

Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesi Üzerine Kesitsel Bir Çalışma

A Cross-Sectional Study on the Quality of Life of Healthcare Professionals

Abdulkadir Ergen, Özgür Tanrıverdi*, Abdalbaki Kumbasar, Evşan Arslan**, Duygu Atmaca**

T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

*Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Medikal Onkoloji Bilim Dalı, Aydın, Türkiye

**T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hemşirelik Bölümü ve 3. İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özet

Amaç: Günümüzde, iş ortamı yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörlerin başında gelir. Nitekim sağlık personeli stresli bir ortamda dikkatli ve özenle çalışmak zorundadır. Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi algılarının belirlenmesi ve etkili faktörlerin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntemler: Hastanemizde son 6 aydır aktif görev yapan toplam 110 sağlık personeli çalışmaya dahil edildi. Çalışma 2010 yılının Haziran ve Temmuz aylarını içine alan bir aylık sürede tamamlandı. WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak yüz yüze anket yanıtı ile yapıldı. İstatistiksel analizde t testi, ANOVA testi ve Tukey HSD çoklu karşılaştırma analizi testleri kullanıldı.

Bulgular: Cinsiyet, eğitim durumu, sigara kullanımı, çocuk sayısı, yaşam alanı, hizmet yılı, yıllık izin süresi, tatil yapma durumu, kitap okuma sıklığı, günlük haber takibi kaynakları, kurs, sinema, tiyatro, konser, sergi, ameliyat olma, kronik hastalık alanlarında anlamlı sonuç elde edilmemiştir. WHOQOL-BREF ölçütlerinden meslek grubu, alkol kullanımı, aylık gelir düzeyi, çalışma şekli, spor yapma, psikolojik durum, kronik hastalık alanlarında ise anlamlı sonuçlar saptanmıştır.

Sonuç: Yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörlerin iş ortamını ve işteki verimi kötü yönde etkilediği kanısına varıldı. (*Haseki Tıp Bülteni 2011; 49: 14-9*)

Anahtar Kelimeler: Yaşam kalitesi, sağlık çalışanları, sağlık kalitesi

Abstract

Aim: Today, the work environment is one of the factors affecting the quality of life. Indeed, in a stressful environment, health care providers must work carefully and diligently. In this study, we aimed to determine health workers' perception towards quality of life and to explore its influential factors.

Methods: A total of 110 health personnel who have been actively working within the last 6 months in our hospital were included in this study. The study was completed within one month period encompassing the months of June and July of 2010. The World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF) was administered in a face-to-face basis. The T test, ANOVA test and the Tukey's multiple comparison test were used for analysis.

Results: No significant conclusion could be drawn from the results for gender, educational level, smoking, number of children, living area, number of years of service, annual leave time, holiday status, frequency of reading, daily news resources, courses, movies, theater, concert, exhibition, surgery undertaken, and presence of chronic disease. In the WHOQOL-BREF domains, such as occupational group, alcohol use, monthly income level, working status, sports habits, psychological status, and chronic diseases, the results were significant.

Conclusion: Factors negatively affecting the quality of life have adverse impact on work environment and productivity at work. (*The Medical Bulletin of Haseki 2011; 49: 14-9*)

Key Words: Quality of life, healthcare providers

Giriş

İnsanların hayatlarını mutlu, kendileri ve çevreleri ile uyumlu ve yaşam doyumu içinde sürdürebilmeleri için, kaliteli bir yaşama sahip olmaları gerekir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bireylerin toplumsal, ekonomik ve ruhsal anlamda

üretken olmalarının yanı sıra sağlıklı ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olmaları gerektiği hedefini belirlemiştir (1,2). Her ne kadar yaşam kalitesi kavramı halen tartışmalı bir konu olsa da bu terim yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk ile eş anlamlı olarak kullanılır (1). Günümüzde bu kavramın en sık gündeme geldiği alan ise tartışmasız çalışma

Bu çalışmanın bir bölümü 28-31 Ekim 2010 tarihinde Antalya'da yapılan 2. Haseki Tıp Günleri bilimsel programında yer alan Hemşirelik Problemleri Sempozyumu'nda sözlü olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Özgür Tanrıverdi

Adnan Menderes Üniversitesi, Medikal Onkoloji Bilim Dalı, Aydın, Türkiye

Tel.: +90 256 444 12 56 Faks: +90 256 214 40 86 55 E-posta: ozgur.tanriverdi@hotmail.com

Geliş Tarihi/Received: 30 Kasım 2010 **Kabul Tarihi/Accepted:** 26 Aralık 2010

Haseki Tıp Bülteni,
Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.

