

T. C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERDE ÇALIŞMA DÜZENİNİN UYKU
KALİTESİ VE RUHSAL DURUM ÜZERİNE ETKİSİ**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Dilek ARAVACIK UĞURLU

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. ERDOĞAN OKUR**

Tez No: 2015-008

AFYONKARAHİSAR

2015

KABUL VE ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
çerçevesinde yürütülmüş bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 20/04/ 2015



Doç. Dr. Erdoğan OKUR

Afyon Kocatepe Üniversitesi

Jüri Başkanı



Yrd. Doç. Dr. Pakize ÖZYÜREK

Afyon Kocatepe Üniversitesi

Jüri



Doç. Dr. Orhan Kemal KAHVECİ

Afyon Kocatepe Üniversitesi

Jüri

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Dilek ARAVACIK Uğurlu'nun "Hemşirelerde Çalışma Düzeninin Uyku Kalitesi Ve Ruhsal Durum Üzerine Etkisi" başlıklı tezi 05/05/2015 günü saat 10:00'da Lisans Üstü Eğitim-Öğretim Ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Abdullah ERYAVUZ

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Hemşirelik; hayatla ve insanlarla iç içe olmayı gerektiren, hastalara sonsuz özveri ve çaba ile sadece görev olduğu için değil, içimizden gelerek yaklaşmamızı sağlayan bir meslek dalıdır.

Ancak klinikte geçirdiğim süre ve hemşirelik eğitimim boyunca; biz hemşirelerin mesleğimizi gerçekleştirirken eğitim düzeyi, sağlık durumu, sosyal çevre, psikolojik durum ve yaşam şartları gereği bazı insani farklılıklarımızın olduğunun gözardı edildiğini gözlemlediğimi üzümlere söylemekteyim.

Yaptığımız bu çalışmada da, çeşitli çalışma düzenlerinin hemşirelerdeki etkileri ele alınmaya çalışılmış, hemşirelik mesleğinin gelişiminde ve ilerletilmesinde ufak da olsa bir katkı sağlayabilmek amaç edinilmiştir.

Yüksek lisans eğitimim sürecinde, bana olan inancını yitirmeyerek, tüm bilgi ve deneyimiyle her zaman yanımda olan desteğini benden esirgemeyen çok değerli danışman hocam Doç. Dr. Erdoğan OKUR'a,

Yazım ve istatistiksel değerlendirme aşamasındaki katkılarını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Pakize ÖZYÜREK'e ve Doç.Dr. Orhan Kemal KAHVECİ'ye

Çalışma ve tez yazım süreci boyunca katılımları ve yardımlarının yanı sıra manevi destekleriyle de yanımda olan birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm çalışma arkadaşlarıma ve kardeşim Erkan ARAVACIK'a,

Hayatımın son on yılına bin bir çeşit renk katan değerli hayat arkadaşım Doğal UĞURLU' ya ve ömrüm boyunca arkamda olduklarını her fırsatta hissettiren sevgili annem ve babam; Zeynep- Akif ARAVACIK'a tüm yüreğimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dilek ARAVACIK UĞURLU

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Kabul ve Onay.....	i
Önsöz.....	ii
İçindekiler.....	iii
Kısaltmalar.....	vi
Tablolar.....	vii
1.GİRİŞ	1
1.1.GENEL BİLGİLER.....	1
1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI.....	2
1.3. VARDİYALI ÇALIŞMA KAVRAMI.....	3
1.4. UYKU.....	6
1.4.1. Sirkadiyen Ritim (Uyku-Uyanıklık Ritmi).....	8
1.4.2.Vardiyalı Çalışmanın Ve Uykusuzluğun Yol Açtığı Sorunlar.....	9
1.4.3. Nöbet Şeklinde Çalışmanın Etik Yönü.....	13
1.4.4. Nöbet Şeklinde Çalışmanın İş Doyumu Üzerine Etkisi.....	14
1.5. RUH SAĞLIĞI.....	16
1.5.1. Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler.....	16
1.5.2. Ruhsal Bozukluklar.....	19
1.5.2.1. Somatizasyon.....	19
1.5.2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	20
1.5.2.3. Kişilerarası Duyarlılık.....	21
1.5.2.4.Depresyon.....	21
1.5.2.5. Anksiyete Bozukluğu.....	21
1.5.2.6. Öfke- Düşmanlık (Hostilite).....	22

	<u>Sayfa</u>
1.5.2.7. Fobik Anksiyete.....	22
1.5.2.8. Paranoid Düşünceler.....	23
1.5.2.9. Psikotizm.....	23
2.GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
2.1. Araştırmanın Tipi.....	24
2.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	24
2.3. Araştırmanın Evreni, Örnekleme Ve Sınırlılıkları.....	24
2.4. Verilerin Toplanması.....	25
2.5. Veri Toplama Araçları.....	25
2.5.1. Bireysel Bilgi Formu.....	25
2.5.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ).....	26
2.5.3. Belirti Tarama Testi (SCL-90R).....	27
2.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
3.BULGULAR.....	30
3.1. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı.....	30
3.2. Hemşirelerin Vardiya Durumlarının Bireysel Özellikleriyle Karşılaştırılması.....	32
3.3. Hemşirelerin Vardiya Durumları ile Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	41
3.4. Çalışılan Birim İle İlişkili Bireysel Özelliklerin Karşılaştırılması.....	47
3.5. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin PUKİ Ve SCL-90-R Alt Boyutları İle Karşılaştırılması.....	50
4. TARTIŞMA.....	67

5. SONUÇ.....	74
ÖZET.....	77
ABSTRACT.....	78
KAYNAKLAR.....	79
EKLER.....	85
ÖZGEÇMİŞ.....	95

KISALTMALAR

AB:	Avrupa Birliği
ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
BAÇKA:	Beşinci Avrupa Çalışma Koşulları Araştırması
ILO:	Uluslararası Çalışma Örgütü
NREM:	Non- Rapid Eye Movement
PUKİ:	Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi
REM:	Rapid Eye Movement
SCL-90-R:	Psikolojik Belirti Tarama Testi

TABLolar

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1.1. Stresler, Neden Olduğu Tepkiler ve Sonuçları.....	19
Tablo 2.1. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi	27
Tablo 3.1 Hemşirelerin Bireysel zelliklerinin Dağılımı.....	30
Tablo 3.2. Yaş ile Vardiyanın Karşılaştırılması.....	32
Tablo 3.3. Medeni Durum ile Vardiyanın Karşılaştırılması.....	33
Tablo 3.4. Hastane türü İle Vardiyanın Karşılaştırılması.....	34
Tablo 3.5. Çalışılan Birim İle Vardiya Tipinin Karşılaştırılması.....	34
Tablo 3.6. Meslekte alışma Süresi İle Vardiyanın Karşılaştırılması.....	35
Tablo 3.7. Haftalık alışma Saati İle Vardiyanın Karşılaştırılması	36
Tablo 3.8 Fazla Mesai Saatleri ile Vardiyanın Karşılaştırılması.....	37
Tablo 3.9 Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı ile Vardiyanın Karşılaştırılması	38
Tablo 3.10. Subjektif İş Yaşam Kalitesi İle Vardiyanın Karşılaştırılması.....	39
Tablo 3.11. Günlük Şikayetler İle Vardiyanın Karşılaştırılması.....	40
Tablo 3.12. Subjektif Uyku Kalitesi İle alışma Şeklinin Karşılaştırılması.....	41
Tablo 3.13. Uyku Latensi İle alışma Şeklinin Karşılaştırılması.....	42
Tablo:3.14. Uyku Süresi İle alışma Şeklinin Karşılaştırılması.....	43
Tablo:3.15. Uyku Etkinliği İle alışma Şeklinin Karşılaştırılması.....	43
Tablo:3.16. Uyku Bozukluğu İle alışma Şeklinin Karşılaştırılması.....	44
Tablo 3.17. İlaç Kullanımı İle alışma Şeklinin Karşılaştırılması.....	45
Tablo 3.18. Gündüz Fonksiyon Bozukluğu İle alışma Şekli Karşılaştırılması....	45
Tablo 3.19. Çalışılan Birim İle Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 3.20. Çalışılan Birim İle Subjektif Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....	48

	<u>Sayfa</u>
Tablo 3.21 Hemşirelerin SCL-90-R Alt Ölçek Ve PUKİ Ortalama Ve Standart Sapmaları.....	50
Tablo 3.22. Bekar Ve Evli Olma Durumunun Karşılaştırılması.....	51
Tablo 3.23. Hemşirelerin Çalışma Düzenleriyle İlgili Verilerin Dağılımı.....	52
Tablo 3.24. Hemşirelerin yaşlarıyla ilgili verilerin dağılımı.....	53
Tablo 3.25. Çalışılmakta Olan Klinik İle İlgili Verilerin Dağılımı.....	55
Tablo 3.26. Hemşirelerin Çalışma Süreleri İle İlgili Verilerin Dağılımı.....	57
Tablo 3.27. Bir Hemşireye Düşen Hasta Sayısı İle İlgili Verilerin Değerlendirilmesi.	59
Tablo 3.28. Hemşirelerin Subjektif İş Yaşam Kaliteleriyle İlgili Verilerin Dağılımı.....	62
Tablo 3.29. Hemşirelerin Günlük Şikayetleri İle İlgili Verilerin Dağılımı.....	65

1.GİRİŞ

1.1. GENEL BİLGİLER

Hemşirelik, çalışma şartlarının ve ortamının getirdiği birçok olumsuz etmenin etkisiyle birlikte yoğun iş temposunun olduğu stres yüklü bir meslek olarak tanımlanmaktadır. Kişiyne çalışma hayatı, toplumda statü, belli bir rol ve ekonomik fayda sağlamaktadır. Ancak kişiyne sağlamış olduğu bu faydaların yanı sıra psiko-sosyal ve fizyolojik açıdan bazı olumsuz durumları da beraberinde getirmektedir. Hemşirelerin sahip oldukları çalışma ortamlarına ilişkin stres faktörlerini Uluslararası Çalışma Örgütü; rol çatışması veya belirsizliği, stres unsurları, yönetici ile yaşanan çatışmalar, hastalar ile yaşanan çatışmalar, iş yükünün aşırı olması, hastaların problemleri sebebiyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakımda bulunan hastalarla çalışma ve vardiya sistemi ile çalışma olarak sıralamıştır. Vardiyalı çalışmanın neden olduğu sorunlar çok boyutlu ve çok değişkenlidir. Sirkadiyan ritmin bozulması, vücut ısısının düzensiz değişmesi ve adrenalin salgısı ritimleri nedeniyle, vardiyalı çalışmanın etkileri hem biyolojik, hem de duygusal niteliklidir (Eryavuz, 2007; Demirbilek, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan sağlık tanımında olduğu gibi kişinin, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik durumunda olması ve sağlıklı bir yaşam devam ettirebilmesi için bahsedilen üç faktörün de birbirleriyle etkileşim içinde olması gerekmektedir. Karşılanması gereken temel fiziksel ihtiyaçlarından biri olan “uyku” insan yaşamında yeme, nefes alma, boşaltım kadar önemli bir fizyolojik gereksinimdir. Bu nedenle uyku, bireyin yaşam kalitesi ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülmektedir. Uyku, bedenin dinlenmesini, beyin işlevlerinin güçlenmesini, düzenlenmesini ve onarılmasını sağlayarak, bireyi yeni güne hazırlarken; uyku düzeninde ve kalitesindeki herhangi bir değişiklik

günlük yaşam aktivitelerini etkileyebilir. Bu değişikliğin uzun süre devam etmesi ise beden ve ruh sağlığının bozulmasına neden olabilir (Engin ve Özgür 2004; Ertekin ve Doğan 1999).

Uyku yaşamın üçte birini oluşturan ve henüz tam olarak çözülememiş bir süreçtir. Uykuya birçok faktör etki edebilmektedir. Uyku bozukluğu çoğunlukla medikal hastalığı ya da kronik bir psikiyatrik hastalığı olanlarda, nöbet usulü çalışanlarda ve özellikle de sağlık personeline görölmektedir (Üstün ve Yücel,2009).

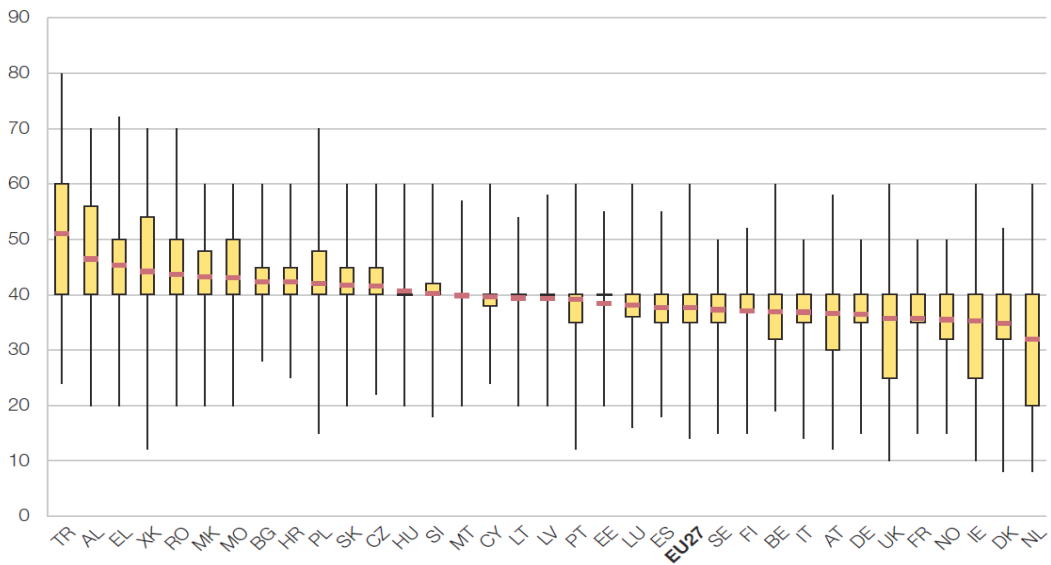
1.2. ARAşTIRMANIN AMACI

Çalışma şartlarındaki değişiklikler sebebiyle yoğun olarak baskı altında kalan hemşireler, iş ve sosyal yaşamlarında büyük oranda stres yaşamaktadırlar. İş yaşamındaki bu olumsuz şartlar, birçok sağlık probleminin alt yapısını oluşturmaktadır. Bu sağlık problemleri, sıklıkla uyku bozuklukları ve psikolojik problemlerin görölmesiyle ortaya çıkmaktadır.

Bu araştırmada; hemşirelerin uyku kalitesi ve ruhsal bozukluk belirtileri ölçölerek, bu verilerin çalışma saatleri, çalıştıkları birim ve çalışma şekilleri, subjektif yaşam kaliteleri ve günlük şikayetleri gibi birçok kriter ile ilişkili olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır.

1.3. VARDİYALI ÇALIŞMA KAVRAMI

Günümüzde, birçok ülkede genel kabul görmüş olan günlük 8 saatlik çalışma süresi, yıllarca tartışılmış ve birçok ulusal ve uluslararası toplantının gündemini oluşturmuştur. Tüm bu tartışmaların sonucunda ILO'nun 1919 yılında Washington'da düzenlediği ilk kongresinde, günlük çalışma süresinin 8 saat olması için karar alınmış (Bozkurt, 2002; İncir, 1998) .



AB-27 Ülkelerinde ortalama haftalık çalışma süresi yukarıda gösterilmiştir.

BAÇKA (Beşinci Avrupa Çalışma Koşulları Araştırması), Avrupa'da 1991 yılından bu yana, iş gücü ve iş piyasası ile çalışma koşullarındaki değişiklikleri değerlendirmiştir. Araştırma sonuçları, 1991 yılından bu yana ortalama çalışma süresinin azaldığını göstermiştir. AB-12 içerisinde 1991 yılında haftada 40.5 saat olan ortalama çalışma süresi, 2010 yılında AB-12 içerisinde haftada ortalama 36.4 saat; AB-27 içerisinde ise haftada ortalama 37.5 saat olarak tespit edilmiştir (Yıldız, 2012). Bugün ise haftalık 35-40 saat, yıllık 1500-1700 saat düzeyindeki çalışma süresi hemen hemen tüm Avrupa ülkelerinde uygulanmaktadır (Bozkurt, 2002). Türkiye'de ise bu süre grafik 1.3.1 de görüldüğü üzere haftalık 40 saattir.

Vardiyalı çalışma ya da çok ekipli çalışma, bir çalışma biçimi, bir iş örgütlemesi tekniğidir. Bu sistemde birden çok çalışma ekibi söz konusudur ve periyodik olarak her ekip vardiya olarak tanımlanan belli bir süre çalışır, sürenin bitiminde diğer ekip işi devralır. Böylece, birden fazla ekip aynı yerde aynı işlevleri gün içinde farklı zaman dilimlerinde yaparak işletmenin 24 saat boyunca ara vermeden üretimde bulunmasını sağlar (İncir 1998; Erkan, 1995).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) İş İstatistikleri Bürosu vardiyalı çalışmayı; sabah 8, öğleden sonra 4 saatleri arasındaki periyod dışına sarkan çalışılmış saatlerin yarısından fazlasının yer aldığı bir tarife (schedule) şeklinde tanımlanmaktadır (White ve Keith, 1990).

Vardiyalı çalışmanın zorunluluğu esasen üç nedene dayandırılabilir:

- Teknolojik zorunluluk; kesintisiz üretim yapma gerekliliği,
- Kamu yararı; kamuya kesintisiz hizmet verme gereksinimi,
- Karlılık ve verimlilik; üretim donanımından daha çok yararlanma ve daha çok kazanç isteği (Demirbilek, 2004).

Vardiyalı çalışmada kişisel değil, kurum içi çalışma saatlerinin esnekliği söz konusudur (Tuncay, 1995; Kozak, 2000).

Bir çalışma sisteminin ergonomik niteliği ya da insancılığı, yapılabirlik, dayanabilirlik, kabul edilebilirlik, hoşlanabilirlik ve kendini gerçekleştirebilirlik ölçütlerine göre belirlenmektedir. Vardiya çalışmasının, söz konusu ölçütler bakımından – özellikle gece çalışmanın – dayanabilirlik ve hoşlanabilirlik ölçütlerine yeterince uymadığı görülmektedir. Pek çok araştırma sonucu, vardiyalı çalışanların iş

ve özel yaşamlarını uzlaştıramadıklarını, yaşamlarını düzenlemede güçlük çektiklerini ve bu nedenle de vardiyalı çalışmadan şikayetçi olduğunu göstermektedir (İncir, 1998; Erensal, 1993).

Sirkadiyen ritmin bozulması, vücut ısısının düzensiz değişmesi ve adrenalin salgısı ritimleri nedeniyle, vardiyalı çalışmanın etkileri hem biyolojik, hem de duygusal niteliklidir. Vardiyalı çalışma; metabolizma hızını, kan şekeri düzeyini, zihinsel etkinliği ve iş motivasyonunu etkiler.

Bu nedenle vardiyalı çalışan kişiler, gündüz çalışanlardan daha fazla yorgunluk ve gastroentestinal sorunlardan şikayetçidir ve yemek alışkanlıkları üzerinde vardiyalı çalışmanın olumsuz etkisi vardır. Vardiyalı çalışmanın ortaya çıkarabileceği sorunlarla mücadele için üç faktör uyumlaştırılmalıdır. Bu faktörler; uyku, aile yaşamı ve sosyal yaşam ile sirkadiyen ritimleridir. Faktörler birbirleriyle karşılıklı olarak ilgilidirler ve birindeki olumsuzluk diğerlerindeki olumlu durumu azaltabilmekte, insan sağlığını her açıdan etkileyebilmektedir.

Gece vardiyasında meydana gelen zararların giderilmesine yönelik çeşitli işlerdeki gündüz çalışması her iki saat düzeniyle uyum içerisinde iken, vardiyalı çalışma – özellikle gece çalışması – çatışma halindedir. Bu çatışma, bir yandan biyolojik saat yönüyle vardiyalı çalışanın fizyolojik sağlığını etkilerken, diğer yandan sosyal saat yönüyle psiko-sosyal sorunlara yol açabilmektedir. Vardiyalı çalışmanın yol açtığı başlıca psiko-sosyal sorunlar; günlük yaşamı düzenleme güçlükleri, aile ilişkilerinin zedelenmesi ve sosyal ilişkilerin zayıflaması şeklinde ortaya çıkabilmektedir (İncir, 1998; Akan vd. 1989).

Nöbet şeklinde çalışma sisteminde ortaya çıkan fizyolojik etkilerden birisi ise uyku bozukluklarıdır. Gece çalışmasına insan vücudu hiçbir zaman adapte olamamıştır. Bu

tip çalışma düzeninden vazgeçilmesinin üstünden 10 sene geçmesine rağmen vücutta bıraktığı olumsuz etkiler sürebilmektedir. Nöbet şeklinde çalışmanın sonucu, uyku düzensizlikleri, uykusuzluk ve bunların vücut üzerinde yarattığı etkilerin kuvvetli bir ölüm nedeni olabileceği de yaygın görüşlerdendir (Müftüoğlu 2003, Berger ve Hobbs 2005, Blochowicz ve Letizia 2006).

1.4. UYKU

En genel anlamıyla uyku; canlıların iradeli bir biçimde çevreden duyarsızlaştıkları, geri dönüşü olan bir tepkisizlik halidir. Başka bir deyişle, çevreye iletişimin farklı kuvvette uyaranlarla geri döndürülebilir bir şekilde kısmi, geçici ve periyodik olarak organizmanın kaybolması sürecidir. Vücudun dinlenmesini sağlayan bu süreç, bireyi yeni güne hazır hale getirir. Aynı zamanda hücrelerin yenilenmesi, tamiri, hafıza fonksiyonlarının düzenlenmesiyle birlikte öğrenmeyi de sağlar (Üstün ve Yücel, 2009).

Uyku, sınırları açıkça belli olan beş dönemden oluşan, santral sinir sisteminde meydana gelen bir takım değişiklikler ile ortaya çıkan uyanıklıktan bağımsız olan aktif süreçtir. Bu beş uyku dönemi içinden dördü, hızlı göz hareketlerinin yaşanmadığı, oksijen ve glukoz kullanımının azalmasıyla başlayan ve giderek derinleşen non-REM dönemidir; diğer dönem ise hızlı göz hareketlerinin yaşandığı REM dönemidir (Bushbaum, 2001; Üstün ve Yücel, 2009).

