

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
HASTANE ve SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**HEMODİYALİZ SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA  
YAŞAM KALİTESİ (MUĞLA İLİ ÖRNEĞİ)**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

**Okşan UYAR GAZEZOĞLU**

İSTANBUL, 2015

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
HASTANE ve SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**HEMODİYALİZ SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA  
YAŞAM KALİTESİ (MUĞLA İLİ ÖRNEĞİ)**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

**Okşan UYAR GAZEZOĞLU**

Öğrenci No: 1107461075

Danışman:

Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN

İSTANBUL, 2015

## **YEMİN METNİ**

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Hemodiyaliz Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi (Muğla İli Örneği)” başlıklı bu çalışmamın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 21/03/2015

Okşan UYAR GAZEZOĞLU

Adı ve Soyadı : Okşan UYAR GAZEZOĞLU

Danışmanı : Prof.Dr.Mehmet Fikret GEZGİN

Türü ve Tarihi :Yüksek Lisans,2015

Alanı :Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi

Anahtar Kelimeler: Yaşam Kalitesi, Hemodiyaliz, Sağlık Çalışanı, SF-36

## ÖZ

### HEMODİYALİZ SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA

#### YAŞAM KALİTESİ (MUĞLA İLİ ÖRNEĞİ)

Çalışmanın amacı; sağlık çalışanları arasında özellikli bir birim olan hemodiyaliz ünitesinde çalışan kesimin yaşam kalitesinin incelenmesidir. Bu amaçla çalışma, üç bölüm halinde planlanmış, birinci bölümde temel tanımlamalara ve bilgilere yer verilmiş, ikinci bölümde sağlıkta yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörler incelenmiş ve üçüncü bölümde ise Muğla hemodiyaliz sağlık çalışanlarında ‘yaşam kalitesi anketi’ sonuçlar ele alınmıştır. Bu çalışmada kaynak taraması tekniğinden yararlanılmıştır. Çalışmanın özellikle sağlık çalışanları açısından incelendiği bölümlerinde, mesleki bilgi, deneyim ve gözlemlere de sıklıkla yer verilmiştir. Muğla il merkezi ve ilçelerinde, hemodiyaliz hizmeti veren özel ve kamuya ait merkezlerde, hemodiyaliz sağlık çalışanlarının yaşam kalitesine ait Short Form-36 (SF-36) anketi uygulanarak elde edilen sonuçlar değerlendirilmiştir.

Çalışmada; çalışanların özel yaşantılarını etkileyen parametrelerin, çalışanların sosyo-demografik özellikler gibi fiziksel özelliklerinin, özellikle sağlık çalışanları için önemli bir konu olan iş deneyimi (diyalizde çalışma süreleri, sertifikası olması) konusunun ve çalışanların çalıştıkları kurumlarının beklenen tersine yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır. Bunun temelini; genel olarak diyaliz hasta popülasyonunun sürekli aynı hastalardan oluşmasından dolayı benzer hizmetlerin sunulması ve bu hizmetlerin genel standartlarının denetleme kurulları tarafından sabitlenmiş olması oluşturur.

Name and Surname : Okşan UYAR GAZEZOĞLU

Advisor : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN

Type and Date : Master, 2015

Scope : Hospital and Health Organizations Management

Keywords : Quality of Life, Hemodialysis, Health Care Workers , SF-36.

## **ABSTRACT**

### **LIFE QUALITY WHO IS WORKING AS A HEALTH CARE STAFF**

#### **IN HEMODIALYSIS ( EXAMPLE FROM MUGLA PROVINCE)**

The aim of the study health unit featured in the hemodialysis unit staff to examine the part of the employee quality of life. For this purpose, structured in three sections, given the basic definitions and information in the first section, health and quality of life in the second part examined the factors affecting it, and the third part of Muğla hemodialysis health workers 'quality of life survey' results are discussed. This work has benefited from the technical literature. Are studied, especially in terms of health workers working, professional knowledge, experience and observation is also often given. Muğla province and district, hemodialysis service providers in the private and public centers, the quality of life of hemodialysis health workers Short Form-36 (SF-36) obtained by applying the survey results are evaluated.

In this study; employees of the parameters that affect the private life of, the physical characteristics of employees, such as sociodemographic characteristics, an important issue with work experience, especially for health care workers (dialysis working hours, have the certificate) in contrast to expect the organizations they work issues and employees are found to affect the quality of life. The basis for this; in general, the dialysis patient population due to the continuous provision of similar services consist of the same patient and to be fixed by the supervisory boards of the general standard of these services.

## İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER .....	iii
TABLolar LİSTESİ .....	vii
KISALTMALAR .....	viii
GİRİŞ .....	1

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ VE YAŞAM KALİTESİ İLE

#### İLGİLİ TEMEL BİLGİLER

<b>1. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ VE HEMODİYALİZ.....</b>	<b>5</b>
1.1 Kronik Böbrek Yetmezliği'nin Tanımı .....	5
1.2 Hemodiyaliz Tanımı.....	9
<b>2. HEMODİYALİZ HASTASI VE HEMODİYALİZ SAĞLIK PERSONELİ .</b>	<b>11</b>
2.1 Hemodiyaliz Hastasında Başlıca Özellikler .....	11
2.2 Hemodiyaliz Sağlık Personeli .....	13
2.3 Kronik Hastalıklarda Hasta - Sağlık Çalışanı Arasındaki İlişki.....	14
2.4 Hemodiyaliz Sağlık Çalışanı - Hasta Arasındaki İlişki.....	16
<b>3. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI, GÖSTERGELER VE KRİTERLER .....</b>	<b>17</b>
3.1 Yaşam Kalitesi Tanımı .....	17

3.2 Yaşam Kalitesi Tarihçesi.....	18
3.3 Yaşam Kalitesi İle İlişkili Kavramlar.....	20
3.4 Yaşam Kalitesi Göstergeleri.....	21
3.4.1 Ekonomik Göstergeler.....	24
3.4.2 Sosyal Göstergeler.....	25
3.4.3 Psikolojik Göstergeler.....	26
3.4.4.Ekolojik Açından Göstergeler.....	27
3.4.5. Sağlık İlişkili Göstergeler.....	29
3.5. Yaşam Kalitesini Arttıran ve Azaltan Durumlar.....	30

## **İKİNCİ BÖLÜM**

### **SAĞLIKTA YAŞAM KALİTESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ.....37**

#### **1.SAĞLIKTA YAŞAM KALİTESİ ..... 37**

1.1 Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Tanımı..... 37

1.2. Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Özellikleri..... 38

1.3. Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Önemi..... 39

#### **2. SAĞLIK PERSONELİ VE YAŞAM KALİTESİ ..... 40**

2.1 Sağlık Personeli ve Motivasyon..... 41

2.2 Sağlık Personeli ve Yaşam Doyumu..... 42

2.3 Sağlık Personeli ve İş Doyumu..... 42

2.4 Sağlık Personeli ve İşgücü Verimliliği..... 43

**3.SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇÜMLERİ VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ..... 44**

**ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

**MUĞLA HEMODİYALİZ SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA**

**YAŞAM KALİTESİ**

<b>1.KATILIMCI PROFİLİ .....</b>	<b>47</b>
1.1 Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımları.....	48
1.2 Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	48
1.3 Katılımcıların Vücut Ağırlıklarına Göre Dağılımları.....	49
1.4 Katılımcıların Meslekteki Sürelerine Göre Dağılımları .....	50
1.5 Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları .....	50
1.6 Katılımcıların Çocuk Sayılarına Göre Dağılımları .....	51
1.7 Katılımcıların Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımları .....	52
1.8 Katılımcıların Sigara Kullanım Durumlarına Göre Dağılımları .....	52
1.9 Katılımcıların Aylık Gelir Durumlarına Göre Dağılımları .....	53
1.10 Katılımcıların Ek Hastalık Durumlarına Göre Dağılımları.....	54
1.11 Katılımcıların İlaç Kullanım Öyküsüne Göre Dağılımları.....	54
1.12 Katılımcıların Sosyal Faaliyet Durumlarına Göre Dağılımları .....	55
1.13 Katılımcıların Kamu/Özel Çalışma Durumlarına Göre Dağılımları ..	55



<b>2.KATILIMCILARIN SF-36 YAŞAM KALİTESİ ANKETİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMELERİ .....</b>	<b>56</b>
2.1 Yaşa Göre Mental Kapasite Skoru(MCS) ve Fiziksel Kapasite Skoru(PCS) Karşılaştırmaları.....	56
2.2 Cinsiyete Göre MCS ve PCS Karşılaştırmaları.....	57
2.3 Medeni Duruma Göre MCS ve PCS Karşılaştırmaları .....	57
2.4 Çocuk Sayısına Göre MCS ve PCS Karşılaştırmaları.....	58
2.5 Eğitim Durumuna Göre MCS ve PCS Karşılaştırmaları.....	58
2.6 Gelir Durumuna Göre MCS ve PCS Karşılaştırmaları .....	59
2.7 Kamu ve Özelde Çalışanların MCS ve PCS Karşılaştırmaları.....	60
<b>SONUÇ .....</b>	<b>61</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>65</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>71</b>
<b>EK-1: ANKET FORMU.....</b>	<b>71</b>
EK 1.1: Sosyodemografik Anket Formu .....	71
EK 1.2: Yaşam Kalitesi (SF-36) Formu .....	73
<b>EK-2: SF- 36 ÖZET DEĞERLERİN HESAPLANMASI.....</b>	<b>78</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>83</b>

<b>Tablo No</b>	<b>TABLolar LİSTESİ</b>	<b>Sayfa No</b>
Tablo 1.	Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımları.....	47
Tablo 2.	Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları.....	48
Tablo 3.	Katılımcıların Vücut Ağırlıklarına Göre Dağılımları.....	49
Tablo 4.	Katılımcıların Meslekteki Sürelerine Göre Dağılımları.....	49
Tablo 5.	Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları.....	50
Tablo 6.	Katılımcıların Çocuk Sayılarına Göre Dağılımları.....	51
Tablo 7.	Katılımcıların Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımları.....	51
Tablo 8.	Katılımcıların Sigara Kullanım Durumlarına Göre Dağılımları.....	52
Tablo 9.	Katılımcıların Aylık Gelir Durumlarına Göre Dağılımları.....	53
Tablo 10.	Katılımcıların Ek Hastalık Durumlarına Göre Dağılımları.....	53
Tablo 11.	Katılımcıların İlaç Kullanım Öyküsüne Göre Dağılımları.....	54
Tablo 12.	Katılımcıların Sosyal Faaliyet Durumlarına Göre Dağılımları.....	55
Tablo 13.	Katılımcıların Kamu/Özel Çalışma Durumlarına Göre Dağılımları.....	55
Tablo 14.	Yaşa Göre MCS ve PCS Karşılaştırmaları.....	56
Tablo 15.	Cinsiyete Göre MCS ve PCS Karşılaştırmaları.....	57
Tablo 16.	Medeni Duruma Göre MCS ve PCS Karşılaştırmaları.....	57
Tablo 17.	Çocuk Sayısına Göre MCS ve PCS Karşılaştırmaları.....	58
Tablo 18.	Eğitim Durumuna Göre MCS ve PCS Karşılaştırmaları.....	58
Tablo 19.	Gelir Durumuna Göre MCS ve PCS Karşılaştırmaları.....	59
Tablo 20.	Kamu ve Özelde Çalışanların MCS ve PCS Karşılaştırmaları.....	59

## KISALTMALAR

<b>C.</b>	: Cilt
<b>Çev.</b>	: Çeviren
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>Ed.</b>	: Editör
<b>KBH</b>	: Kronik Böbrek Hastalığı
<b>KBY</b>	: Kronik Böbrek Yetmezliği
<b>MCS</b>	: Mental Kapasite Skoru
<b>NEJM</b>	: New England Journal of Medicine ( New England Tıp Dergisi)
<b>PCS</b>	: Fiziksel Kapasite Skoru
<b>s.</b>	: Sayfa
<b>S.</b>	: Sayı
<b>SABE</b>	: Sağlık Bilimleri Enstitüsü
<b>SBE</b>	: Sosyal Bilimler Enstitüsü
<b>SDÜ</b>	: Süleyman Demirel Üniversitesi
<b>SF-36</b>	: Short Form- 36 ( Kısa Form-36)
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Science (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi)
<b>ss.</b>	: Sayfa Sayıları
<b>v.b.</b>	: ve benzeri,ve benzerleri
<b>YYLT</b>	: Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi

## GİRİŞ

**-Çalışma Konusunun Seçimi:** Kalite, herkesin ulaşmayı istediği mükemmellik düzeyidir ve hizmette kusursuzluk ve üstünlük getirir. Sağlık hizmeti kalitesinin yüksek seviyelere ulaştırılması ve hizmeti alan kişilerin memnuniyet seviyesinin artırılması, hizmet alınan tesisin fiziki donanımının kalitesinin yüksek olması gerekliliği dışında hizmeti sunan kişilerinde yüksek kalitede olması zorunluluğunu doğurur. Sağlık sektöründe özellikli işlem kabul edilen Hemodiyaliz, gerek kronik hastalıklar grubunda olması gerekse yüksek maliyetli tedaviler grubuna girmesi ve de kapsadığı hasta sayısının fazlalığı açısından ayrı bir öneme sahiptir.

**-Çalışmanın Amacı:** Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlıkla doğrudan ya da dolaylı olarak ilgili birçok faktörü içine alan geniş bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ)'nün sağlıkla ilgili yaşam kalitesini tanımlaması, çalışanlar açısından verimli iş ortamı geliştirilmesinin önemine dikkat çekmiştir. Sağlık hizmetlerinin temel amacı, insanların duyduğu sağlık gereksinimlerini karşılamaktır. Bu gereksinimleri karşılayacak olan ise sağlık çalışanlarıdır. Sağlık çalışanları ömrünün büyük bir bölümünü işyerinde geçirmektedir. Bu süre üretkenlik dönemine oranlandığında ise neredeyse yarı yarıya artmaktadır. Bu zamanın kaliteli ve çalışanlar tarafından istekli bir şekilde geçirilmesi, çalışma sonucu ortaya konan çabaların kalitesini de önemli ölçüde etkilemektedir. Bu çalışma Muğla İlinde çalışan hemodiyaliz sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

**-Çalışmanın Önemi:** İş yaşamında konu sağlık olduğunda ve hatta insan sağlığı olduğunda bu durum diğer çalışma alanlarına nazaran daha fazla önem arz etmektedir. Çünkü sağlık çalışanları insan hayatı gibi çok hassas ve hata kabul etmeyen, telafisi mümkün olmayan bir alanda faaliyette bulunmaktadır. İş yaşam kalitesi standartlarının altında ve motivasyon düzeyi düşük olan bir örgütte görev yapan personelin etkin ve verimli çalışması oldukça zordur. Bu bağlamda sağlık alanında kronik hastalığı bulunan hastalara hizmet sunan sağlık çalışanlarının yaşam kalitelerinin yüksek olması sundukları hizmetin kalitesinin artmasını ve bu hizmeti alan hastaların yaşam kalitelerinin artmasını sağlayacaktır. Kronik böbrek yetmezliği nedeniyle ilimizde düzenli olarak hemodiyaliz hizmeti alan hastalara bu hizmeti

sunan kamu kuruluşları ve özel sektörde çalışan sağlık çalışanlarının hayat kalitelerinin, hizmet kalitesini etkileyeceği düşünülmektedir.

**-Çalışma Planı:** Muğla ili içerisinde bulunan (kamu ve özel dahil) tüm hemodiyaliz ünitelerinin sağlık çalışanları dahil edilmiştir. Sağlık çalışanlarının yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi, yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin (sosyo-demografik düzeyleri, sigara içimi, ekonomik durum, çocuk sayıları vb.) belirlenmesi ve bu faktörlerin özel sektör ve kamu çalışanları arasındaki karşılaştırılmaları yapılmıştır.

Çalışmanın giriş bölümünde; çalışma konusunun seçimi ve amacı, çalışma planı, araştırmada kullanılan metot ve teknikler, karşılaşılan güçlükler ve sınırlamalar ile varsayımlarla ilgili bilgiler mevcuttur. Birinci bölümde; hemodiyaliz ve yaşam kalitesi ile ilgili genel bilgiler aktarılmıştır. Kısaca kronik böbrek yetmezliği ve hemodiyaliz tanımları yapılmış ve hemodiyaliz hastası ve hemodiyaliz ünitesinde sağlık çalışanı olmak anlatılmıştır. Yaşam kalitesi ve kaliteli yaşamın kriterleri de bu bölümde ele alınmıştır. İkinci bölümde; sağlıkta yaşam kalitesi ve sağlık çalışanlarındaki yaşam kalitesi anlatılmış ve çalışanların yaşam kalitesinin iş verimliliğine etkisine değinilmiştir. Üçüncü bölümde ise; katılımcıların profili anlatılıp, bulgular kısmında ankete katılan gönüllülerin meslekteki ve diyalizdeki çalışma süresi, yaş grubu, ekonomik düzey, çocuk sayısı, medeni durumu, cinsiyet, alışkanlıkları gibi göre alt ölçekler belirlenip karşılaştırılması yapılmıştır. Bulguların tartışılması, sonuç ve kaynaklar eklenmiştir.

**-Kullanılan Metot ve Teknikler:** Teorik kısımda kaynak taraması tekniği kullanılmıştır. Kaynakça taramasında, üniversite kütüphanelerinden, Yüksek Öğretim Kurulu Dökümantasyon Merkezinden, Ulakbim Belge Sağlama Birimi'nden, internette Google Akademik ve PubMed veri tabanından ve sağlıkla ilgili basılı kaynaklardan yararlanılmıştır. Alan araştırması bölümünde; anket çalışması yapılmış ve bunun için SF-36 formu kullanılmıştır. Yaşam kalitesi; sağlık durumu, işlevsel durum, ruhsal durum ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi gibi faktörlerden etkilendiği için çalışmaya dahil edilen tüm deneklerin demografik verileri, çalışma süreleri, çocuk sayıları, ekonomik verileri, cinsiyet, medeni durum, boy, kilo, sigara ve alkol alışkanlıkları, düzenli spor yapmaları, diyaliz sertifikası sahibi olmaları, kendisinde

veya ailesinde kronik hastalık öyküsü, ayda kaç gece sosyal faaliyet amaçlı (sinema, tiyatro, konser vb.) dışarıya çıktığı kayıt altına alınmıştır. Ardından tüm denekler SF-36 anket formu değerlendirmesine tabi tutulmuştur. Konunun hemodiyaliz sağlık çalışanları açısından incelenmesinde, mesleki bilgi, deneyim ve gözlemlere de sıklıkla yer verilmiştir.

Yaşam kalitesini ölçen genel bir ölçek olan SF-36 sekiz skaladan oluşur. Bunlar fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlülüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlülüğü ve mental sağlıktır. İlk dördü fiziksel komponent skoru, son dördü mental komponent skorudur. Bu çalışmada fiziksel komponent skoru ve mental komponent skoru belirlenip bu puanlamalar karşılaştırılmıştır. Veriler SPSS 18.0 istatistiksel paket program kullanılarak analiz edilmiş, demografik özelliklerin belirlenmesinde frekans ve yüzde istatistiklerinden, ikili karşılaştırmalar t testi ile çoklu karşılaştırmalar ANOVA testi ile değerlendirilmiştir.

**-Karşılaşılan Zorluklar ve Sınırlamalar:** Hemodiyaliz sağlık çalışanları ile ilgili yaşam kalitesi çalışmasının olmaması spesifik kaynak bulma sorununu ortaya çıkarmıştır. Çalışmaya tüm Muğla ili hemodiyaliz çalışanlarının dahil edilmesi nedeniyle geniş bir coğrafi dağılım söz konusu olmuştur. Her ünite de tüm çalışanlar aynı anda bulunmadığından tüm çalışanları bir arada bulma zorlukları yaşanmıştır.

**- Çalışmanın Varsayımları:** Çalışmada şu varsayımlar test edilmiştir:

(i) Çalışanların özel yaşantıları incelendiğinde; medeni hali bekar olanların yaşam kaliteleri daha düşüktür.

(ii) Çocuk sahibi olanların yaşam kaliteleri çocuk sahibi olmayanlara göre daha düşüktür.

(iii) Sağlık çalışanlarında maddi durum yetersizliği yaşam kalitesini hem mental hem de fiziksel olarak azaltmaktadır.

(iv) Çalışanların yaşı daha yüksek olanlarında yaşam kalitesi daha düşüktür.

(v) Kadın cinsiyete sahip olanların yaşam kaliteleri fiziksel ve mental yönden kısıtlı olduğundan yaşam kaliteleri daha düşüktür.

(vi) Çalışanların eğitim durumları arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır.

(vii) Çalışanların kamu kesiminde olanlarının yaşam kalitesi özel sektörde çalışanlara göre daha yüksektir.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ VE YAŞAM KALİTESİ İLE

#### İLGİLİ TEMEL BİLGİLER

### 1. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ ve HEMODİYALİZ

#### 1.1 Kronik Böbrek Yetmezliği'nin Tanımı

Kronik Böbrek Yetmezliği(KBY), böbrek fonksiyonlarının geriye dönüşsüz olarak bozulması ve ileri tedavi yöntemlerine ihtiyaç duyulması durumudur. Bu süreç yavaş olabildiği gibi ani başlangıçlı ve kalıcı olabilir. KBY, tüm dünya ülkelerinde önemli bir sağlık sorunudur. Hasta kişilerin tedavilerinin acilen planlanması gereklidir.

Böbrekler, karın boşluğunun arkasında, omurganın her iki yanında ve bel bölgesinin biraz üzerinde yer alırlar. Çoğu insanda iki adet böbrek vardır, ancak tek böbrekle de normal bir yaşam sürmek mümkündür. Şekilleri fasulye tanesine benzer. Boyutları neredeyse birbirine eşittir. Enerji elde etmek için alınan gıdalarla metabolizmanın ihtiyacı olanlar alınıp, atık maddeler kana geri gönderilir. Böbreklerin üstlendiği kritik rollerden biri, bu atık maddeleri kandan sürekli olarak süzmektir. Böbrekler kanın temizleme organları olarak görülebilir. “Böbrekler atık maddeleri gideremezse, bunlar kanda birikir ve vücutta ağır hasarlar oluştururlar. Kiloya bağlı olarak, vücutta 4,5-6,5 litre kan vardır. Bu kan böbrek toplardamarları tarafından böbreklere taşınır ve buradan tüm vücuda gönderilir. Her gün yaklaşık 1500 litre kan böbreklerden geçer, burada süzülür. Bu süzgeçlerin her birine nefron denir ve o denli küçüklerdir ki, görmek için bir mikroskop kullanmak gereklidir. Çoğu böbrek hastalığı nefronların tahrip olması nedeniyle oluşur. Nefronlar artık süzgeç işlevini göremediklerinde, vücutta tehlikeli seviyede sıvı ve atık madde birikebilir.”<sup>1</sup>Böbrek yapısına ait tüm bu özellikler, küçük bir organın bu denli önemli olabilmesine neden olmaktadır. Herhangi bir hasar oluşumunda, bu küçük yapıların zedelenmesi geriye dönüşsüz olabilir.

