



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
RUHSAL DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

M. AYLİN OĞUZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. ÖZLEM İŞİL

İSTANBUL - 2010

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

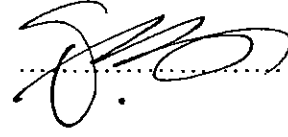
Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Mukadder Aylın OĞUZ tarafından hazırlanan "*Kadın Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi*" konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :29.06.2010


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

İmzası

Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr. Özlem IŞIL
:Maltepe Üniversitesi /HYO
(Danışmanı)




Jüri Üyesi : Prof.Dr. Sevim BUZLU
: İstanbul Üni./ Florence Nigh. HYO



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Makbule BATMAZ
: Haliç Üniversitesi/ HYO.



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


Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

I) TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübesini her an yanımda hissettiğim, güler yüzü ve desteği hiç eksilmeyen danışmanım Yrd. Doç. Dr. Özlem Işıl'a,

Tez süreci boyunca uygulama ve çalışmalarımda bana destek olan hastane personeline,

Yardımları ve sabrı için, İst. Uzm. Özlem Köksal'a

Bilgi formunda uzman görüşlerini esirgemeyen tüm hocalarıma,

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteklerini hep yanımda hissettiğim aileme,

Özellikle sabrı, ilgisi ve beni her zaman cesaretlendirip sıkıntılı anlarımda yanımda olan sevgili eşim Bolcay Oğuz'a

Tüm samimiyetimle teşekkür ederim...

Haziran 2010

Aylin OĞUZ

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa

I. Önsöz/Teşekkür	I
II. İçindekiler	II
III. Kısaltmalar	III
IV. Şekil ve Tabloların Listesi	IV
Şekillerin Listesi	IV
Tabloların Listesi	IV
1. Özet	1
2. İngilizce Özet	2
3. Giriş ve Amaç	3
4. Genel Bilgiler	6
5. Gereç ve Yöntem	31
6. Bulgular	38
7. Tartışma	53
8. Sonuç ve Öneriler	70
9. Kaynaklar	73
10. Ekler	81
Ek 1 – Bilgi Formu	82
Ek 2 – GSA-28	84
Ek 3 – Haliç Üniversitesi İzin Yazısı	86
Ek 4 – Kurum Onayı	87
11. Özgeçmiş	88

III) Kısaltmalar

AGİK	: Avrupa Güvenlik Ve İşbirliği Konferansı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSA	: Genel Sağlık Anketi
ILO	: <u>International Labor Office</u> (Uluslararası Çalışma Örgütü)
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
ROC	: Receiver operating characteristic curves (Alıcı Eğrileri)
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences

IV) Şekil ve Tabloların Listesi

i. Şekillerin Listesi

Şekil 1 : Tanı Gruplarına Göre Yaygınlık

Şekil 2 : Kadın Sağlık Çalışanlarının Meslek Dağılım Grafiği

ii. Tabloların Listesi

Tablo 1 : Kadın Sağlık Çalışanlarının Meslek Dağılımı

Tablo 2 : Kadın Sağlık Çalışanlarının Meslekteki Pozisyon Dağılımı

Tablo 3 : Kadın Sağlık Çalışanlarının Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 4 : Kadın Sağlık Çalışanlarının Çalışma Düzenlerine Göre Dağılım

Tablo 5 : Kadın Sağlık Çalışanlarının Yaşadıkları Mesleki Sorunlar ve Sorun Çözme Yollarına Göre Dağılım

Tablo 6 : Kadın Sağlık Çalışanlarının Sosyal Olanakları ve İş Motivasyon Dağılımı

Tablo 7 : Kadın Sağlık Çalışanlarının GSA-28 Dağılım Ortalaması

Tablo 8 : Kadın Sağlık Çalışanlarının Bireysel Özelliklerine Göre GSA-28 Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 9 : Kadın Sağlık Çalışanlarının Yaşadıkları Stres ve Ruhsal Durumu ile GSA-28 Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 10 : Kadın Sağlık Çalışanlarının Çalışma Düzenlerine Göre GSA-28 Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 11 : Kadın Sağlık Çalışanlarının Yaşadıkları Mesleki Sorunlar Ve Sorun Çözme Yollarına Göre GSA-28 Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 12 : Kadın Sağlık Çalışanlarının Motivasyon ve Sosyal Olanaklara Göre GSA-28 Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 13 : Kadın Sağlık Çalışanlarının Önemli Değişkenlerinin GSA-28 İlişkileri

Tablo 14 : Kadın Sağlık Çalışanlarının Bireysel Özellikleri Ve Çalışma Düzenlerinin GSA-28 Gruplarına Göre Dağılımı

1. ÖZET

Bu çalışma, kadın sağlık çalışanlarının ruhsal durumlarını ve ruhsal durumlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırma, İstanbul ilinde bulunan bir eğitim hastanesinde, gerekli izinler alındıktan sonra Şubat 2010-Mart 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Evreni, hastanede çalışan bütün kadın sağlık çalışanları oluşturmuştur. Örneklemi ise araştırma kriterlerine uyan 315 kadın sağlık çalışanı oluşturmuştur. Çalışma aynı zamanda kadın sağlık çalışanlarının ruhsal durumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik yapılmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak; “Bilgi Formu” (Ek:1) ve “Genel Sağlık Anketi-28” (GSA-28) (Ek:2) kullanılmıştır. Verilerin analizi, bilgisayar ortamında; Ortalama, Standart Sapma, Kruskal-Wallis Varyans Analizi, Student t test, Spearman Korelasyon Analizi, Mann-Whitney U testi, Ki Kare kullanıldı. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi. Araştırma sonuçlarına göre; kadın sağlık çalışanlarının meslek, yaş, medeni durum, çocuk varlığı, eğitim durumu gibi bireysel özelliklerin GSA-28 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Son bir yıl içinde stres yaşama durumları ve daha önce ruhsal sorun yaşama durumları ile GSA-28 ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Aldıkları ücret ve çalışma şeklinin sosyal yaşama etkisi, çalışma yaşamında en fazla sorun yaşanan kişiler, problemlere yaklaşım ile GSA-28 puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının GSA-28 puan ortalaması $4,30 \pm 5,44$ olarak bulunmuştur. Araştırmanın sonuçları doğrultusunda, kadın sağlık çalışanlarının günlük ve gereksinimlerinin giderilmesine yönelik öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: kadın, ruh sağlığı, stres

2. SUMMARY

Mental status evaluation of women health workers

This study has been planned to explain appraise mental condition and factors affecting the mental condition of women health workers. The research has been realized between February 2010- March 2010 after taking necessary permissions at a education hospital which was located in Istanbul. All of women health workers who had been working in a hospital had formed the universe. 315 of women health workers who were matching research criteria formed the example of universe. Meanwhile this study was planned to determine factors which effects mental conditions of women health workers. “Questionnaire form” (addition: 1) and “General Health Questionnaire-28” (addition: 2) had been used as datum gathering tool in that study. Mean standard deviation, Kruskal-Wallis Variant Analysis, Student t Test, Spearman Correlation Analysis, Mann-Whitney U test and Ki Square test had been used to analyze datum on computer. Test results were evaluated at the 95 % confidential interval and significance level $p < 0,05$. According to the research results; any expressive differences couldn't been found statistically on women health workers individual specialties like profession, age, marital status, child status, educational condition. An expressive difference had been found statistically between GSA-28 means together with having stres in last year and having a mental problem from now on. An expressive difference had been found between effect of salaries and work type to social life, people who have problems in their work life, their approach to problems together with “mean score of GSA”. GSA-28 score means of women health workers had been determined as $4,30 \pm 5,44$. According to directions of our research, suggestions had been submitted to remove troubles and necessities of women health workers.

Keywords: Women, mental of health, stress

3. GİRİŞ VE AMAC

Ruhsal yönden sağlıklı olmak; toplumdan topluma, kültürden kültüre değişiklik göstermekle birlikte, çoğunlukla “Bireyin kendi kendisiyle ve çevresiyle dinamik bir denge ve uyum içinde olması” şeklinde kabul edilmektedir (Özbucak Civil, 2007).

Bireyin bedensel sağlığındaki olumsuz değişiklikler sosyal problemleri oluşturmakta, sosyal problemler ise stres yaratmakta ve ruh sağlığının bozulmasına neden olmaktadır. Günümüzde hızlı kentleşme, sanayileşme, göçler, aile yapısındaki değişiklikler, kültür çatışmaları, genel eğitim ve sağlık hizmeti veren kuruluşların yetersizliği gibi toplumsal, ekonomik ve politik durumlar ruhsal sorunlar yaşayan insanların sayısının giderek artmasına neden olmaktadır (Çavuş, 2006; Özbucak Civil, 2007; Yalçinkaya ve ark., 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Ruh sağlığı sorunları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ve toplumun her kesiminde görülebilir. Bu alanda yapılan toplum taramaları ruhsal hastalıkların yaygın olduğunu göstermekte ve ruhsal hastalıklar bir toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (Buzlu ve ark., 2006).

Ruhsal hastalıkların oluşmasında; cinsiyet, evlilik, aile, iş yaşamı, eğitim, sosyoekonomik sınıf gibi birçok etken rol oynar (Dökmen, 2003; Çavuş, 2006; Altinel, 2008; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda ruh sağlığını etkileyen faktörlerden en çok stres ve iş stresinden bahsedilmektedir. Biriktirilmiş veya ağır stresler, ağır ruhsal bozuklukların başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Aşırı stres, bireyin karşısındaki insana kızgınlık ve düşmanlık duymasına, apatiye, sinir bozukluğuna, hastalıklara, performans düşüklüğüne ve çevreden psikolojik ve fiziksel olarak geri çekilmeye neden olabilmektedir. İş stresi ise, çalışanın sağlık durumunu olumsuz yönde etkileyen, yapıcı düşünme ve iş memnuniyetini azaltıcı bir durumdur (Tel ve ark., 2003; Aytaç, 2006;

Bozdoğan, 2007; Özbucak Civil, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Kanbay ve Üstün, 2009).

İnsanlık tarihinin başlangıcından itibaren erkek ve kadınlar arasındaki tedavi farklılıkları her zaman olagelmıştır. Bu farklılıklar temel olarak fizyolojik, fiziksel ya da psikolojik faktörlere bağlıdır. Birçok toplumda kadınlar erkeklere göre olumlu açılardan daha az değerlendirilmektedir ve yüklenen roller çok daha fazladır (Kohen, 2000; Tseng, 2003; Walters, 2004; Youngkin and Davis, 2004; Altınel, 2008).

Günümüzde hızla değişen dünya koşulları içerisinde kentleşme, eğitim, sağlık, göç, ulaşım ve teknolojiye paralel olarak kadınların toplumsal rolleri, aile içi ve dışı ilişkileri, kararlara katılımları ve evlilik örüntüleri değişse de erkeklere oranla kalkınmanın getirdiği kazanımlardan daha az yararlanmaktadır (Dökmen, 2003; Ereş, 2006; Altınel, 2008).

Çalışma ortamında yaşanan zorluklar ve ev işleri ile çocuk bakımının daha çok kadına kalması, kadının bu iki alanda farklı rolü üstlenmesi sonucunu doğurmaktadır. Ev işleri ve annelik gibi geleneksel rolü yerine getiremediği gerekçesi ile hem kendisi hem de çevresi tarafından yargılanan kadın meslek yaşamında bu ikilemden dolayı yeterince çalışkan ve özverili olamadığı için kariyer ilerlemede de sorunlar yaşamaktadır (Esin ve Öztürk, 2005; Yılmaz ve ark., 2005; Yılmaz ve ark., 2008).

Özellikle kadın sağlık çalışanları, hastalara bakım verip eve gittikten sonra ev ve çocukları ile ilgili bakımları üstlenmekte ve böylece kendilerine özel zamanları kalmamaktadır. Bu durum da kadında stres ve kaygı duygularının yaşanmasına, zamanla tükenmişliğe kadar giden bir süreç içinde kalmaktadır (Behar et al., 1990; Esin ve Öztürk, 2005; Yılmaz ve ark., 2005; <http://kutuphane.tbmm.gov.tr>., Erişim tarihi: 12 Ocak 2010).

Bu araştırma; kadın sağlık çalışanlarının ruhsal durumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, genel ruhsal sağlık durumlarının çalışma ortamından kaynaklanan risk

faktörleri ile ilişkilerinin ortaya çıkarılması ve var olan ya da gelişme potansiyeline sahip ruhsal sorunların değerlendirilmesi amacıyla planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1 Kadın

4.1.1 Kadının Tarihteki Yeri

Türk kadını, Osmanlı'dan günümüze çeşitli zorlukları aşarak gelmiş, Türk kadınına Cumhuriyetle birlikte eğitim ve diğer hizmetlerden daha çok yararlanma fırsatı verilmiştir. Türk kadınları, 1843 yılında Tıbbiye mektebi bünyesinde aldıkları ebelik eğitimi ile sosyal yaşamda yerlerini almaya başlamıştır. Cumhuriyetle birlikte eğitim ve diğer hizmetlerden daha çok yararlanma fırsatı verilmiştir. Kızların eğitimine ilk kez yasal zorunluluk getiren “Maarif-i Umumiye Nizamnamesi” ise 1869 yılında yayımlanmış, bir yıl sonra da kız öğretmen okulu “Dar-ül Muallimat” açılmıştır. 1876 yılında da ilk anayasa olan Kanun-i Esasi ile kız ve erkekler için ilköğretim zorunlu hale getirilmiştir. Giderek sosyal yaşamda daha çok yer almaya başlayan kadınlar, iş hayatına ilk olarak 1897 yılında “ücretli işçi” olarak atılmış, devlet memuru olarak ilk kez 1913 yılında çalışmaya başlamıştır.

29 Ekim 1923'te Cumhuriyetin ilanıyla birlikte kadınların kamusal alana girmesini sağlayan yasal ve yapısal reformlar hızlanmış, kızlara da erkeklerle eşit eğitim hakkı verilmiştir. Erkeğin çok eşliliği ve tek taraflı boşanmasına ilişkin düzenlemeler kaldırılmış, kadınlara boşanma hakkı, velayet hakkı ve malları üzerinde tasarruf hakkı tanınmasına ilişkin Türk Medeni Kanunu, 1926 yılında kabul edilmiştir. Kadınların en önemli sorunlarından olan doğum izni, ilk kez 1930 yılında verilmiş ve 1936'da yürürlüğe giren İş Kanunu ile kadınların çalışma hayatına yeni düzenlemeler getirilmiştir. İlk “Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi”, 1989 yılında İstanbul Üniversitesi'nde kurulmuştur. Bugün üniversiteler bünyesinde kurulan bu merkezlerin sayısı 13'dür.

Şiddete uğrayan kadınlara ve çocuklara destek hizmeti vermek üzere ilk kadın konukevleri 1990 yılında açılmıştır. Türkiye Cumhuriyeti tarihinde ilk kadın başbakan 1993 yılında hükümeti kurmuştur (Durgun Şahin, 2002; Ereş, 2006; T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Stratejik Plan, 2007).

Türkiye tarafından 1985 yılında onaylanan “Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi” öncelikli olmak üzere, Avrupa Sosyal Şartı, Çocuk Hakları Sözleşmesi, ILO, OECD, AGIK gibi kuruluşların sözleşme, karar ve tavsiyelerinin, Kahire Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Planının, 4. Dünya Kadın Konferansı Eylem Planı ve Pekin Deklarasyonunun iç hukukta uygulanması yönünde çalışmalar sürdürülmektedir (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Stratejik Plan, 2007; Toksöz, 2007).

Kadının toplum içindeki yeri ve sosyal statüsü ülkelerin hukuksal durumlarına, dini inançlarına, kültürlerine, örf, adet ve geleneklerindeki farklılıklara paralel değişiklikler arz etmektedir. İlginç olan ve toplumların pek çoğunda gözlemlenen ortak nokta şudur ki; kadın her zaman ikinci sınıf insan hatta bazen “alınıp satılan mal” konumundadır. Eski toplumlarda hiç de iç açıcı bir görünüm arz etmeyen kadının statüsü konusunda “1789 Fransız İhtilali’ne” gelinene kadar geçen sürede kadınlar lehine çok fazla olumlu gelişme kaydedildiğini söylemek mümkün görülmemektedir. "Kadın insandan sayılır mı, sayılmaz mı? Tartışmalarının yapıldığı; sonuçta kadın insandır, fakat sadece erkeğe hizmet için yaratılmıştır." cevabının bulunduğu ülke Fransa'dır. İngiltere'de de durum çok farklı değildir. Kadın 1800'lü yıllara kadar vatandaş bile sayılmamıştır. Cumhuriyet ve devamındaki devrimlerin sonucunda Türk kadını için emsalsiz kazanımları olmuştur. Bu reformların kökünde yer alan düşünce, kadınları kamu alanına çıkartmayı, onları eğitimde, çalışma yaşamında meslek sahibi olmada, sosyal yaşamın her boyutunda etkin ve etkili kılmayı hedeflemiştir (Durgun Şahin, 2002; Ereş, 2006).

Batı'da kadın haklarını elde edebilmek için uzun süreler savaşım verilmişken; Türkiye'de bu alanda zaten gecikilmiş olmanın bilinciyle, kadınların bu uğurda herhangi bir savaşımında bulunmasına gerek olmaksızın, Atatürk bizzat gerçekleştirdiği devrimlerle, bu hakları doğrudan kadınlara tanıdı (Tuncer, 1989).

4.1.2 Günümüz Toplumunda Kadın

Günümüz dünyasında kadının yer almadığı, bir üyesinin bulunmadığı hiçbir meslek ve faaliyet alanı kalmamış gibidir. Özellikle geçen yüzyılın ilk yarısında karşı

karşıya gelinen iki dünya savaşı, başta endüstri olmak üzere kadının bütün sektörlerde istihdamını arttıran önemli bir faktör olmuştur (Ereş, 2006; Gürol ve Marşap, 2007).

Cumhuriyet reformlarının getirdiği yasal ve kamusal alana ilişkin çarpıcı iyileşmelere karşın, Türk toplumunda, kadın erkek rollerinin, özellikle "özel alana" ilişkin olarak, yeniden tanımlanmasını sağlayacak sosyal yapısal dönüşümler yaygınlaşmamıştır. Öte yandan, erkek egemen değerlerin "kadına bakış açısı" içeren merceklerden sorgulanması ancak son on yılda gündeme gelmeğe başlamıştır (Ereş, 2006; Gürol ve Marşap, 2007; <http://kutuphane.tbmm.gov.tr>., Erişim tarihi: 12 Ocak 2010).

Tüm dünyada yaşanan hızlı toplumsal değişim sonucu olarak kadın, giderek cinsiyet ayrımı engelini aşmakta, aktif işgücü olarak ekonomik yaşamda yerini almaktadır. Türkiye’de ise Cumhuriyet tarihi boyunca kadının ekonomik, kültürel ve sosyal gelişimini artırmak amacıyla yapılan eğitim reformları ve buna bağlı olarak toplumsal değişimler kadının statüsünü artırmıştır (Ereş, 2006; Gürol ve Marşap, 2007).

Yaşanan bu gelişmelerde büyük önder Atatürk ve Cumhuriyetin diğer kurucularının yapmış olduğu uygulamalar bu gelişmelerin itici gücü olmuştur. Dünyada benzeri olmayan bu dönüşüm toplumun bütün kesimlerini özellikle kadınları etkilemiş, gelişmelerle kadın "eşit yurttaş" olarak kabul edilmiştir (Tuncer, 1989; Ereş, 2006;).

Kadınların sosyal ve ekonomik kalkınmadan yararlanmaları, toplumların gelişmişlik derecesine göre farklılık göstermektedir. Özellikle eğitim, sağlık, istihdam, çalışma hayatı alanlarındaki göstergeler, gelişmekte olan ülkelerde, kadınların erkeklerin gerisinde kaldıklarını göstermektedir (Ereş, 2006; Dirgar, 2009).

Kadınların işgücüne katılım, sürdürülebilir kalkınmanın önemli bir unsuru olarak kabul edilmekle birlikte, işgücüne katılım oranları düşük olup, yıllara göre azalma göstermektedir. Kırdan kente göç olgusu nedeniyle kadınların tarım sektöründen koptukları ve kentte özellikle enformal sektörde yer almaları veya işsiz konumuna

gelmeleri bu düşüşün önemli nedenleri arasında yer almakta ve Türkiye’de kadın istihdamı temel sorun alanlarından biri olarak varlığını sürdürmektedir.

Kadınların işsizlik oranları Türkiye genelinde %10,3, kentte %17 ve kırsal alanda %4,1’dir. Kentte yaşayan en az lise mezunu olan genç kadın nüfusundaki işsizlik oranı %18,6 iken aynı durumda olan erkekler için bu oran %10,4’dür. Eğitimsiz ve donanımsız kadının yanında eğitilmiş ve genç kadın nüfusta da işsizlik oranlarının yüksek olması, kadın istihdamında yaşanan sorunlar açısından önemli bir göstergedir.

Aile yaşamında çocuk bakımı, yaşlı ve hasta bakımı gibi yükümlülüklerin eşler arasında paylaşılması, devletin de bu paylaşımın zemin hazırlaması gerekmektedir. Ancak, ülkemizde kreş, gündüz bakımevi, yaşlı bakımevi gibi sosyal destek kurumlarının henüz yeterli sayıya ulaşamadığı görülmektedir (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Stratejik Plan, 2007).

Cumhuriyet döneminde kadınların ekonomik, siyasal ve sosyal açıdan erkeklerle eşit haklara sahip olmalarını sağlayan pek çok düzenleme yapılmıştır. Ancak bunların günlük yaşama uygulanmalarında hala güçlükler yaşanmaktadır. Bu nedenle Türkiye’de kadınların ekonomik, siyasal ve sosyal statüsü hala düşük düzeydedir (Esin ve Öztürk, 2005; Gürol ve Marşap, 2007; <http://kutuphane.tbmm.gov.tr>, Erişim tarihi: 12 Ocak 2010).

4.2 Ruh Sağlığı

4.2.1 Ruh Sağlığının Tanımı

Son otuz yıl içinde ruh sağlığı alanında bilimsel anlamda çok fazla gelişmeler olmuştur. Bu sürede ruh sağlığını kavramsallaştırma ve değerlendirmeye yönelik ampirik çalışmalar artmıştır (Vaillant, 2003; Altınel, 2008; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Hipokrat, ruh hastalıklarıyla ilgili yorumlar yapmış ve ruh hastalıklarının, bedensel hastalıklardan farklı olmadığını açıklamıştır. İnsanın kendi davranışlarından sorumlu olduğu görüşü ilk kez rasyonalist bir yaklaşımla Aristo tarafından ele alınmıştır (Çavuş, 2006; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Normal ruh sağlığının tanımını yapabilmek için “normal”in tanımını yapmamız gerekir. İstatistiksel olarak çoğunluğa uyan ve an eğrisinin iki ađırđ ucunda kalmayan kişi normaldir. Ruh sağlığının, istatistiksel tanımđ çoğu kez goreceli, bazen de geçersizdir. Hasta sayđlabilecek kişide řu nitelikler olmalıdır; sürekli ya da yineleyici olması, bireyin verimli çalışmasını bozması, kiřilerarasđ ilişkilerini bozması (Tezcan ve Aslan, 2000; Vaillant, 2003; avuş, 2006; ztrk ve Uluşahin, 2008).