Sağlıklı bir erişkinde, bir gece içerisinde yaklaşık olarak 4 ila 6 arasında REM-NREM döngüsü vardır. Bu da yaklaşık olarak 90 ila 120 dakika arasında bir REM-NREM döngüsü olduğunu gösterir. Uyumanın başlamasından 90 ila 120 dakika sonra ilk REM dönemi başlar. NREM döneminin REM dönemine oranı, uyunan süre zarfına göre değişiklik göstermektedir.

Uyku döngüsünde cinsiyet farklılıkları görülmezken yaşa bağlı olarak bazı farklılıklar görülebilir. Örneğin yetişkinlerde 3. evre; yaşlılardan fazla, çocuklardan az görülür. REM döneminin süresi ise yaşa bağlı olarak değişiklik göstermemektedir (Köktürk, 2005).

Uyku kalitesi kavramının somut olarak ölçülmesi ve tanımlanması oldukça zordur. Bir gecede uyanma sıklığı, uyku süresi ve uyku latensi gibi uykunun nicel taraflarını ve uykunun dinlendiriciliği, derinliği gibi daha öznel yönleri de kapsar. Toplumda yetişkin kişilerin %15-35'inde uyku devam ettirme ve uykuya dalma zorluğu gibi uyku kalitesini ilgilendiren bozukluklar mevcuttur (Eryavuz, 2007).

Uyku kalitesinin önemli bir kavram olmasının iki nedeni vardır. Bunlardan ilki, uyku kalitesi ile alakalı şikayetlerin yaygın olmasıdır. İkincisi ise, birçok tıbbi hastalığın belirtisi olarak kötü uyku kalitesinin olmasıdır.

Organizma için uyku; nefes alma, su içme, yemek yeme gibi gereksinimlerden biridir. Uyku gereksinimi insanlarda; cinsiyet, yaş, sağlık durumu, beslenme, çevresel ortam, aktivite ve kişisel özelliklere göre farklılıklar göstermektedir. Yetişkin insanlarda uyku süresi 4 ile 11 arasında değişmektedir. Uyku için en az limit 5 saattir. Bebekler 20 ila 22 saat, çocuklarda 10 ila 12 saat, erişkinlerde 6 ila 8 saat, 60 yaş ve üzeri kişilerde ise 5 ila 6 saatlik uykular normal olarak kabul edilmektedir (Bingöl, 2006; Şenel, 2005).

Türkiye sınırları içinde yapılan araştırmaların literatür çalışmalarında, toplumun yaklaşık %75'inin 7 ila 8 saat uyuduğu; bunlardan yalnızca %10'unun 6 saat ve altında uyuduğu görülmektedir (Bingöl, 2006; Kiper, 2008).

Uyku bozukluklarının düzeltilmesinde; uyku hijyeni sağlanması, uykuyu bozan sebeplerin ortadan kaldırılması, uyku bozukluklarının fiziksel tedavisi, psikoterapi, farmakolojik tedavi yöntemlerine sıklıkla başvurulmaktadır (Lafçı, 2009).

1.4.1. Sirkadiyen Ritim (Uyku-Uyanıklık Ritmi)

Sirkadiyen ritim, günlük uyku-uyanıklık döngüsünü kontrol eden, 24 saatlik bir gün içerisinde ortaya çıkan mental ve fiziksel karakteristiklerdeki düzenli değişimdir (Reghunandanana, 2006).

İnsanlarda sirkadiyen ritmin hipotalamusun anterior kısmında bulunan suprakiazmatik nucleus tarafından düzenlendiği bilinmektedir. Bu bilgiye retinal ganglion hücrelerinden çıkan ve hipotalamusun suprakiazmatik çekirdeğine ulaşan retino-hipotalamik yolun tahribi sonrasında sirkadiyen ritmin bozulduğunun görülmesi ile ulaşılmıştır. Bu sebeple, bilateral optik sinir kesisi sirkadiyen düzenlenmenin ortadan kalkmasına yol açmaktadır. Sirkadiyen ritmin düzeni ışık uyarılarına göre işlediğinden dolayı ana etken melatonindir. Suprakiazmatik nucleusun ritmik aktivitesine göre başlayan melatonin sekresyonu, karanlıkta en yüksek seviyeye ulaşır ve geri bildirimle beraber hipotalamusun suprakiazmatik çekirdeğinin aktivitesine de düzen vermektedir (Kılıç, 2011).

Bu süreçte bazı hormonal değişiklikler de yaşanmaktadır. Hormonal değişikliklere paralel olarak organizmanın uyanık ve uyku dönemleri olur. Ayrıca beden ısısının da akşamüzeri en yüksek değere ulaşması ve benzer biçimde kalp hızı, kan basıncı, vücut sıcaklığı, solunum hızı, mental verim birbirleriyle uyum içinde çalışmakla birlikte etkinlik düzeyleri gündüz en yüksek iken, geceleri en düşük seviyeye ulaşır. Sabahları düşük olan vücut sıcaklığı da, öğleden sonra sürekli artmakta, gece tekrar

düşük hale gelmektedir. Bu dalgalanmalar dikkat gerektiren bellekle ilgili işlevler için önem taşıyan unsurlardır. Bu durum; hafıza, motivasyon, tepki süresi ve konsantrasyon üzerinde negatif etkilere neden olur, kronik yorgunluğa, uykusuzluğa ve uyku düzeninin bozulmasına neden olur. Dolayısıyla gece çalışmalarında iş ve işlem hataları, kazalar, psikosomatik reaksiyonlar daha fazladır. Geceleri ortaya çıkan iş kazalarının neticeleri daha ağır sonuçlanmaktadır. Geceleri kronik yorgunluk ve dikkat azalması buna neden olmaktadır (Güler, 2014; Erkan, 2003).

Bununla birlikte büyüme hormonunun uykuda salgılanması büyümeyi, enerji tasarrufu ya da enerji birikimini, organizmanın onarımını, hücrelerin yenilenmesi, türe özel niteliklerin öğrenilmesini sağlayan genetik hafızanın düzenlenmesini, yeni alınan bilgilerin öğrenilmesini ve kalıcı duruma gelmesini sağlamaktadır. (Kiper, 2008; Şenel, 2005; Sönmez, 2006).

1.4.2. Vardiyalı Çalışmanın Ve Uykusuzluğun Yol Açtığı Sorunlar

Araştırmacılara göre, devamlı düzensiz çalışmaya alışmak için en az 3 yılın o şekilde geçmesi gerekmektedir, kimi araştırmacılara göre ise uyku ve uyanıklık düzensizliğine alışmanın hiçbir zaman mümkün olamayacağı söylenebilir. Bu kişilerin gündüz çalışanlara oranla günlük uyku ortalamaları 2 ila 4 saat daha kısadır. Bununla birlikte gündüz uykusu parçalıdır, hafiftir ve bozulma ihtimali oldukça fazladır. Bu konuyla ilgili yapılan bir anket çalışmasında, nöbet şeklinde çalışanların iş ortamlarında meydana gelen herhangi bir problemi çözüme ulaştırmadan eve döndüklerinde çabuk uykuya dalamadıkları ve uyku boyunca sık sık uyandıkları tespit edilmiştir (Blochowicz ve Letizia 2006). Düzensiz, yetersiz ve etkin olmayan uyku şekli insanın doğal ritmine etki ettiği için; kimi hastalıklara karşı dirençsizliğe, devamlı yorgunluk, depresyon ve strese sebep olabilmekte ciddi ruhsal bozukluklara yol açabilmektedir (Camkurt 2007).

Nöbet şeklinde çalışmaların neden olduğu sorunları şu şekilde sıralayabiliriz:

- İş kazaları
- Meme kanseri (kadınlarda)
- İş performansında azalma
- Hafıza ve konsantrasyonda bozukluklar
- Duygu-durum bozuklukları (depresyon, anksiyete)
- Kilo alma
- Motorlu araç kazaları
- Kardiyovasküler hastalıklar (hipertansiyon, kardiyovasküler bozukluk)
- Kronik böbrek yetmezliği
- Gebelikte ilgili komplikasyonlar (erken doğum, düşük ağırlıklı doğum, spontan düşük)
- Tiroid fonksiyon bozuklukları
- Kronik uykusuzluk, uyuyamama
- Kadınlarda kolorektal kanser
- Malign tümörler
- Üreme bozuklukları (menstrual bozukluklar, üretkenliğin azalması)
- Madde bağımlılığı
- Diyabeti olan çalışanlarda kan şekerini düzenleyememe
- Gastrointestinal bozukluklar (peptik ülser, sindirim bozukluğu)
- Ruh sağlığı problemleridir. (Hughes ve Stone 2004).

Nöbet şeklinde çalışmanın, sağlık üzerinde oluşturduğu etkilere dair yapılan araştırmalarda depresyon, metabolik bozukluklar, diabetes mellitus, kolon kanseri, meme kanseri, venöz yetmezlik ve derin ven trombozu gibi kardiyovasküler bozukluklar, koroner kalp hastalıkları hipertansiyon gibi hastalıkların rastlanma olasılığını arttırdığı söylenmektedir. Bununla birlikte, sinirsel yorgunluğa yani gece çalışması nevrozu olarak adlandırılan hırçınlık, dikkatsizlik, aşırı duyarlılık, saldırganlık, öfkeli ve iç daralması gibi belirtilere neden olmaktadır (Knutsson 2003, Demoss ve ark 2004, Persson ve Madsson 2006).

Gece vardiyası neticesinde ortaya çıkan diğer bir fizyolojik sorun ise yorgunluktur. Bu sorun genellikle zihinsel ve fiziksel olmak üzere iki farklı biçimde ortaya çıkmaktadır. Nesnel olarak zihinsel yorgunluk ölçümleri gerçekleştirilememekle beraber, yorgunluk derecesinin tespit edilmesinde iş başarısı göstergeleri üzerindeki farklılaşmalar bize yardımcı olabilmektedir. Bununla birlikte halsizlik, kişinin duygu durumu, konsantrasyon ve uyanıklık üzerinde hissedilir ölçüde olumsuz etkisi vardır (Çolak, 2011; Wilson 2002, Demoss ve ark 2004, Rogers ve ark 2004, Ruggiero ve Janino 2006).

Fiziksel yorgunlukta ise beyin dalgaları, vücut ısısı, oksijen tüketimi ve kalp atım sayısı değerlerin ölçümü ile saptanabilmektedir. Gerçekleştirilen pek çok araştırma, gündüz vardiyasına oranla gece vardiyasının çok daha yorucu olduğunu ortaya çıkarmıştır. Organizmanın gece dinlenme evresinde olmasından dolayı gece çalışmasının daha yorucu olması kaçınılmazdır. Aynı zamanda da gündüz saatlerinde uyumanın yeterli düzeyde dinlendirici olmaması, yorgunluğa neden olmaktadır (Çolak 2011).

Yapılan bir çalışmada, vardiyalı çalışanların %56,4'ünün "sık sık" ve "sürekli" uyku bozukluğundan şikayet ettiği saptanmış, araştırmaya katılanların son bir hafta içerisindeki bazı şikayetlerinin dağılımı incelendiğinde, %40,4'ünün kendisini yorgun hissettiği belirlenmiştir (Gedikli, 2008).

İnsan, sosyal saat ve biyolojik saat olmak üzere iki ayrı saat düzeni ile çevrelenmiş durumdadır. İş saatlerinin gün içindeki payı ve dağılımı, sosyal faaliyetlere ve kişiler arası ilişkilere katılma olanağını belirler. Sosyal yaşantıda ilişki ve faaliyetler açısından bazı zaman dilimleri söz konusudur. Örneğin, öğün saatleri belirlidir ve ev ziyaretlerinden, toplu eğlence ve dinlence olanaklarından belli saatlerde yararlanılır. Aynı zamanda kamu hizmetlerinden yararlanabilmek de önceden belirlenmiş zaman dilimleri içerisinde mümkündür. Dolayısıyla, sosyal yaşamın bireysel yaşamı

şekillendiren bir saat düzeni bulunmaktadır. Öte yandan, yaşayan organizmanın da biyolojik saat olarak tanımlanan bir saat düzeni bulunmaktadır. Tüm biyolojik işlevlerin başladığı, bittiği, yoğunlaştığı ya da hafiflediği günün belli saatlerinden söz edilebilir (Sürekli, 1999; İncir, 1998; Boulin, 1993; Nock, 1987).

Bu bağlamda, aile ve sosyal yaşam vardiya çalışmasından olumsuz şekilde etkilenmektedir. Öyle ki, vardiyalı çalışanlar boş zaman bulduklarında bu zamanı boş zaman faaliyetleri yerine, üzerlerinde birikmiş yorgunluğu atmak için dinlenerek geçirmektedir. Vardiyalı çalışmanın yol açtığı başlıca psikososyal sorunlar; günlük yaşamı düzenleme güçlükleri, aile ilişkilerinin zedelenmesi ve sosyal ilişkilerin zayıflaması şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Sürekli, 1999; İncir, 1998).

Hem aile içi ilişkilerde gerçekleştirilecek faaliyetlerde hem de sosyal yaşam içinde yapılacak aktivitelerin büyük çoğunluğu akşam saatlerinde ya da hafta sonlarında yapılmaktadır. Fakat değişik saatlerde çalışmanın olduğu vardiya sisteminde kişilerin kültürel ve sosyal içerikli eğlence ve etkinliklere katılmalarını, aile ve arkadaş ilişkileri kurmalarını ve geliştirmelerini engelleyebilmektedir. Bu durum çalışanların sosyal izolasyon yaşamalarına neden olabilmektedir. Gerçekleşen bu olumsuzluklar çalışanların anksiyete, benlik saygısında azalmaya ve huzursuzluğa sebep olabilmektedir (Ruggiero ve Pezzino 2006).

Nöbet şeklinde çalışmanın neden olduğu sosyal ve psikolojik sağlık sorunları şu şekilde özetlenebilir :

- Bakım vericilik rolünde azalma
- Yorgunluk
- Duygusal tükenme
- Benlik saygısında azalma
- Tükenmişlik sendromu
- Duyarsızlaşma, yabancılaşma

- İş doyumsuzluğu
- Kişiler arası ilişkilerde (mesleki ve sosyal) zorlanma
- Aile içi rollerde (evlilik, eş, ebeveyn, çocuk, vb.) zorlanma, aile içi sorunlar
- Çocuk yetiştirme – ebeveynlik rolünde azalma
- Sosyal izolasyon
- Rol performansında yetersizlik
- Anksiyete ve huzursuzluk (Bilazer ve ark 2008).

Hemşirelerin karşılaştıkları sosyal ve psikolojik sağlık sorunları ve diğer sorunlar güvenlikleri açısından tehdit oluşturmaktadır. Dolayısıyla vardiyalı çalışan hemşirelerin güvenlik sorunu yaşamamaları için çok daha dikkatli olması gerekmektedir. Burada hastane yönetiminin de tutumu önemli olmaktadır. Vardiya düzeninin doğru ayarlanmış olması önemli bir unsurdur (Yüksel, 2004).

1.4.3. Nöbet Şeklinde Çalışmanın Etik Yönü

Birçok soruna rağmen nöbet şeklinde çalışmanın tercih konusu olmasının nedenleri:

- Ekonomik nedenler
- Sosyal nedenler
- Sosyo-politik nedenlerdir (Kıran ve ark 2004).

Nöbet şeklinde çalışma insan sağlığı açısından olumlu bir yönü olmadığı için etik yönden de zayıf kalmaktadır. Ancak sağlık, güvenlik gibi hizmetlerin günün her saatinde verilmesinin gerekli olmasından dolayı burada etik olup olmadığının araştırılması çok da doğru olmayacaktır (Yüksel, 2004).

1.4.4. Nöbet Şeklinde Çalışmanın İş Doyumu Üzerine Etkisi

İş doyumu; kişide, çalışma hayatı ya da sözü edilen birey ile çalıştığı iş ortamının şartları arasındaki uyum ve dengenin bir sonucu olarak beliren memnuniyet duygusunu ve bireyin çalıştığı işe karşı takındığı olumlu tutum olarak tanımlanmaktadır (Ugboro, vd. 2000).

Çalışma ortamından dolayı hemşirelik, birçok olumsuz faktörün etki etmesiyle yoğun iş koşullarına sahip, stresli bir meslek olarak tanımlanabilir. Çalışma hayatı, toplumda statü, belli bir rol ve ekonomik güç sağlamaktadır. Ancak kişiye sağladığı bu imkanların yanında psiko-sosyal ve fizyolojik açıdan kimi olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir. Hemşirelerin çalışma ortamına dair kimi stres faktörlerini Uluslararası Çalışma Örgütü şu şekilde sıralamıştır: vardiya ile çalışma, hastalarla olan çatışmalar, ölmek üzere olan veya yoğun bakımda olan hastalarla çalışma, hastaların problemleri sebebiyle yaşanan duygusal stres, aşırı iş yükü, rol belirsizliği ve çatışması, yönetici ve denetçilerle yaşanan çatışmalardır. Çalışma hayatı kişiyi, kişi de aynı şekilde çalışma hayatını etkilemektedir. Sağlığı geliştirme ve koruma adına önemli rol ve sorumluluk üstlenen hemşirelerin, hastalara daha faydalı olabilmeleri için öncelikli olarak kendi sağlıklarını geliştirmek ve korumak mecburiyetindedirler. Özellikle yoğun bakım hemşireleri olmak üzere birçok hemşire, uyku bozukluklarından şikayetçidir. Uyku bütünlüğünün bozulması, uyku ritminin bozulması, uykusuzluk, uykuda istemsiz hareketlerin yaşanması hemşirelerin hem çalışma performanslarını hem de yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Eryavuz, 2007).

Çalışanın işinden duyduğu haz ve bunun hayatı üzerindeki pozitif etkisi kademeli olarak, çalışanın ruhsal sağlığının yanı sıra bedensel sağlığını da pozitif etkileyerek, kişinin aile ortamında mutluluğunu sağlarken; iş yaşamında da verimliliği artırmaktadır (Örücü, vd. 2006).

Nöbet şeklinde çalışmanın iş doyumuna üzerine etki eden faktörler: bireysel faktörler ve kurumsal faktörlerdir (Ugboro, vd. 2000).

Bireysel Faktörler: Hemşirelerin iş doyumları; cinsiyet, yaş, medeni durum, zeka ve yetenek, kişilik, statü, eğitim düzeyi, kıdem, sosyo-kültürel çevre kişisel özelliklerine göre ve nöbet şeklinde çalışmaya göre de değişmektedir (Özkalp, 2001).

Kurumsal Faktörler: Belli bir zamanda belli bir kurumsal yapı içerisinde yerine getirilmesi gereken görev olarak görülen iş, çalışanın yer aldığı işyerine sağladığı değer ya da katkı olarak açıklanabilir. Çalışanın iş doyumuna denildiğinde iş ve iş yeri doğrultusunda çok sayıda değişkenin etken olduğu söylenebilir. Kurumun iş doyumunu sağlayacak özellikler ise şu şekildedir:

- Ücret,
- İşin yapısı ve imkanları,
- Ast üst ilişkileri,
- İş arkadaşları,
- Yönetim tarzı ve denetim,
- İletişim

Nöbet şeklinde çalışan hemşireler açısından, hastanenin yukarıda belirtilen özellikleri iş doyumlarını belirleyici etki yaratmaktadır. Örneğin, nöbetlerde alınan fazla ücret, hemşirenin iş doyumunun artmasına dolayısıyla da iş performansının yükselmesine neden olacaktır (Yüksel, 2004).

1.5. RUH SAĞLIĞI

Ruh sağlığı; bireyin kendi potansiyellerinin farkında olması, yaşamın normal stres durumlarıyla başa çıkabilme, üretken ve etkili şekilde çalışma ve kendi toplumuna katkıda bulunabilme özellikleri ile iyi olma hali olarak tanımlanabilmektedir.

Ginsburg 1955 senesinde ruh sağlığının, yaşamın üç önemli bölümüyle çok yakından bir ilişkisi olduğunu belirtmektedir. Bahsedilen üç bölüm; iş ilişkileri, eş ilişkileri ve zevk alınan eğlence şeklindedir (Christensen, 2006).

Ruh sağlığı bozulan kişi, genellikle duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik sergiler. Her birey zaman zaman bu tür örüntüler sergileyebilir ancak psikolojik rahatsızlık yaşayan kişilerde; bu özelliklerin sürekli veya tekrarlayıcı olması, kişinin günlük rutinini, işlevini ve kişiler arası ilişkilerini bozacak nitelikte olması dikkat çekmektedir.

1.5.1. Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler

Ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasında etkili olan faktörler arasında; kültürel yapı, sosyo-ekonomik sınıf, cinsiyet, aile, evlilik, iş hayatı, eğitim, yaşanan çevre gibi etkenler görülmektedir. Organizmanın çevresinde uyum gösterebileceğinden daha az ya da daha fazla dış uyaran varsa; organizmanın dengesi ve ana yapısı bozulur. Organizmanın ruhsal ve fiziksel sınırlarının tehdit edilmesiyle birlikte stres durumu ortaya çıkar. Bu da organizmanın dengesini bozarak yapısal veya fonksiyonel patolojilere öncülük eder (Baltaş, 2004; Sayıl, 2004; Çelikkol, 2001).

Stres: Kişinin iç ve dış ortamlardaki farklılıkları tehlike olarak gördüğü, uygun kaynakların olduğu durumlarda uyum sağladığı ve dengesini devam ettirdiği, kaynaklar yetersiz kaldığında ise denge ve uyumunun bozulduğu dinamik bir süreçtir. Kişilerin stres seviyelerinde değişikliklerin görülmesinde; başa çıkma mekanizmaları, bilişsel değerlendirme, uyarıların süresi, anlamı ve şiddeti, yaşanan aynı tip tecrübeler, kişilik özellikleri, durum üstündeki kontrol algısı ve sağlık hali gibi kişiye has psikolojik faktörler etkinlik göstermektedir (Şahinoğlu, 2003; Işıkhan, 2004; Çelikkol, 2001).

Stresör: Organizma veya kişinin uyumunu bozan, iç veya dış ortamdan kaynaklanan, stres yaşanmasına sebep olan uyarılardır. Stresörler; iş, çevresel, fizyolojik, bilişsel, toplumsal, psikolojik, fiziksel stresörler olarak gruplandırılabilir. Kimi durumsal etkenler, fiziksel ortam, stresörlerle alakalı önceki tecrübe, genel sağlık durumu, benlik saygısı, ego gücü, hayat dönemi, yaş, dünyaya bakış açısı ve mevcut başa çıkma kaynaklarına bağlıdır (Çelikkol, 2001).