---

<sup>1</sup> T.Akpolat - C.Utaş, Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı, Kayseri, 2001, sayfa (s.) 5



“Böbreklerin idrar oluşumu dışında en önemli görevleri şu şekildedir;

- Vücudun su ve tuz dengesinin sağlanması,
- Kan basıncının düzenlenmesi
- Vücutta meydana gelen veya dışarıdan alınan çeşitli maddelerin veya bunların artıklarının vücuttan atılımının sağlanması,
- Kan hücrelerinin üretilmesine yardımcı olmak,
- Kemik dengesi için D vitamininin aktifleştirilmesidir.

Böbreklerin çeşitli hastalıklara bağlı olarak bu görevlerini kısmen veya tamamen yapamaz hale gelmesi Böbrek Yetmezliği olarak tanımlanır.

İki tip böbrek yetmezliği vardır:

❖ Akut Böbrek Yetmezliği: Böbrek fonksiyonlarının saatler veya birkaç gün içerisinde ciddi şekilde bozulmasıdır.

❖ Kronik Böbrek Yetmezliği: KBY, böbrek işlevlerinin kalıcı biçimde (3 aydan daha uzun süre) kaybıdır. Böbreğin tamamen iyileşmesi, normale dönmesi beklenmez. Böbreklerin filtre etme kapasiteleri %60'ın altına düştükten sonra Kronik Böbrek Hastalığı olarak kabul edilmektedir.”<sup>1</sup>Tanımlamalardan da anlaşılacağı gibi başlangıç seyri sinsi olabilen bazen de gürültülü bir şekilde ani başlayan şikayetlerle kendini gösteren tüm ülkelerde önemli bir sağlık sorunudur. Bu sorun hastanın bir sağlık merkezine başvurusuyla yapılan tahlillerinde belirlenir. Bazen yeterince değerlendirilmeyen hastanın başlangıç şikayetleri başka hastalıklarla karışıp yanlış tanılara sebep olmaktadır.

Böbrek Yetmezliğinin ileri dönemlerinde;

- Vücutta zararlı maddeler birikir.
- Su ve tuz birikir.

---

<sup>1</sup> Akpolat-Utaş, s.7

- Vücutun iç dengesi bozular.
- Kansızlık gelişir.
- Kan basıncında değişmeler olur.
- Kemik gelişim bozuklukları görülür.
- Kanda potasyum düzeyi yükselir.

Bunlara bağlı olarak hastalarda, özellikle uyandıktan hemen sonra bulantı ve kusma yakınmaları vardır. İştahsızlık, çoğu kez halsizlik, yorgunluk ve üşüme hissinden yakınır. Nefes darlığı bazen inatçı öksürükler, ciltte kuruma ve kaşıntı görülebilir. Mental durumlarında da değişiklik meydana gelir.

“Kronik Böbrek Hastalığına sebep olan durumlar:

- Şeker hastalığı
- Hipertansiyon
- Böbreklerin iltihaplanması
- Taş hastalıkları
- İlaçlar
- Yaşlanma
- Böbreklere özgü hastalıklar
- Nedeni bilinmeyen durumlardır.

Böbrek hastalığında dikkat edilmesi gerekenler; tansiyon düzeylerinin kontrolü, vücutta aşırı su ve tuz birikimini önlemek için tuz ve proteinden fakir diyet, yeterli miktarda sıvı tüketilmesi, ilaç tedavisine uyulması, şişmanlığın tedavisi, sigaranın bırakılması ve düzenli kontroldür.”<sup>1</sup>Tüm dünyada sıklığı giderek artmakta

---

<sup>1</sup>Akpolat-Utaş, sayfa sayıları (ss.) 18-19

olan, yüksek ölüm oranlarına sahip böbrek hastalığını iyileştirmek mümkün olmamakla birlikte yaşamı sürdürmek için alternatif tedaviler bulunmaktadır. Kronik böbrek yetmezliği son dönemine ulaştığında;

- Böbrek nakli
- Diyaliz
- Periton diyalizi veya

- Hemodiyaliz uygulanabilir. Son dönem böbrek hastalarında tedavi şekilleri hastadan hastaya farklılık göstermektedir. Bütün tedavi seçenekleri; sınırlı olanaklar, hastaların eşlik eden diğer hastalıkları, değişik sosyoekonomik ve kültürel nedenlerinden dolayı hastaların çoğu için mümkün değildir.<sup>1</sup>Bu nedenle hastalar için, tüm tıbbi gelişmelere rağmen, yine de çaresiz kalınan durumlar olmaktadır. Bu noktada hastalara destek tedaviler ve sosyal yardım hizmetleri önerilmektedir.

**Periton Diyalizi:** Periton diyalizi, kanda biriken fazla su ve zararlı maddelerin periton zarı olarak adlandırılan karın zarı aracılığıyla süzülmesi işlemidir. Periton zarı ince bir zar olup, karında bulunan organların pek çoğunu ve iç taraftan da karın duvarını ve diyaframı sarmaktadır. Periton diyalizi tedavisinde bu boşluk diyaliz sıvısı ile doldurularak diffüzyon ve konveksiyon özelliği ile kandaki zararlı maddeler temizlenir.<sup>2</sup> Periton diyaliz tedavisinde tedavinin sorumluluğunun büyük kısmı hastaya ait olduğundan hastalar daha özenle seçilmeyi gerektirir.

**Böbrek Nakli:** Son dönem böbrek yetmezliği tedavisinde yaşam süresi ve yaşam kalitesi açısından en üstün yöntem olmasına karşın halen ihtiyacı olan hastalara yeterli böbrek nakli yapılamamaktadır. Bu konudaki eksiklik organ bağışının yeterli olmamasından kaynaklanmaktadır. Burada toplumun organ bağışına yaklaşımı, bilgi eksikliği, dini inançlar, yanlış inanışlar organ bağışının yetersizliğinde etkindir. Toplumun bilinçlendirilmesi ve eğitilmesi bu konudaki engelleri biraz olsun ortadan kaldırabilir.

---

<sup>1</sup> G.Süleymanlar - E.Erek, Diyaliz Tedavisi, Ankara, 2004, s.5

<sup>2</sup> D.Schneditz, "Teknolojik Yönleriyle Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi" Klinik Diyaliz, (Ed. A.R. Nissenson - R.N.Fine), (Çev.N.Seyrek) , Ankara, 2009, s.75

## 1.2 Hemodiyalizin Tanımı

Son dönem böbrek yetmezliğinde en yaygın kullanılan tedavi şeklidir. Hemodiyaliz, hemodiyaliz cihazına yerleştirilen bir filtre aracılığı ile vücutta biriken zararlı maddelerin temizlenmesini sağlar. Tedavi doktor ve hemşirelerin gözetiminde diyaliz merkezlerinde veya sistem kurularak hastanın evinde ev diyalizi olarak yapılır. Etkin bir tedavi sağlanması için hemodiyaliz, haftada en az üç gün ve birer gün arayla yapılması gerekmektedir. Her tedavi süresi en az dört saat sürer, bu süre hastanın kilosuna, sıvı yüküne ve genel durumuna göre ayarlanır.

Hemodiyaliz tedavisi yaşam kurtaran bir tedavi olup yöntemin bulunuşu, cihazın geliştirilmesi yenidir. “Deneysel olarak ilk hemodiyaliz uygulaması 1913 yılında böbrekleri alınmış köpekler üzerinde yapılmıştır. İnsanda ilk hemodiyaliz uygulaması ise 1944 yılında Hollandalı bir hekim olan Kolff tarafından gerçekleştirilmiştir.”<sup>1</sup> 2000’li yıllara gelindiğinde basit mekanizmalara sahip olan hemodiyaliz cihazları eksikleri ve hataları düzeltilerek geliştirilmiş ve günümüzde ekran kontrollü modern cihazlarla çalışma imkanı doğmuştur. Diyaliz teknolojisinde sağlanan gelişmeler, yeni ilaçların bulunması ve geliştirilmesi günümüzde hastaların yaşam sürelerini uzatmış ve yaşam kalitelerini arttırmıştır. “Yapılan araştırmalar Dünyada 500.000’den fazla hemodiyaliz tedavisi alan hasta olduğunu ortaya koymaktadır.”<sup>2</sup> Bu rakamların göstermiş olduğu büyüklükler tüm toplumlar için önemli bir sağlık sorununu daha net ortaya koymaktadır. Her bir hastaya harcanan cihaz, ilaç ve diğer sosyal destekler, bu sağlık sorununun maddi boyutunun da önemli olduğunu bizlere göstermektedir. “Türk Nefroloji Derneği 31 Aralık 2011 sonu itibariyle Türkiye’deki böbrek yetmezliği hasta sayısını yaklaşık 60000 olarak açıklamıştır.”<sup>3</sup> Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bu rakamların ivmeli bir şekilde artması kronik böbrek hastalığı tedavisi ile ilgilenenleri endişeye sevk etmiştir. Ülkelerin sağlık politikaları gereği, yüksek maliyetlere sebep olan bu sorunun önlenmesi için gerekli tüm halk sağlığı önlemleri alınmakta, toplumun

---

<sup>1</sup> Akpolat-Utaş, s.29

<sup>2</sup> H.Kumbasar, “Kronik Böbrek Hastalarında Karşılaştığımız Psikiyatrik Sorunlar ve Yaklaşım”, Konsültasyon – Liyezon Psikiyatrisi Psikiyatrik Tıp 2002-2004, (Ed.S.Özkan), İstanbul, 2005, s.103

<sup>3</sup> N.Seyahi, Türk Nefroloji Derneği 2011 Yılı Türk Böbrek Kayıt Sistemi Raporu, [www.tsn.org.tr/pdf/kongre2012/Salon1/nurhan%20seyahi.pdf](http://www.tsn.org.tr/pdf/kongre2012/Salon1/nurhan%20seyahi.pdf) (08/02/2014)

bilinçlendirilmesi için tüm görsel ve yazılı medya öğeleri ve koruyucu hekimlikle ilgilenen sağlık çalışanları aktif hale getirilmektedir. Hemodiyaliz işleminin gerçekleştirilmesi için;

- Hemodiyaliz cihazı,
- Hastanın oturabileceği ve yatabileceği koltuk veya yatak,
- Hemodiyaliz hekimi,
- Hemodiyaliz hemşiresi gereklidir.

Hemodiyalizi uygulamak için bir damar giriş yolu (fistül veya kateter) oluşturulmalıdır. Hemodiyaliz işlemi için en ideal damar giriş yolu fistüldür. Fistül için küçük bir cerrahi operasyon gereklidir. Fistülün olgunlaşması için 6 - 8 hafta gerekir. Her diyaliz uygulamasında hastanın fistüllü koluna iğneler yerleştirilir. Acil hemodiyaliz ihtiyacı olan veya fistül ameliyatından sonra fistülün olgunlaşması için geçen sürede hemodiyalize girmesi gereken veya fistül açılması mümkün olmayan hastalar ana toplardamara takılan kateterle diyalize alınırlar.<sup>1</sup>Ancak beklenmeyen durum gelişme riskinin yüksek olması nedeniyle bu yöntem acil durumlar dışında pek tercih edilmemektedir. Diyaliz hastalarının yaşamlarını kurtaran bir tedavi şekli olmasının yanında çok ciddi riskleri de olan bir tedavidir.

Hemodiyaliz damar erişim problemi olan hastalar dışında tüm hastalara uygulanabilir. Hastalar diyaliz merkezlerinde; diyaliz tedavileri boyunca orada bulunan diğer hastalar, sağlık personeli ve yardımcı personel ile sosyal bir bağ oluştururlar. Diyaliz sırasında tansiyon düşmesi, kramplar, bulantı-kusma, baş ağrısı, göğüs ve sırt ağrısı, kaşıntı, ateş görülebilir. Hasta haftada 3 gün 4'er saat diyaliz makinesinde tedavi görür. Hemodiyaliz, hastaya bir sağlık merkezinde sürekli kontrol altında kalarak tedavi olma imkanı sağlar. Hastanın kendini güvende hissettiği ortamda olması zaten zor bir tedaviyi hasta açısından daha katlanılabilir hale getirmektedir. Sonuçta ömür boyu sürecek olan bir hastalık için hastaya daha kaliteli bir yaşam sağlanmaktadır. Fakat diyaliz makinesi kalıcı tedavi sağlamaz.

---

<sup>1</sup> M.Yenicesu, "Hemodiyalizde Damara Ulaşım Yolu", Hekimler İçin Hemodiyaliz Kaynak Kitabı, (Ed. N.Arık - K.Ateş - G .Süleymanlar - H.Z.Tonbul), Ankara, 2009, ss.81- 82

## 2. HEMODİYALİZ HASTASI VE HEMODİYALİZ SAĞLIK PERSONELİ

### 2.1 Hemodiyaliz Hastasında Başlıca Özellikler

Son dönem kronik böbrek yetmezliği tanısına; bazı hastalarda aylar bazı hastalarda yıllar süren takiple kronik hemodiyaliz tedavi programı uygulama kararı alınır. Hastada, mevcut hastalığın getirdiği fiziki ve ruhsal sorunların yanında tedavinin ömür boyu sürecek olması da birçok sorunu beraberinde getirecektir.<sup>1</sup>“Kronik böbrek yetmezliği ciddi fiziksel, ruhsal ve psiko-sosyal sorunların geliştiği bir tablodur. Hemodiyaliz tedavisi hastaların yaşam sürelerini uzatmakla birlikte pek çok fiziksel, ruhsal ve psiko-sosyal sorunu da beraberinde getirmektedir.”<sup>2</sup> Bu bağlamda, kronik böbrek yetmezliği, hemodiyaliz tedavisi ve hemodiyaliz hastaları ile ilgili bilgilerin verilmesinden önce hemodiyaliz hastalarının sağlıkla ilgili hizmet ihtiyaçlarının, sosyal hizmetin varlığı, tanımlanması, işlevi ve amaçlarının, hemodiyaliz hastalarıyla çalışan sosyal hizmet uzmanının görev ve sorumluluklarının ortaya konması konunun düzenli bir biçimde ele alınmasına katkı sağlayacaktır. Öncelikle hastalığın ve tedavinin ne olduğunun eğitimi hasta ve yakınlarına verilmelidir.

Hastanın yaşamını sürdürebilmesi, diyaliz makinesine ve tedavi ekibine bağımlı olmasını gerektirir. Bu durum hastanın özgürlüğünü kısıtlar. Haftada en az 3 gün en az 4 saatlik sürede tedavi salonunda olmak ve yaşamını bu programı temel olarak düzenlemek zorunluluğu hastaların sosyalleşmeleri açısından kısıtlamalar getirmektedir. Bununla beraber hastanın en yakınında bakımını üstlenmiş olan kişilerde bu düzenlemelere uymak zorundadırlar.<sup>3</sup> Kimi zaman yaşlı ve bakıma muhtaç olan hastalarda tedavi merkezine ulaşım ile ilgili zorluklar yaşanması hasta ve yakınına artı bir yük getirmektedir. Ülkemizde yapılmış olan bir çalışmada şu bilgilere ulaşılmıştır: “Hemodiyalize giren hastaların diyaliz sonrasında yaşadığı sorunlardan dolayı % 45.1’inin günlük ihtiyaçlarını karşılayamadığı ve öncelikle alışveriş, hijyen, giyinme, boşaltım ve hareket etme gibi ev işlerinde yardıma ihtiyaç

<sup>1</sup> A.G. Stack - F.K.Port, “Son Dönem Böbrek Yetersizliği Hastalarının Demografisi”, Klinik Diyaliz, (Ed.A.R.Nissenon - R.N.Fine), (Çev.E.Erek), Ankara, 2009, s.3

<sup>2</sup> E.Mutlu, Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (SBE), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi (YYLT), Ankara, 2007, s.2

<sup>3</sup> N. Arık - M.Dilek, Böbrek Yetmezliği İle Yaşamak, İstanbul, 2010, s.8

duydıkları saptanmıştır. Hastaların günlük ihtiyaçlarını karşılarken en çok eş ve çocukları (% 58.1) ile anne ve babalarından (%32.3) yardım aldıkları belirlenmiştir.”<sup>1</sup> Bu çalışmada da belirtildiği gibi hastanın yaşam boyu sürecek tedavisi boyunca, gerek tedavi sırasında yaşanan sıkıntılar gerekse tedavi bitiminde ve sonrasında hastanın destek ihtiyacı hasta yakınları tarafından giderilmektedir. Bunu sağlayamayan hastaların en önemli destekçisi ve yol göstereni haline gelen diyaliz ünitesi çalışanlarına, her gün hastaların tıbbi ihtiyaçları dışındaki sorunlarının da çözüm üreticisi haline gelmiş olmaları ek bir görev ve sorumluluk getirmekte ve çalışanların hem fiziksel hem de zihinsel olarak zinde olmalarını zorunlu kılmaktadır.

Diyaliz hastaları mevcut başka hastalıkları da varsa onların tedavilerini de sürdürmek zorundadırlar. Bunların başında şeker hastalığı ve yüksek tansiyon gelir. Bu hastalar böbrek yetmezliği diyetinin yanında şeker hastalığına ait diyete ve ilaç tedavisine de uymak zorundadırlar. Yine beraberinde tansiyon yüksekliği olan kişiler tuzsuz diyetin yanında ilaç tedavilerini aksatmamalıdır. Diyaliz hastalarının diyetlerinde bazı kısıtlamalar vardır. Hastalar aşırı fosfor ve potasyum içeren yiyecekler, aşırı miktarda tuz ve sıvı almamalıdır. Hemodiyaliz tedavisi sürecinde hastada mental işlevler bozulur, bunun sonucu hastanın kişiler arası ilişkilerini ve iletişimini yavaşlatır. Hastada fiziksel kayıplara ve ruhsal sorunlara (depresyon, anksiyete, değersizlik duyguları vb.) bağlı olarak iş verimi düşer, sosyal yaşam kısıtlanır. Ayrıca böbrek nakli ile ilgili belirsizlikler ve bekleme süresinde yaşananlar da hasta ve ailesi için psiko-sosyal sorun olarak değerlendirilebilir.<sup>2</sup> Kronik hastalığın ruhsal, psiko-sosyal ve ekonomik sorunlara yol açması sosyal hizmet mesleğinin müdahalesini gerektirmektedir.

Hemodiyaliz hastalarının düzenli olarak spor yapmaları önerilir. “...çünkü hastalık ilerledikçe artan kapasite ve dayanıklılık kaybı, belirgin fiziksel form kaybına neden olur...Güç kaybı o kadar kademelidir ki hasta sıklıkla farkına varmaz.Bu azalmayı giderecek egzersizler hafif ama düzenli olmalıdır, sayılabilecek şekilde tekrar edilebilmelidir.”<sup>3</sup> Günlük pratikte hastalara kolayca

---

<sup>1</sup> N.K.Akça - A.Doğan, “Hemodiyaliz Hastalarının Diyaliz Sonrası Yaşadığı Sorunlar ve Evde Bakım Gereksinimleri” Bozok Tıp Dergisi, C.1, S.1, Ankara, 2011, s.18

<sup>2</sup> Mutlu, s.2

<sup>3</sup> Süleymanlar-Erek, s.446

uygulayabilecekleri egzersiz olan yürüyüşler önerilmektedir, yürüyemeyecek durumda olanlara da yakınları aracılığıyla pasif egzersizler önerilir.

Hemodiyaliz hastası seyahat edebilir. Seyahatinden önce gideceği yerde bir diyaliz merkezi ile görüşerek gerekli diyaliz rezervasyonunu yaptırması gerekir. Hemodiyalize giren hastaların çalışma hayatına devam etmeleri arzulanır. Böylelikle hastalar üretime katılmış olacaklarından kendilerini daha iyi hissederler. Çalışma hayatının diyaliz seanslarına göre planlanması gerekmektedir.

İşe gidemeyecek durumda olanlarda kendi çevrelerinde bulunan kişilerin desteğiyle gerek sosyal ortamlarda bulunarak gerek el becerilerini geliştirecek faaliyetlere katılarak kendilerini geliştirebilirler. “Aile, diyaliz çalışanları, gönüllüler, diğer hastalar gibi kaynaklardan gelen cesaretlendirmeler hastanın sağlık durumunu kabullenmesini ve kendine güveninin artmasını sağlayan faktörlerin temelini oluşturur.”<sup>1</sup> Görüldüğü gibi hemodiyalizde hasta olmak hastalığın getirmiş olduğu, fiziksel, mental ve ruhsal sorunların yanında sosyal sorunları da beraberinde getirmektedir. Bunlarla hastanın tek başına mücadele etmesi çok zordur. Destek alan hastaların almayanlardan farklı oldukları aşıkardır. Hastanın bakımını üstlenen kişilerin yanında hastanın ailesinden gördüğü destek kadar yaşamının büyük bir bölümünü geçirdiği diyaliz merkezi çalışanlarıyla (nefrolog, hekim, hemşire ve yardımcı personel) olan ilişkiler hasta yaşamında ve tedavi devamında önem kazanmaktadır.

## **2.2 Hemodiyaliz Sağlık Personeli**

Hemodiyaliz üniteleri; bina durumu, bölümleri, işleyişi, personel niteliği, sayısı, görev-yetki ve sorumlulukların tanımlanması gibi her tür adımı kanun ve yönetmeliklerle belirlenmiş kuruluşlardır. Hemodiyaliz üniteleri hastane bünyesinde yer alabildiği gibi aynı zamanda hastane dışında mevzuatlara uygun binalarda hizmet veren yerlerdir. Bu üniteler kamuya ait olanlar ve özel sektöre ait olanlar şeklinde ayrılırlar.

---

<sup>1</sup> Süleymanlar-Erek, s.446



Hemodiyaliz ünitelerinde sürekli bulunması gerekli personel, yine mevzuatta belirtildiği gibi; nefroloji uzmanı ya da diyaliz sertifikalı uzman tabip, diyaliz sertifikası olan bir pratisyen hekim, diyaliz sertifikalı hemşire veya acil tıp teknisyeni veya diyaliz teknikeri ve yardımcı personelden oluşur. Diyetisyen, hastaları ilk diyaliz başlangıcında ve sonra hekimlerin gerekli gördüğü zamanlarda görür ve diyetlerini düzenler. Diyaliz merkezleri ihtiyaç duyarlarsa psikiyatri uzmanı, psikolog, sosyal hizmet uzmanından hizmet alabilir.

Hemodiyaliz ünitelerinde sürekli çalışan kişilerden sağlık personeli olan hekim ve hemşireler, hemodiyaliz hastasının tedavisini asıl üstlenenlerdir. Hemodiyaliz hekimleri ünitenin yönetimini sağlamak, üniteye hastanın kabulünü, hastanın tedavisini planlamak, hastayı bilgilendirmek, hastayı izlemek ve hastanın gerek seans sırasında gerekse sonrasında oluşan sorunlarına çözüm bulmakla, hemodiyaliz hemşireleri de hastanın tedavisini uygulamak, seans sırasında ortaya çıkan sorunlarda ekiple birlikte hastaya yardımcı olmak, hastalara hastalığıyla ilgili eğitimler vermekle sorumludurlar. Bu nedenle bir hemodiyaliz hastası en çok hemodiyaliz hekim ve hemşireleriyle yüz yüze gelir. “Hemodiyaliz tedavisi gören hastalara hizmet veren sağlık ekibi hastanın tedavi sürecinde yaşamış olduğu zorluklara tanık olmaktadır. Sağlık çalışanlarının hastanın yaşadığı acıya ve zorlu sürece tanık olması, sağlıkçının ruhsal olarak örselenmesine neden olabilir.”<sup>1</sup>Hastalardaki bedensel ve ruhsal sorunlara tanık olma ve bu sürecin içinde çözüme destek olan çalışanlarda strese bağlı davranış değişikliklerinin ortaya çıkmasını kolaylaştırır.