Birey yaşamını geçmekte olan bir zaman dilimi içinde ve değişen meknlarda; kendisiyle, ailesi ve yakın çevresiyle, içinde yaşadığı toplumla, yaptđđ iş ya da görevi ile yoğun ilişkiler ağı içinde sürdürmektedir. Eğer bu ilişkiler ağında denge, uyum ve doyum mevcut ise, birey ruhsal yönden sađlıklđdır (elikkol, 2001; Bozdoğan, 2007; ztrk ve Uluşahin, 2008).

Sağlıklı ya da normal kişi belli bir toplumda, insanların o topluma uyumlarına göre dağılımını gösteren an eğrisinde ortalarda yer alan birey olarak kabul edilebilir. Yani o topluma göre “ortalama” insan ruhsal olarak sağlıklı insandır (Pektekin, 1992; Vaillant, 2003; ztrk ve Uluşahin, 2008).

Fılık ve ark (1995) alışmalarında, gerilim, ya da sık kullanılan bir terim olarak stres, vücut üzerinde fiziksel veya ruhsal belirtilere sebep olan herhangi bir dđř etken, özellikle kişide sinir sistemini etkileyen ve ruhsal gerilime yol açan etken olarak tanımlanmaktadır. Ruhsal gerilim ise zaman içerisinde özellikle maruz kalınan etkenler ortadan kaldırılmadığında ruh sağlığını tehdit etmektedir. Bozuk ruh sağlığının sınırlarının çizilmesi, konuyla uğraşanların öteden beri karşılaştıkları bir sorundur. Bunun zm için ilk adım "normal"in sınırlarının çizilmesi olmuştur (Tezcan ve Aslan, 2000; ztrk ve Uluşahin, 2008).

Türkiye ruh sağlığı profili araştırmasına göre; 18 yaş üstü nüfusta ruhsal bozuklukların görülme sıklığı %17,2 olarak belirlenmiştir. Ülkemizde ruhsal hastalıkların % 20 gibi bir sıklıkta görülmesi ve çoğunlukla sreğenleşme eğilimi göstermesi gibi bilgiler, toplumdaki ruh sağlığı sorunu olan olguların tanılarının erken

konulması ve tedavilerine erken başlanmasını gerektirmektedir (Erol ve ark., 1998; Tezcan ve Aslan, 2000; Buzlu ve ark., 2006; Altinel, 2008; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Ruhsal sağlık problemlerinin yetişkin bireylerdeki boyutunu ölçebilmek oldukça zordur. Birçok ülkede yapılan toplum taramaları ruhsal hastalıkların sanılandan çok daha yaygın olduğunu göstermektedir. Dünyada yaşayan insanların %25'i, hayatlarının bir bölümünde, ruhsal hastalıklarla karşılaşmaktadırlar. Dünya Sağlık Örgütü 2000 yılı raporuna göre dünyada en fazla hastalık yükü getiren 10 hastalığın 4'nü ruhsal hastalıklar oluşturmaktadır. DSÖ' ne göre küresel düzeyde hastalık yükünün %12,3'unu ruh sağlığı ile ilgili sorunlar oluşturmaktadır. Türkiye'de de saha araştırmaları ruh sağlığı bozukluklarının yaygınlığının %20 dolayında işaret edilmektedir (Tezcan ve Aslan, 2000; Altinel, 2008;).

Ruh sağlığı genel anlamdaki sağlıktan ayırmak mümkün değildir. İşsizlik, yaşam pahalılığı, göçler, ait olunan toplumsal kökten kopma, çarpık kentleşme gibi etmenler sonucu pek çok insan ruhsal sorunlar yaşamaktadır (Çavuş, 2006; Altinel, 2008; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Ruhsal hastalıkları tanımlamak gerekirse, “yaşam kalitesini düşüren ve kendini ruhsal ve bedensel belirtiler ile ortaya koyan her durum” ruhsal hastalık olarak ele alınmaktadır. Ruhsal hastalıklar her zaman yalnızca sıkıntı ile kendini göstermez, kimi zaman uykusuzluk, huzursuzluk, iştahsızlık, çabuk öfkelenme, mutsuzluk gözlenirken, bir yandan da yaşamdan zevk almama, geleceğe karşı karamsarlık, düşünceleri toplamada güçlük ile de kendini ortaya koyar. Zaman zaman saplantılar, ölüm korkuları, intihar düşünceleri de gözlenmekte ve bütün bunlara baş ağrısı, kan basıncı yüksekliği, kalp hastalıkları vb. gibi bedensel hastalıklar da eşlik edebilmektedir (Tezcan ve Aslan, 2000; Çavuş, 2006; Bozdoğan, 2007; Civil Özbucak, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Ruhsal bozuklukların kişilere, ailelere ve toplumlara etkisi oldukça fazladır. Kişiler bu bozuklukların neden olduğu zorlukları yaşar, iş ve sosyal yaşama katılma konusunda güçlük çeker ve çoğu kez de toplumdan dışlanırlar. Ailelerine karşı sorumluluklarını yerine getiremediklerini ve yük olduklarını düşünerek endişe ve

değersizlik duygusu yaşarlar. Bu esnada normal aile düzeni bozulur ve sosyal yaşam kısıtlanır (Kelleci ve ark., 2003; Bozdoğan, 2007; Altınel, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık; bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır. Bireyin bedensel sağlığındaki olumsuz değişiklik sosyal problemleri oluşturmakta, sosyal problemler ise stres yaratmakta ve ruh sağlığının bozulmasına neden olmaktadır. Günümüzde hızlı kentleşme ve sanayileşme, yurt içi ve dışı göçler, aile yapısındaki değişiklikler, kültür çatışmaları, genel eğitim yetersizliği, sağlık hizmeti veren kuruluşların yetersizliği gibi toplumsal, ekonomik ve politik durumlar ruhsal sorunlar yaşayan insanların sayısının giderek artmasına neden olmaktadır (Çavuş, 2006; Civil Özbucak, 2007; Yalçinkaya ve ark., 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Ruhsal yönden sağlıklı olmak toplumdan topluma, kültürden kültüre değişiklik göstermekle birlikte, çoğunlukla “Bireyin kendi kendisiyle ve çevresiyle dinamik bir denge ve uyum içinde olması” şeklinde kabul edilmektedir. Ruhsal bozukluk, bireyin çevresiyle uyumunu, iş veya okul işlevlerini bozar ve genellikle bireyin stresli olduğu durumlarda ortaya çıkar (Civil Özbucak, 2007).

Çocuklardaki davranış ve duygusal sorunlar ile yetişkinlerdeki ruhsal bozukluklar toplumda yaygın olarak görülmelerine karşın yeterince tanınmamaktadır. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, yetişkinlerde her dört-beş kişiden birinde tedavi gerektirecek düzeyde ruhsal hastalık bulunduğunu, çocuk ve gençlerde ise davranış ve duygusal sorunların yaygın olduğunu göstermektedir. Toplumda bir ruhsal hastalığı olan bireylerin ya da sorunlu çocuğu olan ailelerin pek azı tedavi için başvurmakta, başvuranların büyük çoğunluğuna tanı konamamakta, tanı konanların ise küçük bir grubu etkili tedavi alabilmektedir. Ruhsal hastalıkların eskiden çok iyi bilinmeyen bir yönü de yol açtıkları yeti yitimidir. Sadece ağır akıl hastalıkları değil, depresyon ve bunaltı bozuklukları gibi sık görülen ruhsal rahatsızlıklar da kişinin iş, eğitim ve sosyal yaşantısında ciddi sorunlar yaşamasına, belirgin iş gücü kaybına yol açmaktadır. Genel olarak çocuk ve gençlerde sorun davranışların yaklaşık %11 olarak bildirilmesine karşın, 2-3 yaş grubu çocuğu olan ailelerde ruh sağlığı hizmetine başvuru hiç yoktur;

4-18 yaş grubunda bu oran %0,2 olarak bulunmuştur. 11-18 yaş grubundaki gençlerin %5'i davranış ya da duygusal sorunlarından dolayı yardıma ihtiyaç duyduklarını belirtmelerine karşın, başvuru oranı % 0,3 olarak bulunmuştur (Erol ve ark., 1998).

Ruhsal bozukluk derecesi, bireyin çeşitli baskılara karşı koyma yatkınlığı ölçüsünde değişir. Ruhsal bozuklukların ortaya çıkışı çeşitli etkenlerle olabilir. Kişide, bir ruhsal bozukluk göstermeye kalıtsal bir yatkınlık olabilir. Bu demek değildir ki o kişide mutlaka bir ruhsal hastalık gelişecektir. Genellikle başka nedenlerde gereklidir (Çelikkol, 2001; Vaillant, 2003; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

4.2.2 Kadınlarda Ruh Sağlığı

Tüm dünya ülkelerinde kadının bireysel ve toplumsal görevlerini yerine getirebilmesi için sağlıklı olması, sağlığını koruyabilmesi için ise yeterli olanaklara sahip olması gerekir. Kadının sağlığı denince, kadının doğumundan ölümüne kadar geçen süredeki sağlık durumu ve bunu etkileyen faktörler anlaşılmaktadır (Doğan, 2008).

İnsanlık tarihinin başlangıcından buyana erkek ve kadınlar arasındaki tedavi farklılıkları hep olmuştur. Bu farklılıklar temel olarak fizyolojik, fiziksel ya da psikolojik faktörlere bağlıdır. Birçok toplumda kadınlar erkeklere göre olumlu açılardan daha az değerlendirilmektedir ve yüklenen roller çok daha fazladır (Kohen, 2000; Tseng, 2003; Walters, 2004; Youngkin and Davis, 2004; Altınel, 2008).

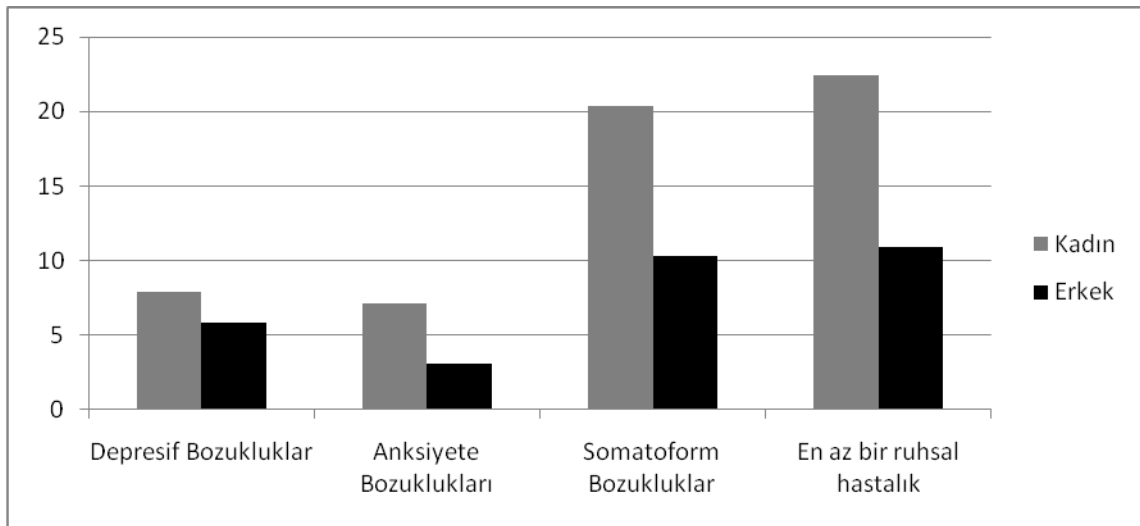
Kadınlarda görülen ortak ruhsal sorunlar özeleştirme problemleri, sosyokültürel ayrımcılık ve cinsel taciz olarak sınıflandırılabilir. Ayrıca kadınlarda görülen genel psikiyatrik problemler arasında depresyon, yeme bozuklukları, psikosomatik hastalıklar, cinsel anti sosyal davranışlar, fiziksel istismar, cinsel istismar sıralanabilir (Tseng, 2003; Altınel, 2008; <http://mentalhealth.samhsa.gov>, Erişim Tarihi: 20 Aralık 2009).

Kadın olmak, akut zorlu yaşantılarla mücadeleyi ve kronik sosyal zorlukları birlikte getirir. Kadınlardaki hormonal etmenler, çocukluğundan itibaren şiddete maruz kalma, girişken olma yönünden baskılanma, boyun eğme, pasif ve bağımlı olmayı

öğrenme, kadının toplumsal rolleri (ev işleri, çocuk bakımı, eşe karşı sorumluluklar), düşük eğitim ve gelir olanakları, işsizlik, düşük sosyoekonomik düzey, ayrımcılığa maruz kalma gibi riskler ruhsal bozuklukların kadınlarda daha sık görülme nedenleri arasındadır (Buzlu ve ark., 2006).

Beyin yapısının ve işlevlerinin cinsiyete bağlı değişiklikler gösterdiği, özellikle son yıllarda yoğun araştırmalara konu olmuştur. Kadın ve erkeklerin davranışsal olarak birbirinden farklı oluşlarının neden kaynaklandığı yıllardır tartışılan bir konudur. Son nörobilimsel çalışmalar bu farkın iki cins arası beyin farklılıklarından (anatomik, fizyolojik, nörohormonal ve işlevsel) kaynaklandığı düşüncesini desteklemektedir. Çünkü beyin morfolojisinde ve fizyolojisindeki bu farklılıklar hem kadın ve erkek davranışlarında önemli farklılıkları meydana getirmekte, hem de özellikle psikiyatride pek çok hastalık patogenezi ve tedavisinde önemli role sahip görülmektedir (Altınel, 2008; Şahin ve Abay, 2009).

Kelleci ve ark. (2003) belirttiğine göre, Ögel (1996) ve Rezaki (1997) temel sağlık hizmetlerinde ruhsal bozuklukların görülme oranının %20-30 arasında değiştiği ve bunların çoğunluğunu depresif bozuklukların ve anksiyete bozukluklarının oluşturduğu ifade etmektedir. Aynı zamanda bu sorunların kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Tanı gruplarına göre yaygınlık durumu şekil 1’de yer almaktadır.



Şekil 1. Tanı Gruplarına Göre Yaygınlık*

*Dr. Cengiz Kılıç, Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması Raporu 1998

Türkiye’de kadın, kendi kişiliğini ortaya koyabilme ve birey olabilme uğraşında erkeğe oranla daha büyük sorunlar yaşamaktadır. Günümüzde hızla değişen dünya koşulları içerisinde kentleşme, eğitim, sağlık, göç, ulaşım ve teknolojideki gelişmelere karşın kadınların toplumsal rolleri, aile içi ve dışı ilişkileri, kararlara katılımları ve evlilik örüntüleri değişse de erkeklere oranla kalkınmanın getirdiği kazanımlardan daha az yararlanmaktadır (Dökmen, 2003; Ereş, 2006; Altınel, 2008).

Kadınlarda ruh sağlığı sorunlarının temelinde menstural siklus, doğum ve menopoz çevresinde yoğunlaşmıştır. İşsizlik, gelir eşitsizlikleri, psikolojik sorunları olan kadın daha hassas olup fiziksel ve ruhsal anlamda sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Ruhsal bozuklukların sosyal ve psikolojik belirleyicileri olarak geçerli genellemeler yapmak ve sonuçlar çıkarmak yeterlidir. Ruh sağlığı sorunları kadınların yaşam kaliteleri üzerinde farklılık yaratabilir (Kohen, 2000; Altınel, 2008; Psikohayat Dergisi Mart-Nisan, 2009).

Ruh sağlığını çeşitli yönleriyle inceleyen araştırmalar, kadınlarla erkekler arasında ruhsal bakımdan farklılıklar olduğunu belirlemişlerdir. Genellikle, kadınların ruhsal açıdan erkeklere göre daha sağlıksız oldukları ifade edilmektedir. Ancak, çelişkili bulgularla da karşılaşılmaktadır. Örneğin, cinsiyet-depresyon ilişkisini inceleyen araştırmaların sonuçları arasında farklılık olduğu bildirilmektedir. Depresyon kadınlarda daha çok gözlenmekle birlikte farklı sonuç veren araştırmalar da vardır (Dökmen, 2003).

Genetik, biyolojik, sosyal ve psikolojik faktörlerin karışımına ek olarak toplumsal cinsiyetin, kadınların ruh sağlığı ve hastalıkları üzerinde hayati rol oynadığı gösterilmiştir. DSÖ’ nün 2001 yılındaki raporunda da depresyon, anksiyete ve yeme bozukluklarına ilişkin durumların görülme sıklığı kadınlarda daha fazla iken; madde kullanımı ve anti-sosyal davranışların erkeklerde daha yaygın olarak görüldüğü; intihar sonucu ölüm oranı erkeklerde daha yüksek iken, intihar girişiminde bulunmanın kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Nitekim majör depresif bozukluk, kadınlarda yaklaşık iki kat daha sık görülmektedir (Dökmen, 2003; Altınel, 2008).

Kadınların eğitim ve gelir düzeylerinin yükselmesi ile ruhsal sıkıntı görülme sıklığı da azalmaktadır. Bununla beraber çalışan kadınlarda fazla saat mesai, vardiyalı çalışma gibi nedenler kadınlarda ruhsal durumu olumsuz anlamda etkileyebilmektedir (Maclean et al., 2004; Altınel, 2008).

Kadınların ruh sağlığını etkileyen faktörler arasında; Sosyoekonomik durum, kadının statüsü, şiddet, biyolojik faktörler gibi etkenler sıralanabilir (Dökmen, 2003; Altınel, 2008). Biyolojik faktörler açısından kadınlarda durum şöyle gelişir;

Menstruel siklusun strese hassas olduğu yapılan birçok çalışma ile doğrulanmıştır. Katekolaminler, biyolojik stres faktörü olarak en yüksek seviyeye menstruasyonun luteal fazında ulaşır. Aynı dönemde östrojen ve progesteron da yüksek seviyelerdedir. Premenstruel sendromda da luteal fazdaki hormonal defektin, özellikle östrojen ve progesteron imbalansına bağlı olduğu yolunda kuvvetli bulgular vardır. Bu, dengesiz negatif duygudurum, kontrol edilemeyen davranışlar ve fiziksel rahatsızlıklara yol açar. Kadınlar için gebelik stres faktörüdür. Epidemiyolojik çalışmalar, kadın yaşamındaki psikiyatrik hastalık riskinin, doğumdan sonraki 12 ay boyunca en yüksek seviyede olduğunu göstermektedir. Menarştan menopoza kadar, kadınlar gonadal hormonların dalgalanmalarının etkisi altındadırlar. Kadınlar, çok küçük hormonal aktivasyonla çok büyük emosyonel cevap oluştururlar. Gonadal hormonların dalgalanmalarını, normal hormonal değişikliklere (premenstruel dönem, puerperium ve perimenopoz) ayrı bir duyarlılığı bulunan kadınlarda, ruhsal durum bozuklukları riskinin artmasına zemin hazırlayabilmektedir (Altınel, 2008).

Erkekler genellikle ruh sağlığı uzmanlarından yardım alırken, kadınlar sıklıkla birinci basamakta tedavi edilmekte ve çoğu ihtiyaç duydukları ilgiyi görememektedir. Çok sık olarak, önlenbilir ve tedavi edilebilir sorunlardan ve stresten kaynaklanan zorluklar, sağlık çalışanları, aile üyeleri, şefler ve çalışma arkadaşları ve hatta kadınların kendileri tarafından "ay hali" veya "yaşam değişikliği" yansıması olarak tanımlanmakta ve tedavi edilmeden bırakılmaktadır (Kelleci ve ark., 2003).

Kadınlarda anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar, somatoform bozukluklar ve en az bir ruhsal hastalık görülme sıklığı erkeklerden fazladır (Erol ve ark., 1998).

Kadınlarda yeme bozuklukları görülme sıklığı daha fazladır. Kadınlarda ruhsal hastalıkların yaygınlığı, genel sağlık ve sosyal refah ile doğrudan ilişkilidir (Altinel, 2008; <http://mentalhealth.samhsa.gov>, Erişim Tarihi: 20 Aralık 2009).

Kadınların ruhsal açıdan erkeklere oranla daha fazla problem yaşama nedenlerinden biri de üreme sağlığı sorunlarıdır. Kadınların yaşadığı önemli süreçler içinde; kontrasepsiyonun psikolojik yönleri, düşük yaptıktan sonra ruhsal durum, gebelik süresindeki ve bunu takiben doğum ve doğum sonrası dönemdeki ruh sağlığı, menopoz ve buna bağlı depresyon, jinekolojik morbidite ruh sağlığı açısından önem arz eden süreçlerdendir (Dünya Sağlık Örgütü, 2009).

4.2.3 Çalışan Kadınlarda Ruh Sağlığı

Bireyin yaşamını sağlıklı bir biçimde sürdürebilmesi için çalışması gerekmektedir. Nitekim Freud'da ruh sağlığını "çalışmak ve sevmek" olarak özetlemiştir. Çalışma yaşamı; bireye toplum içinde belli bir rol, yer ve ekonomik yarar sağlamaktadır, ancak bu olanakların yanı sıra fizyolojik ve psikososyal yönden bazı olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir (Yılmaz ve ark., 2006; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Tarihin her döneminde ekonomik ve toplumsal yaşamın bir yanını erkekler bir yanını da kadınlar temsil etmişlerdir. Buna koşut kadınların ekonomik, üretim ve düzenleme etkinliklerine katılımı da insanlık tarihi kadar eskilere dayanmaktadır. Kadınların toplumsal ve ekonomik yaşama katılımları ev içinde olduğu kadar ev dışındaki alanlarda da var olmuştur ve halen sürmektedir (Kakıcı ve ark., 2006).

Kadınları çalışma yaşamının dışına iten etkenlerin başında ülkemizde de hakim olan ataerkil toplum düzeninin varlığı, erkek egemen kültüre dayalı her alandaki cinsiyet ayrımcılığı, kadınların eğitim olanaklarından daha az yararlandırılmaları nedeni

ile eğitim düzeylerinin düşük olması ve erkeklerle arasındaki fizyolojik farklılıklar gelmektedir (Gönüllü ve İçli, 2001; Esin ve Öztürk, 2005; Kakıcı ve ark., 2006; Yılmaz ve ark., 2008).

Kadın işgörenler her türlü çalışma ortamında erkek işgörenlerin yaşadığı sorunları yaşamakla birlikte, kadın olmalarından kaynaklanan birçok farklı sorunla da mücadele etmek zorunda bırakılmaktadırlar. Nitelikli işgücü gerektirmeyen üretim şartlarında, uzun çalışma saatleri ve düşük ücretle erkek işgörenlerin alternatifi olarak görülen kadın işgörenler, işe alınmada eşitlik ilkesinin uygulanmaması, annelik ve aile yaşamının kadının çalışmasını engellemesi, çocuklu kadınlar için kreş problemlerinin yaşanması, eşit işe eşit ücret ödenmemesi, kadına yönelik cinsel taciz gibi cinsiyete dayalı ayrımcılık ile de karşı karşıya kalmaktadırlar (Yılmaz ve ark., 2008).

Kadınlar cinsiyete dayalı önyargılar yüzünden iş hayatında belli bir konuma gelme konusunda erkeklere kıyasla daha fazla zaman harcayıp, emek vermektedir (Walker and Webster, 2006).