Kişinin tehdit olarak sezindiği ya da tehditle karşı karşıya kaldığı ortamlarda sempatik sinir sisteminin etkinliği önemli ölçüde artış gösterir. Herhangi bir tehlike ile karşı karşıya kalan kişi, başa çıkamayacağını düşündüğü tehlikeden uzaklaşmaya çalışırken başa çıkabileceğini düşündüğü tehlike ile savaşıyor ve dolayısıyla yeni duruma uyum gösterir. Kişilerde, organizmanın tehdit altında olduğu stres durumlarında fiziksel seviyede stres tepkisi meydana gelir. Oluşan bu tepki; kaçma veya savaşma tepkisi yani organizmanın dengesini bozma tehlikesi oluşturan dış uyarana otonom sinir sisteminden yöneltilen tepkidir. Bir durumun stres veren özelliğinden söz edebilmek için, hayatın sürekliliğini sağlamaya yönelik bu klasik tepki zincirinin ortaya çıkması gerekmektedir.

Strese karşı organizmanın tepkisi üç aşamada gerçekleşmektedir. Bu aşamalar; alarm reaksiyonu, direnç dönemi ve tükenme dönemidir. Bu bakımdan psikosomatik

problemlerin meydana gelmesinde önemli olan etkenler; stresin şiddeti, kronikleşmesi ve strese gösterilen tepkinin hangi aşamada olduğudur.

Stresörler her zaman olumsuz yapıda olmayabilir. Uyumun devam ettirilebilmesini sağlayan durumlar “eustres” ve patolojik durumlar da “distres” olarak adlandırılmıştır. Kişiyeye özel psikososyal faktörler, stresörlerin meydana gelmesinde ve seviyelerinin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Organizmada fizyolojik olarak belirli bir uyarana karşı özelleşmemiş bir tepki zinciri etkinliğe geçerken, psikolojik olarak durumun stres olarak nitelik kazanması, özel etkenlere bağlı olmaktadır. Benzer uyarılar, tüm kişiler tarafından aynı şekilde yorumlanmamakta ve kimi insanlar için stres kaynağı olan durumlar kimileri için böyle bir anlam ifade etmemektedir (Baltaş A., Baltaş Z., 2004; Çelikkol, 2001; Işıkkhan, 2004).

İnsan hayatını, günümüzde tehdit eden hastalıkların meydana gelmesinde stresin önemli bir etken olduğu bilinmektedir. İnsanda stres tepkisini oluşturan durumlar:

Psikososyal özelliklerden ortaya çıkanlar: İnsan hayatında karşılaşılan sosyal streslerdir. Bu stresler; gelişimsel stresler, günlük stresler ve hayat krizleri niteliğindeki streslerdir.

İş veya çalışma ortamından kaynaklı ortaya çıkanlar: Gece işi, ağır iş, aşırı yüklenme, çok hafif iş, zaman baskısı altında çalışma, karar verme zorluklarıyla dolu büyük sorumluluk gerektiren işler, hiçbir biçimde katkı sağlamaya olanak tanımayan işler vb.

Fiziksel çevreden ortaya çıkanlar: Soğukluk, sıcaklık, toz, radyasyon, kalabalık, gürültü hava kirliliği vb. (Baltaş, vd. 2004).

Sebebi ne olursa olsun stres altında olan bir kişide ruhsal bozuklukların görülme olasılığı her zaman bulunmaktadır.

Kişiyi normal fonksiyonlarından saptıran fiziksel veya psikolojik davranış şekillerini değiştiren, işle alakalı faktörler neticesinde ortaya çıkan psikolojik duruma iş stresi adı verilmektedir (Baltaş, vd. 2004; Çelikkol, 2001; Işıkhana, 2004).

Tablo 1.1. Stresler, Neden Olduğu Tepkiler ve Sonuçları

Stresler	Stresin Neden Olduğu Tepkiler	Stresin Neden Olduğu Sonuçlar
*İşsizlik	Bedensel Tepkiler	Bedensel Sağlık
*Fazla mesai	Baş ağrısı, sırt ağrısı, uykusuzluk,	Koroner kalp hastalıkları, tansiyon,
*Vardiya	yorgunluk	sindirim sistemi hastalıkları vb.
*İş yükü	Psikolojik Tepkiler	Ruh Sağlığı
*Mobing	Kaygı, dikkat toplama güçlüğü,	Ruhsal bozukluklar: depresyon,
*Çatışma	özgüven eksikliği,	anksiyete vb.
*Belirsiz sorumluluklar	Sosyal izolasyon, rol karmaşası,	Sosyal Sonuçlar
*Sosyal izolasyon	Davranışsal Etkiler	Aile düzeninde bozulmalar,
*Olumsuz çevre şartları	Kazalar, kötü alışkanlıklar	Yalnızlık

Tablo 1.1’de görüldüğü üzere iş yaşamındaki stresler, kişilerden kişiye değişmekle birlikte; bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan birçok olumsuzluğa neden olabilmektedir.

1.5.2. Ruhsal Bozukluklar

1.5.2.1. Somatizasyon

Somatizasyon, stresin fiziksel belirtilere dönüştürülmesi olarak tanımlanan geniş çaplı bir klinik belirteçtir. Somatizasyon bozukluğu adı altında toplanan belirtiler

şunlardır; kusma, kol ve bacak ağrısı, nefes darlığı, sağırılık, yürüme zorluğu, karın ağrısı, sırt ağrısı, çarpıntı, çift görme, kas ve eklem ağrısı, bulantı, sersemlik, bulanık görme, idrar yapma güçlüğü, karında şişkinlik hissi, idrar yaparken ağrı duyma, unutkanlık, körlük, cinsel ilişki sırasında cinsel organda yanma, ishal, baş ağrısı dışındaki bedenin herhangi bir yerinde ağrı duyma, yutma güçlüğü, bayılma, cinsel isteksizlik, değişik besinler yenildiğinde bunları tolere edememe, ses kısıklığı, sara benzeri nöbet geçirme, göğüs ağrısı, cinsel ilişki sırasında ağrı duyma, ağrılı adet görme, düzensiz adet görme, aşırı adet kanaması, gebelik boyunca kusmadır.

Somatizasyon belirtileri; somatoform bozukluklu bir olguda, anksiyete bozukluğu ya da depresif bozukluğu olan bir olguda ya da psikiyatrik bozukluğu bulunmayan kişilerde gelir geçer yakınmalar şeklinde de ortaya çıkabilmektedir. Fakat bu kişilerin ortak özellikleri, duygusal uyaranlara ve strese cevapları bilişsel ve duygusal olmaktan ziyade bedensel olmaktadır (Kesebir, 2004; Clarke DM, Smith GC, 2000).

1.5.2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk; kompulsiyonların veya obsesyonların tabloya hakim olduğu ruhsal bir bozukluktur. Obsesyon, istenmediği halde gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin sıkıntı ya da anksiyetelere sebep olan, devamlı düşünceler, düşlemler ya da dürtülerdir. Kompulsiyonlar; bireyin obsesyona bir tepki olarak ya da sert kurallara uyum göstermekten kendini alamadığı, sürekli tekrarlayan davranışlar veya zihinsel hareketlerdir. Obsesyon ve kompulsiyonlar zaman alıcıdır ve kişinin alışılmış düzenini, işle ilgili işlevlerini, sosyal etkinliklerini veya ilişkilerini önemli ölçüde engellemektedirler. (Öztuna, 2013; Karamustafaoğlu, 2006).

1.5.2.3. Kişilerarası Duyarlılık

Kişilerde kolaylıkla kırılma ve incinme, başkaları tarafından değer verilmeyip önemsenmemesine ve buna paralel olarak kendisine kötü davranış sergilendiğine inanma, kendini başkalarından daha aşağı olarak hissetme, başkalarının yanındayken herhangi bir yanlış yapmamaya dikkat etme gibi yaşantılara sebep olarak kişilerarası ilişkilerde sorunlar yaşanmasına sebep olan bir durumdur (Kesebir, 2004)

1.5.2.4. Depresyon

Depresyon sözcüğü; çökme, kendini kederli hissetme işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılmaktadır. Kelime anlamı çöküş olan depresyon terimi, geçiciden kalıcıya ve hafiften şiddetliye değişen duygu-durum bozukluğu spektrumu anlamına gelmektedir. Depresyon; üzüntü duygusuna, kişinin günlük yaşantısına etki eden, davranışsal, zihinsel ve duygusal belirtilerin eşlik ettiği bir durumdur (Kesebir, 2004; Çığrıkçı 2007).

1.5.2.5. Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete; çevreden gelen herhangi bir uyarıcıya karşı oluşturulan, normal sınırları geçen korku duygusudur. Çaresizlik duyguları ve yaygın emosyonel reaksiyonlarla belirgin hale gelebildiği gibi, psikik ve fizik yakınmalarla maskelenmiş veya beraber olabilmektedir. Anksiyete belirtileri; sıkıntı hissi veya göğüste ağrılar, aritmiler ve taşikardi, huzursuzluk ve motor gerilim, baş ağrısı, nefes almada zorluk,

konsantrasyon eksikliği, uykusuzluk, yorgunluk, huzursuzluk, aşırı tedirginlik, panik duygusu, endişe, kaygı ve korkudur (Mayou, 2003).

1.5.2.6. Öfke –Düşmanlık (Hostilite)

Bireyin çevresindeki kişilerden hoşlanmama duygularını kapsayan ve onları olumsuz duygularla değerlendirmesine sebep olan bir tutumdur. Kimi araştırmalarda saldırgan davranışların ve hostilitenin birbirine eşit olduğu savunulmaktadır. Hostilite içselleştirilmiş bir öfkeden ziyade daha çok dışsallaştırılmış bir öfkenin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. (Kesen, vd. 2006).

1.5.2.7. Fobik Anksiyete

Fobi durumunda oluşan, anksiyete ve tepkiye sebep olarak gösterilen uyarıya orantısız bir şiddetle meydana gelen durumdur. Kişi orantısız tepkisinin mantıklı olmadığını bildiği halde, kimi zaman panik seviyesine varan fobik tutum ve davranışlarını engelleyemez. Bu kişiler, fobi meydana getiren ortamlarda ısrarcı bir kaçınma davranışı sergilerler. Birçok insanda sınırlı korkulara rastlanabilir. Bu tip korkular bilhassa çocukluk döneminde doğal olarak kabul görülür. Bunlar kişinin özgürlüğüne kısıtlama getirdiği, özgürce yaşamasını engellediği an fobik nitelik kazanır. Fobik anksiyete, panik bozuklukta olduğu gibi beklenmedik bir durumda veya yaygın anksiyete bozukluğunda rastlanıldığı gibi süregelen ve serbest değil, özgül bir yer, durum ya da nesneye bağlıdır (Kaplan, vd. 2004).

1.5.2.8. Paranoid Düşünceler

Paranoid kişilik bozukluklu olan kişilerin karakteristik özellikleri; kincilik, kendini üstün görme, aşırı gururluluk, aşırı kıskançlık, kuşkuculuk, geçimsizliktir. Kişinin düşünce sisteminde paranoid eğilimler bulunur. Bu kişiler çok çabuk alınır ve başkalarının bakış, söz ve davranışlarını kendilerine karşı olumsuz değerlendirmeye eğilimlidirler. Yakın ilişkilerde ve cinsel konularda alıngan, aşırı duyarlı ve kuşkucudurlar. Kusurlarını ve başarısızlıklarını başkalarını haksız bulma ve eleştirme yöntemiyle açıklarlar (Kaplan, vd. 2004).

1.5.2.9. Psikotizm

Psikotik bozukluklarda; tekdüzelik, afektif donukluk, ileri seviyede dezorganize ya da katatonik davranış, dezorganize konuşma, halüsinasyonlar, sanrılar gibi belirtilere rastlanılmaktadır. Şizofreni, psikotik bozuklukların başında gelmektedir. Paranoid bozukluk ile şizofreni arasında dalgalanma gösteren; ne tam paranodi ne de şizofreni teşhisi konulamayan diğer psikozlar ise; kısa reaktif psikoz, şizofreniform bozukluk, şizoeffektif bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluktur (Sariso, 2009).

2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırmanın amacı, hemşirelerde çalışma sisteminin sebep olduğu uyku sorunlarını ölçmek ve bunun ruh sağlığı ile ilişkisini incelemektir. Hemşirelerin subjektif şikayetlerinin, objektif değerlendirmelerle kanıtlanması amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

İzmir Özel Gazi, İzmir Özel Su, İzmir'deki üniversite hastaneleri ve Manisa Özel Sekiz Eylül Hastaneleri'nde; cerrahi birimler, dahili birimler, poliklinikler, nükleer tıp, radyasyon onkolojisi, kan alma ve diyaliz birimlerinde Ekim 2014 ve Şubat 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

2.3. Araştırmanın Evreni, Örnekleme Ve Sınırlılıkları

Araştırmanın evrenini Aralık 2014- Şubat 2015 İzmir ve Manisa il sınırlarında faaliyet gösteren özel hastane ve üniversite hastanelerinde görev yapmakta olan hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmada örnekleme alınma yoluna gidilmiştir. Bu çerçevede tabakalı örnekleme yöntemi kullanılarak evren özel hastane ve üniversite

hastaneleri şeklinde iki tabakaya ayrılmıştır. Üç özel hastaneden 76, bir üniversite hastaneden 112 olmak üzere 188 anket uygulanmıştır. Çalışmanın örneklemini ise; belirtilen çalışma alanlarının sınırlılıkları dahilinde, çalışmanın yapıldığı tarihler arasında belirtilen hastanelerde görev yapan ve çalışmayı kabul eden ve kullanılan form ve ölçekleri eksiksiz dolduran, 172 hemşire oluşturmaktadır.

2.4. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri; çalışma sınırlılıklarına uyan hemşirelere gerekli açıklamalar yapılarak sözel onamları alındıktan sonra, anket yöntemi kullanılarak araştırmacı tarafından toplanmıştır.

2.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Bireysel Bilgi Formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve SCL- 90-R Psikolojik Belirti Tarama Testi kullanılmıştır.

2.5.1. Bireysel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formunun sosyo-demografik verileri toplam 15 sorudan oluşmaktadır. Bu form, hemşirelerin yaşı, medeni durumu, görevi, çalışma yılı, çalıştıkları klinikler, çalıştıkları kliniklerdeki hasta sayılarını, iş yaşam

kalitelerinin değerlendirme ölçütleri ve günlük hayatlarında duydukları genel şikayetleri belirlemeye yönelik soruları içermektedir.

2.5.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (The Pittsburgh Sleep Quality Index), 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından, psikiyatri uygulamaları ve klinik araştırmalarda, uyku kalitesinin değerlendirilebilmesi için geliştirilmiştir. PUKİ'deki maddeler uyku bozukluğu olan hastaların klinik gözlemlerinden, uyku kalitesiyle ilgili literatürde belirtilmiş diğer ölçeklerden ve PUKİ ile ilgili 18 aylık bir klinik izlenim döneminden yararlanılarak düzenlenmiştir.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, subjektif uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, habitüel uyku etkinliği, uyku bozuklukları, uyku ilacı kullanımı ve gündüz fonksiyonları olmak üzere 7 ana başlıkta sorulan sorular ile uyku kalitesini değerlendiren bir ankettir.

Sorulara 0-3 arası puan verilir, yüksek puanlar kötü uyku kalitesini yansıtır. Yedi ana başlıktan her birisi önce kendi içinde değerlendirilir. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksindeki soruların komponentlere uygun şekilde değerlendirilmesi tablo:2.1.de gösterilmiştir.

Sonuçta 7 komponentin puanları toplanır. Toplam puan 5 ve üzerinde ise kötü uyku kalitesi olarak değerlendirilir.

Bu ölçeğin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları, 1996 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmış, ölçeğin Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0,804 olarak bulunmuştur.

Tablo 2.1. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi'nin Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

Komponentler	Değerlendirme
Komponent 1 (subjektif uyku kalitesi)	9. soru puanı (0-1-2-3)
Komponent 2 (uyku latensi)	2. soru: ≤15 dak=0, 16-30 dak=1, 31-60 dak=2, >60 dak=3 ve 5. soru a şıkkı puanının (0-1-2-3) toplamı 0=0, 1-2=1, 3-4=2, 5-6=3
Komponent 3 (uyku süresi)	4.soru: >7 saat=0, 6-7 saat=1, 5-6saat=2, <5 saat=3
Komponent 4 (uyku etkinliği)	(uykuda geçen süre/yatakta kalma süresi) x 100 >%85=0, %75- 84=1, %65-74=2, <%65=3
Komponent 5 (uyku bozukluğu)	5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5g, 5h, 5i ve 5j'nin toplam skoru 0=0, 1-9= 1, 10-18=2, 19-27=3
Komponent 6 (ilaç kullanımı)	6.soru puanı (0-1-2-3)
Komponent 7 (gündüz fonksiyonu)	7.soru puanı (0-1-2-3) ve 8.sorupuanı (0-1-2-3) toplamı 0=0, 1-2=1, 3-4=2, 5-6=3

2.5.3. Belirti Tarama Testi (SCL-90R)

Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), bireylerin ruhsal belirtilerinin ne düzeyde olduğunu ve hangi alanlara yayıldığını saptamak amacıyla Derogatis ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, geçerliliği ve güvenilirliği değişik hasta gruplarında kanıtlanmış bir ölçektir (Dağ 1991). Ölçeğin, Dağ tarafından yapılan güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa değeri 0.97 olarak bildirilmiştir. SCL- 90-R, ülkemizde psikopatoloji taramalarında güvenilir ve geçerli bir ölçek olarak kullanılmaktadır.

Ölçek, psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren 90 madde ile 9 ayrı alt testte değerlendirme yapmak üzere yapılandırılmıştır. Bu alt testler şunlardır:

- Somatizasyon (SOM),
- Obsesif Kompulsif Belirtiler (OBKO),
- Kişilerarası Duyarlılık (KADU),
- Depresyon (DEP),
- Anksiyete (ANK),
- Öfke ve düşmanlık (OD)
- Fobik Anksiyete (FOB),
- Paranoid Düşünme (PAR),
- Psikotizm (PSİK) ve
- Ek skala (EK).

SCL-90-R’de yer alan her madde için, sırasıyla, “hiç yok (0)”, “çok az var (1)”, “orta derecede var (2)”, “fazla var (3)”, “aşırı derecede var (4)” seçeneklerinden biri işaretlenir. Puanlama her madde için, 0 ile 4 arasında değişmektedir. Alt ölçek puanları, her alt ölçeği oluşturan maddelere verilen puanların toplamının madde sayısına bölünmesiyle elde edilir. Alt ölçek puanları, 0.00 ile 4.00 değerleri arasında olabilmektedir. Her alt ölçekte farklı sorular yer almakta ve bunlar soru formunda karışık olarak sorulmaktadır.

Bu değerlendirmenin yanı sıra, SCL-90-R’nin asıl işlevselliğini gösteren değerlendirmeler, GSI (Global Symptom Index), PST (Positive Symptom Total) ve PSDI’dir (Positive Symptom Distress Index). GSI’nin 1.00’in altında olması, belirtilerin psikopatolojik düzeyde olmadığını, 1.00’in üzerinde olması, psikopatolojik bir durumunun varlığını gösterir (Aydemir 2000).

2.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu araştırma 172 hemşirenin bireysel bilgi formu, Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği ve SCL-90-R ruhsal belirti tarama testlerine verdikleri cevaplar değerlendirilmiştir. Araştırma verilerinin istatistiki analizleri SPSS 20.0 for Windows paket programı ile yapılmıştır. Yapılan istatistiksel çalışmalar değerlendirildiğinde, ortalamalar, standart sapma ile birlikte ifade edilmiştir. Anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ alınmıştır. Numerik verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiş ve hiçbiri normal dağılıma uygun bulunmamış; bu nedenle non- parametrik testler seçilmiştir. Numerik veriler için iki grup arasındaki karşılaştırmalar için Mann Whitney testi kullanılmıştır. İki'den fazla grup olduğunda ise Kruskal Wallis testinden yararlanılmıştır. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde Pearson ki-kare testinden yararlanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki miktarlarının belirlenmesinde, verilerin nicel olduğu durumlarda Pearson, kategorik olduğu durumlarda ise Cramer's V katsayısı kullanılmıştır.

3.BULGULAR

3.1. HEMŞİRELERİN BİREYSEL ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMI

Çalışmaya katılanların ayrıncı bireysel özelliklerinin sayı ve yüzdelik dilimleri Tablo 3.1’de belirtildiği gibidir.