The Medical Bulletin of Haseki Training and Research Hospital,
published by Galenos Publishing.

ortamıdır. Çünkü insanların çalışma koşulları ve iş ortamları ile ilgili kaygıları onların yaşam kalitesini belirler hale gelmiştir (2). Özellikle de, sıkıntılı bir ruh hali içindeki hasta bireylere hizmet veren sağlık çalışanları, iş ortamlarında daha sık ve yoğun bir stresle karşı karşıya kalırlar (3). Bu nedenle, sağlık çalışanlarının yaşam kalitelerinin ve çalışma koşullarının daha iyi hale getirilmesi, bunlarla ilişkili sorunlarının giderilmesi sağlık alanındaki hizmetin daha verimli olmasını sağlar (3, 4). Nitekim en iyi düzeyde sağlık hizmeti verilebilmesi bu alanda çalışan bireylerin niteliğiyle yakından ilişkilidir (4).

Çalışma saatleri ve şartlarının uygunsuzluğu nedeniyle yorucu bir iş temposunun olması, eğitim olanaksızlığı, gelir düzeyindeki yetersizlik ve bu durumların bir neticesi olarak kendine zaman ayıramama, yeterli uyku ve dinlenme olanağı bulamama, sosyal aktivitelere katılamama gibi yaşam kalitesini etkileyen alanlara yönelik kaygılar, sağlık çalışanlarının güncel ve ortak sorunlarıdır (3,4).

Kesitsel, tanımlayıcı ve ankete dayalı bir çalışma olan bu yazımızda, hastanemizde görevli sağlık çalışanlarının öznel yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve yaşam kalitesini oluşturan faktörlerin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Hastanemizde görevli olan ve son 6 aydır aktif olarak çalışan 40 asistan ve 70 hemşire çalışmaya dahil edildi ve her birine sosyo- demografik form anketi (Ek-1) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Form (WHOQOL-BREF) anketi uygulandı. Bu anket çalışması, 2010 yılının Haziran ve Temmuz aylarını içine alan bir aylık sürede, yanıtlarının içtenlikle ve doğru olarak verildikleri varsayılarak yüz yüze görüşme tekniği ile yapıldı.

Anket Formları ve Özellikleri: WHOQOL ölçeğinin her ikisi de kültürlerarası karşılaştırmalara olanak verecek şekilde geliştirilmiş iki formu vardır (5). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF olarak isimlendirilen bu formlar birbiriyle yüksek oranda uyum gösterir. WHOQOL-100 formunda 24 bölüm ve 6 alanı kapsayan toplam 100 soru vardır. Her alan bir genel kavramı ve her bölüm de bu kavram ile ilişkili davranış, durum, kapasite veya öznel bir deneyimi tanımlar (5). Buna karşın, WHOQOL-BREF pratik kullanım amacıyla WHOQOL-100'ün alan çalışması verileri dikkate alınarak geliştirilmiştir (6). WHOQOL-BREF'in Türkçe sürümü, ikisi genel sorular olmak üzere dört alan (26 soru) ve bir ulusal alandan (1 soru) oluşmaktadır (7). Türkiye için odak grup görüşmeleri sonucu ortaya çıkan 3 ulusal soru WHOQOL-100 ölçeğinde "sosyal baskı" alanı olarak kabul edilmiştir. WHOQOL-BREF'de ise bu alandan alınan bir soru, en yüksek uyumu çevre alanı ile gösterdiği için 27. soru olarak Çevre-TR adı ile isimlendirilmiştir. Ölçekte yer alan 26 sorudan ikisi yaşam kalitesini genel olarak değerlendirmektedir (7). Bu sorulardan biri bütün olarak sağlık puanını, diğeri ise bir bütün olarak yaşam kalitesi puanını vermektedir. Sorular son 15 gün dikkate alınarak yanıtlanmaktadır. Ölçekler Likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermektedir. WHOQOL-BREF ölçeğindeki sorular aşağıdaki dört yanıt skalasından oluşmuştur.