Toplumun meslekleri kadın işi erkek işi diye nitelendirmesi ve cinsiyet temelli meslek ayrımı yapması, işin doğası ve fizyolojisinden bağımsız kısıtlayıcı olabilmektedir (hemşirelik, bale, şoförlük vb). Türkiye de kadınların işgücüne katılma oranları %26,4'tür. İş gücüne katılanların ancak %37,3'ünün gelir getirici bir işte çalıştığı görülmektedir. Bu toplumsal cinsiyet bakışını olumsuz geri besleyen bir döngü oluşturmaktadır (III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı, 2009).

Çalışma ortamında yaşanan zorluklar ve ev işleri ile çocuk bakımının daha çok kadına kalması, kadının bu iki alanda farklı rolü üstlenmesi sonucunu doğurmaktadır. Ev işleri ve annelik gibi geleneksel rolü yerine getiremediği gerekçesi ile hem kendisi hem de çevresi tarafından yargılanan kadın meslek yaşamında bu ikilemden dolayı yeterince çalışkan ve özverili olamadığı için kariyer ilerlemesinde de sorunlar yaşamaktadır (Esin ve Öztürk, 2005; Yılmaz ve ark., 2005; Yılmaz ve ark., 2008).

Günümüzde, çalışan birey hangi statüde olursa olsun önemli ruhsal baskılar altındadır. Bireyin bu baskılara karşı göstereceği tepkiler, ruhsal bozukluklara yol açar; en azından o kişinin ruh sağlığı için risk oluşturur. Bugün genellikle kabul edilen, çalışanlarda ruhsal çatışma alanlarının, işyerinde üç ana kaynaktan ortaya çıktığıdır. Bunlar;

- ✓ İşyerinde kişilerarası ilişkiler
- ✓ İşin, çalışanın hayatını değiştirmesi
- ✓ İşin fiziksel etkileridir.

İşyerindeki bireysel iş performansı ile ilgili belirtiler;

- ✓ Düşük kalitede çalışma
- ✓ Zamanı kötü kullanım
- ✓ Uygunsuz kararlar verme
- ✓ Karar verme zorluğu
- ✓ Sosyal temasın azalması
- ✓ Olağandışı işe gelmeme
- ✓ Davranış değişimleri
- ✓ Alkol ve sigara tüketimindeki artmalar

Kişisel sağlık sorunları ile ilgili belirtiler;

- ✓ Baş ağrısı, sırt ağrısı
- ✓ Uykusuzluk
- ✓ Geçmeyen yorgunluk
- ✓ Ağlama
- ✓ Gerginlik
- ✓ Kendini küçük ve suçlu görme, güven eksikliği (Çelikkol, 2001).

Kadın, aldığı eğitim ve yaptığı işten çok," kadın ve anne" olarak toplumda yer bulur, saygınlık kazanır (Bedük, 2005; <http://kutuphane.tbmm.gov.tr>, Erişim tarihi: 12 Ocak 2010).

Çalışma yaşamı; kişisel doyum ve başarı, ekonomik güvenlik, kişilerarası kimlik, bir topluluğa ait olma ve toplum yaşamı ile ilgili anlamlı bir şeyler yapmak için fırsat sağlamaktadır. Ekonomik olarak ise, gereksinim duyulanı ya da istenileni satın alabilmeyi sağlamaktadır. İş yaşamı, insanın çalışırken geçirdiği saatleri fazlasıyla aşan ve yaşamın her cephesine yayılan bir öneme sahiptir.

Bir iş yerindeki çeşitli faktörler çalışanların psikososyal iyilik durumlarını ve ruh sağlıklarını etkileyebilir (Bozdoğan, 2007).

Özellikle ekonomik yetersizlik nedeniyle iş hayatına atılan kadınlar hem ev kadını olarak, hem anne olarak karşılaştığı sorunlar beraberinde, olumsuz iş koşullarının ve toplumsal baskıların üzerlerinde bıraktığı etkiler, geleneksel toplum yapımız içinde çalışan kadının çok yönlü sorumluluklar ve sorunlar altında kalmasına yol açmaktadır. Nitekim çeşitli nedenlerle çalışma yaşamına katılan kadın, aile yaşamında da bir dizi sorunla karşı karşıya kalmıştır. Annelik durumuna bağlı olarak kadının aile yaşamında karşılaştıkları sorunları rol çatışması, ev işleri ve çocuk bakım sorunu olmak üzere başlıca üç kategoride incelenmektedir (<http://kutuphane.tbmm.gov.tr>, Erişim tarihi: 12 Ocak 2010).

Doğal olarak zaman sıkışıklığı, işlere yetişememekten ötürü suçluluk duygusu, kendisine zaman ayıramama sonucunda tükenmişlik hissi vb. kadının bazı sıkıntılar yaşamasına yol açar. Eğer sorumluluk duygusu yüksek ve kendisinden mükemmeliyetçi beklentileri varsa bu zorlanmalar daha da yoğun yaşanır (Altınel, 2008; Demirsoy, 2009).

Kadınlar çalışma ortamında istihdam, ücretlendirme ve çalışma statüsü açısından ayrımcılık yaşamaktadır. Ayrıca yaptıkları iş ve çalışma ortamlarından kaynaklanan; rol çeşitliliği, taciz, fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlar yaşamaktadırlar (Esin ve Öztürk, 2005; Ereş, 2006).

2003 verilerine göre dünya nüfusunun %49,7' sini kadınlar oluşturmaktadır. Dünyadaki kadın sayısının 3 milyardan fazla olduğu ve bir işte çalışan 2,8 milyar insanın 1,1 milyarının (%39'unun) kadın olduğu belirtilmektedir. Kadınlar insanlık tarihinin ilk günlerinden beri çalışmanın bir parçası olmuştur. Fiziksel, düşünsel güçlerini kullanarak üretime ve üretimin gelişmesine katkıda bulunmaktadırlar. Öte yandan günümüzde, kadın, çalışma yaşamının içinde daha çok yer almakta ve hemen hemen tüm iş kollarında etkin olarak çalışmaktadır. Kadınlar hem toplumsal konumları hem de çalışma yaşamları nedeniyle sorunlarla daha çok karşılaşmaktadırlar. Dünyada kadınların sırasıyla en çok çalıştığı iş kolları; tekstil, ilaç, ofis işleridir. Ancak ev işlerinde, tarım sektöründe, denetim yapılmayan küçük işyerlerinde kayıt dışı çalışan kadınların sayısının da çok fazla olduğu unutulmamalıdır. Çalışmanın kadın sağlığı üzerine olumsuz etkilerinin yanı sıra olumlu etkilerinden de söz edilmektedir. Örneğin bir ücret karşılığında ev dışında çalışan kadınların, ev kadınlarına göre daha uzun yaşadığı bulunmuştur.

Çalışmanın kadın sağlığı üzerine pek çok olumsuz etkileri de vardır;

➤ Rol çeşitliliği:

İş yaşamı içerisinde aynı zaman aralıklarında çalışan kadınlar ve erkekler ev yaşamına dair sorumluluklar söz konusu olduğunda farklılaşmaktadır. Kadınların ev yaşamına ait rolleri ve sorumlulukları erkeklerden çok daha fazla ve ağırdır. Kadın; çocukları, ailesi ve arkadaşları arasında denge kurmaya çalışırken stresle karşı karşıya kalmaktadır, bunun sonucunda da psikolojik ve psikosomatik hastalıklar oluşmaktadır.

Kadınların Çalıştığı İşlerin Yapısı (Part-time, geçici, ev içi, evde üretim vb.)

Kadınlar çok çeşitli olan işlerini sürdürürken pek çok yaralanma veya sağlık sorunlarına maruz kalabilirler. Örneğin tekrarlayan hareketlerle işlerini sürdüren kadınlarda kas iskelet sistemi ile ilgili sorunlar özellikle ağrıya neden olmakta ve ev içerisindeki rollerini yerine getirmesini olumsuz etkilemektedir.

- Sözel/davranışsal taciz
- Ayrımcılık
- Çalışma ortamı riskleri
- Kişisel koruyuculara ait problemler
- Üreme sağlığı ile ilgili sorunlar çalışmanın kadınlar üzerindeki olumsuz etkileridir (Esin ve Öztürk, 2005; Bozdoğan, 2007; Civil Özbucak, 2007; Altınel, 2008; Genç, 2008).

Çalışma koşullarının yanı sıra, bireyin yaptığı işin niteliği, örneğin işin yaratıcılık istemesi, monoton olması, aşırı yorucu olması, sorumluluk yüklemesi vb. gibi özellikler işin niteliği hakkında bilgi vermekte, ayrıca işin sevilerek yapılması, işe duyulan ilgi, bireylerin işine olumlu ya da olumsuz duygular yüklemesine neden olmaktadır (Aytaç, 2006).

İş Yerindeki Ruhsal Problemlerin Sonuçları

1) İş Devamsızlığı: Hastalık nedeniyle devamsızlık durumları, özellikle kısa süreli işe devamsızlıkların sıklığı, kötü ruhsal sağlık; depresyon, stres, tükenmişlik, kötü bedensel sağlık; yüksek kan basıncı, kalp hastalıkları, ülserler, uyku bozuklukları, deri döküntüleri, bas ağrısı, boyun ve sırt ağrısı, enfeksiyonlara karşı direncin düşmesi görülmektedir.

2) Çalışma Performansı: Üretim ve verimde düşüş, hata oranlarında artış, kazalarda artış, kötü karar verme, iş kontrol ve planlamasında kötüleşme görülmektedir.

3) Personel Tutum ve Davranışı: Motivasyon ve sorumlulukta azalma, tükenmişlik, personel çalışma saatlerinin artırılması fakat üretimin azalması, zaman yönetiminin kötü olması ve iş devrinde artış görülmektedir.

4) İşle İlişkiler: Meslektaşlar arasındaki gerilim ve çatışmalar, danışanlarla kötü ilişkiler, disiplinle ilgili problemlerde artış görülebilmektedir (Çavuş, 2006; Bozdoğan, 2007).

Kadın, evdeki fonksiyonunu yeteri derecede gerçekleştirmediği için suçluluk ve pişmanlık duymaktadır. Bu duygular kadının kendisini özgür hissetmesini engeller. Bir

işte çalışmanın getirdiği avantajların yanında evine ve ailesine yeterli vakti ayıramayan kadın ruhsal açıdan birçok sıkıntı yaşar. Bunlar anksiyete bozuklukları, depresyon gibi sorunlarla kendini gösterir (Demirsoy, 2009; Tarhan, 2009).

Kadınların eğitim ve gelir düzeyinin yükselmesiyle sıkıntı seviyelerinde düşüş gözlenmektedir. Kadınların sahip olduğu birçok rol içinde ruh sağlığını koruması önem taşımaktadır (Dökmen, 2003; Maclean et al., 2004; Altınel, 2008).

Çalışan kadınların sorunları çok boyutlu ve kadından kadına farklıdır. Çalışan kadınlar arasında, aile, çevre, iş ve ruh sağlığı üzerine çalışmalar yapılmıştır. Çalışan kadınlar arasında stres, fazla çalışma, daha az özgürlük, yüksek motivasyon ihtiyacı gibi faktörler büyük önem taşımaktadır. Bunların sonucunda duygusal denge, uyum süreci, hoşgörü düzeyi ve diğer kişilik özellikleri ruh sağlığı açısından tehdit altındadır (Singh Mand Singh G, 2006).

4.2.4 Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler

Ruhsal hastalıkların oluşmasında etkili faktörler arasında; cinsiyet, evlilik, aile, iş yaşamı, eğitim, sosyoekonomik sınıf gibi birçok etken rol oynar. Mesela;

Sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda ruhsal bozukluk yaygınlığının sosyoekonomik bakımdan yüksek kesimlere kıyasla daha fazla olduğu yapılan araştırmalarla belirlenmiştir.

Birçok araştırmada düşük eğitim düzeyi olan kesimde ruhsal bozukluğun daha çok olduğu bildirilmiştir. A.B.D de yapılan geniş Epidemiyolojik Alan Çalışması' da bunu desteklemektedir.

Çökkünlükler, bunaltı bozuklukları, konversiyon bozuklukları kadınlarda; alkol ve madde kullanım bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu erkeklerde daha sık görülmektedir.

Ruhsal bozuklukların genel olarak en sık görülme çağı 25-44 yaşları arasındadır (Dökmen, 2003; Çavuş, 2006; Altınel, 2008; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Stres; sinirsel bir yoğunluk ve gerilim halidir. Bu yoğunluk, bir gerginlik ve huzursuzluk yaratarak kişiyi olumsuz olarak etkiler. Bu durum, kan şekeri, vücut ısısı, metabolizma ve zihinsel verimliliği etkileyerek iş motivasyonunu azaltır, iş verimini düşürür. Nöro-psikolojik ritim bozulması, ülser, şeker hastalığı, tansiyon gibi birçok psikosomatik hastalığı böylelikle alevlendirebilir (Çelikkol, 2001). Eğer strese yol açan sorunlar ortadan kalkarsa kişi normal haline geri dönebilir. Ancak stres yaratan olaylar birikir ve kendi süreçleri içinde çözümlenemezlerse, bunlar zamanla depresyona dönüşebilirler. Biriktirilmiş veya ağır stresler, ağır ruhsal bozuklukların başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Aşırı stres, bireyin karşısındaki insana kızgınlık ve düşmanlık duymasına, apatiye, sinir bozukluğuna, hastalıklara, performans düşüklüğüne ve çevreden psikolojik ve fiziksel olarak geri çekilmeye neden olabilmektedir.

İş ortamı, yapılan işin her yönü ve işe yönelik duygular, örneğin işini sevip sevmeme stresle karşılıklı etkileşim içindedir. Fiziksel ve örgütsel çevre şartları, işletmenin yapısı, aşırı sıcak, gürültü, ışık, ya da çok az sorumluluk, çok fazla ya da az iş, aşırı veya az denetim, çalışma arkadaşları veya yönetici ile ilişki biçimi, işin yapılaş şekli, ya da bireylerin kendi kişilik özellikleri de strese neden olabilmektedir. İş stresi, bireyin yeteneklerindeki yetersizliklere, fiziksel ya da psikolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan ve bireyde gerilim yaratan durum olarak tanımlanmaktadır (Tel ve ark., 2003; Aytacı, 2006; Bozdoğan, 2007; Civil Özbucak, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Kanbay ve Üstün, 2009).

İş stresi, çalışanın sağlık durumunu olumsuz yönde etkileyen, yapıcı düşünme ve iş memnuniyetini azaltıcı bir durumdur (Tel ve ark., 2003; Kanbay ve Üstün, 2009).

Ruhsal sağlığın iyi olduğu durumlarda kişiler; kendilerini iyi hissederler, makul miktarda baskıyı tolere edebilirler, şartlardaki değişimlere uyum sağlarlar, kişisel ilişkilerinden hoşlanırlar ve yetenekleri doğrultusunda çalışırlar. Bir kişinin ruh sağlığı, kişisel faktör ve deneyimlerinden, sosyal etkileşimlerinden, çevreden, sosyal ve kültürel norm ve beklentilerden etkilenir. Sosyal yaşamdan ve işten kaynaklanan birçok stresör, kişinin sağlığı üzerinde etkilidir. Çalışma ortamında yaşanan stresli durumlarda da çeşitli baş etme yöntemleri kullanılmakta, kullanılan bu yöntemlerin etkili olmaması ve

uzun sürmesi durumunda ise zamanla tükenme, depresyon, performansta azalma, işten ayrılma ve kişiler arası ilişkilerde bozulmalar yaşanabilmektedir (Çavuş, 2006; Bozdoğan, 2007; Yüksel ve Özgür, 2008; Kanbay ve Üstün, 2009).

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda ruh sağlığını etkileyen faktörlerden en çok stres ve iş stresinden bahsedilmektedir (Çavuş, 2006; Bozdoğan, 2007; Civil Özbucak, 2007).

Stres; insanların dış ve iç dünyaları tarafından tehdit edilip, meydan okuma durumları ile karşı karşıya kaldıklarında ürettikleri psikolojik, fizyolojik ve sosyal davranış tepkileri olarak ifade edilir ve kısaca, zorlanma, gerginlik anlamına gelmektedir. İnsanda zorlayıcı etki yaratan stresi meydana getiren olaylara “stres vericiler”, bu olaylara insanın fizyolojik ve psikolojik düzeyde verdiği tepkilere de “stres” denir. Stres organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durumdur (Çavuş, 2006; Bozdoğan, 2007).

Stres Kaynakları;

1) Fiziksel Çevreden Kaynaklananlar: Hava kirliliği, gürültü, kalabalık, radyasyon, sıcaklık, toz, soğuk vb. fiziksel etmenler.

2) İş ve Meşguliyet Konusundan Kaynaklananlar: Ağır iş, gece işi, parça başına düşen üretim, aşırı yüklenme, çok hafif iş, zaman baskısı altında çalışma, karar verme güçlükleriyle dolu büyük sorumluluk gerektiren işler, hiçbir şekilde katkı yapmaya imkân bırakmayan işler vb. iş ve meşguliyet konusundan kaynaklanan stresörlerdir.

3) Psikososyal Özelliklerden Kaynaklananlar: İnsan hayatında karşılaşılan sosyal stresler üç ana başlık altında toplanabilir:

a) Günlük Stresler: Bunlar günlük yaşamın basit gerilimleridir. Çeşitli durumlar ve olaylarla karşılaşılan veya birbiriyle çelişen amaçları olan, günlük yaşamdan kaynaklanan; trafik sıkışıklığı, karşılaşılan terslikler, bürokratik zorlanmalar gibi sınırlı ve yaşamın tümünü etkilemeyen stresörlerdir.

b) Gelişimsel Stresler: Gelişimsel nitelikteki, yani çocuk, erişkin veya yaşlı bireylerin içinde buldukları gelişim dönemiyle ilgili stres yaratıcı olaylardır.

c) Yaşam Krizleri Niteliğindeki Stresler: Bunlar her yaşama başlı başına biçim verecek nitelikteki olayların yarattığı streslerdir. Örneğin hastalıklar, kazalar, aile bireylerinin ölümü, iş bulamama veya işten çıkarılma vb. gibi (Çavuş, 2006; Bozdoğan, 2007; Civil Özbucak, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Yapılan çalışmalarda mesleki stresin tükenmeye kadar gidebileceği ve ruh sağlığını ciddi anlamda etkilemesi söz konusudur. Stres, tükenme ve ruh sağlığına dair birçok araştırma yapılmıştır. Duygusal tükenme, kişisel başarıda azalmada stresin çok büyük etkisi vardır (Kellner, 2000; Civil Özbucak, 2007).

Tükenmişlik sendromu, işi gereği insanlarla yoğun bir ilişki içerisinde olanlarda görülen “duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı/yetersizlik hissi” şeklinde 3 boyutu olan; insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda kalan kişilerde görülen; fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının yapılan işe, hayata, bireyin aile hayatına ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansması ile oluşan bir sendromdur.

Bu konuda yapılmış pek çok çalışma tükenmenin iş kaybından aile içi sorunlarına, psikosomatik hastalıklardan alkol-madde- sigara kullanımına ve yorgunluk, uykusuzluk, depresyon gibi sorunlara yol açtığını belirtmektedir (Şahin ve ark., 2008).

Ruh sağlığı yerinde olan bireylerin nitelikleri incelendiğinde;

- Ruhsal yönden sağlıklı olan birey bir hastalık belirtisi olan anksiyete, kuruntu, kuşku, üzüntü, güvensizlik gibi belirtilerden uzak olup, stresi tolere edebilir, stresle başa çıkabilir; bozukluk olduğunda kısa sürede normale dönebilir.

- Kendini ve başkalarını kabul eder, kendine güveni vardır, özsaygısı gelişmiştir, orantısız bir üstünlük ya da aşağılık duygusu yoktur.
- Toplumda bir yeri ve görevi olduğu duygusunu edinmiş olmalıdır. Sorumluluk alır ve yerine getirir.
- Geleceğe yönelik tasarımları, amaçları olup bunlara normal yollarla ulaşma çabası içindedir. Geleceğe ümitle bakar ve mücadele eder.
- Etkin ve bağımsız olarak girişimlerde bulunur, öz eleştiri yapar, bireysel kararlar alır, uygular ve başarısız sonuçları elde ederse sonuca katlanabilir. Yetenek ve beceriksizliklerinin farkındadır.
- Hayal ve gerçeği ayırma yetkisine sahiptir.
- Sorunlarını çözebilme yeteneği vardır.
- Ailesi, yakın ve uzak çevresiyle tutarlı ilişkiler içerisindedir, insanlarla işbirliği yapabilir sevgi ve saygıya dayalı bağlar kurabilir.
- Yaşadığı çevre ve toplumla ters düşmeyen inandığı değerleri ve inançları olan kişidir. Başkalarının inançlarına, paylaşmasa da saygılı ve hoşgörülüdür.
- Ruhça sağlıklı bir insanın mesleği dışında eğlendirici, dinlendirici ve kişiyi geliştirici uğraşları vardır.

Ruhsal bozukluğu olan bireyde; zayıf bir benlik kavramı, yetersizlik duygusu vardır. Stresle başa çıkamaz. Anlamlı ilişkiler kuramaz. Karar veremez, sorumsuzca davranır. Kötümser ve karamsardır. Topluma uyum sağlayamaz (Pektikin, 1992; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Kişide, bir ruhsal bozukluk göstermeye kalıtsal bir yatkınlık olabilir. Bu demek değildir ki o kişide mutlaka bir ruhsal hastalık gelişecektir. Genellikle başka nedenlerde gereklidir. Ruhsal strese karşı direnç her insanda değişik dereceldedir. Ruhsal stres altındaki birey, ruhsal bozukluk göstermeye adaydır (Çelikkol, 2001).

4.2.5 Kadın Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Sorunları

Devlet İstatistik Enstitüsü'nün verilerine göre Türkiye'de çalışan kadın sayısı 5 milyon 52 bin ve bunların %57'si tarım sektöründe geri kalan bölümü hizmet

sektöründe çalışmaktadır. Hizmet sektöründe çalışanlar ise daha çok eğitim ve sağlık alanında çalışmaktadır (Esin ve Öztürk, 2005; Yılmaz ve ark., 2005).

Sağlık bakım alanı, hem yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesi hem de çalışan personelin stres yaşantıları ile çok sık karşılaşması nedeniyle, diğer iş ortamlarından daha fazla iş stresinin yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir. Sağlık çalışanı hizmetini sunarken, çok farklı düzeyde sağlık sorunu yaşayan hasta ve hasta yakını ile karşılaşmaktadır. Bireyin sağlığının tehdit altında olduğu, belirsizlik ve bilinmezlik nedeniyle yoğun stresin yaşandığı bu durumlar hasta birey kadar sağlık çalışanlarını da etkilemektedir (Tel ve ark., 2003; Çavuş, 2006; Bozdoğan, 2007).

Sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda iş ortamındaki stresörlerin sağlık çalışanlarının beden ve ruh sağlığını ve iş doyumunu olumsuz etkilediği saptanmıştır. İş yerindeki uzun süreli ve sık olarak tekrarlayan stresli deneyimlerin bireylerde migren, koroner arter hastalıkları, kaslarda gerginlik, uyku sorunları, yorgunluk gibi fiziksel sağlık sorunlarına, anksiyete, çaresizlik, depresyon, alkol ve madde kullanımında artış gibi ruhsal sorunlara, iş doyumsuzluğu, işle ilgili kendine güvende azalma, iş veriminde azalma, işe devamsızlık, tükenme sendromu, işi bırakma, sigara, alkol, ilaç alışkanlığı, aile içi ilişkilerde bozulma, kişilerarası iletişim sorunları gibi mesleki ve sosyal sorunlara neden olduğu görülmüştür (Tel ve ark., 2003; Civil Özbucak, 2007; Kanbay ve Üstün, 2009).