Tablo 3.1 Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı

Yaş	N	%
25 yaş altı	54	31,4
26-35 yaş	43	25,0
36-45	38	22,1
45yaş üstü	37	21,5
Medeni durum		
Bekar	87	50,6
Evli	85	49,4
Hastane		
Üniversite	108	62,8
Özel	64	37,2
Birim		
Dahili	39	22,6
Cerrahi	85	49,4
Poliklinik	21	12,2
Tanı-Tedavi	27	15,7
Meslekteki süre		
0-2yıl	35	20,3
2-10yıl	57	33,1
10-20yıl	31	18,0
20-30yıl	38	22,1
30yıl üstü	11	6,4
Vardiya		
Sabit vardiya (sürekli gündüz)	84	48,8
Dönüşümlü vardiya (nöbet)	88	51,2

Haftalık Çalışma Saati	N	%
40-45 saat	87	50,6
46-50saat	21	12,2
50 saat üstü	64	37,2
Aylık Fazla Mesai/ saat		
0-8 saat	96	55,8
9-16saat	26	15,1
17-24saat	28	16,3
24 saat üstü	22	12,8
Hemşireye Düşen Günlük Hasta Sayısı		
0-2 hasta	9	5,2
3-5 hasta	42	24,4
6-10 hasta	46	26,7
11-20 hasta	41	23,8
20 hasta ve üstü	34	19,8
Subjektif yaşam kalitesi		
Mükemmel	2	1,2
Çok iyi	17	9,9
İyi	81	47,1
Kötü	58	33,7
Çok kötü	14	8,1
Şikayet		
Yorgunluk	20	11,6
Ağrı	9	5,2
Endişe- stres	20	11,6
Düşünceli olma hali	11	6,4
Yok	112	65,1
Toplam	172	100

3.2. HEMŞİRELERİN VARDİYA DURUMLARININ BİREYSEL ÖZELLİKLERİYLE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 3.2. Yaş ile Vardiyanın Karşılaştırılması

		YAŞ				
		18-25	26-35	36-45	>45	
VARDİYA	Gündüz	N	12	16	21	35
		Vardiya	%14,3	%19,0	%25,0	%41,7
		Yaş	%22,2	%37,2	%55,3	%94,6
	Nöbet	N	42	27	17	2
		Vardiya	%47,7	%30,7	%19,3	%2,3
		Yaş	%77,8	%62,8	%44,7	%5,4
Toplam	N	54	43	38	37	
	Vardiya	%31,4	%25,0	%22,1	%21,5	
	Yaş	%100,0	%100,0	%100,0	%100,0	

P=0,000

Cramer's V= 0,535

Çalışmaya katılan tüm hemşirelerin yaş ile vardiya durumu karşılaştırıldığında %31,4'ünün 18-25 yaş aralığında, %25'inin 26-35 yaş aralığında, %22,1'inin 36-45 yaş aralığında, %21,5'inin ise kırk beş yaş üstü hemşirelerden oluştuğu görülmektedir. 18-25 yaş arası 54 hemşirenin 42'si nöbetli çalışırken sadece ikisi gündüz çalışmaktadır. 26-45 yaş arası bu oranlar birbirine çok yakınken; kırkbeş yaş üstü grupta 37 hemşirenin sadece ikisinin nöbetli çalıştığı görülmektedir. Yaş arttıkça nöbetli çalışma oranının azaldığı görülmüştür. Yaş ile vardiya durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 3.3. Medeni Durum ile Vardiyanın Karşılaştırılması

		MEDENİ DURUM		
		Bekar	Evli	
VARDİYA	Gündüz	N	27	57
		Vardiya	%32,1	%67,9
		Medeni durum	%31,0	%67,9
	Nöbet	N	60	28
		Vardiya	%68,2	%31,8
		Medeni durum	%69,0	%33,3
Toplam	N	87	85	
	Vardiya	%50,6	%49,4	
	Medeni durum	%100,0	%100,0	

p=0,000

Cramer's V= 0,364

Katılımcıların medeni durumları ile çalışma şekli karşılaştırıldığında; 87 kişinin bekar, 85 kişinin ise evli olduğu görülmektedir. 87 kişiden oluşan bekar grubun %68,2 si nöbetli,%31'i gündüz vardiyasında çalışırken bu oran evlilerde tam tersi görülmekle beraber, %67,9'u gündüz vardiyasında ,%33,3'ü nöbetli olarak çalışmaktadır. Medeni durumu bekar olanların yaşı genç olanlarla nöbet tutma arasında doğru orantı gözlenirken bekarların daha çok nöbetli çalıştıkları görülmüştür. Medeni durum ile vardiya arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p<0,05).

Tablo 3.4. Hastane Türü İle Vardiyanın Karşılaştırılması

		HASTANE		
		Üniversite	Özel	
VARDİYA	Gündüz	N	62	22
		Vardiya	%73,8	%26,2
		Hastane	%57,4	%34,4
	Nöbet	N	46	42
		Vardiya	%52,3	%47,7
		Hastane	%42,6	%65,6
Toplam	N	108	64	
	Vardiya	%62,8	%37,2	
	Hastane	%100,0	%100,0	

P=0,003**Cramer's V=0,223**

Çalışmaya katılan hemşirelerin %62,8'i üniversite hastanesinde, %37,2'si özel hastanelerden birinde çalışmaktadır. Üniversite hastanesinden çalışmaya katılan 108 kişinin %57,4'ü gündüz çalışmakta, %42,6'sı nöbetli çalışmaktadır. Özel hastanelerde ise bu oran %34,4 gündüz, %65,6 nöbet şeklinde dağılmaktadır. Hastane türü ile vardiya arasında anlamlı düzeyde bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 3.5. Çalışılan Birim İle Vardiya Tipinin Karşılaştırılması

		BİRİM					
		Dahili	Cerrahi	Poliklinik	Tanı-Tedavi	Diğer	
VARDİYA	Gündüz	N	17	21	17	27	2
		Vardiya	%20,2	%25,0	%20,2	%32,1	%2,4
		Birim	%48,6	%24,7	%81,0	%100,0	%50,0
	Nöbet	N	18	64	4	0	2
		Vardiya	%20,5	%72,7	%4,5	%0,0	%2,3
		Birim	%51,4	%75,3	%19,0	%0,0	%50,0
Toplam	N	35	85	21	27	4	
	Vardiya	%20,3	%49,4	%12,2	%15,7	%2,3	
	Birim	%100,0	%100,0	%100,0	%100,0	%100,0	

P=,000**Cramer's V= 0,574**

Tüm hastanelerde çalışılan birime göre bakıldığında; hemşirelerin %20,3'ü dahili birimlerde, %49,4'ü cerrahi birimlerde, %12,2'si polikliniklerde %15,7'si tanı-tedavi klinikleri olarak adlandırılan –kan alma, diyaliz, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp-birimlerinden oluşmaktadır. Dört kişi ise bunların dışında bir birimde çalıştığını ifade etmiştir.

Dahili birimlerde çalışan 35 hemşirenin; %48,6'sı gündüz, %51,4'ü nöbetli çalışmakta; cerrahi birimlerde çalışan 85 kişiden %24,7'si gündüz, %75,3'ü nöbetli çalışmaktadır. Tanı tedavi birimlerinde ise nöbetli çalışan bulunmamakla birlikte, çalıştığı birimi diğer yazararak adlandırmayan dört kişinin ikisi nöbetli, ikisi gündüz çalışmaktadır. Dolayısıyla cerrahi birimlerde nöbetli çalışan oranının en yüksek görüldüğü ve çalışılan birim ile vardiya arasında anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir ($p<0,05$).

Tablo 3.6. Meslekte Çalışma Süresi İle Vardiyanın Karşılaştırılması

		MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ					
		0-2 yıl	3-5 yıl	6-10 yıl	11-20 yıl	20 yıl üstü	
VARDİYA	Gündüz	N	3	21	17	32	11
		Vardiya	%3,6	%25,0	%20,2	%38,1	%13,1
		Çalışma Süresi	%8,6	%36,8	%54,8	%84,2	%100,0
	Nöbet	N	32	36	14	6	0
		Vardiya	%36,4	%40,9	%15,9	%6,8	%0,0
		Çalışma Süresi	%91,4	%63,2	%45,2	%15,8	%0,0
Toplam	N	35	57	31	38	11	
	Vardiya	%20,3	%33,1	%18,0	%22,1	%6,4	
	Çalışma süresi	%100,0	%100,0	%100,0	%100,0	%100,0	

P=0,000

Cramer's V=0,576

Çalışmaya katılan hemşirelerin %20,3'ü meslekte 0-2 yıl ,%33,1'i 3-5 yıl , %18'i 6-10 yıl, %22,1'i 11-20 yıl, %6,4'ü ise 20 yıl üstü sürelerle çalıştığı belirlenmiştir. En büyük farkın gözlemlendiği yaş aralığı ise 0-2 yıl arası ile 20 yıl üzeri çalışma yaşamı olan hemşirelerdir. 0-2 yıl arası çalışan hemşirelerin %91,4'ü nöbetli çalışırken; 20

yıl üstü çalışan hemşirelerin tamamının gündüz çalıştığı görülmektedir. Meslekte toplam çalışma süresi ile vardiya arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Meslekte geçen süre arttıkça nöbetli çalışma oranı azalmıştır. Bunun yaş ve medeni durum ile de ilişkilendirilebileceği görülmüştür.

Tablo 3.7.Haftalık Çalışma Saati İle Vardiyanın Karşılaştırılması

		HAFTALIK ÇALIŞMA SAATİ			
		40-45 saat	45-50 saat	50 saat ve üstü	
VARDİYA	Gündüz	N	59	4	21
		Vardiya	%70,2	%4,8	%25,0
	Nöbet	Haftalık çalışma	%67,8	%20,0	%32,8
		N	28	16	43
	Nöbet	Vardiya	%31,8	%18,2	%48,9
		Haftalık çalışma	%32,2	%80,0	%67,2
Toplam	N	87	20	64	
	Vardiya	%50,6	%11,6	%37,2	
	Haftalık çalışma	%100,0	%100,0	%100,0	

P= 0,000

Cramer's V= 0,394

Hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ile vardiya durumu ilişkisine bakıldığında ise %50,6 sınıfın haftada 40-45 saat çalıştığı, %11,6 sınıfın haftada 45-50 saat çalıştığı, %37,2'sinin haftada 50 saat üzerinde çalıştığı görülmektedir.

40- 45 saat arası çalışanların %70,2'si gündüz vardiyasında çalışırken, 32,2'si nöbetli çalışmaktadır. 45-50 saat arası çalışanların ise %32,8'inin gündüz, %67,2'sinin nöbetli çalışması ile tam tersi bir durum gözlenmektedir. Haftalık çalışma saati en az olanların sürekli gündüz çalışanlar olduğu görülmekle birlikte 45 saat üstü çalışanların en çok nöbetli çalışanlarda görüldüğü ortaya çıkmaktadır. Haftalık çalışma saatleri ile vardiya durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 3.8. Fazla Mesai Saatleri ile Vardiyanın Karşılaştırılması

		FAZLA MESAI				
		8 saat ve altı	9-16 saat	17-24 saat	24 saat ve üstü	
VARDIYA	Gündüz	N	76	5	2	2
		Vardiya	%90,5	%6,0	%2,4	%2,4
		Fazla Mesai	%79,2	%19,2	%9,5	%9,5
	Nöbet	N	20	21	19	19
		Vardiya	%22,7	%23,9	%21,6	%21,6
		Fazla Mesai	%20,8	%80,8	%90,5	%90,5
Toplam	N	96	26	21	21	
	Vardiya	%55,8	%15,1	%12,2	%12,2	
	Fazla Mesai	%100,0	%100,0	%100,0	%100,0	

P= 0,000**Cramer's V= 0,668**

Çalışmaya katılanların %55,8'i aylık 8 veya daha az saat fazla mesai yapmaktadır. Bunlardan %79,2'si gündüz, %20,8'i ise nöbet şeklinde çalışmaktadır. Ayda 9-16 saat arası mesai yapanların; %19,2'si gündüz, %80,8'i nöbetli çalışmaktadır. 17-24 saat arası mesai yapanlardan %3,6'sı gündüz, %96,4'ü nöbetli çalışmaktadır. Aylık 24 saat üstü mesai yapanlar ise; bu grubun %12,2'sini kapsamaktadır. Bunlardan ise %9,5'i gündüz, %90,5'i ise nöbetli çalışmaktadır. Fazla mesai saati 0-8' den yüksek olanların nöbet tutanlar oldukları ve mesai saati arttıkça nöbetli çalışanların oranlarının arttığı görülmektedir. Yapılan aylık mesai saatleri ile vardiya şekli arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 3.9. Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı ile Vardiyanın Karşılaştırılması

		KİŞİ BAŞINA DÜŞEN HASTA SAYISI					
		0-2	3-5	6-10	11-20	20 üstü	
VARDİY A	Gündüz	N	9	13	23	22	17
		Vardiya	%10,7	%15,5	%27,4	%26,2	%20,2
		Hasta sayısı	%100,0	%31,0	%50,0	%53,7	%50,0
	Nöbet	N	0	29	23	19	17
		Vardiya	%0,0	%33,0	%26,1	%21,6	%19,3
		Hasta sayısı	%0,0	%69,0	%50,0	%46,3	%50,0
Toplam	N	9	42	46	41	34	
	Vardiya	%5,2	%24,4	%26,7	%23,8	%19,8	
	Hasta sayısı	%100,0	%100,0	%100,0	%100,0	%100,0	

P= 0,004

Cramer's V= 0,298

Kişi başına düşen hasta sayısı ile vardiya tipine bakıldığında, günde 0-2 arası hasta ile ilgilenenler %5,2, 3-5 arası hasta ile ilgilenenler %24,4, 6-10 arası hasta ile ilgilenenler %26,7, 11-20 arası hasta ile ilgilenenler %23,8, 20 hastadan daha çok hastayla ilgilenenler %19,8 oranında görülmektedir. 6-10 arası hastayla ilgilenenler ile 20 üzeri hastayla ilgilenenlerin vardiyaya göre dağılımı eşit sayıdayken; 0-2 hastayla ilgilenenlerin hepsi gündüz çalışmakta; 3-5 hasta ile ilgilenenlerin 13'ü gündüz, 29'u nöbetli; 11-20 kişi ile ilgilenenlerin 22'si gündüz, 19'u nöbetli çalışanlardan oluşmaktadır. Hemşire başına düşen hasta sayısı nöbetli çalışanlarla gündüz çalışanlar arasında 6-10 hasta ve üstünde artış olduğu görülmektedir. Bunun sebebi ise nöbetli çalışılan birimlerdeki hemşirelerin ilgilendikleri hastaların daha fazla hemşirelik bakımı gerektiren, bağımlılık derecesi yüksek olan hastalardan oluşmalarına bağlanmıştır. Bu nedenle gündüz çalışan; poliklinik, tanı- tedavi ve kan alma birimlerindeki hemşirelerin ilgilendikleri hasta sayısı daha fazla olabilmektedir. Kişi başına düşen hasta sayısı ile vardiya arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 3.10. Subjektif İş Yaşam Kalitesi İle Vardiyanın Karşılaştırılması

		SUBJEKTİF İŞ YAŞAM KALİTESİ					
		Mükemmel	Çok iyi	İyi	Kötü	Çok kötü	
VARDİYA	Gündüz	N	1	15	46	20	2
		Vardiya	%1,2	%17,9	%54,8	%23,8	%2,4
		İş yaşam kalitesi	%50,0	%88,2	%56,8	%34,5	%14,3
	Nöbet	N	1	2	35	38	12
		Vardiya	%1,1	%2,3	%39,8	%43,2	%13,6
		İş yaşam kalitesi	%50,0	%11,8	%43,2	%65,5	%85,7
Toplam	N	2	17	81	58	14	
	Vardiya	%1,2	%9,9	%47,1	%33,7	%8,1	
	İş yaşam.kalitesi	%100,0	%100,0	%100,0	%100,0	%100,0	

P= 0,000**Cramer's V= 0,374**

Subjektif iş yaşam kalitesi ile çalışma şekli karşılaştırıldığında ise; iş yaşam kalitesini mükemmel olarak değerlendirenlerin tüm hemşireler içindeki oranı %1,2 olup, nöbetli çalışanlarla gündüz çalışanların sayısı birbirine eşittir. Çok iyi olarak değerlendirenlerin oranı %9,9 olup; 15 kişisi gündüz, 2 kişisi nöbetli çalışmaktadır. İyi olarak değerlendirme yapanların oranı %47,1 olup; 46 kişi gündüz, 35 kişi nöbetli çalışmaktadır. Kötü olarak değerlendirenlerin oranı %33,7 olup; 20 kişi gündüz, 38 kişi nöbetli çalışmaktadır. Çok kötü olarak değerlendirme yapanların oranı %8,1 olup, sadece ikisi gündüz kalan on ikisinin ise nöbetli olarak çalıştığı sonucuyla karşılaşılmaktadır. Bu kritere verilen cevaplara bakıldığında nöbetli çalışanların sürekli gündüz çalışanlara göre iş yaşam kalitelerini, daha kötü olarak değerlendirdikleri görülmüştür. Subjektif iş yaşam kalitesiyle vardiya arasındaki ilişki de oldukça anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 3.11. Günlük Şikayetler İle Vardiyanın Karşılaştırılması

		ŞİKAYET					
		Yorgunluk	Ağrı	Endişe- Stres	Düşünceli olma	Şikayet yok	
VARDİY A	Gündüz	N	8	4	10	5	57
		Vardiya	%9,5	%4,8	%11,9	%6,0	%67,9
		Şikayet	%40,0	%44,4	%50,0	%45,5	%50,9
	Nöbet	N	12	5	10	6	55
		Vardiya	%13,6	%5,7	%11,4	%6,8	%62,5
		Şikayet	%60,0	%55,6	%50,0	%54,5	%49,1
Toplam	N	20	9	20	11	112	
	Vardiya	%11,6	%5,2	%11,6	%6,4	%65,1	
	Şikayet	%100,0	%100,0	%100,0	%100,0	%100,0	

P= 0,918**Cramer's V= 0,9**

Çalışmaya katılan hemşirelerin günlük hayatlarında en çok karşılaştıkları şikayet ettikleri olumsuzluklar ile vardiya şeklini değerlendirdiğimizde yorgunluk cevabını verenler tüm grubun %11,6'sını oluşturmakta; 8'i gündüz, 12'si nöbetli çalışmaktadır. Ağrı cevabını verenler tüm grubun %11,6'sını oluşturup; 4'ü gündüz, 5'i nöbetli çalışmaktadır. Endişe- stres cevabını verenler tüm grubun %11,6'sınıcevabını verenler tüm grubun %11,6'sı olup; 8'i gündüz, 12'si nöbetli çalışmaktadır. Bildirilen şikayetler ile vardiya durumu arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

3.3. HEMŞİRELERİN VARDİYA DURUMLARI İLE PİTTSBURG UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Pittsburg uyku kalitesi ölçeğinde, kendi içinde ilişkili soruların gruplandırılarak belli işlemlerden geçmesi sonucu uyku kalitesine etki eden alt boyutlar oluşturulmuştur. Bu alt boyutların değerlendirilmesi ise, PUKİ toplam puanında olduğu gibi; beş puan üzerinde ise kötü, beş puan altında ise iyi olarak yapılmıştır.

Tablo 3.12.Subjektif Uyku Kalitesi İle Çalışma Şeklinin Karşılaştırılması

		SUBJEKTİF UYKU KALİTESİ		
		İyi	Kötü	
VARDİYA	Gündüz	N	82	2
		Vardiya	%97,6	%2,4
		Subjektif Uyku Kalitesi	%51,2	%16,7
	Nöbet	N	78	10
		Vardiya	%88,6	%11,4
		Subjektif Uyku Kalitesi	%48,8	%83,3
Toplam	N	160	12	
	Vardiya	%93,0	%7,0	
	Subjektif Uyku Kalitesi	%100,0	%100,0	

p=0,021

Cramer's V= 0,176

Tablo 3.12'de Pittsburg uyku kalitesi birinci alt boyutu olan subjektif uyku kalitesi ile çalışmaya katılan tüm hemşirelerin çalışma şekli karşılaştırılmıştır. Subjektif uyku kalitesi değerlendirilmesinde kullanılan sorulara verilen cevaplar değerlendirildiğinde, 160 kişinin subjektif uyku kalitesi iyi olarak yorumlanabilirken; sadece 12 kişinin subjektif uyku kalitesi kötü olarak değerlendirilmektedir. Subjektif uyku kalitesi ile vardiya şekli arasındaki ilişki anlamlıdır (p=0,021).

Subjektif uyku kalitesi iyi sonucuna ulaşılan hemşirelerden %51,2'sinin gündüz, %48,8'i ise nöbetli çalıştığı grlmştır. Vardiya ile subjektif uyku kalitesi ilişkisi anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 3.13. Uyku Latensi İle alışma Şeklinin Karşılaştırılması

		UYKU LATENSİ		
		İyi	Kötü	
VARDİYA	Gündüz	N	76	8
		Vardiya	%90,5	%9,5
		Uyku latensi	%52,1	%30,8
	Nöbet	N	70	18
		Vardiya	%79,5	%20,5
		Uyku latensi	%47,9	%69,2
Toplam	N	146	26	
	Vardiya	%84,9	%15,1	
	Uyku latensi	%100,0	%100,0	

P= 0,045

Cramer's V= 0,153

Uyku latensi (uykuya dalma süresi) ile vardiya karşılaştırması yapılıncaya toplam çalışan sayısının %84,9'unun uyku latensinin iyi olduğu bunlardan 76'sı gündüz, 70'i nöbetli çalışmaktayken; %15,1'in uyku latensinin kötü olduğu görülmekteyken, bunlardan 8'i gündüz, 18'i nöbetli çalışmaktadır. Uyku latensi ile vardiya ilişkisi anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 3.14. Uyku Süresi İle Çalışma Şeklinin Karşılaştırılması

		UYKU SÜRESİ		
		İyi	Kötü	
VARDİYA	Gündüz	N	79	5
		Vardiya	%94,0	%6
		Uyku süresi	%51,0	%25,0
	Nöbet	N	76	12
		Vardiya	%86,4	%13,6
		Uyku süresi	%49,0	%75,0
Toplam	N	155	17	
	Vardiya	%90,1	%9,9	
	Uyku süresi	%100,0	%100,0	

p= 0,083

Cramer's V=0,170

Uyku süresi ile vardiya şekli karşılaştırıldığında %90,1'inin uyku süresinin iyi olduğu bunlardan 79'u gündüz, 76'sı nöbetli çalışmaktayken; %15,1'in uyku süresinin kötü olduğu görülmekteyken, bunlardan 5'i gündüz, 12'si nöbetli çalışmaktadır. Aralarındaki ilişki ise anlamlı değildir (p>0,05).

Tablo 3.15. Uyku Etkinliği İle Çalışma Şeklinin Karşılaştırılması

		UYKU ETKİNLİĞİ		
		İyi	Kötü	
VARDİYA	Gündüz	N	81	3
		Vardiya	%96,4	%3,6
		Uyku Etkinliği	%51,6	%20,0
	Nöbet	N	76	12
		Vardiya	%86,4	%13,6
		Uyku Etkinliği	%48,4	%80,0
Toplam	N	157	15	
	Vardiya	%91,3	%8,7	
	Uyku Etkinliği	%100,0	%100,0	

P= 0,019

Cramer's V= 0,178

Çalışmaya katılanların %91,3'ünün uyku süresinin iyi olduğu, bunlardan 79'unun gündüz, 76'sının nöbetli çalıştığı; %15,1'in uyku süresinin kötü olduğu, bunlardan 5'inin gündüz, 12'sinin nöbetli çalıştığı görülmektedir. Aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 3.16. Uyku Bozukluğu İle Çalışma Şeklinin Karşılaştırılması

		UYKU BOZUKLUĞU		
		Yok	Var	
VARDİY A	Gündüz	N	81	3
		Vardiya	%96,4	%3,6
		Uyku Bozukluğu	%51,9	%18,8
	Nöbet	N	75	13
		Vardiya	%85,2	%14,8
		Uyku Bozukluğu	%48,1	%81,2
Toplam	N	156	16	
	Vardiya	%90,7	%9,3	
	Uyku Bozukluğu	%100,0	%100,0	

$P=0,011$

Cramer's V=0,193

Tablo 3.16'da uyku bozukluğu ile vardiya sistemi karşılaştırıldığında toplam kişi sayısının %90,7'sinin uyku bozukluğu olduğu, bunlardan 81'inin gündüz, 75'inin nöbetli çalıştığı; %9,3'ünün uyku bozukluğunun olduğu, bunlardan 3'ünün gündüz, 13'ünün nöbetli çalıştığı görülmektedir. Uyku bozukluğu ile vardiya arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 3.17. İlaç Kullanımı İle Çalışma Şeklinin Karşılaştırılması

		UYKU İLACI KULLANIMI		
		Yok	Var	
VARDİYA	Gündüz	N	80	4
		Vardiya	%95,2	%4,8
		Uyku İlacı	%48,5	%57,1
	Nöbet	N	85	3
		Vardiya	%96,6	%3,4
		Uyku İlacı	%51,5	%42,9
Toplam	N	165	7	
	Vardiya	%95,9	%4,1	
	Uyku İlacı	%100,0	%100,0	

P= 0,654

Cramer's V= 0,34

Tablo: 3.17’de uyku ilacı kullanımı ile çalışma şekline bakıldığında aralarında anlamlı bir ilişkinin olmadığı anlaşılmaktadır ($p>0,05$). Bununla birlikte %95,9’unun uyku ilacı kullanmadığı, bunlardan 80’inin gündüz, 85’inin nöbetli çalıştığı; sadece %4,1’inin uyku ilacı kullandığı, bunlardan 4’ünün gündüz, 3’ünün nöbetli çalıştığı görülmektedir.

