alparslan ZN, ve ark. Tıpta uzmanlık öğrencisi hekimlerde tükenme düzeyleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7:39-45
76. Shields M, Shoostari S. Determinants of self-perceived health. *Health reports* 2001;13(1):35-52.

77. Talas S. Yaşam kalitesi ve hemşirelik hizmetleri, 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı, ss: 139-146, 28-29 Eylül 2000 Ankara Üniversitesi, Ankara
78. Tseng H, Rachel Lu J, Gandek B. Cultural Issues in Using the SF-36 Health Survey in Asia: Results from Taiwan. Health and Quality of Life Outcomes 2003; 1:72

## EK-1

# TÜRKİYE YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞAN YARDIMCI SAĞLIK PERSONELİNİN YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKET FORMU

Anket No.....

...../...../2006

**AÇIKLAMA:** Bu anket ile size sağlık durumunuz, günlük aktiviteleriniz (işinizdeki, evinizdeki ve ev dışındaki) ve yaşam kalitenizle ilgili bazı sorular sorulacaktır. Lütfen, her bir soru için size en uygun olan cevabın karşısındaki kutuya (X) işareti koyunuz, adınızı yazmayınız.

### 1. Cinsiyetiniz nedir?

- 1  Erkek  
2  Kadın

### 2. Kaç yaşındasınız?.....

### 3. Öğrenim durumunuz nedir?

- 1  Sağlık meslek lisesi  
2  Ön lisans programı  
3  Dört yıllık lisans programı  
4  Yüksek lisans

### 4. Medeni durumunuz nedir?

- 1  Bekar  
2  Dul  
3  Evli  
4  Boşanmış

(Medeni durumunuz bekar ise 7. soruya geçiniz.)

### 5. Kadın iseniz gebelik sayınız kaçtır? .....

### 6. Kaç çocuğa sahipsiniz? .....

### 7. Yaşadığınız konutun mülkiyet durumu nedir?

- 1  Ev sahibi  
2  Lojman  
3  Kiracı

### 8. Kimlerle ikamet ediyorsunuz?

- 1  Yalnız  
2  Anne-baba  
3  Eş-çocuklar  
4  Akraba-arkadaş

### 9. Mesleğiniz nedir?

- 1  Sağlık memuru (Toplum sağlığı, laboratuvar, röntgen teknisyeni vs.)  
2  Hemşire  
3  Ebe  
4  Fizyoterapist  
5  Diyetisyen  
6  Diğer.....

10. Şu anda hastanede hangi birimde çalışıyorsunuz? .....
11. Meslekte toplam çalışma süreniz (yıl olarak) ne kadar? .....
12. Kaç senedir bu hastanede çalışıyorsunuz?.....
13. Bu kurumda nöbetle çalışıyor musunuz?  
1  Evet  
2  Hayır
14. Nöbet tutuyorsanız, haftada kaç nöbetle çalışıyorsunuz? .....
15. Bu kurumda vardiyalı çalışıyor musunuz?  
1  Evet  
2  Hayır
16. Vardiyalı çalışıyorsanız, haftada kaç vardiyayla çalışıyorsunuz? .....
17. İşinizi kendinize uygun buluyor musunuz?  
1  Buluyorum  
2  Kısmen uygun buluyorum  
3  Bulmuyorum
18. Maaşınızı yeterli buluyor musunuz?  
1  Buluyorum  
2  Kısmen yeterli buluyorum  
3  Bulmuyorum
19. Bir başka kuruma geçmeyi düşünüyor musunuz?  
1  Evet  
2  Hayır
20. Kronik bir hastalığınız var mı?  
1  Evet .....
- 2  Hayır
21. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?  
1  Evet .....
- 2  Hayır