Sağlık çalışanlarının çalışması gereği fiziksel olarak bazı aktiviteleri yapmak zorundadır. Bu aktiviteler hasta taşıma, hasta takibi, hastanın gerekli tıbbi bakımını sağlamak amacıyla gerekli tedavi düzenlemeleridir. Bu nedenlerle sağlık personeli devamlı ayakta kalmakta, gerektiğinde hastanın taşınmasını sağlamaktadır. Vardiyalı bir sistem gerektiren, aynı zamanda hasta takibi ve bakımı için gerekli olan bu sistem, sağlık sektörünün çalışma koşulu ve gerekliliği nedeniyle uykusuzluk başlı başına bir sorun olmaktadır. Uyku ve uyanıklık sistemi hormonal bir dengede olup vücut ısısına bir denge içinde tutmaktadır. Uyku dengesinin bozulması sonucu; sürekli yorgunluk hali, depresyona hazırlık, baş ağrısı, halsizlik, verimsizlik gibi yan etkiler ortaya çıkmaktadır (Turhan, 2006).

Stres faktörü hastanelerde oldukça sık yaşanmaktadır. Sürekli sağlığı bozuk kişiler ve onların yakınlarıyla bir arada olma, multidisipliner yaklaşımda sorunlar, hasta bakımında aksamalar, çalışma şartları ve beslenme problemleri psikolojik problemlerin ortaya çıkmasına sebep olur (Tel ve ark., 2003; Turhan, 2006; Civil Özbucak, 2007).

Yapılan bir araştırmada kadın sağlık çalışanının daha fazla strese maruz kaldığı, evlilik ve çocuk bakımı gibi nedenlerden dolayı çökkünlük, depresyon, mani gibi bozuklukların ortaya çıktığı belirlenmiştir. Özellikle kadın sağlık çalışanları, hastalara bakım verip eve gittikten sonra ev ve çocukları ile ilgili bakımları üstlenmekte ve böylece kendilerine özel zamanları kalmamaktadır. Bu durum da kadında stres ve kaygı duygularının yaşanmasına neden olmaktadır (Behar et al., 1990; Esin ve Öztürk, 2005; Yılmaz ve ark., 2005).

Sağlık çalışanları da bu açıdan en riskli meslek gruplarından biridir. Nedenleri ise; iş yükü, stres fazlalığı, duygusal destek verme zorunluluğu, sağlık hizmetlerinde yetersizlikler, otonomi azlığı, düşük ücret, rol belirsizliği, yükselme ve gelişme olanaklarının sınırlı olması, mesleğin imajı ve özgüven eksikliği gibi etmenler sıralanabilir (Esin ve Öztürk, 2005; Bozdoğan, 2007; Şahin ve ark., 2008).

Sağlık kurumunda çalışmak diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama yönünden daha risklidir. Sağlık çalışanlarına karşı uygulanan bu şiddet türleri hasta ya da hasta yakınları tarafından özellikle kadın sağlık çalışanlarına uygulandığı yapılan çalışmalarda belirlenmiştir. Sözel şiddetin sıklığı fiziksel şiddetten daha fazladır. Şiddet en sık acil servislerde, ikinci sıklıkta da psikiyatri kliniklerinde sergilenmektedir. Şiddete uğrayan sağlık çalışanlarında şiddetin ardından anksiyete ve huzursuzlukta artış gibi psikolojik etkiler görülmektedir (Annagür, 2010).

Kadın sağlık çalışanlarının ruhsal sorun yaşama nedenlerinin başında, kadın olmanın biyolojik etkileri, iş yaşamında yaşanan stresler, anne rolünün getirdiği sorunlar ve toplumsal baskılar gelmektedir. Bununla beraber; rol tanımlarının tam olarak belirlenmemesi, cinsiyete dayalı ayrımcılık, çalışma koşullarının uygunsuzluğu,

terfi ve motivasyon etkenlerinin yetersizliği gibi faktörler de büyük rol oynamaktadır (Taşcı ve ark., 2007).

Kadın sağlık çalışanlarının bu faktörlerle karşı karşıya kalmasının önlenmesi için, görev tanımlarının tam anlamıyla yapılması, çalışma ortamındaki özellikle sağlık ile ilgili risklerin değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Kadın sağlık çalışanlarının ruh sağlığını artırmaya yönelik olumlu adımları belirlemek gerekmektedir.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, kadın sağlık çalışanlarının ruhsal durumlarını ve ruhsal durumlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Uygulama Alanı ve Zamanı

Araştırmanın uygulaması, İstanbul ilinde bir eğitim hastanesinde Şubat 2010 - Mart 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya başlamadan önce ilgili kurumdan yasal izin ve etik kurul onayı alınmıştır.

Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı araştırma tipine göre düzenlenmiştir.

Araştırmanın Evreni: Araştırmanın evrenini, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi'nde çalışan 370 kadın sağlık çalışanı oluşturmuştur. Evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Ulaşılması amaçlanan kadın sağlık çalışanlarının sayıları Tablo 5.1 deki gibidir.

Tablo 5.1: Kadın Sağlık Çalışanlarının Dağılımı (N=370)

Kadın Sağlık Çalışanları	n
Hemşire	297
Teknisyen	24
Doktor	16
Tıbbi Sekreter	8
Biyolog	8
Fizyoterapist	6
Diyetisyen	4
Ebe	2
Kimyager	4
Psikolog	1

Araştırmanın Örneklemi: Evrende açıklanan grup içinden araştırmaya alınma kriterlerine uygun olan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve ulaşılabilen (doğum izni, rapor vb. mazeretler haricindeki) 315 kadın sağlık çalışanı oluşturmuştur.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- ✓ Kadın sağlık çalışanı olması,
(Doktor, Hemşire, Fizyoterapist, Diyetisyen, Ebe, Eczacı, Teknisyen, Laborant, Biyolog, Diş hekimi vb.)
- ✓ Çalışmaya katılmak istemesi.

Araştırma Soruları

- 1) Kadın sağlık çalışanlarının ruhsal durumları ne düzeydedir?
- 2) Kadın sağlık çalışanlarının ruhsal durumunu etkileyen faktörler nelerdir?

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından, literatür bilgisine dayalı olarak geliştirilen, demografik özellikleri ve çalışma ortamının özelliklerini inceleyen “Bilgi Formu” ve toplumda ruhsal durum taramasında kullanılan “Genel Sağlık Anketi-28” kullanılmıştır.

Bilgi Formu; araştırmacı tarafından literatür bilgilerine dayalı olarak geliştirilerek, uzman görüşüne sunulmuş olup, gerekli düzenlemelerden sonra uygulamaya başlanmıştır. Kadın sağlık çalışanlarının yaş, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı gibi demografik verileri elde etmek için ve meslekte çalışma süresi, çalışma yaşamında en çok sorun yaşanan alanlar, çalışma şekli, daha önce ruhsal sorun yaşayıp yaşamadığını değerlendirmeyi amaçlayan toplam 12 sorudan oluşmaktadır.

Genel Sağlık Anketi-28 (GSA-28), Goldberg tarafından 1972 yılında geliştirilmiş olup, Türkiye 'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1996 yılında Cengiz KILIÇ tarafından yapılmıştır. Kılıç'ın yaptığı güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı 0.84 bulunmuştur. GSA-28' in duyarlılığı 0.74, özgüllüğü 0.70 bulunmuştur. Geçerlilik çalışmasında ROC analizi uygulanarak ölçüt geçerliliği elde edilmiştir. Bu amaçla GSA tipi puanlama ile kesme puanı 4/5 olarak hesaplanmıştır. Bu puanlar risk gruplarını göstermektedir (Kılıç, 1996; Aydemir ve Köroğlu, 2009).

Bu araştırmada ölçeğin güvenilirliği 0,93 [0,927-0,932] olarak bulundu.

GSA-28 psikiyatri dışı toplumda karşılaşılan ruh sağlığı sorunlarını taramak amacıyla oluşturulmuş, kişinin kendisinin doldurduğu bir testtir. Kısa, uygulaması kolay bir ölçektir ve ruhsal hastalıkları inceleyen toplumsal çalışmalarda ilk aşama tarama testi olarak kullanılır. Ölçeğin 60, 30, 28 ve 12 maddeden oluşan biçimleri vardır.

Psikotik olmayan depresyon ve bunalıtı belirtilerinin saptanmasında güvenle kullanılabileceği belirtilirken, psikotik ve manik hastalarda kullanılması önerilmemektedir (Aydemir ve Köroğlu, 2009).

Anket her biri yedi maddeden oluşan dört alt bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler; somatik semptomlar, anksiyete ve uyku bozuklukları, sosyal fonksiyonda bozulma ve ağır depresyondur.

28 maddeden oluşan ölçekte, her soru son birkaç haftadaki belirtileri sorgular ve dörder şıklıdır. ("hiç olmuyor, her zamanki kadar, her zamankinden sık, çok sık") Dört maddeli cevap skalası, Goldberg tarafından geliştirilen "GSA tipi puanlama" yöntemi olan ilk iki maddenin puanı 0, diğer iki maddenin puanı ise 1'dir. Toplam puan bunların toplanmasıyla elde edilir.

Dört maddeli cevabın uçtaki veya ortadaki cevabı işaretleme eğiliminin önleme gibi bir yararı vardır. Uygulama sonrasında en az 0, en çok 28 puan alınabilmektedir. Bu puanın fazla olması ruhsal sağlıktaki rahatsızlık olasılığını artırmaktadır. "5" ya da

zerinde puan alan bireyler ruhsal sorunlu olarak (anksiyete ve depresyon) belirlenmektedir (Tezcan ve Aslan, 2000; Kelleci ve ark., 2003; Buzlu ve ark., 2006; avuş, 2006; Aydemir ve Köroğlu, 2009).

Tablo 5.2: Kadın Sağlık Çalışanlarının GSA-28 Dağılımı (N=315)

Madde	1	2	3	4
A1. Kendinizi çok iyi ve sağlıklı hissediyor musunuz?	32 (%10,16)	210 (%66,67)	65 (%20,63)	8 (%2,54)
A2. Sizi dinçleştirecek bir ilaca ihtiyaç duyuyor musunuz?	173 (%54,92)	76 (%24,13)	56 (%17,78)	10 (%3,17)
A3. Kendinizi tükenmiş ve dağınık hissediyor musunuz?	100 (%31,95)	124 (%39,62)	69 (%22,04)	20 (%6,39)
A4. Kendinizi hasta hissediyor musunuz?	152 (%48,25)	110 (%34,92)	50 (%15,87)	3 (%0,95)
A5. Başınızda ağrı oluyor mu?	77 (%24,44)	158 (%50,16)	57 (%18,1)	23 (%7,3)
A6. Başınızda sıkışma veya basınç hissi oluyor mu?	138 (%43,81)	114 (%36,19)	43 (%13,65)	20 (%6,35)
A7. Sıcak ya da soğuk basması oluyor mu?	181 (%57,46)	102 (%32,38)	26 (%8,25)	6 (%1,9)
B1. Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	151 (%47,94)	105 (%33,33)	40 (%12,7)	19 (%6,03)
B2. Uykunuzun bölündüğü oluyor mu?	138 (%43,81)	106 (%33,65)	44 (%13,97)	27 (%8,57)
B3. Kendinizi sürekli gerilim altında hissediyor musunuz?	112 (%35,56)	127 (%40,32)	55 (%17,46)	21 (%6,67)
B4. Öfkeli ve huysuz oluyor musunuz?	67 (%21,34)	174 (%55,41)	54 (%17,2)	19 (%6,05)
B5. Nedensiz korkuya veya paniğe kapıldığınız oluyor mu?	183 (%58,1)	100 (%31,75)	23 (%7,3)	9 (%2,86)
B6. Her şeyi üzerinize yüklenmiş gibi hissediyor musunuz?	87 (%27,62)	141 (%44,76)	64 (%20,32)	23 (%7,3)
B7. Kendinizi sürekli sinirli ve gergin hissediyor musunuz?	90 (%28,57)	157 (%49,84)	50 (%15,87)	18 (%5,71)
C1. Bir işle meşgul olabiliyor musunuz?	68 (%21,66)	198 (%63,06)	29 (%9,24)	19 (%6,05)
C2. İşlerinizi bitirmeniz daha uzun zaman alıyor mu?	103 (%32,7)	167 (%53,02)	42 (%13,33)	3 (%0,95)
C3. Genel olarak işleriniz iyi yaptığınızı hissediyor musunuz?	85 (%27,07)	210 (%66,88)	19 (%6,05)	-
C4. Görevlerinizi yeterince yerine getirebiliyor musunuz?	87 (%27,62)	214 (%67,94)	13 (%4,13)	1 (%0,32)
C5. İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?	96 (%30,57)	185 (%58,92)	23 (%7,32)	10 (%3,18)
C6. Herhangi bir konuda fazla zorlanmadan karar verebiliyor musunuz?	65 (%20,7)	215 (%68,47)	30 (%9,55)	4 (%1,27)
C7. Günlük faaliyetlerden zevk alabiliyor musunuz?	56 (%17,83)	171 (%54,46)	66 (%21,02)	21 (%6,69)
D1. Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	207 (%65,92)	75 (%23,89)	21 (%6,69)	11 (%3,5)
D2. Yaşamdan hiç umudunuzun kalmadığını hissediyor musunuz?	211 (%67,2)	73 (%23,25)	20 (%6,37)	10 (%3,18)
D3. Hayat yaşamaya değmez diye düşünüyor musunuz?	244 (%77,96)	48 (%15,34)	11 (%3,51)	10 (%3,19)
D4. Kendi canınıza kıyabileceğinizi düşündüğünüz oluyor mu?	281 (%89,49)	18 (%5,73)	13 (%4,14)	2 (%0,64)
D5. Sinirleriniz bozulduğu için hiçbir şey yapamadığınız oluyor mu?	117 (%37,38)	152 (%48,56)	32 (%10,22)	12 (%3,83)
D6. Kendi kendinize "ölsem de kurtulsam" dediğiniz oluyor mu?	250 (%79,62)	51 (%16,24)	10 (%3,18)	3 (%0,96)
D7. Kendinizi öldürme düşüncesi sürekli aklınıza takılıyor mu?	286 (%91,08)	10 (%3,18)	16 (%5,1)	2 (%0,64)

Tablo 5.2 incelendiğinde araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının GSA-28 dağılımları incelenmiştir. “Kendinizi öldürme düşüncesi sürekli aklınıza takılıyor mu?” maddesine “*kesinlikle hayır*” cevabı ile en çok işaretlenen madde, “Genel olarak işlerinizi iyi yaptığınızı hissediyor musunuz?” maddesi ile “*çok kötü*” cevabı ise hiç işaretlenmeyen maddedir.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Bilgi formu ve Genel Sağlık Anketini yanıtlama süresi yaklaşık 10 dakika olarak belirlenmiş, fakat bazen bu süre uzamıştır. Bunun nedenleri;

- ✓ Bilgi formu ve ölçeğin uygulama zamanının çalışma saatleri içinde olması,
- ✓ Askeri prosedürlerin bazen anket uygulamasını bölmesi,

Verilerin Toplanması

Araştırma yapılmadan önce kurumdan yazılı ve sözlü izinler alınarak kadın sağlık çalışanlarının sayıları elde edilmiştir. Bilgi formu ve Genel Sağlık Anketi-28 den oluşan veri toplama araçları gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra kadın sağlık çalışanlarına verilerek doldurmaları istenmiştir. Araştırmaya katılma kişilerin isteğine bırakılmıştır. Veri toplama araçlarının cevaplama süresi ortalama 10 dakikadır. Veriler araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart sapma) yanı sıra, çoklu gruplar bazında Kruskal-Wallis Varyans Analizi, ikili karşılaştırmalarda verilerin parametrik olduğu durumda student t test, parametrik olmadığı durumda ise Mann-Whitney U testi, Spearman Korelasyon Analizi Ki-Kare testi kullanıldı.

Kullanılan Genel Sağlık Anketi- 28' in geçerlilik güvenilirliği Cronbach's Alpha katsayısı kullanılarak lęld.

Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

6. BULGULAR

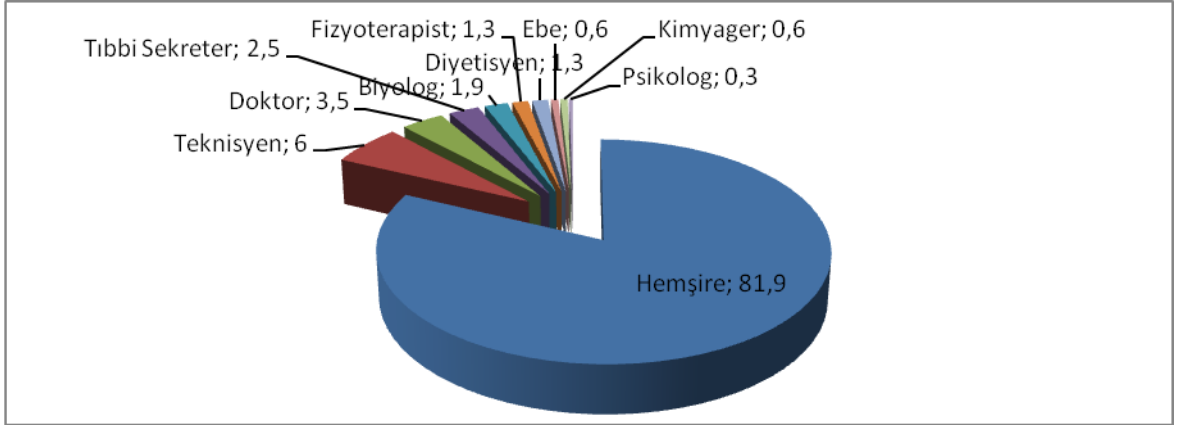
Bu çalışma, İstanbul ilinde bulunan bir eğitim hastanesindeki kadın sağlık çalışanlarının ruhsal durumlarının değerlendirilmesi amacıyla planlandı.

Çalışmaya hastanede çalışan bütün kadın sağlık çalışanlarının gönüllük esasına göre katılması hedeflendi. Toplam 370 kadın sağlık çalışanına bilgi formu ve ölçek dağıtıldı, çalışma 315 kişi ile tamamlandı.

Bilgi formunda sağlık çalışanlarının ait oldukları meslek grubu ve bu meslek grubuna ilişkin pozisyonlarını içeren sorular, bireysel özellikleri (yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, stres yaşama durumu, ruhsal açıdan sorun yaşama durumu) ve çalışma özelliklerine ilişkin sorular soruldu. Bilgi formu dışında GSA-28 ölçeği bulunmakta olup tüm veriler tablolar halinde gösterilmiştir.

Tablo 1: Kadın Sağlık Çalışanlarının Meslek Dağılımı (N=315)

Kadın Sağlık Çalışanları	n	%
Hemşire	258	81,9
Teknisyen	19	6
Doktor	11	3,5
Tıbbi Sekreter	8	2,5
Biyolog	6	1,9
Fizyoterapist	4	1,3
Diyetisyen	4	1,3
Ebe	2	0,6
Kimyager	2	0,6
Psikolog	1	0,3



Şekil 2: Kadın Sağlık Çalışanlarının Meslek Dağılım Grafiği

Tablo 1 incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan 315 kadın sağlık çalışanının meslek dağılımı bulunmaktadır. Tablo 1’de görüldüğü gibi kadın sağlık çalışanlarının %81,9’unun (n=258) hemşire olduğu belirlenmiştir. Meslek gruplarına göre dağılım grafiği Şekil 2’de yer almaktadır.

Tablo 2: Kadın Sağlık Çalışanlarının Meslekteki Pozisyon Dağılımı (N=315)

Pozisyon	n	%
Klinik Hemşiresi	174	55,2
Yoğun Bakım Hemşiresi	44	14
Sorumlu Hemşire	36	11,4
Teknisyen	19	6
Tıbbi Sekreter	9	2,9
Asistan Doktor	6	1,9
Biyolog	6	1,9
Uzman Doktor	5	1,6
Diyetisyen	4	1,3
Fizyoterapist	4	1,3
Ameliyathane Hemşiresi	3	1
Poliklinik Hemşiresi	3	1
Psikolog	1	0,3
Kimyager	1	0,3

Tablo 2 incelendiğinde araştırma kapsamına alınan 315 kadın sağlık çalışanının meslekteki pozisyon dağılımı bulunmaktadır. Tablo 2’de görüldüğü gibi çalışmaya katılanların %55,2’si (n=174) klinik hemşiresi, %14’ü (n=44) yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmaktadır.

Tablo 3: Kadın Sağlık Çalışanlarının Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı (N=315)

Bireysel Özellikler		n	%
Yaş	29 yaş ve altı	128	40,6
	30-39	157	49,8
	40 ve üzeri	30	9,6
<i>Katılımcıların Yaş Ort.±SD</i>		<i>31,2 ±5,6</i>	
Medeni Durum	Evli	176	55,9
	Bekar	138	43,8
	Eşi Vefat Etmiş	1	0,3
Çocuk	0	174	55,2
	1	88	27,9
	2	48	15,2
	3	5	1,6
Eğitim Durumu	Lise/Sağlık Meslek Lisesi	11	3,5
	Ön Lisans	125	39,7
	Lisans	110	34,9
	Yüksek Lisans/Doktora	69	21,9
Yaşanan Stres	Yok	153	43,4
	Yakın birinin kaybı	26	7,4
	Önemli fiziksel hastalık	26	6,8
	Ciddi ekonomik sorunlar	67	10,5
	İş sorumluluğunda değişim	50	6,8
	Atama, evlilik, hamilelik	30	4
Ruhsal Sorun	Ruhsal sorun yaşamadım	170	54,0
	Ruhsal sorun yaşadım, destek almadım	88	27,9
	Psikolojik destek aldım	57	18,1

Tablo 3 incelendiğinde araştırma kapsamına alınan 315 kadın sağlık çalışanına ait bireysel özellikler bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının %49,8'i (n=157) 30-39 yaş aralığında bulunmuş olup genel yaş ortalaması $31,2 \pm 5,6$ bulundu.

Kadın sağlık çalışanlarının %55,9'unun (n=176) evli olduğu saptandı.

Katılımcılar çocuk sahibi olma durumlarına göre incelendiğinde, %55,2'sinin (n=174) çocuk sahibi olmadığı bulundu.

Çalışmaya katılanların %39,7'si (n=125) ön lisans mezunudur.

Kadın sağlık çalışanlarının son bir yıl içinde stres yaşama durumu incelendiğinde, %57'sinin (n=162) stres yaşamış olduğu belirlendi.

Katılımcıların daha önce ruhsal sorun yaşayıp yaşamama durumuna göre; %54'ünün (n=170) daha önce ruhsal sorun yaşamamış olduğu belirlendi.