Tablo 3.18. Gündüz Fonksiyon Bozukluğu İle Çalışma Şekli Karşılaştırılması

		GÜNDÜZ FONKSİYON BOZUKLUĞU		
		Yok	Var	
VARDİYA	Gündüz	N	80	4
		Vardiya	%95,2	%4,8
		Gündüz Fonksiyonları	%53,3	%18,2
	Nöbet	N	70	18
		Vardiya	%79,5	%20,5
		Gündüz Fonksiyonları	%46,7	%81,8
Toplam	N	150	22	
	Vardiya	%87,2	%12,8	
	Gündüz Fonksiyonları	%100,0	%100,0	

P= 0,002

Cramer's V= 0,235

PUKİ’de “Araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?” sorusu kriter alınarak oluşturulan alt boyutu değerlendirildiğinde, kişilerin %87,2’sinin zorlanmadığı, bunlardan 80’inin gündüz, 70’inin nöbetli çalıştığı görülmüştür. %12,8’inin ise bu faaliyetleri yaparken zorlandığı görülmüş, bunlardan 4’ünün gündüz, 18’inin nöbetli çalıştığı ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak gündüz fonksiyon bozukluğu ile çalışma şekli arasında anlamlı düzeyde fark saptanmıştır ($p<0,05$).

3.4. ÇALIŞILAN BİRİM İLE İLİŞKİLİ BİREYSEL ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Hastanelerde çalışılan birim ile bazı bireysel özellikler arasında oldukça anlamlı sonuçların ortaya çıktığı görülmüştür. Bunların hangileri olduğu ve kendi içlerindeki dağılımı aşağıdaki tablolar yardımıyla gösterilmiştir.

Tablo 3.19. Çalışılan Birim İle Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısının Karşılaştırılması

		HEMŞİREYE DÜŞEN HASTA SAYISI				
		0-2	3-5	6-10	11-20	20 ve üstü
Dahili Birim	N	0	10	12	12	1
	Birim	%0,0	%28,6	%34,3	%34,3	%2,9
	Hasta Sayısı	%0,0	%23,8	%26,1	%29,3	%2,9
Cerrahi Birim	N	2	26	25	14	18
	Birim	%2,4	%30,6	%29,4	%16,5	%21,2
	Hasta Sayısı	2%2,2	%61,9	%54,3	%34,1	%52,9
Poliklinik	N	6	3	3	6	3
	Birim	%28,6	%14,3	%14,3	%28,6	%14,3
	Hasta Sayısı	%66,7	%7,1	%6,5	%14,6	%8,8
Tanı-tedavi	N	1	1	4	9	12
	Birim	%3,7	%3,7	%14,8	%33,3	%44,4
	Hasta Sayısı	%11,1	%2,4	%8,7	%22,0	%35,3
Diğer	N	0	2	2	0	0
	Birim	%0,0	%50,0	%50,0	%0,0	%0,0
	Hasta Sayısı	%0,0	%4,8	%4,3	%0,0	%0,0
Toplam	N	9	42	46	41	34
	Birim	%5,2	%24,4	%26,7	%23,8	%19,8
	Hasta Sayısı	%100,0	%100,0	%100,0	%100,0	%100,0

P=0,000

Cramer's V=0,291

Çalışılan birim ile hemşire başına düşen hasta sayısı arasında anlamlı bir fark görülmüştür ($p < 0,05$). Bunun yanında; tüm hemşirelerin %5,2si sadece 0-2 hasta ile ilgilenmektedir. Dahili birimlerde çalışan hemşirelerden 0-2 hasta ile ilgilenen

bulunmazken; 3-5 hasta ile ilgilenenler 10 kişi; 6-10 ve 11-20 hasta ile ilgilenenler 12’şer kişi; yirmi üzeri sayıda hastayla ilgilenen sadece 1 kişi bulunmaktadır. Cerrahi birimlerde çalışanlardan, 0-2 hasta ile ilgilenen 2; 3-5 hasta ile ilgilenenler 26 kişi; 6-10 hasta ile ilgilenenler 25 kişi; 11-20 hasta ile ilgilenenler 14’şer kişi; yirmi üzeri sayıda hastayla ilgilenen ise 12 kişidir. Polikliniklerde 0-2 hasta ile 20 üzeri hasta ile ilgilenen hemşireler 6’şar kişi, diğerleri ise üçer kişiden oluşmaktadır. Tanı- tedavi birimleri olarak adlandırılan birimlerde 5 hastaya kadar bakan toplam hemşire sayısı 2 iken; 6-10 hasta arası hasta ile ilgilenenler dört kişi; 11-20 arası sayıda hasta ile ilgilenenler dokuz kişi; yirmi hasta ve üzeri hasta ile ilgilenenler ise 12 kişiden oluşmaktadır. Çalıştığı birimi belirtmeyerek soruya diğer birimler olarak cevap veren dört kişinin ikisi 3-5 hastayla; ikisi 6-10 arası sayıda hastayla ilgilenmektedir.

Tablo 3.20. Çalışılan Birim İle Subjektif Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

		SUBJEKTİF İŞ YAŞAMI KALİTESİ				
		Mükemmel	Çok iyi	İyi	Kötü	Çok kötü
Dahili	N	0	3	16	12	4
	Birim	%0,0	%8,6	%45,7	%34,3	%11,4
	İş kalitesi	%0,0	%17,6	%19,8	%20,7	%28,6
Cerrahi	N	1	2	35	38	9
	Birim	%1,2	%2,4	%41,2	%44,7	%10,6
	İş kalitesi	%50,0	%11,8	%43,2	%65,5	%64,3
Poliklinik	N	0	4	13	4	0
	Birim	%0,0	%19,0	%61,9	%19,0	%0,0
	İş kalitesi	%0,0	%23,5	%16,0	%6,9	%0,0
Tanı-tedavi	N	1	8	14	4	0
	Birim	%3,7	%29,6	%51,9	%14,8	%0,0
	İş kalitesi	%50,0	%47,1	%17,3	%6,9	%0,0
Diğer	N	0	0	3	0	1
	Birim	%0,0	%0,0	%75,0	%0,0	%25,0
	İş kalitesi	%0,0	%0,0	%3,7	%0,0	%7,1
Toplam	N	2	17	81	58	14
	Birim	%1,2	%9,9	%47,1	%33,7	%8,1
	İş kalitesi	%100,0	%100,0	%100,0	%100,0	%100,0

P=0,02

Cramer's V=0,233

Çalışılan birim ile subjektif yaşam kalitesini incelediğimizde ise aralarında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Subjektif yaşam kalitesine mükemmel cevabını veren toplam iki kişi olmakla birlikte bunlardan biri cerrahi birimde diğeri tanı- tedavi birimlerinden birinde çalışmaktadır. Çok iyi cevabını verenlerin oranı ise %9,9'dur. Bunlar ise sırasıyla 3'ü dahili birimlerden, 2'si cerrahi birimlerden, 4'ü polikliniklerden, 8'i tanı ve tedavi birimlerindedir. İyi cevabını verenler; 16'sı dahili birimlerden, 35'i cerrahi birimlerden, 13'ü polikliniklerden, 14'ü tanı-tedavi birimlerinden, 3'ü de diğeri birimlerindedir. Kötü cevabını verenlerin dağılımı ise; 12'i dahili birimlerden, 38'i cerrahi birimlerden, 4'ü polikliniklerden kalan 4'ü ise tanı-tedavi birimlerinden şeklindedir.

3.5. HEMŞİRELERİN BİREYSEL ÖZELLİKLERİNİN PUKİ VE SCL-90-R ALT BOYUTLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırmaya katılan 172 hemşirenin verileri incelendiğinde PUKİ toplam değerleri ile SCL-90-R genel semptom envanteri ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$).

Tablo 3.21 Hemşirelerin SCL-90-R alt ölçek ve PUKİ ortalama ve standart sapmaları

Ölçekler ve alt boyutları	ortalama	Standart sapma
PUKİ toplam	7,28	4,04
SCL-90-R Somatizasyon	1,02	0,87
SCL-90-R Obsesif kompulsif	1,23	0,99
SCL-90-R Kişilerarası duyarlılık	0,91	0,83
SCL-90-R Depresyon	0,92	0,87
SCL- 90-R Anksiyete	1,11	0,94
SCL- 90-R Öfke düşmanlık	0,79	0,89
SCL- 90-R Fobik anksiyete	1,01	0,90
SCL- 90-R Paranoid	0,97	0,91
SCL- 90-R Psikotizm	0,64	0,83
SCL- 90-R Ek skala	1,04	0,97
SCL- 90-R Genel toplam	0,97	0,85

Tablo 3.21'e göre, çalışmaya katılan 172 hemşirenin, PUKİ ortalama değeri 7,28 olarak kötü uyku kalitesine sahip oldukları görülmüştür.

Ruhsal bozukluk belirtilerinden en çok görülen durumlar ise obsesif-kompulsif bozukluk başta olmak üzere sırasıyla anksiyete, ek skala değerlendirmesi, somatizasyon ve fobik anksiyetedir. Psikotizm ve öfke düşmanlık dışında kalan tüm bozukluklar ise belirtilen psikopatolojik dereceye sınırdan yakın bozukluklardır.

Çalışmaya katılan hemşirelerden 161'i kadın, 11'i erkek hemşirelerden oluşmaktadır. Kadınların PUKİ ortalama değeri 7,31, erkeklerin ortalama değeri ise 6,81 olması kadınların erkeklere göre daha kötü uyku kalitesine sahip oldukları görülmektedir. SCL-90-R alt ölçeklerine bakıldığında ise erkeklerde ruhsal durum bozukluğuna rastlanmazken, kadınlarda cinsiyet gözetmeksizin ölçülen değerlendirilmede rastlanan tüm ruhsal bozukluklara rastlanmıştır. Veriler arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 3.22. Bekar ve Evli Olma Durumunun Karşılaştırılması

Ölçekler ve alt boyutları	Medeni Durum	Ortalama	Standart sapma	p
PUKİ Toplam	Bekar	8,20	3,94	0,001
	Evli	6,34	3,93	
SCL-90-R Somatizasyon	Bekar	1,16	0,95	0,074
	Evli	0,83	0,77	
SCL-90-R Obsesif kompulsif	Bekar	1,40	1,05	0,045
	Evli	1,05	0,89	
SCL-90-R Kişilerarası duyarlılık	Bekar	1,03	0,87	0,062
	Evli	0,79	0,78	
SCL-90-R Depresyon	Bekar	1,06	0,96	0,106
	Evli	0,77	0,76	
SCL- 90-R Anksiyete	Bekar	1,30	1,02	0,022
	Evli	0,92	0,83	
SCL- 90-R Öfke düşmanlık	Bekar	0,96	0,95	0,002
	Evli	0,62	0,79	
SCL- 90-R Fobik anksiyete	Bekar	1,14	0,94	0,063
	Evli	0,87	0,85	
SCL- 90-R Paranoid	Bekar	1,12	0,96	0,033
	Evli	0,81	0,82	
SCL- 90-R Psikotizm	Bekar	0,75	0,88	0,123
	Evli	0,53	0,75	
SCL- 90-R Ek skala	Bekar	1,24	1,05	0,010
	Evli	0,83	0,83	
SCL- 90-R Genel toplam	Bekar	1,12	0,91	0,034
	Evli	0,81	0,76	

Katılımcıların medeni duruma bakıldığında ise 172 kişiden, 87'sinin bekar, 85'inin ise evli olduğu gözlenmektedir. Tablo 3.22'ye bakıldığında bekarların evlilere oranla 8,20 ve 6,34 gibi büyük bir ortalama değer farkıyla, daha kötü uyku kalitesine sahip oldukları görülmektedir. Bekar hemşirelerde psikotizm ve öfke-düşmanlık dışındaki tüm ruhsal bozukluklara rastlanırken; evlilerde sadece obsesif- kompulsif bozukluk görülmektedir.

Tablo 3.23. Hemşirelerin Çalışma Düzenleriyle İlgili Verilerin Dağılımı

Ölçekler ve alt boyutları	Vardiya	Ortalama	Standart Sapma	p
PUKİ	Gündüz	5,47	3,46	
Toplam	Nöbet	9,01	3,80	0,000
SCL-90-R	Gündüz	0,82	0,71	
Somatizasyon	Nöbet	1,21	0,97	0,009
SCL-90-R	Gündüz	0,98	0,82	
Obsesif kompulsif	Nöbet	1,47	1,08	0,005
SCL-90-R	Gündüz	0,76	0,66	
Kişilerarası duyarlılık	Nöbet	1,06	0,95	0,120
SCL-90-R	Gündüz	0,71	0,70	
Depresyon	Nöbet	1,11	0,97	0,018
SCL- 90-R	Gündüz	0,89	0,75	
Anksiyete	Nöbet	1,33	1,06	0,010
SCL- 90-R	Gündüz	0,58	0,77	
Öfke düşmanlık	Nöbet	1,00	0,95	0,000
SCL- 90-R	Gündüz	0,78	0,71	
Fobik anksiyete	Nöbet	1,22	1,02	0,005
SCL- 90-R	Gündüz	0,76	0,73	
Paranoid	Nöbet	1,16	1,01	0,008
SCL- 90-R	Gündüz	0,46	0,63	
Psikotizm	Nöbet	0,81	0,95	0,023
SCL- 90-R	Gündüz	0,78	0,72	
Ek Skala	Nöbet	1,28	1,10	0,004
SCL- 90-R	Gündüz	0,76	0,66	
Genel toplam	Nöbet	1,17	0,95	0,006

Tablo 3.23 incelendiğinde gündüz çalışan hemşirelerde uyku kalitesi 5,47 ortalama değer ile; 5.00 olan puki alt değerinin üstünde kalarak kötü uyku kalitesine sahip

denilebilir. Ancak; vardiyalı çalışan hemşirelerde bu değer 9,01 ile uyku kalitesi sınırının çok üstüne çıkarak kötü uyku kalitesinin bu grupta daha yüksek boyutlarda olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda gündüz çalışanlarda hiçbir ruhsal bozukluğuna da rastlanmamakla birlikte, nöbetli çalışanlarda psikotizm dışında tüm ruhsal bozukluklara rastlanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerden 108 tanesi üniversite hastanesinde çalışırken, 64 tanesi çalışmanın yapıldığı özel hastanelerde çalışmaktadır. Özel hastanelerin üniversite hastanesine göre; 6,84 ve 8,03 ortalama değerleri ile daha fazla kötü uyku kalitesine sahip olduğu görülmektedir.

Üniversite hastanelerinin SCL-90-R genel toplam ortalamasında psikopatolojik bir durum görülmemişken; özel hastanelerde ruhsal durum bozuklukları alt ölçeklerinde sırasıyla; obsesif kompulsif bozukluk, somatizasyon, anksiyete ve fobik anksiyete değerlerinde belirgin yükseklik gözlenmekle birlikte, genel toplamda da psikopatolojik seviyenin üstünde bir değer görülmüştür. kişiler arası duyarlılık dışında PUKİ toplam ve SCL-90-R tüm alt boyutları ve toplamı çalışma şekli ile anlamlı bir ilişki içindedir ($p < 0,05$).

Tablo 3.24. Hemşirelerin Yaşlarıyla İlgili Verilerin Dağılımı

Ölçekler ve alt boyutları	Yaş Grupları	N	ortalama	Standart sapma	p
PUKİ Toplam	18-25 yaş	54	8,70	3,52	0,000
	26-35 yaş	43	7,76	4,28	
	36-45 yaş	38	7,36	4,09	
	45yaş üstü	37	4,56	3,12	
SCL-90-R Somatizasyon	18-25 yaş	54	1,21	0,97	0,089
	26-35 yaş	43	1,11	0,93	
	36-45 yaş	38	0,95	0,83	
	45yaş üstü	37	0,71	0,57	
SCL-90-R Obsesif kompulsif	18-25 yaş	54	1,46	1,04	0,031
	26-35 yaş	43	1,30	1,01	
	36-45 yaş	38	1,22	1,05	
	45yaş üstü	37	0,81	0,68	

Ölçekler ve alt boyutları	Yaş Grupları	N	Ortalama	Standart sapma	p
SCL-90-R Kişilerarası duyarlılık	18-25 yaş	54	1,02	0,82	0,107
	26-35 yaş	43	1,05	1,02	
	36-45 yaş	38	0,92	0,82	
	45yaş üstü	37	0,60	0,51	
SCL-90-R Depresyon	18-25 yaş	54	1,05	0,94	0,212
	26-35 yaş	43	1,04	1,04	
	36-45 yaş	38	0,92	0,80	
	45yaş üstü	37	0,58	0,49	
SCL- 90-R Anksiyete	18-25 yaş	54	1,29	0,97	0,032
	26-35 yaş	43	1,27	1,02	
	36-45 yaş	38	1,02	0,96	
	45yaş üstü	37	0,76	0,68	
SCL- 90-R Öfke düşmanlık	18-25 yaş	54	1,04	0,99	0,010
	26-35 yaş	43	0,86	0,89	
	36-45 yaş	38	0,67	0,86	
	45yaş üstü	37	0,50	0,63	
SCL- 90-R Fobik anksiyete	18-25 yaş	54	1,15	0,94	0,092
	26-35 yaş	43	1,11	0,99	
	36-45 yaş	38	1,00	0,92	
	45yaş üstü	37	0,69	0,64	
SCL- 90-R Paranoid	18-25 yaş	54	1,12	0,94	0,089
	26-35 yaş	43	1,07	0,99	
	36-45 yaş	38	0,94	0,91	
	45yaş üstü	37	0,65	0,68	
SCL- 90-R Psikotizm	18-25 yaş	54	0,77	0,87	0,059
	26-35 yaş	43	0,84	0,96	
	36-45 yaş	38	0,50	0,76	
	45yaş üstü	37	0,37	0,54	
SCL- 90-R Ek Skala	18-25 yaş	54	1,33	1,01	0,008
	26-35 yaş	43	1,16	1,01	
	36-45 yaş	38	0,82	0,94	
	45yaş üstü	37	0,71	0,56	
SCL- 90-R Genel toplam	18-25 yaş	54	1,14	0,89	0,043
	26-35 yaş	43	1,09	0,95	
	36-45 yaş	38	0,90	0,84	
	45yaş üstü	37	0,64	0,54	

Bireysel bilgi formunda yaş bölmesi 4 gruba ayrılmıştır. 25 yaş ve altı, 26-35 yaş, 36-45 yaş ve 45 yaş üstü aralıklarından oluşmaktadır. Uyku kalitesi indeksine göre;

25 yaş altı çalışanlarda 8,70 ortalama değer ile kötü uyku kalitesi en üst seviyede gözlemlenmiştir. 25-45 yaş arası orta gruplarda PUKİ oranı biraz daha düşük olmakla birlikte; 25-35 ile 35-45 yaş grupları arasında ciddi bir fark görülmemiştir. Ancak 45 yaş üstü çalışanlarda uyku bozukluğu değerinin 4,56 ortalama ile puki alt sınırının da altında kaldığı -iyi uyku kalitesine sahip oldukları- görülmüştür.

Otuz beş yaş altı hemşirelerde, psikotizm ve öfke düşmanlık dışındaki tüm SCL-90-R alt boyutlarında psikopatolojik değerler üstünde ortalama değerlere rastlanırken; 35 yaş üstü hemşirelerde obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete ve fobik anksiyete dışında hiçbir veri psikopatolojik değerler üstünde görülmemiştir. Yaş kriterinin, PUKİ toplam ve SCL-90-R toplam değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Tablo 3.25. Çalışılmakta Olan Klinik İle İlgili Verilerin Dağılımı

Ölçekler ve alt boyutları	Klinik	ortalama	Standart sapma	p
PUKİ Toplam	Dahili	7,97	3,76	0,000
	Cerrahi	8,32	3,97	
	Poliklinik	5,66	3,96	
	(Tanı-tedavi üniteleri)	4,48	2,92	
SCL-90-R Somatizasyon	Dahili	0,80	0,70	0,005
	Cerrahi	1,26	0,92	
	Poliklinik	0,66	0,67	
	(Tanı-tedavi üniteleri)	0,90	0,91	
SCL-90-R Obsesif kompulsif	Dahili	1,11	0,92	0,008
	Cerrahi	1,49	1,04	
	Poliklinik	0,76	0,86	
	(Tanı-tedavi üniteleri)	0,98	0,87	
SCL-90-R Kişilerarası duyarlılık	Dahili	0,80	0,80	0,045
	Cerrahi	1,09	0,86	
	Poliklinik	0,64	0,72	
	(Tanı-tedavi üniteleri)	0,75	0,82	
SCL-90-R Depresyon	Dahili	0,70	0,76	0,009
	Cerrahi	1,13	0,89	
	Poliklinik	0,61	0,77	
	(Tanı-tedavi üniteleri)	0,80	0,80	

Ölçekler ve alt boyutları	Klinik	Ortalama	Standart sapma	p
SCL- 90-R Öfke düşmanlık	Dahili	0,53	0,65	0,000
	Cerrahi	1,04	0,95	
	Poliklinik	0,46	0,76	
	(Tanı-tedavi üniteleri)	0,64	0,91	
SCL- 90-R Fobik anksiyete	Dahili	0,77	0,73	0,006
	Cerrahi	1,25	0,95	
	Poliklinik	0,65	0,79	
	(Tanı-tedavi üniteleri)	0,87	0,90	
SCL- 90-R Paranoid	Dahili	0,85	0,81	0,094
	Cerrahi	1,14	0,96	
	Poliklinik	0,64	0,82	
	(Tanı-tedavi üniteleri)	0,83	0,90	
SCL- 90-R Psikotizm	Dahili	0,49	0,78	0,005
	Cerrahi	0,82	0,85	
	Poliklinik	0,33	0,77	
	(Tanı-tedavi üniteleri)	0,53	0,81	
SCL- 90-R Ek Skala	Dahili	1,03	1,00	0,013
	Cerrahi	1,24	1,00	
	Poliklinik	0,64	0,77	
	(Tanı-tedavi üniteleri)	0,82	0,89	
SCL- 90-R Genel toplam	Dahili	0,80	0,75	0,003
	Cerrahi	1,19	0,88	
	Poliklinik	0,61	0,72	
	(Tanı-tedavi üniteleri)	0,81	0,85	

Uyku kalitesi en düşük olan birimler 8,32 ortalama değer ile cerrahi kliniklerdir. Cerrahi klinikleri; 7,97 ortalama ile dahili klinikler ve 5,66 ortalama ile poliklinik hemşireleri takip etmektedir. Diyaliz, örnek kan alma birimi, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp birimlerinde çalışan hemşireleri içeren üçüncü grup ise 4,48 ortalama değer ile iyi uyku kalitesine sahiptir (Tablo 3.25).