1- Şiddet yanıt göstergesi: Kişinin belli bir durumu, örneğin ağrı belirtisini ne derece veya yaygınlıkta yaşadığını gösterir. Burada şiddetli derecede yaşanan deneyimlerin kişinin yaşam kalitesini etkileyeceği varsayılmıştır.

2- Kapasite yanıt ölçeği: Belli bir durum, duygu ya da davranış gösterebilme yetisini ölçer. Kapasitenin üst düzeyde olduğu koşulların kişinin yaşam kalitesini etkileyeceği varsayılmıştır.

3- Sıklık yanıt ölçeği: Bir durum veya davranışın sıklık, yaygınlık veya hızını derecelendirir. Bir davranış ya da durumun sık yinelenmesinin yaşam kalitesini etkileyeceği varsayılmıştır.

4- Değerlendirme: Yanıtları belli bir durum, kapasite ya da davranışa değer biçilmesini hedefler. Buradaki varsayım; daha pozitif değer biçme yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu anlamına gelebilir.

WHOQOL-BREF ölçeğindeki alanlar;

1- Bedensel alan: Gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara veya tedaviye bağımlılık, canlılık, bitkinlik, bedensel hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme bölümlerinden oluşur.

2- Psikoloji Alanı: Beden imgesi ve dış görünüşü; olumsuz duygular; benlik saygısı; olumlu duygular; maneviyat, din, kişisel inançlar, düşünme, öğrenme, bellek ve dikkat toplama bölümlerinden oluşur.

3- Sosyal ilişkiler alanı: Diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam bölümlerinden oluşur.

4- Çevre Alanı: Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik ve emniyet, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım, ulaşılabilirlik ve nitelik, ev ortamı, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ve bunlara katılabilme, fiziksel çevre ve ulaşım bölümlerinden oluşur.

Bu anket formları ile çalışmaya katılan bireylerden elde edilen yanıtlarla sağlık çalışanlarının; yaşam kalitesi algılarının düzeyi, yaşam kalitesini etkileyen etmenler, çalışma yaşamına ilişkin özellikler ve sosyo-demografik özellikler yönünden yaşam kalitesi algıları arasındaki farklılıklar ile fiziksel, ruhsal, sosyal ve çevre alanları yönünden bireysel algılardaki farklılıklar araştırılmaktadır.

İstatistiksel Analiz

Bu çalışmada istatistiksel analizler SPSS 18.0 istatistik paket programı yardımı ile gerçekleştirilmiştir. Analizlerin ilk kısmında, sosyo-demografik değişkenlerin (Tablo 1) dağılımları (n ve %) hesaplanmıştır. Analizlerin ikinci kısmında, sosyo-demografik değişken alt grupları arasındaki farklar esas alınmıştır. Bu amaçla WHOQOL-BREF'in genel yaşam kalitesi, genel sağlık, bedensel, ruhsal, sosyal, çevre, çevre-TR ve WHOQOL için toplam puanları açısından her bir sosyo-demografik değişken alt grupları arasındaki farklar analiz edilmiştir ve bu değişkenler t testi ve ANOVA testi ile karşılaştırılmıştır. ANOVA testi uygulandığı durumlarda, alt gruplar arasında bir fark tespit edildiğinde, bu farkın hangi alt gruplar arasında bulunduğu Tukey HSD çoklu karşılaştırma analizi ile ortaya konmuştur.

Bulgular

Çalışmaya katılan toplam 110 bireyin %65,4'ü kadındı ve yaş ortalaması 36.4±17.1 (yıl) idi. Sağlık çalışanlarının görev aldıkları tıbbi birimlere göre dağılımları Grafik 1'de görülmektedir.