### **2.3 Kronik Hastalıklarda Hasta - Sağlık Çalışanı Arasındaki İlişki**

Kronik hastalık, bir hastalığın zamanla devam etmesi ve tam tedavi olmaması durumudur. Kronik hastalığa sahip insanlar sağlıkları ile ilgili daha fazla sorumluluk almakta ve hastalıkları ile ilgili daha fazla bilgi sahibi olmaktadır. Sağlık hizmetini alanlar artık hastadan çok kendi tedavilerinin farkında olan birer bireye dönüşmektedirler. Bu nedenle yapılacak muayene ve verilecek tedaviler sadece hastalık durumlarını iyileştirecek türden olmayıp aynı zamanda yaşam biçimlerine

---

<sup>1</sup> A.Yeşil - A.T.Aker - U.Sezgin, “Hemodiyaliz Tedavisi Gören Ekipte Ruhsal Belirtiler” Düşünen Adam Dergisi, C.22, S.1, İstanbul, 2009, s.10

yönelikte olmalıdır. Ayrıca hastalık ya da tedavi süreci içinde bu ilişkiye dahil olan çeşitli taraflar bulunmaktadır. Hasta, doktor, hemşire, hastabakıcı, hastane yönetimi ve hasta yakınları bu grupta yer almaktadır. Bahsi geçen bu taraflar arasındaki ilişki, gerçekleştiği toplumun özelliklerinden etkilenmektedir. Toplumsal unsurlar bu ilişkilerin seyrini belirleyebilmektedir.

Sağlık ve hastalık süreçlerindeki bu ilişkilerde sıklıkla, egemen olan, hastanın pasif olduğu, görüş ve deneyimlerinin dikkate alınmadığı ilişki biçimidir. Bu ilişki, iyileşme ve tedavi süreçleri üzerinde olumsuz etkide bulunmaktadır. Bunun yanında özellikle kronik hastalığı bulunan hastalar, hastalıkları hakkında daha fazla bilgi ve sorumluluk sahibi olduklarından bu tarz bir hasta-sağlık çalışanı ilişkisi de kesinlikle hasta üzerinde olumsuz etkilere neden olacaktır. Son yıllarda tedavi edici hizmetlerdeki olumlu yönde olan hızlı gelişmenin benzer oranda hasta-sağlık çalışanı arasında da olması beklenir.

Sağlık çalışanı-hasta arasındaki etkileşimin temelini iletişim oluşturmaktadır. İletişim iki insan ya da grup arasında bilginin, fikirlerin, duyguların, inanışların ve tutumların karşılıklı olarak etkileşmesi olarak tanımlanabilir. İnsanlar diğer insanlarla bir arada yaşayabilmek, kendilerini anlatabilmek ve onları anlayabilmek için iletişim kurmaktadırlar. Hasta-sağlık çalışanı arasındaki iletişimde amaç, bir takım hak ve ihlalleri, mağduriyetler ortaya çıktıktan sonra idari veya cezai hukuka intikal ettirmek değil bu sorunların ortaya çıkmaması için gereken önlemleri almaktır.

İletişim süreci birçok faktörden etkilenir. Bunlar arasında çevre, alıcı ve gönderici arasındaki ilişki, mesajın içeriği, mesajın verildiği ortam, tutumlar, değer yargıları, sosyoekonomik durum, etnik köken, yaşam deneyimleri, aile dinamikleri ve kültürel özellikler yer almaktadır. Sağlık çalışanının kendisine ait özellikleri de hasta ile iletişim kurmayı etkileyen önemli bir faktördür. Hasta-sağlık çalışanı ilişkisinde sağlık çalışanının hastaya karşı davranışının, sözlerinin, kullandığı beden dilinin önemli bir yeri vardır.

Hasta-sağlık çalışanı iletişimini etkileyen önemli bir neden de hastalığın kendisidir. Hastalıkların hemen hepsinde az çok korku ve endişe yaşanır. Özellikle kişinin bedensel ve ruhsal bütünlüğünü ve işlevlerini bozan kronik ve ilerleyici

hastalıklarda bu duygular daha yoğun yaşanmaktadır. Hastalıkta, kişide belirsizlik duygusu ortaya çıkmakta bu da ruhsal karmaşaya neden olmaktadır. Bu durumda hasta ve hasta yakınları yeni koşullara uyum sağlamada zorlanabilmekte, normal dışı duygu, düşünce ve davranış biçimleri açığa çıkabilmektedir. Tüm bu nedenler hasta-sağlık çalışanı ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hastalıklar, getirdikleri fiziksel zorluklara ek olarak, kişilerin yaşamdaki uyumlarını da bozmakta ve psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

#### **2.4 Hemodiyaliz Sağlık Çalışanı - Hasta Arasındaki İlişki**

Kronik böbrek yetmezliği medikal bir problem olmanın yanı sıra, hastaların sosyal ve psikolojik durumlarını da etkilemektedir. “Kronik hastalarda iş gücü kaybı, çalışamama, sosyal çevreden kopma, içe kapanma, başkalarına bağımlı hale gelme, yeterli sosyal desteğin olmaması, başta aile içi sorunlar, cinsel sorunlar, fiziksel aktivite bozuklukları olmak üzere birçok psiko-sosyal sorunlara neden olmakta ve bu da tedavinin sürdürülmesini güçleştirmektedir.”<sup>1</sup>Hemodiyaliz tedavisi hastanın hayatında önemli değişiklikler meydana getirmektedir. Hasta makineye, kuruma ve sağlık personeline bağımlı hale gelir. Bu durum hastanın bağımsızlık kaybına uğramasına neden olur. Haftanın belli gün ve saatlerinde kurumda olup makineye bağlanma zorunluluğu vardır.<sup>2</sup>

Sağlık personelinin amacı tıbbi tedavinin yanında bireyi kendi bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak ve en kısa zamanda kendi gereksinimini karşılayabilmesini sağlamaktır. “Sağlık bakımı amaçlarından biri hastaların sorunları ile baş etme gücünü arttırmadır.”<sup>3</sup> Bakım veren kişinin hastanın sağlığını geri kazanamadığını görmesi, hastalığı nedeni ile hastanın acı çekmesi bakım veren kişinin de benzer duygular yaşamasına neden olabilir. Bu durum da bakım veren kişinin mesleki ve duygusal yorgunluk yaşamasına sebep olur. Yaşam kalitesi fiziksel veya mental olarak azalmış kişilerde bu durum daha da yoğun yaşanmaktadır.

<sup>1</sup> M.E.Üstün – G.Karadeniz, “Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Önemi” Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, C.1, S.1, Elazığ, 2006, s.34

<sup>2</sup> S.Neu-C.M.Kyellstrand, “Stopping Long Term Dialysis” New England Journal of Medicine (NEJM), S.314, Massachusetts, 1986, ss.14-15

<sup>3</sup> E.Karabulutlu - M.Tan - N.Erdem - A.Okanlı, “Hemodiyaliz Hastalarında Stresle Baş Etme ve Sosyal Destek”, Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, C.8, S.3, 2005, s.57, <http://e-dergi.atauni.edu.tr> (08/06/2014)

### 3. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI, GÖSTERGELER VE KRİTERLER

#### 3.1 Yaşam Kalitesi Tanımı

Günümüzde en çok tüketilen kavramlardan biri olan kalite, ulaşılmak istenen mükemmellik düzeyidir. Kalite kavramı daha duygulardan ve kişisellikten uzak nesnel bir kavram iken yaşam kalitesi Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi ışığında değerlendirilmesi gereken daha öznel bir kavramdır. "DSÖ'ne göre, yaşam kalitesi, bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde kendi yaşamını nasıl algıladığıdır. Bireyin amaçları, umutları, standartları ve endişeleri ile ilişkilidir. Yaşam kalitesi hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimidir. Bir diğer ifadeyle, yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır. Yaşamın sağlık olarak bakılmayan, geniş çapta değer verilen yönleri vardır. Bunların arasında özgürlük, gelir, sosyal destek sayılabilmektedir. Düşük gelir, özgürlüğün olmaması ve zayıf sosyal destek sağlıkla ilişkili olabilmektedir. Yaşam kalitesi kavramı çok boyutludur ve zaman içinde değişim gösterebilir. Bireylerin beklentileri ve yaşantısı ile ilişkilidir, bu nedenle objektif olarak ölçülmesi zordur."<sup>1</sup> Mutlu ve huzurlu bir yaşamın başarılması insanın kendisi ve çevresi ile barış içinde yaşamasına bağlıdır.

Kişinin yaşam kalitesi, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili algısıdır. "Bu algılar başlıca; kişisel içsel alan (değerler, inançlar, arzular, kişisel hedefler, sorunlarla başa çıkma ve benzerleri(v.b.)), kişisel sosyal alan (aile yapısı, gelir durumu, iş durumu, toplumun tanıdığı olanaklar v.b.), dışsal doğal çevre alanı (hava, su kalitesi v.b.) ve dışsal toplumsal çevre alanı (kültürel, sosyal ve dini kurumlar, toplumsal olanaklar, okul, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım, alışveriş vb.) olarak gruplanabilir."<sup>2</sup> Tüm bu değerler sistemi

<sup>1</sup> The WHOQOL Group, "The World Health Organization Quality of Life Assessment: Development and General Psychometric Properties", Social Science and Medicine, C.46, S.12, 1998, s.1569 <http://www.sciencedirect.com> (15/06/2014)

<sup>2</sup> E.Eser, "Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü" 1.Sağlıkta

değişken ve subjektif kavramlardır. Bu nedenle yaşam kalitesinden bahsederken mümkün olduğunca öznel değerlendirmeler ve incelemeler yapılmalıdır.

Top ve Özdem'e göre yaşam kalitesi şudur: “Bir iş sahibi olmak, hobilerle uğraşmak, sosyal bir hayata sahip olmak ve bu alanlarda girişimlerde bulunmaktan daha çok, ‘kişisel doyuma’ (tatmin olmaya) bağlıdır.”<sup>1</sup> Kişisel doyum kalite ve kantite olarak kişiler arasında olduğu gibi kişi için bile her an değişen bir kavramdır. Herkes için doyum noktaları ve alanları bu kadar farklı iken ortak olan en önemli noktalardan biri, tükenmişlik hissedilen ve hayattan maddi ve sosyal nedenlerle uzaklaşan kişilerde kişisel doyuma ulaşma olasılığının gittikçe azalmasıdır.

Mutluluk ve iyilik hali çoğu zaman yaşam kalitesi ile eş anlamlı gibi kullanılsa da mutluluğun artması her zaman yaşam kalitesinin arttığı anlamına gelmez. Çünkü yaşam kalitesi daha fazla değişkeni içinde barındırır. Gerekli adımların toplumun her kesimi tarafından atılması sağlanırken, diğer taraftan da gerçekçi ama zorlayıcı beklentilerin oluşturulmasına önem verilmesi hem toplumsal gelişim hızının artırılmasına, hem de bu gelişim süreci içerisinde toplumsal mutluluk düzeyinin ve motivasyonun yüksek tutulmasına yardımcı olur.

### 3.2 Yaşam Kalitesi Tarihçesi

Kalite ve yaşam kalitesi kavramı yüzyıllardır filozofların ve araştırmacıların tartışma ve ilgi konusu olmuştur. Platon'un (M.Ö. 427- 347) ideal devlet anlayışını ortaya koyan “**Devlet**” adlı diyalogunun 3. kitabında, hastaların yaşam kaliteleri ile ilgili görüşlerinin yansımalarını görmek olanaklıdır. Platon bu eserinde günümüzde de yaşam kalitesine bağlı olarak ortaya çıkan, “hayatın değeri” ve “yaşamın süresinin mi kalitesinin mi incelenmesi gerektiği” gibi önemli tıp etiği sorunlarını örneklerle ele alıp değerlendirmektedir. Platon, ciddi bir hastalıktan muzdarip kimsenin hayatının yaşanmaya değer bir hayat olmadığını belirtmekte ve kronik hastalığa sahip olan ve bu nedenden dolayı işini devam ettiremeyen bir marangozu örnek

---

<sup>1</sup> M.Ş.Top - S.Y.Özdem - M.E.Sevim, “Psikiyatride Yaşam Kalitesi” Düşünen Adam Dergisi,C.16, S.1,

İstanbul, 2003, s.19

olarak vermektedir.<sup>1</sup> Eserde ele alındığı gibi bireyler can yakan ya da onları huzursuzluğa iten sebeplerden etkilenmektedirler. Kişilerin sorunlara yaklaşımları ve çözüme ait istekleri kendilerini olduğu kadar çevrelerini de ilgilendirmektedir. Bu sonuç bize insanların, yaşamın süresinden çok kalitesine verdiği önemi göstermektedir.

Aristo'nun (MÖ 384 - 322) **Nikomakhos'a Etik**' i yaşam kalitesi tanımına etki eden en erken kaynaklardan biri olarak kabul edilmektedir. "Bu çalışma mutluluğun doğasını incelemekte ve günümüzde 'mutlu ve yaşamdan hoşnut', 'yüksek kalitede bir yaşam sürmek'le aynı anlamı taşıyan 'iyi yaşam'ın nasıl elde edileceğine dair bir el kitabı niteliği taşımaktadır. Aristo'nun yaşam kalitesiyle ilgili düşünceleri onun bu kitapta yer alan 'eudaimonia' kavramı çerçevesindeki felsefi söylemlerine dayandırılmaktadır."<sup>2</sup> Tatarkiewicz; mutluluk ve mutluluğun doyumunu yıllar önce ortaya koymuş ve bugünkü yaşam kalitesi kavramının bir çeşidi olduğunu belirtmiştir.<sup>3</sup> Bu sonuç; insanların mutlu olmak için birinci koşulunun yaşam kalitesini iyileştirmek olduğunu ilk yüzyıllarda dahi kavramaya başladığını göstermektedir.

Hipokrat zamanında bile hekimlere hastaların iyileştirilmeleri ve yakınmaların giderilmesinde iyilik halinin en yükseğe çıkarılması önerilmekteydi.<sup>4</sup> Terim olarak yaşam kalitesi Priestley'in 1943'de ki "**Daylight On Saturday**" adlı oyununda kullanılmıştır<sup>5</sup> Üç bin yıl boyunca filozofların tartışma konusu olan mutluluğun doyumunu ya da yaşam kalitesi kavramı böylelikle sadece üzerinde felsefe yapılan bir konu olmaktan çıkıp edebiyatla birlikte insanların sorunları ve hedefleri ile birlikte yaşamlarına dahil olmaya başlamıştır.

---

<sup>1</sup> Z.Edisan - F.Kadioğlu, "Yaşam Kalitesi Kavramının Antik Dönemdeki Öncülleri" Lokman Hekim Journal, C.3, S.3, Mersin, 2013, ss.1-2

<sup>2</sup> I.Barofsky, "Patients Rights, Quality of Life and Health Care System Performance" Quality of Life Research, C.12, 2003, ss.473-474

<sup>3</sup> W.Tatarkiewicz, Analysis of Happiness, Netherlands, 1976, s.256

<sup>4</sup> R.J.Levine, "Quality of Life Assesments in ClinicalTrials: An Ethical Perspective" Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials, (Ed.B.Spilker), Philadelphia, 1996, s.489

<sup>5</sup> E.W.Gerharz - M.Emberton, "Quality of Life Research in Urology" World Journal Urology, C.17, Berlin, 1999, s.191

DSÖ 1946 yılında sağlığı şu şekilde tanımlamıştır: “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.”<sup>1</sup> Bu tanımdan sonra yaşam kalitesi kavramına karşı ilgi oldukça artmıştır.1960’lardan sonra hızla artan oranda yaşam kalitesi üzerine yayınlar yapılmaya başlamış ve geçen on yıllarda artarak devam etmiştir. Artan bu ilgi yaşam kalitesi kavramında ölçeklendirmeyi gerekli kılmış ve 1989’da O’Boyle, 1995’de Rosenberg geleneksel ölçüm metodları ile öznel değerlerin uzlaştırılması, bir araya getirilmesine yönelik girişimlerde bulunmuşlardır.<sup>2</sup> Ölçeklendirmek sonraki karşılaştırmaların uygunluğunu sağlamıştır.

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik özelliğe sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan, 1992 yılında RAND Coorporation tarafından geliştirilip kullanıma sunulan Short Form-36 (SF-36) kullanılmıştır.<sup>3</sup> Kapsamı genişleyen ve yayılan yaşam kalitesi kavramı değişik ölçekler ile birlikte kullanımı ve araştırmaları artarak devam etmektedir.

### 3.3 Yaşam Kalitesi İle İlişkili Kavramlar

Yaşam kalitesi çok yönlü ve öznel bir kavramdır, sağlık durumu yaşam şekli yaşamdan doyum mental sağlık ve mutluluk kavramları ile eş değildir. Pek çok bilim dalı bu konu ile ilgilenmiştir. İçerik zaman içinde kültürler arasında hatta aynı kültürde ve hatta toplumda ki bireyler arasında bile farklılaşabilir. Yaşam kalitesinin öznel boyutuna rağmen aynı zamanda her insan için geçerli ve ölçülebilir bir kavramdır.

Yaşam kalitesinin çok yönlülüğü temelde bireyin yaşama verdiği anlamla ilişkili olmasındandır. Sağlık durumu, sağlık algısına göre değerlendirilir. Biyolojik, fizyolojik veya işlevsel bozuklukların dikkate alınarak kişinin görece iyilik halini anlatır. Yani bir insan kronik hastalığı olmasına rağmen sağlıklı sayılabilirken bazıları nesnel bir hastalığı yokken kendilerini hasta hissedebilirler. İşlevsel durum, kişinin günlük gereksinimlerini yerine getirebilmesini tanımlasa da bu gereksinimler

<sup>1</sup> World Health Organization, WHO Chronicle, C.1, S.1, Newyork, 1947, s.2

<sup>2</sup> E.Öksüz - S.Malhan, Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi ve Kalitemetri, Ankara, 2005, s.9

<sup>3</sup> H.Koçyiğit - Ö.Aydemir - N.Ölmez - A.Memiş, “Kısa Form- 36 (SF-36)’nın Türkçe Versiyonunun Güvenirliliği ve Geçerliliği” İlaç ve Tedavi Dergisi, C.12, S.2, İstanbul, 1999, ss.102 -103

ve öncelikleri, Maslow'un da ihtiyaçlar hiyerarşisi kuramında anlattığı gibidir. Maslow'a göre 'açlık birçok insan için sanattan daha değerlidir.'<sup>1</sup> Günlük gereksinimlerin karşılanmaması halinde insanların bedensel ve ruhsal etkinlikleri değerlendirme yetilerinin değişebileceğinin bir göstergesidir.

Ruhsal durum uzun ve kısa süreli strese verilen duygusal tepkilerdir. Bireyin dünyayı nasıl algıladığını ve o andaki duygusunun etkisiyle bundan sonra nasıl algılayacağını belirleyen davranış biçimleridir. Kişinin duygu durumu insan davranışını anlık ve geçici olarak etkileyebileceği gibi uzun süreli ve kalıcı etkilerde bırakabilir. Bu duygu durum değişiklikleri insanın daha önce zevk aldığı olaylardan artık hoşlanmamasını veya tam tersi tepkileri doğurabilir.

Sağlıklı veya normal durum, dışa dönük düşmanlık, endişe, korku, öfke, üzüntü gibi negatif duyguların yokluğudur. Bu duygular hastalık bulguları ile yakından ilişkilidir. Ağır hastalıklar kişinin iş, eğitim ya da spor faaliyetleri gibi rollerini yerine getirmesine tamamen engel olabilir. Dolayısıyla, bu durumda tamamen normal bir duygusal yaşam sürdürülmesi zordur. Mutluluk, tatmin ve zevk alma gibi kavramlar yaşamdan duyulan memnuniyetin içinde yer alırlar.

### **3.4 Yaşam Kalitesi Göstergeleri**

İçeriği ve öncelikleri zaman ve mekan içinde değişen yaşam kalitesi kavramının, genellenebilen temel unsuru, insanın fizik ve sosyal var oluşunun güvenlik içinde bulunmasıdır. Değişen dünya ve gelişen sağlık hizmetleri, sağlığın bütüncül ele alınması gerekliliğini, maliyet etkinliğini göz önünde bulundurmaya, sadece hastalık ve tedavi değil, kişiyi etkileyen tüm unsurların ve kişinin sağlık ve hastalığına bakış açısının da değerlendirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle, kişinin sağlık durumunu belirlemede nesnel göstergelerin yanında, kendi sağlık ve hastalığını nasıl algıladığını açıklayan ve öznel bir gösterge olan "yaşam kalitesi" kavramı giderek önem kazanmaktadır.

Yaşam kalitesi kavramı tanım olarak dünya genelinde benzerlikler taşısa da, bu kavram içindeki bireysel ve toplumsal öznellik yaşam kalitesi göstergeleri

---

<sup>1</sup> A.H.Maslow, A Theory of Human Motivation, Newyork, 1943, s.385



konusunda dünya genelinde tam bir uzlaşma olmamasına neden olmaktadır. Buna rağmen yaşam kalitesi göstergelerinin objektif ve subjektif incelenebileceğine dair genel bir görüş vardır. “Yaşam kalitesi göstergelerini belirleme konusunda yapılan diğer çalışmalarda ise bu göstergeler temel başlıklar altında toplanmaya çalışılmıştır. Örneğin; Yener ve Koç yaptıkları çalışmada ‘Yaşam Kalitesi Endeksi’ oluşturmuşlardır. Bu endekse göre yaşam kalitesi göstergelerinde kullanılan değişkenler üç boyutta ele alınmıştır. Üç boyuttaki alt değişkenler aşağıda belirtilmiştir:

“A. Sağlık Hizmetlerine Ulaşım Göstergeleri;

1. Tam aşılama oranı,
2. Doğum öncesi bakım alan annelerin oranı
3. Sağlık kurumlarında yapılan doğumların oranı
4. Sağlık personelinin katıldığı doğumların oranı

B. Yaşama Ortamı Göstergeleri;

1. Sağlıklı içme suyuna ulaşanların oranı
2. Kanalizasyon sisteminden yararlananların oranı,
3. Yetersiz beslenen çocukların oranı,
4. Yatak odası başına düşen kişi sayısı
5. Kişi başına elektrik enerjisi tüketim miktarı
6. Kişi başına düşen gelir

C. Yaşama Hakkını Belirleyen Göstergeler;

1. Doğuştan yaşam beklentisi,
2. Bebek ölüm hızı,

3. Sosyal güvenlik kapsamında çalışan nüfus

4. Toplam doğurganlık hızı

5. Kız çocuklarının okullaşma oranı

6. Erkek çocuklarının okullaşma oranı”<sup>1</sup> Sınıflamalara bakıldığında genel anlamda tüm bireye ait çevre faktörlerinin gruplamaya dahil edildiği görülmektedir. Sağlık hizmetlerine ulaşım göstergeleri, kişilerin tanı ve tedavi uygulayıcıya ulaşma süresi ve zorluğu açısından da maddeler eklenerek değerlendirilebilir. Yaşama ortamı göstergeleri açısından doyurucu görülmekle birlikte yaşama hakkını belirleyen göstergelerinde geliştirilebileceği düşünülmektedir. Bir başka sınıflamada Dünya Sağlık Örgütü tarafından şu şekilde yapılmıştır: “WHO ise, yaşam kalitesi göstergelerini 6 geniş alan içerisinde değerlendirmiştir. Bunlar;

1. Fiziksel sağlık
2. Psikolojik durum
3. Bağımsızlık düzeyi
4. Sosyal ilişkiler
5. Çevre
6. Kişisel özellikler”<sup>2</sup>

Yaşam kalitesine bağlı kaynaklar araştırıldığında farklı kişilerin farklı tanımlar ve göstergeler belirlediği gözlenmektedir. Genel olarak bakıldığında ise ekonomik, sosyolojik ve bireyin kişisel algı değerlendirmesi nedeniyle psikolojik temelli yaklaşımlar kullanıldığı görülmüştür. Etkenlere ait sorgulamalarda kişilerin kendi varlıklarını algılayış şekilleri oldukça önem kazanmaktadır, sorulara verilen cevaplar kişilerin durumlarını algılayışlarıyla değişecektir. Yaşam kalitesi kişilerin

---

<sup>1</sup> S.Yener - İ.Koç, “Türkiye’de Bölgeler İtibariyle Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi” Nüfus ve Kalkınma, Göç, Eğitim, Demokrasi, Yaşam Kalitesi, Ankara, 2001, s.123

<sup>2</sup> N.Oktik, Huzur Evinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi Muğla Örneği, Muğla, 2004, s.68

yaşamı boyunca pek çok sebepten etkilenmektedir. Tüm bu sınıflamalar geliştirilmeye devam etmektedir.