Tablo 4: Kadın Sağlık Çalışanlarının Çalışma Düzenlerine Göre Dağılım (N=315)

Çalışma Düzeni		n	%
Ücret	Yeterli	22	7,0
	Yetersiz	285	90,5
	Maaş yeterli, nöbet ve döner sermaye ücretleri yetersiz	7	2,2
	Kısmen Yeterli (İhtiyacına Yetecek Seviyede)	1	0,3
Süre	8 yıl ve altı	132	41,9
	9-16 yıl	126	40,0
	16 yıl üzeri	57	18,1
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	208	66,0
	Sürekli Gece	17	5,4
	Vardiya Değişimi	76	24,1
	Dönüşümlü olarak hem gece hem gündüz	14	4,4
Sosyal Etki	Sosyal yaşamımı etkilemiyor	93	29,5
	Sosyal/ özel hayatıma zaman ayıramıyorum	172	54,6
	Aile bireyleri ile iletişim sorunları yaşıyorum	25	7,9
	Sosyal hayatımı kısmen etkiliyor	23	7,3

Tablo 4 incelendiğinde araştırma kapsamına alınan 315 kadın sağlık çalışanına ait çalışma düzenlerine ilişkin özellikler bulunmaktadır. Tablo 4’ de görüldüğü gibi, sağlık çalışanlarının %90,5’i (n=285) ücreti yetersiz bulduğu belirlenmiştir.

Çalışma süresi açısından, %41,9’unun (n=132) 8 yıl ve altında çalışmakta olduğu belirlendi.

Çalışma şekli incelendiğinde; %66’sının (n=208) sürekli gündüz çalıştığı belirlendi.

Çalışma şeklinin sosyal yaşama etkisi incelendiğinde, %54,6’sının (n=172) sosyal/özel hayatına zaman ayıramadığı belirlendi.

Tablo 5: Kadın Sağlık Çalışanlarının Yaşadıkları Mesleki Sorunlar ve Sorun Çözme Yollarına Göre Dağılımı (N=315)

Sorunlar ve Probleme Yaklaşım		n	%
Yaşanan Sorun	Sorun yok, problem yaşamıyorum	29	9,2
	Yöneticilerle yaşadığım sorunlar	80	25,4
	Ekip arkadaşlarımla yaşadığım sorunlar	50	15,9
	Hasta ve hasta yakınları ile yaşadığım sorunlar	106	33,7
	Hepsi ile sorun yaşıyorum	50	15,9
Probleme Yaklaşım	Hiçbir şey yapmam	18	5,7
	Problemleri çözmeye çalışırım	203	64,4
	Başka bölüme geçmeyi talep ederim.	14	4,4
	Stresle baş etme yöntemi kullanırım.	64	20,3
	Psikiyatriden destek alırım	12	3,8
	O an için ortamdaki uzaklaşırım	4	1,3

Tablo 5 incelendiğinde araştırma kapsamına alınan 315 kadın sağlık çalışanının çalışma hayatlarında yaşadıkları sorunlar ve çözüm yollarına ilişkin özellikler bulunmaktadır.

Tablo 5’de görüldüğü gibi, sağlık çalışanlarının mesleklerinde en fazla sorun yaşadıkları alanlar incelendiğinde, %33,7’sinin (n=106) hasta ve hasta yakınları ile ilgili sorun yaşadığı belirlendi.

Çalışma yaşamında karşılaştıkları problemlere karşı tutumları incelendiğinde, %64,4’ünün (n=203) problemleri kendisinin çözmeye çalıştığı belirlendi.

Tablo 6: Kadın Sağlık Çalışanlarının Sosyal Olanakları ve İş Motivasyonları Dağılımı (N=315)

Sosyal Olanak ve Motivasyon		n	%
Sosyal olanak	Sosyal olanak yok	32	6,4
	Lojman	78	15,6
	Kreş	38	7,6
	Ulaşım/servis	216	43,2
	Yemek	61	12,2
	Sosyal aktiviteler	58	11,6
	Sosyal olanak var, fakat yeterli değil	17	3,4
Motivasyon	Herhangi bir aktivite yapılmıyor	134	34,4
	Sanatsal aktiviteler yapılıyor	81	20,8
	Gezi/sosyal toplantılar	67	17,2
	Kültürel etkinlikler	53	13,6
	Ödüllendirme	24	6,1
	Aktivite var ama kullanılmıyor	31	7,9

Tablo 6 incelendiğinde araştırma kapsamına alınan 315 kadın sağlık çalışanının 185'i birden fazla sosyal olanaktan faydalanmaktadır. Kadın sağlık çalışanlarının %43,2'si (n=216) ulaşım/servis olanağından yararlandığını belirtmiştir.

315 katılımcının 75'i birden fazla motivasyon faaliyetine katılmaktadır. %34,4'ü (n=134) herhangi bir aktivite yapılmadığını ifade ettiği belirlendi..

Tablo 7: Kadın Sağlık Çalışanlarının GSA-28 Puan Ortalaması (N=315)

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
GSA-28	315	0	25	4,30	5,437

Tablo 7 incelendiğinde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının GSA-28 puan ortalamalarına bakıldığında, ortalama puan $4,30 \pm 5,44$ bulunup, en düşük puan 0, en yüksek puanın 25 olduğu bulundu. Bu çalışmada katılımcıların %36'sının (n=112) puanı "5" ve üzerinde bulundu.

Tablo 8: Kadın Sağlık Çalışanlarının Bireysel Özelliklerine Göre GSA-28 Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=315)

Bireysel Özellik		GSA-28		
		n	Ort±SS	
Meslek	Doktor	11	2,91±3,51	$\chi^2=7,6$ $p^1=0,57$
	Hemşire	258	4,39±5,57	
	Diyetisyen	4	1,25±1,5	
	Fizyoterapist	4	3,75±4,11	
	Ebe	2	9±7,07	
	Biyolog	6	2,83±4,92	
	Teknisyen	19	4,74±4,75	
	Psikolog	1	0	
	Tıbbi Sekreter	8	5,63±7,15	
	Kimyager	2	0,5±0,71	
Yaş	29 ve altı	128	3,56±5,26	F=2,07 $p^2=0,12$
	30-39	157	4,76±5,5	
	40 ve üzeri	30	5,1±5,63	
Medeni Durum	Evli	176	4,34±5,3	t=0,08 $p^3=0,93$
	Bekar	138	4,29±5,63	
	Eşi Vefat Etmiş	1	0	
Çocuk Varlığı	Yok	174	3,87±5,31	t=0,29 $p^3=0,11$
	Var	141	4,84±5,56	
Eğitim Durumu	Lise/Sağlık Meslek Lisesi	11	4,82±6,43	F=2,4 $p^2=0,06$
	Ön Lisans	125	5,27±5,79	
	Lisans	110	3,73±5,24	
	Yüksek Lisans/Doktora	69	3,39±4,71	

¹ Kuruskal-Wallis testi, ² Anova testi, ³ Student t testi

Tablo 8’ de görüldüğü üzere araştırmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının bireysel özelliklerine göre GSA-28 puan ortalamaları incelendi.

Meslek grupları arasında ebelerin 9±7,07 ile en yüksek ve psikologların 0 ile en düşük GSA-28 puan ortalamasına sahip olduğu bulundu. Meslek grupları arasında GSA-28 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,57$; $p>0,05$). $n=4$ değerinin altında olan psikolog, ebe ve kimyager olan katılımcılar çıkartıldıktan sonra istatistiksel değerlendirme tekrar yapılmıştır. Diğer meslek grupları arasında GSA-28 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,73$; $p>0,05$).

Yaş grupları incelendiğinde 40 yaş ve üzeri olan katılımcıların GSA-28 puan ortalaması 5,1±5,63 ile en yüksek ve 29 yaş ve altı katılımcıları 3,56±5,26 ile en düşük puana sahip olduğu bulundu. Yaş grupları arasında GSA-28 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,12$; $p>0,05$).

Medeni durumları incelendiğinde eşi vefat etmiş 1 kişi çalışmaya katılmış olup istatistiksel olarak çalışma dışı bırakıldı. Evli ve bekar kadın sağlık çalışanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,93$; $p>0,05$). Evli katılımcıların ortalaması ($4,34\pm 5,3$) bekar katılımcıların ortalamasından ($4,29\pm 5,63$) yüksek bulundu.

Katılımcıların çocuklarının var olup olmadığı incelendiğinde, çocuğu olanların GSA-28 puan ortalamasının ($4,84\pm 5,56$) puan olarak çocuğu olmayanların ortalamasından ($3,87\pm 5,31$) yüksek bulundu. Bu sonuçta istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,11$; $p>0,05$).

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde ön lisans mezunlarının GSA-28 puan ortalamasının $5,27\pm 5,79$ ile ön lisans en yüksek ve yüksek lisans/doktora mezunlarının ortalamasının $3,39\pm 4,71$ ile en düşük olduğu bulundu. Eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,06$; $p>0,05$).

Tablo 9: Kadın Sağlık Çalışanlarının Yaşadıkları Stres ve Ruhsal Durumu ile GSA-28 Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=315)

Stres ve Ruhsal Durum		GSA-28		
		n	Ort±SS	
Yaşanan Stres	Stres Yaşamamış	153	3,02±4,39	t=-4,2 p ¹ =0,00005
	Stres Yaşamış	162	5,52±6,02	
Ruhsal sorun	Ruhsal sorun yaşamadım	170	2,58±4,46	F=20,9 p ² =0,000000005
	Ruhsal sorun yaşadım, destek almadım	88	6,17±5,6	
	Psikolojik destek aldım	57	6,56±6,11	

¹ Student t testi, ² Anova testi

Tablo 9’da görüldüğü üzere araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaşadıkları strese göre GSA-28 puanları incelendiğinde stres yaşamış olanların $5,52\pm 6,02$ ortalamasına göre stres yaşamamış olanların ortalamasından ($3,02\pm 4,3$) GSA-28 puanı yüksek bulundu. Stres yaşama durumuna göre katılımcıların GSA-28 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0,00005$; $p<0,05$).

Ruhsal sorun durumu incelendiğinde, “ruhsal sorun yaşadım ve psikolojik destek aldım” diyen katılımcıların GSA-28 puan ortalaması $6,56\pm 6,11$ ile en yüksek bulundu. Ruhsal sorun durumuna göre katılımcıların GSA-28 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,0001$; $p<0,05$). Farklılığın ruhsal sorun yaşamayan katılımcıların ruhsal sorun yaşayan destek alan veya ruhsal sorun yaşayan destek

almayan katılımcılara göre düşük puana sahip olmasından kaynaklandığı bulundu (p=0,000000005; p<0,05).

Tablo 10: Kadın Sağlık Çalışanlarının Çalışma Düzenlerine Göre GSA-28 Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=315)

Çalışma Düzenleri		n	Ort±SS	
Ücret	Yeterli	22	0,95±1,46	$\chi^2=11,43$ $p^1=0,003$
	Yetersiz	285	4,58±5,56	
	Maaş yeterli, nöbet ve döner sermaye ücretleri yetersiz	7	2,71±4,64	
	Kısmen Yeterli (İhtiyacıma Yetecek Seviyede)	1	10	
Süre	8 yıl ve altı	132	3,47±5,28	F=2,9 $p^2=0,056$
	9-16 yıl	126	4,74±5,44	
	16 yıl üzeri	57	5,28±5,6	
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	208	4,37±5,48	$\chi^2=2,47$ $p^1=0,44$
	Sürekli Gece	17	2,71±4,18	
	Vardiya Değişimi	76	4,37±5,51	
	Dönüşümlü olarak hem gece hem gündüz	14	5±5,86	
Sosyal Etki	Sosyal yaşamımı etkilemiyor	93	1,73±3,23	$\chi^2=41,69$ $p^1=0,000000007$
	Sosyal/ özel hayatıma zaman ayıramıyorum	172	4,99±5,47	
	Aile bireyleri ile iletişim sorunları yaşıyorum	25	9,08±7,25	
	Sosyal hayatımı kısmen etkiliyor	23	4,61±5,46	

¹ Kruskal-Wallis testi, ² Anova testi

Tablo 10’da görüldüğü üzere araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının aldıkları ücrete yönelik düşüncelerinin “yetersiz” diyenlerin GSA-28 puan ortalaması 4,58±5,56 ile en yüksek bulundu. Ücret hakkındaki görüşlerine göre katılımcıların GSA-28 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p=0,003; p<0,05). Sadece yetersiz yanıtı veren katılımcılar ile yeterli yanıtı veren katılımcıların arasında da GSA-28 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p=0,001; p<0,05).

Çalışma süresi 16 yıl üzeri olan katılımcıların GSA-28 puan ortalaması 5,28±5,6 puan ile en yüksek bulundu. Çalışma sürelerine göre katılımcıların GSA-28 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p=0,056; p>0,05).

Çalışma şekli dönüşümlü olarak hem gece hem gündüz olan katılımcıların GSA-28 puan ortalaması $5\pm 5,86$ puan ile en yüksek bulundu. Çalışma şekline göre katılımcıların GSA-28 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,44$; $p>0,05$).

Çalışma şeklinin sosyal yaşantıyı etkilemesi konusunda “aile bireyleri ile iletişim sorunları yaşıyorum” düşüncesinde olan katılımcıların GSA-28 puan ortalaması $9,08\pm 7,25$ puan ile en yüksek bulundu. Sosyal etkiye göre katılımcıların GSA-28 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0,0000000007$; $p<0,05$). Bütün değişkenlerin arasındaki farklılık da istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,00000005$; $p<0,05$).

Tablo 11: Kadın Sağlık Çalışanlarının Yaşadıkları Mesleki Sorunlar Ve Sorun Çözme Yollarına Göre GSA-28 Puan Ortalamalarının Dağılımı

Yaşanan Sorun ve Yaklaşım		n	Ort±SS	
Yaşanan Sorun	Sorun yok, problem yaşamıyorum	29	2,45±5,05	$\chi^2=15,6$ $p^1=0,004$
	Yöneticilerle yaşadığım sorunlar	80	5,4±5,63	
	Ekip arkadaşlarımla yaşadığım sorunlar	50	4,78±5,38	
	Hasta ve hasta yakınları ile yaşadığım sorunlar	106	3,99±5,18	
	Hepsi ile sorun yaşıyorum	50	3,82±5,71	
Soruna Yaklaşım	Hiçbir şey yapmam	18	5,5±5,12	$\chi^2=16,1$ $p^1=0,007$
	Problemleri çözmeye çalışırım	203	3,68±5,17	
	Başka bölüme geçmeyi talep ederim.	14	5,14±6,16	
	Stresle baş etme yöntemi kullanırım.	64	4,88±5,72	
	Psikiyatriden destek alırım	12	9,08±6,05	
	O an için ortamdan uzaklaşırım	4	4,25±4,65	

¹ Kruskal-Wallis testi

Tablo 11’de görüldüğü üzere araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının genel olarak mesleklerinde en fazla yaşadıkları sorun tiplerine göre GSA-28 puanları incelendiğinde; “yöneticilerle sorun yaşayanların” $5,4\pm 5,63$ puan ile en yüksek bulundu. Yaşanan sorun tipleri durumuna göre katılımcıların GSA-28 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0,004$; $p<0,05$). Farklılığı yöneticilerle

ve ekip arkadaşlarımla sorun yaşarım diyenlerin GSA-28 ortalamasının diğer sorun olanlar ve sorunu olmayanlarda yüksek olmasında kaynaklandığı bulundu ($p=0,04$; $p<0,05$).

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının genel olarak mesleklerinde yaşadıkları problemlere yaklaşımlarına göre GSA-28 puanları incelendiğinde “psikiyatriden destek alırım” düşüncesinde olanların $9,08\pm 6,05$ puan ile en yüksek bulundu. Problem çözüm tiplerine göre katılımcıların GSA-28 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0,007$; $p<0,05$). Farklılığı “problemleri kendisi çözmeye çalışanların” diyenlerin diğer çözüm yollarından düşük GSA-28 ortalaması olmasından kaynaklandığı bulundu ($p=0,002$; $p<0,05$).

Tablo 12: Kadın Sağlık Çalışanlarının Motivasyon ve Sosyal Olanaklara Göre GSA-28 Puan Ortalamalarının Dağılımı

Motivasyon/Sosyal olanak		n	Ort±SS	
Motivasyon	Herhangi bir aktivite yapılmıyor	134	4,46±5,71	t=0,49
	Aktivite yapılıyor	256	4,17±5,17	p ¹ =0,62
Sosyal Olanak	Sosyal olanak yok	32	5,38±5,80	z=-1,42
	Çeşitli sosyal olanak var	468	4,44±5,77	p ² =0,15

¹ Student t testi, ² Mann Whitney U testi

Tablo 12’ de görüldüğü üzere araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının iş motivasyonunu arttıracak yapılan aktiviteler yapılıyor/yapılmıyor şeklinde iki gruba ayırdığımızda katılımcıların “herhangi bir aktivite yapılmıyor” şeklindeki düşüncelerinin puan ortalamasının $4,46\pm 5,71$ olması, “aktivite yapılıyor” diye düşünenlerin ortalamasından $4,17\pm 5,17$ yüksek olması GSA-28 puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,62$; $p>0,05$).

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının çalışma yaşantısındaki sosyal olanakları yapılıyor/yapılmıyor şeklinde iki gruba ayırdığımızda katılımcıların “sosyal olanak yok” şeklindeki düşüncelerinin $5,38\pm 5,80$ olan puan ortalamasının, “sosyal olanak var” $4,44\pm 5,77$ ortalamasından yüksek olması GSA-28 puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,15$; $p>0,05$).

Tablo 13: Kadın Sağlık Çalışanlarının Önemli Değişkenlerinin GSA-28 İle İlişkileri

Önemli Değişkenler	GSA-28 Grubu				İst. İlişki	
	<5		≥5			
	n	%	n	%		
Süre	8 yıl	94	71,2	38	28,8	$r^1=0,12$ $p=0,029$
	9-16 yıl	77	61,1	49	38,9	
	16 yıl dan fazla	32	56,1	25	43,9	
Sosyal Etki	Sosyal yaşamımı etkilemiyor	81	87,1	12	12,9	$r^1=0,22$ $p=0,00015$
	Sosyal/ özel hayatıma zaman ayıramıyorum	97	56,4	75	43,6	
	Aile bireyleri ile iletişim sorunları yaşıyorum	8	32,0	17	68,0	
	Sosyal hayatımı kısmen etkiliyor	15	65,2	8	34,8	
Probleme Yaklaşım	Hiçbir şey yapmam	10	55,6	8	44,4	$r^1=0,12$ $p=0,03$
	Problemleri çözmeye çalıştım	140	69,0	63	31,0	
	Başka bölüme geçmeyi talep ederim.	9	64,3	5	35,7	
	Stresle baş etme yöntemi kullanırım.	39	60,9	25	39,1	
	Psikiyatriden destek alırım.	3	25,0	9	75,0	
	O an için ortamdan uzaklaşıyorum	2	50,0	2	50,0	
Ruhsal Sorun	Ruhsal sorun yaşamadım	136	80,0	34	20,0	$r^1=0,32$ $p=0,00013$
	Ruhsal sorun yaşadım, destek almadım	41	46,6	47	53,4	
	Psikolojik destek aldım	26	45,6	31	54,4	

¹ Spearman Korelasyon Analizi

Tablo 13’ de görüldüğü üzere araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının GSA puanlarını “5” değerinin altı ve üzeri olarak gruplandırdığımızda katılımcıların çalışma düzenleri, çalışma yaşamında problemlere yaklaşımı ve daha önce ruhsal sorun yaşama durumları ile ilgili sorular ile olan ilişkileri araştırıldı. GSA-28 puanı ile çalışma süresi, çalışma şeklinin sosyal hayata etkisi, problemlere yaklaşım, ruhsal sorun değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki bulundu (sırası ile $p=0,029$, $p=0,00015$, $p=0,03$, $p=0,00013$; $p<0,05$).

Çalışma süresi 16 yıldan fazla olan katılımcıların %43,9’unun ($n=25$) GSA-28 puanı “5” ve “5” üzerinde bulundu.

Çalışma yaşamının sosyal yaşantıya etkisi; aile bireyleri ile sorun yaşayan katılımcıların %68’inin ($n=17$) GSA-28 puanı “5” ve “5” üzerinde bulundu.

Çalışma yaşamında karşılaştıkları problemler karşısında “psikiyatriden destek alırım” diyen katılımcıların %75’i (n=9) GSA-28 puanı “5” ve “5” üzerinde bulundu.

Daha önce ruhsal açıdan sorun yaşama durumuna göre; “ruhsal sorun yaşadım, psikolojik destek aldım” diyen katılımcıların %54,4’ü (n=31) GSA-28 puanı “5” ve “5” üzerinde bulundu.

Tablo 14: Kadın Sağlık Çalışanlarının Bireysel Özellikleri Ve Çalışma Düzenlerinin GSA-28 Gruplarına Göre Dağılımı

Özellikler	<5		≥5		İst. Karşılaştırma	
	n	%	n	%		
Yaş	29 ve altı	90	70,3	38	29,7	$\chi^2=3,24$ $p^1=0,19$
	30-39	95	60,5	62	39,5	
	40 ve üzeri	18	60,0	12	40,0	
Medeni Durum	Evli	112	63,6	64	36,4	$\chi^2=0,64$ $p^1=0,73$
	Bekar	90	65,2	48	34,8	
	Eşi Vefat Etmiş	1	100,0			
Çocuk	Yok	118	67,8	56	32,18	$\chi^2=1,9$ $p^1=0,16$
	Var	85	60,3	56	39,22	
Eğitim Durumu	Lise/Sağlık Meslek Lisesi	7	63,6	4	36,4	$\chi^2=3,6$ $p^1=0,30$
	Ön Lisans	73	58,4	52	41,6	
	Lisans	77	70,0	33	30,0	
	Yüksek Lisans/Doktora	46	66,7	23	33,3	
Ücret	Yeterli	21	95,5	1	4,5	$\chi^2=11,8$ $p^1=0,008$
	Yetersiz	177	62,1	108	37,9	
	Maaş yeterli, nb. ve döner sermaye yetersiz	5	71,4	2	28,6	
	İhtiyaçlarıma yetecek kadar			1	100,0	
Çalışma Süresi	8 yıl	94	71,2	38	28,8	$\chi^2=4,9$ $p^1=0,80$
	9-16 yıl	77	61,1	49	38,9	
	16 yıl dan fazla	32	56,1	25	43,9	
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	133	63,9	75	36,1	$\chi^2=1,1$ $p^1=0,76$
	Sürekli Gece	13	76,5	4	23,5	
	Vardiya Değişimi	48	63,2	28	36,8	
	Dönüşümlü olarak hem gece hem gündüz	9	64,3	5	35,7	

¹ Ki Kare testi

Tablo 14’de görüldüğü üzere araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının GSA puanlarını “5” değerinin altı ve üzeri olarak gruplandırdığımızda katılımcıların bireysel özellikleri ve çalışma düzenleri ile ilgili sorular ile olan farklılıkları araştırıldı.

Katılımcıların yaş grupları ile GSA-28 puanları incelendiğinde bütün yaş gruplarının en fazla “5” puanın altında yer aldıkları görüldü. En fazla %70,3 ile 29 yaş altı katılımcıların “5” puan altında yer aldığı bulundu. Yaş grupları ile GSA puan grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,19$; $p>0,05$).

Katılımcıların medeni durum ile GSA-28 puanları incelendiğinde evli, bekar ve eşi vefat etmiş katılımcıların en fazla “5” puanın altında yer aldıkları görüldü. Eşi vefat eden 1 katılımcının GSA-28 puanı “5” in altındadır, % 65,2 ile bekar katılımcıların “5”

puan altında yer aldığı bulundu. Medeni durum ile GSA puan grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,73$; $p>0,05$).