Genel olarak cinsiyet, eğitim, sigara kullanımı, çocuk sayısı, yaşanılan yer, çalışma yılı, çalışma saati, yıllık izin süresi, tatil yapma durumu, kitap okuma sıklığı, günlük haber kaynakları, gidilen kurs, sinema, tiyatro, konser, sergi, mesleki faaliyete katılma, ameliyat olma, kronik hastalık başlıklarında anlamlı sonuçlara ulaşılamamıştır (Tablo 2).

Meslek grupları göz önüne alındığında, WHOQOL Çevre-TR boyutunda hemşirelerin doktorlara oranla daha yüksek puan aldıkları izlenmiştir (p=0.023). Diğer WHOQOL boyutlarında ise meslek grupları arasında anlamlı bir fark yoktu (p>0.05). Çalışmada yer alan bireyler, görev aldıkları tıbbi bölümlere göre karşılaştırıldığında, WHOQOL boyutlarında istatistiksel anlamlılıkta bir fark saptanmadı (p>0.05).

WHOQOL sosyal alanda, alkol kullananların kullanmayanlara (p=0.038) ve evli olanların da bekar olanlara oranla (p=0.027) daha yüksek puan aldıkları saptandı (Tablo 2).

Aylık gelir düzeyi 2000 TL ve üzeri olan sağlık çalışanlarının WHOQOL genel sağlık alanı, ruhsal ve çevre alanlarında, bu gelir düzeyinden daha az aylık geliri olanlara oranla, daha yüksek puan aldıkları belirlendi (sırasıyla p<0.05, p<0.01 ve p<0.01). Gruplar arası değerlendirme Tukey HSD çoklu karşılaştırmalı analiz ile yapıldı. WHOQOL genel sağlık boyutunda aylık geliri 2500 TL üzeri olan bireylerin gelir düzeyi 750-2000 TL olan gruptan daha yüksek puan aldığı saptandı. WHOQOL ruhsal boyutunda 2000-2500 TL grubunun ve 2500 TL üzeri geliri olanların, aylık kazancı 750-2000 TL grubundan; WHOQOL çevre boyutunda ise 2000-2500 TL ve 2500 TL üzeri aylık geliri çalışanların 750-2000 TL grubundan anlamlı derecede daha yüksek puan aldıkları belirlendi.

Çalışma şekli alanına bakıldığında ise sadece gündüz çalışan sağlık personelinin, sadece nöbet tutanlara ve hem nöbet tutup hem gündüz çalışan personele oranla bedensel (p=0.039) ve ruhsal alanda (p=0.25) ayrıca WHOQOL-BREF

Tablo 1. WHOQOL- BREF ölçütünde çalışmaya katılan bireylere yöneltilen soruların alanları ve verilen yanıtların oranları