**[BU BÖLÜMDE SİZE SF-36 (KISA FORM -36 ) İLE İLGİLİ SORULAR SORULACAKTIR]**

1. Genel sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?(Lütfen sadece bir kutuyu işaretleyiniz.)

- 1  Mükemmel  
2  Çok iyi  
3  İyi  
4  Orta  
5  Kötü

2. Bir yıl önceki ile karşılaştırdığınızda şimdiki sağlık durumunuzu aşağıdakilerden hangisi ile ifade edersiniz ?

- 1  Bir yıl öncekinden çok daha iyi  
2  Bir yıl öncekinden biraz daha iyi  
3  Hemen hemen aynı  
4  Bir yıl öncekinden biraz daha kötü  
5  Bir yıl öncekinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki sorular genellikle yaptığımız aktiviteler hakkındadır. Sağlık durumunuz bu aktiviteleri yapmanızı ne derece engellemektedir?

	<b>Evet çok Engelliyor</b> 1	<b>Evet biraz Engelliyor</b> 2	<b>Hayır hiç Engellemiyor</b> 3
a) Koşma, ağır bir şey kaldırma, ağır sporlarla uğraşma gibi ağır yorucu aktiviteler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Masa, sandalye, sehpa gibi eşyaları yerinden hareket ettirmek ve elektrikli süpürge kullanmak gibi orta derecede yorucu aktiviteler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Alışveriş çantası kaldırmak ve taşımak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Merdivenle çok sayıda kat çıkmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Merdivenle bir kat çıkmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Diz çökmek, öne ve arkaya doğru eğilmek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Bir-iki kilometre yol yürümek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Birkaç sokak öteye yürümek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Bir sokak öteye yürümek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Kendi kendine banyo yapmak ve giyinmek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Son dört hafta içerisinde herhangi bir fiziksel problemden dolayı gerek işinizde gerekse günlük aktivitelerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı ?**

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
	1	2

- a) İşiniz ve günlük aktiviteleriniz için ayırdığınız zamanda bir azalma oldu mu?  Evet  Hayır
- b) Yapmak istediklerinizden daha azını mı gerçekleştirdiniz ?  Evet  Hayır
- c) İş ortamınızda ve günlük yaşamınızda yaptığınız diğer aktivitelerin türlerinde bir azalma oldu mu ?  Evet  Hayır
- d) İşinizi ve diğer aktivitelerinizi yaparken bir zorlanmayla karşılaştınız mı ? (Örneğin, fazladan çaba gerektirdi mi ?)  Evet  Hayır

**5. Son dört hafta içerisinde herhangi bir duygusal problemden dolayı (stres, gerilim, endişe gibi) gerek işinizde gerekse günlük aktivitelerinizde aşağıdaki sorunlardan herhangi biri ile karşılaştınız mı?**

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
	1	2

- a) İşiniz ve günlük aktiviteleriniz için ayırdığınız zamanda bir azalma oldu mu ?  Evet  Hayır
- b) Yapmak istediklerinizden daha azını mı gerçekleştirdiniz ?  Evet  Hayır
- c) İşinizi ve günlük aktivitelerinizi her zamanki kadar dikkatli yapmadınız mı ?  Evet  Hayır

**6. Son dört hafta içerisinde fiziksel ve duygusal problemlerinizi ailenizle, arkadaşlarınızla ve komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne düzeyde etkiledi ?**

- 1  Hiç etkilemedi
- 2  Çok az etkiledi
- 3  Orta derecede etkiledi
- 4  Oldukça etkiledi
- 5  Çok fazla etkiledi

**7. Son dört hafta içerisinde vücut ağrılarınız oldu mu ?**

- 1  Hiç
- 2  Çok hafif
- 3  Hafif
- 4  Orta
- 5  Ağır
- 6  Çok ağır

**8. Son dört hafta içerisinde vücut ağrılarınız normal iş ve günlük hayatınızdaki aktivitelerinizi (hem ev içinde hem de ev dışında) ne kadar etkiledi?**