Cerrahi birim çalışanlarında psikotizm dışında tüm ruhsal bozukluk belirtileri gözlenmekteyken, dahili birimlerde çalışan hemşirelerde; SCL-90-R'nin somatizasyon, depresyon, anksiyete, öfke düşmanlık, psikotizm alt grupları dışında kalan ruhsal durum bozuklukları psikopatolojik düzeyde saptanmıştır.

Poliklinikler ve tanı- tedavi birimlerinde ruhsal bozukluk gözlenmemektedir. Çalışılan birim ile incelenen kriterler arasında paranoid bozukluk alt boyutu dışında istatistiksel anlamlılık görülmektedir ($p < 0,05$).

Tablo 3.26. Hemşirelerin Çalışma Süreleri İle İlgili Verilerin Dağılımı

Ölçekler ve alt boyutları	Hemşirelikte çalışma süresi	N	Ortalama	Standart sapma	p
PUKİ Toplam	0-2 yıl	35	8,48	3,83	0,62
	3-10 yıl	57	8,17	3,91	
	11-20 yıl	31	7,25	4,19	
	21-30 yıl	38	5,78	3,63	
	30 yıl üstü	11	4,09	3,50	
SCL-90-R Somatizasyon	0-2 yıl	35	1,28	1,12	0,26
	3-10 yıl	57	1,10	0,84	
	11-20 yıl	31	0,88	0,78	
	21-30 yıl	38	0,86	0,74	
	30 yıl üstü	11	0,70	0,58	
SCL-90-R Obsesif kompulsif	0-2 yıl	35	1,48	1,17	0,14
	3-10 yıl	57	1,36	0,93	
	11-20 yıl	31	1,02	0,95	
	21-30 yıl	38	1,08	0,97	
	30 yıl üstü	11	0,80	0,53	
SCL-90-R Kişilerarası duyarlılık	0-2 yıl	35	1,10	1,05	0,40
	3-10 yıl	57	1,01	0,82	
	11-20 yıl	31	0,81	0,82	
	21-30 yıl	38	0,74	0,67	
	30 yıl üstü	11	0,71	0,53	
SCL-90-R Depresyon	0-2 yıl	35	1,21	1,10	0,59
	3-10 yıl	57	1,01	0,90	
	11-20 yıl	31	0,81	0,81	
	21-30 yıl	38	0,76	0,70	
	30 yıl üstü	11	0,60	0,38	
SCL- 90-R Anksiyete	0-2 yıl	35	1,29	1,10	0,13
	3-10 yıl	57	1,28	0,93	
	11-20 yıl	31	0,93	0,92	
	21-30 yıl	38	0,91	0,86	
	30 yıl üstü	11	0,92	0,61	
SCL- 90-R Öfke düşmanlık	0-2 yıl	35	1,03	0,99	0,64
	3-10 yıl	57	0,93	0,94	
	11-20 yıl	31	0,61	0,80	
	21-30 yıl	38	0,59	0,75	
	30 yıl üstü	11	0,57	0,74	

Ölçekler ve alt boyutları	Hemşirelikte çalışma süresi	N	Ortalama	Standart sapma	p
SCL- 90-R Fobik anksiyete	0-2 yıl	35	1,27	1,09	0,23
	3-10 yıl	57	1,05	0,88	
	11-20 yıl	31	0,95	0,86	
	21-30 yıl	38	0,82	0,84	
	30 yıl üstü	11	0,76	0,59	
SCL- 90-R Paranoid	0-2 yıl	35	1,27	1,08	0,24
	3-10 yıl	57	1,01	0,87	
	11-20 yıl	31	0,83	0,84	
	21-30 yıl	38	0,82	0,84	
	30 yıl üstü	11	0,69	0,75	
SCL- 90-R Psikotizm	0-2 yıl	35	0,87	1,07	0,18
	3-10 yıl	57	0,76	0,81	
	11-20 yıl	31	0,46	0,71	
	21-30 yıl	38	0,45	0,68	
	30 yıl üstü	11	0,50	0,59	
SCL- 90-R Ek Skala	0-2 yıl	35	1,46	1,20	0,05
	3-10 yıl	57	1,13	0,96	
	11-20 yıl	31	0,80	0,86	
	21-30 yıl	38	0,78	0,79	
	30 yıl üstü	11	0,75	0,50	
SCL- 90-R Genel toplam	0-2 yıl	35	1,21	1,05	0,18
	3-10 yıl	57	1,07	0,83	
	11-20 yıl	31	0,82	0,79	
	21-30 yıl	38	0,79	0,74	
	30 yıl üstü	11	0,70	0,51	

Hemşirelerin görev süreleri; 0-2 yıl, 3-10 yıl, 11-20 yıl, 21-30 yıl ve 30 yıl ve üstü olarak gruplandırılmıştır. İstatistiksel analizlere göre henüz meslekte iki yıla kadar çalışmış olan hemşirelerde PUKİ ortalama değeri 8,48 ile en kötü uyku kalitesine sahip olan grup olmakla birlikte, ruhsal durum bozuklukları; psikotizm hariç tüm alt boyutların belirtilerinin bu grupta bulunduğu ve psikopatolojik değerinin oldukça üstünde değerlere sahip olduğu görülmektedir.

Çalışma süresi 3-10 yıl olan hemşirelerde de, uyku kalitesi ortalama değeri 8,17 ile oldukça kötü bir uyku kalitesine sahip olsalar da; iki yıla kadar çalışmış olan hemşirelere oranla daha iyi uyku kalitesine sahiptirler. Ruhsal durum bozuklukları

ise öfke-düşmanlık ve psikotizm alt boyutları dışında psikopatolojik seviyede görülmektedir.

Çalışma süreleri 11-20 yıl ile 21-30 yıl arasında olan hemşirelerde obsesif kompulsif bozukluk dışında hiçbir ruhsal bozukluk belirtisi görülmemektedir. Uyku kaliteleri ortalamaları ise 11-20 yıl çalışanlarda 8,48; 21-30 yıl çalışanlarda ise 7,25 olarak hesaplanmıştır. Otuz yıl üzeri çalışan 11 kişilik grupta ise, iyi uyku kalitesine sahip oldukları, hiç bir ruhsal bozukluklarının olmadığı sonuçlarıyla karşılaşılmıştır.

Tablo 3.27. Bir Hemşireye Düşen Hasta Sayısı İle İlgili Verilerin Değerlendirilmesi

Ölçekler ve alt boyutları	Kişi Başına Düşen Hasta Sayısı	N	Ortalama	Standart sapma	P
PUKİ Toplam	0-2	9	4,00	3,24	0,06
	3-5	42	8,52	4,20	
	6-10	46	7,34	3,55	
	11-20	41	6,14	3,39	
	20 üstü	34	7,91	4,68	
SCL-90-R Somatizasyon	0-2	9	0,44	0,50	0,00
	3-5	42	1,15	0,94	
	6-10	46	0,87	0,64	
	11-20	41	0,73	0,64	
	20 üstü	34	1,57	1,09	
SCL-90-R Obsesif kompulsif	0-2	9	0,60	0,56	0,00
	3-5	42	1,42	0,98	
	6-10	46	1,08	0,85	
	11-20	41	0,91	0,80	
	20 üstü	34	1,75	1,21	
SCL-90-R Kişilerarası duyarlılık	0-2	9	0,48	0,50	0,00
	3-5	42	0,93	0,70	
	6-10	46	0,79	0,69	
	11-20	41	0,67	0,67	
	20 üstü	34	1,12	1,12	
SCL-90-R Depresyon	0-2	9	0,46	0,55	0,00
	3-5	42	1,02	0,82	
	6-10	46	0,71	0,69	
	11-20	41	0,69	0,68	
	20 üstü	34	1,4	1,15	

Ölçekler ve alt boyutları	Kişi Başına Düşen Hasta Sayısı	N	Ortalama	Standart sapma	P
SCL- 90-R Anksiyete	0-2	9	0,68	0,65	0,01
	3-5	42	1,17	0,93	
	6-10	46	1,04	0,78	
	11-20	41	0,78	0,71	
	20 üstü	34	1,65	1,23	
SCL- 90-R Öfke düşmanlık	0-2	9	0,25	0,33	0,00
	3-5	42	0,90	0,97	
	6-10	46	0,69	0,66	
	11-20	41	0,49	0,62	
	20 üstü	34	1,32	1,15	
SCL- 90-R Fobik anksiyete	0-2	9	0,46	0,33	0,00
	3-5	42	1,03	0,78	
	6-10	46	0,89	0,79	
	11-20	41	0,72	0,70	
	20 üstü	34	1,64	1,18	
SCL- 90-R Paranoid	0-2	9	0,31	0,42	0,00
	3-5	42	1,03	0,78	
	6-10	46	0,82	0,79	
	11-20	41	0,72	0,70	
	20 üstü	34	1,56	1,19	
SCL- 90-R Psikotizm	0-2	9	0,23	0,23	0,01
	3-5	42	0,62	0,69	
	6-10	46	0,53	0,74	
	11-20	41	0,42	0,69	
	20 üstü	34	1,20	1,09	
SCL- 90-R Ek Skala	0-2	9	0,47	0,47	0,00
	3-5	42	1,14	1,14	
	6-10	46	0,96	0,96	
	11-20	41	0,75	0,75	
	20 üstü	34	1,51	1,51	
SCL- 90-R Genel toplam	0-2	9	0,45	0,42	0,00
	3-5	42	1,05	0,79	
	6-10	46	0,83	0,69	
	11-20	41	0,69	0,65	
	20 üstü	34	1,52	1,11	

Hemşirelerin günlük ilgilenmeleri gereken hasta sayısı ile PUKİ ve SCL-90-R genel semptom envanteri alt boyutları karşılaştırıldığında veriler arasında anlamlı düzeyde fark saptandığı görülmüştür ($p < 0,05$).

Ancak; istatistiksel verilerdeki tüm ortalama değerlere bakıldığında hasta sayısı ile artış gösteren veriler gözlenememektedir.

Günde 0-2 arası hasta ile ilgilenen hemşirelerin 4,00 ortalama değeri ile iyi uyku kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. Günde 3-5 hasta ile ilgilenen hemşirelerin PUKİ toplam ortalama değerinin 8,52 olduğu, 5 hastadan fazla hastayla ilgilenen hemşirelerin de kötü uyku kalitesine sahip oldukları görülmüştür. Günde 6-20 arası hasta ile ilgilenen hemşirelerin ise PUKİ ortalama değerlerinde hasta sayısı arttıkça azalma görülmüştür. Günde 0-2 hasta ile ilgilenen hastalarda hiç bir ruhsal bozukluk belirtisi görülmemekle birlikte 20 hastadan fazla hasta ile ilgilenen hemşirelerde, tüm ruhsal bozukluk belirtilerinin olduğu ortaya çıktığı görülmektedir.

Bunun yanında, bir diğer kriter olan haftalık 40-45 saat çalışanlarda ruhsal bozukluk görülmemişken; 45-50 saat arası çalışanlarda tüm ruhsal bozukluk belirtilerine rastlanmış, 50 saat ve üstü çalışanlarda ise öfke-düşmanlık ve psikotizm dışındaki tüm ruhsal bozukluk belirtilerine rastlanmıştır.

Aylık fazla mesai saatleri incelendiğinde, uygulanan tüm parametrelerde haftalık çalışma saatleriyle benzer bir değişim gözlenmiştir. Fazla mesai ile SCL-90-R genel semptom envanteri arasında anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.28. Hemşirelerin Subjektif İş Yaşam Kaliteleriyle İlgili Verilerin Dağılımı

Ölçekler ve alt boyutları	Subjektif iş yaşam kalitesi	Ortalama	Standart sapma	p
PUKİ Toplam	Mükemmel	2,00	1,41	0,00
	Çok iyi	4,11	2,17	
	İyi	6,65	3,97	
	Kötü	8,81	3,64	
	Çok kötü	10,42	3,99	
SCL-90-R Somatizasyon	Mükemmel	0,41	0,35	0,00
	Çok iyi	0,56	0,58	
	İyi	0,88	0,80	
	Kötü	1,20	0,93	
	Çok kötü	1,76	0,83	
SCL-90-R Obsesif kompulsif	Mükemmel	0,55	0,63	0,000
	Çok iyi	0,62	0,62	
	İyi	1,04	0,89	
	Kötü	1,44	1,04	
	Çok kötü	2,27	0,79	
SCL-90-R Kişilerarası duyarlılık	Mükemmel	0,11	0,15	0,000
	Çok iyi	0,54	0,45	
	İyi	0,79	0,74	
	Kötü	1,02	0,88	
	Çok kötü	1,78	0,91	
SCL-90-R Depresyon	Mükemmel	0,26	0,38	0,002
	Çok iyi	0,47	0,47	
	İyi	0,81	0,82	
	Kötü	1,05	0,90	
	Çok kötü	1,61	1,02	
SCL- 90-R Anksiyete	Mükemmel	0,45	0,63	0,000
	Çok iyi	0,54	0,58	
	İyi	0,96	0,84	
	Kötü	1,35	1,06	
	Çok kötü	1,81	0,74	
SCL- 90-R Öfke düşmanlık	Mükemmel	0,16	0,23	0,009
	Çok iyi	0,49	0,75	
	İyi	0,68	0,79	
	Kötü	0,92	0,96	
	Çok kötü	1,40	1,01	

Ölçekler ve alt boyutları	Subjektif iş yaşam kalitesi	Ortalama	Standart sapma	p
SCL- 90-R Fobik anksiyete	Mükemmel	0,00	0,00	0,000
	Çok iyi	0,57	0,53	
	İyi	0,87	0,81	
	Kötü	1,15	0,96	
	Çok kötü	1,89	0,91	
SCL- 90-R Paranoid	Mükemmel	0,58	0,35	0,000
	Çok iyi	0,48	0,65	
	İyi	0,82	0,78	
	Kötü	1,15	1,04	
	Çok kötü	1,70	0,79	
SCL- 90-R Psikotizm	Mükemmel	0,10	0,14	0,001
	Çok iyi	0,32	0,50	
	İyi	0,50	0,72	
	Kötü	0,80	0,94	
	Çok kötü	1,26	0,90	
SCL- 90-R Ek Skala	Mükemmel	0,28	0,20	0,002
	Çok iyi	0,58	0,53	
	İyi	0,91	0,86	
	Kötü	1,20	1,11	
	Çok kötü	1,78	0,92	
SCL- 90-R Genel toplam	Mükemmel	0,30	0,32	0,000
	Çok iyi	0,51	0,51	
	İyi	0,83	0,75	
	Kötü	1,13	0,93	
	Çok kötü	1,73	0,80	

Hemşirelerin iş yaşam kalitelerini kendi algıları göre 5 boyutta verdikleri cevaplarla oluşturulan bu tablodaki veriler arasındaki ilişki uyku kalitesi ve ruhsal durum envanterine göre anlamlı görülmüştür.

Yaşam kalitesini mükemmel ve çok iyi olarak yorumlayan hemşirelerin, iyi uyku kalitesine sahip oldukları görülürken; diğer cevapları verenlerde de kötü uyku kalitesi görülmesine rağmen, yaşam kalitesi ile uyku kalitesi doğru orantılı olarak azalmıştır.

SCL-90-R' ye göre de yorumlanan tüm iş yaşam kalitesi verilerine göre, mükemmel ve çok iyi cevaplarını verenlerde ruhsal bozukluk belirtisi bulunmadığı; iyi cevabı verenlerde sadece obsesif kompulsif bozukluk olduğu; kötü cevabını verenlerde öfke-düşmanlık ve psikotizm dışındaki tüm ruhsal bozuklukların olduğu; çok kötü cevabını veren hemşirelerde ise tüm ruhsal bozukluk belirtilerinin olduğu görülmektedir.

Anketlerin uygulandığı hemşirelerden günlük hayatta yoğun olarak hissettikleri bir şikayet varsa yazılması istendiğinde herhangi bir seçenek verilmemesine karşın; değerlendirmeye alınan dört şikayetten biri kişiler tarafından yazılmış ya da bu soruyu cevapsız bırakmıştır. Soruyu cevapsız bırakanların cevapları şikayetim yok olarak değerlendirilmiş olup bu kişilerin sayısı 112'dir. Soruya yorgunluk cevabını verenlerin sayısı 20, ağrı cevabını verenlerin sayısı 9, endişe ve stres olarak cevaplandırılanların sayısı 20 iken gün içinde düşünceli olma hali cevabını veren 11 kişi bulunmaktadır.

Şikayetim yok cevabını veren hemşirelerde de kötü uyku kalitesine rastlanırken diğer cevapları verenlere göre, çok daha iyi düzeyde uyku kalitesine sahip oldukları gözlenmektedir. Bununla birlikte bu kişilerde hiçbir ruhsal bozukluk belirtisine rastlanmamıştır.

Tablo 3.29. Hemşirelerin Günlük Şikayetleri İle İlgili Verilerin Dağılımı

Ölçekler ve alt boyutları	Şikayet	Ortalama	Stardart sapma	p
PUKİ Toplam	Yorgunluk	9,10	3,86	0,000
	Ağrı	9,33	3,50	
	Endişe,Stres	8,70	2,61	
	Düşenleli olma	9,18	5,09	
	Şikayet yok	6,35	3,95	
SCL-90-R Somatizasyon	Yorgunluk	1,47	0,98	0,002
	Ağrı	1,40	1,47	
	Endişe,Stres	1,47	0,91	
	Düşenleli olma	1,24	0,97	
	Şikayet yok	0,81	0,70	
SCL-90-R Obsesif kompulsif	Yorgunluk	1,81	1,02	0,000
	Ağrı	1,44	1,30	
	Endişe,Stres	1,81	1,02	
	Düşenleli olma	1,39	1,05	
	Şikayet yok	0,99	1,86	
SCL-90-R Kişilerarası duyarlılık	Yorgunluk	1,28	0,79	0,011
	Ağrı	1,00	1,11	
	Endişe,Stres	1,29	0,96	
	Düşenleli olma	0,84	0,90	
	Şikayet yok	0,78	0,76	
SCL-90-R Depresyon	Yorgunluk	1,37	1,01	0,009
	Ağrı	1,14	1,27	
	Endişe,Stres	1,25	0,91	
	Düşenleli olma	0,97	0,80	
	Şikayet yok	0,75	0,77	
SCL- 90-R Anksiyete	Yorgunluk	1,64	0,99	0,003
	Ağrı	1,23	1,22	
	Endişe,Stres	1,65	1,22	
	Düşenleli olma	1,13	0,81	
	Şikayet yok	0,91	0,80	
SCL- 90-R Öfke düşmanlık	Yorgunluk	1,34	0,97	0,001
	Ağrı	1,37	1,20	
	Endişe,Stres	1,10	1,07	
	Düşenleli olma	0,66	0,81	
	Şikayet yok	0,61	0,75	
SCL- 90-R Fobik anksiyete	Yorgunluk	1,70	0,96	0,001
	Ağrı	1,09	1,07	
	Endişe,Stres	1,30	1,00	
	Düşenceli olma	1,00	0,84	
	Şikayet yok	0,83	0,81	

Ölçekler ve alt boyutları	Şikayet	Ortalama	Stardart sapma	p
SCL- 90-R Psikotizm	Yorgunluk	1,00	0,82	0,008
	Ağrı	0,90	1,18	
	Endişe,Stres	1,03	1,08	
	Düşenleli olma	0,65	0,77	
	Şikayet yok	0,49	0,71	
SCL- 90-R Ek Skala	Yorgunluk	1,65	1,04	0,001
	Ağrı	1,12	1,23	
	Endişe,Stres	1,55	1,21	
	Düşenleli olma	1,07	1,05	
	Şikayet yok	0,83	0,80	
SCL- 90-R Genel toplam	Yorgunluk	1,46	0,88	0,001
	Ağrı	1,20	1,18	
	Endişe,Stres	1,40	0,99	
	Düşenleli olma	1,02	0,83	
	Şikayet yok	0,78	0,73	

Tablo 3.28'e bakıldığında, yorgunluk ve endişe- stres cevabını verenlerin ortalama değerleri birbirine daha yakın olmakla birlikte, tüm SCL-90-R alt boyutlarının en yüksek ortalama değerleri yine bu iki belirtide gözlenmiştir. Sadece öfke ve düşmanlık ruhsal bozukluğunda, ağrı şikayetini cevap olarak verenlerin ortalama değerleri daha yüksek görülmüştür.

4. TARTIŞMA

Bu çalışmada; araştırmaya katılan 172 hemşirenin yardımıyla, vardiyalı çalışma sisteminin, uyku kalitesi ve ruhsal duruma etkisinin olup olmadığı incelenmiştir. Bu amaçla Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve SCL-90-R Ruhsal Belirti Tarama Testi'nin yanı sıra araştırmacı tarafından hazırlanan bireysel bilgi formundan yararlanılmıştır.

