



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

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK
HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN EBE VE
HEMŞİRELERİN RUHSAL SAĞLIK
DURUMLARI VE YAŞAM KALİTELERİ**

NURDAN KAYA

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
EBELİK ANA BİLİM DALI**

SİVAS-2015

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

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE
ÇALIŞAN EBE VE HEMŞİRELERİN RUHSAL SAĞLIK
DURUMLARI VE YAŞAM KALİTELERİ**

NURDAN KAYA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANA BİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. NURAN GÜLER**

SİVAS-2015

“Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Ruhsal Sağlık Durumları ve Yaşam Kaliteleri” adlı Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Doç. Dr. Özgür ALPARSLAN



Üye (Danışman)

Doç. Dr. Nuran GÜLER



Üye

Yrd. Doç. Dr. Özlem DURAN AKSOY



ONAY

Bu tez çalışması, tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ali ÇELİKSÖZ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

Canım aileme...

ÖZET

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN EBE VE HEMŞİRELERİN RUHSAL SAĞLIK DURUMLARI VE YAŞAM KALİTELERİ

Nurdan KAYA
Yüksek Lisans Tezi
Ebelik Ana Bilim Dalı
Danışman: Doç. Dr. Nuran GÜLER
2015, 84 sayfa

Araştırma Sivas il merkezinde bulunan birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışan ebe ve hemşirelerin ruhsal sağlık durumlarını ve yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Sivas il merkezinde bulunan birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışan 187 ebe ve hemşire oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip, araştırmayı kabul eden 133 ebe ve hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından geliştirilen, Kişisel Bilgi Formu, Genel Sağlık Anketi-28 ve Türkçe Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu kullanılmıştır. Veriler 15 Haziran-15 Eylül 2012 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmacı tarafından, örnekleme alınan ebe ve hemşirelerle yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulama öncesi araştırma konusu ve amacı hakkında bilgi verilmiş, bilgilendirilmiş onam formu okutulduktan sonra veri toplama araçları uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, varyans analizi, Tukey Testi, Ki-kare Testi, Korelasyon analizi kullanılmış ve yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

Araştırmaya katılan çalışanların %69.2'si ebe, %30.8'inin hemşiredir. Ebe ve hemşirelerin yaş ortalaması 32.54 ± 5.55 , %42.1'inin öğrenim düzeyinin ön lisans olduğu, %84.2'sinin evli, %94.7'sinin çekirdek ailede yaşadığı, %57.1'inin sigara içtiği, %85.7'sinin kurumda 1-5 yıldır çalıştığı, %81.2'sinin yaptığı işten memnun olduğu belirlenmiştir. Genel Sağlık Anketine (GSA) göre çalışanların %21.1'inin ruhsal sorunlar yönünden riskli olduğu saptanmıştır. Sözleşmeli çalışanların kadrolu çalışanlara göre ruhsal sorunlar yönünden riskli olduğu istatistiksel olarak önemli

bulunmuştur. Çalışanların yaşam kalitesi alan puanları bedensel alan için 16.53 ± 2.16 , ruhsal alan için 14.42 ± 1.71 , sosyal alan için 14.51 ± 2.03 , çevresel alan için 14.27 ± 1.69 ve ulusal alan için 12.36 ± 0.95 olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre ebe ve hemşirelerin genel olarak yaşam kalitesi orta düzeyde ve bedensel alan puan ortalaması en yüksek, ulusal alan puan ortalaması en düşük olarak saptanmıştır. GSA göre ruhsal yönden riskli kabul edilen çalışanların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur.

Bu araştırmadan elde edilen bulgular sonucunda; ebe ve hemşirelerin düzenli olarak ruhsal sağlık durumlarını taramaya ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik programlara yer verilmesi yönünde öneriler geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Birinci Basamak Sağlık Hizmeti, Ruhsal Sağlık, Yaşam Kalitesi, Ebe, Hemşire

ABSTRACT

THE MENTAL HEALTH STATUS AND QUALITY OF LIFE MIDWIVES AND NURSES WORKING IN PRIMARY HEALTH CARE SERVICES

Nurdan KAYA
Master of Science Thesis
Department of Midwifery
Supervisor: Doç. Dr. Nuran GÜLER

2015, 84 pages

This research was done as descriptive and cross sectional in order to determine mental health status and quality of life midwives and nurses working in primary health care services, in Sivas city center.

The universe of the research consists of a total 187 nurses and midwives working in primary health care services (Family Health Center, Community Health Center, Maternity Child Health and Contraception Center) in Sivas city center. In the study has not been sample selection. In this study were reached to 133 midwives and nurses. As data collection instrument was used developed by the researcher, nurses and midwives individual and work related characteristics determining the Personal Information Form, the General Health Questionnaire-28 and the Turkish World Health Organization Quality of Life Questionnaire-Short Form. Datas was collected at 15 June-15 September 2012. Researcher talked face to face nurses and midwives accepting the study and informed about the study before didn't deliver to data collection instruments. Data statistical in the assessment was used significance of the difference between two means test, analysis of variance, Tukey test, Chi-square test, correlation analysis and the error level was taken as 0.05.

In the study was found employees' average age 32.54 ± 5.55 , 42.1% of employees were the education level of associate degree, 84.2% of employees were married, 94.7% of employees had nuclear family, 57.1% of employees are smokers, 85.7% of employees are 1-5 years of working in the institution, 81.2% of employees were to be satisfied work. According to General Health Questionnaire (GHQ), 21.1% of employees

were found to be psychological problems risky. Contract employees than permanent employees, which is risky in terms of mental health problems were found statistically significant. Employees' quality of life domain scores was found to be 16.53 ± 2.16 for physical area, 14.42 ± 1.71 for psychological area, 14.51 ± 2.03 for social area, 14.27 ± 1.69 for environmental area and 12.36 ± 0.95 for national area. According to these results, employees was found to be in general quality of life in middle level and physical area the highest average score, average score at the national level lower. According to GHQ, employees who are mentally healthy quality of life scores were higher.

As a result, there were significant positive relationship between mental health status and quality of life midwives and nurses, employees who are mentally healthy quality of life was found to be better than others.

Evaluation of the data obtained from this study as a result; it should be recommended that employees regularly screening mental health status and programs to improve quality of life.

Key Words: Primary Health Care, Mental Health, Quality of Life, Midwife, Nurse

TEŞEKKÜR

Danışmanım Sayın Doç. Dr. Nuran GÜLER'e tez boyunca yaptığı eşsiz katkı, deneyim ve sabrından dolayı sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren Sayın Yrd. Doç. Dr. Handan GÜLER, Yrd. Doç. Dr. Özlem DURAN AKSOY ve ebelik bölümündeki bütün hocalarıma, verilerin istatistiksel değerlendirmesindeki katkılarından dolayı Sayın Yrd. Doç. Dr. Ziyet ÇINAR'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmamı uygulayabilmem için yardımcı olan ve izinleri ile olanak sağlayan Sivas Halk Sağlığı Müdürlüğüne, çalışmama katılan bütün ebe ve hemşirelere sonsuz teşekkürler.

Lisans eğitimimden bu yana her zaman yanımda olan ve beni motive eden Aslı, Zeynep ve bütün dostlarıma sonsuz teşekkürler.

Maddi ve manevi her zaman yanımda olan ve beni hep destekleyen aileme sonsuz teşekkürler.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK	i
ONAY	ii
YÖNERGE	iii
İTHAF	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
TEŞEKKÜR	ix
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xii
KISALTMALAR DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Çalışma Hayatı – Çalışanın Sağlığı.....	5
2.2. Ruh Sağlığı.....	6
2.2.1. Ruh Sağlığının Tanımı.....	6
2.2.2. Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler.....	10
2.2.3. Ebe ve Hemşirelerde Ruhsal Durumlar.....	11
2.3. Yaşam Kalitesi.....	12
2.3.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı.....	12
2.3.2. Yaşam Kalitesinin Boyutları-Alanları.....	14
2.3.3. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	16
2.3.4. Ebe ve Hemşirelerde Yaşam Kalitesi.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Tipi.....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	19
3.4. Veri Toplama Araçları.....	19
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	22
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	23
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	23
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA	47

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	61
6.1. Sonuçlar.....	61
6.2. Öneriler.....	64
7. KAYNAKLAR	65
8. EKLER	71
EK 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	72
EK 2. Kişisel Bilgi Formu.....	73
EK 3. Genel Sağlık Anketi (GSA-28).....	75
EK 4. Türkçe Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği–Kısa Form (WHOQOL-BREF-TR).....	77
9. İZİNLER	79
EK 5. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı.....	80
EK 6. Sivas Halk Sağlığı Kurumu İzin Belgesi.....	83
10. ÖZGEÇMİŞ	84

TABLolar DİZİNİ

<u>No</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 1: Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı.....	24
Tablo 2: Ebe ve hemşirelerin çalışma yaşamı ile ilgili özelliklerinin dağılımı.....	25
Tablo 3: Ebe ve hemşirelerin sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımı.....	26
Tablo 4: Ebe ve hemşirelerin tanısı konmuş ruhsal ve fiziksel hastalık varlığı ve fiziksel hastalıkların dağılımı.....	26
Tablo 5: Ebe ve hemşirelerin yaptığı işten memnuniyet durumları ve memnun olmama nedenlerinin dağılımı.....	27
Tablo 6: Ebe ve hemşirelerin GSA-28 puan ortalamalarının dağılımı	28
Tablo 7: Ebe ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile GSA-28 puan ortalamalarının dağılımı.....	29
Tablo 8: Ebe ve hemşirelerin çalışma yaşamı ile ilgili özellikleri ile GSA-28 puan ortalamalarının dağılımı.....	30
Tablo 9: Ebe ve hemşirelerin sigara ve alkol kullanma durumları ile GSA-28 puan ortalamalarının dağılımı.....	31
Tablo 10: Ebe ve hemşirelerin tanısı konmuş ruhsal ve fiziksel hastalık varlığı ile GSA-28 puan ortalamalarının dağılımı.....	32
Tablo 11: Ebe ve hemşirelerin yaptığı işten memnuniyet durumları ve memnun olmama nedenleri ile GSA-28 puan ortalamalarının dağılımı.....	33
Tablo 12: Ebe ve hemşirelerin kendi ifadelerine göre yaşam kalitelerini değerlendirme durumu.....	34
Tablo 13: Ebe ve hemşirelerin kendi ifadelerine göre genel sağlıklarını değerlendirme durumu.....	34
Tablo 14: Ebe ve hemşirelerin yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı.....	35
Tablo 15: Ebe ve hemşirelerin mesleklerine göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı.....	36
Tablo 16: Ebe ve hemşirelerin yaşlarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı.....	37
Tablo 17: Ebe ve hemşirelerin öğrenim durumlarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı.....	38
Tablo 18: Ebe ve hemşirelerin medeni durumlarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı.....	38

Tablo 19: Araştırma kapsamına alınan çalışanların çocuk sahibi olma durumlarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı.....	39
Tablo 20: Ebe ve hemşirelerin aile yapısına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı.....	39
Tablo 21: Ebe ve hemşirelerin ekonomik durumlarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı.....	40
Tablo 22: Ebe ve hemşirelerin kurumda çalışma biçimine göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı.....	40
Tablo 23: Ebe ve hemşirelerin meslekte çalışma yılına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı.....	41
Tablo 24: Ebe ve hemşirelerin kurumda çalışma yılına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı.....	42
Tablo 25: Ebe ve hemşirelerin kurumda üstlenilen görev ve sorumluluklarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı.....	43
Tablo 26: Ebe ve hemşirelerin sigara içme durumlarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı.....	44
Tablo 27: Ebe ve hemşirelerin alkol kullanma durumlarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı.....	44
Tablo 28: Ebe ve hemşirelerin tanısı konmuş ruhsal hastalık varlığına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı.....	45
Tablo 29: Ebe ve hemşirelerin tanısı konmuş fiziksel hastalık varlığına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı	45
Tablo 30: Ebe ve hemşirelerin yaptığı işten memnun olma durumlarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı.....	46
Tablo 31: Ebe ve hemşirelerin GSA-28 puan ortalamalarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı.....	46

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GSA-28	Genel Sağlık Anketi-28
GHQ	General Health Questionnaire
ICN	International Council of Nurses
ILO	International Labour Organization
M.Ö.	Milattan Önce
Max.	Maksimum
Min.	Minimum
SF-36	Short- Form Health Survey
SPSS	Statistical Package For Social Science
WHO	World Health Organization
WHOQOL	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği
WHOQOL-BREF-TR	Türkçe Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği–Kısa Formu

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Birey hayatını, sağlıklı bir biçimde devam ettirebilmesi için çalışması gerektiği bilinmektedir. Çalışma, insan hayatında önemli bir yere sahiptir ve toplum içinde bireye belli bir rolün yanı sıra ekonomik yarar da sağlamaktadır (Aydın ve Kutlu, 2001; Erbil ve Bostan, 2004; Kavla, 1998; Sever, 1997). Birey, bir gün içerisinde yaklaşık sekiz saatini, toplam hayatının ise en az kırk yılını iş ortamında geçirmektedir. Modernleşen toplumlarda önemli bir yere sahip olan çalışma ve çalışma hayatının, kişilerin yoğun kaygılar yaşamasına neden olduğu ve kişilerin sağlığını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Ergör, 2003; Seyhan ve ark., 2003).

Bireylerin çalıştığı ortamın sağlıklı ve güvenli olması, çalışanın yaşam süresini uzatması, iş kaynaklı sağlık problemlerini önlemesi ve koruyabilmesi, mevcut olan sağlık problemlerinin yükünü azaltması, çalışma yaşamının kalitesini artırması, ekonomik özgürlük ve işe devamlılığı artırarak hizmet verilen alanı da olumlu yönde etkilemektedir (WHO 2001). Çalışma ortamının sağlıksız olması, çalışan bireylerin işteki üretkenliğini, sosyal, psikolojik ve fiziksel iyi oluş halini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Çalışma ortamındaki negatif unsurlar bireyin iş veriminin düşmesine, işe devam etmemesine, bunun sonucu olarak kurumun ekonomik kaybına, iş kazalarının artmasına neden olmaktadır (Froneberg, 2006; ICN, 2006; ICN, 2007; Yılmaz ve ark., 2006). Ancak çalışanların çalışma alanında maruz kaldıkları riskler ve etkilenimleri çalışılan iş koluna ve mesleklere göre farklılık göstermektedir. Diğer çalışma ortamlarından farklı olarak, sağlık bakım alanının da çalışan bireyler, çalışma ortamlarından kaynaklanan tekrarlayan stres faktörlerine daha fazla maruz kalmaktadırlar. Farklılığın nedeni ise; sağlık çalışanlarının, çalışma ortamından kaynaklı çeşitli risklerle karşı karşıya kalmalarının yanı sıra, yaptıkları işin niteliği itibarıyla mesleğe özgü risklere de maruz kalmalarıdır (Zaman, 2007).

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesinde önemli görevleri olan birinci basamak sağlık çalışanları hem genel çalışma ortamındaki stresörlerle hem de saha çalışmalarından kaynaklanan birinci basamağa özgü stresörlerle karşılaşmaktadır (Ergör ve ark., 2003). Şöyle ki; ev ziyareti yapmaları nedeniyle birinci basamak personelinin sokakta, evde karşılaşılabilecekleri riskler; taciz olayları, başıboş hayvanlar,

güvenlik sorunu, nüfus yoğunluğu nedeniyle yorgunluk vb. olabilmektedir (Hıdıroğlu, 2006). Ayrıca Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde uygulamaya geçirilen aile hekimliği sistemi ile özellikle ebe ve hemşirelerin aile sağlığı elemanı olarak isimsizleştirilmeleri, görev tanımlarının olmaması nedeniyle, pek çok görev ve yükümlülüğü üstlenmek zorunda kalmaları, büyük çoğunluğunun sözleşmeli olarak çalışmaları daha fazla stres yaşamalarına neden olmaktadır. Bu durum ebe ve hemşirelerin iş yükünün daha çok artmasına ve nitelikli sağlık hizmeti sunma olasılığının azalmasına neden olmaktadır (Ekşioğlu, 2011; Nalbantoğlu, 2011; Ulutaş, 2011). Çalışma ortamından kaynaklanan strese neden olan bu durumlar çalışan bireylerin hem beden hem de ruh sağlığını menfi şekilde etkilediği bilinmektedir (Göral, 2006).

Sağlık çalışanlarının ruhsal durumlarını belirlemede farklı ölçekler kullanılarak yapılan çalışmalarda özellikle hemşire ve ebelerin ruhsal sorunlarının orta ya da düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Kaya ve arkadaşlarının (2007) birinci basamak sağlık kuruluşlarında yaptıkları çalışmada, sağlık çalışanlarının duygusal tükenmişlik puan ortalamalarının (14.63 ± 6.38) düşük olduğu bulunmuştur. Kılıç ve Çetinkaya (2011) tarafından çeşitli sağlık kuruluşlarında yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının %43.4'ünün ruh sağlığının iyi olmadığı belirlenmiştir. Yıldırım ve Hacıhasanoğlu'nun (2011) çeşitli sağlık kuruluşlarında yaptıkları çalışmada, sağlık çalışanlarının %16.4'ünde depresyon belirtilerinin olduğu saptanmıştır. Muşlu ve arkadaşlarının (2012) çeşitli sağlık kuruluşlarında çalışan hemşireler ile yaptığı çalışmasında, hem birinci hem de ikinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hemşirelerin, anksiyete ve depresyon puanlarının yüksek olduğu, yaşam kalitelerinin ise düşük olduğu bulunmuştur. Sağlık çalışanlarında var olan ruhsal sorunlar, hem iş yaşam kalitelerini hem de yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre yaşam kalitesi; "kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması" şeklinde tanımlanmaktadır. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır. Çok boyutlu ve karmaşık bir kavram olan yaşam kalitesi kavramı, çift yönlü olarak hem çalışma ortamındaki stresten etkilendiği hem de çalışma ortamını etkilediği bilinmektedir (WHOQOL, 1997). Çalışanları, sağlık bakım alanında ise özellikle hemşire ve ebeleri iş ortamında daha sağlıklı, mesut ve üretken

hale getirme amacıyla, “yaşam kalitesi” ile ilişkili çalışmalar hem ulusal hem de uluslararası literatür kapsamında çoğunlukla üzerinde durulan konulardan birisi olmaktadır. Üye ülkelerin katılımlarıyla 2007 yılı Dünya Hemşireler Günü etkinlikleri çerçevesinde Uluslararası Hemşireler Birliği “hemşirelikte yaşam kalitesi” kavramı üzerine yoğunlaşarak ilgililerin konuya olan hassasiyetlerini değerlendirmiştir (Uğur ve Abaan, 2008; Yıldırım, 2002).

Sağlık çalışanlarının yaşam kalitelerini belirlemede farklı ölçekler kullanılarak yapılan çalışmalarda özellikle hemşire ve ebelerin ruhsal sorunlarının orta ya da düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Perim (2007) tarafından hastanede çalışan hemşirelerde yaptığı çalışmasında hemşirelerin yaşam kalitesi değerlendirme puan ortalaması 3.084 ± 0.727 (Whoqol-Bref), genel sağlığı değerlendirme puan ortalaması 3.22 ± 0.828 (Whoqol-Bref) olarak orta düzeyde bulunmuştur. Aksungur (2009) tarafından hastanede çalışan ebe ve hemşireler ile yaşam kalitesi üzerine yaptığı çalışmasında, yaşam kalitesi alt boyutlarından alınan puan ortalamaları (SF-36) büyükten küçüğe doğru; fiziksel sağlık 74.51 ± 23.21 , sosyal fonksiyon 63.55 ± 24.24 , sosyal rol 60.37 ± 41.22 , ağrı 60.29 ± 21.53 , ruh sağlığı 57.61 ± 18.76 , fiziksel rol 56.82 ± 33.34 , genel sağlık 55.01 ± 22.89 ve canlılık (enerji) 50.16 ± 20.48 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada ebelerin yaşam kalitesi alt boyutlarından ağrı (64.09 ± 20.66), sosyal fonksiyon (66.81 ± 23.95) ve ruh sağlığı (60.51 ± 18.55) puan ortalamaları, hemşirelerin puan ortalamaları göre daha yüksek olup, istatistiksel değerlendirmede aradaki fark anlamlıdır ($p < 0.05$). Güler ve Kuzu'nun (2009) birinci basamakta görev yapan sağlık çalışanlarının (ebe, hemşire, hekim ve sağlık teknisyeni) yaşam kalitesi üzerine yaptıkları çalışmada, hekim ve sağlık teknisyenlerinin sağlık durumlarının, ebe ve hemşirelerin sağlık durumlarına göre daha iyi olduğu istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Yıldırım ve Hacıhasanoğlu (2011) çeşitli sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmasında, çalışanların %50.2'sinin yaşam kalitelerini “ne iyi ne kötü” olarak, %48.9'unun ise genel sağlık durumlarını “epeyce hoşnut” olarak algıladıkları belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada çalışanların yaşam kalitesi alan puan ortalamaları (Whoqol-Bref) sırasıyla, bedensel alan için 12.59 ± 1.77 , ruhsal alan için 14.33 ± 2.08 , sosyal alan için 14.53 ± 2.99 , ulusal alan için 13.55 ± 2.11 olarak orta düzeyde saptanmıştır.

Ebe ve hemşirelerin rol modeli olarak bireylere sağlık durumlarını korumaları, geliştirmeleri ve sürdürmeleri konusunda yardım etmesi ve desteklemesi, stresle baş

etme, beslenme, formda kalma ve etkin kişilerarası iletişim ile ilgili öz bakım aktivitelerini öğretmesi beklenmektedir (Kozier ve ark., 2004). Ancak ebe ve hemşirelerin bu sorumlulukları yerine getirebilmeleri için yaşam kalitelerinin yüksek olması gerekmektedir (Ata, 2008). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelere yönelik, ruhsal sağlık durumları ve yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde, bu iki değişkenin birlikte araştırıldığı sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011).