Katılımcıların çocuk varlığı ile GSA-28 puanları incelendiğinde, çocuk varlığına göre en fazla “5” puanın altında yer aldıkları görüldü. En fazla %67,8 ile çocuğu olmayan katılımcıların “5” puanın altında yer aldığı bulundu. Çocuk durumu ile GSA puan grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,16$; $p>0,05$).

Katılımcıların eğitim durumu ile GSA-28 puanları incelendiğinde bütün eğitim durumuna göre en fazla “5” puanın altında yer aldıkları görüldü. En fazla %70 ile eğitim durumu lisans olan katılımcıların “5” puan altında yer aldığı bulundu. Eğitim durumu ile GSA puan grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,30$; $p>0,05$).

GSA-28 puanı ile ücret arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,008$; $p<0,05$). Farklılık, ücreti yeterli bulanların %95,5’ inin GSA-28 puanının “5” in altında olanların olmasından kaynaklanmaktaydı.

Katılımcıların çalışma süresi ile GSA-28 puanları incelendiğinde bütün çalışma süresine göre en fazla “5” puanın altında yer aldıkları görüldü. En fazla %71,2 ile çalışma süresi 8 yıl ve altında olan katılımcıların “5” puan altında yer aldığı bulundu. Çalışma süresi ile GSA puan grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,80$; $p>0,05$).

Katılımcıların çalışma şekli ile GSA-28 puanları incelendiğinde bütün çalışma şekline göre en fazla “5” puanın altında yer aldıkları görüldü. En fazla %76,5 ile çalışma şekli sürekli gece olan katılımcıların “5” puan altında yer aldığı bulundu. Çalışma şekli ile GSA puan grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,76$; $p>0,05$).

7. TARTISMA

Kadın sağlık çalışanları; kadın olmanın biyolojik etkileri, iş yaşamında yaşanan stresler, anne rolünün getirdiği sorunlar ve toplumsal baskılar gibi nedenlerden dolayı birçok ruhsal sorun ile karşı karşıya kalmaktadır (Taşcı ve ark., 2007).

Araştırma, kadın sağlık çalışanlarının ruhsal durumlarını ve ruhsal durumlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada 315 kadın sağlık çalışanının ruhsal durumları Genel Sağlık Anketi-28 kullanılarak değerlendirilmiş; birinci bölümde, kadın sağlık çalışanlarının ait oldukları meslek grubu ve bu meslek grubundaki pozisyonları, ikinci bölümde diğer çalışma özellikleri, üçüncü bölümde ise GSA-28 ile verilerin karşılaştırılması sonucu elde edilen veriler literatür doğrultusunda tartişılmıştır.

Çalışmada kadın sağlık çalışanlarının yaş, medeni durum, ocuk varlığı, eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikleri bulgular bölümünde incelenmiş olup tartişmaya gerek duyulmamıştır.

Kadın Sağlık alışanlarının Meslek Grupları ve Meslekteki Pozisyon Bulgularının Tartışılması

Kadının iş hayatına katılması, toplumsal, siyasal ve ekonomik sebeplere bağlı karmaşık ve çok yönlü etkileşimler sonucu olmuştur. Ülkemizde genel olarak ev işleri ve ocuk bakımı büyük oranda üzerinde olan kadının bu yüklerinin yanında bir de ev dışında ücretli çalışmaya başlaması yükünü daha da artırmaktadır (illi ve ark., 2004).

2006 verilerine göre; toplam işgücünün; 6 480 000 kadın ve 18 297 000 erkektir. İş gücüne katılma oranı erkeklerde %71,5 ve kadın için %24,9 olduğu görölmektedir (Toksöz, 2007).

Eğitim düzeyine göre iş gücüne katılım oranı, yüksek ğretim mezunu kadınlarda yüzde 70, lise altı eğitlimlilerde ise yüzde 22 olarak gerçekleşmektedir. Türkiye’deki ğretim elemanlarının yüzde 39’unu, profesörlerin, doktor ve operatörlerin yüzde 29’unu, mimarların yüzde 37’sini, avukatların ise yüzde 33’un kadınlara oluşturmaktadır. Karar alma mekanizmalarında kadın yönetici oranı Türkiye’de % 6 iken, bu oran Amerika’da yüzde 46, Rusya’da yüzde 39, Almanya’da yüzde 36, İngiltere’de yüzde 33, İtalya’da yüzde 29, Yunanistan’da yüzde 26’dır (www.ksgm.gov.tr., Erişim tarihi:15 şubat 2010).

Araştırma kapsamına alınan kadın sağlık çalışanlarının; % 81,9’u (n=258) hemşire, kadın sağlık çalışanları oluşturmaktadır (Tablo 1). şahin ve ark. (2008) yaptığı çalışmada, devlet hastanesinde çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan çalışma grubundaki personelin % 54’un hemşirelerin oluşturduğu bulunmuştur.

Tel ve ark. (2003) sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada hemşirelerin diğer meslek gruplarına göre daha fazla katılım sağladığı bulunmuştur. Ayrıca Arpacı ve Ersoy’un (2007) kadın sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada hemşire grubunun fazla olduğu bulunmuştur. Yapılan bu çalışmalar araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya % 81,9 oranı ile (n=258) en fazla hemşire kadın sağlık çalışanlarının katıldığı belirlendi. Ülkemizde hemşireliğin kadın mesleği olarak atfedildiği düşünülürse kadın sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun hemşirelerden oluştuğunun yadırganmaması düşünülebilir.

Araştırmamızda kadın sağlık çalışanlarının buldukları meslek grubundaki pozisyonları ise; % 55,2’sini (n=174) klinik hemşiresi oluşturmaktadır (Tablo 2).

Yılmaz ve ark. (2006) yaptığı çalışmada, hemşirelerin genel ruhsal durum değerlendirilmesinde çalışmaya katılan hemşirelerin % 67’sinin klinik hemşiresi olduğu bulunmuştur. Bizim yaptığımız çalışmada, araştırma kapsamına alınan 315 kadın sağlık

çalışanından çalışmaya en fazla oranda % 55,2 (n=174) ile klinik hemşiresinin katıldığı bulundu. Bu sonuçlar ile çalışma bulguları benzerlik göstermektedir.

Kadın Sağlık Çalışanlarının Stres Ve Ruhsal Sorun Yaşama Durumları İle İlgili Bulguların Tartışılması

Kadınların iş yaşamında yer almaları; bireysel ve toplumsal açıdan olumlu ve olumsuz durumları beraberinde getirmiştir. Çalışma yaşamı kadının ekonomik bağımsızlığını ve toplumsal statüsünü destekleyerek yaşam tatminini arttırırken doğum ve çocuk bakımı gibi işlerden dolayı izin almaları ve bu rollerine ilişkin sorumlulukları, iş yaşamlarını olumsuz etkilemektedir (Esin ve Öztürk, 2005; Yılmaz U. ve ark., 2005; Yılmaz A. ve ark., 2008).

Maclean et al. (2004) kadınların ruh sağlığı ve rolleri konulu çalışmasında evli olmanın ruh sağlığı açısından koruyucu olduğunu belirtmiştir.

Çalışmada kadın sağlık çalışanlarının % 57'sinin (n=162) son bir yıl içinde önemli bir stresli yaşam olayı yaşadığı bulundu (Tablo 3). Birden fazla şık işaretleyen katılımcıların olduğu görüldü. Literatür bilgileri stresin ruh sağlığını tehdit eden faktörlerin başında yer aldığını, hem iş hem de sosyal yaşantıyı etkilemesi açısından uygun baş etme yöntemlerinin kullanılmasının önemini belirtmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Kanbay ve Üstün, 2009). Literatür bilgileri ile çalışma bulguları benzerlik göstermektedir.

Psikiyatrik hastalıklarla cinsiyet arasında ilişkiyi araştıran birçok çalışma yapılmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Ek-tanı Araştırması'nda (National Comorbidity Survey) DSM-III-R ölçütlerine göre 12 aylık ve ömür boyu psikiyatrik hastalık riski incelenmiş ve örnek grubunda hayat boyu herhangi bir psikiyatrik hastalık gözlenme riski (prevalans-standart sapma) kadınlarda %47,3±1,5, erkeklerde %48,7±0,2 olarak saptanmıştır. Ayrıca aynı çalışmada ruhsal hastalıkların yaş, cinsiyet gibi demografik özelliklere göre farklılık gösterdiği saptanmıştır (Şahin ve Abay, 2009).

Türkiye ruh sağlığı profiline göre; alkol bağımlılığı dışında kalan bütün ruhsal rahatsızlıklar kadınlarda daha çok görülmekte olup çökkünlük ve bunaltı bozuklukları en yaygın görülen ruhsal bozukluklardır (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Araştırma kapsamındaki kadın sağlık çalışanlarının % 54'ünün (n=170) daha önce ruhsal açıdan sorun yaşamadığı bulundu (Tablo 3). Çavuş'un (2006) yoğun bakım hemşireleri ile yaptığı çalışmada % 91,8 (n=145) oranında daha önce ruhsal sorun yaşamadıkları bulunmuştur. Bu açıdan çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Daha önceden ruhsal sorun yaşama durumunun ruhsal durum değerlendirilmesinde önemli bir faktör olduğu düşünülebilir.

Kadın Sağlık Çalışanlarının Diğer Çalışma Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışılması

Arpacı ve Ersoy (2007)'un belirttiklerine göre, Demirel ve ark. (1999) çalışma ve çalışmanın anlamını kadınlar açısından; ücretli çalışma ve bunun sonucunda elde edilen gelir, kadınların özgüvenlerinin artmasını sağlayarak, başkalarına bağımlı olma durumlarını azaltarak onları güçlendirmekte, işsiz kadınlar için ise öncelikle üretkenlik ve para kazanma ikinci olarak da ekonomik özgürlük ve aileye katkı anlamına geldiğini belirtmektedir.

Kadın sağlık çalışanlarının çalışma düzenleri ile ilgili bulguların tartışılması

Araştırma kapsamına alınan kadın sağlık çalışanlarının % 90,5'inin (n=285) aldıkları ücreti yetersiz bulduğunu ifade ettikleri belirlendi (Tablo 4). Bozdoğan (2007), Yılmaz ve ark. (2006)'ın yaptığı çalışmalarda hemşirelerin meslekleri ile ilgili olarak maddi doyum sağlayamadıkları bulunmuştur. Bu sonuçlar ile literatür bilgileri çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Koray (1991)'in belirttiğine göre kadınların çalışma yaşamına girmelerinin özel nedenlerine bakıldığında nedenlerin daha çok ekonomik ve psikolojik nitelikte olduğu görülmektedir. Bu ekonomik ve psikolojik nedenler aile bütçesine ikinci bir gelir sağlama gerekliliği, ekonomik bağımsızlık kazanma arzusu, işgücü piyasasındaki

değişmeler, ülke kalkınmasına katkıda bulunma arzusu, kültür düzeyinin artması ve daha iyi şartlarda yaşamayı isteme, aldığı eğitim, bilgi, beceri ve uzmanlıkların değerlendirme istekleri olduğunu belirtmektedir (Aktaran: Arpacı ve Ersoy, 2007). Kadının bir işte çalışmasının yanında toplumun yüklediği roller gereği evde de çalışan kadın olması birçok özveriye beraberinde getirmektedir. Tüm bu zorluklara karşı, çalışan kadınların ekonomik anlamda tatmin olamamasının ruhsal durumlarının bozulmasında önemli bir etken olduğu düşünülebilir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının % 41,9'unun (n=132) mesleğinde 1-8 yıldır çalıştığı bulundu (Tablo 4). Yılmaz ve ark.'nın (2006) yaptıkları çalışmada çalışmaya katılan hemşirelerin % 29,9'un meslekte 1-5 yıldır çalıştığı bulunmuştur. Taşcı ve ark.'nın (2007) bir üniversite hastanesinde hemşireler ile yaptığı çalışmada hemşirelerin % 48,2'sinin hizmet yılının 5-8 yıl olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Meslekte çalışma süresinin fazla olması kişisel tolerasyonda azalmaya neden olabileceğinden ruhsal durumu da etkileyebileceği düşünülebilir.

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının % 66'sının (n=208) sürekli gündüz çalıştığı bulundu (Tablo 4). Fakat gündüz sisteminde çalışan kadın sağlık çalışanlarının aynı zamanda ayda 5-6 gece nöbeti tuttukları belirlendi. Bozdoğan (2007)'in hemşirelerin ruhsal durumlarını değerlendirme amacıyla yaptığı çalışmada, çalışmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun gündüz sisteminde çalışarak ayda birkaç kez gece nöbeti tuttukları bulunmuştur. Çalışmadaki bulgular Bozdoğan (2007)'in yaptığı çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Literatür bilgileri doğrultusunda, sürekli gece sisteminde çalışmak ya da sık nöbet tutmak uyku problemlerine yol açıp gerginlik düzeyini artıracığından geri kalan zamanı kaliteli kullanmayı etkilemektedir. Çalışma bulguları doğrultusunda, bu durumun kadın sağlık çalışanlarında ruh sağlığını olumsuz anlamda etkileyebileceği düşünülebilir.

Araştırma kapsamındaki kadın sağlık çalışanlarının %54,6'sının (n=172) çalışma şekline göre sosyal/özel hayatına zaman ayıramadığı bulundu (Tablo 4). Çavuş (2006)'un yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada % 72,2'sinin (n=114) çalışma şeklinin sosyal yaşantılarını olumsuz anlamda etkilediği bulunmuştur. Bu sonuçlar çalışma bulgularını destekler niteliktedir. Çalışma saatleri ve nöbetlerden kalan zamanda aile ve özel hayata ayıracak zamanın kısıtlı olmasının ruhsal durumu etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Kadın sağlık çalışanlarının yaşanan sorun ve problemlere yaklaşımı ile ilgili bulguların tartışılması

Sağlık çalışanlarına karşı uygulanan şiddet türleri incelendiğinde, hasta ya da hasta yakınları tarafından özellikle kadın sağlık çalışanlarına şiddet uygulandığı yapılan çalışmalarda belirlenmiştir. Sözel şiddetin sıklığı fiziksel şiddetten daha fazladır. Şiddete uğrayan sağlık çalışanlarında şiddetin ardından anksiyete ve huzursuzlukta artış gibi psikolojik etkiler görülmektedir (Annagür, 2010).

Araştırma kapsamına alınan kadın sağlık çalışanlarının % 33,7'sinin (n=106) mesleğinde en fazla hasta ve hasta yakınları ile sorun yaşadıklarını ifade ettiler (Tablo 5). Tel ve ark.'nın (2003) sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışma, bulgularımız ile benzerlik göstermektedir. Kanbay ve Üstün'ün (2009) hemşirelerde stres yaratan faktörlerin değerlendirilmesi konulu çalışmasında belirttiklerine göre, Callaghan et al. (2000) hasta ve hasta yakınları ile yaşanan sorunların iş yükünden sonra en fazla stres yaratan faktör olduğunu belirtmektedirler. Araştırmamız kapsamındaki katılımcıların iş ortamının sadece hasta bireylerden oluştuğu düşünülürse bu anlamda yaşanan sorunların kadın sağlık çalışanlarının ruh sağlığını olumsuz anlamda etkileyeceği düşünülebilir.

Çalışmamız dahilindeki sağlık çalışanlarının %64,4'ünün (n=203) çalışma yaşamında yaşadığı problemlere yönelik, problemi kendisi çözmeye çalışmakta olduğu belirlendi (Tablo 5). Çavuş'un (2006) yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının iş ortamında yaşadığı güçlükler karşısında problemlerle başa çıkmaya çalıştıkları bulunmuştur. Ayrıca Kanbay ve Üstün'ün (2009) yaptıkları çalışmada hemşirelerin stres

yaratılan faktörler karşısında sıklıkla kendine güvenli yaklaşımla problem odaklı baş etme yöntemini kullandıkları bulunmuştur. Yapılan çalışmalar ve literatür bilgileri çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Clegg (2001) ve Fernington (1995)'un belirttiklerine göre sağlık çalışma ortamlarındaki potansiyel problemlerin başında; sağlık bakım yaklaşımları ve organizasyon değişiklikleri sonunda ortaya çıkan yeni uygulama ve beklentiler, çalışma ortamı, rol belirsizlikleri, iş yükünün fazla olması, kişilerarası ilişki sorunları, yoğun bakım gerektiren veya ölmek üzere olan hasta ile çalışma olarak ifade etmektedirler (Aktaran: Tel ve ark., 2003).

Kadın sağlık çalışanlarının iş ortamında yaşadığı problemler genelde stres faktörü ile beraber görülmektedir. Kişinin strese karşı verdiği yanıt ile problemleri çözme becerisinin paralel olduğu düşünülebilir.

Kadın Sağlık Çalışanlarının Sosyal Olanak Ve Motivasyonu İle İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının %43,2'sinin (n=216) sosyal olanak açısından en fazla ulaşım/servis, %15,6'sının (n=78) lojman kullandıkları saptandı (Tablo 6). Çavuş'un (2006) yaptığı çalışmada hemşirelerin en fazla lojmandan yararlandıkları bulunmuş olup çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Literatür bilgilerine göre ulaşım, lojman, kreş gibi sosyal olanakların varlığı stres azaltıcı etkiye sahiptir (Çelikkol, 2001). Çalışmamızda sosyal olanakları yeterli görmeyen katılımcıların %3,4 (n=17) olduğu düşünülürse bu sonuçlar doğrultusunda çalışmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının sosyal olanaklar konusunda pek zorlanma yaşamadıkları düşünülebilir.

Çalışma kapsamındaki kadın sağlık çalışanlarının %34,4'ü (n=134) çalışma yaşamında iş motivasyonunu artıracak herhangi bir aktivite yapılmadığını, %20,8'i (n=81) sanatsal aktivitelerin yapıldığını ifade ettiler(Tablo 6).

Sağlık bakım alanı, hem yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesi hem de çalışan personelin stres yaşantıları ile çok sık karşılaşması nedeniyle, diğer iş ortamlarından daha fazla iş stresinin yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir (Tel ve ark., 2003). Sosyal olanakların varlığı ve iş motivasyonunu artıracak etkinliklerin yapılmasının sağlık personelinin ruhsal durumunu olumlu anlamda etkileyebileceği düşünülebilir.

Kadın Sağlık Çalışanlarının GSA-28 İle İlgili Bulguların Tartışılması

Günümüzde ruhsal sorunlar, yaygınlıkları ve kronikleşme eğilimleri nedeniyle bir toplum sağlığı sorunu haline gelmiştir. Dünya Sağlık Raporu'nda (1998) belirtildiği üzere, ruhsal rahatsızlıklar fiziksel sorunlara göre daha fazla işgücü kaybına yol açmaktadır. Ruhsal bozukluklar mortaliteye pek az yol açmakta ancak hastalıkların küresel faturasının artmasına büyük katkıda bulunmaktadır. Bunun yanı sıra, depresif rahatsızlıkları olan insanların yaşam sürelerinin kıaldığını da belirtmek gerekmektedir (Tezcan ve Aslan, 2000; Çavuş, 2006).

Araştırma kapsamındaki kadın sağlık çalışanlarının GSA-28 puan ortalamalarına bakıldığında ortalama puan $4,30 \pm 5,44$ bulundu. Çalışmada en düşük puan 0, en yüksek puan 25 olarak bulundu. Bu çalışmada kadın sağlık çalışanlarının %36'sının (n=112) puanı "5" ya da "5" in üzerinde bulundu (Tablo 7).

Ölçekten "5" veya daha fazla puan alan bireyler ruhsal açıdan sorunlu olarak değerlendirilmektedir (Tezcan ve Aslan, 2000; Kelleci ve ark., 2003; Buzlu ve ark., 2006).

Esin (1997) bir hastanede biyokimya biriminde çalışan sağlık personeli ile yaptığı çalışmada puan ortalamasının 4,40 olduğunu belirtmiştir (Aktaran: Tezcan ve Aslan, 2000). Çalışmadan elde edilen ölçek puan ortalamasının 4,30 olması, Esin'in çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Gutierrez-Lobos et al. (2000) yaptıkları çalışmada, çalışma durumu ile ruh sağlığı arasında ilişki olduğundan söz edilmektedir (Aktaran: Dökmen, 2003). Bu çalışmada çalışmayanların çalışanlara kıyasla daha depresif oldukları, ilkokul mezunu ve alt sosyoekonomik düzeyden kadınlarda ruh sağlığı bozulma riskinin daha yüksek olduğu da belirtilmiştir. Ruh sağlığı, cinsiyet ve çalışma durumundan başka değişkenlerle de ilişkilidir. Bir psikiyatri kliniğindeki depresif hastalarla yapılan bir araştırmada depresyon açısından bekar, kadın ve işsiz olanların daha büyük risk taşıdıkları belirlenmiştir. Depresyon oranının işsiz ve dul kadınlarda en yüksek, evli ve çalışan erkeklerde en düşük olduğu da bulunmuştur (Dökmen, 2003; Altinel, 2008).

Kadın sağlık çalışanlarının **bireysel özellikleri ile genel sağlık anketi puan ortalamaları karşılaştırıldığında;** meslek ($p>0,05$), yaş ($p>0,05$), medeni durum ($p>0,05$), çocuk varlığı ($p>0,05$), ve eğitim durumu ($p>0,05$) ile GSA-28 puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 8). Çavuş'un (2006) yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler ile yaptığı çalışmada bireysel özellikler ile GSA-28 puan dağılımları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaması çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Keçeli ve ark. (1998) yaptıkları çalışmada bireysel özellikler ile GSA-28 puan dağılımları arasında ilişki bulunmadığını belirtmişlerdir (Aktaran: Tezcan ve Aslan, 2000). Bu sonuçlar araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir. Bu çalışma ve diğer çalışma sonuçları düşünüldüğünde kadın sağlık çalışanlarının ruhsal durumlarının bireysel özelliklerden pek de etkilenmediği düşünülebilir.

Kadın sağlık çalışanlarının **yaşadıkları stres ve ruhsal durumu ile genel sağlık anketi puan ortalamaları karşılaştırıldığında;** kadın sağlık çalışanlarının son bir yıl içinde yaşadıkları strese göre GSA-28 puanları stres yaşamış olanlar $5,52\pm 6,02$ ortalaması ile stres yaşamamış olanlardan yüksek bulundu. Bu sonuca göre, son bir yıl içinde stres yaşama durumuna göre katılımcıların GSA-28 puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0,00005$; $p<0,05$) (Tablo 9).

Yapılan çalışmalar ve literatür bilgileri doğrultusunda, yaşanan stresin ruhsal durumu olumsuz anlamda etkilediği belirtilmektedir. Taşcı ve ark. (2007) yaptığı çalışma ile Tel ve ark. (2003) yaptıkları çalışmalarda stres ile etkin baş etme yollarının

gerekliliği vurgulanmıştır. Araştırmamız ile ilgili olarak ruhsal durumu etkileyen faktörlerin başında iş stresi gelmektedir. İş ortamında yaşanan stresin iş verimini de etkilediği yapılan çalışmalarda belirtilmektedir. Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının son bir yıl içinde stresli yaşam olayı yaşamaları nedeniyle ruhsal durumlarının olumsuz anlamda etkilendiği ve iş yaşamı dışındaki hayatını da etkilediği dşnlebilir.