Çalışmaya katılanların verdikleri cevaplara göre, PUKİ (Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi) verileri ile SCL-90-R (Ruhsal Belirti Tarama Testi) alt boyutları karşılaştırıldığında tüm veriler birbiriyle anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Bireysel bilgi formundaki sorulara bakıldığında; 35 yaşın altındaki ve bekar olan hemşirelerin daha çok nöbetli çalıştığı dolayısıyla çalışma yılı arttıkça nöbetli çalışma oranının azaldığı görülmüştür. ($p < 0,05$). Nöbet şeklinde çalışma, cerrahi birimlerde diğer birimlere göre daha çok görülmüştür.

Hemşire başına düşen hasta sayısı ile vardiyalı şekli karşılaştırıldığında ise 10 hastadan sonra tüm birimler arasındaki fark nispeten daha az görülmüştür. Bunun nedeni ise sıklıkla nöbet tutulan birimler olan cerrahi ve dahili birimlerdeki hastaların; bağımlılık derecelerinin daha yüksek olması ve daha çok hemşirelik bakımına ihtiyaç duymalarına bağlanmaktadır. Bu da bize poliklinik, tanı-tedavi ve kan alma hemşirelerinin; dahili ve cerrahi birimlerde hemşirelik bakımı uygulaması yapılan süre zarfında daha çok sayıda hasta ile ilgilendiklerini düşündürmektedir.

Haftalık çalışma saati 45 saatin üstünde olanların sayısına bakıldığında nöbetli çalışanların sayısının gündüz çalışanların sayısının iki katından fazla olduğu, çalışma saati arttıkça nöbetli çalışan sayısında da artış olduğu görülmüştür. Bununla bağlantılı olarak, nöbetli çalışanların daha fazla mesai yaptıkları belirlenmiştir.

Bunun yanında hemşirelerin subjektif değerlendirmeleri sonucu iş yaşam kalitelerinin nöbetli çalışanlarda sürekli gündüz çalışanlara oranla daha kötü olduğu sonucu ortaya çıkmıştır ($p<0,05$). Ancak günlük şikayetlerin vardiya sistemiyle anlamlı bir ilişkisi gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Çalışma, üniversite hastanesi ve özel hastane olmak üzere iki ayrı hastane grubunda yürütüldüğünden; her iki tür hastane çalışanlarında da kötü uyku kalitesi saptanmış, aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. Ancak özel hastanelerde çalışanların daha kötü uyku kalitesine sahip oldukları gözlenmiştir. Literatürde bununla ilgili bir veriye rastlanmamakla birlikte Günaydın (2013) bir devlet hastanesinde yaptığı çalışmada, hemşirelerin kötü uyku kalitesine sahip oldukları, bunun hem fiziksel hem de ruhsal durum üzerinde olumsuz etkileri olduğunu belirtmiştir.

Ayrıca farklı hastanelerde çalışan hemşirelerin, SCL-90-R genel toplam değerlerine bakıldığında özel hastanelerin ruhsal durum bozukluklarının psikopatolojik sınırın üzerinde kaldığı, üniversite hastanesi çalışanlarının ise sınırın hemen altında olduğu gözlenmektedir. Özgür (2007)'de bir üniversite hastanesinde yaptığı çalışmada hemşirelerin ruhsal belirti düzeylerinin hastalık düzeyinde olmadığı sonucuna varmıştır.

Özel hastanelerdeki uyku kalitesinin ve ruhsal bozuklukların üniversite hastanesine göre daha kötü durumda olması; özel hastanedeki hemşirelerin haftalık çalışma

saatlerinin daha az olmasına, iş güvencesinin olmayışına, ekonomik açıdan doyum sağlanamamasına bağlı olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda uyku kalitesi ile yaş kriteri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Yaş ile uyku kalitesi incelendiğinde, 18-24 yaş arası hemşirelerin kötü uyku kalitesine sahip oldukları görülürken, 45 yaş üstü hemşirelerde uyku bozukluğu olmadığı dikkati çekmekte olup, uyku kalitesinin yaş ile doğru orantılı olarak arttığı saptanmıştır. Bu durum Bingöl (2006)'ün 20-24 yaş grubu hemşirelerin, 35 yaş üstü gruba göre daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu bulgusuyla benzerlik taşımaktadır. Bunun yanında Bingöl (2006)'da yaş arttıkça, uyku ihtiyacının azaldığını da vurgulamaktadır.

Yaş ile uyku kalitesinin de artması, en belirgin farkın gözlendiği 18-25 yaş aralığı ile 45 yaş üstü iki grubun sonuçları karşılaştırıldığında anlaşılabilir. İlk grubun 54 kişiden oluştuğu; bunlardan 12'sinin sabit vardiyalı (gündüz), 42 tanesi ise değişken vardiyalı (nöbetli) çalıştığı görülmektedir. İkinci grubun ise 37 kişiden oluştuğu ve sadece 2'sinin değişken vardiyalı, kalan 35'inin ise gündüz şartlarında hizmet veren kliniklerde çalıştıkları görülmektedir Aynı zamanda yaş ve çalışma yılının artmasıyla çalışma şartlarında ve saatlerinde kurum insiyatifiyle esneklik uygulanmış olabileceği ifade edilebilir. Bu durum evli olanların yaşça daha büyük olmasına dolayısıyla çalıştıkları kliniklerin farklı oluşuna ve nöbet sayılarının daha fazla olmasına bağlanabilir. Vardiyalı çalışma durumunun da etkisi olduğu düşünülmekle birlikte yaş ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Pittsburgu Uyku Kalitesi İndeksi alt boyutları olan; subjektif uyku kalitesi, uyku latensi, uyku etkinliği, uyku bozukluğu, gündüz fonksiyon bozukluğu alt boyutları ile vardiya ilişkisi karşılaştırıldığında sonuç anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Ancak uyku süresi, uyku ilacı kullanımı alt boyutları ile vardiya arasında anlamlılık ($p>0,05$)

görülmemiştir. Eryavuz (2007) çalışmasında, toplumdaki yetişkin kişilerin de %15-35'inde uykuyu devam ettirme ve uykuya dalma zorluğu gibi uyku kalitesini ilgilendiren bozukluklarının olduğunu belirtmiştir.

Uyku kalitesi ve ruhsal bozukluklar ile medeni durum arasında anlamlı bir fark bulunmakla birlikte ($p<0,05$), ortalama değerlere bakıldığında, bekarların evlilere oranla daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu ve ruhsal durumlarının öfke-düşmanlık, psikotizm alt boyutları dışında psikopatolojik seviyede olduğu saptanmıştır.

Watanabe ve arkadaşlarının (2004) bir Japon hastanesinde yaptıkları çalışmada da vardiya değişiminin uykuya etkisinin evlilerde bekarlara göre daha az olduğu belirlemiştir. Bingöl'ün de (2006) çalışmasında bekar hemşirelerin uyku kalitesinin evli olanlara göre daha düşük bulunduğu bulguları çalışmamızla benzerlik taşımaktadır. Üstün ve Yücel (2011) de yaptıkları çalışmada hemşirelerin uyku kalitesinin iyi olma nedeninin %61,9'unun bekar olmasına, evli olanların da dört yaş ve üzeri (bakım gereksinimi az olan) çocuklarının olmasına bağladığı görülmekle birlikte bizim çalışmamızla örtüşmemektedir.

Yapılan bu çalışmada, hemşirelerin çalıştığı klinik de uyku kalitesi ve ruhsal bozukluklar açısından ayırıcı bir kriterdir ($p<0,05$). PUKİ ve SCL-90-R'nin tüm alt boyutlarında cerrahi birimlerde çalışan hemşireler en yüksek ortalamayı almıştır. Cerrahi birimlere en yakın birim ise dahili birimlere ait servis ve yoğun bakım hemşireleridir. Uyku kalitesi en iyi olan çalışma birimi polikliniklerken; tanı-tedavi birimleri olarak adlandırılan diyaliz, örnek kan alma birimi, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp birimlerinde çalışan hemşirelerde genel ruhsal durum daha iyi görülmüştür.

Günaydın (2013)'deki çalışmasında, çalışma pozisyonu ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bununla birlikte Üstün ve Yücel'in (2011) çalışmasında yönetici hemşirelerin uyku kalitesinin daha iyi olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür. Bu nedenlerle çalışmamız bu iki çalışmayla da örtüşmemektedir.

Özgür (2007) çalışmasında, SCL-90-R'nin tüm alt boyutlarını çalıştıkları yere göre incelediğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Çavuş (2006) bir üniversitenin iki eğitim ve araştırma hastanesi yoğun bakım ünitelerinde hemşirelerin ruhsal durumlarını değerlendirmek amacıyla yaptığı araştırmasında hemşirelerin çalıştıkları yer ile ruhsal durumları arasında bir ilişki saptamıştır. Benzer şekilde, Gürdağ (2007) çalışmasında somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, obsesif-kompulsif bozukluk ve öfke düşmanlık alt ölçek puanları ile çalışılan yer arasında anlamlı ilişki bulmuştur. Ancak Yılmaz ve arkadaşlarının (2006) çalışmalarında hemşirelerin çalıştıkları yer ile SCL-90-R alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptamamıştır.

Çalışmamızda meslekteki çalışma süreleri incelenen hemşirelerin bulgularına bakıldığında toplamda iki yıldan daha az süre çalışan hemşirelerin uyku kalitesi ve ruhsal durumlarının çok kötü durumda olduğu görülmüştür. Çalışma süresi arttıkça, uyku kalitesi ve ruhsal durumlarında iyiye doğru yükseliş gözlenmektedir. Ancak uyku kalitesinde de SCL-90-R'nin tüm alt boyutlarında da, tam bir iyi olma durumu meslekte otuz yıl çalıştıktan sonra ortaya çıktığı görülmüştür. Sönmez (2006) çalışmasında, uyku kalitesi ile çalışma yılı arasında ileri derecede anlamlı bir fark olduğunu, 10 yıl üzeri çalışma yılı olanların uyku kalitesi puanının daha düşük (uyku kalitesinin kötü) olduğunu, 10 yıldan az çalışma yılı olanların ise uyku kalitesi puanının daha yüksek (uyku kalitesinin iyi) olduğunu saptamıştır.

İlgilenilen hasta sayısı artışı ile uyku kalitesi ve ruhsal bozukluk değerleri arasında bir anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Vardiyalı çalışanlarla sürekli gündüz çalışanlar karşılaştırıldığında ise görülen sonuç beklenen sonuçla örtüşmektedir. Çalışmanın dağılımına bakıldığında 84 kişi sadece gündüz mesaisinde, 88 kişi ise dönüşümlü vardiya sistemi ile çalışmaktadır. Uyku kalitesi ölçeğine bakıldığında, her iki grupta da uyku kalitesi kötü olarak tanımlanabilmektedir. Ancak ortalama değerlere ve her iki grup arasındaki anlamlılık seviyesine bakıldığında -nöbet sistemi ile çalışanlarda olumsuz yönde olmakla birlikte- anlamlı düzeyde bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). SCL-90-R alt boyutları ve genel toplam değerlerinde ise nöbet tutanların psikotizm hariç tüm alt boyutlarda psikopatolojik seviyede ruhsal bozukluklarının olduğu görülmüştür. Gündüz çalışanlarda ise hiçbir psikolojik bozukluk belirtisine rastlanmamıştır. Öztuna (2013) genellikle dönüşümlü vardiyada çalışan hemşirelerin, Kısa Semptom Envanterinden aldıkları toplam puanların, sabit vardiyada çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Günaydın (2013) uyku kalitesi ile çalışma şekli arasında, gece-gündüz değişen vardiya sistemi ile çalışan hemşirelerin, sadece gündüz ya da sadece gece çalışan hemşirelere göre uyku kalitesinin daha düşük olduğunu belirtmiştir. Kunert ve arkadaşları (2007) gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin uyku kalitesi toplam puan ortalamalarının gece vardiyasında çalışan hemşirelere göre daha iyi olduğunu belirtmiştir. Axelsson ve arkadaşları (2004) ise çalışmalarında bilişsel uyanma ve uyku kalitesinin sirkadiyen ritim ve homeostatik beyin işlemleri ile belirlendiği; vardiya şeklinde çalışmanın günlük biyolojik ritmi bozduğu, beyindeki homeostatik uyku yöneticisinin çalışmasını bozduğu ve akut toplam uyku yoksunluğu yaptığı ya da bireyde kronik kısa uyku programları ortaya çıkardığı sonucuna varmıştır. Takahashi ve arkadaşları (2008) tarafından Japonya'da gerçekleştirilen bir araştırmada ise evde hemşirelik hizmeti veren 775 hemşirede, vardiya dönemlerinin hemşirelerin uyku kalitelerine olan etkileri araştırılmıştır. Hemşireler vardiyalı ve

vardiyasız çalışmalarına göre gruplandırılarak yaşam tarzları, performansları, uyku düzenleri hakkında sorulara yanıt aranmıştır. Kötü uyku kalitesi oranı vardiyasız çalışan grupta %13,8, vardiyalı çalışan grupta ise bu oran %24,9 olarak saptanmıştır. Zverev ve Misiri (2009), gece vardiyalı çalışmanın uyku kalitesini olumsuz etkilediğini ve gece vardiyasının etkilerinin ertesinde yorgunluğa neden olduğunu belirtmiştir.

5. SONUÇ

Bir üniversite hastanesi ve üç farklı özel hastanede yürütülen bu çalışmada; hemşirelerin dönüşümlü vardiya sistemiyle çalışmalarının, sürekli gündüz çalışanlara oranla uyku kaliteleri ve ruhsal bozukluklarında oldukça olumsuz etkisi olduğu görülmüştür. Hemşirelerin uyku kalitesi ile ruhsal sağlık durumları arasında da pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Aynı zamanda hemşirelerin uyku kalitesi ve ruhsal belirti düzeyleri öngörülen faktörlerden de etkilenmiştir. Bu faktörlerin başlıcaları; çalışılan klinik, meslekte geçirilen süre, yaş, çalışılan hastane, kişi başına düşen hasta sayısı, medeni durum ve haftalık çalışma saatidir. Bu faktörler ile çalışma şeklinin arasındaki ilişkiye bakıldığında ise oldukça anlamlı bulgulara rastlanmıştır.

Çalışılan klinik değerlendirmesinde en belirgin sonuçlar cerrahi kliniklerde görülmüştür. Cerrahi kliniklerde çalışanların büyük çoğunluğunu ise meslekte beş yılın altında çalışan hemşireler oluşturmaktadır ki bu hemşirelerin uyku kalitesi diğer tüm gruplara göre daha düşük, ruhsal durumları ise daha kötüdür. Bunun nedenin ise cerrahi kliniklerde yatan hastaların bağımlılık düzeylerinin diğer kliniklerde karşılaşılan hastaların bağımlılık düzeylerinden daha yüksek olması ve daha çok bakım ihtiyaçlarının olmasıyla açıklanabilmektedir.

Bu bulguyu destekleyen kişi başına düşen hasta sayısı verileri incelendiğinde; polikliniklerde ve tanı-tedavi klinikleri olarak adlandırılan kliniklerde gün içinde ayaktan tedavi gören hasta sayısının fazla olduğu görülse de, bu birimlerde çalışan hemşirelerin uyku kaliteleri ve ruhsal durumlarında daha iyi sonuçlara rastlanmaktadır.

Araştırmanın amaçlarından biri olan hemşirelerin subjektif şikayetleri ile objektif verilerin karşılaştırılması sonucunda; iş yaşam kalitesini “mükemmel” olarak değerlendiren hemşirelerde uyku kaliteleri ve ruhsal durumları en iyi düzeyde görülürken; “çok kötü” ifadeleriyle değerlendiren hemşirelerin en kötü uyku kalitesine sahip oldukları sonucuna ulaşılmış, tüm ruhsal belirtilerinin psikopatolojik

boyutlarda olduğu görülmüştür. Subjektif yaşam kalitesini en kötü olarak değerlendiren birim ise cerrahi birimlerdir.

Aynı zamanda günlük hayatta sıklıkla karşılaşılan yorgunluk, ağrı, endişe-stres, gün içerisinde düşünceli olma hali olanların, şikayeti olmayanlara göre; incelenen parametreler doğrultusunda yakınmalarının doğruluğu istatistiksel verilerle kanıtlanmıştır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda sunulabilecek öneriler şu şekildedir.

- Cerrahi ünitelerde görev yapan tüm sağlık çalışanları ve hemşireler, kendilerinde uyku bozukluğu, uyku bozukluklarına bağlı tıbbi hatalara yatkınlık, performans düşüklüğü olabileceği konusunda bilgilendirilmeli ve bu konuda destek almaları sağlanmalıdır.
- Hemşirelerin çalışma ve dinlenme saatleri ILO ve diğer ülkelerin (ABD, Avustralya,) Hemşireler Birliği kriterlerine uygun şekilde düzenlenmesi; bu şekilde uyku siklusunun korunmasına, kalitesinin artırılmasına yardımcı olunmalıdır.
- Belirli aralıklarla kişilerin kamu hizmetlerinden de faydalanabileceği saatlerde kişiye çalışma saati dışında boşluklar bırakılmalıdır.
- Çalışma saatleri sosyal yaşama daha uygun olarak düzenlenmeli, gerekirse çalışanların faydalanabileceği sosyal bir ortam oluşturulmalıdır.
- Vardiya listeleri haftalık çalışma saatleri göz önünde tutularak adil bir şekilde düzenlenmelidir.

- Kliniklerde çalışan hemşire sayısı, sadece hastaların sayısına göre değil, hastaların nitelikleri ön planda tutularak da değerlendirmeye alınmalı, çalışan sayısı yeterli düzeye getirilmelidir.
- Hemşirelerin ve kurum yöneticilerinin daha kaliteli uyku için yapılması gerekenler konusunda, uykunun fizyolojik ve ruhsal önemini vurgulayan eğitim programları düzenlenmeli, duyarlılıkları artırılmalıdır.
- Hemşirelik mesleğini ilerletmek ve daha idealist bireylerin yetişmesine katkıda bulunabilmek amacıyla, mesleğe yeni başlayan meslektaşlarımıza yeterli desteği göstermeli, kıdem farkının getirdiği olanakların daha adil seviyelerde olması sağlanmalıdır.

ÖZET

Hemşirelerde Çalışma Düzeninin Uyku Kalitesi Ve Ruhsal Durum Üzerine Etkisi

Bu çalışma vardiyalı çalışma sisteminin hemşirelerin uyku kalitesi ve ruhsal durumlarına olan etkisini saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemi; Ekim 2014-Şubat 2015 tarihleri arasında İzmir ilinde bulunan özel hastane ve üniversite hastanelerinde görev yapan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve kullanılan form ve ölçekleri eksiksiz dolduran, 172 hemşireden oluşmaktadır.

Araştırmanın verilerin toplanmasında; Bireysel Bilgi Formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve SCL- 90-R Psikolojik Belirti Tarama Testi kullanılmıştır. Çalışmaya alınan hemşirelerin, %62,8'i üniversite hastanelerinde, %37,2'si özel hastanelerde çalışmaktadır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %49,4'ü cerrahi birimlerde, %33,1'i 2-10 yıl arası, %48.8'i sürekli gündüz vardiyasında, %51,2'si nöbetli çalıştığı saptanmıştır.Uygulanan anketlerin sonucunda verilen cevaplara göre Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ile SCL-90-R alt boyutları istatistiksel olarak ilişkili bulunmuştur ($p < 0,05$).

Pittsburg uyku kalitesi alt boyutlarına bakıldığında, subjektif uyku kalitesi, uyku latensi, uyku etkinliği, uyku bozukluğu, gündüz fonksiyon bozukluğu alt boyutları ile vardiya ilişkisi anlamlı bulunmuşken ($p < 0.05$); uyku süresi, uyku ilacı kullanımı alt boyutları ile vardiya arasında anlamlılık ($p > 0.05$) görülmemiştir.

Hemşirelerin SCL-90-R alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde ise; obsesif-kompulsif (1,23), somatizasyon (1,02), anksiyete (1,11), fobik anksiyete (1,01), hemşirelerde en sık görülen ruhsal belirtiler olmuştur.

Ayrıca, nöbetli çalışan hemşirelerin daha kötü uyku kalitesine sahip oldukları ve yine nöbetli çalışan hemşirelerin ruhsal durumlarının, psikotizm alt boyutu dışındaki tüm ruhsal bozukluk belirtilerinin psikopatolojik sınırın üstünde olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak, nöbetli çalışmanın uyku kalitesine ve ruhsal duruma olumsuz etkisi olduğu saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: vardiya, hemşire, uyku kalitesi, ruhsal bozukluk

ABSTRACT

The Effect of Working Schedule of the Nurses on Their Sleep Quality and State of Mind

This study has been carried out as a descriptive study in order to determine the effect of shift work on the sleep quality and state of mind of the nurses.

Sampling of the study is composed of 172 nurses who work in private hospitals and university hospitals in İzmir between October 2014 and February 2015, accepting to participate in the study and completely filling the forms and measurements used in the study.

Individual Information Form, Pittsburgh Index of Sleep Quality and SCL-90-R Scanning Test of Psychological Signs have been used in data collection. 62,8 % of the nurses who are included in the study work in university hospitals while 37,2 % of them work in private hospitals. It has been determined that 49,4 % of the nurses participating in the study work in surgery units, 33,1 % of them have been working work between 2 and 10 years, 48.8 % of them work constantly in day shift while 51,2 % of them work in shifts.

In accordance with the answers given at the end of the surveys applied in the study, Pittsburg Index of Sleep Quality and SCL-90-R sub-dimensions have statistically been correlated ($p < 0,05$).

When the sub-dimensions of Pittsburg sleep quality are considered, the relationship among the sub-dimensions of subjective sleep quality, sleep latency (the duration of dropping off), sleep efficiency, sleep disorder, day function and the shift has been found substantial ($p < 0,05$) while there has been determined no substantiality among the sub-dimensions of sleep duration, sleeping pills usage and the shift ($p > 0,05$).

When sub-dimension average scores of the nurses are analyzed, it has been observed that the most common psychological signs of the nurses are obsessive - compulsive (1,23), somatisation (1,02), anxiety (1,11), phobis anxiety (1,01) disorders.

Moreover; it has been found that the nurses working in shifts have a worse sleep quality and their all psychological disorder signs, except for psychoticism, are above the psychopathological limit.

As a conclusion, it has been determined that shift work has a negative effect on sleep quality and the state of mind.