Ebe ve hemşirelerin ruhsal sağlık durumları ve yaşam kaliteleri arasında bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin yönünün ebe ve hemşirelerin sundukları bakımın kalitesini de olumlu ya da olumsuz olarak etkileyebileceği düşünülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin ruhsal sağlık durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi, bu doğrultuda alınacak erken önlemler ve çözüm yolları geliştirilmesi sundukları bakımın kalitesi açısından da önemli ve önceliklidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, Sivas il merkezinde bulunan birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışan ebe ve hemşirelerin ruhsal sağlık durumları ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Çalışma Hayatı - Çalışanın Sağlığı

Birey hayatını, sağlıklı bir biçimde devam ettirebilmesi için çalışması gerektiği bilinmektedir. Çalışma, insan hayatında önemli bir yere sahiptir ve toplum içinde bireye belli bir rolün yanı sıra ekonomik yararda sağladığı bilinmektedir (Aydın ve Kutlu, 2001; Erbil ve Bostan, 2004; Kavla, 1998; Sever, 1997). Birey iş ortamında, gününün üçte birini, bütün hayatı boyunca yaşadığı yılların en az üçte ikisini geçirmektedir. Modernleşen toplumlarda önemli bir yere sahip olan çalışma ve çalışma hayatının, kişilerin yoğun kaygılar yaşamasına neden olan ve bunun sonucunda kişilerin sağlığını etkilediği bilinmektedir (Ergör, 2003; Seyhan ve ark., 2003).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı “yalnızca hastalık veya sakatlığın yokluğu değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam anlamıyla iyilik hali” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2001b). Bu tanım çerçevesinde DSÖ’nün sağlığı fiziksel durumu ile beraber sosyal ve kişisel kaynaklar beraberliğinde değerlendirdiğini söylemek mümkündür. DSÖ, ruhsal iyi oluş halinin tanımını yaparken kişinin kendi yeterliliklerinin farkına varmasını, gün içerisinde karşılaştığı hayat stresleriyle baş edebilme yeteneklerini, etkili ve verimli bir şekilde çalışmayı ve topluma katkı sağlamayı eklemektedir. Kişilerin çalıştığı ortamın sağlıklı ve güvenli olması, çalışanın yaşam süresini uzatması, iş kaynaklı sağlık problemlerini önlemesi ve koruyabilmesi, mevcut olan sağlık problemlerinin yükünü azaltması, çalışma yaşamının kalitesini artırması, ekonomik özgürlük ve işe devamlılığı artırarak hizmet verilen alanda olumlu yönde etkilemektedir (WHO 2001c). Çalışma ortamının sağlıksız olması, çalışan bireylerin işteki üretkenliğini, sosyal, psikolojik ve fiziksel iyi oluş halini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Çalışma ortamındaki negatif unsurlar bireyin iş veriminin düşmesine, işe devam etmemesine, bunun sonucu olarak kurumun ekonomik kaybına, iş kazalarının artmasına ve dolaylı yönden sağlık çalışanlarının bakım ve tedavi verdiği kişilerin negatif yönde etkilemektedir (Froneberg, 2006; ICN, 2006; ICN, 2007; Yılmaz ve ark., 2006). Kişinin, fiziksel, duygusal, sosyal ve manevi bütünlüğünü içeren sağlık tanımı, bireyin bu alanlarda kendi benliğinden memnuniyetini ve bunun neticesinde oluşan yaşam kalitesini içermektedir. Yaşam kalitesini oluşturan sağlık

çalışmalarının içerisinde beslenme alışkanlığı, sağlık sorumluluğu, öz yeterliliği, fiziksel aktivite alışkanlığı, kişilerarası sosyal uyum, destek faktörleri ve stresle baş etme yöntemi gibi etkenler bulunduğu bilinmektedir (Tambağ, 2011). Çalışan bireylerde sağlığın kabul görmüş hali; toplum ve toplumu oluşturan bireylerin sağlığını geliştirmeye, korumaya ve devamlılığını sağlamaya yönelik bütüncül bakım yaklaşımlarını kabul etmektedir. Bu yaklaşımlar; bireyin bedensel ve ruhsal iyilik halini geliştirecek, koruyacak ve sürdürecektir davranışları içermelidir. Bu davranışları alışkanlık haline getiren birey, hem iyilik halini devam ettirebileceği hem de daha iyi seviyeye ulaştırabileceği, bunun sonucunda işteki verimin ve devamlılığında artacağı ifade edilmektedir (Dalak, 2010).

Günümüzde yüksek yaygınlık oranına ve kronikleşme eğilimine sahip olan ruhsal hastalıklar, iş gücü kaybına, bireyin sağlığına ve hatta ölümlere neden olmalarından dolayı hastalıklar arasında önemlilik ve öncelik arz etmektedir (Arı ve Öz, 2005). Çalışan bireylerin hem bedensel hem de ruhsal iyilik hallerini sürdürebilmesi, bu bireylerin çalışma ortamlarında bireyden ve çevreden kaynaklanan olumsuz durumlardan korunması, modern bilimin birincil hedefleri arasında yer almaktadır (Arcak ve Kasımoğlu, 2006). Topluma sağlık hizmeti sunan ebe ve hemşirelerin sağlık durumlarının iyi olması durumunda, hem nitelikli ve maliyetli olan iş gücünün korunabileceği hem de hizmet sunulan toplumun da nitelikli bir sağlık bakımı alabileceği belirtilmektedir (Kılıç ve Çetinkaya, 2011).

2.2 Ruh Sağlığı

2.2.1 Ruh Sağlığının Tanımı

DSÖ ruh sağlığını; kişinin kendi yeterliliklerinin farkına varması, gün içerisinde karşılaştığı normal stres ile baş edebilmesi, etkili ve verimli bir şekilde çalışabilmesi ve topluma katkı sağlayabilmesi olarak tanımlamaktadır (WHO, 2001c). Bu tanıma bakılarak, bireyin kendisi ve sosyal çevresi ile uyum içinde olması ruh sağlığının başlıca göstergesi olarak değerlendirilmektedir.

Ruh sağlığı ve ruhsal hastalıklar geçmişten günümüze kadar insanoğlunun hep merakını uyandıran konulardan biri olup, insanoğlu bütün büyüme ve gelişme evreleri boyunca, duygu ve davranışlarının ne kadarının normal ne kadarının anormal olduğunu sorgulayıp durmuştur. Tarih öncesine dayanan ilkel toplumlar beden ile ruh arasında tanımlayamadıkları bir bağdan söz etmişlerdir. Sokrates (M.Ö. 400), “Ne başsız bir

gözü, ne de bedensiz bir başı tedavi etmek uygun değildir” diyerek beden ile ruh arasındaki bağı psikosomatik bütüncül yaklaşımı ile açıklamıştır (Balta, 2000; Güldürür ve Kozacıoğlu, 1995). Ruhsal hastalıklar ile ilgili tanımlar yapan bir diğer bilim adamı ise Hipokrat’tır. Hipokrat; beden, ruh ve çevre arasındaki dengenin bozulduğu durumların bireylerde hastalığa neden olduğunu, ruhsal hastalıkların bedensel hastalıklardan farklı düşünülmemesi gerektiğini ifade etmiştir (Baltaş, 2000; Güldürür ve Kozacıoğlu, 1995; Hurst ve, Koplin-Baucum, 2005).

Günümüzde modern psikosomatik ve psikiyatrik yaklaşımların temelini Türk bilim adamı İbni Sina oluşturmuştur. İbni Sina; bireyin yediği ve içtiği maddelerin ve yaşadığı ortamdaki iklim değişikliklerinin, ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasında önemli etkenlerinden söz etmiştir. İbni Sina’ya göre ruh üç boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar; bitkisel, hayvansal ve insani boyutlardır. Üreme ve beslenme bitkisel ruhu, düşünce ve davranışlar hayvansal ruhu, yüksek idealler ve ahlaki değerler insani ruhu oluşturmaktadır. Akay, 2002 ve Baltaş, 2000 makalelerinde; beden ile ruh arasındaki ilişkiyi ortaya çıkaran Descartes. Kant ve Nietzsche gibi düşünürler farklı açılardan psikolojik olayları inceleyen bu düşünürlerin, psikanalitik yaklaşımlar doğrultusunda, bireyde baskılanmış duyguların ve çözüme ulaştırılmamış ruhsal sorunların otonom sinir sistemini uyararak fiziksel hastalıkların ortaya çıkmasında etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Duygular insanlığın var olma süresi boyunca sürekli gelişim gösteren ve organizmayı dış uyaranlara karşı uyaran ve koruyan bir sistemin oluşturduğu bir sonuçtur (Kring ve Bachorowski, 1999). Ruhsal sorun bu duyguların işlevinde ki eksiklikler olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır. İnsanın çevreye adaptasyonuna bir katkı sağlamaktan çok bulunduğu çevreyle uyumunu bozan duygular, ruhsal sorun kavramının ana maddesini oluşturmaktadır (WHO, 2005). Ruh sağlığı tanımını açıklamak için genellikle kullanılan iki yaklaşım vardır. Bunlar hazcı yaklaşım ve gelişimci yaklaşımdır. Hazcı yaklaşım mutluluğu amaç edinirken, gelişimci yaklaşım en yüksek düzeyde psikolojik ve sosyal yeterliliğe önem verir (Hu ve ark., 2007).

İyi düzeyde bir ruh sağlığı bireyi ve toplumun bütünü bir arada tutan en önemli maddelerden biridir. Genel toplumların ruh sağlığı gelir/sosyal statü, sosyal destek ağları, eğitim, iş/çalışma koşulları, sosyal çevre, bedensel/genetik sağlık, alınan sağlık hizmetleri, cinsiyet ve kültür gibi çok çeşitli noktalara göre farklılık göstermektedir (Pollet, 2007). Sayılan bu temel faktörlere göre ruh sağlığının

korunarak, geliştirilmesi üç ana olguya bağlıdır. Bu olgular sosyal katılım (destekleyici ilişkiler ve topluma dahil olma), ayrımcılıktan ve şiddetten uzak olma (bedensel güvenlik, özgür irade ve kişinin kendi hayatını kontrol edebilme yetisi) ve ekonomik kaynaklara (iş, eğitim, ev, para) sahip olmaktır (Keleher ve Armstrong, 2006).

DSÖ'nün Ottawa araştırmasına göre, ruhsal iyi oluşluluğu koruma ve geliştirmeyi amaçlayan farklı beş çalışma alanı bulunmaktadır. Bunlar sırasıyla;

- Uygun sağlık politikası geliştirmek,
- Bireyi destekleyen çevre oluşturmak,
- Toplumunu güçlendirmek,
- Bireye özgü becerileri geliştirmeyi sağlamak,
- Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği sağlamaktır. (WHO, 2005).

Alma-Ata Bildirgesi'nde (1978), ruh sağlığı hizmetlerinin bütüncül bir yaklaşımla temel sağlık hizmetlerinin içine değerlendirilmesi gerekliliği belirtilmektedir. Bütüncül bir yaklaşım ile ruh sağlığının temel sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmesi, ruhsal hastalıkların önlenmesi ve asgari düzeye inmesini sağlayacağı belirtilmiştir. Bütüncül yaklaşım kapsamında ruh sağlığı ve hastalıklarından daha fazla söz edilmekte ve bu durumun öneminin zamanla daha fazla farkına varılmaktadır (Ege ve ark., 2003).

Kavramsal boyutta ruh sağlığı; toplumun belirlediği gerekliliğe bağlı kalarak, bireyin kendisine ve çevresine sağladığı uyumun tatmin edici olmasıdır. Yaşamda önemli olan eş ilişkisi, iş ilişkisi ve hayattan zevk alınan eğlence biçimi ile ruh sağlığının çok yakından ilişkili olduğunu belirten Ginsburg, bu yaklaşımına göre ruh sağlığını aile, çalışma ortamı ve hayattan alınan doyum ile birlikte değerlendirilmesi gerektiğinin önemini belirtmiştir. (Baltaş, 2000; Öztürk, 2004).

DSÖ'ye göre ruhsal hastalık kavramı; "konjenital veya sonradan gelişen akıl hastalıklarının ayrıntılı olmayan genel tanımlarıdır" şeklinde tanımlanmaktadır. Kişinin duygu, düşünce ve davranışlarında farklı ölçülerde, tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk, yetersizlik olmasıdır. Her bireyde tutarsız, uygunsuz, aşırı ve yetersiz davranışlar görülebilir. Bir bireyin hasta olarak tanımlanması için şu nitelikleri taşıması gerekir; sürekli ya da yineleyici olması, bireyin verimli çalışmasını bozması, kişilerarası ilişkilerini bozmasıdır (WHO, 1998).

Bireyler ruh sağlıklarını korumak için öncelikle kendi kişiliklerine saygı duymalı, diğer bireyler karşısında kendi sınırlarını çizebilmeli, eyleme döktüğü her bir

davranışların nedenini açıklayabilmeli, davranışlarının tümünün bilinçli yapıldığını bilmeli, temel ihtiyaç gereksinimlerinin davranışlarını yönlendirdiğini bilmelidir. Kendi için bunları sağlayan bir birey daha sonra aynı doğrultuda hareket ederek bu yönergelerin diğer insanlar içinde geçerli olduğunu bilerek hareket etmelidir. Başkalarının kişiliklerine saygı duymalı ve onların sınırlarını tanımalıdır. Bireyin hem kendi hem de çevresine karşı sergilediği tutum ve davranışların ruh hastalıklarına karşı alınan önlemlerin başında gelmektedir (Sayıl, 2004; WHO, 1998).

Psikolojik sorun ölçüsünde kişi bir bütün olarak değerlendirilmektedir. Ruh sağlığı kavramında, ruh kavramı genellikle bilincin kendisini ifade etmektedir. Ruh sonuç olan bir kavram olarak değil var olmanın, büyümeyi ve gelişimin birleşerek oluşan temel bir kavram haline gelmektedir. Ruhsal sorunların varlığı bireyin algıladığı nesnel ya da olaya olumsuz bir anlam yüklediğinde ortaya çıkmaktadır. Ruh sağlığı da bu tanımın tam tersi yönünde ki şekli ile büyümekte ve gelişmektedir. Bu anlamlandırma süresinde meydana gelirken içinde bulunulan koşullar ve neden-sonuç ilişkileri olaylara verilen anlamları büyük bir oranda etki altına almaktadır (Musalek ve ark., 2010).

Stres: bireyin iç ve dış yaşamında meydana gelen değişiklikleri kendine bir tehdit olarak algıladığı ve bazı zamanlar bu durumlara ayak uydurarak dengesini devam ettirdiği, bazı zamanlar ise destek sistemleri yetersiz kalıp dengesinin ve uyumunun sarsıldığı dinamik bir süreçtir. Kişilerin stres seviyelerinde değişikliklerin görülmesinde; başa çıkma becerileri, bilişsel değerlendirme, uyarıların zamanı, anlamı ve şiddeti, yaşanan aynı tip tecrübeler, benlik özellikleri, mevcut duruma yönelik algıları ve iyilik hali gibi kişiye has ruhsal özellikler etkinlik göstermektedir (Çelikkol, 2001; Işıkkhan, 2004; Şahinoğlu, 2003). Stresör: organizma veya bireyin genel uyum durumunu bozan, iç veya dış ortam tarafından meydana gelen, stres yaşanmasına sebebiyet veren uyarılardır. Stresör iş, çevresel, fizyolojik, bilişsel, toplumsal, psikolojik, fiziksel stresörler olarak gruplara ayrılabilir. Kimi durumsal etkenler, fiziksel ortam, stresörlerle alakalı önceki tecrübe, genel sağlık durumu, kendi kişiliğine saygısı, ego derecesi, hayat dönemi, yaşı, dünyaya bakış açısı ve mevcut başa çıkma faktörlerine bağlı olduğu söylenmektedir (Çelikkol, 2001).

Günümüzde insan hayatında, sıklıkla karşılaşılan ve tehdit eden hastalıkların meydana gelmesinde stresin son derece önemli olduğu belirlenmiştir. İnsanda stres tepkisini oluşturan durumlar genellikle, psiko-sosyal özelliklerden ortaya çıkan sosyal

streslerdir. Bu stresler; gelişimsel stresler, günlük stresler ve hayat krizleri özelliğindeki streslerdir. Bireyin yaşamını devam ettirebilmesi için gereken iş veya meşgul olduğu durumlarda ortaya çıkanlar: gece işi, ağır iş, aşırı yüklenme, performansa dayanan üretim, iş hafifliği, baskı altında çalışma (zaman, karar verme ve büyük sorumluluklar) ve büyük fedakârlıkların beklenildiği çalışma şartları gibi stresörlerdir. Bireyin günlük yaşantısı içinde fiziksel çevreden ortaya çıkan soğukluk, sıcaklık, toz, radyasyon, kalabalık, gürültü hava kirliliği gibi stresörlerdir (Baltaş, ve Baltaş, 2004).

2.2.2 Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler

Ruh sağlığı, kişilerin toplumla ilişkileri neticesinde ortaya çıkmakta olan bir durumdur. Karşılaşılan farklı yaşam olayları bireyin ruh sağlığı durumunu büyük bir ölçüde düşürebilmekte veya arttırabilmektedir. Örnek olarak, önemli derecede psikolojik sorun düzeyine sahip bireylerin geçmişteki öykülerinde son derece olumsuz yaşam olayları bulunmaktadır (Johnson, 2003).

Kişinin duygu kontrol sınırı da ruh sağlığını büyük oranda etkilemektedir. Bu süreç kişinin yaşamış olduğu olumsuz durumlarla nasıl, ne kadar ve ne şekilde baş edebilme yeteneğine ait olarak sonuçlanmaktadır. Ruh sağlığı düzeyi iyi olan bir bireyin yeterliliğinin farkında olduğunu, günlük yaşamın olumsuzluklarıyla baş edebildiğini, etkin bir biçimde çalışabildiğini ve toplumun bir parçası olarak katkıda bulunabildiğini söylemek mümkün olmaktadır (WHO, 2001c). Ruh sağlığı düzeyini etkileme gücüne sahip yaş kavramı, oldukça önemli bir değişken olarak yer almaktadır. Genellikle yaş ilerlemesinin psikolojik sorun derecesinin sıklığını ve düzeyini azalttığı gözlenmektedir (Mirowsky, 1996). Bu durumun geç yaşta yaşanan eğitimi tamamlama, ev-iş bulma, evlilik hayatına uyum, çocukların bakımı gibi streslerle yakından ilgili olduğu düşünülmektedir (Dökmen, 2003).

İnsanların ruh sağlığı, genetik özelliklerin etkili olduğu gelişimsel evreler, sürekli etkileşim içinde olduğu çevre ve bireysel özellik olmak üzere üç temel maddenin birleşmesi sonucunda şekillenir; Dünyada, kendi çevresi ile iletişim ve etkileşim içinde olmayan hiçbir canlı yoktur. Çevresi ile sürekli iletişim ve etkileşim içinde olan insan yaşamını sürdürebilmek için bulunduğu her ortama uyum sağlama yeteneğine sahiptir. İnsanın çevreye gösterdiği uyum sağlama yeteneği yetersiz olduğunda ruhsal hastalıkların ortaya çıkma sıklığında ki artış kaçınılmazdır. Ruhsal hastalıkların daha fazla ortaya çıkmasında etkili olan faktörler arasında; kültürel yapı, sosyo-ekonomik

sınıf, cinsiyet, aile, evlilik, iş hayatı, eğitim, yaşanan çevre gibi sebepler bulunmaktadır (Baltaş, 2000; Sayıl, 2004).

Çevresi ile etkileşim içerisinde olan canlıların uyum gösterebileceğinden daha az ya da daha çok dış uyaran varsa; organizmanın dengesi ve ana yapısı bozulmaktadır. Stres, bu aşırı veya eksik uyaranlar sebebiyle ortaya çıkmaktadır. Organizmanın ruhsal ve fiziksel yeterliliklerinin tehdit edilmesiyle birlikte stres durumu ortaya çıkar. Genellikle farklı sebeplerin bütünüdür ve organizmanın dengesini bozarak yapısal veya fonksiyonel hastalıkların oluşmasına sebep olur (Baltaş, 2000; Çelikkol, 2001).

Çalışanların ruh sağlığına etki eden faktörler şu şekildedir;

- İşin organizasyonu ve teknolojik sıkıntıları,
- İş faaliyetlerinin psikolojik özellikleri,
- İş yerinin ergonomik sisteme uygunluğu,
- İş yerinde kişilerarası ilişkilerin etkisi (Baltaş ve Baltaş 2004).

Kişiyi normal davranışlarından uzaklaştıran fiziksel veya psikolojik davranış şekillerini farklılaştıran, işle alakalı faktörler neticesinde ortaya çıkan psikolojik duruma iş stresi adı verilmektedir. İş stresi; kişinin karşılayamayacağı ihtiyaç ve taleplerini karşılamadaki yeterli seviyede olmayan arzular sebebiyle kişide risk oluşturabilir (Işıkkhan, 2004).

2.2.3 Ebe ve Hemşirelerde Ruhsal Durumlar

İnsanlar hayatlarının büyük bir kısmını herhangi bir işte çalışarak devam ettirmektedir. Bu nedenle, çalışanın yaptığı işten umduğu doyum ölçüsü yaşamına önemli oranda etkisi olmaktadır. Çalışanın yaptığı işten aldığı zevk ve bu zevkin yaşama olan olumlu etkisi git gide artarak, çalışanın ruhsal iyi oluş halinin beraberinde fiziksel sağlığını da olumlu yönde etkileyerek, kişinin aile ortamında ki huzuru ve mutluluğunu sağlarken; çalışma ortamında da verimliliği arttırmaktadır (Örücü ve ark., 2006).

Ebe ve hemşirelerin sağlık hizmetlerinin devamlılığı açısından önemli bir yere sahip olduğu bilinmektedir. Ebe ve hemşireler çalışma yaşamında olumlu ve olumsuz birçok etkenle karşılaşmaktadır. Birey açısından bakıldığında karşılaşılan bu olumsuz etmenler, çalışan sağlık personelinin iş veriminin düşmesine, fiziksel ve ruhsal sağlığının bozulmasına ve sosyal yaşantısını olumsuz olarak etkilenmesine yol açmaktadır. Bu durum kurum tarafından ise iş veriminin azalması ve bu durumdan kaynaklı maddi kayıp, çalışma ortamından kaynaklı iş kazalarının artması, verilen

bakımın kalitesinin düşmesine neden olabilir. Bundan dolayı bakım verilen kesimin doğrudan olumsuz olarak etkilenebileceği belirtilmiştir (Bilgili, 1997). Bilimin ilerlemesi ile birlikte mevcut olan amaçlarının da değiştiği bilinmektedir. Bilimin değişen temel amaçlarından biride, çalışanların fiziksel ve psikolojik sağlığının devamlılığı, çalışma ortamının çalışan üzerindeki olumsuz etkilerden korunmaktır (Arcak ve Kasımoğlu, 2006).

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesinde önemli görevleri olan birinci basamak sağlık çalışanları hem genel çalışma ortamındaki stresörlerle hem de saha çalışmalarından kaynaklanan birinci basamağa özgü stresörlerle de karşılaşmaktadır (Ergör ve ark., 2003). Şöyle ki; ev ziyareti yapmaları nedeniyle sağlık ocağı personelinin sokakta, evde karşılaşılabilecekleri riskler; taciz olayları, başıboş hayvanlar, güvenlik sorunu, nüfus yoğunluğu nedeniyle yorgunluk vb. olabilmektedir (Hıdıroğlu, 2006). Ayrıca Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde uygulamaya geçirilen Aile Hekimliği ile özellikle ebe ve hemşirelerin aile sağlığı elemanı olarak isimsizleştirilmeleri, görev tanımlarının olmaması nedeniyle, pek çok görev ve yükümlülüğü üstlenmek zorunda kalmaları, büyük çoğunluğunun sözleşmeli olarak çalışmaları daha fazla stres yaşamalarına neden olmaktadır. Bu durum ebe ve hemşirelerin iş yükünün daha çok artmasına ve nitelikli sağlık hizmeti sunma olasılığının azalmasına neden olmaktadır (Ekşioğlu, 2011; Nalbantoğlu, 2011; Ulutaş, 2011). Çalışma ortamından kaynaklanan strese neden olan bu durumlar çalışanların hem beden hem de ruh sağlığını menfi şekilde etkilediği bilinmektedir (Göral, 2006).