### 3.4.1 Ekonomik Göstergeler

Ekonominin öncelikli amacı; insanların gelişmişlik seviyesini yükseltmek, yaşamdan beklentilerini karşılamaya yardımcı olmak, gelecekle ilgili kaygılarını engellemektir. Ekonomik büyümenin toplumsal gelişmeyi ve yaşam kalitesini arttıracığı fikrinin ağırlıklı olduğu genel bir görüştür. Ekonominin sürdürülebilirliği, aynı zamanda doğanın sürdürülebilirliğini de içermektedir. Herkes için iş imkânı ve artan yaşam standartları hedef olarak devam etmektedir. Bazı ülkeler için bu, doğal kaynakların daha çok tüketilmesi, bazıları içinse yeni kaynakları koruyan teknolojiler, yeni hayat tarzları ve dayanışma anlamına gelir.<sup>1</sup> Özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sosyo-ekonomik faktörler en önemli özendirici araçlardır. Gelir, bireyin sağladığı ekonomik kazançların tümüdür. Kendilerinden bekleneni yerine getirme karşılığında çalışanlara verilen ücret, onların fizyolojik, biyolojik ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde düzenlenmelidir. Ekonomik ağırlıklı araştırmalarda, ekonomik büyümenin toplumsal ilerlemeyi dolayısıyla yaşam kalitesini arttıracığı görüşü baskındır. Yaşam kalitesine ait ekonomik göstergeler çeşitli değişkenleri içermektedir:

“1.Gayri safi milli hasıla (GSMH)

2.Kişi başına düşen milli gelir

3.İstihdam edilebilme olanakları

4.Aile varlıkları

5.Ailede çalışan kişi sayısı

6.Besin tüketimi

---

<sup>1</sup> S.Alkış, “Coğrafya Eğitiminde Yükselen Paradigma: Sürdürülebilir Bir Dünya” Marmara Coğrafya Dergisi, S.15, İstanbul, 2007, s.56

7.Sahip olunan dayanıklı tüketim malları gibi değişkenler kullanılmıştır.”<sup>1</sup> Bu değişkenler ülke ekonomik refahı ile yakın ilişkili olup, ülkedeki iş imkanları, aile yapısında istihdam edilen ve aile ekonomisine katkıda bulunan kişilerin sayıları, aile içi birlik ve beraberlik ile tüketilen besinlerin oranı ve ailenin sahip olduğu dayanıklı tüketim mallarının miktarından etkilenmektedir.

“Putnam’a göre, ekonomik refahın olduğu bölgelerde vatandaşların sivil etkinlikleri; karşılıklı işbirliğinin, yaşamsal sosyal ağların, eşit siyasi ilişkilerin ve siyasi katılımın yaygın olduğu bir ortam oluşturmuştur.”<sup>2</sup> Putnam’ın bu tanımı, sosyal sermayenin belirleyicilerinden olan bireyler arasındaki ilişkilere dikkat çekmektedir. Bireyler tepkilerini bildirmede isteklerini ön planda tutar, üretime olan katkıları kadar sermayeye katılımını da kişiler arası ilişkiler belirler.

### 3.4.2 Sosyal Göstergeler

Sosyal işlevler yaşam kalitesinin geniş, fakat önemli bir unsurudur. Sosyal ve boş zaman faaliyetlerini, meslek yaşamını, başkalarıyla ilişkilerini ve aile içindeki işlevleri içerir. “Yeni deneyimlere ihtiyaç duyma, üretkenliğin dışa vurumu, çevresel uyarı ile kendilik gelişimi, oyunlar, spor, sosyal ve bedensel yakınlaşmalardan hoşlanma, iletişim kurma, ilgi-yakınlık duyma ve deneyimlerin paylaşımı gibi faaliyetlerdir.”<sup>3</sup> Sosyalleşme, olgun sosyal ilişkiler geliştirme ve devam ettirme anlamına gelmektedir. Kişilerin sosyal ilişkilerinin varlığı ve yapısı da bu tanımlamalar içinde önem kazanmaktadır.

Sosyolojik açıdan yapılmış incelemelerde yaşam kalitesi göstergeleri araştırıldığında karşımıza pek çok etki eden faktör çıkmaktadır. “Sosyolojik araştırmalarda yaşam kalitesi göstergeleri olarak:

- Coğrafi – mesleki hareketlilik,
- Meslek dağılımı

---

<sup>1</sup> Oktik, s.69

<sup>2</sup> Z.Yıldız - H.Topuz, “Sosyal Sermaye ve Ekonomik Kalkınma İlişkisi Açısından Türkiye Üzerine Bir

Değerlendirme” Sosyal Siyaset Konferansları, S.61, Ankara, 2011, s.201

<sup>3</sup> Top - Özden - Sevim, s.18

- Dengeli beslenme,
- Sağlık koşulları,
- Eğitim durumu,
- Toplumsal ve mesleki faaliyetlere katılma,
- Konut ve konut koşulları,
- Kültür,
- Gelişme olanakları yer almaktadır.”<sup>1</sup>

Tüm bu göstergeler bireylerin varlığına ilişkin ana başlıkları bünyesinde toplamaktadır. Kişiler yaşadıkları streslere karşı kendi baş etme mekanizmalarını kullanırlar. Bu mekanizmalar problem odaklı ve duygulara yönelik olarak ikiye ayrılır. Kişilerin psiko-sosyal iyilik halini belirleyen etkenleri araştıran bir çalışmada iyilik halinin aile, arkadaş ve iş yaşantısındaki doyumla bağlantılı olduğu sonucuna varılmıştır.<sup>2</sup> Sosyal destek yaşam güçlükleri ile baş etmede kişinin en önemli yardımcısıdır. Sosyal destekleri yüksek olan kişilerin daha çok problem merkezli sorunları çözme becerilerini geliştirdikleri, sosyal destek yönünden fakir olan kişilerin ise sorun çözümlerinde duygusal odaklı davrandıkları görülmektedir.

### 3.4.3 Psikolojik Göstergeler

Yaşam kalitesi; kişilerin ümit ettikleri ile bunların davranışlara dönüştürülmesi arasındaki farkı yansıtmaktadır. Bireylerin yaşadıkları ortamı algılama şekilleri yaşamdan beklentilerini belirlemektedir. Bu beklentilerin karşılanma düzeyi ise bireylerin yaşama uyumunu kolaylaştırmakta ya da güçleştirmektedir. Frankl’a göre yaşam kalitesinin açıklanmasında ‘yaşamın anlamının algılanması’ etkilidir; bireyin yarattığı, sevdiği ya da geride bırakılanları

---

<sup>1</sup> S.Demirkıran, Yaşam Kalitesi ve Sağlık Çalışanları, Beykent Üniversitesi, SBE, YYLT, İstanbul, 2012, s.37

<sup>2</sup> J.D.Campbell - A.R.Campbell, “The Social and Economic Cost of End Stage Renal Disease:A Patients Perspective” NEJM, S.299, Massachusetts, 1978, s.386  
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM197808242990804> (25/03/2014)

yansıttığı zaman anlam duygusu ortaya çıkabilir.<sup>1</sup> Toronto Üniversitesi Yaşam Kalitesi Araştırma Merkezi, yaşam kalitesini, bireyin yaşamındaki önemli fırsatlardan /olanaklardan zevk alma derecesi ve yaşamdaki temel psikolojik ihtiyaçların karşılanma düzeyi olarak tanımlamaktadır. “Bireylerin yaşamlarının her döneminde karşılanması gereken temel ihtiyaçlarını ise yaşam kalitesi ile ilişkilendirerek üç başlık altında irdelemektedir:

1.Var olmak: Bireyin insan olması ile ilişkilidir.

- Fiziksel var olmak
- Psikolojik var olmak
- Manevi var olmak

2.Ait olmak: Bireyin çevresi ile etkileşimini ve uyumunu içerir.

3.Olmak: Bireysel amaçlar, umutlar ve isteklerle ilgilidir. Olmak/gerçekleştirmek bir amaç doğrultusunda faaliyetlerde bulunmayı gerektirir.”<sup>2</sup> İnsanoğlu doğumdan ölüme kadar yaşam içerisinde bir bütünlük içinde var olmaktadır. Bu bütünlüğü oluşturan bir parçanın yokluğu insanoğlunun tüm yaşam kalitesini yok etmektedir. İnsanların yaşam sürecindeki ihtiyaçları içerisinde sadece beden bütünlüğünün tam olması yeterli değildir. İnsanoğlunun bir yerlere ait olması, manevi doyuma ulaşması ve psikolojik bütünlüğünün sağlanması gereklilik değil zorunluluk halini almıştır. Bu da yaşam kalitesini oluşturan en temel unsurdur.

#### **3.4.4.Ekolojik Açıdan Göstergeler**

İnsanlar yaşam kalitesini iyileştirmek ve ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla doğal çevreden farklı biçimde yararlanmaktadır. Nüfustaki hızlı artış ve ekonomideki çeşitlilik nedeniyle ortaya çıkan çevresel sorunlar, insanlığın geleceğini ciddi bir şekilde etkilemeye başlamıştır. Küresel boyutlara ulaşmış olan çevresel ısı artışı sorunu katlanarak büyüyen sorunlardan biridir. Sorunların temelinde yatan ekonomik değişiklikler ve insan davranışlarıdır. Hızla artan çevre kirliliğine karşı acil eylem

<sup>1</sup> V.E.Frankl, Man's Search For Meaning, Newyork, 1963, s.28

<sup>2</sup> ....,The Quality of Life Model, <http://sites.utoronto.ca/qol/> (13/05/2014)

planlarının hayata geçirilmesi, bunun içinde insanlarda farkında olma bilincinin oluşturulması gerekmektedir. “Dağdemir ekonomik nedenler altında çevre sorunlarını; nüfus artışı, yoksulluk, ekonomik büyüme ve enerji kullanımı şeklinde alt gruplara ayırmaktadır. Genel olarak bu başlıklar altında incelenen çevre sorunları aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

- 1- Göçler ve düzensiz şehirleşme,
- 2- Enerji, su, kağıt, kömür vb. kaynakların kişi başına tüketiminin artışı,
- 3- Ormanların tahribi, yangınlar ve erozyon,
- 4- Aşırı otlatma ve doğal bitki örtüsünün tahribi,
- 5- Konutlardaki ve işyerlerindeki ısınmadan kaynaklanan (özellikle kalitesiz kömür kullanımı) hava kirliliği,
- 6- Motorlu araçlar ve deniz araçları,
- 7- Maden, kireç, taş ve kum ocakları,
- 8- Gübre ve zirai mücadele ilaçları,
- 9- Atmosferik olaylar ve doğal afetler,
- 10-Kanalizasyon sularının arıtılmaksızın alıcı ortamlara verilmesi ve sulamada kullanılması,
- 11-Katı atıklar ve çöp,
- 12-Sulak alanların ve göllerin kurutulması,
- 13-Arazilerin yanlış kullanımı,
- 14-Kaçak avlanma,
- 15-Televizyon, bilgisayar ve röntgen; tomografi vb; tıbbi cihazların yaygınlaşması ile meydana gelen radyasyon,

## 16-Endüstriyel ve kentsel kaynaklı gürültü”<sup>1</sup>

Çevresel faktörlere ait gerek doğal ekolojik sistemler gerekse insanların sosyal ilişkide bulunduğu çevre anlayışı kişilere ait yaşamdan alınan doyumun derecesine katkıda bulunurlar. Temiz ve doğal olan ortamlara yakın olma insanların huzurunu, sorunlarının çözümü için yapıcı olabilmeyi, insan ilişkilerinde olumlu davranışlarının etkili olmasını sağlayıp, bireyin fiziksel sağlığını etkilediği kadar ruhsal sağlığını da olumlu etkilemektedir. Kişilerin çevre kirliliğine yaptıkları katkılar toplumsal bilinçlendirme programlarıyla günümüzde düzenlenmeye ve azaltılmaya çalışılmaktadır. Yine de önlemlere rağmen çevreye ait sorunlar gün geçtikçe artmakta halen çözüme kavuşmayan önemli bir durum olarak varlığını korumaktadır.

### 3.4.5. Sağlık İlişkili Göstergeler

Günümüzde gittikçe uzayan yaşam süreleri, teknoloji ve tıp alanındaki ilerlemelerin hız kazanması ile sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı da önem kazanmaya başlamıştır. Genel olarak yaşam kalitesi “tam iyilik hali” olarak tanımlansa da, sağlığa bağlı yaşam kalitesi kişinin sağlık durumunu göstermekten daha fazla anlam içerir. Hastalıklar patolojik sorunlar sonrasında gelişebilir bazen de kişi kendini hasta hisseder fakat tıbbi bir hastalık mevcut değildir. Sağlık durumu ölçümlerinde her iki durumda önemlidir. Özellikle uzun süreli ve yaşamı tehdit eden durumlarda kişilerin fiziksel olduğu kadar sosyal ve psikolojik durumlarının da düzeltilmeye çalışılması gereklidir. 1970’lerden bugüne sağlık hizmetlerindeki olağanüstü artış, sağlık teknolojisindeki gelişime bağlı olarak yaşamın süresinden çok kalitesi, sağlık teknolojisindeki karşılaştırmalar sağlığa bağlı yaşam kalitesi ölçümünü oluşturan faktörlerdir.<sup>2</sup> Sağlık hizmeti uygulamalarında temel amaç; kişinin yaşamını devam ettirmek, ortaya çıkabilecek sağlık problemlerinden korumak ve kendilerini daha mutlu hissetmelerini sağlamak, bir başka deyişle, yaşam kalitelerini iyileştirmektir. Uygulanan tedavi ile değerlendirilmesi her zaman hastaların değerlendirmeleriyle tam uyum göstermez.

<sup>1</sup> Z.Öztürk, Sosyo - Ekonomik ve Demografik Faktörlerin Çevresel Sorunların Algılanması ve Çevre Duyarlılığı Üzerine Etkileri, Süleyman Demirel Üniversitesi(SDÜ) SBE, YYLT, Isparta, 2010, s.5

<sup>2</sup> Öksüz - Malhan, s.10



Sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmenin ilk basamakları ailede başlar, daha sonra eğitimle gelişir ve değişir. Bu davranışlar kalıcı hale gelirse kişiler sağlık durumlarını korur ve geliştirirler. Bu davranışların geliştirilmesinde ve devam ettirilmesinde sağlık çalışanlarının önemli görevleri vardır. Öncelikle sağlık personeli kendi yaşam biçimlerini düzenlemelidir.<sup>1</sup> Sağlık uygulamalarında kaliteli hizmetin sağlanması, mevcut koşullar içinde en uygun ve doğru yaklaşımın sunulması, kişilerin empati yaparak durum değerlendirmesinde bulunması sağlıkta kaliteyi geliştirecektir.

### **3.5. Yaşam Kalitesini Arttıran ve Azaltan Durumlar**

Yaşam kalitesi, kişilerin kültürleri ve değerleri içinde kendi durumlarını algılama şekilleridir. Soyut bir kavramdır, farklı tanımları vardır, kişilere göre değişen göreceli bir kavramdır. Bireylerin kendi yaşamlarındaki doyumlarını ve mutlu olma hallerini ifade eder. Bireyin daha iyi bir yaşam sağlamak amacıyla gösterdiği çabadan daha çok çevrenin bu çabaya gösterdiği tepkidir. Kişilerin içinde bulunduğu çevre ve sosyal ilişkileri, inançları, fiziksel ve ruhsal durumları bu kavramı etkiler. Yaşam kalitesini arttırmak ya da azaltmak çoğu zaman kişinin elindedir. Bunu sağlarken kişilerin öncelikle, 'benlik' kavramının farkında olup kendisine değer vermesi gerekir. Doyum ve mutluluk beklentilerin karşılanmasıyla artar. Yaşam kalitesini arttırabilmek için şunlar gereklidir:

- “Ekonomik ve sosyal güvence içinde olması
- Güven içinde yaşaması
- Rahatlık ve gereken konfora sahip olması
- Anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olması
- Yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olması
- Eğlence ve zevk aldığı aktivitelerinin olması

---

<sup>1</sup> M.Yalçınkaya - F.G.Özer - A.Y.Karamanoğlu, “Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi” Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, C.6, S.6, Ankara, 2007, ss. 409 - 410

- İtibar görmesi
- Otonomisinin olması
- Mahremiyetine değer verilmesi
- Kendini ifade edebilmesi
- Fonksiyonel olarak yeterli olması
- Özgün bir birey olarak algılanması
- Huzur içinde olması, inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi gerekmektedir.”

Yaşam kalitesini azaltan bazı durumlar şunlardır:

- “Temel gereksinimlerinin karşılanmaması
- Beden imgesinin değişmesi
- Öz bakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği
- Kronik yorgunluk, bitkinlik
- Seksüel fonksiyonlarda bozulma
- Gelecek ile ilgili kaygıların olması
- Destek sistemlerindeki yetersizlik
- Akut sağlık sorunları
- Kronik sağlık sorunları'nın varlığıdır.”<sup>1</sup> Arttıran ve azaltan tüm bu etkenler kişilerin tam iyilik hallerine de yön verirler. Bu değişkenlerin olumlu olanlarının fazlalığı kişilerin yaşamdan tatminlerini arttırır. Kişiler bu faktörlerin

---

<sup>1</sup> A.Perim, Trakya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü (SABE), YYLT, Edirne, 2007, ss. 16 - 17

olumsuz olanlarını ise yaşamlarında düzeltmeye çalışırlar. Kaliteli yaşamı sağlarken temel bazı durumlara dikkat etmek bunu kolaylaştırır.

**-Hareketli Yaşam:** Sağlık, yaşam şekli ve davranışlarla çevremiz arasındaki etkileşimlerle şekillenir. Bu sebeple zamanla davranışlarda ve yaşam şeklinde meydana gelen değişiklikler sağlıkta yeni anlayışlar doğurur. Şehirleşmenin hızla artışı, teknolojinin ilerlemesi ile insanların vücutlarını daha az hareket ettirir hale gelmesi, sosyo-ekonomik ve kültürel problemler ve doğal çevreye ait faktörler (gürültü, yoğun trafik, vs.) insanların sağlık sorunlarının şeklini değiştirmiştir.

Toplumumuzda fiziksel aktiviteden yoksun bireylerin oranı gün geçtikçe artmakta bu da zaman içerisinde sağlıkta bozulmalara yol açmaktadır. Fiziksel aktivitenin hem vücut ağırlığının kontrolü ile hem de diğer mekanizmalarla uzun süreli hastalık gelişim riskini azalttığı bilinmektedir.<sup>1</sup> Düzenli egzersiz kişinin canlılığını artırır, bedensel esneklik ve hareket kabiliyetinde artışa sebep olur bu da kişinin kendine güvenini ve yaşamdan aldığı doyumunu artırır.

**-Beslenme:** Tam iyilik halinin korunmasında yeterli-dengeli beslenme ve fiziksel aktivite ile sürdürülen bir yaşam biçimine ihtiyaç olmaktadır. Beslenmeye ilişkin problemler kişilerin normalin altında veya üstünde oldukları kilo sınırlarında gelişir. Günlük kullanımda besin öğelerinin (protein, karbonhidrat ve yağlar) yeterli miktarda dağıldığı beslenme çizelgeleri yol göstericidir. Gün içinde yeterli enerji ve besin öğelerinin vücuda alınması, kişinin sağlığını kazanmasında ve sürdürmesinde önemlidir. Sağlıklı beslenme önerileri genel olarak yazılı ve görsel yayınlar aracılığıyla kişilere ulaştırılır. Bu kurallara uymada bireysel sorumluluklar da önemlidir. Genel beslenme önerileri şu şekilde sıralanabilir:

“-Yemeklerde öğün atlanmaması gerekir.

-Her gün temel besin gruplarının (süt ve süt ürünleri, et-yumurta-kuru baklagiller, taze sebze-meyve, tahıl ve ilgili yiyecekler) tüketilmesi önerilir.

---

<sup>1</sup> Z.D.Aydın, “Toplum ve Birey İçin Sağlıklı Yaşlanma: Yaşam Biçiminin Rolü” SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, C.13, S.4, Isparta, 2006, ss. 43-44

- Karbonhidratlar ve yağlar vücudun faaliyetleri için temel enerji kaynağı olan besinlerdir. Bunların yeterli miktarda vücuda alınması önerilir.

- Protein kaynağının sebzelerden sağlanan proteinler olmasına dikkat edilmelidir. Hayvansal kaynaklı proteinlerin de balık ve tavuk eti gibi beyaz etten sağlanması önerilmektedir.

- Vücuda alınan ve tüketilen yağ dengesinin iyi kurulması gerekir.

- Posalı besinlerin tercih edilmesi önerilmektedir.

-Tuzlu besinlerin minimum tüketilmesi özellikle risk grupları açısından önerilmektedir.

- Alkollü içeceklerin de riskleri bilinmelidir.

- Günde 8 -10 bardak su tüketilmesi önerilmektedir.

Bireylere yeterli ve dengeli beslenme önerileri sunarken fizik aktivite ile ilgili önerileri ifade etmek de yerinde olur. Sağlıklı beslenmeye ulaşmanın maliyet açısından herkes için sağlanabilmesi, yeterli ve dengeli beslenme konusunda toplumda bilgi eksikliğini gidererek bilinç ve duyarlılık düzeyinin artması gibi konular da devletlerin sorumlulukları arasındadır.”<sup>1</sup> Kişilere sağlıklı beslenme yöntemleri önerilirken bu beslenme sisteminin kaliteli yaşama sağlayacağı katkıyı da göz önünde bulundurmak gerekir. Sağlık çalışanları açısından durum değerlendirildiğinde; çalışma saatlerinin değişken, çalışma şartlarının ağır ve iş yükünün fazla olması ile beslenme düzeninin bundan olumsuz etkilenmesi kaçınılmazdır.