Türkiye Ruh Sağlığı raporuna göre; , 18 yaş üstü nüfusta ruhsal bozuklukların görülme sıklığının %17,2 olduğu görülmektedir. Ruh sağlığı sorunları gelişmiş, gelişmekte olan ülkelerde ve toplumun her kesiminde görülebilmektedir. Bu alanda yapılan toplum taramaları ruhsal hastalıkların yaygın olduğunu göstermekte ve ruhsal hastalıklar bir toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir.

Kadınlar, ruh sağlığı açısından erkeklerden farklı risk alanlarına sahiptir. Erkeklerde alkol-madde kullanımı ve antisosyal kişilik bozuklukları yüksek oranlarda görülürken, kadınlarda depresyon ve kaygı (anksiyete) daha yüksek oranlarda görülmektedir (Erol ve ark., 1998; Buzlu ve ark., 2006; ztrk ve Uluşahin, 2008).

Araştırmaya katılan kadın sağlık alışanlarında, daha önce ruhsal sorun yaşamayanların GSA-28 puan ortalaması $2,58\pm 4,46$ ile düşük bulundu. Daha önce ruhsal sorun yaşayıp yaşamama durumuna göre katılımcıların GSA-28 puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,0001$; $p<0,05$). Farklılığın ruhsal sorun yaşamayan katılımcıların, ruhsal sorun yaşayan destek alan veya ruhsal sorun yaşayan destek almayan katılımcılara göre düşük puana sahip olmasından kaynaklandığı belirlendi ($p<0,001$) (Tablo 9). Ruhsal sorunların zamanında tanı konup tedavi edilememesi giderek kronikleşip, bireyin yaşam kalitesini düşürerek, sosyal/meslek işlevselliğini bozabilmektedir (Buzlu ve ark., 2006). Geçmişte ruhsal sorun yaşayıp yaşamama durumunun řu andaki ruhsal durumu belirleyici etkisinin olabileceği düşünülebilir.

Kadın sağlık çalışanlarının **alışma düzenleri ile genel sağlık anketi puan ortalamaları karşılaştırıldığında**; kadın sağlık çalışanlarının aldıkları ücrete “yetersiz”

diyenlerin GSA-28 puan ortalaması $4,58 \pm 5,56$ olarak en yüksek bulundu. Ücret hakkındaki görüşlerine göre katılımcıların GSA-28 puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0,003$; $p<0,05$). Sadece “yetersiz” yanıtı veren katılımcılar ile “yeterli” yanıtını veren katılımcıların arasında GSA-28 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 10). Yılmaz ve ark. (2006) ve Bozdoğan’ın (2007) hemşireler ile yaptığı çalışmalarda katılımcıların meslekten maddi doyum sağlayamadıklarını tespit etmesi çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Dede ve Çınar’ın (2008) hemşireler ile yaptığı çalışmada hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştıkları güçlükler ve iş doyumları ile ilgili çalışmasının sonuçları doğrultusunda hemşirelerin daha fazla başarı duygusu yaşama etkenlerinden birinin de ücretin artırılması olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalar ve literatür bilgileri çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir. Bu sonuçlar ışığında, alınan ücretin yetersiz olmasının ruh sağlığını olumsuz anlamda etkileyerek iş verimini düşürebileceği ve iş doyumunu da azaltabileceği düşünülebilir.

Köyden kente göçün yoğun olarak yaşandığı Türkiye’de, köyde iş gücünde yer alan kadın, kentte yeterli eğitim ve mesleki beceriye sahip olmadığı için kent iş gücü piyasasında yer alamamaktadır. İş gücüne katılmayan 100 kadından 63’ü neden olarak “ev kadını” olmalarını göstermektedir. Gelir azlığı nedeniyle çalışmak zorunda olanlar ise sosyal güvencesiz düşük statülü-gelirli işlerde istihdam edilmektedir (Ereş, 2006; <http://kutuphane.tbmm.gov.tr>., Erişim tarihi: 12 Ocak 2010; www.ksgm.gov.tr., Erişim tarihi:15 Şubat 2010).

Araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarının, çalışma süresi “16 yıl üzeri” olan katılımcıların GSA-28 puan ortalaması $5,28 \pm 5,6$ olarak en yüksek bulundu. Çalışma sürelerine göre katılımcıların GSA-28 puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,056$; $p>0,05$) (Tablo 10). Yılmaz ve ark.’nın (2006) hemşirelerle yaptıkları çalışmada, çalışma yılı ile kullandıkları ruhsal durum ölçek puan ortalamasının paralel olarak artış gösterdiği fakat bu artışın anlamsız olduğunu bulmaları çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir. Çalışma yılı arttıkça artan kişisel başarı duygusuna paralel olarak çalışma yılının ruhsal durumu fazla etkilemediği

düşünülürse çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının ruhsal durumlarının çalışma yılından etkilenmediği sonucuna varılabilir.

Çalışma kapsamındaki kadın sağlık çalışanlarının, çalışma şekli “ dönüşümlü olarak hem gece hem gündüz” olan katılımcıların GSA-28 puan ortalaması $5\pm 5,86$ 'den yüksek bulundu. Çalışma şekline göre katılımcıların GSA-28 puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,44$; $p>0,05$) (Tablo 10). Yani bir ay sürekli gece çalışan katılımcı diğer ay sürekli gündüzde çalışmaktadır. Araştırmada bu çalışma şeklinin kadın sağlık çalışanlarının ruhsal durumlarını etkilemediği düşünülebilir. Ayrıca katılımcılardan bu çalışma şeklinde çalışanların çok düşüktür.

Mirowsky (1996), kadınlarla erkeklerin depresyon düzeyleri arasındaki farkın yaş, medeni durum, ev işleri, çocuk bakımı ve ekonomik sıkıntılara bağlı olduğunu belirtirken, Knudson-Martin (2000), ruh sağlığının aile içi ilişkilerle ve algılanan etkileşimle ilişkili olduğunu belirtmektedir (Aktaran: Dökmen, 2003; Altınel, 2008).

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının, çalışma şeklinin sosyal yaşantılarını etkilemesi konusunda “aile bireyleri ile iletişim sorunları yaşıyorum” düşüncesinde olan katılımcıların GSA-28 puan ortalaması $9,08\pm 7,25$ ile en yüksek bulundu. Sosyal etkiye göre katılımcıların GSA-28 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0,0000000007$; $p<0,05$). Bütün değişkenlerin arasındaki farklılık da istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000000005$; $p<0,05$) (Tablo 10). Literatürde sağlık çalışma alanları bedenen ve ruhen yorgunluk yaratması açısından çalışan sağlık personelinde tolerasyon azalması, uykusuzluk gibi belirtilerin sık görülmesinin kaçınılmaz olduğu, çalışma ortamının zorlayıcılığı ve çalışma şartlarının niteliği genel ruhsal sağlık durumu üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Tezcan ve Aslan, 2000). Yapılan çalışmalar ve bu bilgiler doğrultusunda çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun gündüz sisteminde fakat ayda ortalama 5-6 nöbet tutması özellikle aile bireyleri ile iletişim sorunu yaşayarak ruhsal durumlarını etkilediği düşünülebilir.

Kadın sağlık çalışanlarının **yaşadıkları sorun ve problemlere yaklaşımına göre GSA-28 puan dağılımları**; çalışmaya katılan katılımcıların genel olarak mesleğinde en fazla yaşadıkları sorun tiplerine göre GSA-28 puanları incelendiğinde; yöneticiler ile sorun yaşayanların ortalamasının $5,4\pm 5,63$ olduğu bulundu. Yaşanan sorun tipleri durumuna göre katılımcıların GSA-28 puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0,004$; $p<0,05$). Farklılığın yöneticiler ve ekip arkadaşları ile sorun yaşarım diyenlerin GSA ortalamasının diğer sorun olanlar ve sorunu olmayanlarda yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi ($p=0,04$; $p<0,05$) (Tablo 11). Yapılan alışmalar yöneticiler ve ekip arkadaşları ile yaşanan sorunların iş stresini büyük ölçüde etkilediğini belirlemektedir. Literatür bilgileri doğrultusunda iş verimliliğinin sağlanabilmesi, çalışan sağlık personelinin motivasyonu açısından yöneticilerin sorunlara yaklaşım tarzları, bilgi düzeyleri, adaletli olma gibi tutumları önem göstermektedir (Bekata Mardin, 2000). Çalışma kapsamında kadın sağlık çalışanlarının yöneticiler ile yaşadığı sorunların ruhsal durumlarını etkilediği düşünülebilir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çalışma yaşamında karşılaştıkları problemlere yaklaşımlarına göre GSA-28 puanları incelendiğinde; en yüksek “psikiyatriden destek alırım” düşüncesinde olanların ortalamasının $9,08\pm 6,05$ olduğu bulundu. Problem özme Őekillerine göre katılımcıların GSA-28 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0,007$; $p<0,05$). Farklılığın “problemleri kendi çözmeye çalışanların” diğer çözüm yollarından düşük GSA-28 puan ortalaması olmasından kaynaklandığı bulundu ($p=0,002$; $p<0,05$) (Tablo 11). Kanbay ve üstün’n (2009) hemşireler ile yaptığı çalışmada yaşanan sorunlar karşısında uygun kaynakları kullanamayan bireylerde baş etmede yetersizlik görülmekte ve bireyin stres ile karşı karşıya kalmakta olduğu belirtilmektedir. Çalışmada son aşama olarak psikiyatriden destek almayı gören katılımcıların ruhsal durumlarının değerlendirilmesi gerektiği düşünülebilir.

Kadın sağlık çalışanlarının **iş motivasyonu ve sosyal olanaklara göre GSA-28 puan dağılımları**; araştırmamıza katılan kadın sağlık çalışanlarının iş motivasyonunu artıracak yapılan aktiviteler yapılıyor/yapılmıyor Şeklinde iki gruba ayırdığımızda

katılımcıların “herhangi bir aktivite yapılmıyor” şeklindeki düşüncelerinin $4,46 \pm 5,71$ olan puan ortalamasının aktivite yapılıyor ortalamasından yüksek olması GSA-28 istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,62$; $p>0,05$) (Tablo 12). Tel ve ark. (2003) yaptığı çalışmada belirttiklerine göre, Douglas (1996) sağlık çalışanlarının iş stresi ile baş etmede eğlenme ve dinlenme aktivitelerine yer verilmesinin önemini vurguladığını ifade etmektedirler. Dede ve Çınar’ın (2008) hemşireler ile yaptığı çalışmada hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştıkları güçlükler ve iş doyumları ile ilgili çalışmasının sonuçları doğrultusunda hemşirelerin daha fazla başarı duygusu yaşama etkenlerinden birinin de motivasyon faaliyetlerinin artırılması olduğu bulunmuştur. Çalışmamızdaki bulguya göre iş ortamında yapılacak motivasyon faaliyetlerinin stres azaltıcı bir etken olduğu göz önüne alınırsa, araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının büyük bölümünün çalışma yaşamında aktivitelerden faydalandıkları ve bu konuda sıkıntı yaşamadıkları düşünülebilir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çalışma yaşantısındaki sosyal olanakları yapılıyor/yapılmıyor şeklinde iki gruba ayrıldığında katılımcıların “sosyal olanak yok” şeklindeki düşüncelerinin GSA puan ortalaması $5,38 \pm 5,80$ olarak bulundu. Bu sonucun sosyal olanak var ortalamasından yüksek olması açısından GSA-28 istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,15$; $p>0,05$) (Tablo 12). Çavuş’un (2006) hemşireler ile yaptığı çalışmada, çalışma ortamının sağladığı sosyal olanaklar ile GSA-28 puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu sonuçlar çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Araştırma kapsamındaki kadın sağlık çalışanlarının büyük oranda sosyal olanaklardan yararlandığı ve bu konuda zorluk yaşamadıkları düşünülebilir.

Bulgular arasındaki önemli değişkenlerinin GSA-28 ile ilişkilerini incelersek; çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının GSA-28 puanları 5 değerinin altı ve üzeri olarak gruplandırıldığında katılımcıların çalışma düzenleri, problemlere yaklaşımları ve daha önce ruhsal açıdan sorun yaşayıp yaşamama durumları ile ilgili olan ilişkileri araştırıldı (Tablo 13).

GSA-28 puanı ile çalışma süresi, çalışma şeklinin sosyal hayata etkisi, problemlere yaklaşım, ruhsal sorun değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki bulundu ($p<0,05$). Katılımcıların çalışma süreleri arttıkça, sosyal yaşantılarında olumsuzluk yaşadıkça, çalışma yaşamlarında problem yaşadıkça (psikiyatriden destek alma durumlarına göre), daha önce ruhsal açıdan sorun yaşama durumlarına göre katılımcıların ruhsal durumları istatistiksel olarak anlamlı fakat düşük düzeyde ilişkili olarak bozulmaktadır ($p<0,05$).

Çalışma süresinin artmasıyla sürekli aynı işleri yapmanın tükenmeye yol açabileceği, çalışma şeklinin sosyal hayatta aksamalara yol açması, çalışma yaşamında problemler ile karşılaştıkça psikiyatriden başka çözüm yolu bulamama ve daha önce ruhsal açıdan sorun yaşayarak destek alma durumlarını değerlendirdiğimizde bulgularımız sonucunda kadın sağlık çalışanlarının ruhsal durum bozuklukları açısından değerlendirilmesi gerektiği düşünülebilir.

Kadın sağlık çalışanlarının **bireysel özellikleri ve çalışma düzenlerinin GSA-28 gruplarına göre istatistiksel karşılaştırılması**; kadın sağlık çalışanlarının GSA-28 puanlarını “5” değerinin altı ve üzeri olarak gruplandırıldığında katılımcıların bireysel özellikleri ve çalışma düzenleri ile ilgili sorular ile olan farklılıkları araştırıldı (Tablo 14).

Yaş grupları arasında GSA-28 puan gruplarının karşılaştırılması incelendiğinde; en fazla %40 ile 40 yaş ve üzeri olan katılımcıların GSA-28 puan grubundan “5” puan veya üzeri aldığı bulundu. Yaş grupları ile GSA-28 puan grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,19$; $p>0,05$). Tezcan ve Aslan (2000) yaptıkları çalışmada belirttiklerine göre, Akcengiz ve Yurdakul (1991)’un 12-49 yaş grubu kadınlarla yaptıkları çalışmada 40 ve üzeri yaş grubunda ruhsal bozukluk görülme olasılığında anlamlı istatistiksel farklılık bulunduğunu belirtmişlerdir. Bu sonuç çalışma bulguları ile benzerlik göstermemektedir. Bu farkın menopoz öncesi sıkıntılara bağlı olabileceği gibi kişisel dayanıklılık ve tolerasyonda azalmanın nedeni olarak düşünülebilir. Fakat çalışmaya katılan 40 yaş ve üzeri katılımcıların ruhsal durumlarının bu faktörlerden etkilenmediği düşünülebilir.

Medeni durum ile GSA-28 puan gruplarının istatistiksel karşılaştırılmasını incelediğimizde; en fazla %36,4 ile evli olan katılımcıların GSA-28 puan grubundan “5” puan veya üzeri aldığı bulundu. Bir katılımcının eşi vefat etmiş ve GSA-28 puanı 5’in altındadır. Medeni durum ile GSA-28 puan grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,73$; $p>0,05$). Tezcan ve Aslan’ın (2000) yaptıkları çalışmada, Akcengiz ve Yurdakul (1991)’un kadınlar üzerinde çalışmalarında evli olanların %20,2’nin GSA-28 puanlarına göre yüksek skor olarak değerlendirdiklerini ifade etmişlerdir. Buzlu ve arkadaşlarının (2006) bir sağlık ocağına başvuran kadınlar ile yaptığı çalışmada evlilerin %46,6’sının GSA-28 skorlarının “5” puanın üzerinde bulunması çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmalarda evli olanlar bekar ve dul katılımcılara göre daha yüksek skora sahip olduğu görülmüştür. Yapılan bu çalışmalar, araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Çalışmaya katılan evli katılımcıların ruhsal durumlarının, evli olmanın getirdiği sorumlulukların fazlalığına bağlı olarak gelişen stres faktörlerinden etkilenmediği düşünülebilir.

Çocuk varlığı ile GSA-28 puan gruplarının istatistiksel karşılaştırılmasını incelediğimizde; en fazla %39,22 ile çocuğu olan katılımcıların GSA puan grubundan “5” puan veya üzeri aldığı bulundu. Çocuk durumu ile GSA-28 puan grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,16$; $p>0,05$). Buzlu ve ark. (2006) bir sağlık ocağına başvuran kadınlar ile yaptığı çalışmada çocuk sahibi olanların olmayan katılımcılara kıyasla GSA-28 skorlarının yüksek olması çalışma bulgularını destekler niteliktedir. Çalışmada kadının hem hastane ortamında hasta bireylere hizmet vermesi hem de evde yüklenen rollerin fazlalığı üstelik çocuk sahibi olmanın verdiği sorumluluklar gereği kadınların ruhsal durumlarının değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Eğitim durumu ile GSA-28 puan gruplarının istatistiksel karşılaştırılmasını incelediğimizde; en fazla %41,6 ile ön lisans mezunu katılımcıların GSA-28 puan grubundan “5” puan veya üzeri aldığı bulundu. Eğitim durumu ile GSA-28 puan grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,30$; $p>0,05$). Buzlu ve ark. (2006) bir sağlık ocağına başvuran kadınlar ile yaptıkları çalışmada öğrenim

durumu ile GSA-28 puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuş olup bulgular ile benzerlik göstermemektedir.

Ücret durumu ile GSA-28 puan gruplarının istatistiksel karşılaştırılmasını incelediğimizde; en fazla %37,9 ile aldığı ücreti yetersiz bulan katılımcıların GSA puan grubundan “5” puan veya üzeri aldığı bulundu. Alınan ücret ile GSA-28 puan grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,008$; $p<0,05$). Farklılık ücreti yeterli bulanların %95,5’inin GSA-28 puanının “5”in altında olmasından kaynaklanmaktadır. Araştırmadaki bu sonucun, ücrete yetersiz diyen katılımcı sayısının fazla olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Ekonomik yetersizliklerin de ruhsal durumu etkileyebileceği göz ardı edilmemelidir.

Çalışma süresi ile GSA-28 puan gruplarının istatistiksel karşılaştırılması incelendiğinde; en fazla %43,9 ile 16 yıldan fazla süredir meslekte çalışan katılımcıların GSA-28 puan grubundan “5” puan veya üzeri aldığı bulundu. Çalışma süresi ile GSA-28 puan grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,80$; $p>0,05$). Yaş ve stresörlerin fazlalığı gibi etkenlerin ruhsal durumu etkileyen faktörler arasında olduğu bilinmektedir. Elde edilen bu sonuca göre 16 yıldan fazla süredir çalışan katılımcıların bu faktörlerden etkilenmediği düşünülebilir.

Çalışma şekli ile GSA-28 puan gruplarının istatistiksel karşılaştırılmasını incelediğimizde; en fazla %36,8 ile vardiya değişimi şeklinde çalışan katılımcıların GSA-28 puan grubundan “5” puan veya üzeri aldığı bulundu. Çalışma şekli ile GSA-28 puan grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,76$; $p>0,05$). Literatür bilgileri ve yapılan çalışmalarda vardiyalı çalışmanın iş stresini etkilediği, stresörlerle daha fazla karşı karşıya kalındığı belirlenmiştir (Çavuş, 2006; Kanbay ve Üstün, 2009). Bu bilgiler ışığında vardiya sisteminde çalışan katılımcıların ruh sağlığının iş ortamındaki stresörlerden etkilenmediği düşünülebilir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadın sağlık çalışanlarının ruhsal durumları ve ruhsal durumlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla planlanmış bu araştırmada řu sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan kadın sağlık çalışanlarının meslek grubu olarak %81,9'u hemşire olup katılımcıların %55,2'sini klinik hemşiresi oluşturmaktadır. Katılımcıların çoğunluğu 30-39 yaş grubunda (% 50, n=157), evli (% 55,9), ocuk sahibi değil (%55,2), ön lisans mezunu (%39,7) dur. Son bir yıl içinde stresli yaşam olayı yaşayanların oranı %57 olup, daha önce ruhsal açıdan sorun yaşamamış olanların oranı %54'dür.

Katılımcılardan büyük çoğunluğu aldıkları ücreti yetersiz bulmakta (%90,5), çoğunluğunun da (%41,9) alışma süresi 1-8 yıl olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının genelinin (%66) sürekli gündüz çalıştığı bulunmuş olup çoğunluğu çalışma şeklinden dolayı sosyal/özel hayatına zaman ayıramadığını (%54,6) ifade ettikleri belirlendi.

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların geneli (%33,7) mesleklerinde en fazla hasta ve hasta yakınları ile sorun yaşadıkları, çalışma yaşamında %64,4'nün karşılaştıkları problemleri kendileri çözmeye çalıştıkları bulundu. Yine büyük çoğunluğu (%43,2) alışma yaşamında sosyal olanaklar açısından ulaşım/servis kullandığı, %35'i ise çalışma yaşamında motivasyon anlamında hiçbir aktivite yapılmadığını belirttiler.

Kadın sağlık çalışanlarının bireysel özelliklerine göre GSA-28 puan ortalamaları arasında; meslek grupları, yaş, medeni durum, ocuk varlığı ve eğitim durumu ile GSA-28 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Katılımcıların son bir yıl içinde stres yaşama durumu ile GSA-28 puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Stres yaşamamış

olanların ruhsal durumlarının daha iyi olduğu saptandı. Daha önce ruhsal açıdan sorun yaşıyıp yaşamama durumlarına göre katılımcıların GSA-28 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Daha önce ruhsal sorun yaşamayan katılımcıların ruhsal durumlarının daha iyi olduğu belirlendi.

Kadın sağlık çalışanlarının aldıkları ücret ile GSA-28 puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Aldıkları ücrete “yetersiz” diyen katılımcıların “yeterli” diyen katılımcılara göre ruhsal durumlarının değerlendirilmesi gerektiği saptandı. Katılımcıların alışma sürelerine göre GSA-28 puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamış olup ($p>0,05$), 16 yıl üzeri çalışan sağlık alışanlarının GSA skorları daha yüksek bulundu. Çalışma şekli ile GSA-28 puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Çalışma şeklinin sosyal yaşama etkisi ile GSA-28 puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). “Aile bireyleri ile sorunlar yaşıyorum” diyen katılımcıların ruhsal durumlarının daha kötü olduğu belirlendi.

Çalışma yaşamında yaşanan sorun tipleri ile GSA-28 puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş olup ($p<0,05$) yöneticiler ile sorun yaşayan katılımcıların ruhsal durumlarının daha kötü olduğu bulunmuştur. Meslekte yaşanan problemlere yaklaşımlara göre GSA-28 puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Çalışma yaşamında yaşanan problemlere yönelik “psikiyatriden destek alırım” diyen katılımcıların GSA-28 ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı.