Değişken	1. Grup	2. Grup	3. Grup	4. Grup	5. Grup
Cinsiyet	Kadın (%64.5)	Erkek (%35.5)			
Eğitim	Lise (%18.2)	Ön lisans (%23.6)	Lisans (%37.3)	Yüksek lisans (%20.9)	
Sigara içme	Evet, (%29.1)	Hayır, (%70.9)			
Alkol kullanımı	Evet, (17.3)	Hayır, (%82.7)			
Medeni durum	Evli (49.1)	Bekâr (%50.9)			
Çocuk sayısı	Yok, (%22.7)	1 çocuk (%39.1)	2 çocuk (%23.6)	3 çocuk (%14.5)	
Aylık gelir	750-2000 (%24.4)	2000- 2500 (%39.1)	2500 üstü (%35.5)		
Yaşadığı yer	Ailesiyle (%64.5)	Lojmanda (%12.7)	Yalnız/ev arkadaşı (%21.7)		
Çalışma Yılı	1-5 yıl (%55.5)	6-10 yıl (%17.3)	11-15 yıl (%11.8)	16 yıl ve üstü (%15.5)	
Çalışma saati	45 saate kadar (%30.9)	45 saat üstü (%69.1)			
Çalışma şekli	Sadece gündüz (%8.2)	Sadece nöbet (%18.2)	Gündüz ve nöbet (%73.6)		
Yıllık izin	1-10 gün (%12.7)	11-20 gün (%66.4)	21 gün ve üzeri (%20.9)		
Tatil	Yapamıyor (%29.1)	Her yıl (%50)	İki yılda bir (%11.8)	İki yıldan fazla sürede bir (%9.1)	
Kitap okuma	Fırsat olunca/nöbette (%34.5)	Her gün, Düzenli (%14.5)	Sadece hafta sonları (%10)	Uzun süredir vakit yok (%40.9)	
Günlük haber	TV (%35.5)	İnternet (%14.5)	Gazete (%10.9)	Hepsi (%39.1)	
Kurs	Gitmiyor (%41.8)	Yabancı dil (%14.5)	Müzik (%7.3)	Bilgisayar (%14.5)	Diğer (21.8)
Sinema- Tiyatro	Hiç (%36.4)	Haftada bir (%6.4)	Ayda bir (%12.7)	Üç ayda bir (%31.8)	
Konser	Hiç (%63.6)	Ayda bir (%12.7)	Üç ayda bir (%23.6)		
Spor	Sadece izleyici (%40)	Düzenli (%9.1)	Fırsat buldukça (%50.9)		
Ameliyat	Evet, (%43.6)	Hayır, (%56.4)			
Psikolojik destek	Evet, (%20.9)	Hayır, (%79.1)			
Kronik hastalık	Evet (%20)	Hayır (%80)			

toplam alanında ($p=0.045$) anlamlı derecede daha yüksek puan aldıkları görüldü (Tablo-2).

WHOQOL bedensel ($p=0.043$), ruhsal ($p=0.007$) ve sosyal ($p=0.010$) boyutlarında fırsat buldukça spor yapan bireylerin puanlarının sadece izleyici olanlara oranla yüksek olduğu saptandı. Tukey HSD çoklu karşılaştırmalı analizde WHOQOL-BREF toplam boyutunda, düzenli olarak ($p=0.048$) veya fırsat buldukça ($p=0.004$) spor yapan sağlık çalışanlarının sadece izleyici olanlardan anlamlı derecede daha yüksek puan aldıkları izlendi (Tablo 2).

Psikolojik destek almayan sağlık personelinin genel sağlık alanında anlamlı ölçüde ($p=0.040$), sosyal ölçüde ise anlamlıya yakın ($p=0.058$) oranda yüksek puan aldıkları belirlendi (Tablo 2).

WHOQOL genel sağlık alanında, kronik hastalığı olan sağlık çalışanlarının herhangi bir hastalığı olmayanlara göre daha yüksek puan aldığı ($p=0.012$) saptandı (Tablo 2).

Tartışma

Kalite, ulaşılmak istenen mükemmellik düzeyidir ve hizmete üstünlük, kusursuzluk getirir. Kişisel duygu ve hislerden bağımsız olan somut kıstaslar (ölçü, sayı, süreç, süre, test) ile ölçülen kalite nesnel bir kavram olduğu kadar kişisel değer yargılarından, beğenilerden ve psikolojiden (duygu, heyecan, tatmin, tercih, değer yargısı, tutum) etkilendiği için de aynı zaman da öznelidir. Yaşam kalitesi kavramı ise oldukça geniş kapsamlıdır ve bu nedenle halen bu kavramla ilgili olarak tartışmalar devam etmektedir (8,9). Başlıca yaşam kalitesi göstergeleri birey ya da ailenin gereksinimlerini karşılama, çevre üzerinde denetim kurma, kendini geliştirebilme ve anlamlı yaşam sürdürebilme olarak sıralanabilir. Çalışma koşulları, yaşanılan çevre koşulları, hizmetlerden yararlanma ve toplumsal ilişkiler de önem taşımaktadır (8).

Tablo 2. WHOQOL- BREF ölçütünde yer alan alanlarda verilen yanıtların yaşam kalitesi üzerine etkisi ile ilgili p değerleri; $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel analiz yapılmıştır.