**-Düzenli Yaşam ve Uyku:** Yaşam kalitesini etkileyen bir etmende düzenli yaşam ve uykudur. Bu denge insan sağlığı için büyük önem taşır. Günlük 7-8 saatlik uyku genel önerilerdendir. Çeşitli sebeplerle uyku düzeninde oluşan bozulmalar kişilerde gerginlik, huzursuzluk ve dikkat dağınıklığına yol açar, fiziksel ve ruhsal streslere dayanıklılık azalır. “Uyku düzenimiz genetik bir saatle belirlense de

---

<sup>1</sup> D.Aslan, “Toplumun Sağlıklı Beslenmesi İle İlgili Hekimler İçin Uygulanabilir Öneriler” Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar, Ankara, 2009, ss. 45- 46

çevresel ve yaşamsal faktörler de uykunun süresi ve kalitesi üzerinde belirgin etki yapar. Özellikle fazla ve yüksek kalorili besinler tüketmek, dengesiz beslenme, gün içinde hareket azlığı ve depresyon gibi nedenler, uyku kalitesini azaltan unsurlardır. Bu tarz yaşam şekli olanlar günde 8 saatten fazla uyuma eğilimi göstermektedir. Fakat hareketli, morali yüksek, dengeli ve sağlıklı beslenen insanların çok daha kaliteli ve az uykuyla yetindikleri görülmektedir. Kaliteli ve az süreli bir uyku için, az yemek yiyip, çok hareket edip, günde en az bir kez gerçekten açlık hissedip ve moralini yüksek tutmak önemlidir.”<sup>1</sup> Uyku düzeninin sağlanmış olması yaşamda başarı ve verimi de beraberinde getirmektedir. Sonuçta bedensel etkileri olan uyku düzensizliği günlük yaşamda bireylerin alması gereken kararlarında olumsuz etkide bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının uyku düzensizliği, nöbetli çalışma sisteminde sektöre ait negatif bir etkidir. İşe ait bu olumsuz özellik sağlık çalışanlarının daha stresli ve huzursuz çalışmasına neden olmaktadır.

**- Günlük Yaşamda Streslerle Başa Çıkma:** Stres; kişinin kendini tehdit veya baskı altında hissettiğinde verdiği fiziksel, zihinsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tamamıdır. Yaşamda engellenmeler, çelişkiler ve baskılar strese neden olan başlıca sebeplerdir. Strese karşı kişilerin tepkileri değişiklik gösterir. Fiziksel olarak; baş ağrısı, eklem ağrıları, uyku bozuklukları, kilo artışı veya azalışı gibi belirtiler, duygusal olarak; endişe hali, alınganlık, ümitsizlik, hayattan keyif almama gibi belirtiler, davranışsal olarak; az ya da çok yemek yeme, az ya da çok uyku uyuma, sorumluluklardan kaçınma, öfke patlamaları gibi belirtiler görülebilir. Tüm bu belirtiler yaşamdan alınacak keyfi ve doyumunu azaltan, yaşam kalitesini bozan durumlardır.

Stresle başa çıkmada kişilere birtakım genel öneriler sunulur. Bunlar; düzenli uyku, düzenli ve dengeli beslenme, karşı karşıya kalınan sorunları öncelik sırasına göre çözmeye çalışma, zamanı planlamak, yakın çevreden yardım almak ya da konuyla ilgili yardımcı olabilecek kaynakları bulmak gibi bazı çözüm önerileri günlük hayatta yaşamın daha keyifli hale gelmesini sağlar.

---

<sup>1</sup> .....,“Dengesiz Beslenme Uyku Kalitesini Azaltıyor”,  
<http://www.e-psikiyatri.com/dengesiz-beslenme-uyku-kalitesini-azaltiyor-50824>  
(19/07/2014)

- **Zaman Yönetimi:** Zamana ait olan kavramların hepsinde kişisel farklılıklar öne çıkar. Kişilerin olaylara ve sorunlara yaklaşımı, insanlar arası ilişkileri ve olay/sorunlara verdikleri öncelik sırası zaman yönetiminin anahtarıdır. Bu özellikler kaliteli ve dengeli bir zaman kullanımını kişilere sağlar. Bu da günümüzde, yoğun şehir insanının üzerinde stres yaratarak yaşam kalitesini düşüren “zamanın yetmemesi” duygusunu ortadan kaldırır.

-**Çalışma Ortamı:** Günlük yaşamın büyük bir kısmı iş yerlerinde geçmektedir. Bu zaman dilimini verimli ve keyifli kullanabilmek kişilerin doyum ve motivasyonlarını artırır. Bireylerin çalışma ortamları yapılan mesleğe göre değişiklik göstermektedir. Bazı mesleklerde fiziksel ortam rahatsızlıkları varken bazılarında kişilerin ruhsal durumlarına etki eden ortam rahatsızlıkları olmaktadır. Çalışma ortamına ait genel sorunlar:

“1-Fizik ortamdan kaynaklı; gürültü, ısı, hava, nem gibi sorunlar

2-Kimyasal olarak; çalışılan yerde ortaya çıkan ya da kullanılan kimyasal maddeler

3- Biyolojik olarak; ortamda var olan mikroorganizmalar

4-Ergonomik olarak; iş baskısı, monotonluk, yorucu ve ağır işlerde çalışmak

Çalışma ortamının sağlık koşullarına uygun hale getirilmesi, bir takım tehlike olasılıklarının ortadan kaldırılması, çalışma saatlerinin düzenlenmesi, fizyolojik özelliklere uygun çalışma düzeni, kullanılan araç ve gerecin işe ve kullanan kişiye uyumunun sağlanması temel amaç olmalıdır.”<sup>1</sup> Bu ortama ait düzenlemeler kişilerin rahat, sağlıklı ve huzurlu bir iş yaşantısına sahip olmasını sağlar bu da yaşam kalitelerini olumlu yönde etkiler.

Sağlık çalışanlarına ait ortamdan kaynaklı genel sorunlar; fiziksel olabildiği gibi ilgilenilen hastalardan kaynaklı mikrobiyolojik etkenler, kimyasal olarak kullanılan tedavi amaçlı ilaç ve benzeri malzemeler, iş baskısı yoğun ve yorucu

---

<sup>1</sup> S.Parlar, “Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı” TAF Preventive Medicine Bulletin, C.7, S.6, Ankara, 2008, s.547

işlerle uğraşıyor olmaya bağlı ergonomik, kimyasal ve biyolojik tüm faktörlerden etkilenmektedir. Sağlık çalışanlarına ait gerekli koruyucu düzenlemeler yöneticiler tarafından planlanmaktadır. Bu düzenlemeler tüm çalışanlara anlatılıp kişilerin bu kurallara uyması sağlanmakta ve çalışanların ortamdan kaynaklı olumsuz durumlardan korunması sağlanmaktadır.

## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIKTA YAŞAM KALİTESİ ve DEĞERLENDİRİLMESİ

#### 1.SAĞLIKTA YAŞAM KALİTESİ

##### 1.1 Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Tanımı

Günümüzde sağlığın tedavi edilebilir boyutunun yanında sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesiyle ilgili kavramları giderek önem kazanmaya başlamıştır. Yaşamın, sağlık kavramı yanında, kişilerin ihtiyacı olan ve yaşama anlam katan, değer verilen tarafları vardır. Düşük gelir, özgürlüğün olmaması, zayıf sosyal destek gibi sorunlar kişilerin sağlığına kötü yönde etkide bulunabilir. Bu nedenlerle sağlık sadece fiziksel kapasiteyle sınırlı olmamalıdır. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi tanımını bu sebeplerle ortaya atılmıştır.

Yaşam kalitesi genel itibariyle iyilik halinin bir değerlendirmesi olarak son 30-40 yıl içinde kullanılmakta olan bir tanımlamadır. Sağlıkta yaşam kalitesi ise; sosyal olarak aktif olmayı içeren işlevsel beceriler, toplumsal etkileşim ve bu etkileşimin derecesi, ruh sağlığının kalitesi, somatik olarak hissedilen duyuların durumu ve hayattan duyulan memnuniyet gibi birçok faktörün değerlendirilmesini gerektirmektedir. Bu anlamda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ile yaşam kalitesi deyimlerini birbirinden ayırmak mümkün görünmemektedir. “Yine de sağlıkta yaşam kalitesinin bir tanımını yapmak gerekirse; yaygın olarak kabul görmüş olan görüşe göre ‘hastalığın ve tedavisinin hasta üzerindeki etkilerinin yine hasta açısından değerlendirilmesi’ olarak tanımlanabilir.”<sup>1</sup> Başka bir tanımlamaya göre de “Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi; sağlığın bireylerin fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeteneklerini ve bireylerin yaşamlarındaki algıladıkları fiziksel, mental ve sosyal alanı ifade eder.”<sup>2</sup> Sağlık durumu ölçümlerinde her alan değerlendirmeye alınmalıdır.

<sup>1</sup> T.Müezzinoğlu, Yaşam Kalitesi, Üroonkoloji Derneği 2004 Güz Dönemi Konuşması, [http://www.uroonkoloji.org/ebulten/pdf/pdf\\_URO\\_128.pdf](http://www.uroonkoloji.org/ebulten/pdf/pdf_URO_128.pdf) (15/07/2014)

<sup>2</sup> K.Avcı - K.Pala, “Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dergisi, C.30, S.2, Bursa, 2004, s.81



## 1.2. Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Özellikleri

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi; bireyin algıladığı sağlık, fonksiyonel yetenek ve var olan semptomlar alt başlıklarıyla incelenebilir. Fonksiyonel yetenekler; fiziksel roller (hareket ve günlük aktiviteler), sosyal rol (aile, arkadaşlar, eğlence, dinlenme) ve bilişsel fonksiyonlar (hafıza, problem çözme) olarak incelenirken, var olan semptomlar; ağrı, enerji, duygusal (mutluluk, depresyon, kendini algı) ve duyular (görme, işitme) alt başlıkları ile incelenmelidir. “Sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi; bireyin içinde bulunduğu duruma emosyonel yanıtı, hastalığın bireyin sosyal, emosyonel, mesleki ve aile yaşantısı üzerindeki etkisi, kişisel iyilik hali, kişinin beklentileri ve gerçek durumu arasındaki karşılaştırmaları ve farkları, fiziksel, sosyal ve emosyonel fonksiyonların doyumu ve gereksinimlerini karşılamada bireysel yeterlilik olarak çeşitli boyutlarda tartışılmaktadır.”<sup>1</sup> Tanımlamalardan da anlaşıldığı gibi sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin çok boyutluluk özelliği mevcuttur.

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, ‘kişilerin kendi sağlıklarını kendilerince nasıl algıladığı’ olduğu için öznellik gösterir. Bireylerin yaşamları ve beklentileriyle değişir. “Öznel esenlik kavramının üç temel ögesi; tatmin, olumlu affekt ve olumsuz affektir. Tatmin; boş zamanları değerlendirme, sevgi, evlilik, arkadaşlık gibi alt gruplara ayrılabilir. Neşe, duygulanım, gurur duyma gibi özel emosyonlar olumlu affektin; utanma, suçluluk, üzüntü ve anksiyete ise olumsuz affektin alt gruplarıdır. Buna karşın sağlık, zenginlik, konfor gibi objektif durumlar öznel esenlik duygusu üzerinde olası etkileri olan, ama bu duygunun içinde mutlaka bulunması gerekmeyen faktörlerdir.”<sup>2</sup> Görüldüğü gibi, yaşam kalitesinin öznel boyutu sağlığa farklı bir açıdan yaklaşmaktadır. Şu şekilde özetlemek gerekirse; kişilerin yaşamlarında tatmin olma düzeyleri vardır, kişileri olumlu yönde duygulara sevk eden davranışların olduğu kadar olumsuz duygularında yaşanabileceği durumlar olabilir, kişilerin fiziksel sağlığı bu duygularla şekillenmektedir. Fiziksel olarak hasta olan kişilerin bu duruma olumsuz anlam yüklediğinde sorunlarının daha da artacağı ama sağlık

<sup>1</sup> M.Mollaoğlu, “Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik”, Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Özet Kitabı, İzmir, 2007, s.9

<sup>2</sup> H.Baydur - E.Eser, “Uygulama: Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Psikometrik Çözümlemesi” Sağlıkta Birikim Dergisi, C.1, S.2, Manisa, 2006, s.99

sorununu olumlu karşılarsa ya da sorundan saymazsa söz konusu sorunun onu etkilemeyeceği anlaşılmaktadır.

Dinamiklik yaşam kalitesinin bir başka özelliğidir. Devam eden yaşamlar bireylere değişik deneyimler kazandırır, bunun sonucunda tercihler, kararlar ve yargılar zaman içinde değişime uğrarlar. Dolayısıyla yaşam kalitesi algısı kişiler için farklı zamanlarda farklı ifade edilir.

### **1.3. Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Önemi**

Son yıllarda sağlıkta yaşam kalitesi değerlendirmelerinin, yapılan tıbbi müdahalelerin sonuçlarının ölçülmesinde kullanılması giderek artmaktadır. DSÖ'nün de altını çizdiği gibi, iletişimin ilerlemesi ve kişilerin kendileri, çevreleri ve hastalıkları ile ilgili bilgileri kolay elde edebilmesi, kişileri daha katılımcı bir role sokmuştur. Bu bilgiler hastaların sağlığına kavuşmasında ve ömrünün uzamasında önemli bir etken olacağı gösterilmiştir. Bu sebeple özellikle kronik hastalıklarda yaşam kalitesi kavramı sağlıkta gündemi etkilemiş ve önemli bir yer işgal etmeye başlamıştır. Öyle ki yaşam kalitesi hakkındaki yayınlar 1990'lı yıllardan itibaren giderek artmış ve sonrasında sadece yaşam kalitesi ile ilgili yayınların toplandığı dergiler yayına girmiştir.

“Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlığı geliştirme (Health Promotion) kavramı ile de ilişkilidir. Bireylerin sigarayı bırakma, egzersiz, daha iyi beslenme gibi sağlığın geliştirilmesine yönelik davranış değişiklikleri hem yaşamın kalitesini artırır hem de süresini uzatır”<sup>1</sup>Sağlıkta yaşanan ilerlemeler özellikle kronik hastalıklardan muzdarip kişilerin sayısının fazla oluşuna dikkat çekmiş ve bu hastalıklara yakalanan kişilerin ömürlerin uzamasını sağlamıştır. Kronik hastalıklarda uygulanan tedavilerin tam iyileşmeyi sağlamasından çok bulguları hafifletici etkilerinin olması ve bazı tedavi edici yöntemlerin olası yan etkileri ile beraber incelemeleri gerekliliği de yaşam kalitesinin öneminin artmasını sağlamıştır. İnsanın mutlu olma hali, önce fiziksel sağlığın sağlanması ve sürdürülmesini sonrasında ise tam bir doyum ve isteklerin tümünün karşılanmış olmasını gerektirir.

---

<sup>1</sup> A.Acaray, Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi ve Hasta Yakınlarının Hastalara İlişkin Algıladıkları Yaşam Kalitesi Görüşleri ile Karşılaştırılması, Marmara Üniversitesi, SABE, YYLT, İstanbul, 2003, s.28

## 2. SAĞLIK PERSONELİ VE YAŞAM KALİTESİ

İnsanlarla yüz yüze çalışmayı gerektiren hizmet sektörlerinde yapılan işin kalitesi insan faktöründen doğrudan etkilenir. Hizmet veren kişinin işe uygunluğu, işteki uyumu, sağlıklı oluşu ve kişisel sağlık algısı, çevresi ile ilişkileri işteki verimini doğrudan etkiler. Bunun yanında iş yerlerinin mevcut ortamları, çalışma saatleri ve yapılan işin niteliği de iş verimini etkileyen etmenlerdir. Sağlık sektörü de hizmet sektörünün içinde yer alır. “Diğer hizmet sektörlerinden birtakım farklılıkları vardır:

- Çıktının tanımlanması ve ölçümü güçtür. Sağlık kurumlarının temel girdisi ve çıktısı insandır, hizmetin sonuçlarını çok kısa sürede görmek ve değerlendirmek mümkün değildir.
- Sağlık kurumlarında yapılan işler oldukça karmaşık ve değişkendir.
- Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen etkinliklerin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir.
- Yapılan işlere hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans gösterilmez.
- Sağlık kurumlarında uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir.
- Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir. Farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında eşgüdüm gerekir.
- Hastaneler başta olmak üzere tüm sağlık kurumlarında ikili otorite hattı bulunur. Bu durum eşgüdümleme, denetim ve çatışma sorunlarına yol açmaktadır.
- Sağlık kurumlarında insan kaynakları profesyonel kişilerden oluşur ve bu kişiler kurumsal hedeflerden daha çok mesleki hedeflere önem vermektedir.”<sup>1</sup> Sağlık sektöründeki bu farklılıklar burada çalışan kişilerin de birtakım özellikleri taşımasını şart koşar. Burada çalışanlar; günün her saatinde hizmet verebilecek,

---

<sup>1</sup> Ş.Kavuncubaşı - S.Yıldırım, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2010, s.128

sabırlı, bilgili, donanımlı, her türlü acil duruma hazırlıklı yetiştirilip, hizmet verebilme yetkisi ile belgelendirilmiş kişilerdir.

## **2.1 Sağlık Personeli ve Motivasyon**

Çalışma yaşamı insan hayatının önemli bir bölümünü kaplar. Bu süreç içerisinde bireylerin yaptıkları işlere istekli oluşları, işe olan inanç ve bağlılıkları işin kalitesini önemli ölçüde etkiler. Sağlıkla ilgili işlerde çalışanlar da, yöneticiler tarafından teşvik edilme, işe özendirilme ihtiyacı içindedirler. Kaliteli sağlık hizmeti bilgili ve tecrübeli olmanın yanında motive edilmiş personel ile sağlanabilir. Latince ‘Movere’ kelimesinden gelen motivasyon kavramı, dilimizde harekete geçmek, teşvik etmek anlamlarına gelmektedir.<sup>1</sup> “Motivasyon, bir veya birden çok insanı, belirli bir yöne (gaye veya amaca) doğru devamlı şekilde harekete geçirmek için yapılan çabaların toplamıdır.”<sup>2</sup> Motivasyon; bir işi yapma ve onu sürdürme isteğidir. Bireyin ihtiyacı fark edilir, bu ihtiyacın doyurulması için amaç ortaya konur ve bu amaca ulaşmak için bir takım eylemler belirlenir. Kişiler ihtiyaçlarını giderdikçe yeni amaçlar ortaya atılır.

Motivasyonun ilişkili olduğu kavramlardan birisi; iş doyumudur. Kişinin işten duyduğu hoşnut olma hali ya da hoşnutsuzluğudur. Kişinin işe uygun olup olmaması da bunda etkindir. Diğer etkenler moral, performans, verimlilik-etkinlik, değişim, teknolojiye uyum hızlarıdır. Sağlık çalışanlarının yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastaların bakımı, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma, sağlık hizmetindeki yetersizlikler, hizmetin ve personelin dengesiz dağılımı, adil dağıtılmayan döner sermaye ödemeleri çalışanlarda hayal kırıklığı ile birlikte iş yaşam kalitesi ve motivasyonunda azalmaya yol açmaktadır. Dolayısıyla sağlık çalışanlarına yapılacak iyileştirici önlemler ve sorunların çözümü ile çalışan yaşam kalitesine ve de hizmet kalitesine yatırım yapılmış olacaktır.

## **2.2 Sağlık Personeli ve Yaşam Doyumu**

Yaşam doyumunu, kişinin hayata karşı sahip olduğu etkiler ya da duygular şeklinde tanımlanabilir. Bireyin hayata karşı gösterdiği genel tutumdur. Kişinin

<sup>1</sup> J.Adair, Etkili Motivasyon, (Çev.S.Uyan), İstanbul, 2003, s.9

<sup>2</sup> E.Eren, Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi, İstanbul, 2007, s.494

yaşama karşı tutumu olumlu ya da olumsuz olacağına göre, yaşam doyumunu kişinin deneyimleri sonucunda ortaya çıkan olumlu ruh hali olarak belirtmek doğru olacaktır. Yaşam doyumunu, insanların beklentilerini gerçek durumla kıyaslamasıyla ortaya çıkan bir sonucu ifade eder. “Bireyin yaşadığı yerin ekonomik, sosyal ve fiziksel yapısı yanında, evin içindeki ve dışındaki ilişkilerin kalitesi, iş yaşamı, aile hayatı, finansal imkanlar, sağlık durumu, eğitim hayatı, sosyal hayat, sahip olunan serbest zaman düzeyi ve kullanım kalitesi, kültürel hayat, sosyal statü, ruhani yaşam ve cemiyet hayatına katılım yaşam doyumunu üzerinde büyük etkiye sahiptir.”<sup>1</sup> Belirtildiği gibi kişilerin iş yaşantıları yaşam doyumunu içindeki tamamlayıcı bir faktördür.

Sağlık sektörü çalışanları diğer çalışanlara göre daha riskli bir grupta yer almaktadırlar. İş yükünün fazlalığı, düzensiz ve belirsiz çalışma saatleri, iş yerinde ilişki ve görev paylaşımı sorunlarının yaşanması, nöbetler ve bu nedenle bozuk uyku düzeni, ekonomik sorunlar işle ilgili stres ve gerginliğe yol açmaktadır.<sup>2</sup> Bu sorunlar kişinin temel yaşam gereksinimlerini etkilediğinden yaşam doyumunu ile meslekler arasında sıkı bir bağlantı vardır. Bu temelde kişilerin yaşam doyumları, kendi etrafındaki aile ve arkadaşlarını da etkiler. Sorunlar çözüldükçe bireylerin yaşam doyumları artar.

### **2.3 Sağlık Personeli ve İş Doyumu**

İnsanların yaşamlarında mutlu olmaları ve doyum sağlamaları için gerekli olan diğer önemli bir unsur da, işlerinden almış oldukları doyumdur. İş doyumunu ve yaşam doyumunu arasında bir ilişki olduğu sezgisel olarak da söylenebilecek bir olgudur. Mantıksal olarak bakılırsa, normal koşullarda yaptığı işe ilişkin tutumu olumlu olan bir çalışan, daha mutlu ve kendinden daha memnundur. Diğer taraftan, işine karşı olumsuz bir tutuma sahip çalışan duygusal, ruhsal ve fiziksel anlamda pek çok sorunla karşı karşıya kalabilmektedir. Bunun sonucunda bireyde işten uzaklaşma, işi terk etme, işe karşı kayıtsızlık sürekli işten yakınma, mesleğin

---

<sup>1</sup> F.Ardahan, “Komşuluk, Farklılığa Hoşgörü ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki, İlişkinin Güçlendirilmesinde Rekreatif Etkinliklerin Önemi” International Journal of Human Sciences, C.10, S.1, Sakarya, 2013, s.1082;  
<http://www.jhumansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/2431> (07/07/2014)

<sup>2</sup> Y.Yavuzer - A.Çivilidağ, “Sağlık Çalışanlarında İş Yerinde Mobbing ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Depresyonun Aracı Rolü” Düşünen Adam Dergisi, S.27, İstanbul, 2014, s.115

geleceğine ilişkin umutsuzluk düşünceleri gibi doyumsuzluk belirtileri görülebilir.<sup>1</sup> Kişilerin sundukları hizmetler ve hizmet verdikleri kişiler bu durumdan olumsuz etkilenirler. Tam tersi iş yerinde mutlu ve huzurlu bir ortamda, uygun ücret karşılığında hizmet verenlerin kendilerine, yakın çevrelerine ve de hizmet verdikleri kişilere karşı geri dönüşleri olumlu olacaktır.