2.3.Yaşam Kalitesi

2.3.1 Yaşam Kalitesinin Tanımı

“Kalite” en yüksek standartlara ve/veya mümkün olan en iyiye ulaşmak anlamında kullanılmaktadır. Her insan kendi yaşamını daha iyi koşullara, huzura, refaha ve mutluluğa ulaştırmak için kaliteyi aramaktadır (Sapançalı, 2009). İlk olarak yıllar önce felsefenin konusu olarak tartışılmaya başlanan yaşam kalitesi, “antik ve ortaçağda insanın en üst düzeyde erdem ve güzelliklere sahip olma ve mükemmellik durumu,” olarak ele alındığı belirtilmiştir (Nussbaum ve Kumar Sen, 1993; Pektekin 1994). Yaşam kalitesi kavramı 1960’lı yıllara gelindiğinde Amerika Birleşik Devletleri’nde politik tartışmaların odağı olmuş ve o yıllardan sonra yaygınlaşmıştır. Yaşamın kalitesinin düzeltilmesi Amerika Birleşik Devletleri hükümeti için birincil hedef olarak

kabul görmüş ve daha iyi bir yaşam kalitesi için; gelir/kazanç, eğitim, sağlık ve barınma gibi durumların iyileştirilmesine gidilmiştir (Nussbaum ve Kumar Sen, 1993; Pektekin 1994). Daha sonra 1960'lı yıllarda ekonomi ve sosyoloji alanında, 1970'li yıllarda psikoloji alanında, 1970'lerin sonlarına doğru tıp alanında, 1980'lerin sonlarına doğru hemşirelik alanında tartışılmaya başlandığı bilinmektedir (Pektekin 1994). Esenlik kavramı üzerinde duran ekonomistler, yaşam kalitesi kavramında ulusal üretim, gelir ve satın alma gücü gibi göstergeleri kullanmışlardır (Nussbaum ve Kumar Sen, 1993). Sosyologlar, ekonomistlerin üzerinde durdukları göstergelerin, yaşam kalitesi kavramını değerlendirmede yeterli olamayacağını; çalışma, barınma ve sosyal durumun da ele alınması gerektiğini savunmuşlardır. Sosyolojik yaklaşımlarda, yaşam biçimi kavramı ile yaşam kalitesi kavramı benzerlik göstermektedir (Lauer ve Lauer, 2007).

Yaşam kalitesini çoğunlukla kişinin yaşamı hakkında sahip olduğu doğrudan veya dolaylı algısı üzerine temellendiren psikologlar; sosyal durumun iyi olmasının, daha iyi subjektif esenlik ile mutlaka paralellik göstermeyeceğini, subjektif esenliğin; objektif çalışma ve barınma durumlarının ötesinde, çalışma ve barınma durumlarından doyum sağlayıp sağlayamama ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Andrews ve Abbey, 1985). Felsefi düşünceye göre yaşam kalitesi; insanoğlunun varoluşunun temeli; etik düşünceye göre yaşam kalitesi, yaşamın kutsallığı; ekonomik düşünceye göre yaşam kalitesi, ekonomik büyümenin, gayri safi milli hasıla ve yaşam beklentisinin artması sonucu eşit yaşam kalitesi; sosyolojik düşünceye göre yaşam kalitesi, bireysel koşullar ve kültür arasındaki ilişkiye göre sosyal statü; psikolojik düşünceye göre yaşam kalitesi ise yaşama verilen değer, hedeflerini gerçekleştirme olarak tanımlanmıştır (Taylor ve ark., 2008). Çeşitli bilim adamları, Thorndike, Andrews ve Withey, Weinstein ve Frankel sırasıyla yaşam kalitesini, “sosyal çevrenin kişide yansıyan tepkisi”, “kişilerin doyum ve onların sosyal ilişkilerinin kesişimi”, “kişinin kendi yaşamında doyum bulması ve mutluluk kapasitesi” şeklinde tanımladıkları belirtilmiştir (Özkan, 1999). DSÖ'ye göre yaşam kalitesi: “bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içinde kendi durumlarını algılayış biçimi ve kişinin fiziksel fonksiyonlarını, psikolojik durumunu, aile içindeki ve dışındaki sosyal ilişkilerini, çevre etkilerini ve inançlarını da kapsamaktadır”. Yaşam kalitesi güzellik, estetik ve yaşam memnuniyeti olarak algılanabilmektedir. Birçok tanıma sahip olan yaşam kalitesi genel olarak, insanın bireysel iyilik durumunun anlatımı ve bedensel, psikolojik ve sosyal durumundan aldığı doyumdur (WHOQOL, 1997).

Yaşam kalitesi kavramını tam anlamak için kişilerin öznel özelliklerine dikkat edilmelidir. Yaşam kalitesi, bir kişinin şu anda içinde bulunduğu durum ile umutları ve beklentileri arasındaki farkı, eksikliği tanımlamaktadır. Bireyler, kendi algıladıkları sosyal durumlarını diğerleri ile karşılaştırarak umut ve beklentilerini ortaya koyarlar. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, sağlık durumu, maneviyat, dini inanışlar, meslek gibi birçok değişken umut ve beklentilerin şekillenmesinde rol oynamaktadır (Durmaz ve Atamaz, 2006). Bireyde yaşam kalitesi kavramı, hem hastalığın olmayışı, bedensel, sosyal ve bilişsel düzeyde bir bütün olarak iyilik halini ifade eder (Başaran ve ark., 2005). Aynı zamanda kişisel doyumunu da ifade eden yaşam kalitesi kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik haliyle etkileşimleri, işlevsellik durumu, uyum yetisi, hayat görüşü, kişisel inançlarından karmaşık bir şekilde etkilenmektedir (Dilbaz, 1996; Şimşek, 2006).

Kişilerin sağlıklarını ölçmede kullanılan hastalık, ölüm, beklenen yaşam süresi gibi göstergelerin, kişilerin genel sağlık düzeyini tanımlamada yetersiz kalması nedeniyle konu yaşam kalitesi ile yeterliliğe kavuşturulmaya çalışılmıştır. Yaşam kalitesinin geniş bir kavram olduğu, kişisel sağlık ve iyilik halini de içine aldığı bilinmektedir. Fidaner ve arkadaşlarına (1999) göre “Yaşam kalitesi bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algılarıdır”. Bireylerin yaşam kalitelerinin ölçülmesi bireyin hayattaki rolü, ruhsal durumu ve herhangi rahatsızlık gibi durumlarda, bireyin deneyimleri, genel ruhsal durumu, sevinç, huzur ve hayattan alınan doyumunu ele alması açısından önemlidir. Kaliteli bir yaşam; tüm ihtiyaçlarını karşılayan, bedensel ve ruhsal yönden iyi olan, sosyal çevresine yeteri kadar zaman ayıran, çevresel faktörlerini iyileştiren, yaşamdan doyum sağlayan ve yaşamaktan memnun olan ve kişiler arası ilişkilerinin sürdürebilen birey özelliklerini kapsamaktadır (Erdem ve Ergüney, 2005).

2.3.2 Yaşam Kalitesinin Boyutları-Alanları

Yaşam kalitesi, medeni toplumların ve modern hayatın ortaya çıkmasıyla paralellik gösteren dinamik bir kavramdır. Başlangıçta basit ve yalın olarak algılanan yaşam kalitesi kavramı birey ve toplumun ekonomik durumundan çok gereksinimlerin ne kadarını karşıladığına odaklanan bir kavramdır (Sapançalı, 2009).

Yaşam kalitesi, kişinin yaşam süresi, bedensel ve ruhsal sağlığı, ekonomik gücü, kişinin yaşadığı fiziki ve sosyal çevreyi de içine alan çok boyutlu bir kavramdır (Bilir

ve ark., 2005). Yaşam kalitesi kavramı, hem kişinin iyilik halini hem yaşamdan aldığı doyumunu hem de bireyin bilgisel ve duygusal süreçlerle kendi hayatını değerlendirme şekli olarak görülmektedir. Bireylerin hem ev yaşantılarında hem de toplum yaşantılarında bir bütün olarak, bedenen ve ruhen iyi olmuşluklarından duydukları haz yaşam kalitesini belirleyen faktörler arasındadır. Yaşam kalitesinin çok boyutlu bir kavram olduğu bilinmektedir. Yaşam kalitesi kavramı bedensel, ruhsal ve sosyal aktiviteyi içine alan en az üç ana başlıkta incelenebileceği ifade edilmiştir (Yurdakul ve ark., 2007).

Yaşam kalitesi, göreceli ve kişiye özgü bir kavram olmakla birlikte kişilerin deneyimleri sonucunda var olan doyum ve iyilik halidir zaman geçtikçe değişebilir. Yaşam kalitesinin bedensel ve ruhsal iyilik hali, bağımsızlık seviyesi, sosyal ve kişiler arası ilişkiler, gereksinimleri karşılama, entelektüel gelişim seviyesi, çevresel etmenler ve spiritüeliteye ilişkin boyutlarının varlığından da bahsedilmektedir (Çınar ve Eşer, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşam kalitesini tanımlarken 6 alan üzerinde yoğunlaştığı bilinmektedir. Bu alanlar;

1- Fiziksel Sağlık Alanı;

- Ağrı ve rahatsızlık
- Enerji ve yorgunluk
- Uyku ve dinlenme

2- Psikolojik Durumlar Alanı;

- Beden imajı ve dış görünüş
- Negatif düşünceler
- Pozitif düşünceler
- Kendine güven
- Düşünme, öğrenme, hafıza, konsantrasyon

3- Bağımsızlık Düzeyi Alanı;

- Hareketlilik
- Günlük yaşam aktiviteleri
- İlaçlara ve tedaviye bağımlı olma düzeyi
- Çalışma kapasitesi

4- Sosyal İlişkiler Alanı;

- Kişisel ilişkiler

- Sosyal destek
- Seksüel aktivite

5- Çevresel Özellikler Alanı;

- Finansal kaynaklar
- Özgürlük, fiziksel güven ve güvenlik
- Sağlık ve sosyal bakım hizmetlerine ulaşılabilirlik ve kalite
- Ev çevresi
- Yeni bilgilere ve becerilere ulaşma fırsatı
- Fiziksel çevre (hava kirliliği, gürültü, trafik, iklim)

6- Maneviyat İle İlgili Özellikler Alanı;

- Ruhsal
- Dinsel
- Kişisel inançlardır (WHOQOL, 1997).

2.3.3 Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Aktif, çok yönlü ve öznel bir kavram olduğu bilinen yaşam kalitesi kavramı; kişinin sahip olduğu hem kendi bedensel, ruhsal, sosyal yeteneklerinden hem de ekonomik durumlarından ne ölçüde memnun olma veya memnun olmama durumunun belirlenmesidir (Dilbaz, 1996). Karmaşık bir kavram olan yaşam kalitesi; ekonomik durum, fiziki ve sosyal çevre şartları, bireyin bedensel ve ruhsal sağlığı gibi önemli göstergelerden etkilenmektedir (Bilir ve ark., 2005)

Aktif, çok yönlü ve öznel bir kavram olan yaşam kalitesi, azaltan ve artıran olarak bazı durumlardan etkilenmektedir. Bireylerin temel ihtiyaçlarının karşılanmaması, beden imajındaki olumsuz değişiklikler, kendi bakımlarına ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe, kişinin sürekli kendini halsiz, yorgun ve bitkin hissetmesi, cinsel işlevlerinde bozulma, geleceğe yönelik kaygılarının varlığı, olumsuz durumlar ile baş etme yöntemlerini bilmeme, akut ve kronik sağlık sorunlarının varlığı yaşam kalitesini azalmasına neden olan durumlardır. Bireylerin yaşam kalitesini artıran durumlar ise; maddi yeterlilik ve sosyal güvencenin varlığı, yaşadığı ortamda kendini güvende hissetmesi, kendini yaşamda rahat ve konforda hissetmesi, yaşama amacının bilincinde dinamik oluşu, bulunduğu sosyal çevre ile olumlu ilişkiler sürdürebiliyor oluşu, eğlendiği ve zevk aldığı aktiviteleri gerçekleştiriyor oluşu, diğer insanlar tarafından değer görüyor oluşu, otonomi sahibi oluşu, kendi sınırlarının farkında ve

mahremiyetine saygı duyuyor oluşu, toplum içinde kendini ifade edebiliyor oluşu, fiziksel yeterliliğe sahip olması, kendine özgü özelliklerin çevresi tarafından algılanması ve refah içerisinde yaşıyor olmasıdır (Akdemir ve Birol 2005; Savcı, 2006).

2.3.4 Ebe ve Hemşirelerde Yaşam Kalitesi

Araştırmacılar, yaşanan yıllar ile değil, bu yılların nasıl yaşanıldığıyla ilgilenmeye başlayınca, bireylerin yaşam kalitelerini belirlemeye yönelik çalışmalarda son 30 yıldır artmaya başlamıştır. Hemşirelik bilimi alanında 1980'li yıllarda tanınmaya başlayan yaşam kalitesi kavramı, hem sağlık bakımı alanların hem de sağlık bakımını verenlerin yaşam kalitelerinin ölçülmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi oldukça kabul görmeye başlamıştır. Yaşam kalitesi kavramı, kişinin kendi hayatına bakış açısı olarak değerlendirilmekte ve yaşamdan alınan doyum, yaşamdan memnuniyet durumu ve refah yaşam kalitesi ile aynı anlamda kullanılmaya başlanmıştır. Yaşam kalitesi değerlendirirken bireylerin içsel ve dışsal çevrelerinin hayatın her evresinde önemli bir yere sahip olduğu unutulmamalı, mevcut bütün faktörler bir bütün olarak ele alınmalıdır. Birey, yaşamdan ne algıladığını ve bu algıdan aldığı doyumu niteliğini ölçmelidir (Kızılcı, 1997).

Sağlığın geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi sağlık personelinin temel sorumluluklarının başında gelmektedir. Hemşireler toplumun her kesiminden bireylere kolaylıkla ulaşabilme avantajına sahip olan sağlık ekibinin üyeleridir. Bu nedenle sağlığı geliştirme aktivitelerinde toplumu etkileme ve rol modeli olma yönünden hemşirelere büyük görevler düşmektedir. Literatürde sağlık çalışanlarının çalışma şartları iyileştirilerek, çalışanların ruh sağlığının korunacağı, yaşam kalitesinin artacağı bununla birlikte işteki üretkenliğinde artacağı bildirilmiştir (Ayaz ve ark., 2005; Özbaşaran ve ark., 2004; Tezcan ve Arslan, 1999). Çalışanların iş dışındaki sosyal yaşamlarındaki olumlu ve olumsuz durumlar aynı oranla çalışanların iş ortamını da etkileyebildiği bildirilmiştir. İş dışındaki yaşamının büyük çoğunluğunu aile yaşamı oluşturmaktadır. Birey aile yaşamında mutlu değilse çoğunlukla işine karşı isteksiz ve kayıtsız davranmaktadır. Çalışan bireylerin çalışma ortamını etkileyen kişisel faktörlerin diğer ikisi yaş ve cinsiyettir. Bireyin yaşam kalitesini belirleyen fiziksel, ruhsal, kişisel, ekonomik vb. içsel ve dışsal faktörler aynı zamanda bireyde strese neden olduğu bildirilmiştir (Kaya ve Piyal, 2004; Şahin, 2001).

Çalışanları, sağlık bakım alanında ise özellikle hemşire ve ebeleri iş ortamında daha sağlıklı, mesut ve üretken hale getirme amacıyla, “yaşam kalitesi” ile ilişkili çalışmalar hem ulusal hem de uluslararası literatür kapsamında çoğunlukla üzerinde durulan konulardan birisi olmaktadır. Üye ülkelerin katılımlarıyla 2007 yılı Dünya Hemşireler Günü etkinlikleri çerçevesinde Uluslararası Hemşireler Birliği “hemşirelikte yaşam kalitesi” kavramı üzerine yoğunlaşarak ilgililerin konuya olan hassasiyetlerini değerlendirmiştir (Uğur ve Abaan, 2008; Yıldırım, 2002). Hemşirelerin rol modeli olarak bireylere sağlık durumlarını geliştirmeleri konusunda yardım etmesi ve desteklemesi, stresle başa çıkma, formda kalma ve etkin kişilerarası iletişim ile ilgili öz bakım aktivitelerini öğretmesi beklenmektedir. Beklenen bu sorumlulukların yerine getirebilmesi için öncelikle kendi sağlıklarının korunması ve geliştirmesi, yaşam kalitelerinin yüksek olması bu açıdan önem kazanmaktadır (Kozier ve ark., 2004).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Araştırma, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin ruhsal sağlık durumları ve yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Sivas il merkezinde bulunan birinci basamak sağlık kuruluşlarında (Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi, Ana Çocuk Sağlığı Merkezi) yapılmıştır. Sivas ilinde birinci basamak sağlık kuruluşlarına bağlı olan 27 Aile Sağlığı Merkezi, bir Toplum Sağlığı Merkezi ve bir Ana Çocuk Sağlığı Merkezi yer almaktadır. Çalışma toplam 29 merkezde yapılmıştır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sivas il merkezinde bulunan birinci basamak sağlık kuruluşlarında (Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi, Ana Çocuk Sağlığı Merkezi) çalışan 68 hemşire, 119 ebe olmak üzere toplam 187 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık çalışanlarının verileri 2012 Sivas İl Sağlık Müdürlüğü kayıtlarından alınmıştır.

Örnekleme seçimine gidilmeyip araştırmayı kabul eden 133 ebe ve hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.4 Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacı tarafından konuya ilişkin literatürden yararlanılarak oluşturulan üç form aracılığı ile toplanmıştır. Ebe ve hemşirelerin araştırmaya isteyerek katıldıklarını gösteren Bilgilendirilmiş Onam Formu, ebe ve hemşirelerin bireysel ve çalışma yaşamıyla ilgili özelliklerini belirleyen Kişisel Bilgi Formu, Genel Sağlık Anketi (GSA-28), Türkçe Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form (The World Health Organization Quality of Life Instrument [WHOQOL-BREF-TR]), kullanılmıştır.

Form 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK 1)

Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼nden gerekli izin alındıktan sonra ebe ve hemşirelerin katılımları için onamları alınmıştır. Bilgilendirilmiş onam formu, ebe ve hemşirelerin bu araştırmaya kendi istekleri ile katıldıklarını g¼steren bir belge olarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda araştırmanın amacı ve yararları anlatılmıştır.

Form 2. Kişisel Bilgi Formu (EK 2)

Ebe ve hemşirelerin sosyo-demografik ¼zelliklerini içeren (alıştığı kurum, mesleği, eğitim durumu vb.) 10 soru, çalışma yaşamı ile ilgili (meslekte çalışma s¼resi, aylık ortalama gelir vb.) 12 soru olmak ¼zere toplam 22 sorudan oluşmaktadır.

Form 3. Genel Sağlık Anketi-28 (GSA-28) (General Health Questionnaire GHQ-28) (EK 3)

Genel Sağlık Anketi, David Goldberg (1970) tarafından toplumda g¼r¼lme prevalansı y¼ksek olan, akut ruhsal bozuklukları belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Genel Sağlık Anketi'nin T¼rkiye'de geçerlik ve g¼venirlik alışması Kılıç (1996) tarafından yapılmıştır. GSA genel olarak toplumun ruhsal sağlığı profilini oluşturmak ve psikiyatrik olguları tespit etmek amacıyla kullanılmaktadır. Genel Sağlık Anketi'nin ruhsal sağlık durumunu belirlemeye y¼nelik kısıtlamaları vardır. Depresyon ve bunaltı gibi psikotik olmayan belirtilerinin saptanmasında g¼venle kullanılması ¼nerilirken, psikotik ve manik hastalarda ve kronik ruhsal hastaların saptanmasında kullanılması ¼nerilmemektedir. Ebe ve hemşirelerin kendilerinin doldurdukları ve genel olarak ruhsal rahatsızlık olup olmadığını belirlemeyi hedefleyen ¼lek, son haftalarda ortaya çıkmış ruhsal rahatsızlıkların taranması esasına dayanmaktadır. Her soru son birkaç haftadaki ruhsal belirtileri sorgular ve d¼rder seçeneklidir ("hiç olmuyor, her zamanki kadar, her zamankinden sık, çok sık"). Bu d¼rt s¼t¼n ¼rnekleme alınan bireyler tarafından 0, 1, 2, 3 şeklinde kodlanır ya da uygulayıcı tarafından y¼ksek sesle okunarak verilen yanıtlar kodlanır. "5" puan ¼zerinde alan bireyler ruhsal sorunlu olarak (anksiyete ve depresyon) belirlenmektedir. Puanlamada GSA'nın değerlendirmesinde kullanılan GHQ tipi puanlama adı verilen y¼ntem kullanılmıştır. Buna g¼re ilk iki kolon 0, son iki kolon da 1 olarak puanlanmıştır. Bu puanlamaya g¼re 5 puan ve ¼zerinde puan alınması ruh sağlığı açısından riskli kabul edilmektedir (Kılıç, 1996). Bu çalışmada ¼leęin g¼venirlik katsayısı 0.69 olarak bulunmuştur.

Form 4. Türkçe Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği–Kısa Form (The World Health Organization Quality of Life Instrument [WHOQOL-BREF-TR])(EK 4)

WHOQOL-BREF Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş 100 soruluk orijinal Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin (WHOQOL) kısaltılmış formudur. Orijinal WHOQOL-BREF 26 soru; aşağıda ayrıntıları açıklanan bedensel alan, ruhsal alan, çevresel alan ve sosyal alan olmak üzere 4 alandan oluşmaktadır (WHO, 1997).

Bedensel alan: Bu alanda bulunan 3, 4, 10, 15, 16, 17 ve 18 nolu sorular ile sırasıyla günlük işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü incelenir.

Ruhsal alan: Bu alanda bulunan 5, 6, 7, 11, 19 ve 26 nolu sorular ile sırasıyla beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, benlik saygısı, olumlu duygular, maneviyat/din/kişisel inançlar ve düşünme/öğrenme/bellek/dikkati toplama incelenir.

Sosyal alan: Bu alanda bulunan 20, 21 ve 22 nolu sorular ile sırasıyla diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam incelenir.

Çevresel alan: Bu alanda bulunan 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 ve 25 nolu sorular ile sırasıyla maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik ve emniyet, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım, ulaşılabilirlik ve nitelik, ev ortamı, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları, dinleme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ile bunlara katılabilmek, fiziksel çevre (kirlilik/gürültü/trafik/iklim) ve ulaşım incelenir.

Ulusal Alan: Sosyal Baskı.