Çalışma yaşamında motivasyon durumu ile GSA-28 puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Çalışma yaşamındaki sosyal olanaklar ile GSA-28 puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Çalışmanın gereç yöntem bölümünde yer alan araştırma soruları doğrultusunda, kadın sağlık çalışanlarının %36’sının ruhsal yönden değerlendirilmesi gerektiği belirlendi. Araştırmada kadın sağlık çalışanlarının ruhsal durumunu etkileyen faktörler

arasında; stres, daha önce yaşanan ruhsal sorunlar, aldıkları ücret (sosyoekonomik durum), çalışma ortamında yöneticiler ile yaşanan sorunların etkili olduğu belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Araştırmanın yapıldığı eğitim hastanesindeki kadın sağlık çalışanlarının iş ortamlarındaki strese neden olan faktörlerin tanımlanıp bu anlamda olumsuz etmenlerin en az seviyeye indirilmesi sağlanmalıdır.
- Araştırmanın yapıldığı eğitim hastanesindeki psikiyatri kliniği ile işbirliği yapılarak, kadın sağlık çalışanlarının stresi tanımlama, olumlu yönde çözebilme, ruh sağlığını koruma ve sürdürmeye yönelik psikolojik danışma rehberlik hizmetlerinin artırılması sağlanmalıdır.
- Yöneticiler tarafından personele yönelik ödüllendirme, takdir gibi motivasyonu yükseltici etkenlerin artırılması sağlanmalıdır.
- Kadın sağlık çalışanlarının çalıştıkları bölümlerin iş yükü açısından değerlendirilip fazla olan yerlerde tatmin edici olanakların artırılması bunun yanında özellikle hemşirelerde, çalışma şekilleri ve nöbet sayıları sosyal hayatı etkilemeyecek şekilde hemşirelerin istek ve gereksinimleri göz önünde bulundurularak hazırlanmalıdır.
- İş yükü fazla olan yoğun bakım gibi bölümlerde çalışan kadın sağlık çalışanlarının daha rahat bölümler ile uygun rotasyonu sağlanmalıdır.

9. KAYNAKLAR

Altinel T. (2008) Edirne Şehir Merkezindeki 15-49 Yaş Kadınlarda Ruhsal Durum Ve Etkileyen Faktörler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. E. Melih Şahin)

Annagür B. (2010) Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 2(2): 161-173.[Elektronik Dergi]. <http://www.cappsy.org/>

Arpacı F., Ersoy AF. (2007) Kadının çalışmasının ailenin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Aile Ve Toplum Eğitim, Kültür Ve Araştırma Dergisi*, 3 (11): 41-50

Aydemir Ö., Köroğlu E. (2009) *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. 4. Baskı. HYB Basım Yayın, Ankara, s: 41-42

Aydın M., Kıran S., Eker F. (2009) Çalışma yaşamında toplumsal cinsiyet etkileri. [Özet] III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Düzce, Kongre Özet Kitabı, s:337.

Aytaç S. (2006) Çalışanların işlerine ilişkin duygularının stres tepkileri üzerindeki etkisi. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, İstanbul, 55(1):834-848.

Bedük A. (2005) Türkiye’de çalışan kadın ve kadın girişimciliği. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 3 (12): 106-117. [Elektronik Dergi]. www.e-sosder.com

Behar E., Kaminski M., Peigne E., Bonnet N., Vaichere E., Gozlan C., Azoulay S., Giorgi M. (1990) Stress at work and mental health status among female hospital

workers. British Journal of Industrial Medicine, 47(1):20-8. [Electronic journals].
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Bekata Mardin N. (2000) Sağlık sektöründe kadın. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Ankara

Bozdoğan S. (2007) Psikiyatri Kliniklerinde Ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Danışman: Prof. Dr. Ayşe Özcan)

Buzlu S., Bostancı N., Özbaş D., Yılmaz S. (2006) İstanbul'da bir sağlık ocağına başvuran kadınların Genel Sağlık Anketine göre ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 15 (9): 134-138

Civil Özbucak S. (2007) Bir İşyerinde Çalışan Bireylerin Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Gülten Özeltin)

Çavuş E. (2006) Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Özlem Işıl)

Çelikkol A. (2001) Çağdaş iş yaşamında ruh sağlığı. Ed: Uyurkulak M, Alfa Yayınları, İstanbul, s:61-70, 116-120.

Çilli AS., Kaya N., Bodur S., Özkan İ., Kucur R. (2004) Ev kadınlarında ve çalışan evli kadınlarda psikolojik belirtilerin karşılaştırılması. Genel Tıp Dergisi, 14 (1): 1-5

Dede M., Çınar S. (2008) Dahiliye yoğun bakım hemşirelerinin karşılaştıkları güçlükler ve iş doyumlarının belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 1 (1): 3-14

Demirsoy Ç. (2009) Çalışan kadın. Psikohayat Dergisi, İstanbul, Mayıs-Haziran, s:55

Dirgar E. (2009) Konfeksiyon sanayinde kadın çalışanların demografik özellikleri ve istihdam yapısı üzerine bir araştırma. Ege Üniversitesi Tekstil Ve Konfeksiyon Dergisi, 4: 330-334

Doğan M. (2008) Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Risk Faktörleri Ve Pap Smear Konusundaki Bilgi Ve Uygulamalarının Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yrd. Doç.Dr. Mine Bekar)

Dökmen ZY. (2003) Çalışma durumları farklı üç grup kadında ruh sağlığı, kontrol odağı inancı ve cinsiyet rolü. Türk Psikoloji Dergisi, 18 (51): 111 – 124

Durgun Şahin N. (2002) Çalışma Yaşamında Kadın Yöneticiler Ve Muğla Örneği. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Suna Başak Avcılar)

Ereş F. (2006) Türkiye’de kadının statüsü ve yansımaları. Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi, Ankara, 19: 40-52

Erol N., Kılıç C., Ulusoy M., Keçeci M., Şimşek Z. (1998) Türkiye Ruh sağlığı Profili: Ana Rapor. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara

Esin MN., Öztürk N. (2005) Çalışma yaşamı ve kadın sağlığı. Türk Tabirleri Birliği Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi, İstanbul, Temmuz-Ağustos-Eylül s: 38-42

Genç Y. (2008) Çalışma Hayatında Kadınların Karşılaştığı Sorunlar Ve Mücadele Yolları. S.S. Amargi Kadın Bilimsel Ve Kültürel Yayıncılık, Ed: Selek P., İstanbul, s: 3-10

Gönüllü M., İçli G. (2001) Çalışma yaşamında kadınlar: Aile ve iş ilişkileri. C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi, 25 (1): 81-100

Gürol MA, Marşap A. (2007) Geçmişte ve günümüz yaşamında ücretsiz ve ücretli işgücü olarak kadın. Türk Dünyası Sosyal Bilimler Dergisi, 42: 95-109

Kadınlara Has Ruhsal Sorunlar (2009) Psikohayat Dergisi, İstanbul, Mart-Nisan, s:63-65

Kakıcı H., Emeç H., Üçdoğruk Ş. (2006) Türkiye’de çalışan kadınların çocuk bakım tercihleri. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Ekonometri Ve İstatistik Dergisi, 5: 20-35.

Kanbay Y., Üstün B. (2009) Kars ve Artvin İllerinde Hemşirelerin İş Ortamı ile İlgili Stresörleri ve Kullandıkları Başetme Yöntemlerinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2 (4): 155-161.[Elektronik Dergi]. <http://www.deuhyoedergi.org>

Kelleci M., Aştı N., Küçük L. (2003) Bir sağlık ocağına başvuran kadınların Genel Sağlık Anketine göre ruhsal durumları. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (2)

Kellner ME. (2000) Emergency Medical Professionals Experiencing Healthcare Re-Structure Coping, Empathy and Spirituality İn Relation To Work-Stress. (Doctoral Dissertation, Presented To The Faculty of The California School of Professional Psychology at Alameda)

Kılıç C. (1996) Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 7 (1)

Kohen D. (2000) (ed) Women And Mental Health, Library of Congress Cataloging in Publication Data, p:1-6.

Maclean H., Glynn K., Ansara D. (2004) Multiple roles and women's mental health in Canada. BMC Women's Health, 4 (Suppl 1):S3 p: 1-9.

Öztürk O., Uluşahin A. (2008) Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları. 11. Baskı. Nova Yayıncılık, Ankara, s: 19-20, 130-132, 230-232.

Pektekin Ç. (1992) Psikiyatri Hemşireliği. Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 268, Ed: Demir Y., Web Ofset Ltd. Şti., Eskişehir, s: 2-3

Singh M., Singh G. (2006) Assessment of Mental Health Status of Middle-Aged Female School Teachers of Varanasi City. The Internet Journal of Health, Volume 5 Number1.[Electronic journals].
http://www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_health/

Şahin D., Abay E. (2009) Psikiyatrik hastalıkta cinsiyet etkisi. Türk Psikiyatri Dizini, 3(1): 24-29

Şahin D., Turan FN., Alparslan N., Şahin İ., Faikoğlu R., Görgülü A. (2008) Devlet hastanesinde çalışan sağlık personelinin tükenmişlik Düzeyleri. Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi, 45: 116-121

T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2007) Stratejik Plan 2008-2012. Ankara, s: 45-52

Tarhan N. (2009) Kadın Psikolojisi. Ed: Bakiler ZÜ, Nesil Yayınları-No:23, İstanbul, s: 174-179.

Taşcı KD., Gök Özer F., Koştu N. (2007) Pamukkale Üniversitesi hastanesinde çalışan hemşirelerin stresle baş etme stratejilerinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10 (2): 41-47

Tel H., Karadağ M., Tel H., Aydın Ş. (2003) Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki stres yaşantıları ile başetme durumlarının belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2: 13-23.

Tezcan S., Aslan D. (2000) Ankara'da çeşitli meslek gruplarında genel ruhsal sağlık durumunun değerlendirilmesi. Kriz Dergisi, 8 (1):1-8.

Toksöz G. (2007) Women's Employment Situation In Turkey. International Labour Office, Ankara, p: 1-16.

Tseng W. (2003) Clinician's Guide To Cultural Psychiatry. Academic Press, USA, p: 382-385.

Tuncer H. (1989) Türk kadınının geçirdiği evrimin tarihçesi ve bugünkü durumu. Atatürk Araştırma Merkezi Dergisi, 6 (16)

Turhan F. (2006) Başkent Üniversitesi Hastanesi Çalışanlarının Mesleki Risk Faktörleri Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. H. Seval Akgün)

Vaillant GE. (2003) Mental health. Am J Psychiatry, 160:8 , p: 1373-1383.[Electronic journals]. <http://ajp.psychiatryonline.org>

Walker E., Webster B. (2006) Management competencies of women business owners. Entrepreneurship Mgt. 2: 495–508.

Walters V. (2004) The Social Context of Women's Health. BMC Women's Health, 4 (Suppl 1): S2, p:1-6

World Health Organization (2009) Mental health aspects of women's reproductive health : a global review of the literature. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Yalçinkaya M., Gök Özer F., Yavuz Karamanoğlu A. (2007) Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (6) s: 409-418

Yılmaz A., Bozkurt Y., İzci F. (2008) Kamu örgütlerinde çalışan kadın işgörenlerin çalışma yaşamlarında karşılaştıkları sorunlar üzerine bir araştırma. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 9(2): 90-112

Yılmaz S., Hacıhasanoğlu R., Çiçek Z. (2006) Hemşirelerin genel ruhsal durumlarının incelenmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 15 (6): 92-97

Yılmaz U., Timur S., Ege E. (2005) Hastanede çalışan ebe ve hemşirelerin çocuklarının bakımı hakkındaki endişeleri ve durumluk sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2): 63-73

Youngkin E., Davis MS. (2004) Women's Health Primary Care Clinical Guide. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, New Jersey, p: 10.

Yüksel Tatar Ç., Özgür G. (2008) Hemşirelerin stresle baş etme tarzları ile depresyon belirti düzeyleri arasındaki ilişki. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 24 (1) : 67-82

Action Steps for Improving Women's Mental Health (2009) <http://mentalhealth.samhsa.gov>, Erişim Tarihi: 20 Aralık 2009

Çağdaş İş Merkezlerinde Kadın İşgücünün Konumu: Bursa Örneği (2002) Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu, Yayın No: 219 <http://kutuphane.tbmm.gov.tr>, Erişim tarihi: 12 Ocak 2010

Türkiye de Kadının Durumu www.ksgm.gov.tr, Erişim tarihi:15 Şubat 2010

10. EKLER

Ek 1 : Bilgi Formu

Ek 2 : Genel Sağlık Anketi – 28

Ek 3 : Haliç Üniversitesi İzin Yazısı

Ek 4 : Kurum Onayı

Ek 1

Değerli sağlık çalışanları,

Bu araştırma, kadın sağlık çalışanlarının ruhsal durumlarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Soruları sadece kendi duygu ve düşüncelerinizi yansıtacak şekilde içtenlikle cevaplandırmanız çok önemlidir. Anketteki tüm soruları dikkatlice okuyarak ve boş bırakmayacak şekilde cevaplayınız.

Ankette verilen cevaplar toplu olarak değerlendirileceği için üzerine isim belirtmenize gerek yoktur. Zaman ayırıp katıldığınız için teşekkür ederim.

Aylin OĞUZ

1 a) Mesleğiniz nedir?

- | | | | | |
|------------|--------------|---------------|-------------------|----------------|
| 1) Doktor | 2) Hemşire | 3) Diyetisyen | 4) Fizyoterapist | 5) Ebe |
| 6) Biyolog | 7) Teknisyen | 8) Psikolog | 9) Tıbbi Sekreter | 10) Diğer..... |

b) Çalıştığınız kurumdaki mesleğinize özel pozisyonunuz nedir? (Sorumlu hemşire, yoğun bakım hemşiresi, uzman/asistan doktor vb...)

.....

c) Yaşınız?

d) Medeni durumunuz nedir?

- | | | |
|---------|----------|--------------------|
| 1) Evli | 2) Bekâr | 3) Eşi Vefat Etmiş |
|---------|----------|--------------------|

e) Çocuk sayısı?

2) Eğitim durumunuz nedir?

- 1) Lise/Sağlık Meslek Lisesi
- 2) Ön Lisans
- 3) Lisans
- 4) Yüksek Lisans/Doktora

3) Aldığınız ücreti nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1) Yeterli
- 2) Yetersiz
- 3) Diğer (Belirtiniz).....

4) Meslekte çalışma süreniz nedir?

.....

5) Çalışma şekliniz nedir?

- 1) Sürekli Gündüz
- 2) Sürekli Gece
- 3) Vardiya Değişimi
- 4) Diğer (Belirtiniz).....

6) Çalışma şekliniz sosyal yaşamınızı nasıl etkiliyor?

- 1) Sosyal yaşamımı etkilemiyor.
- 2) Sosyal / özel hayatıma zaman ayıramıyorum.
- 3) Aile bireyleriyle iletişim sorunları yaşıyorum.
- 4) Diğer (Belirtiniz).....

7) Genel olarak mesleğinizde en fazla sorun yaşadığınız alanlar nelerdir?

- 1) Yöneticilerle yaşadığım sorunlar
- 2) Ekip arkadaşlarımla yaşadığım sorunlar
- 3) Hasta ve hasta yakınlarıyla yaşadığım sorunlar
- 4) Diğer (Belirtiniz).....

8) Çalışma yaşamınızda yaşadığınız problemlere yönelik neler yaparsınız?

- 1) Hiçbir şey yapmam
- 2) Problemleri çözmeye çalışırım
- 3) Başka bir bölüme geçmeyi talep ederim.
- 4) Stresle baş etme yöntemlerini kullanırım.
- 5) Psikiyatriden destek alırım.
- 6) Diğer (Belirtiniz).....

9) Çalışma yaşamınızdaki yararlandığınız sosyal olanaklar nelerdir? (Birden fazla şık yanıtlayabilirsiniz)

- 1) Sosyal olanak yok.
- 2) Lojman
- 3) Kreş
- 4) Ulaşım/servis
- 5) Yemek
- 6) Sosyal aktiviteler(Koro, kurs, gezi vb...)
- 7) Diğer (Belirtiniz).....

10) Çalışma yaşamınızda iş motivasyonunuzu arttıracak ne tür aktiviteler yapıyor? (Birden fazla şık yanıtlayabilirsiniz)

- 1) Herhangi bir aktivite yapılmıyor.
- 2) Sanatsal aktiviteler yapıyor (müzik, el sanatları gibi)
- 3) Geziler/sosyal toplantılar
- 4) Kültürel etkinlikler (sinema, tiyatro, konser gibi)
- 5) Ödüllendirme
- 6) Diğer (Belirtiniz).....

11) Son bir yıl içinde yaşadığınız önemli bir stresli yaşam olayı var mı? (Birden fazla şık yanıtlayabilirsiniz)

- 1) Yok
- 2) Yakın birinin kaybı
- 3) Önemli fiziksel hastalık
- 4) Ciddi ekonomik sorunlar
- 5) İş sorumluluğunda değişim
- 6) Diğer (Belirtiniz).....

12) Daha önce ruhsal açıdan sorun yaşayıp destek aldınız mı?

- 1) Ruhsal sorun yaşamadım.
- 2) Ruhsal sorun yaşadım, destek almadım.
- 3) Psikolojik destek aldım. (İlaç kullandım, psikoterapi, hastaneye yattım vb...)

Bilgi Formunu doldurduğunuz için teşekkür ederim.

Ek 2

GENEL SAĞLIK ANKETİ – 28

Son zamanlarda ve şuanda herhangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın durumunu öğrenmek istiyoruz. **Bütün soruları** kendinize en uygun şekilde **boş bırakmayarak** doldurmanız çok önemlidir. Zaman ayırdığınız için teşekkürler.

SON ZAMANLARDA

A1. Kendinizi çok iyi ve sağlıklı hissediyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden kötü	çok daha kötü
A2. Sizi dinçleştirecek bir ilaca ihtiyaç duyuyor musunuz?	hayır, hiç duymuyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
A3. Kendinizi tükenmiş ve dağınık hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
A4. Kendinizi hasta hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
A5. Başınızda ağrı oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
A6. Başınızda sıkışma veya basınç hissi oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
A7. Sıcak ya da soğuk basması oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B1. Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	hayır, hiç çekmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B2. Uykunuzun bölündüğü oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B3. Kendinizi sürekli gerilim altında hissediyor musunuz?	hayır, hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
B4. Öfkeli ve huysuz oluyor musunuz?	hayır, hiç olmuyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B5. Nedensiz korkuya veya paniğe kapıldığınız oluyor mu?	hayır, hiç kapılmıyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B6. Her şeyi üzerinize yüklenmiş gibi hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok fazla

B7. Kendinizi sürekli sinirli ve gergin hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
C1. Bir işle meşgul olabiliyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	çok az
C2. İşlerinizi bitirmeniz daha uzun zaman alıyor mu?	hayır, hiç almıyor	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok uzun
C3. Genel olarak işleriniz iyi yaptığınızı hissediyor musunuz?	evet, her zamankinden iyi	her zamanki kadar	her zamankinden kötü	çok kötü
C4. Görevlerinizi yeterince yerine getirebiliyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden kötü	çok kötü
C5. İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	çok az
C6. Herhangi bir konuda fazla zorlanmadan karar verebiliyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden kötü	çok kötü
C7. Günlük faaliyetlerden zevk alabiliyor musunuz?	her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	çok az
D1. Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	hayır, hiç görmüyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
D2. Yaşamdan hiç umudunuzun kalmadığını hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
D3. Hayat yaşamaya değmez diye düşünüyor musunuz?	hayır, hiç düşünmüyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
D4. Kendi canınıza kıyabileceğinizi düşündüğünüz oluyor mu?	kesinlikle hayır	her zamanki kadar	aklımdan geçtiği oldu	çok sık
D5. Sinirleriniz bozulduğu için hiçbir şey yapamadığınız oluyor mu?	hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
D6. Kendi kendinize "ölsem de kurtulsam" dediğiniz oluyor mu?	hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
D7. Kendinizi öldürme düşüncesi sürekli aklınıza takılıyor mu?	kesinlikle hayır	düşünmedim	aklımdan geçtiği oldu	çok sık



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00- 142
KONU:

14.10.2009

HAYDARPAŞA ASKERİ HASTANESİ KOMUTANLIĞINA

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Mukadder Aylin OĞUZ' un Yrd.Doç.Dr.Özlem IŞIL danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "*Kadın Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi*" konulu araştırmasının anketlerini hastanenizde uygulayabilmesi için gerekli iznin verilmesini saygılarımla arz ederim.

Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Enst. Müdürü

Ek(1):Anket Formu

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GATA HAYDARPAŞA EĞİTİM HASTANESİ KOMUTANLIĞI
İSTANBUL

HRK.EĞT.Ş. : 3730-195-10/Eğt.Öğt.Ks.

03 Mart 2010

KONU : Svl.Me.(Hemş.) M. Aylin OĞUZ 'un
Araştırma İzni.

DAĞITIM KISMINDA YAZILMIŞTIR.

İLGİ: GATA K.İğınınin 19 Şubat 2010 tarihli EĞT.ÖĞT.:1410-1025-10/(Mzn.Son) (3) 1511 sayılı
ve "Araştırma İzni" konulu emri.

1. GATA H.Paşa Eğt.Hst. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Servisinde görevli Svl.Me.(Hemşire) M.Aylin OĞUZ (G-2002-80) Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde yüksek lisans eğitimi yapmakta olup "Kadın Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını GATA H.Paşa Eğt.Hst.K.İğında uygulama talebinde bulunmuştur.
2. Anılan personelin tez çalışması kapsamında uygulamak istediği anket incelenmiş ve Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Komisyonunun raporu doğrultusunda, YBK üyelerince ankette yer alan 11, 12, 13 ve 14'üncü soruların araştırmanın amacına uygun olmadığı değerlendirilmiş ve belirtilen soruların çıkarılması durumunda anketin uygulanabileceği ilgi ile bildirilmiştir.
3. Ankette yer alan 11, 12 ,13 ve 14'üncü soruların çıkartılarak GATA Haydarpaşa Eğt.Hst.K.İğına gönderilmesini müteakip anketin uygulanmaya başlanmasını arz ve rica ederim.

HASTANE KOMUTANI EMRİYLE


Yunus AKTAN
Kurmaya Albay
Kurmaya Başkanı

DAĞITIM :

Gereği :

Anestezi ve Rean.Srv.Ş.İğine
Svl.Me. (Hemşire) M. Aylin OĞUZ'a

Bilgi :

Eğt.Hst.Btbp.İğine
Eğt.Hst.Bilimsel Yrdc.İğına
Başhemşireliğe

HİZMETE ÖZEL

Bağlantı Noktası :Svl.Me.A.MAHIROĞULLARI (2312)

HİZMETE ÖZEL

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : M. Aylin OĞUZ
Doğum Yeri ve Tarihi : Gölcük/KOCAELİ - 25.09.1981
Medeni Hali : Evli
Yabancı Dil : İngilizce
E-posta Adresi : gul.aylin@hotmail.com
Tel :

Eğitim ve Akademik Durumu

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise	Aydın Lisesi	1998
Lisans	GATA Hemş. Yüksek Okulu	2002

İş Tecrübesi

	Görev	Süre (Yıl-Yıl)
	GATA Genel Cerrahi Y.B. Ünitesi/ANKARA	2002-2005
	Girne Asker Hastanesi Genel Cerrahi Y.B. Ünitesi/KIBRIS	2005-2007
	GATA Haydarpaşa Anestezi ve Reanimasyon Kl./İSTANBUL	2007-.....

Mesleki Dernek/Kurum Üyeliği

Psikiyatri Hemşireliği Derneği

Kazanılan Ödüller, Teşvikler ve Burslar

Bildiriler / Yayınlar

Çocuk Ruh Sağlığına Yönelik Hizmet Alanlarını Gözden Geçirme (Poster)
III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi / 2009