- 1  Hiç
- 2  Biraz
- 3  Orta düzeyde
- 4  Oldukça
- 5  Çok fazla



**9. Aşağıdaki sorular sizin son dört hafta içerisindeki genel durumunuzla ilgilidir.**

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
	1	2	3	4	5	6
a) Son dört hafta içerisinde ne kadar süre ile kendinizi canlı, hayat dolu hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Son dört hafta içerisinde ne kadar süre ile sınırlı idiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Son dört hafta içerisinde ne kadar süre ile hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar kötü hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Son dört hafta içerisinde ne kadar süre ile sakin, soğukkanlı ve huzur içerisindeydiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Son dört hafta içerisinde ne kadar süre ile kendinizi enerji dolu hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Son dört hafta içerisinde ne kadar süre ile kendinizi üzgün ve sıkıntılı hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Son dört hafta içerisinde ne kadar süreyle kendinizi bitkin hissettiniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Son dört hafta içerisinde ne kadar süreyle kendinizi mutlu hissettiniz ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Son dört hafta içerisinde ne kadar süreyle kendinizi yorgun hissettiniz ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Son dört hafta içerisinde fiziksel veya duygusal problemlerinizi arkadaş ve akraba ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi ne kadar süreyle etkiledi ?**

- 1  Her zaman  
2  Çok zaman  
3  Bazen  
4  Çok az zaman  
5  Hiçbir zaman

**11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz**

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
	1	2	3	4	5
a)Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)Sağlığım mükemmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TEŞEKKÜRLER.....

EK- 2

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Sağlık İşletmesi

SAYI :B104YİH4060015 -7184  
KONU :Araştırma İzni

16.1.6/2006



ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına

İlgi: 02.06.2006 tarih ve 800-0748-0298 s.y.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Murat Zaman'ın ilgi yazınızda belirtilen "Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan yardımcı sağlık personelinin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi" konulu tez çalışması için planlanmış olan anket çalışması Eğitim Plan ve Koordinasyon Kurulumuzun 13.06.2006 tarih ve 178 sayılı toplantısında görüşülmüş olup, anketin Hastanemizde yürütülmesinin uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

  
Prof.Dr.Mustafa Paç  
Baştabib

14/06/2006 Mem.M.K.\*  
13/06/2006 Şef Z.P.   
.../06/2006 İşl.Md.Yrd.U.C.  
16/06/2006 Başhek.Yrd.Dr.S. 

Kızılay Sokak No:4 06100 Sıhhiye/ANKARA  
İletişim Tel: (0312) 306 10 12 Fax : (0312) 312 41 20  
Web: www.tyih.gov.tr E-posta:personel@tyih.gov.tr

Bilgi İçin: Evrak ve Personel Birimi

\*\*\*Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3359 sayılı Sağlık hizmetleri Temel Kanununun 5 inci maddesine istinaden Bakanlar Kurulu Kararı ile 1995 Yılından beri İdari ve Mali Yönden Özerk Kamu Tüzel Kişiliğine Haiz Sağlık İşletmesi olarak faaliyetini sürdürmektedir.

## ÖZGEÇMİŞ

Murat ZAMAN, 25.12.1978 yılında Uşak'ta doğdu. İlkokul ve Ortaokul öğrenimini aynı ilde tamamladıktan sonra, lise öğrenimini Uşak-Banaz Sağlık Meslek Lisesi'nde tamamladı. Sağlık Meslek Lisesi'nden 1996-1997 döneminde mezun oldu. 1999 yılında girdiği ÖSS sınavında, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Y.O' u Sağlık İdaresi Lisans programını kazandı. 2003-2004 öğretim yılında H.Ü Sağlık İdaresi Y.O' unu bitirdi.

03.05.2002 tarihinde Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Toplum Sağlığı Teknisyeni olarak göreve başladı, 05.09.2005 tarihinde Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesine atandı. Halen Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Sağlık Memuru olarak görev yapmaktadır.

Eylül 2004 tarihinden beri Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Yüksek Lisans Programında öğrencidir.