DSÖ tarafından uluslararası uyarılama çalışmalarında bu dört alana ilave olarak ulusal alanın eklenebileceği bildirilmiştir. Bu doğrultuda WHOQOL-BREF Türkçe forma ulusal alan da eklenmiştir. WHOQOL-BREF'in ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Fidaner ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. Ulusal alan çevresel alanda yer alan sorulara ilave olarak sosyal baskıyı değerlendiren 27. sorunun eklenmesi ile oluşturulmuştur. Mevcut çalışmada ulusal alanın da bulunduğu 27 soruluk form kullanılmıştır. WHOQOL-BREF bireylerin kendileri tarafından yanıtlanabilir ya da araştırmacılar tarafından uygulanabilir. Değerlendirmenin son 15 günü içerecek şekilde yapılması önerilmektedir.

WHOQOL-BREF 5'e kadar değişen likert tipi puanlamaya sahiptir. Formdaki 1. ve 15. soruların yanıt seçenekleri 1=Çok kötü, 2=Biraz kötü, 3=Ne iyi ne kötü, 4=Oldukça iyi, 5=Çok iyi; 3-14 arasındaki sorular ile 27. sorunun yanıt seçenekleri

1=Hiç, 2=Çok az, 3=Orta derecede, 4=Çokça, 5=Aşırı derecede; 2. soru ile 16-25 arasındaki soruların yanıt seçenekleri 1=Hiç hoşnut değil, 2= Çok az hoşnut, 3=Ne hoşnut ne de değil, 4=Epeyce hoşnut, 5=Çok hoşnut ve 26. sorunun yanıt seçeneği 1=Hiçbir zaman, 2=Nadiren, 3=Ara sıra, 4=Çoğunlukla, 5=Her zaman şeklinde puanlanır. Değerlendirmede negatif puanlamaya sahip 3, 4, 26 ve 27 nolu sorular 1=5, 2=4, 3=3, 4=2 ve 5=1 olacak şekilde pozitif hale getirilerek tersine çevrilir. Örneğin ölçekteki 3. soruya hiç yanıtı verildiyse bu yanıtın puanı “5” olacaktır. Ölçekteki yaşam kalitesi ve genel sağlık sorularını içeren ilk iki soru genel sorudur; bu soruların puanları alt boyut puanlarına katılmaz, ayrı olarak değerlendirilir. WHOQOL-BREF uygulandıktan sonra 4-20 puan üzerinden hesaplanan bedensel, ruhsal, sosyal, çevresel ve ulusal alan puanlarında puan yükseldikçe yaşam kalitesi de yükselmektedir.

WHOQOL-BREF Türkçe formu ile bedensel, ruhsal, çevresel sosyal ve ulusal olmak üzere 5 alt alan puanı hesaplanabilir. Hesaplama o alanda yanıtlanmamış soru sayısı dikkate alınmalı, bedensel, ruhsal, çevresel, ulusal alanda ikiden fazla yanıtlanmamış soru, sosyal alanda birden fazla yanıtlanmamış soru olması durumunda o alanın puanı hesaplanmamalıdır, yaşam kalitesi alt alanlardan alınan puanlar arttıkça yaşam kalitesi artar şeklinde yorumlanır. Bu çalışmada ölçeğin güvenilirlik katsayısı bedensel, ruhsal, sosyal, çevresel ve ulusal alan için sırasıyla 0.73, 0.70, 0.69, 0.71 ve 0.70 olarak bulunmuştur.

WHOQOL-BREF 4-20'lik Alan Puanları Hesaplaması

$$\text{Bedensel Alan: } \left(\frac{3+4+10+15+16+17+18}{6} \right) \times 4$$

$$\text{Ruhsal alan: } \left(\frac{5+6+7+11+19+26}{5} \right) \times 4$$

$$\text{Sosyal Alan: } \left(\frac{20+21+22}{2} \right) \times 4$$

$$\text{Çevresel Alan: } \left(\frac{8+9+12+13+14+23+24+25}{6} \right) \times 4$$

$$\text{Ulusal alan: } \left(\frac{8+9+12+13+14+23+24+25+27}{7} \right) \times 4$$

3.5 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler 15 Haziran–15 Eylül 2012 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmacı tarafından, örnekleme alınan ebe ve hemşirelerle yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulama öncesi araştırma konusu ve amacı hakkında bilgi verilmiş, bilgilendirilmiş

onam formu okutularak imzalatılmıştır. Daha sonra ebe ve hemşirelerin bireysel ve çalışma yaşamıyla ilgili özelliklerini belirleyen Kişisel Bilgi Formu, Genel Sağlık Anketi-28 (GSA-28) ve Türkçe Dünya Sağlık Örgütü Yaşam kalitesi kısa ölçeği (WHOQOL-BREF-TR) anketleri dağıtılmış, sorular cevaplanana kadar araştırmacı kurumda bulunmuş, sorular tam ve eksiksiz doldurulduktan sonra araştırmacı tarafından toplanmıştır.

3.6 Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, araştırmacı tarafından kodlandıktan sonra SPSS 14.0 (Statistical Package For Social Science) paket programına yüklenmiş, istatistiksel değerlendirmesinde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, varyans analizi, Tukey Testi Ki-kare Testi, Korelasyon analizi kullanılmış ve yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın her aşaması etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür. Uygulamaya geçmeden önce etik kuruldan (08.05.2012 tarihli, 2012-05/01 sayılı) (EK 5) ve çalışmanın yapılacağı kurumdan (23.05.2012 tarihli, B.10.1.HSK.4.58.03.00-2183 sayılı) (EK 6) yazılı izin alınmıştır. Ebe ve hemşirelere bilgilendirilmiş onam formu (EK 1) okutularak imzalatılmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 1: Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n: 133)

Özellikler	Sayı	%
Yaş		
19-25 yaş arası	14	10.3
26-32 yaş arası	46	34.6
33-39 yaş arası	65	48.9
40 yaş ve üstü	8	6.0
Öğrenim durumu		
Sağlık meslek lisesi	19	14.3
Ön lisans	56	42.1
Lisans	52	39.1
Yüksek lisans/Doktora	6	4.5
Medeni durum		
Evli	112	84.2
Bekâr	21	15.8
Çocuk sahibi olma durumu		
Olan	107	80.5
Olmayan	26	19.5
Aile yapısı		
Geniş	7	5.3
Çekirdek	126	94.7
Ekonomik durum*		
İyi	64	48.1
Orta	69	51.9

*Ebe ve hemşirelerin kendi ifadelerine göre değerlendirilmiştir.

Tablo 1’de araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımları verilmiştir. Tabloya bakıldığında ebe ve hemşirelerin %48.9’unun 33-39 yaş aralığında, %42.1’inin ön lisans mezunu, %84.2’sinin evli, %80.5’inin çocuk sahibi olduğu, %94.7’sinin çekirdek ailede yaşadığı ve %51.9’unun orta gelirli olduğu bulunmuştur.

Tablo 2: Ebe ve hemşirelerin çalışma yaşamı ile ilgili özelliklerinin dağılımı (n:133)

Özellikler	Sayı	%
Meslek		
Ebe	92	69.2
Hemşire	41	30.8
Çalışma biçimi		
Kadrolu	75	56.4
Sözleşmeli	56	42.1
Diğer*	2	1.5
Meslekte çalışma yılı		
1-6 yıl	37	27.8
7-12 yıl	30	22.6
13-18 yıl	44	33.1
19-24 yıl	18	13.5
25 yıl ve üstü	4	3.0
Kurumda çalışma yılı		
1-5 yıl	114	85.7
6-10 yıl	13	9.8
11 yıl ve üstü	6	4.5
Kurumda üstlenilen görev/sorumluluklar**		
Aile sağlığı elemanı	85	63.9
Toplum sağlığı elemanı	32	24.1
Aile planlaması danışmanlığı	6	4.5
Diğer***	7	5.2
Cevapsız	3	2.3

*Nasıl çalıştıklarını bilmeyen (n=2)

**Birden çok yanıt verilmiştir.

***Pansuman, enjeksiyon, laboratuvar, aylık istatistik çalışmaları, sekreterlik (n=7)

Tablo 2’de ebe ve hemşirelerin çalışma yaşamı ile ilgili özelliklerinin dağılımları verilmiştir. Tabloya bakıldığında araştırmaya alınan çalışanların %69.2’sinin ebe, %30.8’inin hemşire, %56.4’ünün kadrolu olarak çalıştığı, %33.1’inin meslekte 13-18 yıl ve %85.7’sinin kurumda çalışma yılının 1-5 yıl olduğu, ayrıca %63.9’unun aile sağlığı elemanı, %24.1’inin toplum sağlığı elemanı, %4.5’inin aile planlaması danışmanı olarak çalıştığı belirlenmiştir.

Tablo 3: Ebe ve hemşirelerin sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımı (n:133)

Özellikler	Sayı	%
Sigara içme durumu		
İçen	76	57.1
İçmeyen	57	42.9
Alkol kullanma durumu		
Kullanan	4	3.0
Kullanmayan	129	97.0

Tablo 3'te ebe ve hemşirelerin sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımları verilmiştir. Tabloya bakıldığında ebe ve hemşirelerin %57.1'inin sigara içtiği ve %3.0'ının alkol kullandığı bulunmuştur.

Tablo 4: Ebe ve hemşirelerin tanısı konmuş ruhsal ve fiziksel hastalık varlığı ve fiziksel hastalıkların dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Tanısı konmuş ruhsal hastalık varlığı (n:133)		
Olan	-	-
Olmayan	131	98.4
Cevapsız	2	1.6
Tanısı konmuş fiziksel hastalık varlığı (n:133)		
Olan	13	9.8
Olmayan	120	90.2
Fiziksel hastalıklar (n=13)		
Endokrin sistem hastalıkları	5	38.5
Kas-iskelet sistemi	2	15.3
Hematolojik hastalıklar	1	7.7
Bağ doku hastalıkları	1	7.7
Nörolojik hastalıklar	1	7.7
Lenf sistemi hastalıkları	1	7.7
Kalp hastalıkları	1	7.7
Solunum yolu hastalıkları	1	7.7

Tablo 4'de ebe ve hemşirelerin tanısı konmuş ruhsal ve fiziksel hastalık varlığı ve fiziksel hastalıkların dağılımı verilmiştir. Tabloya bakıldığında ebe ve hemşirelerin %98.4'ünün tanısı konmuş ruhsal hastalığının olmadığı, %1.6'sının ruhsal hastalık durumunu belirtmediği, %9.8'inin fiziksel hastalığının olduğu saptanmıştır ve ilk sırada endokrin sistem hastalıkları (%38.5), ikinci sırada kas-iskelet sistemi hastalıkları (%15.4) ve üçüncü sırada hematolojik hastalıklar (%7.7) yer almaktadır.

Tablo 5: Ebe ve hemşirelerin yaptığı işten memnuniyet durumları ve memnun olmama nedenlerinin dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Yapılan işten memnun olma durumu (n:133)		
Olan	108	81.2
Olmayan	25	18.8
Memnun olmama nedenlerine yönelik ifadeleri (n:25)		
İş yükü fazlalığı	7	28.0
Sorumluluk alanlarının geniş olması	4	16.0
Mesleği yapamama	4	16.0
Diğer*	6	24.0
Cevapsız	4	16.0

*Diğer: Çalışma saatlerinin fazla olması, değer görmeme, mesleği sevmeme, çalışılan birimi istememe, düşük maaş (n=6)

Tablo 5’de ebe ve hemşirelerin yaptığı işten memnuniyet durumları ve memnun olmama nedenlerine yönelik ifadelerinin dağılımları verilmiştir. Tabloya bakıldığında ebe ve hemşirelerin %18.8’inin yaptığı işten memnun olmadığı saptanmış olup memnun olmama nedenlerine yönelik ifadelerinde ilk sırada iş yükü fazlalığı (%28.0) ikinci sırada sorumluluk alanlarının geniş olması (%16.0) yer almaktadır.

Tablo 6: Ebe ve hemşirelerin GSA-28 puan ortalamalarının dağılımı (n:133)

Meslek	GSA-28 5 puan altı		GSA-28 5 puan ve üstü		Toplam		İstatistiksel Analiz
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Ebe	69	75.0	23	25.0	92	100	X ² =2.79 p=0.094
Hemşire	36	87.8	5	12.2	41	100	
Toplam	105	78.9	28	21.1	133	100	

Tablo 6’de ebe ve hemşirelerin GSA-28 puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Ebelerin %25.0’ı 5 puan ve üstü olarak GSA-28’e göre ruh sağlığı açısından riskli, hemşirelerin ise %12.2’si 5 puan ve üstü olarak GSA-28’e göre ruh sağlığı açısından riskli bulunmuştur. Genel toplama bakıldığında ebe ve hemşirelerin %21.1’inin 5 puan ve üstü olarak GSA-28’e göre ruh sağlığı açısından riskli bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde ebe ve hemşirelerin GSA-28 puan ortalamaları arasında ki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 7: Ebe ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile GSA-28 puan ortalamalarının dağılımı (n:133)

Özellikler	GSA-28 5 puan altı		GSA-28 5 puan ve üstü		Toplam		İstatistiksel analiz
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş							
19-25 yaş arası	13	92.9	1	7.1	14	100	X ² =2.45 p=0.484
26-32 yaş arası	34	73.9	12	26.1	46	100	
33-39 yaş arası	52	80.0	13	20.0	65	100	
40 yaş ve üstü	6	75.0	2	25.0	8	100	
Öğrenim durumu							
Sağlık meslek lisesi	13	68.4	6	31.6	19	100	X ² =2.49 p=0.476
Ön lisans	43	76.8	13	23.2	56	100	
Lisans	44	84.6	8	15.4	52	100	
Yüksek lisans /Doktora	5	83.3	1	16.7	6	100	
Medeni durum							
Evli	86	76.8	26	23.2	112	100	X ² =1.99 p=0.158
Bekâr	19	90.5	2	9.5	21	100	
Çocuk sahibi olma durumu							
Olan	83	77.6	24	22.4	107	100	X ² =0.62 p=0.429
Olmayan	22	84.6	4	15.4	26	100	
Aile yapısı							
Geniş	4	57.1	3	42.9	7	100	X ² =2.11 p=0.146
Çekirdek	101	80.2	25	19.8	126	100	
Ekonomik durum*							
İyi	48	75.0	16	25.0	64	100	X ² =1.15 p=0.282
Orta	57	82.6	12	17.4	69	100	

*Ebe ve hemşirelerin kendi ifadelerine göre değerlendirilmiştir.

Tablo 7'de ebe ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile GSA-28 puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde, 26-32 yaş arasında olan çalışanların %26.1'i, sağlık meslek lisesi mezunlarının %31.6'sı, evlilerin %23.2'si, çocuk sahibi olanların %22.4'ü, geniş ailede yaşayanların %42.9'u ve ekonomik durumunu iyi olanların %25.0'ı ruh sağlığı açısından diğer gruplara göre daha riskli olduğu belirlenmiştir.

Yapılan istatistiksel analizde yaş, öğrenim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, aile yapısı ve ekonomik durum ile GSA-28 puan ortalamaları arasında ki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 8: Ebe ve hemşirelerin çalışma yaşamı ile ilgili özellikleri ile GSA-28 puan ortalamalarının dağılımı (n: 133)

Özellikler	GSA-28 5 puan altı		GSA-28 5 puan ve üstü		Toplam		İstatistiksel analiz
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Çalışma biçimi							
Kadrolu	65	86.7	10	13.3	75	100	$X^2=6.61$ $p=0.037$
Sözleşmeli	39	69.6	17	30.4	56	100	
Diğer*	1	50.0	1	50.0	2	100	
Meslekte çalışma yılı							
1-6 yıl	32	86.5	5	13.5	37	100	$X^2=2.36$ $p=0.670$
7-12 yıl	24	80.0	6	20.0	30	100	
13-18 yıl	32	72.7	12	27.3	44	100	
19-24 yıl	14	77.8	4	22.2	18	100	
25 yıl ve üstü	3	75.0	1	25.0	4	100	
Kurumda çalışma yılı							
1-5 yıl	88	77.2	26	22.8	114	100	$X^2=2.06$ $p=0.357$
6-10 yıl	11	84.6	2	15.4	13	100	
11 yıl ve üstü	6	100.0	0	0.0	6	100	
Kurumda üstlenilen görev/sorumluluklar**							
Aile sağlığı elemanı	64	75.3	21	24.7	85	100	$X^2=4.52$ $p=0.340$
Toplum sağlığı elemanı	56	81.3	6	18.8	62	100	
Aile Planlaması danışmanlığı	6	100.0	0	0.0	6	100	
Diğer***	7	100.0	0	0.0	7	100	
Cevapsız	2	66.7	1	33.3	2	100	

* Nasıl çalıştıklarını bilmeyen (n=2)

** Birden çok yanıt verilmiştir.

*** Pansuman, enjeksiyon, laboratuvar, aylık istatistik çalışmaları, sekreterlik (n=7)

Tablo 8’de ebe ve hemşirelerin çalışma yaşamı ile ilgili özellikleri ile GSA-28 puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde sözleşmeli çalışanların %30.4’ü, meslekte 13-18 yıl çalışanların %27.3’ü, kurumda 1-5 yıl çalışanların %22.8’i, kurumda aile sağlığı elemanı olarak çalışanların %24.7’si ruh sağlığı açısından riskli bulunmuştur.

Yapılan istatistiksel analizde sözleşmeli olarak çalışan ebe ve hemşireler, kadrolu çalışanlara göre ruh sağlığı açısından daha riskli olup, GSA-28 puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 9: Ebe ve hemşirelerin sigara ve alkol kullanma durumları ile GSA-28 puan ortalamalarının dağılımı (n:133)

Özellikler	GSA-28 5 puan altı		GSA-28 5 puan ve üstü		Toplam		İstatistiksel analiz
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Sigara içme durumu							
İçen	59	77.6	17	22.4	76	100	$X^2=0.18$ $p=0.667$
İçmeyen	46	80.7	11	19.3	57	100	
Alkol kullanma durumu							
Kullanan	2	50	2	50	4	100	$X^2=2.07$ $p=0.149$
Kullanmayan	103	79.8	26	20.2	129	100	

Tablo 9’da ebe ve hemşirelerin sigara ve alkol kullanma durumları ile GSA-28 puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Sigara içenlerin %22.4’ü, alkol kullananların %50.0’ı ruh sağlığı açısından riskli bulunmuştur.

Yapılan istatistiksel analizde sigara içme ve alkol kullanma durumu ile GSA-28 puan ortalamaları arasında ki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 10: Ebe ve hemşirelerin tanısı konmuş ruhsal ve fiziksel hastalık varlığı ile GSA-28 puan ortalamalarının dağılımı (n: 133)

Özellikler	GSA-28 5 puan altı		GSA-28 5 puan ve üstü		Toplam		İstatistiksel analiz
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Tanısı konmuş ruhsal hastalık varlığı							
Olan	-	-	-	-	-	100	X ² =0.124 p=0.725
Olmayan	104	79.4	27	20.6	131	100	
Cevapsız	1	50.0	1	50.0	2	100	
Tanısı konmuş fiziksel hastalık varlığı							
Olan	9	75.0	3	25.0	12	100	X ² =3.74 p=0.053
Olmayan	96	79.3	25	20.7	121	100	

Tablo 10’da ebe ve hemşirelerin tanısı konmuş ruhsal ve fiziksel hastalık varlığı ile GSA-28 puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Ruhsal hastalığı olmayanların %20.6’sı, fiziksel hastalığı olanların %25.0’ı ruh sağlığı açısından riskli bulunmuştur.

Yapılan istatistiksel analizde ruhsal ve fiziksel hastalık durumu ile GSA-28 puan ortalamaları arasında ki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 11: Ebe ve hemşirelerin yaptığı işten memnuniyet durumları ve memnun olmama nedenleri ile GSA-28 puan ortalamalarının dağılımı

Özellikler	GSA-28 5 puan altı		GSA-28 5 puan ve üstü		Toplam		İstatistiksel analiz
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yapılan işten memnun olma durumu (n:133)							
Olan	87	80.6	21	19.4	108	100	$X^2=0.89$ $p=0.344$
Olmayan	18	72.0	7	28.0	25	100	
Memnun olmama nedenleri (n:25)							
İş yükü fazlalığı	3	42.9	4	57.1	7	100	$X^2=4.92$ $p=0.295$
Sorumluluk alanlarının geniş olması	3	75.0	1	25.0	4	100	
Mesleği yapamama	3	75.0	1	25.0	4	100	
Diğer*	5	83.3	1	16.7	6	100	
Cevapsız	4	100.0	0	0.0	4	100	

*Diğer: Çalışma saatlerinin fazla olması, değer görmeme, mesleği sevmeme, çalışılan birimi istememe, düşük maaş (n=6)

Tablo 11’de ebe ve hemşirelerin yaptığı işten memnuniyet durumları ve memnun olmama nedenleri ile GSA-28 puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. İşten memnun olmayanların %28.0’ı ve iş yükü fazlalığı nedeni ile memnun olmayanların %57.1’i ruh sağlığı açısından riskli bulunmuştur.

Yapılan istatistiksel analizde iş memnuniyet durumu, memnun olmama nedeni ile GSA-28 puan ortalamaları arasında ki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 12: Ebe ve hemşirelerin kendi ifadelerine göre yaşam kalitelerini değerlendirme durumu (n: 133)

Yaşam Kalitesini Değerlendirme	Sayı	%	X±SS
Çok kötü	1	0.7	3.00±0.65*
Biraz kötü	6	4.5	
Ne iyi, ne kötü	68	51.1	
Oldukça iyi	55	41.4	
Çok iyi	3	2.3	

*Cevaplar ölçeğe göre sırasıyla birden beşe kadar puanlanmıştır.

Tablo 12’de ebe ve hemşirelerin kendi ifadelerine göre yaşam kalitelerini değerlendirme durumları verilmiştir. Ebe ve hemşirelerin %43.7’sinin (oldukça iyi %41.4, çok iyi %2.3) yaşam kalitelerinin iyi, %56.3’unn yaşam kalitelerini iyi olmadığı bulunmuştur (ort: 3.00±0.65).

Tablo 13: Ebe ve hemşirelerin kendi ifadelerine göre genel sağlıklarını değerlendirme durumu (n: 133)

Genel Sağlığı Değerlendirme	Sayı	%	X±SS
Hiç hoşnut değil	3	2.3	4.00±0.82*
Çok az hoşnut	8	6.0	
Ne hoşnut, ne değil	49	36.8	
Epeyce hoşnut	62	46.6	
Çok hoşnut	11	8.3	

*Cevaplar ölçeğe göre sırasıyla birden beşe kadar puanlanmıştır.

Tablo 13’de ebe ve hemşirelerin kendi ifadelerine göre genel sağlıklarını değerlendirme durumları verilmiştir. Ebe ve hemşirelerin %54.9’unn (epeyce hoşnut %46.6, çok hoşnut %8.3) sağlığından hoşnut, %45.1’inin sağlığından hoşnut olmadığı bulunmuştur (ort: 4.00±0.82).