*Gruplar arası karşılaştırma için Tukey HSD çoklu karşılaştırma analizi kullanılmıştır.

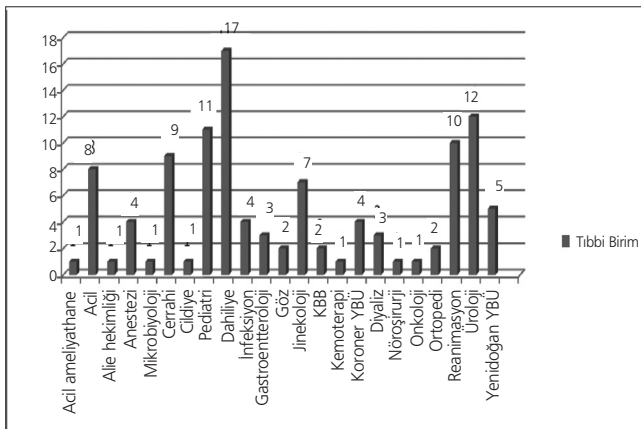
WHOQOL Boyutları	Genel yaşam kalitesi	Genel-sağlık	Bedensel	Ruhsal	Sosyal	Çevre	Çevre- TR	WHOQOL Toplam*
Meslek	0.712	0.322	0.590	0.516	0.507	0.131	0.023	0.839
Cinsiyet	0.936	0.962	0.907	0.189	0.543	0.081	0.053	0.241
Eğitim	0.651	0.705	0.992	0.902	0.981	0.164	0.832	0.914
Sigara	0.431	0.745	0.725	0.420	0.518	0.246	0.839	0.666
Alkol	0.136	0.179	0.114	0.774	0.038	0.351	0.835	0.143
Medeni durum	0.586	0.194	0.805	0.301	0.027	0.714	0.698	0.259
Çocuk sayısı	0.276	0.096	0.552	0.554	0.456	0.110	0.142	0.600
Gelir durumu*	0.092	0.019	0.279	0.005	0.877	0.001	0.057	0.026
Yaşadığı yer	0.704	0.218	0.800	0.212	0.359	0.205	0.530	0.528
Çalışma yılı	0.601	0.859	0.405	0.564	0.382	0.442	0.810	0.710
Çalışma saati	0.758	0.813	0.297	0.414	0.877	0.061	0.522	0.616
Çalışma şekli*	0.268	0.350	0.039	0.025	0.225	0.455	0.139	0.045
Yıllık izin süresi	0.745	0.882	0.296	0.301	0.389	0.700	0.970	0.276
Tatil durumu	0.138	0.604	0.103	0.104	0.064	0.300	0.474	0.139
Kitap okuma	0.426	0.281	0.807	0.727	0.105	0.290	0.508	0.659
Günlük haber	0.694	0.332	0.761	0.700	0.253	0.331	0.816	0.653
Kurs	0.603	0.894	0.821	0.315	0.911	0.137	0.567	0.619
Sinema/Tiyatro	0.566	0.222	0.665	0.971	0.970	0.700	0.671	0.914
Konser	0.928	0.171	0.809	0.083	0.918	0.295	0.937	0.437
Spor	0.093	0.545	0.043	0.007	0.010	0.242	0.385	0.003
Ameliyat durumu	0.902	0.264	0.561	0.684	0.447	0.325	0.896	0.744
Psikolojik destek	0.747	0.040	0.431	0.368	0.058	0.627	0.919	0.164
Kronik hastalık	0.447	0.012	0.755	0.817	0.648	0.231	0.611	0.847

Yaşam kalitesi kavramının boyutları birçok çalışmada farklı tanımlanmıştır. Yaşam kalitesi, bazı yazarlar tarafından duygusal fonksiyon, sosyal rol fonksiyonu, günlük yaşam etkinliklerine katılım ve eğlence şeklinde tanımlanmışken, bir diğeri bu kavramı depresyon, özsaygı, yaşam memnuniyeti ve yaşam doyumunu şeklinde ve bazıları da sadece mutluluk olarak yorumlamıştır (9-12).