Toplum sağlığının sorumluluğunu meslek olarak üstlenmiş sağlık kesimindeki iş görenlerin sağlığının korunması ya da sağlığını bozucu çalışma koşullarının düzeltilmesi, çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması için önemli olduğu kadar diğer insanlara verilen hizmetin kalitesi ve sağlık kurumlarının verimliliği açısından da çok önemlidir. Sağlık çalışanlarının karşılaşılabilecekleri gerginlikler, yakınmalar, iş görenlerin performansını azaltabilmekte, tedavi ve bakım hizmeti verdikleri hastalara zarar verme olasılığını arttırabilmektedir.<sup>2</sup> Bu sorunları azaltabilmek amacıyla, yürüttükleri sağlık politikalarıyla hükümetlere ve yöneticilere önemli görevler düşmektedir.

#### **2.4 Sağlık Personeli ve İşgücü Verimliliği**

Verimlilik; kaynakların etkin bir şekilde kullanılmasını ve maksimum ürün alınmasını ifade eder. Verimlilik artışlarının temelinde insan kaynaklarının kalitesi, etkin kullanımı ve işgücünün eğitim düzeyi gelmektedir. İyi eğitilmiş, yeterli beslenen, iş kazalarından korunan, çeşitli sorunlarını çözebilen işgücünün daha verimli olduğu görülmüştür. Çalışma koşullarının ve çalışma çevresinin insana uygun duruma getirilmesi, çalışanların ekonomik, psikolojik ve toplumsal gereksinimi ve isteklerinin karşılanması, çalışma yaşamından kaynaklanan sorunların en aza indirgenmesi temel ihtiyaçtır. Ekip çalışması, çalışan-yönetici arasındaki ilişkilerin olumlu ve yapıcı etkileşim içinde olması, çalışma ortamının fiziki koşulları (havalandırma, aydınlatma, ses ve gürültü düzeyi) etkili olan önemli faktörlerdir.

Sağlık hizmetleri, teknolojinin yoğun kullanıldığı yerler olmasına karşın temelde insan gücü ile çalışan emek yoğun işletmelerdir. Sağlık kurumlarında

---

<sup>1</sup> R.Yiğit - B.Dilmaç – M.E.Deniz, “İş ve Yaşam Doyumu: Konya Emniyet Müdürlüğü Alan Araştırması” Polis Bilimleri Dergisi, C.13, S.3, Ankara, 2011, s.4

<sup>2</sup> H.Aslan - O.Aslan - C.Kesepara - Z.N.Alparslan - M.Ünal, “İşe Bağlı Gerginlik Ölçeğinin Sağlık Alanında Çalışanlarda Geçerlik ve Güvenirliği” Düşünen Adam Dergisi, C.11, S.2, İstanbul, 1998,ss.4-5

işgücünün verimliliği, büyük ölçüde çalışanların işletme amaçlarının gerçekleştirilmesi için teşvik edilmesine bağlıdır. “Hizmet alanlarında ve özellikle de sağlık hizmetlerinde verimliliğe bu kavram açısından yaklaşıldığında iki verimlilik anlayışının ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Bunlardan birincisi, verimlilikte çıktının aynı zamanda elde edilen sonuç olmasıdır. Söz konusu olan sağlık hizmeti olduğunda, eldeki mevcut imkânlarla sağlık açısından en iyi çıktıyı almak, sunulan sağlık hizmetinin iyi olduğunun bir göstergesi olacaktır.”<sup>1</sup> Çalışan verimliliğini etkileyen önemli unsurlar arasında; işler ve çalışma koşullarıyla ilgili olarak, çalışan başına düşen hasta sayısının fazlalığı, çalışanların bakım dışı işlerde rol almaları, dokümantasyon işlerinin fazlalığı, iş sağlığı ve iş güvenliğinin yetersizliği, iş yoğunluğu, tükenmişlik ve kurumların geçici istihdam politikaları gibi konular da bulunmaktadır.

Çalışanları işletmenin amaçlarına yönlendirmek, bu amaçları gerçekleştirmek için çalışanları motive etmek, verimli olanları ödüllendirmek, uygulanan sağlık hizmetlerinde yöneticilerin ve sağlık politikalarının çalışanlara daha uygar bir ortam oluşturacak şekilde düzenleme sağlamaları verimlilik artışını sağlayacak temel çözümlerdir.

### **3.SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇÜMLERİ ve YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yaşam kalitesi kavramı başlangıçta kişilerin bireysel yaşam doyumu ile ilişkiliyken zaman içerisinde buna çevrenin de etkili olduğu görüşü ağırlık kazanmıştır. Bireyi çevreyle birlikte değerlendirmekte ölçümü zor bir durumdur. “Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi tek bir sayı (indeks ölçüt) ile ölçülebildiği gibi bir profil ile de ölçülebilir.

#### **1-İndeks Ölçütler;**

- Doğrudan(Görsel Eşdeğerlik Ölçütleri-Tercihe Dayalı Ölçekler) veya

---

<sup>1</sup>S.Durukan -E.Dikmetaş-E.Coşgun, “Bir Kamu Hastanesinde Tıbbi Sekreterlerin İşgücü Verimliliğine

İlişkin Algılamalarına Yönelik Bir Araştırma” Çukurova Üniversitesi, SBE Dergisi, C.20,S.2, Adana, 2011, s.435

- Dolaylı yoldan (birden çok indeks ölçütün toplanmasıyla) ölçülür. En sık kullanılanı görsel eşdeğerlik ölçekleridir.

**2-Profil Ölçütler;** Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin bütününe belirleyen alt bileşenlerden oluşurlar. Profil ölçeklerin genellikle bir toplam puanı yoktur. Bunun yanında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçekleri kullanım açısından; Genel amaçlı ölçekler ve soruna özel ölçekler olarak ikiye ayrılır. Genel amaçlı ölçeklerde kendi aralarında iki alt gruba ayrılırlar:

(i). Tercihe dayalı olmayanlar

(ii). Tercihe dayalı olanlar

Tercihe dayalı olmayanlar grubundaki sağlık profilleri, yaşam kalitesinin değişik yönlerini ölçen tek bir araçtır. Genellikle bunlardan içerdikleri alan sayısı kadar puan elde edilir. Sıklıkla kullanılan SF-36, SF-12, Dünya Sağlık Örgütü Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL), Nottingham Sağlık Profili, Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile) bu gruba örnektirler. Tercihe Dayalı Ölçekler ise Sağlık ekonomisi alanında geliştirilmiş olan teorilere dayanırlar. En sık kullanılanları Quality of Well-BeingScale, EuroQol Instrument (EQ 5-D) ve Health Utility Index (HUI) dir.

**3-Özel Ölçütler;** belirli bir nüfusa özel, belirli bir duruma veya hastalığa özel veya belirli bir işleve özel ölçekler olarak farklılaşırlar. Belirli bir nüfus grubuna özel olanlar için çocuklara (CHQ, Disabkid, KINDL, Pedsqol), yaşlılara (WHOQOL-OLD),ergenlere (Kiddo-KINDL) örnek verilebilir. Bunun yanında hemen her hastalığa (epilepsi, diyabet, romatoid artrit v.b.), duruma (ağrı), işleve (cinsel işlev, emosyonel durum, uyku) özel ölçeklerde bulunmaktadır.”<sup>1</sup>Yaşam kalitesi ölçekleri hem genel sağlıklı bireylerde hem de hastalığı olan özel gruplarda karşılaştırma amaçlı kullanılmaktadır. “Yaşam kalitesi ölçeklerinin oluşturulması ve geliştirilmesi yoğun emek gerektiren bir süreç olduğundan, başkaları tarafından geliştirilmiş, geçerliliği ve güvenilirliği denenmiş ölçeklerin değişik toplumlarda kullanımı yaygınlaşmaktadır. Ayrıca bu yolla farklı toplumlardan elde edilen verilerin

<sup>1</sup> E.Eser, “Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri ve Ölçümü” Sağlıkta Birikim Dergisi, C.1, S.2, Manisa, 2006, s.23



karşılaştırılması da kolaylaşmaktadır. Bununla beraber başka toplumlar üzerinde geliştirilen ölçekleri yeni toplumlara doğrudan uygulamadan önce dikkat edilmesi gereken bazı noktalar vardır. Ölçeklerin yeni toplum ve kültüre uyumlu hale getirilme sürecindeki iki önemli aşama ölçek içeriklerinin, kavram ve dil açısından anlam eşitliğinin sağlanması ile ölçüm özelliklerinin toplum üzerinde denenmesidir.”<sup>1</sup>Anlaşıldığı üzere yapılmış olan çalışmaların sonuç karşılaştırmaları ölçeklerin geçerlik ve güvenilirlikleri doğrultusunda doğru yorumlamaları gün geçtikçe daha iyi sağlanır olacaktır.

Ülkemizde de uluslararası düzeyde yaygın kullanılan bazı ölçeklerin Türkçe’ye çevrilip geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirilmesinin yapılması yönünde çabalar vardır. SF-36 ve WHOQOL-BREF Türkçe’ye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlikleri sınanmıştır.<sup>2</sup> SF-36 alt ölçekleri olan testlerdir. Sekiz alt bileşenden yola çıkıp Fiziksel Kapasite Skoru ve Mental Kapasite Skoru hesaplanır. Bu ortalama değerler karşılaştırmalarda kullanılır. Yaşamda merak ettiklerimiz, bizi etkileyen yaşamımızda önemli etkileri olan etmenleri ortaya çıkarmada geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış anketler yaygın olarak kullanılmaktadır.

---

<sup>1</sup> S.Koltarla, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008, s.15

<sup>2</sup> D.Fidan, “Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Kavramı ve Ölçüm Yöntemleri”, Sağlık ve Toplum Dergisi,

C.13, S.3, Ankara, 2003, s.12

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### MUĞLA HEMODİYALİZ SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA

#### YAŞAM KALİTESİ

##### 1.KATILIMCI PROFİLİ

Verileri oluşturan “Diyaliz Merkezi Çalışanlarının Yaşam Kalitesi ve Buna Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi Anketi” Muğla il merkezi ve ilçelerinde bulunan 7 özel sektör, 5 kamuya ait toplam 12 merkezdeki hemodiyaliz ünitelerinde, hekim ve hemşirelerin oluşturduğu toplam 89 sağlık çalışanından 75’ine uygulanmıştır. Bu rakam, tüm araştırma evreninin yaklaşık % 84’üne karşılık gelmektedir.

Anketin ilk bölümünde sosyo-demografik özelliklere ait veriler mevcuttur. Anketin uygulandığı hemodiyaliz ünitesinde çalışan sağlık personeline ilişkin sosyo-demografik verileri oluşturan yaş, cinsiyet, boy, kilo, meslekteki süre (ay),diyalizdeki çalışma süresi (ay), medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, sigara içiciliği, alkol kullanımı, aylık gelir düzeyi, düzenli spor yapıp yapmadığı, diyaliz sertifikası olup olmadığı, üç aydan daha uzun süren kronik hastalık öyküsü, ailede kronik hastalığın varlığı, üç aydan daha uzun süren ilaç kullanımı öyküsü, sosyal faaliyete katılım ve kamu/özel sektör çalışma yerleri ile ilgili bilgiler aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.

##### 1.1 Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımları

**Tablo 1.Katılımcıların Yaş Durumlarına Göre Dağılımları**

Tablo	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)	Kümülatif(%)
Yaş	20 - 29	20	26,7	26,7
	30 - 39	41	54,7	81,3
	40 - 49	9	12,0	93,3

	50 yaş ve üzeri	5	6,7	100
	Toplam	75	100	

Araştırmaya katılan deneklerin yaşları incelendiğinde; %27'sinin 20-29 yaş aralığında, %55'inin 30-39 yaş aralığında, %12'sinin 40-49 yaş aralığında ve %5'inin ise 50 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Bu veriler diyalizde çalışan hemşirelerin büyük çoğunluğunun 20-40 yaş aralığında olduğunu göstermektedir. Çalışmaya dahil olan deneklerin 2/3'ü özel diyaliz merkezi çalışandır. Bu üniteler genellikle yeni mezun olmuş hemşire çalıştırdıkları için yaş grubu daha genç olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaş faktörü mesleksi deneyimle birlikte kişisel başarı duygusunun da artmasına neden olmaktadır. Orta yaş aralığında daha kontrollü ve deneyimli olmaları, olaylar karşısında daha iyi kararlar verebilmeleri, problem çözme sürecini daha iyi kullanmaları nedeni ile sağlık çalışanlarının çalışma ortamında ortaya çıkabilecek olumsuzluklara karşı baş etme yöntemlerini daha etkin kullandıkları söylenilebilir.

## 1.2 Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları

**Tablo 2. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları**

Tablo	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)	Kümülatif(%)
Cinsiyet	Kadın	68	90,	90,7
	Erkek	7	9,3	100,0
	Toplam	75	10	

Çalışmaya dahil olan katılımcıların % 90.7'si (n=68) kadın, % 9.3'ü (n=7) erkektir. Bu sonuçlar tüm dünyada yaygın olarak sağlık hizmetlerinin uygulayıcılarının kadın olduğu gerçeğiyle örtüşmektedir. Genel anlayış hemşireliğin bayan mesleği olduğu yönünde olsa da son yıllarda tüm dünyada ve doğaldır ki ülkemizde de hemşirelik hizmetleri bayanların tekelinden çıkmaya başlamıştır. Erkeklerde en az kadınlar kadar bu mesleği uygulama becerisi göstermektedir. Hemşirelik okullarında erkeklerinde dahil olduğu sınıfların sayısı her geçen gün artmaktadır. Her ne kadar hemşirelik hizmetlerini sunan kişilerin bayan olması yönünde bir eğilim olsa da, hastalar genel sağlıklarını ilgilendiren girişim gerektiren

müdahalelerde, empati yapabilme yetileri daha fazla olan ve bu işte yeterli deneyim sahibi olan çalışanları tercih etmek isteyebilirler. Bu durumda da cinsiyetin önemi pek kalmayacaktır.

### 1.3 Katılımcıların Vücut Ağırlıklarına Göre Dağılımları

**Tablo 3. Katılımcıların Vücut Ağırlıklarına Göre Dağılımları**

Tablo	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)	Kümülatif(%)
Vücut Ağırlıkları(kg)	46-55 kg	19	25,3	25,3
	56-65 kg	33	44	69,3
	66-75 kg	10	13,3	82,7
	76 kg ve üzeri	13	17,3	100
	Toplam	75	100,0	

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, 2010 yılı ortalama kilo erkeklerde 75.8, kadınlarda 66.9 dur.<sup>1</sup> Türkiye ortalaması ile ankete katılanlar arasında farklılık görülmektedir. Büyük çoğunluk %44 ile 56-65 kg. arasındadır, bunu %25,3 ile 46-55 kg. takip etmektedir. Aşağıda da belirtileceği üzere düzenli spor yapma ile ilgili soruya cevap evet cevabı verme oranı 31 kişi ile %41'dür. Bu durum düşük kilolu olma oranıyla paraleldir. Ama düzenli spor yapma oranı %41 iken 44-65 kg arası toplamda %69 'u bulmaktadır. Bu oranla ünitadaki sağlık çalışanlarının efor sarf ederek çalıştıkları düşünülebilir.

### 1.4 Katılımcıların Meslekteki Sürelerine Göre Dağılımları

**Tablo 4. Katılımcıların Meslekteki Sürelerine Göre Dağılımları**

Tablo	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)	Kümülatif(%)
Meslekteki Süre (yıl)	1 yıl ve daha az	6	8,0	8,0
	2-5 yıl	10	13,3	21,3
	6-10 yıl	13	17,3	38,7
	11 yıl ve üzeri	46	61,3	100,0

<sup>1</sup> ....., Türkiye Boy Ortalaması 2014, <http://www.hayatrehberiniz.com/turkiye-boy-ortalamasi-2014- erkek-kadin-bayan-7619> (12/07/2014)

	Toplam	75	100,0	
--	--------	----	-------	--

Hemodiyaliz tedavisi süreklilik arz eden bir tedavi şekli olduğundan hastaların üniteye bağımlılıkları söz konusudur. Bu süreklilik durumu hastalarda sabit düzen isteğini doğurur. Tedavilerini üstlenen kişilerin her seans mümkünse aynı kişi olmalarını isterler. Hemodiyaliz hizmeti aynı zamanda kalifiye çalışmayı gerektirir. Bu sebeplerle sabit, çalışan eleman bulma gerekliliği kaçınılmazdır. Çalışan kişilerinde zaman içinde üniteye ve çalışma düzenine bir bağımlılıkları olur. Bu süreçte kişiler uzun yıllar diyaliz çalışmasında bulunurlar. Tabloda ortaya çıktığı gibi 11 yıl ve üzeri çalışan kişi sayısı %61,3 ile ağırlıktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun ileri yaş grubunda olmamasına rağmen meslek tecrübelerinin fazla olması erken yaşlarda mesleğe başlamış olmalarına, aynı zamanda lisans ve yüksek lisans sahibi personelin nispeten az olmasına bağlıdır.

### 1.5 Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları

**Tablo 5. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları**

Tablo	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)	Kümülatif(%)
<b>Medeni Durum</b>	Evli	47	62,7	62,7
	Bekar	20	26,7	89,3
	Boşanmış	5	6,7	96,0
	Dul	3	4,0	100,0
	Toplam	75	100,0	

Araştırmada yer alan bir diğer değişken “medeni durum” dur. Çalışmaya dahil edilen katılımcılardan %63’ü (n=47) evli, %27’si (n=20) bekar, %7’si (n=5) boşanmış ve %4’ü (n=3) duldur. Büyük çoğunluğunun evli olduğu ve bekar olanların azınlıkta olduğu görülmektedir. Evli olanların düzenli bir hayat yaşaması ve iş hayatı dışında da sorumluluklarının olması nedeniyle daha az tükenme yaşadıkları söylenebilir. “Bekarlar boşanmışlardan bile daha fazla tükenmişlik sergileyebilmektedirler.”<sup>1</sup> Bu çalışmada evlilerin çoğunlukta olması, çalışanların

<sup>1</sup> G.Dolu, Onkolojide Çalışan Hekimlerde Tıbbi Sosyal Çalışma Açısından Tükenmişlik Sendromunun Araştırılması, İstanbul Üniversitesi, SABE, YYLT, İstanbul, 1997, s.10

yaşam kalitesini olumlu olarak etkilemektedir. Evli çalışanların iş yaşantısına ait stres faktörlerinin yanında ev yaşantısında üstlendikleri roller, çoğunun çocuk sahibi olması ebeveyn olmanın getirmiş olduğu sorumlulukları beraberinde getirmektedir. Evli çalışanların bekâr çalışanlara göre daha fazla sorumlulukları vardır. Ancak, hayatın getirdikleri ile edinilen tecrübeler bireylerin tahammül düzeylerini yükseltmektedir. Bu nedenle yaşam kalitesi bakımından evli olanların daha iyi oldukları söylenebilir.

### 1.6 Katılımcıların Çocuk Sayılarına Göre Dağılımları

**Tablo 6. Katılımcıların Çocuk Sayılarına Göre Dağılımları**

Tablo	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)	Kümülatif(%)
Çocuk Sayısı	Yok	26	34,7	34,7
	1	29	38,7	73,3
	2	19	25,3	98,7
	3	1	1,3	100,0
	Toplam	75	100,0	

Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%65) çocuk sahibi olduğu, büyük oranda da %39 ile 1 çocuk sahibi oldukları görülmektedir. Çocuksuz olanların oranı %35 dir. Bu durumda, çalışanların yoğun işleri ve evlilik yaşantıları yanında büyük sorumluluk gerektiren çocuklu aileler oldukları görülmektedir. Yaptığımız örneklem bölgesi olan Muğla'da çalışma şartlarının ağırlığı ve saatlerinin uygunsuzluğu ve de maddi olanakların kısıtlı oluşu, çalışanların yeterince ailelerine vakit ayıramaması çalışanların tek çocuklu kalmalarına sebep gösterilebilir. Yine 20-30 yaş arası %30 oranındaki genç kesim çocuk sahibi olmayan % 35'lik dilime katkıda bulunmaktadır.

### 1.7 Katılımcıların Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımları

**Tablo 7. Katılımcıların Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımları**

Tablo	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)	Kümülatif(%)
Öğrenim Durumu	Lise	20	26,7	26,7
	Önlisans	21	28,0	54,7
	Lisans	30	40,0	94,7

	Yüksek Lisans	4	5,3	100,0
	Toplam	75	100,0	

Araştırma içerisinde yer alan bir diğer demografik değişken de “öğrenim durumu”dur. Öğrenim durumları incelendiğinde; % 40’ının lisans,%21’inin ön lisans, %20’sinin lise mezunu olduğu Tablo.7’de görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun lisans veya ön lisans mezunu olduğu açıktır. Bu şartların ortaya çıkmasında öncelikle katılımcıların yaş gruplarının ağırlıklı olarak genç ve orta yaştan oluşması etkindir. Bununla birlikte son yıllarda hemşirelere tanınan lisans tamamlama programları ile uzaktan eğitim imkanı verilmesi, lisans tamamlayan hemşirelere yüksek hemşire ünvanının verilmiş olması, eğitim durumlarına göre maaş ve nöbet ücretlerinin artması da teşvik edici olmuştur. Kişilerin mesleki ve akademik kariyer yapma ve daha iyi pozisyonlara gelme isteği yine lisans tamamlama sebebidir. Mesleki kalite ve standartlarının yükseltilmesi iyi bir eğitim sonucudur. Eğitim düzeyi arttıkça kişilerin olaylara bakış açısı değişmekte, işlerine karşı daha az olumsuz duygu geliştirmektedirler. Daha çok yaptıkları işin kalitesiyle ilgilenmektedirler. Hemodiyaliz ünitesinde görev yapan çalışanların eğitimlerine önem verdikleri söylenebilir.