Tablo 14: Ebe ve hemşirelerin yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı

Yaşam Kalitesi Alanları	X±SS	Minimum Puan	Maksimum Puan
Bedensel alan	16.53±2.16	8	20
Ruhsal alan	14.42±1.71	9	19
Sosyal alan	14.51±2.03	7	20
Çevresel alan	14.27±1.69	7	20
Ulusal alan	12.36±0.95	10	20
Toplam yaşam kalitesi ölçek puanı	72.09±8.54	41	99

Tablo 14’de ebe ve hemşirelerin yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Ebe ve hemşirelerin toplam yaşam kalitesi ölçek puanları ortalaması 72.09±8.54 (Min:41 ; Max:99) olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt bileşenlerine göre puan ortalamalarının bedensel alanda 16.53±2.16, ruhsal alanda 14.42±1.71, sosyal alanda 14.51±2.03, çevresel alanda 14.27±1.69 ve ulusal alanda 12.36±0.95 olduğu saptanmıştır. Ölçeğe göre ebe ve hemşirelerin en düşük puanlarını ulusal alanda, en yüksek puanlarını ise bedensel alanda aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 15: Ebe ve hemşirelerin mesleklerine göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı

Meslek	Bedensel Alan X±SS	Ruhsal Alan X±SS	Sosyal Alan X±SS	evresel Alan X±SS	Ulusal Alan X±SS
Ebe (n=92)	16.65±2.19	14.31±1.71	14.41±1.96	14.05±1.67	12.31±1.06
Hemşire (n=41)	16.26±2.09	14.65±1.71	14.35±2.19	14.75±1.67	12.48±0.63
Toplam (n=133)	16.53±2.16	14.42±1.71	14.51±2.03	14.27±1.69	12.36±0.95
İstatistiksel Analiz	t=0.94 p=0.346	t=1.06 p=0.288	t=0.83 p=0.406	t=2.23 p=0.027	t=0.96 p=0.339

Tablo 15’de ebe ve hemşirelerin mesleklerine göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde mesleğe göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Hemşirelerin evresel alan puan ortalaması ebelerin puan ortalamalarına göre daha yüksek olup, aradaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bedensel ve sosyal alanda ebeler daha yüksek puan alırken, ruhsal, çevresel ve ulusal alanda hemşireler daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur.

Tablo 16: Ebe ve hemşirelerin yaşlarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı

Yaş	Bedensel Alan X±SS	Ruhsal Alan X±SS	Sosyal Alan X±SS	Çevresel Alan X±SS	Ulusal Alan X±SS
19-25 yaş arası (n=14)	17.92±1.26	16.14±1.70	15.35±2.13	15.50±1.95	12.78±0.80
26-32 yaş arası (n=46)	16.21±1.96	14.19±1.48	14.15±1.78	14.21±1.77	12.26±0.61
33-39 yaş arası (n=65)	16.44±2.38	14.18±1.71	14.58±2.18	14.01±1.50	12.14±0.68
40 yaş ve üstü (n=8)	16.62±1.92	14.62±1.50	14.50±1.69	14.50±1.60	13.25±2.81
İstatistiksel Analiz	KW=9.00 p=0.029	KW=13.28 p=0.004	KW=4.83 p=0.185	KW=6.97 p=0.073	KW=5.70 p=0.127

Tablo 16’da ebe ve hemşirelerin yaş gruplarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde yaş grupları ile sosyal alan, çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamsız bulunurken ($p>0.05$), 19-25 yaş arası ebe ve hemşirelerin bedensel alan ve ruhsal alan puan ortalamaları diğer yaş gruplarından daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 17: Ebe ve hemşirelerin öğrenim durumlarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı

Öğrenim durumu	Bedensel Alan X±SS	Ruhsal Alan X±SS	Sosyal Alan X±SS	Çevresel Alan X±SS	Ulusal Alan X±SS
Sağlık meslek lisesi (n=19)	16.42±2.09	14.52±2.34	14.36±1.70	14.36±1.46	12.31±0.58
Ön lisans (n=56)	16.82±2.45	14.37±1.78	14.66±2.41	14.35±1.82	12.46±1.27
Lisans (n=52)	16.48±1.75	14.46±1.42	14.48±1.73	14.10±1.71	12.28±0.66
Yüksek lisans Doktora (n=8)	14.66±2.25	14.16±1.47	13.80±1.72	14.50±1.22	12.33±0.51
İstatistiksel Analiz	KW=6.70 p=0.082	KW=0.27 p=0.96	KW=2.09 p=0.55	KW=0.25 p=0.96	KW=0.25 p=0.96

Tablo 17’de ebe ve hemşirelerin öğrenim durumlarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde öğrenim durumuna göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 18: Ebe ve hemşirelerin medeni durumlarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı

Medeni durum	Bedensel Alan X±SS	Ruhsal Alan X±SS	Sosyal Alan X±SS	Çevresel Alan X±SS	Ulusal Alan X±SS
Evli (n=112)	16.38±2.23	14.17±1.66	14.57±2.00	14.17±1.59	12.34±0.97
Bekâr (n=21)	17.33±1.52	15.71±1.38	14.19±2.20	15.09±1.99	12.47±0.87
İstatistiksel Analiz	p=0.066	p=0.000	p=0.199	p=0.011	p=0.216

Tablo 18’de ebe ve hemşirelerin medeni durumlarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde medeni duruma göre bedensel alan, sosyal alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel yönden anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Bekar olan ebe ve hemşirelerin ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 19: Ebe ve hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı

Çocuk sahibi olma durum	Bedensel Alan X±SS	Ruhsal Alan X±SS	Sosyal Alan X±SS	Çevresel Alan X±SS	Ulusal Alan X±SS
Olan (n=107)	16.39±2.24	14.17±1.69	14.45±2.03	14.05±1.62	12.31±1.01
Olmayan (n=26)	17.11±1.70	15.42±1.44	14.73±2.03	15.15±1.23	12.57±0.64
İstatistiksel Analiz	p=0.138	p=0.001	p=0.794	p=0.006	p=0.049

Tablo 19’da ebe ve hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde çocuk sahibi olma durumuna göre bedensel alan ve sosyal alan puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel yönden anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Çocuk sahibi olmayan ebe ve hemşirelerin ruhsal alan, çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 20: Ebe ve hemşirelerin aile yapısına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı

Aile yapısı	Bedensel Alan X±SS	Ruhsal Alan X±SS	Sosyal Alan X±SS	Çevresel Alan X±SS	Ulusal Alan X±SS
Geniş (n=7)	15.42±2.29	13.42±2.07	13.80±1.86	13.57±1.61	12.00±0.57
Çekirdek (n=126)	16.59±2.14	14.47±1.68	14.50±2.04	14.30±1.69	12.38±0.97
İstatistiksel Analiz	p=0.141	p=0.094	p=0.267	p=0.102	p=0.167

Tablo 20’de ebe ve hemşirelerin aile yapılarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde aile yapısına göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 21: Ebe ve hemşirelerin ekonomik durumlarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı

Ekonomik durum *	Bedensel Alan X±SS	Ruhsal Alan X±SS	Sosyal Alan X±SS	Çevresel Alan X±SS	Ulusal Alan X±SS
İyi (n=64)	16.70±2.11	14.56±1.51	14.62±2.11	14.68±1.87	12.53±1.19
Orta (n=69)	16.37±2.21	14.28±1.88	14.40±1.96	13.88±1.41	12.21±0.63
İstatistiksel Analiz	t=0.869 p=0.387	t=0.915 p=0.362	t=0.620 p=0.536	t=2.79 p=0.006	t=1.984 p=0.049

*Ebe ve hemşirelerin kendi ifadelerine göre değerlendirilmiştir.

Tablo 21’de ebe ve hemşirelerin ekonomik durumlarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde ekonomik duruma göre bedensel alan, ruhsal alan ve sosyal alan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). İyi ekonomik duruma sahip olan ebe ve hemşirelerin çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 22: Ebe ve hemşirelerin kurumda çalışma biçimine göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı

Kurumda çalışma biçimi	Bedensel Alan X±SS	Ruhsal Alan X±SS	Sosyal Alan X±SS	Çevresel Alan X±SS	Ulusal Alan X±SS
Kadrolu (n=75)	16.73±2.10	14.58±1.62	14.58±1.82	14.20±1.72	12.28±0.76
Sözleşmeli (n=56)	16.26±2.21	14.23±1.81	14.46±2.31	14.39±1.69	12.50±1.71
Diğer (n=2)	16.50±3.53	13.50±2.12	13.00±0.00	13.50±0.70	12.00 ±0.00
İstatistiksel Analiz	KW=1.752 p=0.416	KW=1.135 p=0.567	KW=1.382 p=0.501	KW=0.741 p=0.690	KW=0.897 p=0.639

Tablo 22’de ebe ve hemşirelerin kurumda çalışma biçimlerine göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde kurumda çalışma biçimine göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 23: Ebe ve hemşirelerin meslekte çalışma yılına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı

Meslekte alışma yılı	Bedensel Alan X±SS	Ruhsal Alan X±SS	Sosyal Alan X±SS	evresel Alan X±SS	Ulusal Alan X±SS
1-6 yıl (n=37)	16.92±1.78	15.02±1.89	16.67±2.00	14.67±2.06	12.48±0.76
7-12 yıl (n=30)	16.00±1.92	13.96±1.60	14.13±1.71	13.90±1.39	12.20±0.55
13-18 yıl (n=44)	16.45±2.21	14.18±1.46	14.65±2.14	14.22±1.61	12.22±0.71
19-24 yıl (n=18)	16.66±3.10	14.50±1.85	14.50±2.28	14.16±1.38	12.77±1.89
25 yıl ve üstü (n=4)	16.75±1.25	14.50±1.91	14.25±2.21	14.25±2.21	12.25±0.95
İstatistiksel Analiz	KW=4.99 p=0.288	KW=8.55 p=0.073	KW=2.80 p=0.591	KW=4.77 p=0.312	KW=4.48 p=0.345

Tablo 23’de ebe ve hemşirelerin meslekte çalışma yılına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde meslekte çalışma yılına göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 24: Ebe ve hemşirelerin kurumda çalışma yılına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı

Kurumda alışma yılı	Bedensel Alan X±SS	Ruhsal Alan X±SS	Sosyal Alan X±SS	evresel Alan X±SS	Ulusal Alan X±SS
1-5 yıl (n=114)	16.52±2.13	14.35±1.77	14.35±2.01	14.71±1.71	12.34±1.00
6-10 yıl (n=13)	16.07±2.59	14.53±1.23	15.07±2.21	14.84±1.57	12.53±0.66
11 yıl ve üstü (n=6)	17.66±1.50	15.30±1.03	16.16±0.75	14.83±1.47	12.50±0.54
İstatistiksel Analiz	KW=1.56 p=0.458	KW=2.56 p=0.279	KW=7.04 p=0.030	KW=2.28 p=0.320	KW=1.69 p=0.428

Tablo 24’de ebe ve hemşirelerin kurumda çalışma yılına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde kurumda çalışma yılına göre bedensel alan, ruhsal alan, çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Aynı kurumda 11 yıl ve üzeri çalışan ebe ve hemşirelerin sosyal alan puan ortalamaları daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 25: Ebe ve hemşirelerin kurumda üstlenilen görev ve sorumluluklarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı

Kurumda üstlenilen görev ve sorumluluklar	Bedensel Alan X±SS	Ruhsal Alan X±SS	Sosyal Alan X±SS	Çevresel Alan X±SS	Ulusal Alan X±SS
Aile sağlığı elemanı (n=85)	16.42±2.27	14.45±1.72	14.55±2.17	14.43±1.67	12.44±1.06
Toplum sağlığı elemanı (n=32)	16.50±2.17	14.28±1.93	14.43±1.84	14.00±1.96	12.21±0.83
Aile planlaması danışmanlığı (n=6)	16.33±0.81	14.33±1.50	14.50±1.64	14.00±1.09	12.16±0.40
Diğer* (n=7)	17.42±1.51	14.71±1.25	14.57±1.81	13.85±1.21	12.28±0.48
Cevapsız (n=3)	18.33±1.15	14.33±0.57	14.00±1.73	14.00±1.00	12.33±6.57
İstatistiksel Analiz	KW=4.43 p=0.351	KW=0.54 p=0.969	KW=0.75 p=0.945	KW=1.91 p=0.752	KW=1.29 p=0.863

* Pansuman, enjeksiyon, laboratuvar, aylık istatistik çalışmaları, sekreterlik (n=7)

Tablo 25’de ebe ve hemşirelerin kurumda üstlenilen görev ve sorumluluklarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde kurumda üstlenilen görev ve sorumluluklara göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 26: Ebe ve hemşirelerin sigara içme durumlarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı

Sigara içme durum	Bedensel Alan X±SS	Ruhsal Alan X±SS	Sosyal Alan X±SS	Çevresel Alan X±SS	Ulusal Alan X±SS
İçen (n=76)	16.38±2.22	14.34±1.73	14.47±1.88	14.19±1.54	12.26±0.66
İçmeyen (n=57)	16.73±2.07	14.52±1.70	14.56±2.22	14.36±1.89	12.50±1.24
İstatistiksel Analiz	p=0.361	p=0.391	p=0.858	p=0.612	p=0.306

Tablo 26’da ebe ve hemşirelerin sigara içme durumlarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde sigara içme durumuna göre bedensel alan, ruhsal alan sosyal alan çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 27: Ebe ve hemşirelerin alkol kullanma durumlarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı

Alkol kullanma durumu	Bedensel Alan X±SS	Ruhsal Alan X±SS	Sosyal Alan X±SS	Çevresel Alan X±SS	Ulusal Alan X±SS
Kullanan (n=4)	17.25±4.19	14.50±2.51	14.00±1.82	14.75±0.95	12.50±0.57
Kullanmayan (n=129)	16.51±2.09	14.41±1.69	14.52±2.04	14.25±1.71	12.36±0.96
İstatistiksel Analiz	p=0.169	p=0.709	p=0.521	p=0.448	p=0.562

Tablo 27’de ebe ve hemşirelerin alkol kullanma durumlarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde alkol kullanma durumuna göre bedensel alan, ruhsal alan sosyal alan, çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 28: Ebe ve hemşirelerin tanısı konmuş ruhsal hastalık varlığına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı

Tanısı konmuş ruhsal hastalık varlığı	Bedensel Alan X±SS	Ruhsal Alan X±SS	Sosyal Alan X±SS	Çevresel Alan X±SS	Ulusal Alan X±SS
Olmayan (n=131)	16.56±2.11	14.39±1.67	14.53±2.02	14.26±1.69	12.36±0.96
Cevapsız (n=2)	14.50±4.94	16.00±4.24	13.00±2.82	14.50±2.12	12.50±0.70
İstatistiksel Analiz	p=0.573	p=0.613	p=0.236	p=0.880	p=0.684

Tablo 28’de ebe ve hemşirelerin tanısı konmuş ruhsal hastalık durumlarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde ebe ve hemşirelerin tanısı konmuş ruhsal hastalık durumlarına göre bedensel alan, ruhsal alan sosyal alan, çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 29: Ebe ve hemşirelerin tanısı konmuş fiziksel hastalık varlığına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı

Tanısı konmuş fiziksel hastalık varlığı	Bedensel Alan X±SS	Ruhsal Alan X±SS	Sosyal Alan X±SS	Çevresel Ala X±SS	Ulusal Alan X±SS
Olan (n=12)	16.91±2.27	14.33±1.92	14.83±1.58	14.16±1.69	12.25±0.62
Olmayan (n=121)	16.49±2.15	14.42±1.70	14.47±2.07	14.28±1.70	12.38±0.98
İstatistiksel Analiz	p=0.678	p=0.948	p=0.530	p=0.801	p=0.703

Tablo 29’da ebe ve hemşirelerin tanısı konmuş fiziksel hastalık durumlarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde tanısı konmuş fiziksel hastalık durumlarına göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 30: Ebe ve hemşirelerin yaptığı işten memnun olma durumlarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı

Yapılan işten memnun olma durumu	Bedensel Alan X±SS	Ruhsal Alan X±SS	Sosyal Alan X±SS	Çevresel Alan X±SS	Ulusal Alan X±SS
Olan (n=108)	16.65±2.10	14.50±1.65	14.69±1.96	14.51±1.54	12.46±0.97
Olmayan (n=25)	16.00±2.38	14.04±1.94	13.72±2.15	13.20±1.91	11.96±0.78
İstatistiksel Analiz	p=0.015	p=0.167	p=0.344	p=0.052	p=0.001

Tablo 30’da ebe ve hemşirelerin yaptığı işten memnun olma durumuna göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde iş memnuniyeti durumuna göre ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Yaptığı işten memnun olan ebe ve hemşirelerin bedensel alan ve ulusal alan puan ortalamaları daha yüksek olup, aradaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 31: Ebe ve hemşirelerin GSA-28 puan ortalamalarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı

GSA-28	Bedensel Alan X±SS	Ruhsal Alan X±SS	Sosyal Alan X±SS	Çevresel Alan X±SS	Ulusal Alan X±SS
5 Puan altı (n=105)	16.98±1.72	14.82±1.52	14.82±1.96	14.43±1.73	12.38±0.71
5 Puan ve üstü(n=28)	14.85±2.78	12.89±1.54	13.32±1.84	13.64±1.39	12.32±1.58
İstatistiksel Analiz	p=0.025	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.007

Tablo 31’de ebe ve hemşirelerin GSA-28 puan ortalamalarına göre yaşam kalitesi alan puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde GSA-28 göre ruh sağlığı açısından riskli kabul edilen ebe ve hemşirelerin bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları daha düşük olup aradaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti, toplum sağlığının korunması, iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve sürdürülmesi amacıyla, alanlarında iyi eğitim almış profesyonel bir ekip tarafından verilmektedir. Toplumun her kesimine eşit hizmet ulaştırabilen ebe ve hemşireler bu ekibin temelini oluşturmaktadırlar. Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ruhsal sağlık durumları ve yaşam kalitesi puan ortalamaları ile ilgili elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin %48.9'unun 33-39 yaş grubunda, %42.1'inin ön lisans mezunu, %84.2'sinin evli, %80.5'inin çocuk sahibi, %94.7'sinin çekirdek ailede yaşadığı ve %51.9'unun orta gelirli olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Çalışanların %69.2'sinin ebe, %30.8'inin hemşire, %56.4'ünün kadrolu olarak çalıştığı, %33.1'inin meslekte 13-18 yıl ve %85.7'sinin kurumda çalışma yılının 1-5 yıl olduğu, ayrıca %63.9'unun aile sağlığı elemanı, %24.1'inin toplum sağlığı elemanı, %4.5'inin aile planlaması danışmanı olarak çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 2). Ebe ve hemşirelerin %57.1'inin sigara içtiği ve %3.0'ının alkol kullandığı (Tablo 3), %98.4'ünün ruhsal hastalığının olmadığı %1.6'sının ruhsal hastalık durumunu belirtmediği, %9.8'inin fiziksel hastalığının olduğu saptanmıştır ve ilk sırada endokrin sistem hastalıkları (%38.5), ikinci sırada kas-iskelet sistemi hastalıkları (%15.4) ve üçüncü sırada hematolojik hastalıklar (%7.7) yer almaktadır (Tablo 4). Ebe ve hemşirelerin %18.8'inin yaptığı işten memnun olmadığı saptanmış olup memnun olmama nedenlerine yönelik ifadelerinde ilk sırada iş yükü fazlalığı (%28.0) ikinci sırada sorumluluk alanlarının geniş olması (%16.0) yer almaktadır (Tablo 5).

Ebe ve hemşirelerin beşte birinin (%21.1) GSA puanına göre ruh sağlığı açısından riskli olduğu saptanmıştır. Ebelerin %25.0'ının ve hemşirelerin %12.2'sinin ruh sağlığı açısından riskli olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Yapılan istatistiksel analizde ebe ve hemşirelerin GSA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Türkiye'de birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık çalışanlarının ruhsal sorunlarını belirlemeye yönelik çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak çeşitli sağlık kuruluşlarında sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete ve genel ruhsal durumlarını belirlemeye yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalara

bakıldığında; Yıldırım ve Hacıhasanoğlu'nun (2011) çeşitli sağlık kuruluşlarında yaptıkları çalışmada, sağlık çalışanlarının %16.4'ünde depresyon belirtilerinin olduğu saptanmıştır. Başka bir çalışmaya göre ise ebe ve hemşirelerin %29.1'inin ruhsal sorun yaşadığı belirlenmiştir (Kılıç ve Çetinkaya, 2011). Devlet hastanesinde yapılan farklı çalışmalarda sırasıyla hemşirelerin %5.2'sinin (Yılmaz ve ark., 2006), %8.2'sinin (Çavuş, 2006), %50.3'ünün (Özgür ve ark., 2011) ve %52.9'unun (Günaydın, 2014) ruh sağlığı açısından risk grubunda olduğu saptanmıştır. Brezilya'da yapılan bir çalışmada birinci basamaktaki sağlık çalışanlarının %43.3'ünün, Portekiz'de %42.6'sının (Braga ve ark., 2010) ruhsal sorun yaşadığı belirlenmiştir (Silva ve Menezes, 2008). Yunanistan'da yapılan başka bir çalışmada sağlık çalışanlarının (doktor hemşire ebe ve sosyal çalışmacı) %17.6'sında anksiyete, %14.2'sinde depresyon saptanmıştır (Papathanasiou, 2015). Mısır'da çeşitli sağlık kuruluşlarında çalışan hemşirelerin %21.6'sının (Arafa ve ark., 2003) ve İran'da hastanede çalışan hemşirelerin %45.4'ünün ruhsal sorun yaşadığı belirlenmiştir (Ardekani ve ark., 2008). Çalışma sonuçlarının geniş bir yelpazede yer aldığı görülmektedir. Ancak bu çalışmada ruh sağlığı açısından riskli ebe ve hemşirelerin yüzdesi diğer çalışmalara göre daha düşüktür. Düşük olmasının nedeni çalışma koşullarındaki farklılıktan kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada ebe ve hemşirelerin %43.7'sinin yaşam kalitesinin iyi olup yaşam kalitesi değerlendirme puan ortalaması 3.00 ± 0.65 olarak orta düzeyde bulunmuştur (Tablo 12). Çeşitli sağlık kuruluşlarında yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %40.1'inin yaşam kalitelerinin iyi olduğu belirlenmiştir (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011). Perim (2007) tarafından hastanede yapılan çalışmada hemşirelerin %55.1'inin yaşam kalitelerinin iyi, yaşam kalitesi değerlendirme puan ortalaması 3.08 ± 0.72 olarak orta düzeyde belirlenmiştir. Farklı bir çalışmada ise ebe ve hemşirelerin %32.3'ünün yaşam kalitelerinin iyi olduğu bulunmuştur (Gülgün, 2014). Brezilya'da birinci basamakta yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %84.6'sının yaşam kalitelerinin iyi olduğu saptanmıştır (Teles ve ark., 2014). Hindistan'da hastanede görev yapan hemşirelerin yaşam kalitesi değerlendirme puan ortalaması 3.87 ± 0.62 olarak orta düzeyde bulunmuştur (Jose ve Bhat, 2014). Çalışma bulguları Türkiye'de sağlık çalışanların yaşam kaliteleri ile benzerlik gösterirken diğer ülke sağlık çalışanlarından daha düşük olduğu görülmektedir. Bulgulardaki farklılıklar ülkelerin çalışma koşullarının farklı olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmada ebe ve hemşirelerin %54,9'unun sağlığından hoşnut olduğu, genel sağlığı değerlendirme puan ortalaması ise 4.00 ± 0.82 olarak iyi düzeyde bulunmuştur (Tablo 13). Çeşitli sağlık kuruluşlarında yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının %62.4'ünün sağlığından hoşnut oldukları (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011), başka bir çalışmada ise sağlık çalışanların %75.7'sinin sağlık durumlarını iyi olarak algıladıkları belirlenmiştir (Kılıç ve Çetinkaya, 2011). Hastanede çalışan hemşirelerin %40.7'sinin sağlığından hoşnut olduğu, genel sağlığı değerlendirme puan ortalaması 3.22 ± 0.82 ile orta düzeyde bulunmuştur (Perim, 2007). Hastanede yapılan bir çalışmada ebe ve hemşirelerin %49.5'inin sağlığından hoşnut, bulunmuştur (Gülgün, 2014). Hindistan'da hastanede yapılan bir çalışmada hemşirelerin genel sağlığı değerlendirme puan ortalaması 3.91 ± 0.65 olarak orta düzeyde bulunmuştur (Jose ve Bhat, 2014). Çalışma bulguları yapılan çalışmalarla farklılık göstermektedir.