Tüm bu kavram farklılığına rağmen yaşam kalitesi, bireylerin yaşadıkları kültürel ve inanç sistemleri içerisinde amaç, beklenti ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki durumlarını algılamaya yetileri şeklinde tanımlanır (13,14). Bu kavrama bireylerin sağlık durumları da eklendiğinde kaliteli bir yaşam denilince fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali anlaşılır (15).

Yoğun dikkat, özen, teknik bilgi ve beceri gerektiren işlerde çalışan bireylerde bir süre sonra stres ve sıkıntı nedeniyle iş verimi ve iş yapma isteğinde tükenmişlik gelişebilir (14). Oysaki çalışanların işlerindeki doyum, verimlilik, mesleksi ve bireysel gelişimleri, performanslarının değerlendirilmesi, iş yapma dürtülerinin güdülenmesi ve verilen hizmetin kalitesi ile ilgilidir. Bu da sıklıkla çalışma koşullarının, iş yerinde geçirilen zamanın ve bu süreç içindeki yeterli motivasyonun ön plana çıkmasını sağlar. Birçoğunda olduğu gibi bizim çalışmamızda da sağlık personelinin nöbet tutması fiziksel, ruhsal ve bedensel olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bununla birlikte, aylık gelir düzeyinin yüksekliği genel sağlık, ruhsal ve çevresel olarak yaşam kalitesini arttırmaktadır (11,14).

İş ortamında yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen diğer bir etmenin bireylerin haftalık çalışma saatleri olduğu gösterilmiştir. Birçok yazar haftalık çalışma süresinin artışının fiziksel alan yönünden bireylerin daha fazla etkilendiğini ve yaşam kalitesine olumsuz etkisinin göz ardı edilmemesi gerektiğini bildirmiştir (8,11,12). Bireylerin iş ortamları dışındaki sosyal yaşantıları, yaptıkları iş ile ilgili verimliliği ve kaliteyi olumlu yönde etkiler (11). İş ortamları haricindeki yaşamının en önemli kısmını aile yaşamı oluşturur. Aile ortamında mutlu olmayan çalışanların yaptıkları iş ve işyerlerine karşı



Grafik 1. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının görev yaptıkları tıbbi birimler

genellikle isteksiz ve kaygısız davrandıkları bildirilmiştir (11). Sosyal ve sportif faaliyetlerin yaşam kalitesi üzerine olan olumlu etkisi gösterilmiştir (15). Bizim çalışmamızda da, düzenli olarak spor yapan sağlık çalışanlarının yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Sigara içme alışkanlığı, bağımlılık yapma potansiyeli yüksek olan bir alışkanlıktır ve insan sağlığını kötü yönde etkiler. Bazı çalışmalarda sigara içme alışkanlığının yaşam kalitesi üzerine de olumsuz etkileri olduğu gösterilmiştir (16). Çalışmamızda, sigara içenler ile içmeyenler arasında yaşam kalitesi yönünden anlamlı bir puan farkı saptanmamıştır. Oysaki diğer çalışmalarda ağız kokusu, tat ve koku alma duyusunda değişiklikler, dişlerde ve tırnaklarda ortaya çıkan renk değişiklikleri, yorgunluk ve baş ağrısı gibi olumsuz etkilerinin, bireylerin yaşam kalitesini ve iş verimliliğini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (16).

Yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen diğer bir etken de çalışanların ameliyat olmaları ve kronik bir hastalık öykülerinin olmasıdır (17). Geçmişte en az bir kez ameliyat olan çalışanların fiziksel ve ruhsal alanda daha düşük puan aldıkları birçok çalışmada gösterilmiştir. Sadece fiziksel fonksiyon alanında değil ruhsal alan, ağrı puanlaması ve iş verimliliğinde de olumsuz yönde bir etki söz konusudur (18,19).