### 1.8 Katılımcıların Sigara Kullanım Durumlarına Göre Dağılımları

**Tablo 8. Katılımcıların Sigara Kullanım Durumlarına Göre Dağılımları**

Tablo	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)	Kümülatif(%)
<b>Sigara Kullanımı</b>	Yok	36	48	48
	Var	39	52	100
	Toplam	75	100	

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2012 yılına ilişkin Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'nın sonuçlarına göre; sigara içme oranı genel ortalama %27 iken erkeklerde % 41.4, kadınlarda %13.1'dir.<sup>1</sup>Tablo 8 ise araştırma grubunda %52 ile büyük bir çoğunluğun sigara alışkanlığı olduğunu göstermektedir. Grupta alışkanlık oranının yüksek oluşu, stres faktörlerinin çok oluşuna bağlanabilir. Gerek nöbet

<sup>1</sup>.....,Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2012,  
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142> (24/08/2014)

sistemli gece çalışmalarının oluşu gerekse çalışılan ortamın ve işin vicdani ve hukuki yaptırımlarının oluşu işin stres faktörünü yüksek tutmaktadır. Bunun sonucunda kişiler ilgilerini başka yöne ya da dikkat dağıtmayı sağlayacak alışkanlıklara çevirmektedirler. Sigara kullanım alışkanlığı, kişilerin sağlıklarını olumsuz etkileyecek etkilerde bulunmasına ve bunun bilinir olmasına rağmen, yine de büyük oranda kullanım fiziksel ve maddesel anlamda bağımlılığa bağlı devam etmektedir.

### 1.9 Katılımcıların Aylık Gelir Durumlarına Göre Dağılımları

**Tablo 9. Katılımcıların Aylık Gelir Durumlarına Göre Dağılımları**

Tablo	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)	Kümülatif(%)
Aylık Gelir (TL)	<1000	5	6,7	6,7
	1000-2000	48	64,0	70,7
	2001-3000	17	22,7	93,3
	>3000	5	6,7	100,0
	Total	75	100,0	

Anket sonuçlarında gelir düzeylerine bakıldığında; 1000 TL nin altında ücret alan 5 kişi %7 oranında,1000-2000 TL arasında ücret alan 48 kişi %64 oranında, 2000-3000 TL ücret alan 17 kişinin %23 oranında, 3000 TL nin üstünde ücret alan 5 kişinin de %7 oranında olduğu görülmüştür. Grup içerisinde en fazla dağılım %64 ile 1000-2000 TL dir. Bu ücret miktarı asgari ücretin üzerinde olmasına rağmen yine de yeterli gelir seviyesinde değildir. Sağlık alanında çalışıp üstelik hemodiyaliz gibi yüksek riskli birimlerde çalışanların bu ücrete tabi oluşlarının sebebi, Muğla ilinde yetersiz iş imkanlarının olması ve de hükümetlerce belirlenen düşük ücretlerle kişileri çalışmaya zorlamak olabilir. Bu kadar önemli bir alanda çalışanların ücretlerine ait bu tespitler üzücüdür.

### 1.10 Katılımcıların Ek Hastalık Durumlarına Göre Dağılımları

**Tablo 10. Katılımcıların Ek Hastalık Durumlarına Göre Dağılımları**

Tablo	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)	Kümülatif(%)
Ek Hastalık	Yok	65	86,7	86,7



	Var	10	13,3	100,0
	Toplam	75	100,0	

Çalışmada yer alanlardan, 65 kişi %87 oranında kendisinde uzun süreli bir hastalığın bulunmadığını, 10 kişi %14 de ek bir hastalıkları olduğunu belirtmişlerdir. Durum hem çalışanların yaş ortalamalarının düşük oluşundan hem de bu kişilerin başka hastaların sorunlarını gördükçe kendi sağlıklarıyla daha yakından ilgilenmeleri sebebiyle olabilmektedir. Bir yandan çalışılan bölgenin de çevre faktörleri açısından temiz, sakin, ulaşım sorunu olmayan, insanların doğaya daha yakın durabildiği özelliklerde oluşu kişilerin sağlığını olumlu etkileyen etmenlerden olmaktadır. Sağlık çalışanlarından ek hastalığa sahip olanların %14'ü yaş grubu itibariyle orta yaş grubunda yer aldığından mevcut hastalıklarının çevre faktörlerine, mesleki risk faktörlerine bağlı veya genetik hastalıklarına bağlı sebepler olabileceği düşünülmüştür. Bu kişilerin mevcut hastalıkları çalışmalarına engel teşkil etmemektedir.

### 1.11 Katılımcıların İlaç Kullanım Öyküsüne Göre Dağılımları

**Tablo 11. Katılımcıların İlaç Kullanım Öyküsüne Göre Dağılımları**

Tablo	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)	Kümülatif(%)
İlaç Kullanım	Yok	59	78,7	78,7
	Var	16	21,3	100,0
	Toplam	75	100,0	

Tablo 11.de yer alan ilaç kullanım öyküleri sonuçları bir önceki tablo 10.da yer alan ek hastalık öyküsüyle paraleldir. İlaç kullanmak zorunda olan 16 kişi % 22'lik bir dilimi oluşturmaktadır. Bu da ek hastalığa sahip olan %14'lük kesimden kaynaklanmaktadır. Bu durum ilaç kullanmayan %79'luk kesimde yine genç-orta yaş çalışanların daha yüksek oranda çalışmaya katılmasıyla açıklanabilir. Çalışanların sağlıklı olması ve ilaç kullanmama alışkanlıkları çevrede toplum bilinci oluşturma açısından güzel bir örnektir. Böylece hizmet verdikleri hastalıklı kesimi ve de dolayısıyla hasta yakınlarını gereksiz ilaç kullanımını engellemek amacıyla eğitici olacaklardır. Çevrenin bilinçli değişimi kişinin önce kendisinden başlamalıdır.

### 1.12 Katılımcıların Sosyal Faaliyet Durumlarına Göre Dağılımları

**Tablo 12. Katılımcıların Sosyal Faaliyet Durumlarına Göre Dağılımları**

Tablo	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)	Kümülatif(%)
Sosyal Faaliyet	Yok	19	25,3	25,3
	Var	56	74,7	100,0
	Topla	75	100,0	

Araştırmaya katılan sosyal faaliyetlere katıldığını belirten 56 kişi %75'lik bir çoğunluğu oluşturmaktadır. Bu rakam, birey olarak yaşamın gerektirdiği sosyalleşme ihtiyacı açısından büyük bir kesimin bilinçli olduğunu ve bu ihtiyaçlarını giderdiklerini göstermektedir. Bu durumda eğitilmiş, bilinçli, sosyal varlık gösteren bireylerin çalışmada yer aldıklarını ortaya koymaktadır. Kişiler kendilerine vakit ayırdıkça mutlu ve yaşam doyumları iyi olan bireyler haline geleceklerdir. Bu durumda hem ailelerine hem de hizmet verdikleri hasta kesimine olumlu yansımaktadır.

### 1.13 Katılımcıların Kamu/Özel Çalışma Durumlarına Göre Dağılımları

**Tablo 13. Katılımcıların Kamu/Özel Çalışma Durumlarına Göre Dağılımları**

Tablo	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)	Kümülatif(%)
Çalışma Yeri	Kamu	25	33,3	33,3
	Özel	50	66,7	100,0
	Toplam	75	100,0	

Çalışma Muğla ilinde hizmet veren özel ve kamu hemodiyaliz ünitelerini kapsamıştır. Bu ünitelerde ankete katılan toplam 75 kişiden 25 kişi (% 34 'ü) kamuda çalışanları,50 kişi (%67'si) özelde çalışanları oluşturmaktadır. Bu iki kurum arası çalışan farkı özel merkezlerin sayısının (7 özel merkez) kamuya ait (5 merkez) ünitelerden daha fazla oluşuna bağlanmıştır. Aynı zamanda özel ve kamuya ait hasta

sayıları da değişiklik gösterdiğinden, özel sektörde hastanın fazla oluşuna bağlı olarak, çalışanların sayıları daha fazladır.

## **2.KATILIMCILARIN SF-36 YAŞAM KALİTESİ ANKETİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMELERİ**

Anketin ikinci bölümünde evrensel geçerliliği olan SF-36 anketi uygulanmıştır. 36 sorudan oluşan bu ankette fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlülüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlülüğü ve mental sağlık durumları ölçülmektedir. Bunların ilk dört parametre fiziksel kapasite skorunu, sonraki dört parametre mental kapasite skorunu göstermektedir. Fiziksel komponent ve mental komponent skoru Ek.2 de gösterildiği gibi hesaplanmıştır.

### **2.1 Yaşa Göre Mental Kapasite Skoru(MCS) ve Fiziksel Kapasite Skoru(PCS) Karşılaştırmaları**

**Tablo14. Yaşa Göre Mental Kapasite Skoru(MCS) ve Fiziksel Kapasite**

	<b>Yaş&lt;34 (n=34)</b>	<b>Yaş&gt;34 (n=41)</b>	<b>P değeri</b>
<b>MCS(ortalama±SD)</b>	37.16±9.12	38.70±10.01	0.762
<b>PCS(ortalama±SD)</b>	37.04±8.75	38.79±9.56	0.729

#### **Skoru (PCS) Karşılaştırmaları**

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların yaş ortalaması 33.7 olarak bulunmuştur. Buna göre yaşı 34'ün altında ve üstünde olanlar diye grubu ikiye ayırarak inceleme yapıldığında 34 yaşın altında 34 kişi ve 34 yaşın üzerinde 41 kişinin olduğu saptanmıştır. Yaşı 34'ün altında ve üstünde olan katılımcıların MCS ve PCS değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel fark saptanmamıştır. Bu da diyaliz çalışanlarının hem mental çalışma kapasite hem de fiziksel kapasitelerinin yaştan etkilenmediği anlamına gelmektedir. Genel kanı olarak, özellikle fiziksel kapasitenin yaşla birlikte azalması beklenmektedir. Ancak ankete katılan grubun yaş ortalamasının düşük olması nedeniyle bu azalmanın görülmediği düşünülmektedir.

## 2.2 Cinsiyete Göre MCS ve PCS Karşılaştırmaları

Tablo 15. Cinsiyete Göre MCS ve PCS Karşılaştırmaları

	Erkek (n=7)	Kadın (n=68)	P değeri
MCS(ortalama)	41.50±12.51	37.64±11.41	0.655
PCS(ortalama)	46.14±12.19	37.16±9.71	0.299

Çalışmaya dahil olan katılımcıların 68'i kadın ve 7'si erkektir. İki grubun fiziksel ve mental kapasitelerinin karşılaştırılmasında, özellikle fiziksel kapasite skorlarında daha büyük olmak üzere ortalama değer olarak fark olduğu halde bu fark istatistiksel anlamlık göstermemektedir. Fiziksel yapı itibari ile erkeklerin fiziksel kapasitelerinin daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Bu farkın anlamlı çıkmaması, iki grubun katılımcı sayılarının birbirine yakın olmamasından kaynaklanabilir. Özellikle kronik hastalıklardan muzdarip hastalar, tedavileri için yapılacak girişimleri, empati yapabilen ve deneyimi olan kişilerin üstlenmesini talep etmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de tedavi girişimleri daha ağırlıklı olarak bayan hemşireler tarafından sürdürülmektedir. Ancak son yıllarda hem ülkemizde hem de diğer ülkelerde de tedavi uygulayıcıları olarak erkeklerin de sayısı giderek artmaktadır

## 2.3 Medeni Duruma Göre MCS ve PCS Karşılaştırmaları

Tablo 16. Medeni Duruma Göre MCS ve PCS Karşılaştırmaları

	Evli (n=48)	Bekar, dul, boşanmış (n=27)	P değeri
MCS(ortalama)	36.55±8.61	40.57±11.16	0.443
PCS(ortalama)	35.70±7.73	42.09±10.67	0.223

Çalışmaya dahil edilenlerin 48'i evli, 27'si bekar, dul veya boşanmıştır. Gruplar karşılaştırıldığında hem MCS hem de PCS skorlarında istatistiksel fark saptanmamıştır. Çoğu çalışmada medeni durum, özellikle evliler için, fiziksel kapasite üzerine etkisi olan bir parametredir. Bu çalışmada istatistiksel fark çıkmaması, bu grubun ilgilendiği hasta topluluğu sebebiyle olabilir. Diyaliz hastaları haftanın üç günü ve günün 4-5 saatini diyaliz merkezlerinde geçirmektedir. Hastaların sağlık problemlerinin yanında pek çok sosyal problemi de diyaliz çalışanları ile paylaşılmaktadır. Bu vesile ile bu hastalar ve diyaliz çalışanları aile gibi olmaktadır. Bu da mental fiziksel kapasitenin medeni durumdan etkilenmediğini düşündürmektedir.

#### 2.4 Çocuk Sayısına Göre MCS ve PCS Karşılaştırmaları

**Tablo 17. Çocuk Sayısına Göre MCS ve PCS Karşılaştırmaları**

	Var (n=49)	Yok (n=26)	P değeri
<b>MCS(ortalama)</b>	36.74±7.26	40.37±8.94	0.494
<b>PCS(ortalama)</b>	37.29±8.01	39.35±8.56	0.697

Çalışmaya dahil olanların 49'unun çocuğu var iken 26'sı çocuk sahibi değildir. Çocuğu olan ve olmayan gruplar MCS ve PCS skorları karşılaştırıldığında istatistiksel fark saptanmamıştır. Bu durum çocuk sahibi olma ve olmama durumlarının gerek fiziksel gerek mental açıdan olumlu ya da olumsuz değişiklik yaratmadığını düşündürmektedir.

#### 2.5 Eğitim Durumuna Göre MCS ve PCS Karşılaştırmaları

**Tablo 18. Eğitim Durumuna Göre MCS ve PCS Karşılaştırmaları**

	Lise (n=20)	Önlisans (n=21)	Lisans (n=30)	Yükseklisans (n=4)	P değeri
<b>MCS (ortalama)</b>	40.70±9.13	39.05±10.10	33.95±7.78	49.38±11.40	0.479

<b>PCS</b> <b>(ortalama)</b>	37.30±8.36	45.02±11.04	34.22±6.91	33.00±7.45	0.345
---------------------------------	------------	-------------	------------	------------	-------

Çalışmada yer alanların 20'si lise mezunu, 21'i önlisans, 30 kişi lisans ve 4 kişi yüksek lisans mezunudur. Özellikle yüksek lisans yapan kişilerin MCS skoru önemli oranda yüksektir. Ancak bu yükseklik istatistiksel anlamlılıkta değildir. Yüksek lisans yapmış kişi sayısı sadece 4 olduğu için bu farkın istatistiksel anlamlılık kazanmadığını düşünülmüştür. Bu sayının diğer gruplar ile benzer olduğu bir değerlendirmede eğitim durumu istatistiksel fark yaratabilecektir. Özellikle mesleki tatmin açısından insanların eğitimlerini tamamlamış olmaları mental kapasitelerine etki yapabilmekte ve bu etki hayat kalitesine de yansiyabilmektedir.

## 2.6 Gelir Durumuna Göre MCS ve PCS Karşılaştırmaları

**Tablo 19. Gelir Durumuna Göre MCS ve PCS Karşılaştırmaları**

	<1000 TL (n=5)	1000-2000 TL (n=48)	2001-3000 TL (n=17)	>3000 TL (n=5)	P değeri
<b>MCS</b> <b>(ortalama)</b>	32.60±6.54	36.22±8.11	42,79±10.47	44.20±10.73	0.603
<b>PCS (ortalama)</b>	57.10±12.61	34.27±7.39	40.09±9.76	47.60±10.96	0.095

Gelir durumu her anlamda insanın yaşam şeklini etkileyen bir parametredir. Bu sebeple çalışanların gelir durumlarına göre yapılmış olan bu değerlendirmede 1000 TL'nin altında ücret karşılığı çalışan 5 kişi, 1000-2000 TL arasında 48 kişi, 2001-3000 TL arasında 17 kişi ve 3000 TL'nin üzerinde 5 kişinin olduğu tespit edilmiştir. Bu gruplar kendi aralarında değerlendirildiğinde MCS ve PCS skorları arasında istatistiksel anlamlılıkta fark olmadığı saptanmıştır. Ortalama skora bakıldığında kazanılan ücret arttıkça mental skorunda arttığı ancak bu artmanın istatistiksel fark yaratmadığı saptanmıştır.

## 2.7 Kamu ve Özelde Çalışanların MCS ve PCS Karşılaştırmaları

Tablo 20. Kamu ve Özel Çalışanların MCS ve PCS Karşılaştırmaları

	Kamu (n=25)	Özel (n=50)	Toplam (n=75)	P değeri
<b>MCS (ortalama)</b>	44.52±11.0	46.24±9.12	45.64±9.69	0.188
<b>PCS (ortalama)</b>	49.11±6.93	49.25±6.86	49.21±6.86	0.989

Çalışmaya dahil olan katılımcıların çalıştıkları kurumlara göre MCS ve PCS ortalamaları ayrı ayrı değerlendirildiğinde; kamuda çalışanların MCS değeri: 44.52±11.0, özel kurumda çalışanların MCS değeri: 46.24±9.12 olarak bulunmuş ve bu değerler arasında istatistiksel fark saptanmamıştır (p=0.188). Fiziksel skor değerleri kamuda çalışanların: 49.11±6.93 olarak hesaplanırken, özelde çalışanların PCS değeri: 49.25±6.86 olarak hesaplanmış ve bu iki değer karşılaştırıldığında istatistiksel fark saptanmamıştır (p=0.989). Tüm çalışmaya dahil edilen katılımcıların MCS değeri: 45.64±9.69 ve PCS değeri: 49.21±6.86 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlara bakıldığında diyaliz hizmeti veren sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurumun niteliğinin yaşam kalitesini hem fiziksel açıdan hem de mental açıdan etkilemediği görülmüştür. Diyaliz hizmetlerinin standartlarının çok uzun bir liste halinde belirlenmiş olması ve tüm kurumların bu standartlara uygun bir hizmet kalitesini sunması gerekliliği buna sebep olarak düşünülmüştür.

Yaşam kalitesi ile ilgili değişkenlere ait tüm bulgular çalışma sonuçlarında değerlendirilmiştir. Sağlık sektörüne ait çalışma ortamları genel itibariyle yoğun, yıpratıcı alanlardır. Yaşam kalitesi çalışmalarına bakıldığında diğer hizmet birimlerinin yaşam kalitesi ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Sağlık sektöründe özellikle ve kronik birim çalışanlarının yaşam kalitesine ait genel ortalamalarının diğer gruplardan da düşük olduğu düşünülmektedir. Bu konudaki hakim kanılar her çalışma özelinde ayrı ayrı değerlendirilmesi gereken konulardır.

## SONUÇ

Sağlık hizmetleri bireye özgü ve çoğu zaman acildir, çabuk müdahale etmeyi gerektirir. Yapılacak basit hatalar bazen ölümle sonuçlanabilir. Dikkat, bilgi ve beceri gerektiren işler kişiler üzerinde iş stresine yol açıp, iş veriminde azalmaya sebep olabilir. Yapılan işlerde uzun mesai saatleri, vardiyalı çalışma, nöbet tutma kişileri fiziksel ve ruhsal açıdan olumsuz etkileyecektir. İş yerinde ekip çalışmasının gerektiği durumlarda çalışanlar arası uyumsuzluk ve çatışmalarda olumsuz durum yaratırlar.

Aylık gelir düzeyi artışı, yasal kabul edilmiş çalışma saatlerinde hizmet beklenmesi, çalışma ortamının fizik yapısının işe uygun ve kişi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde düzenlenmiş olması sağlık çalışanlarının motivasyonunu olumlu etkileyecektir. İş dışındaki sosyal paylaşımlar, aile içi huzur ve uyum, kişinin kendine vakit ayırabilmesi yaşam kalitesini arttıran nedenlerdir.

Hemodiyaliz biriminde verilen hizmetler hastaya özel davranmayı gerektirir, her hastanın tedavisi farklılık gösterir. Verilen hizmetin büyük çoğunluğu hasta ölünceye kadar devam edeceğinden hasta ile çalışan birbirlerini sosyal çevreleriyle birlikte tanımaya başlar. Bu işin çalışanları hastayı kendi ailelerinden biri gibi görüp yakınlık kurarlar, hastada bu ilgiyi görüp mutlu olur. Hastanın ruhsal ve sosyal yönden desteği bu şekilde sağlanırken yapılan işin tıbbi basamakları atlanmadan kaliteli hizmet verilmesi hastanın fiziksel açıdan tedavi edilmesini sağlar.

Hemodiyaliz tedavisi; kamu kurumlarında ve özel sektörde verilen hizmetler olarak ayrılmıştır. İlginç olarak hem özel merkezlerde hem de kamu kurumlarında sağlık çalışanların yaşam kalitesi düşük saptanmıştır. Durumun her iki kurumunda kendine ait çalışma şartlarından kaynaklanmış olduğu düşünülmüştür. Özel sektör çalışanlarının daha iyi ekonomik şartlara sahip olmalarına rağmen daha fazla çalışma saati ve daha az izin sürelerine sahip olduğu, kamu çalışanlarının ise daha kötü



fiziksel çalışma şartları ve daha kötü ekonomik şartlarda çalışmakta oldukları saptanmıştır.

Diyaliz çalışanları yaşam kalitesi değerlendirme çalışmasında; çalışanların özel yaşantılarını etkilediği düşünülen parametrelerin (medeni hali, çocuk sayısı, alışkanlıkları, sosyal hayatı, kronik hastalıklar, maddi durum) yaşam kalitesini mental ve fiziksel açıdan etkilemediği görülmüştür. Benzer şekilde çalışanların yaş, kilo ve cinsiyetleri gibi fiziksel özelliklerinin yaşam kalitelerini etkilemediği görülmektedir. Bunun yanında özellikle sağlık çalışanları için önemli bir konu olan iş deneyimi (diyalizde çalışma süreleri, sertifikası olması) konusunun da fiziksel ve mental açıdan yaşam kalitesini etkilemediği görülmektedir. Daha önce benzer bir karşılaştırılmaya maruz kalmamış olan çalışanların çalıştıkları kurumlara göre yapılan karşılaştırmasında da yaşam kalitesinin beklenin tersine farklı olmadığı saptanmıştır. Bunun temelini; genel olarak diyaliz hasta popülasyonunun sürekli aynı hastalardan oluşması, benzer hizmetlerin sunulması ve bu hizmetlerin genel standartlarının denetleme kurulları tarafından sabitlenmiş olması oluşturur.

Yapılan çalışmada varsayımların değerlendirilmesi ise şu şekildedir:

-“ (i.) **Çalışanların özel yaşantıları incelendiğinde; medeni hali bekar olanların yaşam kaliteleri daha düşüktür.**”:Bu varsayım tutarsız çıkmıştır. Medeni hal ile hemodiyaliz sağlık çalışanlarına ait yaşam kaliteleri arasında bir ilişki saptanmamıştır. Kişilerin evli ya da bekar oluşlarının fark yaratmaması; işte aynı fiziksel kapasiteyi göstermeleri, mental kapasitelerinin de her iki grup çalışanlarında hastalara aynı ilgi ile yaklaşmaları nedeniyle farklı çıkmamıştır şeklinde açıklanabilir.

-“(ii.) **Çocuk sahibi olanların yaşam kaliteleri çocuk sahibi olmayanlara göre daha düşüktür.**”: Bu varsayım tutarsız çıkmıştır. Çocuk sahibi olanlar ile olmayanların işte gösterdikleri performans aynı olduğundan kişilerin fiziksel ve mental kapasiteleri açısından yaşam kalitelerine olumlu ya da olumsuz bir etki saptanmamıştır.