Çalışma bulgularına bakıldığında Sağlık çalışanlarının “yaşam kalitesi ve genel sağlığı” değerlendirme bulguları “yaşam kalitelerinin iyi olmadığı” ve “sağlıklarından hoşnut olmadığı” yönünde birbirine yakın olduğu görülmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği birinci basamakta; hizmet verilen bölgelerdeki nüfusun fazla olması, çalışan sayısının az olması, iş yükü fazlalığı görev ve sorumlulukların fazla olması, birden fazla izlemin yapılması (kronik hastalıkların takibi, gebe izlemleri, bebek izlemleri, 15-49 yaş kadın sağlığı vb), gibi zor çalışma koşulları çalışanların yaşam kalitelerini ve sağlıklarını olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

Çalışmada ebe ve hemşirelerin toplam yaşam kalitesi ölçek puanları ortalaması 72.09 ± 8.54 (Min:41; Max:99) olarak bulunmuştur. Ölçeğe göre en yüksek puan bedensel alandan (16.53 ± 2.16) alınmıştır (Tablo 14).

Farklı yaşam kalitesi ölçeğiyle (SF-36) birinci basamakta yapılan bir çalışmada çalışanların yaşam kalitesi ölçek puanları ortalaması 69.0 ± 15.9 (Min:26.5; Max:95.5) olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmaya göre sağlık çalışanları, yaşam kalitesi alt bileşenlerinden en yüksek puanı fiziksel fonksiyon alanlarından almışlardır. Gruplar arasında ise ebe ve hemşirelerin fiziksel fonksiyon puan ortalamaları hekim ve diğer sağlık çalışanlarından düşük bulunmuştur (Güler ve Kuzu, 2009). Çeşitli sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ölçek puanlarının ortalaması 55 ± 8.95 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada yaşam kalitesi alt alanlarından sosyal alan puan ortalaması 14.53 ± 2.99 olarak diğer alanlardan yüksek bulunmuştur (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011). Başka bir çalışmada; hastanede çalışan hemşirelerin yaşam

kalitesi ölçek puanlarının ortalaması 54.2 ± 9.4 olup, en yüksek puan 14.2 ± 2.0 ile ruhsal alandan alınmıştır (Kelleci ve ark., 2011). Hindistan'da hastanede görev yapan hemşirelerin yaşam kalitesi ölçek puanlarının ortalaması 58.1 olup, en yüksek puan 14.7 ile bedensel alandan alınmıştır (Jose ve Bhat, 2014), Çin'de ise SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada da yaşam kalitesi ölçek puanları ortalaması 74.80 ± 13.07 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada en yüksek puan fiziksel fonksiyon alanından (90.34 ± 13.18) alınmıştır (Wu, 2012). İspanya'da SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak hastanede çalışan sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada yaşam kalitesi ölçek puanları ortalaması 77.48 ± 21.38 olup en yüksek puan fiziksel fonksiyon alanından (91.6 ± 11.9) alınmıştır (Suner-Soler ve ark., 2013). Çalışmada ebe ve hemşirelerin yaşam kaliteleri puan ortalamaları, birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarından (Güler ve Kuzu, 2009), çeşitli sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık çalışanlarından (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011), hastanede çalışan hemşirelerden (Kelleci ve ark., 2011) ve Hindistan'da hastanede çalışan hemşirelerden (Jose ve Bhat, 2014) yüksek iken, Çin'de hastanede çalışan hemşirelerden (Wu, 2012) ve İspanya'da hastanede görev yapan sağlık çalışanlarından (Suner-Soler ve ark., 2013) düşük bulunmuştur.

Çalışanların yaşı ile GSA puanları karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ancak diğer yaş gruplarına göre 26-32 yaş aralığında ruhsal sorunu olan çalışanların yüzdesinin (%26.1'i) daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 7). Hastanede çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada yaş ile ruhsal durum arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Özgür ve ark., 2011), çeşitli sağlık kuruluşlarında görev yapan 25-34 yaş grubundaki sağlık çalışanlarında daha fazla ruhsal sorunların görüldüğü bildirilmiştir (Kılıç ve Çetinkaya, 2011). Devlet hastanesinde yapılan farklı çalışmalarda 23-30 yaş grubundaki hemşirelerde ruhsal sorun yaşayanların yüzdesinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Çavuş, 2006; Yılmaz ve ark., 2006). Mısır'da mesleğe yeni başlayan genç hemşirelerde daha fazla ruhsal sorunlar saptanmıştır (Arafa ve ark., 2003). İran'da yapılan bir çalışmada yaş arttıkça hemşirelerde ruhsal sorunların da arttığı bildirilmiştir (Ardekani ve ark., 2008). Bulgular yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Çalışmada ruhsal sorunların 26-32 yaş aralığında daha fazla olmasının nedeni çalışanların çoğunun lisans mezunu olması (Tablo 1) ve kurumda 5 yıldan daha az çalışması (Tablo 2) çalışma koşullarına yeterince

uyum sağlayamamasını ve sorunlara karşı etkili çözüm yolları geliştirememesinden kaynaklanabilir.

Çalışanların yaşı ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırdığında 19-25 yaş aralığında çalışanların bedensel ve ruhsal alan puan ortalamaları diğer yaş gruplarından daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 16). Hastanede görev yapan sağlık çalışanlarıyla farklı yaşam kalitesi ölçeği (SF-36) kullanılarak yapılan bir çalışmada 29 yaşın altında olan çalışanların fiziksel fonksiyonellik ve genel ruh sağlığı alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek olup, genel olarak yaş ilerledikçe puanların düştüğü bulunurken (Zaman, 2007), aynı ölçek ile birinci basamakta görev yapan sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada yaşam kalitesi alt boyutları ile yaş grupları arasında fark anlamlı bulunmamıştır (Güler ve Kuzu, 2009). Hindistan'da ki hemşirelerle yapılan bir çalışmaya göre 21-30 yaş grubundaki çalışanların sosyal alan puan ortalamaları daha düşük olup aradaki fark istatistiksel yönden anlamlıdır (Jose ve Bhat, 2014). Başka bir çalışmaya göre hemşirelerin yaş ortalaması azaldıkça bedensel ve ruhsal alan puan ortalamalarının arttığı bulunmuştur (Perim, 2007). Bulgular, Zaman'ın (2007) ve Perim'in (2007) çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada 19-25 yaş aralığında çalışanların bedensel ve ruhsal alan puan ortalamaları diğer yaş gruplarından daha yüksek olmasının nedeni; çalışanlarda ileri yaş ile birlikte sağlık sorunlarının artması, mental ve motor gelişimde yavaşlamasından kaynaklanabilir.

Çalışanların öğrenim durumları ile GSA puanları karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak diğer mezuniyet derecelerine göre sağlık meslek lisesi mezunlarında ruhsal sorunu olan çalışanların yüzdesinin (%31.6'sı) daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 7). Devlet hastanesinde görev yapan hemşirelerle yapılan çalışmalarda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte sağlık meslek lisesi mezunu çalışanların daha fazla ruhsal sorun yaşadıkları bulunmuştur (Çavuş, 2006; Özgür ve ark., 2011; Yılmaz ve ark., 2006). Mısır'da farklı sağlık kuruluşlarında çalışan üniversite mezunu hemşirelerin daha fazla ruhsal sorun yaşadığı ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Arafa ve ark., 2003). Çalışanların ruhsal durumlarını eğitim düzeyleri tek başına etkilememektedir. Fakat ulusal ve uluslararası raporlarda artan eğitim düzeyinin ruh sağlığını pozitif yönde etkilediği bildirilmiştir (ILO, 2000; Kılıç, 1998; WHO, 2005). Sağlık meslek lisesi mezunlarının gelir

durumlarının daha düşük olması göz önüne alındığında, düşük ekonomik gelirin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

Çalışanların öğrenim durumu ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırdığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 17). Çeşitli sağlık kuruluşlarında çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada öğrenim durumu arttıkça sosyal alan puanının azaldığı bulunmuştur (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011). Hastanede çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmaya göre eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Perim, 2007). Çalışmaya katılan çalışanların farklı eğitim almış olsalar dahi aynı görev ve sorumluluğa sahip olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışanların medeni durumları ile GSA puanları karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak evli olan çalışanlarda ruhsal sorunların görülme yüzdesinin (%23.2'si) daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 7). Özyurt ve Deveci'nin (2011) 19-49 yaş evli kadınlarla yapılan çalışmada depresif belirti sıklığı %14.7 olarak saptanmıştır. Devlet hastanesinde görev yapan hemşirelerle yapılan çalışmalarda evli olan çalışanların daha fazla ruhsal sorun yaşadıkları belirlenmiştir (Çavuş, 2006; Özgür ve ark., 2011). Asistan hekimlerle yapılan bir çalışmaya göre evli olan hekimlerin depresyona daha fazla yatkın oldukları bulunmuştur (Erol ve ark., 2007). İran'da evli hemşirelerde bekarlara oranla daha fazla ruhsal sorunlarının görüldüğü bildirilmiştir (Ardekani ve ark., 2008). Yapılan çalışmalarda (Çavuş, 2006; Erol ve ark., 2007; Özgür ve ark., 2011; Özyurt ve Deveci, 2011; Ardekani ve ark., 2008;) medeni durum ile ruh sağlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Sonuçlar çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Evli çalışanlarda ruhsal sorunlarının daha fazla (%23.2'si) görülmesinin nedeni evlilik ile birlikte kazanılan/artan rol ve sorumlulukların çalışanlarda daha fazla stres yaratmasından kaynaklanabilir.

Çalışanların medeni durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırdığında bekar olan çalışanların ruhsal ve çevresel alan puan ortalamaları evli olanlara göre daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 18). Farklı yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak (SF-36) yapılan başka bir çalışmada bekar olanların yaşam kalitesi bütün boyutlarında daha yüksek olduğu, aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur (Zaman, 2007). Hastanede yapılan bir çalışmada evli olan sağlık çalışanlarının sosyal alan puan

ortalaması daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı saptanmıştır (Ergen ve ark., 2011). Brezilya’ da birinci basamakta yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının bedensel ve sosyal alan puan ortalamaları bekarlarda, çevresel alan puan ortalamaları ise evlilerde daha yüksek olup, aradaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (Teles ve ark., 2014). Hindistan’da ki hemşirelerle yapılan bir çalışmaya göre evli olan çalışanların sosyal alan puan ortalamaları daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur (Jose ve Bhat, 2014). Çalışma bulguları Zaman’ın (2007), Ergen ve arkadaşlarının (2011), Teles ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmalarla farklılık göstermektedir. Çalışmada ruhsal sorunların bekarlarda daha az görülmesi (Tablo 7) bu bulguları kendi içinde desteklemektedir. Evlilik ile birlikte aile içi ilişkiler artmakta, bireyler yeni rol ve sorumluluklar kazanmaktadır. Kazanılan yeni rol ve sorumlulukların neden olduğu stresin, ruhsal ve çevresel alan puanlarını azalmasına neden olduğu söylenebilir.

Çalışanların çocuk sahibi olma durumu ile GSA puanları karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak çocuk sahibi olan çalışanlarda ruhsal sorunlarının görülme yüzdesinin (%22.4’ü) daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 7). Devlet hastanesinde yapılan çalışmalarda çocuk sahibi olan hemşirelerin daha fazla ruhsal sorun yaşadıkları belirlenmiştir (Çavuş, 2006; Özgür ve ark., 2011). Çavuş’un (2006), Erol ve arkadaşlarının (2007) ve Özgür ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada çocuk sahibi olma durumu ile ruh sağlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmayıp ($p>0.05$), çalışma bulguları yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Çocuk sahibi olanlarda ruhsal sorunların daha fazla görülmesinin nedeni çalışma grubunun kadın olmasından ve annelik rolünün getirdiği sorumlulukların bireylerin stres düzeylerini arttırmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışanların çocuk sahibi olma durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırdığında çocuk sahibi olmayan çalışanların ruhsal, çevresel ve ulusal alan puan ortalamaları daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Anlamlı olmamakla birlikte çocuk sahibi olan çalışanlarda ruhsal alan puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur (Tablo 19). Çalışmada çocuk sahibi olanlarda ruhsal sorunların daha fazla görülmesi (Tablo 7) bu bulguları kendi içinde desteklemektedir. Acil yardım hizmetlerinde görev yapan sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada çocuk sahibi olmayan çalışanların yaşam kalitesi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Kaya ve Piyal, 2004). Hindistan’da ki hemşirelerle yapılan bir

çalışmaya göre çocuk sahibi olma durumunun yaşam kalitesini etkilemediği bulunmuştur (Jose ve Bhat, 2014). Çalışma bulguları Kaya ve Piya'ın (2004) ve Jose ve Bhat'ın (2014) çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Çocuk sahibi olanlarda yaşam kalitesi alt alan puan ortalamalarının düşük görülmesinin nedeni çalışma grubunun kadın olmasından ve annelik rolünün getirdiği sorumlulukların bireylerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği, yaşam kalitelerini düşürdüğü söylenebilir.

Çalışanların aile yapısı ile GSA puanları karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak geniş ailede yaşayan çalışanlarda ruhsal sorunların görülme yüzdesinin (%42.9'u) daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 7). Çalışanların aile yapısı ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırdığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Anlamlı olmamakla birlikte çekirdek ailede yaşayan çalışanların yaşam kalitesi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 20). Çalışmada geniş ailede yaşayanlarda ruhsal sorunların daha fazla görülmesi (Tablo 7) bu bulguları kendi içinde desteklemektedir. Yaş ilerledikçe kronik hastalıkların arttığı bilinmektedir. Aile büyüklerinde mevcut olan kronik hastalıklar ve ya kronik hastalık riski ebe ve hemşirelerin bakım verici rollerinin evde de devam etmelerine, çoğunun evli (%84.2'si) ve çocuk sahibi olması (%80.5'i) nedeniyle kendi bakımlarına fazla zaman ayırmamalarından kaynaklı stres yaşamalarına ve bu da hem ruhsal sorunları ortaya çıkardığı hemde yaşam kalitelerini düşürdüğü söylenebilir.

Çalışanların ekonomik durumu ile GSA puanları karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak ekonomik durumu iyi olan çalışanlarda ruhsal sorunların görülme yüzdesinin (%25.0'ı) daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 7). Devlet hastanesinde görev yapan hemşirelerle yapılan çalışmalarda ekonomik durumu iyi olan çalışanların daha fazla ruhsal sorun yaşadıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Özgür ve ark., 2011). Ekonomik durumu iyi olan çalışanlarda ruhsal sorunların daha fazla görülmesi çalışmaya katılanların diğer sosyokültürel farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışanların ekonomik durumu ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırdığında iyi ekonomik duruma sahip çalışanların çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca anlamlı olmamakla birlikte ekonomik durumu iyi olan çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal alan puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur

(Tablo 21). Sağlık ocaklarını kapsayan bir çalışmada ekonomik durumu iyi olan sağlık çalışanların çevre ve ulusal alan puanları daha yüksek olup arada anlamlı bir ilişki bulunmuştur. (Ay ve ark., 2004). Hindistan’da ki hemşirelerle yapılan bir çalışmaya göre ekonomik durumu iyi olan çalışanların bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puan ortalamaları daha yüksek olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur (Jose ve Bhat, 2014). Bulgular hem yurtiçi hem de yurtdışı yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Ekonomik durumun iyi olanlarda yaşam kalitesi alt alan puan ortalamalarının daha yüksek olmasının nedeni; ihtiyaçların rahatça karşılanması, daha iyi bir ortamda yaşamayı kolaylaştırması ve entellektüel düzeyi artırmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışanların istihdam biçimi ile GSA puanları karşılaştırdığında sözleşmeli çalışanlarda ruhsal sorunların görülme yüzdesi (%30.4’ü) daha fazla olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 8). Çalışanların istihdam biçimi ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırdığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Anlamlı olmamakla birlikte kurumda kadrolu çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal alan alan puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 22). Çalışmada kadrolu çalışanlarda ruhsal sorunların daha az görülmesi (Tablo 8) bu bulguları kendi içinde desteklemektedir. Bu durum sözleşmeli istihdam biçiminin iş güvencesizliği sebebiyle çalışanlarda hem ruhsal sorunları ortaya çıkardığı hemde yaşam kalitelerini düşürdüğü söylenebilir.

Meslekte çalışma yılı ile GSA puanları karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak meslekte 13-18 yıldır çalışanlarda ruhsal sorunların görülme yüzdesinin (%27.3’ü) daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Devlet hastanesinde görev yapan hemşirelerle yapılan çalışmalarda meslekte çalışma yılı azaldıkça ruhsal sorunların arttığı, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (Özgür ve ark., 2011; Yılmaz ve ark. 2006;). Asistan hekimlerle yapılan bir çalışmada meslekte 5 ve 5 yıldan daha az çalışan hekimlerin depresif belirtilerin daha fazla olduğu bulunmuştur (Erol ve ark., 2007). Mısır’da yapılan çalışmada çalışma yılı az olan hemşirelerde daha fazla ruhsal sorunlar saptanmıştır (Arafa ve ark., 2003). İran’da hemşirelerin meslek yılları ile ruhsal sorunları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bildirilmiştir (Ardekani ve ark., 2008).

Çalışanların meslekte çalışma yılı ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırdığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Ancak meslekte 1-6 yıldır çalışanların bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 23). Çeşitli sağlık kuruluşlarında yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının meslekte çalışma yılı azaldıkça ruhsal alan puanının arttığı görülmektedir (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011). 112 acil yardım hizmetlerinde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının meslekte çalışma süresi azaldıkça yaşam kalitesi alt alan puan ortalamalarının yükseldiği bulunmuştur (Kaya ve Piyal, 2004). Brezilya’ da birinci basamakta yapılan bir çalışmada çalışma yılı arttıkça sosyal alan puan ortalamalarında arttığı belirlenmiştir (Teles ve ark., 2014). Hindistan’da ki hemşirelerle yapılan bir çalışmaya göre meslekte 10 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin sosyal alan puan ortalamaları daha yüksek olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur (Jose ve Bhat, 2014). Çalışma bulguları yurtiçinde yapılan çalışmalar ile benzerlik gösterirken yurtdışında yapılan çalışmalarla benzerlik göstermemektedir. Bu durum çalışma koşullarındaki farklılıklardan kaynaklanabilir.

Kurumda çalışma yılı ile GSA puanları karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak kurumda 1-5 yıldır çalışanlarda ruhsal sorunların görülme yüzdesinin (%22.8’i) daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Bu durum kurumda 1-5 yıldır çalışanların kurum dinamiklerine yeterince alışamadığından kaynaklanıyor olabilir. Çalışanların kurumda çalışma yılı ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırdığında 11 yıl ve daha fazla çalışanların sosyal alan puan ortalamaları daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 24). Hindistan’daki hemşirelerle yapılan bir çalışmaya göre aynı birimde 5 yıl ve daha fazla çalışanların sosyal alan puan ortalamaları daha yüksek olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur (Jose ve Bhat, 2014). Çalışma bulguları Jose ve Bhat’ın (2014) çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Çalışmada 11 yıl ve üzeri çalışanlarda ruhsal sorunların hiç görülmemesi (%0.0) bu bulguları kendi içinde desteklemektedir. Kurumda 11 yıl ve üzeri çalışanlarda sosyal alan puan ortalamalarının daha yüksek olmasının nedeni çalışma ortamına daha iyi alışmasından ve diğer kurum çalışanlarıyla daha iyi iletişim kurmalarından kaynaklanabilir.

Kurumda üstlenilen görev ile GSA puanları karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak aile sağlığı elemanı olarak çalışanlarda ruhsal sorunların görülme yüzdesinin (%24.7’si) daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Bu durum aile sağlığı elemanlarının görev tanımlarının tam olmaması, kurumda sorumlu olduğu alanların fazla olması ve performansa dayalı sistem

içerisinde çalışıyor olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Çalışanların kurumda üstlenilen görev ve sorumlulukları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırdığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 25). Bu durumun birinci basamakta çalışanların çalışma ortamlarının benzer olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışanların sigara içme durumları ile GSA puanları karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak sigara içen çalışanlarda ruhsal sorunların görülme yüzdesinin (%22.4'ü) daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Özyurt ve Deveci'nin (2011) 15-49 yaş kadınlarla yaptığı çalışmasında sigara içme durumu ile depresif belirti varlığı arasında ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Devlet hastanesinde yapılan çalışmada hemşirelerin sigara içme durumu ile ruhsal sorunlar arasında ilişkinin olmadığı bulunmuştur (Yılmaz ve ark., 2006). Çalışma bulguları ile yapılan çalışmalar (Özyurt ve Deveci, 2011; Yılmaz ve ark., 2006) benzerlik göstermektedir.

Çalışanların sigara içme durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırdığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Ayrıca anlamlı olmamakla birlikte sigara içen çalışanların yaşam kalitesi puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur (Tablo 26). Hastanede yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının sigara içme durumu ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında ki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Ergen ve ark., 2011). Sigara içmeyen çalışanların yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek bulunmasının nedeni sigara içmemenin bireye verdiği hem fiziksel, ruhsal hem de sosyal konforun düzeyinin artmasından kaynaklanabilir.