Çalışanların ekonomik ve sosyal durumları insan yaşamını etkileyen ve ruh sağlığında önemli bir yer tutan faktörlerin başında gelir (18). Sosyoekonomik durumu kötü olan ya da kötü fiziksel şartlarda yaşayan bireylerin daha sık psikolojik destek almak zorunda kaldıkları bildirilmiştir (19,20). Bu çalışma ile ruhsal hastalıkların yaşam kalitesine olan olumsuz etkisi de gösterilmiştir.

Sonuç olarak, yaşam kalitesi her yönden tam sağlıklı olmanın bir göstergesidir. Kişilerin sağlık düzeyleri belirlenirken mortalite ve morbidite oranlarının yanı sıra yaşam kalitesi ölçütlerinin de gözden geçirilmesi önemli bir katkı sağlayacaktır. Sağlık çalışanlarının iyi ve sağlıklı bir yaşam kalitesine sahip olmaları, toplumun bütünü de olumlu olarak etkileyecektir. Bu nedenle yaşam kalitesi gerçeğini göz ardı etmeyen bir sağlık politikasının oluşturulması ve sağlık çalışanı için yaşam kalitesini oluşturan tüm alanların olumlu bir düzenleme ile geliştirilmesi gerektiği kanısına varılmıştır.

Kaynaklar

1. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. NJEM 1996;334:835-40. [Full Text]
2. Flanagan JC. Measurement of quality of life: Current state of the art. Arch Phys Med Rehabil 1982;63:56-9. [Abstract]
3. Pınar R. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi. Aylık Aktüel Tıp Dergisi 1997;9:117-23.
4. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care: Applications and issues assesment. BMJ 1992;305:1074-7. [Abstract] / [PDF]
5. The WHOQOL Group. What quality of life. World Health Forum 1996;17:354-6.

6. Özkan S. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL- BREF. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi* 1999;7:5-13.
7. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, ve ark. Türkler için sağlık ve sosyal bilim araştırmalarında kullanılan Likert tipi yanıt ölçekleri: WHOQOL Türkçe versiyonu yanıt skalaları sonuçları. *Psikiyatri Ruhsal Psikofarmakoloji Dergisi* 1999;7:41-7.
8. Schweiger AL, Alvarez DT. Regional intergration, population health needs, and human resources for health systems and services: an approach to the concept of health care gap. *Cad Saude Publica* 2007;23:202-13. [Abstract]
9. Henning MA, Hawken SJ, Hill AG. The quality of life of New Zealand doctors and medical students: what can be done to avoid burnout? *N Z Med J* 2009;122:102-10. [Abstract]
10. Greabu M. Standards- the common element in providing the safety, quality and performance of the medical practice. *J Med Life* 2009;2:313-8. [Abstract]
11. Culpepper L. The social and economic burden of shift- work disorder. *J Fam Pract* 2010;59:3-11. [Abstract]
12. Guyatt G, Scunemann H. How can quality of life researchers make their work more useful to health workers and their patients? *Qual Life Res* 2007;16:1097-105. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
13. Şahin H. Eski bir kavram yeni bir ölçüt: Yaşam kalitesi. *Toplum ve Sağlık* 1997;12:40-6.]
14. Flanagan JC. A research approach to improving our quality of life. *Am Pshycol* 1978;33:138-47. [Abstract]
15. Kaplan B, Çağlar B, Zencir M. Algılanan sağlık. *Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Bülteni* 2001;29:29-36.
16. Eşer İ. Sigaranın neden olduğu ekonomik kayıplar. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1993;9:99-104.
17. Endler NS, Corace KM, Summerfeldt LJ, Johnson JM, Rothbart P. Coping with chronic pain. *Personality and Individual Differences* 2003;34:323-46.
18. Papakostas GI, Peterson T, Mahal Y, Mischoulon D, Nierenberg AA, Fava M. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26:13-7. [Abstract]
19. Baum A, Garafalo JP, Yali AM. Socioeconomic status and chronic stres. Does stres account for SES effects on health ? *Ann NY Acad Sci* 1999;896:131-44. [Abstract] / [PDF]
20. Rios KA, Barbosa DA, Belasco AG. Evaluation of quality of life and depression in nursing technicians and nursing assistants. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010;18:413-20. [Abstract]