-“(iii.) Sağlık çalışanlarında maddi durum yetersizliği yaşam kalitesini hem mental hem de fiziksel olarak azaltmaktadır.”: Bu varsayım tutarsız çıkmıştır. Bu varsayıma göre kişilerin gelir durumları ile fiziksel ve mental düzeyleri karşılaştırıldığında; gelir durumu yüksek olanların mental düzeylerinin daha iyi olduğu fakat fiziksel kapasiteye herhangi bir olumlu etkinin olmadığı tesbit edilmiştir. Bu da gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark yaratmamıştır. Kişilere ait gelir yükseklikleri bazı sorunların çözümünü sağlamakta bu da çalışanların daha huzurlu olmalarına, en azından bir kısım sorunlarının üstesinden gelmelerine aracılıdır.

-“(iv.) Çalışanların yaşı daha yüksek olanlarında yaşam kalitesi daha düşüktür.”: Bu varsayım tutarsız çıkmıştır. Genel inanış ve beklenti yaşın ilerlemesiyle fiziksel kapasitenin azalması bununla paralel olarak mental kapasitenin de azalma eğiliminde olmasıdır. Çalışmanın yapıldığı grupta gerek çalışanların işe eşit ilgileri gerekse çalışan grubun yaş ortalamasının genç-orta yaş grubunda olması nedeniyle istatistiksel bir farklılık ortaya çıkmamıştır.

-“(v.) Kadın cinsiyete sahip olanların yaşam kaliteleri fiziksel ve mental yönden kısıtlı olduğundan yaşam kaliteleri daha düşüktür.”: Bu varsayım tutarsız çıkmıştır. İki grubun fiziksel ve mental kapasitelerinin karşılaştırılmasında, özellikle fiziksel kapasite skorlarında daha büyük olmak üzere ortalama değer olarak fark olduğu halde bu fark istatistiksel anlamlılık göstermemektedir. Fiziksel yapı itibarı ile erkeklerin fiziksel kapasitelerinin daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Bu farkın anlamlı çıkmaması, iki grubun katılımcı sayılarının birbirine yakın olmamasından kaynaklanabilir.

-“(vi.) Çalışanların eğitim durumları arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır.”: Bu varsayım tutarsız çıkmıştır. Bu çalışmada aslında eğitim açısından kişiler kendilerini donanımlı hale getirdikçe ve de eğitim düzeylerini yükselttikçe mental kapasitelerinin arttığı tesbit edilmiştir fakat çalışmaya dahil olan grupta bu kişilerin sayısının az oluşu istatistiksel fark yaratmamıştır. Özellikle mesleki tatmin açısından insanların eğitimlerini tamamlamış olmaları mental kapasitelerine etki yapabilmekte ve bu etki hayat kalitesine de yansıtılabilmektedir.

**-(vii.) Çalışanların kamu kesiminde olanlarının yaşam kalitesi özel sektörde çalışanlara göre daha yüksektir.":** Bu varsayım tutarsız çıkmıştır. Genel görüş itibariyle kamu kesiminde çalışma şartlarının daha esnek olduğu ve rahat çalışma düzenine sahip olunduğudur. Hemodiyalize ait çalışma ortamları gerek özel gerekse kamuda aynı şartlara tabidir. Bu sonuçlara bakıldığında diyaliz hizmeti veren sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurumun niteliğinin yaşam kalitesini hem fiziksel açıdan hem de mental açıdan etkilemediği görülmüştür. Diyaliz hizmetlerinin standartlarının çok uzun bir liste halinde belirlenmiş olması ve tüm kurumların bu standartlara uygun bir hizmet kalitesini sunması gerekliliği buna sebep olarak düşünülmüştür.

Çalışmada saptanmış olan yaşam kalitesine ait değişkenlerin sağlık çalışanlarındaki etkileri, sağlık sektöründeki farklı gruplarla daha geniş ölçekli değerlendirildiğinde sonuçlara ait net bilgiler ortaya konabilecektir. Bu konudaki hakim kanılar her çalışma özelinde ayrı ayrı değerlendirilmesi gereken konulardır.

## KAYNAKÇA

- Acaray, A., Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi ve Hasta Yakınlarının Hastalara İlişkin Algıladıkları Yaşam Kalitesi Görüşleri ile Karşılaştırılması, Marmara Üniversitesi, SABE, YYLT, İstanbul, 2003
- Adair, J., Etkili Motivasyon, (Çev.S.Uyan), İstanbul, 2003
- Akça, N.K,-Doğan, A., “Hemodiyaliz Hastalarının Diyaliz Sonrası Yaşadığı Sorunlar ve Evde Bakım Gereksinimleri” Bozok Tıp Dergisi, C.1, S.1, Ankara, 2011
- Akpolat,T.- Utaş,C., Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı, Kayseri, 2001
- Alkış, S.,“Coğrafya Eğitiminde Yükselen Paradigma: Sürdürülebilir Bir Dünya” Marmara Coğrafya Dergisi, S.15, İstanbul, 2007
- Arık, N.- Dilek, M., Böbrek Yetmezliği İle Yaşamak, İstanbul, 2010
- Aslan, D., “Toplumun Sağlıklı Beslenmesi İle İlgili Hekimler İçin Uygulanabilir Öneriler” Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar, Ankara, 2009
- Aslan, H.- Aslan, O.- Kesepara, C.- Alparslan, Z. N.- Ünal, M.,“ İşe Bağlı Gerginlik Ölçeğinin Sağlık Alanında Çalışanlarda Geçerlik ve Güvenilirliği” Düşünen Adam Dergisi, C.11, S.2, İstanbul, 1998
- Avcı, K. - Pala, K., “Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dergisi, C.30, S.2, Bursa, 2004
- Aydın, Z. D., “Toplum ve Birey İçin Sağlıklı Yaşlanma: Yaşam Biçiminin Rolü” SDÜ, Tıp Fakültesi Dergisi, C.13, S.4, Isparta, 2006
- Barofsky, I.,“Patients Rights, Quality of Life and Health Care System Performance”, Quality of Life Research, C.12, Baltimore, 2003

- Baydur, H. - Eser, E., “Uygulama: Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Psikometrik Çözümlemesi” Sağlıkta Birikim Dergisi, C.1, S.2, Manisa, 2006
- Demirkıran, S., Yaşam Kalitesi ve Sağlık Çalışanları, Beykent Üniversitesi, SBE, YYLT, İstanbul, 2012
- Durukan, S.- Dikmetaş, E.- Coşgun, E., “Bir Kamu Hastanesinde Tıbbi Sekreterlerin İşgücü Verimliliğine İlişkin Algılamalarına Yönelik Bir Araştırma” Çukurova Üniversitesi, SBE Dergisi, C.20, S.2, Adana, 2011
- Dolu, G., Onkolojide Çalışan Hekimlerde Tıbbi Sosyal Çalışma Açısından Tükenmişlik Sendromunun Araştırılması, İstanbul Üniversitesi, SABE, YYLT, İstanbul, 1997
- Edisan, Z.- Kadioğlu, F., “Yaşam Kalitesi Kavramının Antik Dönemdeki Öncülleri” Lokman Hekim Journal , C.3, S.3, Mersin, 2013
- Eren, E., Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi, İstanbul, 2007
- Eser, E., “Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri ve Ölçümü” Sağlıkta Birikim Dergisi, C.1, S.2, Manisa, 2006
- Fidan, D., “Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Kavramı ve Ölçüm Yöntemleri” Sağlık ve Toplum Dergisi, C.13, S.3, Ankara, 2003
- Frankl, V. E., Man’s Search For Meaning, Newyork, 1963
- Gerharz, E.W.- Emberton, M., “Quality of Life Research in Urology” World Journal Urology, C.17, Berlin, 1999
- Kavuncubaşı, Ş.- Yıldırım, S., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2010
- Koçyiğit, H.- Aydemir, Ö.- Ölmez, N. - Memiş, A., “Kısa Form- 36 (SF-36)’nın Türkçe Versiyonunun Güvenirliliği ve Geçerliliği” İlaç ve Tedavi Dergisi, C.12, S.2, İstanbul, 1999

- Koltarla, S., Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008
- Kumbasar, H., “Kronik Böbrek Hastalarında Karşılaştığımız Psikiyatrik Sorunlar ve Yaklaşım”, Konsultasyon-Liyazon Psikiyatrisi Psikiyatrik Tıp 2002-2004, (Ed.S.Özkan), İstanbul, 2005
- Levine, R. J., “Quality of Life Assesments in Clinical Trials: An Ethical Perspective”, Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials, (Ed.B.Spilker), Philadelphia, 1996
- Maslow, A. H., A Theory of Human Motivation, NewYork, 1943
- Mollaoğlu, M.,“Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik”, Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Özet Kitabı, İzmir, 2007
- Mutlu, E., Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi,Hacettepe Üniversitesi, SBE, YYLT, Ankara, 2007
- Neu, S.- Kyellstrand, C.M., “Stopping Long Term Dialysis”, NEJM, S. 314, Massachusetts, 1986
- Oktik, N., Huzur Evinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi Muğla Örneği, Muğla, 2004
- Öksüz, E. - Malhan, S., Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi ve Kalitemetri, Ankara, 2005
- Öztürk, Z., Sosyo-Ekonomik ve Demografik Faktörlerin Çevresel Sorunların Algılanması ve Çevre Duyarlılığı Üzerine Etkileri, Süleyman Demirel Üniversitesi, SBE, YYLT, Isparta, 2010
- Parlar, S., “Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı” TAF Preventive Medicine Bulletin, C.7, S.6, Ankara, 2008

- Perim, A., Trakya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi, Trakya Üniversitesi SABE, YYLT, Edirne, 2007
- Schneditz, D., "Teknolojik Yönleriyle Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi", Klinik Diyaliz, (Ed.A.R.Nissenson-R.N.Fine), (Çev.N.Seyrek), Ankara, 2009
- Süleymanlar, G.- Ereğ, E., Diyaliz Tedavisi, Ankara, 2004
- Stack, A.G. - Port, F.K., "Son Dönem Böbrek Yetersizliği Hastalarının Demografisi" Diyaliz Tedavisi, (Ed. A. R.Nissenson - R.N.Fine), (çev.E. Ereğ), Ankara, 2009 Tatarzewicz, W., Analysis of Happiness, Netherlands, 1976
- Top, M.Ş.- Özdem, S.Y.- Sevim, M.E., "Psikiyatride Yaşam Kalitesi" Düşünen Adam Dergisi, C.16, S.1, İstanbul, 2003
- Üstün, M.E. - Karadeniz, G., "Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Önemi" Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, C.1, S.1, Elazığ, 2006
- Ware, J.E.- Keller, M., SF-36 Physical and mental health summary scales : A user's manual, Boston,1994
- World Health Organization ,WHO Chronicle, C.1, S.1, 1947
- Yalçınkaya , M.- Özer , F.G.- Karamanoğlu, A.Y., "Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi" Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, C.6, S.6, Ankara, 2007
- Yavuzer, Y.- Çivilidağ, A., "Sağlık Çalışanlarında İş Yerinde Mobbing ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Depresyonun Aracı Rolü" Düşünen Adam Dergisi, S.27, İstanbul, 2014
- Yener, S.- Koç, İ., Türkiye'de Bölgeler İtibariyle Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi.Nüfus ve Kalkınma. Göç, Eğitim, Demokrasi, Yaşam Kalitesi, Ankara, 2001

- Yenicesu, M., “ Hemodiyalizde Damara Ulaşım Yolu”, Hekimler İçin Hemodiyaliz Kaynak Kitabı, (Ed. N. Arık - K. Ateş - G. Süleymanlar - H. Z. Tonbul), Ankara, 2009
- Yeşil, A.- Aker, A.T.- Sezgin, U., “Hemodiyaliz Tedavisi Gören Ekipte Ruhsal Belirtiler” Düşünen Adam Dergisi, C.22, S.1, İstanbul, 2009
- Yiğit, R. - Dilmaç, B.- Deniz, M.E., “İş ve Yaşam Doyumu: Konya Emniyet Müdürlüğü Alan Araştırması” Polis Bilimleri Dergisi, C.13, S.3, Ankara, 2011
- Yıldız, Z. - Topuz, H., Sosyal Sermaye ve Ekonomik Kalkınma İlişkisi Açısından Türkiye Üzerine Bir Değerlendirme, Sosyal Siyaset Konferansları, S.61, İstanbul, 2011
- Ardahan, F., “ Komşuluk, Farklılığa Hoşgörü ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki, İlişkinin Güçlendirilmesinde Rekreatif Etkinliklerin Önemi ”International Journal of Human Sciences, C.10, S.1, Sakarya, 2013;
- <http://www.jhumansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/2431>  
(07/07/2014)
- Campbell J.D. - Campbell, A.R., “The Social and Economic Cost of End Stage Renal Disease: A Patients Perspective ” NEJM, S. 299, Massachusetts, 1978  
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM197808242990804> (25/03/2014)
- Karabulutlu, E. - Tan, M. - Erdem, N.- Okanlı, A., “Hemodiyaliz Hastalarında Stresle Baş Etme ve Sosyal Destek”, Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, C.8, S.3, 2005, <http://e-dergi.atauni.edu.tr> (08/06/2014)
- Müezzinoğlu, T., Yaşam Kalitesi, Üroonkoloji Derneği 2004 Güz Dönemi Konuşması,[http://www.uroonkoloji.org/ebulten/pdf/pdf\\_URO\\_128.pdf](http://www.uroonkoloji.org/ebulten/pdf/pdf_URO_128.pdf)  
(15/07/2014)
- Seyahi, N., Türk Nefroloji Derneği 2011 Yılı Türk Böbrek Kayıt Sistemi Raporu, [www.tsn.org.tr/pdf/kongre2012/Salon1/nurhan%20seyahi.pdf](http://www.tsn.org.tr/pdf/kongre2012/Salon1/nurhan%20seyahi.pdf) (08/02/2014)



The WHOQOL Group: The World Health Organization Quality of Life Assessment: Development and General Psychometric Properties, Social Science and Medicine, C.46, S.12, 1998, <http://www.sciencedirect.com> (15/06/2014)

.....,The Quality of Life Model, <http://sites.utoronto.ca/qol> (13/05/2014)

.....,“Dengesiz Beslenme Uyku Kalitesini Azaltıyor”,  
<http://www.e-psikiyatri.com/dengesiz-beslenme-uykukalitesiniazaltiyor50824>  
(19/07/2014)

.....,Türkiye Boy Ortalaması 2014,  
<http://www.hayatrehberiniz.com/turkiye-boyortalaması-2014-erkek-kadın-bayan-7619> (12/07/2014)

.....,Küresel Yetişkin Tütün Araştırması,2012,  
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142> (24/08/2014)

## **EKLER**

### **EK-1: ANKET FORMU**

#### **DİYALİZ MERKEZİ ÇALIŞANLARININ YAŞAM KALİTESİ VE BUNA ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Değerli arkadaşlar, bu anket hemodiyaliz çalışanlarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelemesini ve diğer ünitelerde çalışanlarla karşılaştırılmasını amaçlamaktadır. Bu sorulara vereceğiniz cevaplar gizli tutulacak olup araştırma amaç dışında kullanılmayacaktır. Anketin birinci bölümü demografik özellikleri, ikinci bölümü ise yaşam kalitenizi değerlendirmek için hazırlanmıştır. Araştırmanın güvenilirliği açısından sorulara vereceğiniz cevapların içtenlik ve dürüstlikle doldurulması son derece önemlidir. Vakit ayırdığınız ve katıldığınız için şimdiden teşekkür ederim.

**Tarih:**

#### **EK 1.1: SOSYODEMOGRAFİK ANKET FORMU**

Yaş :  
Cinsiyet :  
Boy :  
Kilo :  
Meslekteki süre (ay) :  
Diyalizdeki süresi (ay) :  
Medeni durum : Evli (süre: ) Bekar Boşanmış Dul  
Çocuk sayısı : 0 1 2 ≤  
Eğitim durumu : Lise Ön lisans Lisans Yüksek lisans

Sigara (günde)	:	0	1-10	11-20	21>
Alkol (haftada)	:	0	1-2	3-5	Her gün
Aylık gelir	:	<1000	1000-2000	2001-3000	>3000
Düzenli spor (haftada):	0	1-2	3-5	Her gün	
Diyaliz sertifikanız var mı?:	evet	hayır			
Üç aydan daha uzun süren kronik hastalık var mı?:	evet	hayır			
Ailenizde kronik hastalığı olan var mı?	:	evet	hayır		
Üç aydan daha uzun süren ilaç kullanımı var mı? :	evet	hayır			
Ayda kaç gece sosyal faaliyet (sinema, tiyatro, konser vb) amaçlı dışarı çıkarsınız:					

## EK 1.2: YAŞAM KALİTESİ (SF-36) FORMU

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıda tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar? Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ? Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

Hiç	Çok az	Orta derecede	Biraz	Oldukça
1	2	3	4	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

Hiç	Çok az	Orta	Çok	İleri derecede	Çok şiddetli
1	2	3	4	5	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız .

Hiç                      Çok az                      Orta                      Çok                      İleri derecede  
1                      2                      3                      4                      5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin. Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

	Her zaman	Çoğu zaman	Bir kısım	bazen	çok nadir	Hiçbir Zaman
a.Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d.Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f.Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h.Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	6	6
i.Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

Her zaman çoğu zaman Bazı zamanlarda çok az zaman Hiçbir zaman

1 2 3 4 5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış? Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

	Tamamen doğru	çoėunlukla Doğru	Bilmiyorum	oėunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a.Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5



## EK-2: SF- 36 ÖZET DEĞERLERİN HESAPLANMASI

SF-36, 36 sorudan ve 8 ayrı bölümden oluşur. Bölüme dahil edilen soruların ağırlıkları toplanarak bölüm değeri elde edilir. Daha sonra sekiz sağlık bölümünden elde edilen değerlerden, özet sağlık düzeyleri elde edilir. Özet değerlerin elde edilmesindeki amaç yorumlama ve karşılaştırmalarda kolaylık sağlamasıdır. Fiziksel sağlık durumu özet değeri fiziksel sağlık durumunun bir göstergesi olarak fiziksel işlev(Fİ),fiziksel rol (FR),ağrı (A) ve genel sağlık algısı(GS) alt bileşen değerlerinden etkilenmektedir. Mental sağlık durumu özet değeri yaşamsallık(Y),sosyal işlev(Sİ),mental rol (MR) ve mental işlev (Mİ) alt bileşenlerinin bir işlevi olarak değerlendirilmektedir.

Özet değerlerin elde edilmesi üç basamakta yapılmaktadır:

1.Sorular puanlanır:

SORU 1:

Başlangıç Puan Değeri	Son Puan Değeri
1	5.0
2	4.4
3	3.4
4	2.0
5	1.0

SORU 3a-3j:

Başlangıç Puan Değeri	Son Puan Değeri
1	1.0
2	2.0
3	3.0

SORU 4a-4d:

Başlangıç Puan Değeri	Son Puan Değeri
1	1.0
2	2.0

SORU 5a-5c:

Başlangıç Puan Değeri	Son Puan Değeri
1	1.0
2	2.0

SORU 6:

Başlangıç Puan Değeri	Son Puan Değeri
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

SORU 7:

Başlangıç Puan Değeri	Son Puan Değeri
1	6.0
2	5.4
3	4.2
4	3.1
5	2.2
6	1.0

SORU 8 (Eğer 7 ve 8.sorular yanıtlanmışsa)

Başlangıç Puan Değeri	7.Soru Başlangıç Değeri	Son Puan Değeri
1	1.0	6.0
1	2-6 arasında	5.0
2	1-6 arasında	4.0
3	1-6 arasında	3.0
4	1-6 arasında	2.0
5	1-6 arasında	1.0

SORU 9a, 9d, 9e ve 9h:

Başlangıç Puan Değeri	Son Puan Değeri
1	6
2	5
3	4
4	3
5	2
6	1

SORU 9b, 9c, 9f, 9g ve 9i :

Başlangıç Puan Değeri	Son Puan Değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6

SORU 10 :

Başlangıç Puan Değeri	Son Puan Değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

SORU 11a ve 11c

Başlangıç Puan Değeri	Son Puan Değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

SORU 11b ve 11 d:

Başlangıç Puan Değeri	Son Puan Değeri
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

2.Soruların birleştirilmesi ile ölçekler (scales, boyut, bölüm) elde edilir.

Ölçek(Boyut)	Soruların Son Puan Değerleri Toplamı	Olası En Düşük ve En Yüksek Ham Puanlar	Olası Ham Değer Aralığı
Fizik İşlev	$3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3i+3j$	10-30	20
Fizik Rol	$4a+4b+4c+4d$	4-8	4
Ağrı	$7+8$	2-12	10
Genel Sağlık Algısı	$1+11a+11b+11c+11d$	5-25	20
Yaşamsallık	$9a+9e+9g+9i$	4-24	20
Sosyal İşlev	$6+10$	2-10	8
Mental Rol	$5a+5b+5c$	3-6	3
Mental Sağlık	$9b+9c+9d+9f+9h$	5-30	25

$$\text{Boyut değeri} = \frac{\text{Alınan ham puan} - \text{olası en düşük ham puan}}{\text{Olası ham puan aralığı}} \times 100$$

Örnek:

Fizik İşlev ham puanı 21 ise (olası en düşük değer 10 ve olası ham puan aralığı 20)

$$\text{FF} = \frac{21 - 10}{20} \times 100$$

$$\text{FF} = 55$$

3. Boyutların Z skor dönüştürülmesi ile ağırlıklı toplamları hesaplanarak özet değerler elde edilir.

$$f_i = (F_i - 84.52404) / 22.89490$$

$$f_r = (F_r - 81.19907) / 33.79729$$

$$a = (A - 75.49196) / 23.55879$$

$$g_s = (G_s - 72.21316) / 20.16964$$

$$y = (Y - 61.05453) / 20.86942$$

$$s_i = (S_i - 83.59753) / 22.37642$$

$$m_r = (M_r - 81.29467) / 33.02717$$

$$m_i = (M_s - 74.84212) / 18.01189$$

$$\text{FS} = (f_i \times 0.42402) + (f_r \times 0.35119) + (a \times 0.31754) + (g_s \times 0.24954) + (y \times 0.02877) + (s_i \times (-0.00753)) + (m_r \times (-0.19206)) + (m_i \times (-0.22069))$$

$$\text{MS} = (f_i \times (-0.22999)) + (f_r \times (-0.12329)) + (a \times (-0.09731)) + (g_s \times (-0.01571)) + (y \times 0.23534) + (s_i \times 0.26876) + (m_r \times 0.43407) + (m_i \times 0.48581)$$

$$\text{Fiziksel Özet Sağlık Değeri (FSD)} = 50 + (\text{MS} \times 10)$$

$$\text{Mental Özet Sağlık Değeri (MSD)} = 50 + (\text{FS} \times 10)^1$$

<sup>1</sup> J.E.Ware-M.Keller, SF-36 Physical and mental health summary scales: A user's manual, Boston, 1994, ss.48-50

## ÖZGEÇMİŞ

31.10.1976 Muğla doğumluyum. İlköğrenimimi Muğla Kocamustafendi İlkokulu ve Merkez Orta Okulunda tamamladıktan sonra 1993 yılında Muğla Turgutreis Lisesinden mezun oldum.2000 yılında Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olup hekimlik görevime Muğla ilinde başladım. Halen Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Diyaliz Ünitesinde sorumlu hekim olarak görev yapmaktayım. Evli ve 2 çocuk annesiyim.