Çalışanların alkol kullanma durumu ile GSA puanları karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak alkol kullanan çalışanlarda ruhsal sorunların görülme yüzdesinin (%50.0) daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Özyurt ve Deveci'nin (2011) 15-49 yaş kadınlarla yaptığı bir çalışmada alkol kullanma durumu ile depresif belirti varlığı arasında ilişki olmadığı bulunmuştur. Devlet hastanesinde yapılan çalışmada hemşirelerin alkol kullanma durumları ile ruhsal sorunlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Yılmaz ve ark., 2006).

Çalışanların alkol kullanma durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırdığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Anlamli olmamakla birlikte alkol kullanan çalışanların bedensel, ruhsal, çevresel ve ulusal alan puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 27). Hastanede yapılan bir çalışmada alkol kullanan sağlık çalışanlarının sosyal alan puan ortalamaları daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur (Ergen ve ark., 2011). Alkol kullanan çalışanlarda yaşam kalitesi alt alan puanlarının yüksek bulunmasının nedeni alkolün bireye verdiği geçici hoşnutluk, algının düzeyinde düşüklük ve kişinin kendini iyi hissetmesinden kaynaklanabilir.

Çalışanların ruhsal hastalık durumları ile GSA puanları karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak ruhsal hastalığı olmayan çalışanlarda ruhsal sorunların görülme yüzdesinin (%20.6'sı) daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 10). Bu durum çalışanların mevcut olan ruhsal sorunlarının farkında olmadıklarını göstermektedir.

Çalışanların ruhsal hastalık durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırdığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Anlamli olmamakla birlikte ruhsal hastalığı olmayan çalışanların bedensel ve sosyal alan puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 28). Brezilya' da birinci basamakta yapılan bir çalışmada ruhsal hastalığı olan sağlık çalışanlarının yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu ve bedensel alan üzerine negatif etkilerinin olduğu bulunmuştur (Teles ve ark., 2014). Sonuçlar ile çalışma bulguları benzerlik göstermektedir. Ruhsal yönden sağlıklı bireyin bedensel ve sosyal alan puanların yüksek olmasının nedeni çalışanların öz bakımlarına yeterli katkı sağlamalarında ve çevreyle olan ilişkilerinde iyi olmalarından kaynaklanabilir.

Çalışanların fiziksel hastalık varlığı ile GSA puanları karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak fiziksel hastalığı olan çalışanlarda ruhsal sorunların görülme yüzdesinin (%25.0'ı) daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Devlet hastanesinde yapılan çalışmada kronik hastalığa sahip hemşirelerin daha fazla ruhsal sorunlar yaşadığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (Yılmaz ve ark., 2006). Mısır'da kronik hastalığı olan hemşirelerde daha fazla ruhsal sorunlar saptanmıştır (Arafa ve ark., 2003). Çalışma bulguları ile yapılan alışmalar (Arafa ve ark., 2003; Yılmaz ve ark., 2006) benzerlik göstermektedir. Fiziksel hastalığa sahip çalışanların daha fazla ruhsal sorunlar yaşamasının nedeni kronik hastalıkların çalışanların bireyselliğini kısıtlamasından kaynaklanabilir.

Çalışanların fiziksel hastalık durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırdığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Anlamlı olmamakla birlikte fiziksel hastalığı olan çalışanların bedensel ve sosyal alan puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 29). Kaya ve Piyal'in (2004) 112 acil yardım hizmetlerinde yaptığı bir çalışmada kronik hastalığı olan sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Brezilya' da birinci basamakta yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olan sağlık çalışanlarının yaşam kalitelerinin kötü olduğu belirlenmiştir (Teles ve ark., 2014). Farklı yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak (SF-36) yapılan başka bir çalışmada kronik hastalığı olanların yaşam kalitesi bütün boyutlarından daha yüksek puan aldığı bulunmuştur (Zaman, 2007). Fiziksel hastalığa sahip çalışanların yaşam kalitesi alt alan puanlarının daha yüksek olmasının nedeni fiziksel hastalığı olanların öz bakımlarına daha dikkat etmelerinden ve yakın çevrelerinden daha fazla destek almalarından kaynaklanabilir.

Çalışanların iş memnuniyet durumu ile GSA puanları karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak memnun olmayan çalışanlarda ruhsal sorunların görülme yüzdesinin (%28.0'ı) daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 11). Devlet hastanesinde yapılan farklı çalışmalarda işinden memnun olmayan çalışanların daha fazla ruhsal sorun yaşadıkları istatistiksel açıdan anlamlı bulunurken ($p<0.05$) (Çavuş, 2006), iş memnuniyet durumlarının çalışanların ruh sağlığını etkilemediği bulunmuştur (Yılmaz ve ark., 2006). Çalışma bulguları ile yapılan çalışmalar (Çavuş, 2006; Yılmaz ve ark., 2006) benzerlik göstermektedir. İş memnuniyeti tek başına ruh sağlığını etkileyen bir faktör olmayıp, memnun olmayan çalışanlarda ruhsal sorunların yüksek olmasının nedeni işini sevmemelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışanların iş memnuniyet durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırdığında memnun olan çalışanların bedensel ve ulusal alan puan ortalamaları daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 30). Hastanede yapılan bir çalışmada iş doyumunu yüksek olan hemşirelerin yaşam kalitesi puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Kelleci ve ark., 2011). Sonuçlar çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. İşinden memnun olan çalışanların yaşam kalitesi alt alan puan ortalamalarının yüksek bulunmasının nedeni çalışma ortamından daha fazla doyum alınmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada GSA puanlarına göre ruh sağlığı açısından riskli kabul edilen ebe ve hemşirelerin bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları daha düşük olup, aradaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 31). Ruhsal sağlık yönünden riskli kabul edilen çalışanların yaşam kalitesinin düşük olduğu görülmektedir, bu sonuç ruh sağlığının yaşam kalitesi üzerine olan olumsuz etkilerinden kaynaklanıyor olabilir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin %48.9'unun 33-39 yaş grubunda, %42.1'inin ön lisans mezunu, %84.2'sinin evli, %80.5'inin çocuk sahibi olduğu, %94.7'sinin çekirdek ailede yaşadığı ve %51.9'unun orta gelirli olduğu (Tablo 1).
- Çalışanların %69.2'sinin ebe, %30.8'inin hemşire, %56.4'ünün kadrolu olarak çalıştığı, %33.1'inin meslekte 13-18 yıl ve %85.7'sinin kurumda çalışma yılının 1-5 yıl olduğu, ayrıca %63.9'unun aile sağlığı elemanı, %24.1'inin toplum sağlığı elemanı, %4.5'inin aile planlaması danışmanı olarak çalıştığı (Tablo 2).
- Ebe ve hemşirelerin %57.1'inin sigara içtiği ve %3.0'mının alkol kullandığı (Tablo 3).
- Ebe ve hemşirelerin %98.4'ünün tanısı konmuş ruhsal hastalığının olmadığı, %1.6'sının ruhsal hastalık durumunu belirtmediği, %9.8'inin fiziksel hastalığının olduğu ve ilk sırada endokrin sistem hastalıkları (%38.5), ikinci sırada kas-iskelet sistemi hastalıkları (%15.4) ve üçüncü sırada hematolojik hastalıkların (%7.7) yer aldığı (Tablo 4).
- Ebe ve hemşirelerin %18.8'inin yaptığı işten memnun olmadığı, memnun olmama nedenlerine yönelik ifadelerinde ilk sırada iş yükü fazlalığı (%28) ikinci sırada sorumluluk alanlarının geniş olmasının (%16) yer aldığı (Tablo 5).
- Ebe ve hemşirelerin %21.1'inin, ebelerin %25'inin hemşirelerin ise %12.2'inin, ruh sağlığı risk grubunda olduğu ve ebe ve hemşirelerin GSA puan ortalamaları arasında ki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 6)
- Ebe ve hemşirelerin yaşı, öğrenim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, aile yapısı ve ekonomik durum ile GSA puan ortalamaları arasında ki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 7).
- Sözleşmeli olarak çalışanların %24.7'sinin ruh sağlığı risk grubunda olduğu, sözleşmeli olarak çalışanların ruh sağlığı açısından daha riskli olduğu, GSA puan ortalamaları arasında ki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) (Tablo 8).

- Ebe ve hemşirelerin sigara içme ve alkol kullanma durumu ile GSA puan ortalamaları arasında ki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 9).
- Ebe ve hemşirelerin ruhsal ve fiziksel hastalık durumu ile GSA puan ortalamaları arasında ki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 10).
- Ebe ve hemşirelerin iş memnuniyet durumu GSA puan ortalamaları arasında ki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 11).
- Ebe ve hemşirelerin %43.7'sinin yaşam kalitesinin iyi, %56.3'ünün yaşam kalitesinin kötü olduğu (Tablo 12).
- Ebe ve hemşirelerin %45.1'i sağlığından hoşnut olmadığı (Tablo 13).
- Ebe ve hemşirelerin genel olarak yaşam kalitesi orta düzeyde olduğu ve yaşam kalitesi alt alan puan ortalamalarından en yüksek puanı bedensel alandan, en düşük puanı ise ulusal alandan aldığı (Tablo 14).
- Ebe ve hemşirelerin mesleklerine göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamsız olduğu ($p>0.05$), çevre alan puan ortalaması arasındaki farkın ise istatistiksel yönden anlamlı olduğu ($p<0.05$) (Tablo 15).
- Ebe ve hemşirelerin yaşlarına göre sosyal alan, çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamsız olduğu ($p>0.05$), bedensel alan ve ruhsal alan puan ortalamaları arasındaki farkın ise istatistiksel yönden anlamlı olduğu ($p<0.05$) (Tablo 16).
- Ebe ve hemşirelerin öğrenim durumlarına göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamsız olduğu ($p>0.05$) (Tablo 17).
- Ebe ve hemşirelerin medeni durumlarına göre bedensel alan, sosyal alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamsız olduğu ($p>0.05$), ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları arasındaki farkın ise istatistiksel yönden anlamlı olduğu ($p<0.05$). Bekâr olanların ruhsal ve çevresel alan puan ortalamaları daha yüksek olduğu (Tablo 18).
- Ebe ve hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarına göre bedensel alan ve sosyal alan puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamsız olduğu

($p>0.05$), ruhsal alan, çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki farkın ise istatistiksel yönden anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 19).

- Ebe ve hemşirelerin aile yapılarına göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamsız olduğu ($p>0.05$) (Tablo 20).
- Çalışanların ekonomik durumlarına göre bedensel alan, ruhsal alan ve sosyal alan puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamsız olduğu ($p>0.05$), çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki farkın ise istatistiksel yönden anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 21).
- Ebe ve hemşirelerin kurumda çalışma biçimlerine göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamsız olduğu ($p>0.05$) (Tablo 22).
- Ebe ve hemşirelerin meslekte çalışma yılına göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamsız olduğu ($p>0.05$) (Tablo 23).
- Ebe ve hemşirelerin kurumda çalışma yılına göre bedensel alan, ruhsal alan, çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamsız olduğu ($p>0.05$), sosyal alan puan ortalamaları arasındaki farkın ise istatistiksel yönden anlamlı olduğu ($p<0.05$). Kurumda 11 yıl ve üstü çalışanların sosyal alan puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 24).
- Ebe ve hemşirelerin kurumda üstlenilen görev ve sorumluluklarına göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevre alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamsız olduğu ($p>0.05$) (Tablo 25).
- Ebe ve hemşirelerin sigara içme durumlarına göre bedensel alan, ruhsal alan sosyal alan çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamsız olduğu ($p>0.05$) (Tablo 26).
- Ebe ve hemşirelerin alkol kullanma durumlarına göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamsız olduğu bulundu ($p>0.05$) (Tablo 27).

- Ebe ve hemşirelerin tanısı konmuş ruhsal hastalık durumlarına göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamsız olduğu ($p>0.05$) (Tablo 28).
- Ebe ve hemşirelerin tanısı konmuş fiziksel hastalık durumlarına göre bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamsız olduğu ($p>0.05$) (Tablo 29).
- Ebe ve hemşirelerin yaptığı işten memnun olma durumuna göre ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamsız olduğu ($p>0.05$), yaptığı işten memnun olan çalışanların bedensel alan ve ulusal alan puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 30).
- Ebe ve hemşirelerin GSA puan ortalamaları ile yaşam kalitesi alan puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamlı olduğu ($p<0.05$), GSA puan ortalamalarına göre ruh sağlığı risk grubunda olan ebe ve hemşirelerin bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan ve ulusal alan puan ortalamalarının daha düşük olduğu (Tablo 31).

6.2 Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen bulgular sonucunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir.

- Ebe ve hemşirelerin yarısından fazlası sigara içtiği için, sigarayı bırakmaları konusunda desteklenmeli,
- Ebe ve hemşirelerin ruhsal sağlık durumlarını belirlemeye yönelik düzenli tarama programlarına yer verilmesi,
- Özellikle ebeler ve sözleşmeli çalışanlarda ruhsal sorunlar daha fazla görüldüğü için ruhsal sorunları belirlemek üzere ebeler ve sözleşmeli çalışanlar tarama programlarında öncelikli olarak ele alınmalıdır,
- Ebe ve hemşirelerin yaşam kalitelerini belirlemeye yönelik düzenli tarama programlarına yer verilmelidir,
- Ruhsal sorunu olan ebe ve hemşireler düşük yaşam kalitesine sahip olduğu için, ebe ve hemşirelerin ruh sağlığı ve yaşam kaliteleri öncelikli olarak değerlendirilmelidir,
- Ebe ve hemşirelerin ruh sağlığını korumak ve sürdürmek için psikolojik danışmanlık ve rehberlik hizmetlerine yer verilmelidir.

7. KAYNAKLAR

- Abbey, A. ve Andrews, F. M. (1985). Modeling the Psychological Determinants of Life Quality, *Social Indicators Research*, 16, 1–34.
- Akay, E. (2002). Cerrahpaşa Psikiyatri, İstanbul Üniversitesi Yayınları, 15-31.
- Akdemir, N. ve Birol, L. (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Sistem Ofset, Ankara, 3-20.
- Aksungur, A. (2009) Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin İş Doyumu ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Arafa, M. A., Nazel, M. W., Ibrahim N. K, Attia, A. (2003). Predictors of Psychological Well-being of Nurses in Alexandria, Egypt, *Int J Nurs Pract.*, 9 (5): 313-320.
- Arcak, R. ve Kasımoğlu, E. (2006). Diyarbakır Merkezdeki Hastane ve Sağlık Ocaklarında Çalışan Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü ve İş Memnuniyetleri, *Dicle Tıp Dergisi*, 33(1), 23-30.
- Ardekani, Z. Z., Kakooei, H., Ayattollahi, S. M., Choobineh, A., Seraji, G. N. (2008). Prevalence of Mental Disorders Among Shift Work Hospital Nurses in Shiraz, Iran, *Pak Biol Sci.*, 11 (12): 1605-1609.
- Arı, F. ve Öz, F. (2005). Temel Sağlık Hizmetlerinin Birinci Basamağında Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireye Karşı Tutumları, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (1), 16–28.
- Ata, E.E. (2008). Hemşirelik Eğitim Programının Öğrencilerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Gelişimine ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Ay, S., Güngör, N., Özbaşaran, F. (2004). Manisa İl Merkezinde Sağlık Ocaklarında Çalışan Personelin Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Sosyo-Demografik Faktörler, 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özleri, Ege Üniversitesi, 8-10 Nisan, İzmir, ss:66.
- Ayaz, S., Tezcan, S. ve Akıncı, F. (2005). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 26-34.
- Aydın, R. ve Kutlu, Y. (2001). Hemşirelerde İş Doyumu ve Kişilerarası Çatışma Eğilimi İle İlgili Değişkenler ve Doyumun Çatışma Eğilimi İle Olan İlişisini Belirleme, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 37-45.
- Baltaş, A. ve Baltaş, Z. (2004). Stres ve Başaçıkma Yolları, *Remzi Kitabevi*, 22. Baskı, İstanbul, 175-184.
- Baltaş, Z. (2000). Sağlık Psikolojisi, *Remzi Kitabevi*, İstanbul.
- Başaran, S., Güzel, R., Sarpel, T. (2005). Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri, *Romatizma*, 20(1), 55-63.
- Bilgili, N. (1997). Ankara Dışkapı SSK Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Genel Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi, 5. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Dokuz Eylül Üniversitesi, 2-4 Temmuz, İzmir, s.6.
- Bilir, N. Özcebe, H. Vaizoğlu, S.A. Aslan, D, Subaşı, N., Telatar, T.G. (2005). Van İlinde 15 Yaş Üzeri Erkeklerde SF-36 İle Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 25, 663-668.

- Braga, L. C., Carvalho, L. R., Binder, M. C. (2010). Working Conditions and Common Mental Disorders Among Primary Health Care Workers from Botucatu, *Cien Saude Colet*, 1, 1585-1596.
- Çavuş, E. (2006). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Çelikkol, A. (2001) Koruyucu Ruh Sağlığı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Notları, İzmir, Ege Üniversitesi Yayın Bürosu, s.151-152.
- Çınar, Ş. ve Eşer, İ. (2004). Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi ve Egzersizin Önemi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özleri, Ege Üniversitesi, 8-10 Nisan, İzmir, 31.
- Dalak, H. (2010). Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Sosyal Destek Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
- Dilbaz, N. (1996). Yaşam Kalitesi: Ölçümü ve Psikiyatri, *Psycho Med.*, 2(1), 20-24.
- Dökmen, Z.Y. (2003). Çalışma Durumları Farklı Üç Grup Kadında Ruh Sağlığı, Kontrol Odağı İnancı ve Cinsiyet Rolü, *Türk Psikoloji Dergisi*, 18(51), 111-124.
- Durmaz, B. ve Atamaz, F. (2006). İnme ve Hayat Kalitesi, *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 52(özel ek), 45-49.
- Ege, E., Zincir, H., Güneş, G. ve Bilgin, N. (2003). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin İncelenmesi, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 14(2), 83-92.
- Ekşioğlu, B.A. (2011). Sosyalleştirmeden Aile Hekimliğine Ebenin Değişen Rolü: Ebelerden İzlenimlerle, 1. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Sempozyumu Özler, Pamukkale Üniversitesi, 14 Mayıs, Denizli, 41-42.
- Erbil, N. ve Bostan, Ö. (2004). Ebe ve Hemşirelerde İş Doyumu, Benlik Saygısı ve Etkileyen Faktörler, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(3), 56-66.
- Erdem, N. ve Ergüney, S. (2005). Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(3), 1-9.
- Ergen, A., Tanrıverdi, Ö., Kumbasar, A., Arslan, E., Atmaca, D. (2011). Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesi Üzerine Kesitsel Bir Çalışma-Özgün Araştırma, *Haseki Tıp Bülteni*, 3(49), 14-19.
- Ergör, A. (2003). Birinci Basamakta İş Doyumu ve Bunu Etkileyen Etmenler, 1. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Program ve Özler, Celal Bayar Üniversitesi, 5 Nisan, Manisa, 27-33.
- Ergör, A., Kılıç, B. ve Gürpınar, E. (2003). Sağlık Ocaklarında İş Riskleri, *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 16, 44-51.
- Erol, A., Sarıççek, A., Gülseren, Ş. (2007). Asistan Hekimlerde Tükenmişlik: İş Doyumu ve Depresyonla İlişkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8 (4): 241-247.
- Fılık, L., Kan, E. Keşkek, M., Tekşan H, Uz, F. (1995). Ankara Kenti Trafik Polislerinde Genel Ruhsal Sağlık Durumu Değerlendirilmesi Intern Araştırma Raporu, Ankara.
- Fidaner H., Elbi H., Fidaner C., Eser S.Y. (1999). Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BRIEF. 3P Dergisi. (7), 5-13.

- Froneberg, B. (2006). National and International Response to Occupational Hazards in the Healthcare Sector, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1076, 607-614.
- Göral, R. (2006). Büro Yönetimi, Mesleki ve Teknik Yayınlar Serisi, 2.Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Gördürür, H. ve Kozacıoğlu, G. (1995). Bireyden Topluma Ruh Sağlığı, Melisa Matbaacılık, İstanbul.
- Güler, N. ve Kuzu, F. (2009). The Health-Related Quality Of Life Of The Health Professionals Working In The Primary Healthcare Centers and Its Correlation With Selected Sociodemographic Factors In Sivas, a Central Anatolian City, *Scientific Research and Essay Vol. 4 (12)*, 1547-1552.
- Gülgün, F. E. (2014). Hemşire ve Ebelerde Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Algısı (Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Örneği), Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Günaydın, N. (2014). Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Uyku Kalitesi ve Genel Ruhsal Durumlarına Etkisi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5 (1), 33-40.
- Hıdıroğlu, S. (2006). Sağlık İş Kolunda Çalışan Kadınların Çalışma Yaşamı İle İlgili Sorunlarının Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Hu, Y., Brown, S.S., Twigg, L., Weich, S. (2007). Can the 12-Item General Health Questionnaire be Used to Measure Positive Mental Health?, *Psychological Medicine*, 37, 1005-1013.
- Hurst, S. ve Koplın-Baucum, S. (2005). A Pilot Qualitative Study Relating to Hardiness in ICU Nurses: Hardiness in ICU Nurses, *Dimens Crit Care Nurs*, 24 (2), 97-100.
- International Council of Nurses, (2006). Safe Staffing Saves Lives, International Nurses Day 2006, Geneva.
- International Council of Nurses, (2007). Positive Practice Environments: Quality Workplaces= Quality Patient Care, International Nurses Day 2007, Geneva.
- International Labour Organization, (2000). Mental Health in the Workplace Situation Analysis United States, ILO Publications, International Labour Office, Switzerland.
- İşıkkhan, V. (2004). Çalışma Hayatında Stres ve Başa Çıkma Yolları, Sandal Yayınları, Ankara.
- Johnson, J.G. (2003). Life Event Categories Differentially Predict Psychopathology Symptom Levels, *The Journal of Psychology*, 126(3), 301-307.
- Jose, T. T. ve Bhat, S. M. (2014). A Descriptive Study on Quality of Life Of Nurses Working in Selected Hospitals of Udupi And Mangalore Districts Karnataka, India, *Nitte University Journal of Health Science*, 4 (2): 4-11.
- Kavla, İ. (1998). Hemşirelerde İş Doyumu İle Tükenmişlik İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Kaya, M. ve Piyal, B. (2004) 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 Özleri, Ege Üniversitesi, 8-10 Nisan, İzmir, ss:61.
- Keleher, H. ve Armstrong, R. (2006). Evidence-based Mental Health Promotion Resource, Report for the Department of Human Services and VicHealth, Melbourne, 28-73.

- Kelleci, M. Gölbaşı, Z., Doğan, S., Ata, E.E., Koçak, E. (2011). The Relationship Of Job Satisfaction and Burnout Level With Quality Of Life İn Hospital Nurses, Cumhuriyet Medical Journal, 33, 144-152.
- Kılıç C,(1996). Genel Sağlık Anketi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi; 7(1):3-9.
- Kılıç, C., (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 77-93.
- Kılıç, M. ve Çetinkaya, F. (2011). Yozgat İl Merkezindeki Sağlık Çalışanlarında Sağlık Sorunları Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörler; Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 20(3) 184-194.
- Kızılcı, S. (1997). Kemoterapi Alan Kanseri Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(2), 19-20.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A. ve Synder, S. (2004). Fundamentals Of Nursing Concepts, Process, and Practice, (7. Baskı), USA. Prentice Hall, s119-139.
- Kring, A. ve Bacharowski, J.A. (1999). Emotions and Psychopathology, Cognition and Emotion, 13(5), 575-599.
- Lauer, R.H. ve Lauer, J.C. (2007). Social Problems & Quality of Life, New York:McGraw Hill.
- Mirowsky, J. (1996). Age and the Gender Gap in Depression, The Journal of Health and Social Behavior, 37(4), 362-381.
- Musalek, M., Walters, V.L., Lepine, J.P., Millet, B. and Gaebel. (2010). Psychopathology in the 21st Century, The World Journal of Biological Psychiatry, 11, 844-851.
- Muşlu, C., Baltacı, D., Kutanis, R. ve Kara, İ.H. (2012). Birinci Basamak ve Hastanede Çalışan Hemşirelerde Anksiyete, Depresyon ve Hayat Kalitesi, Konuralp Tıp Dergisi, 4(1)17-23.
- Nalbantoğlu, D. (2011). Sağlıkta Dönüşüm Politikalarının Kadın Sağlık Çalışanlarının Çalışma Biçimlerine Etkisi: Birinci Basamak ve Kadın Hekimler, 1. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Sempozyumu Özler, Pamukkale Üniversitesi, 14 Mayıs, Denizli, 19-22.
- Nussbaum, M.C. ve Kumar Sen, A. (1993). The Quality of Life, Oxford: Clarendon Press.
- Örücü, E., Yumuşak, S. Bozkır, Y. (2006). Kalite Yönetimi Çerçevesinde Bankalarda Çalışan Personelin İş Tatmini ve İş Tatminini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma, Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi, 13(1), 39-51.
- Özbaşaran, F., Çakmakçı, A. ve Güngör, N. (2004). Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinin Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(3), 43-55.
- Özgür, G., Babacan, Gümüş, A., Gürdağ, Ş. (2011). Hastanede Çalışan Hemşirelerde Ruhsal Belirtilerin İncelenmesi, Düşünen Adam Dergisi, 24(4):296-305.
- Özkan, S. (1999). Yasam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BFEF, Psikiyatri, Psikoloji, Psikoformokoloji Dergisi, 7(2), 5-13.
- Öztürk, O. (2004). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 91-216.
- Özyurt, B.C. ve Deveci, A. (2011). Manisa'da Kırsal Bir Bölgedeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Depresif Belirti Yaygınlığı ve Aile İçi Şiddetle İlişkisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 22(1), 10-16.

- Papathanasiou, I. V. (2015). Work-related Mental Consequences: Implications of Burnout on Mental Health Status Among Health Care Providers, *Acta Inform Med*, 23 (1): 22-28.
- Pektekin, Ç. (1994). *Hemsirelik Bülteni*, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemsirelik Yüksekokulu Yayın Organı, 31.
- Perim, A. (2007). *Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Pollett, H. (2007). *Mental Health Promotion: A literature review*. Mental Health Promotion Working Group of the Provincial Wellness Advisory Council, Mental Health Association, Canadian.
- Sapancalı, F. (2009). *Toplumsal Açından Yaşam Kalitesi*, Altın Nokta Basım Yayın Dağıtım, İzmir, s12-20.
- Savcı, B.A. (2006). *Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Sayıl, I. (2004). *Bireyden Toplum Ruh Sağlığı*, Erler Matbaacılık, İstanbul, 11-12.
- Sever, A. (1997). *Hemşirelerin İş Stresi İle Başa Çıkma Yolları ve Bunun Sonuçlarının Araştırılması*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Seyhan, L., Deveci, B., Baydur, H., Kuşçu, A. ve Ertekin, E. (2003). *Ebelerde Çalışma Yaşantısı ve İş Doyumunun Değerlendirilmesi*, Manisa Sağlık Müdürlüğü 2003 Yılı İstatistik Yıllığı Araştırma Çalışmaları, 15(2), 111-117.
- Silva, A. T. ve Menezes, P. R. (2008). *Burnout Syndrome and Common Mental Disorders Among Community-Based Health Agents*, *Rev Saude Publica*, 42 (5): 921-929.
- Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Font-Mayolas, S., Gras, M. E., Bertran, C., Sullman, M. J. (2013). *Burnout and Quality Of Life Among Spanish Healthcare Personnel*, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 305-313.
- Şahin, N. (2001). *Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi (Kırıkkale Devlet ve SSK Hastaneleri Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Şahinoğlu, A. (2003). *Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri*, Türkiye Klinikleri Yayın Serisi, Set Ofset, 2. Baskı, Ankara, 21-69.
- Şimşek, D. (2006). *Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*, Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Isparta.
- Tambağ, H. (2011). *Hatay Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemsirelik Dergisi, 18 (2), 47-58.
- Taylor, R.M., Gibson, F., Franck, L.S. (2008). *A Concept Analysis of Health- Related Quality of Life in Young People with Chronic Illness*, *Journal Of Clinical Nursing*, 17, 1823-1833.
- Teles, M. A., Barbosa, M.R., Vargas, A. M., Gomes, V. E., Ferreira, E. F., Martins, A. M., Ferreira, R. C. (2014). *Psychosocial Work Conditions and Quality of Life Among Primary Health Care Employees: a Cross Sectional Study*, *Health Qual Life Outcomes*, 12 (72): 1-12.
- Tezcan, S. ve Aslan, D. (1999). *Ankara' da Çeşitli Meslek Gruplarında Genel Ruhsal Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi*, *Kriz Dergisi*, 9(1), 1-8.

- Uğur, E. ve Abaan, S. (2008). Hemşirelerin İş Yaşamı Kalitesi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşleri, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28, 297-310.
- Ulutaş, Ü.Ç. (2011). Sağlıkta Dönüşümün Kadın Sağlık Çalışanlarına Temel Yansımaları, 1. Kadın Hekimlik Ve Kadın Sağlığı Sempozyumu Özler, Pamukkale Üniversitesi, 14 Mayıs, Denizli, 22-26.
- World Health Organization Quality Of Life Group, (1997). *Measuring Quality of Life, Programme On Mental Health, WHO/MSA/MNH/PSF/97.4.*
- World Health Organization, (1998). *The World Health Report, Life in the 21st Century*, Geneva, 9-10.
- World Health Organization, (2001a). *The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management*, Copenhagen, Eds. Whitaker, S. and Baranski, B.
- World Health Organization, (2001b). *Basic documents, 43rd Edition*, Geneva, 10p
- World Health Organization, (2001c). *Strengthening Mental Health Promotion*, Geneva.
- World Health Organization, (2005). *Mental Health Atlas*, Geneva.
- Wu, S. Y., Li, H. Y., Yang, S. J., Zhu, W., Wang, X. R. (2012). The Mediating and Moderating Role of Personal Strain and Coping Resource in The Relationship Between Work Stressor and Quality of Life Among Chinese Nurses, *Int Arch Occup Environ Health.*, 85 (1):35-43.
- Yıldırım, A. (2002). Sağlığa İlişkin Sosyal Yaşam Kalitesi, *Gülhane Tıp Dergisi*, 44(4), 480-485.
- Yıldırım, A. ve Hacıhasanoğlu, R. (2011). Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişimler, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 61-68.
- Yılmaz, S. Hacıhasanoğlu, R., Çiçek, Z. (2006). Hemşirelerin Genel Ruhsal Durumlarının İncelenmesi, *Sted*, 15(6), 92- 97.
- Yurdakul, M., Eker, A., Kaya, D. (2007). Menopozal Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(5), 187-193.
- Zaman, M. (2007) *Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Yardımcı Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.

8. EKLER

- EK 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu
- EK 2. Kişisel Bilgi Formu
- EK 3. Genel Sağlık Anketi (GSA-28)
- EK 4. Türkçe Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği–Kısa Form
(WHOQOL-BREF-TR)

Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu



C. Ü. TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Ruhsal Sağlık Durumları ve Yaşam Kaliteleri” dir. Bu araştırmanın amacı, Sivas il merkezinde bulunan birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışan ebe ve hemşirelerin ruhsal sağlık durumları ve yaşam kalitelerinin belirlenmesidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu araştırmada yer almanız anketleri bir defa doldurmanız yeterli olup, araştırmada yer alacak sizin gibi ebe ve hemşirelerin sayısı 187’dir. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden istenen anket sorularına uygun ve doğru cevap vermektir. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Gönüllünün,

(İsteğe bağlı)

Ad-Soyad:

Görev ve imza:

Açıklamaları yapan araştırmacı;

Nurdan KAYA

Ebelik Yüksek Lisans Öğrencisi

İmza:

Ek 2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Form Sıra Numarası:

1.Çalıştığınız kurum:

2.Mesleğiniz:

1.Hemşire

2.Ebe

3.Yaşınız:

4.Cinsiyetiniz:

1.Kadın ()

2.Erkek ()

5.En son aldığınız eğitim derecesi:

1.Sağlık Meslek Lisesi ()

2.Ön lisans ()

3.Lisans ()

4.Yüksek lisans/Doktora ()

6.Medeni durumunuz:

1.Evli ()

2.Bekar ()

7.Çocuğunuz var mı?

1.Hayır ()

2.Evet ()

8.Aile yapısı

1.Geniş

2.Çekirdek

3.Diğer

9.Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1.İyi

2.Orta

3.Kötü

10.Şimdiye kadar hiç sigara içtiniz mi?

1.Evet

2.Hayır

11.Yaşamınız boyunca toplam 100 adet (5 paket) sigara içtiniz mi?

1.Evet

2.Hayır

12.Halen sigara içiyor musunuz?

1.Evet her gün

Günde içilen ortalama sigara miktarı:

2.Her gün olmamakla birlikte arasına içiyorum.

Haftada içilen ortalama sigara miktarı:

3.İçmiyorum bıraktım.

4.İçmiyorum, daha önce de içmedim.

13.Alkol kullanma durumu

1. Hayır ()

2. Evet () Miktarı:

Türü:

14.Tanısı konmuş kronik bir hastalığınız var mı?

1. Hayır () 2. Evet ()

Evet ise nedir?.....

15.Tanısı konmuş ruhsal bir hastalığınız var mı?

1. Hayır () 2. Evet ()

Evet ise nedir?.....

16.Meslekte çalışma yılınız ne kadar?

.....

17.Bu kurumda kaç yıldır çalışıyorsunuz?

.....

18.Kurumdaki çalışma biçiminiz:

1.Kadrolu () 2.Sözleşmeli () 3.Diğer.....

19.Kurumunuzda üstlendiğiniz göreviniz

(Lütfen belirtiniz):.....

20.Başka bir yerde çalışma durumunuz:

1.Muayenehane () 2.Özel poliklinik () 3.Özel hastane ()

4.İşyeri hekimliği () 5.Diğer (Açıklayınız).....

21.Son 1 (bir) yıl içinde çalıştığınız kurumlar:

1.Aile sağlığı merkezi ()

2.Toplum sağlığı merkezi ()

3. AÇS ve AP Sağlık Merkezi

4. Diğer

22.Şu anki işinizi yapmaktan memnunmusunuz?

1. Hayır () 2. Evet ()

Hayır ise açıklayınız.....

Ek .3 GENEL SAĞLIK ANKETİ(GSA- 28)

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz:

Son birkaç hafta içinde her hangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Bütün soruları size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayın. Geçmişteki değil, yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi sorduğumuzu unutmayınız.

Soruların hepsini cevaplamamız çok önemlidir. Teşekkür ederiz.

Son zamanlarda A1.Kendinizi çok iyi ve sağlıklı hissediyor musunuz?	Evet, her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden kötü	Çok daha kötü
A2.Sizi dinçleştirecek bir ilaca ihtiyaç duyuyor musunuz?	Hayır, hiç duymuyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla
A3.Kendinizi tükenmiş ve dağınık hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla
A4.Kendinizi hasta hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla
A5.Başınızda ağrı oluyor mu?	Hayır, hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
A6.Başınızda sıkışma veya basınç hissi oluyor mu?	Hayır, hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
A7.Sıcak yâda soğuk basması oluyor mu?	Hayır, hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
B1.Endişileriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	Hayır, hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
B2.Uykunuzun bölündüğü oluyor mu?	Hayır, hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
B3.Kendinizi sürekli gerilim altında hissediyor musunuz?	Hayır, hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla
B4.Öfkeli ve huysuz oluyor musunuz?	Hayır, hiç olmuyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
B5.Ortada bir neden yokken korkuya veya paniğe kapıldığınız oluyor mu?	Hayır, hiç kapılmıyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
B6.Herşeyi üzerinize yüklenmiş gibi hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok fazla
B7.Kendinizi sürekli sinirli ve tedirgin hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla

C1. Bir işle meşgul olabiliyor musunuz?	Evet, her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Çok az
C2. İşlerinizi bitirmeniz daha uzun zaman alıyor mu?	Hayır, hiç almıyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok uzun
C3. Genel olarak işlerinizi iyi yaptığınızı hissediyor musunuz?	Evet, her zamankinden iyi	Her zamanki kadar	Her zamankinden kötü	çok kötü
C4. Görevlerinizi yeterince yerine getirebiliyor musunuz?	Evet, her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden kötü	çok kötü
C5. İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?	Evet, her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	çok az
C6. Herhangi bir konuda fazla zorlamamadan karar verebiliyor musunuz?	Evet, her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden kötü	Çok kötü
C7. Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	çok az
D1. Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	Hayır, hiç görmüyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla
D2. Yaşamdan hiç umudunuzun kalmadığını hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
D3. Hayat yaşamaya değmez diye düşünüyor musunuz?	Hayır, hiç düşünmüyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla
D4. Kendi canınıza kıyabileceğinizi düşünüyor musunuz?	Kesinlikle hayır	Her Zamanki kadar	Aklımdan geçtiği oldu	Çok sık
D5. Sınırlerinizi bozulduğu için hiç bir şey yapamadığınız oluyor mu?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
D6. Kendi kendinize ‘ölsem de kurtulsam’ dediğiniz oluyor mu?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
D7. Kendinizi öldürme düşüncesi sürekli aklınıza takılıyor mu?	Kesinlikle hayır	Düşünmedim	Aklımdan geçtiği oldu	Çok sık

Ek 4.YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (WHOQOL-BREF)

Yönerge: Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın diğer yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. *Lütfen tüm soruları cevaplandırınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz.* Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygun olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın *son iki haftasını* dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin, bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Tamamen

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi şekilde karşılayan rakamı yuvarlak içine almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, 4 rakamını yuvarlak içine almanız gerekiyor. Son iki hafta içinde ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlak içine almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan cevabın rakamını yuvarlak içine alınız.

1 G1 Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

1 Çok kötü 2 Biraz kötü 3 Ne iyi, ne kötü 4 Oldukça iyi 5 Çok iyi

2 G4 Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

1 Hiç hoşnut değil 2 Çok az hoşnut 3 Ne hoşnut, ne değil 4 Epeyce hoşnut 5 Çok hoşnut

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı sorgulamaktadır.

3 F1.4 Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

4 F11.3 Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

5 F4.1 Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

6 F24.2 Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

7 F5.3 Dikkatinizi toplamakta ne kadar başarılısınız?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

8 F16.1 Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

9 F22. 1 Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi sorgulamaktadır.

10 F2.1 Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

11 F7.1 Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

12 F18.1 İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

13 F20.1 Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

14 F21.1 Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

15 F9.1 Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?

1 Çok kötü 2 Biraz kötü 3 Ne iyi, ne kötü 4 Oldukça iyi 5 Çok iyi

16 F13.3 Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?

1 Hiç hoşnut değil 2 Çok az hoşnut 3 Ne hoşnut, ne değil 4 Epeyce hoşnut 5 Çok hoşnut

17 F10.3 Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

1 Hiç hoşnut değil 2 Çok az hoşnut 3 Ne hoşnut, ne değil 4 Epeyce hoşnut 5 Çok hoşnut

18 F12.4 İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?

1 Hiç hoşnut değil 2 Çok az hoşnut 3 Ne hoşnut, ne değil 4 Epeyce hoşnut 5 Çok hoşnut

19.F6.3 Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?

1 Hiç hoşnut değil 2 Çok az hoşnut 3 Ne hoşnut, ne değil 4 Epeyce hoşnut 5 Çok hoşnut

20 F13.3 Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

1 Hiç hoşnut değil 2 Çok az hoşnut 3 Ne hoşnut, ne değil 4 Epeyce hoşnut 5 Çok hoşnut

21 F15.3 Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

1 Hiç hoşnut değil 2 Çok az hoşnut 3 Ne hoşnut, ne değil 4 Epeyce hoşnut 5 Çok hoşnut

22 F14.4 Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?

1 Hiç hoşnut değil 2 Çok az hoşnut 3 Ne hoşnut, ne değil 4 Epeyce hoşnut 5 Çok hoşnut

23 F17.3 Yaşadığımız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?

1 Hiç hoşnut değil 2 Çok az hoşnut 3 Ne hoşnut, ne değil 4 Epeyce hoşnut 5 Çok hoşnut

24 F19.3 Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

1 Hiç hoşnut değil 2 Çok az hoşnut 3 Ne hoşnut, ne değil 4 Epeyce hoşnut 5 Çok hoşnut

25 F23.3 Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

1 Hiç hoşnut değil 2 Çok az hoşnut 3 Ne hoşnut, ne değil 4 Epeyce hoşnut 5 Çok hoşnut

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğinize ya da yaşadığınıza ilişkindir.

26 F8.1 Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?

1 Hiçbir zaman 2 Nadiren 3 Ara sıra 4 Çoğunlukla 5 Her zaman

U.27 Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

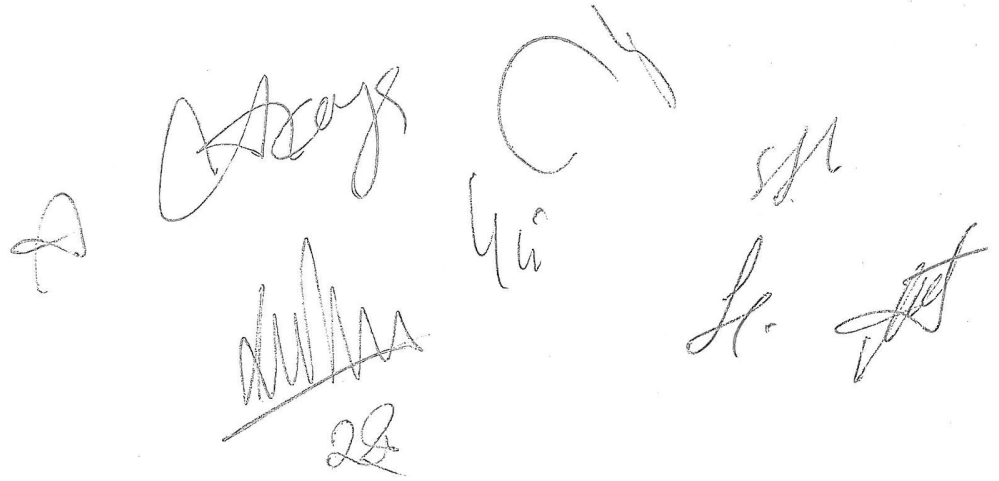
9. İZİNLER

EK 5. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik

Kurul Başkanlığı Kurul Kararı

EK 6. Sivas Halk Sağlığı Kurumu İzin Belgesi

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Ruhsal Sağlık Durumları ve Yaşam Kaliteleri			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Nuran Güler/Nurdan Kaya YL öğrencisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>			
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz: Yüksek lisans tezi				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ					
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2012-05/01	Tarih: 08.05.2012				
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının oy birliği ile karar verilmiştir.					

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayhan Koyuncu

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ayhan Koyuncu	Genel Cerrahi	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Görevli
Doç. Dr. Saadettin Kılıçkap	Medikal Onkoloji	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Erol Kisli	Genel Cerrahi	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç. Dr. Hülya Toker	Periodontolog	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ayşe Demirkazık	Biyofizik Anabilim Dalı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ziynet Çınar	Biyostatistik Anabilim Dalı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. Köksal Deveci	Biyokimya Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ali Kaya	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Fatih Kılıçlı	Endokrinoloji Bilim Dalı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

Yrd. Doç. Dr. Ahmet Altun	Tıbbi Farmakoloji Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Görevli
Uzm. Dr. Mutlu Doğan	Genel Cerrahi	Sivas Numune Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Levent Sağlam	Aile Hekimliği	Sivas Numune Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Engin Daşlı	Avukat	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğret. Şemsettin Ağaş,	Biyoloji Öğretmeni	Sivas Lisesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma



T.C.
SİVAS VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı :B.10.1.HSK.4.58.03.00- 2183
Konu : Anket Çalışması

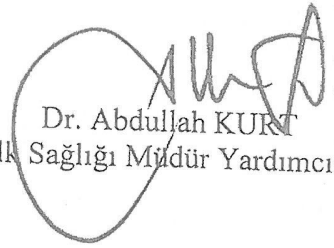
23/05/2012

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

İlgi : Cumhuriyet Üniversitesinin 14/05/2012 tarih ve 112 sayılı yazısına istinaden;

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümünde yüksek lisans yapmakta olan Nurdan KAYA' nın " Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Ruhsal Sağlık Durumları ve Yaşam Kaliteleri" adlı yüksek lisans tez çalışmasının anket formunu Sivas il merkezinde bulunan 27 Aile Sağlığı Merkezi, İbn-i Sina Toplum Sağlığı Merkezi ve Ana Çocuk Sağlığı Merkezi'nde çalışan Ebe ve Hemşirelere 15 Haziran - 15 Eylül 2012 tarihleri arasında uygulayabilmesi hususunu;


Tenziplerinize arz ederim.




Dr. Abdullah KURT
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

OLUR

24/05/2012

Uzm. Dr. Levent SAĞLAM
Vali a.
Halk Sağlığı Müdürü



23/05/2012 Toplum Sağ V.H.K.İ. N.DELİCAN 
23/05/2012 Toplum Sağ. Bir. Sorm. Dr. K.KARAKOLLUKÇU 

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Nurdan KAYA
Doğum Yeri ve Tarihi	Ordu-1990
Medeni Hali	Bekar
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,Ebelik Bölümü, 58140-Sivas
E-posta Adresi	nrdn.kaya@windowslive.com nkaya@cumhuriyet.edu.tr

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Perşembe Lisesi, 2006
Lisans	Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2010
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2015
Ünvan	Araştırma Görevlisi

İş Tecrübesi

Özel Hastane	Ebe, 2010-2012
Sağlık Bakanlığı	Ebe, 2012-2014
Cumhuriyet Üniversitesi	Araştırma Görevlisi, 2014-

Üyelikler

Türk Ebeler Derneği	2010
Laktasyon Derneği	2014