Keywords: shift, nurse, surgical unit, sleep quality, psychological disorder

KAYNAKLAR

- AĞARGÜN, MY., KARA, H., ANLAR, Ö., (1996). Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliliği Ve Güvenirliliği. Türk Psikiyatri Dergisi 7(2): 107-115.
- AKAN, Y., SOĞANCIOĞLU, Ş., PAMUKÇU, F. (1989). "Vardiya Çalışmasının Yarattığı Stres", 2. Ulusal Ergonomi Kongresi, MPM Yayın No: 379, Ankara.
- AYDEMİR, Ö., KÖROĞLU, E., (2000). Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, Hekimler Yayın Birliği, 33- 41.
- AXELSSON, J., AKERSTEDT, T., KECKLUND, G., LOWDEN, A. (2004). Tolerance to shift work-how does it relate to sleep and wakefulness? Int Arch Occup Environ Health, 77(4): 121-129.
- BOZKURT, Ö. (2002). Ağaç İşleri Mobilya Endüstrisinde Çalışma Süreleri ve İşgücü Verimliliği İlişkisinin Araştırılması, Hacettepe Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Ağaç İşleri Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı Yüksek Mühendislik Tezi, Ankara
- BALTAŞ, A., BALTAŞ, Z. (2004). Stres Ve Başa çıkma Yolları. Remzi Kitabevi, 22.Basım, İstanbul.
- BALTAŞ, Z.(2000) Sağlık Psikolojisi. Remzi Kitabevi, İstanbul
- BERGER, A., HOBBS, B., (2005). Impact Of Shift Work On The Health And Safety Of Nurses And Patients. Clinical Journal Of Oncology Nursing. 10(4):465- 71.
- BİLAZER, F., KONCA, G., UĞUR, S., UÇAK, H, ERDEMİR, F., ÇITAK, E., (2008) 7 Gün-24 Saat/ Hasta Başında Türkiye'de Hemşirelerin Çalışma Koşulları. Türk Hemşireler Derneği. Ankara.
- BİNGÖL, N., (2006). Hemşirelerin Uyku Kalitesi, İş Doymu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- BLACHOWICZ, E., LETIZIA, M., (2006) The Challenges Of Shift Work. Medsurg Nursing. s. 15:274-80.
- BOULIN, J., CETTE, G.,TADDEI, D. (1993); "A Major Change in Working Time", Futures, Vol. 25, No: 5.
- BUSHBAUM, M.S. (2001). Positron Emission Tomography With Deoxyglucose –F 18 İmaging Of Sleep. Neuropsychopharmacology, 25: 50-56.
- CAMKURT, MZ., (2007) İşyeri Çalışma Sistemi Ve İşyeri Fiziksel Faktörlerinin İş Kazaları Üzerindeki Etkisi. Tühis İş Hukuku Ve İktisat Dergisi. 20(6):12-7.

- CHRISTENSEN, M., TAYLOR, H., (2006). Defining The Expert ICU Nurse, Intensive Care Nursing, 1:3-4.
- CLARKE, DM., SMİTH, GC., (2000). Somatisation. What is it? Aust Fam Physician, 29:109-113.
- ÇAVUŞ, E., (2006). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- ÇELİKKOL, A., (2001). Çağdaş İş Yaşamında Ruh Sağlığı, Melisa Matbaacılık, İstanbul.
- ÇOLAK, G., (2011). Atipik Çalışma Saatleri Ve Zorlukları
<http://www.sdplatform.com/Dergi/338/Atipik-calisma-saatleri-ve-zorluklari.aspx>
Ulaşım tarihi: 10.04.2015.
- DEMIRBILEK T., Vardiyalı Çalışmanın Kadının Aile ve Sosyal Yaşamına Etkisi, SÜ. İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi.
- DEMOSS, C., MCGRAIL, M., HAUS, E., CRAIN, L., ASCHE, S. (2004). Health And Performance Factors In Health Care Shift Workers. Journal of Occupational Enviromental Medicine. 46(12):1278-81.
- ERKAN, N. (2003). Verimlilik, Sağlık ve Güvenlik İçin İnsan Faktörü Mühendisliği ERGONOMİ, Milli Produktivite Merkezi Yayınları No: 373.
- ERKAN, N. (1995). Ergonomi, MPM Yayın No: 373, Ankara.
- YAVUZ, S., ÖZDEMİR, G.P., OZDEMİR, O., BESİROĞLU, L., AYDIN, A., (2010) Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010;23:238-243.
- ERYAVUZ, N., (2007). Hemodiyaliz Ve Periton Diyalizi Hastalarında Uyku Kalitesinin Karşılaştırılması, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyon
- ENGİN, E., ÖZGÜR, G. (2004). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Uyku Düzen Özelliklerinin İş Doyumu ile İlişkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 20(2): 45-55.
- ERTEKİN, Ş., DOĞAN, O. (1999). Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi.(VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı). Erzurum, 222-227.

- ERANSAL, YC. (1993).Vardiya Çalışmasının Ergonomik Tasarımı, Doktora Tezi, İTÜ Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- HUGHES, R., STONE, P. (2004).The Perils of Shift Work; Evening Shift, Night Shift And Rotating Shifts: Are They For You?. Ajn. 104(9):60-3.
- ILO Ansiklopedisi, <http://www.ilo.org/encyclopedia/PartV>, Psychosocial and Organizational Factors, Erişim tarihi 08.06.2007.
- İNCİR, G. (1998). Çoklu Vardiya Çalışmasının Ergonomik Tasarımı, Milli Produktivite Merkezi Yayınları No: 624.
- GEDİKLİ, F.G., (2008)Otomotiv Sektöründe Faaliyet Gösteren Bir İşyerinde Vardiya Sistemi İle Yapılan Çalışmanın Sağlık ve Güvenlik Üzerine Etkileri, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İş Sağlığı Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- GÜLER, Ç. (2004). Ergonomi, Palme Yayıncılık.
- GÜNAYDIN, N. (2011). Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Uyku Kalitesi ve Genel Ruhsal Durumlarına Etkisi.
- GÜRDAĞ, Ş. (2007). KKTC Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi' inde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Yayınlanmamış Mezuniyet Tezi, İzmir.
- İŞIKHAN, V., (2004).Çalışma Hayatında Stres Ve Basa Çıkma Yolları. Sandal Yayınları, Ankara.
- KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J. (2004). Synopsis Of Psychiatry. (Çev: Abay, E.) Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- KESEBİR, S., (2004).Depresyon Ve Somatizasyon, Klinik Psikiyatri, Ek 1, 14-19.
- KESEN, N. F., DENİZ, M. E., DURMUŞOĞLU, N. (2006). Ergenlerde Saldırganlık Ve Öfke Düzeyleri Arasındaki İlişki: Yetiştirme Yurtları Üzerinde Bir Araştırma.
- KILIÇ, S. (2011).Sağlıklı Bireylerde Uyku Yoksunluğu Sonrası Oluşan Duygulanım ve Bilişsel Süreçlerdeki Değişiklikler Ve Biyokimyasal Değişiklikler Arasındaki İlişki. Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Van.
- KIRAN, S., AYOĞLU, F., GÜLER, Ç. (2004). Vardiya Çalışması. Palme Yayıncılık. Ankara. S. 599-614.
- KİPER, S.(2008). Romatoid Artritli Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi. Afyon.

- KOZAK, Meryem Akoğlan (2000); “Konaklama Sektöründe Esnek Çalışma: Yöneticilerin Part-Time Çalışanlarla İlgili Algılamaları Üzerine Bir Araştırma”, Verimlilik Dergisi, Sayı: 1
- KÖKTÜRK, O. (2005). Uykuda solunum bozuklukları. Toraks Derneği Merkezi.
- KNUTTSSON, A.(2003). Health Disorders of Shift Workers, In Depth Review: Shift Work, Occupational Medicine, 53:103-108.
- KUNERT, K., KING, ML., KOLKHORST, FW. (2007). Fatigue and sleep quality in nurses. Journal Psychosocial Nursing and Mental Healthy Services, August, 45(8): 30-7.
- LAFÇI, D. (2009). Müziğin Kanser Hastalarının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana.
- MAYOU, R., SHARPE, M.(2003) Psikolojik Tıbbın Abc’si . Çev Ed.: ERKMEN, H., Ladin Matbaacılık, İstanbul.
- MÜFTÜOğLU, O. (2003). Yaşasın Hayat. Doğan Kitapevi. İstanbul.
- NOCK, S. L. (1987). Sociology of the Family, New Jersey.
- ÖRÜCÜ, E., YUMUŞAK, S. Ve BOZKIR, Y. (2006). Kalite Yönetimi Çerçevesinde Bankalarda Çalışan Personelin İş Tatmini Ve İş Tatminini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma. Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F. Yönetim Ve Ekonomi Dergisi, 13(1), 39-51.
- ÖZGÜR, G., GUMUS BABACAN AYSUN, GURDAG SİFA, (2011). Hastanede Çalışan Hemşirelerde Ruhsal Belirtilerin İncelenmesi,Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2011;24:296-305
- ÖZGÜR, G., YILDIRIM, S., AKTAŞ, N. (2007). Bir Üniversite Hastanesinin Ameliyathane Ve Yoğun Bakım Hemşirelerinde Ruhsal Durum Değerlendirmesi, C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008, 12(2)
- ÖZKALP, E. ve KIREL, A., (2001). “Yaşam Kalitesini Yükselten Temel Unsur Olarak İşin İnsancillaştırılması, Örgütsel Davranış Schulze.
- PERSSON, M., MARTENSSON, J. (2006). Situations Influencing Habits in Diet And Exercise Among Nurses Working Night Shift. Journal of Nursing Management. 14: 414-23.
- REGHUNANDANAN, V., REGHUNANDANAN, R. (2006). Neurotransmitters of the Suprachiasmatic Nuclei, Journal of Circadian Rhythms 4:2, doi:10.1186/1740-3391-4-2.

- ROGERS, B., Rn,Dr Ph. AND COHN-S, FAAN.(2003). Occupational Environmental Health Nursing, Concept and Practice, Philadelphia, 2nd, s.41-68.
- RUGGIERO, J., PEZZINO, J., (2006). Nurses Perceptions of The Advantages and Disadvantages Of Their Shift and Ork Shedules. Jona. 36(10):450-3.
- RUGGIERO, J., (2003). Correlates of Fatigue in Critical Care Nurses, Research in Nursing & Health, 26(2): 434-444.
- SARISOY, M., (2009). Fobiler. <http://www.psikologunuz.org/fobiler.html>, Erişim Tarihi: 05.04.2013.
- SAYIL, I., (2004). Bireyden Topluma Ruh Sağlığı, Sf: 11-12 Erler Matbaacılık, İstanbul,
- SAYGILI, S., AKINCI, Ç.A., ARIKAN, H., DERELİ E., (2011) Üniversite Öğrencilerinde Uyku Kalitesi ve Yorgunluk . Electronic Journal of Vocational Colleges Aralık 2011
- SÖNMEZ, S., (2006). Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde, Horlama, Uyku Bozuklukları Ve İş Kazaları. Uludağ Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. Bursa.
- SÜREKLİ, D. (1999). “İş Saatlerinin ve Eve Ait Sorumluluklarının Subjektif Yorgunluk ve İş Tatmini Üzerindeki Etkisi”, 7. Ulusal Ergonomi Kongresi, Adana.
- ŞAHİNOĞLU, A., (2003). Yoğun Bakım Sorunları Ve Tedavileri. Türkiye Klinikleri Yayın Serisi, Set Ofset, 2. Baskı, s.21-69, Ankara.
- ŞENEL, F.(2005). Uyku Ve Rüya. Bilim Ve Teknik Dergisi.2:2-14.
- TAKAHASHI, M., TANAGAWA, T., TACHIBANA, N., MUTOU, K., KAGE, Y., SMİTH, L., AND ISO, H., (2005). Modifying Effects Of Perceived Adaptation To Shift Work On Health, Wellbeing, And Alertness On The Job Among Nuclear Power Plant Operators, Industrial Health. 43, 171-178.
- TINAR, M. YAŞAR, Çalışma Psikolojisi, İzmir 1996
- TUNCAY, A. (1995). “Çalışma Süreleri ve İstihdam Türlerinde Esnekleştirme”, Çalışma Hayatında Yeni Gelişmeler- Esneklik, Çimento Müstahsilleri İşverenleri Sendikası Yayını, Ankara.
- TÜRK TORAKS DERNEĞİ OBSTRÜKTİF UYKU APNE SENDROMU TANI VE TEDAVİ UZLAŞI RAPORU Ulaşım Tarihi:9/3/2015
<http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2811201293350-3032.pdf>,

- UGBORO, ISAIAH O., VE OBENG, KOFL. (2000). Top Management Leadrship, Employee Empowerment, Job Satisfaction and Customer Satisfaction In Tqm Organizasions: An Empirical Study. Journal Of Quality Management, s. 5-10.
- ÜNLÜOĞLU, G. (2000). Ruh Sağlığı ve Boyutları. Editör: Işık Sayıl. Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Ders Kitabı, İkinci Baskı, Ankara, Antıp Yayınları, 7-25.
- USTUN, Y., YUCEL Ç.Ş., Hemşirelerin Uyku Kalitesinin İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:4,Sayı:1. SF30
- WATANABE, M., AKAMATSU, Y., FURUİ, H., TOMİTA, T., WATANABE, T., KOBAYSHI, F.(2004). Effects of Changing Shift Schedules From a Half-day to a Half-day Shift Before a Night Shift on Physical Actives and Sleep Patterns of Single Nurses and Married Nurses With Children. Ind Health, 42(1): 34-40.
- WILSON, J. (2002). The Impacts Of Shift Patterns On Healthcare Professıonals. Journal Of Nursing Management. 10(1):211-9.
- WHITE, L., KEITH, B. (1990). “The Effect of Shift Workon the Quality and Stability of Marital Relations”, Journal of Marriage & The Family, Vol. 52, Issue: 2.
- YUKSEL, İ., (2004). Çalışma Yaşamı Kalitesinin Tipik Ve Atipik İstihdam Açısından İncelenmesi. Doğuş Üniversitesi Dergisi. 5(1):47-58.
- YILDIZ, N., KANAN, N., (2005). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerde İş Doyumunu Etkileyen Faktörler. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi; 9(1-2): 8- 13
- ZVEREV, YP., MISIRI, HE. (2009). Perceived Effects of Rotating Shift Work on Nurses Sleep Quality and Duration. Malawi Medical Journal, 21(1): 19-21.

EKLER

EK-1: Bireysel Bilgi Formu

Değerli Çalışma Arkadaşlarım;

“Hemşirelerde Vardiyalı Çalışma Sisteminin Sebep Olduğu Uyku Kalitesi Ve Ruhsal Bozuklukların Karşılaştırılması” konulu çalışmamızda, yol gösterici olması açısından aşağıda yer alan soruların sizler tarafından doğru şekilde yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

1) Hangi hastanede çalışıyorsunuz?

2) Kaç yaşındasınız? :

3) Cinsiyet: Kadın Erkek

4) Medeni durumunuz nedir? : Evli Bekar

5) Şu anda çalıştığınız servis nedir? :

a) Dahili Birim b) Cerrahi Birim c) Poliklinik

d) Tanı-tedavi birimleri e) Diğer

6) Hemşire olarak çalışma süreniz nedir?

a) 0-2yıl b) 2-10yıl c) 10-20yıl d) 20-30yıl e) 30yıl üstü

7) Haftalık toplam çalışma saatiniz nedir?

a) 40-45 saat b) 45-50saat c) 50saat üstü

8) Çalışma düzeniniz nedir?

Genellikle sabit vardiyada çalışıyorum.(gündüz)

Genellikle dönüşümlü vardiyalarda çalışıyorum.(Nöbet)

9) Servisinizde kaç hemşire ile birlikte çalışıyorsunuz?

a) 0-2 b) 3-5 c) 6-10 d) 11-20 e) 20 üstü

10) Servisinizde 1 hemşireye düşen hasta sayınız nedir?

a) 0-2 b) 3-5 c) 6-10 d) 11-20 e) 20 üstü

11) Ayda kaç saat fazla mesai yapıyorsunuz?

a) 0-8 saat b) 8-16saat c) 16-24 d) 24

12) Genel olarak iş yaşamınızın kalitesini nasıl değerlendiriyorsunuz?

Mükemmel Çok iyi İyi Kötü Çok kötü

13) İş yaşamınızdan dolayı günlük hayatınızdaki şikayetiniz?

Yorgunluk Ağrı Endişe,stres Düşünceli olma hali Şikayetim yok

EK-2: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

1. Geçen hafta geceleri genellikle ne zaman yattınız?

.....genel yatış saati

2. Geçen hafta geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?

.....dakika

3. Geçen hafta sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

.....genel kalkış saati

4. Geçen hafta geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)

.....saat (bir gecede ki uyku süresi)

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz.

5. Geçen hafta aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?				
	Geçen hafta boyunca <u>hiç</u>	Haftada <u>1'den az</u>	Haftada <u>1 veya 2kez</u>	Haftada <u>3 veya daha çok</u>
a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız.				
b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız.				
c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız.				
d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz.				
e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız				
f) Aşırı derecede üşüdünüz				
g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz				
h) Kötü rüyalar gördünüz				
i) Ağrı duyduunuz				

5-j) Geçen hafta diğer nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşıadınız?

Diğer nedenleri lütfen belirtiniz.....

- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den az
c) Haftada 1 veya 2kez d) Haftada 3 veya daha çok

6. Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

- a) Geçen hafta boyunca hiç
b) Haftada 1'den az
c) Haftada 1 veya 2kez
d) Haftada 3 veya daha çok

7. Araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

- a) Geçen hafta boyunca hiç
b) Haftada 1'den az
c) Haftada 1 veya 2kez
d) Haftada 3 veya daha çok

8. Geçen hafta bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

- a)Hiç problem oluşturmadı
b)Yalnızca çok az bir problem oluşturdu
c)Bir dereceye kadar problem oluşturdu
d)ok büyük bir problem oluşturdu

9. Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

- a) ok iyi b) Oldukça iyi c) Oldukça kötü d) ok kötü

10. Bir yatak partneriniz var mı?

- a) Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok
- b) Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var
- c) Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
- d) Partner aynı yatakta

11. Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkta yaşadığınızı sorabilirsiniz.				
	Geçen hafta boyunca <u>hiç</u>	Haftada <u>1'den az</u>	Haftada <u>1 veya 2kez</u>	Haftada <u>3 veya daha çok</u>
a) Gürültülü horlama				
b) Uykuda iken nefes alıp verme arasında uzun aralıklar				
c) Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama				
d) Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık				
e) Uyurken olan diğer huzursuzluklarımız; lütfen belirtiniz.				

EK-3: SCL-90-R Belirti Tarama İndeksi

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırınız.

Hiç: 0 Çok az: 1 Orta derecede: 2 Oldukça fazla: 3 İleri derecede: 4

	0-1-2-3-4
1.Baş ağrısı	
2.Sinirlilik ya da içinin titremesi	
3.Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler	
4.Baygınlık ya da baş dönmesi	
5.Cinsel arzu ve ilginin kaybı	
6.Başkaları tarafından eleştirilme duygusu	
7.Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu	
8.Olayları anımsamada güçlük	
9.Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler	
10.Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi	
11.Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar	
12.Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi	
13.Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali	
14.Yaşamınızın sonlanması düşünceleri	
15.Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma	

16.Titrete	
17.Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi	
18.İştah azalması	
19.Kolayca ağlama	
20.Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi	
21.Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi	
22.Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma	
23.Kontrol edilemeyen öfke patlamaları	
24.Evden dışarı yalnız çıkma korkusu	
25.Olanlar için kendisini suçlama	
26.Belin alt kısmında ağrılar	
27.İşlerin yapılmasında erteleme duygusu	
28.Yalnızlık hissi	
29.Karamsarlık hissi	
30.Her şey için çok fazla endişe duyma	
31.Her şeye karşı ilgisizlik hali	
32.Korku hissi	
33.Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali	
34.Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi	
35.Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu	
36.Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça davranışlar göstermediği hissi	

37.İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak	
38.Kalbin çok hızlı çarpması	
39.Bulantı ve midede rahatsızlık hissi	
40.Kendini başkalarından aşağı görme	
41.Adale (kas) ağrıları	
42.Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi	
43.Uykuya dalmada güçlük	
44.Yaptığımız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme	
45.Karar vermede güçlük	
46.Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu	
47.Nefes almada güçlük	
48.Soğuk veya sıcak basması	
49.Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu	
50.Hiç bir şey düşünmeme hali	
51.Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması	
52.Boğazınıza bir yumru takınmış hissi	
53.Gelecek konusunda ümitsizlik	
54.Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük	
55.Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi	
56.Gerginlik veya coşku hissi	
57.Kol ve bacaklarda ağırlık hissiAşırı yemek yeme	

58.Ölüm ya da ölme düşünceleri	
59.Aşırı yemek yeme	
60.İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma	
61.Size ait olmayan düşüncelere sahip olma	
62.Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması	
63.Sabahın erken saatlerinde uyanma	
64.Yıkınma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali	
65.Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama	
66.Bazı şeyleri kırıp dökme hissi	
67.Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması	
68.Başkalarının yanında kendini çok sıkışık hissetme	
69.Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi	
70.Her şeyin bir yük gibi görünmesi	
71.Dehşet ve panik nöbetleri	
72.Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi	
73.Sık sık tartışmaya girme	
74.Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali	
75.Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu	
76.Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme	
77.Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme	
78.Değersizlik duygusu	

79.Size kötü bir şey olacakmış hissi	
80.Bağırma ya da eşyaları fırlatma	
81.Topluluk içinde bayılacağınız korkusu	
82.Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	
83.Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması	
84.Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	
85.Korkutucu türden düşünce ve hayaller	
86.Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi	
87.Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama	
88.Suçluluk duygusu	
89.Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi	
90.Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri	

ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında İzmir'in Konak ilçesinde doğdum.

İlköğretimimi, Alsancak Melih Özakat İlkokulu ve Alsancak İlköğretim okullarında okudum.

Orta öğrenimim İzmir Atatürk Anadolu Lisesi'nde tamamladım.

Lisans eğitimimi Ankara Üniversitesi Çankırı Sağlık Yüksekokulunda aldım.

Yüksek lisans eğitimime Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bölümünde halen devam etmekteyim.

Çalışma hayatıma 2010 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü yoğun bakımda hemşire olarak başladım. Halen aynı hastanenin Nükleer Tıp Anabilim Dalında çalışmayı sürdürmekteyim.

Dilek ARAVACIK UĞURLU



T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sayı : 90022145-044-292
Konu : Tez Çalışması Hk.

12/01/2015

EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Tıp Fakültesi Hastanesi)

İlgi : 09/01/2015 tarihli, 143 sayılı ve "Tez Çalışması Hk." konulu yazı

İlgi dilekçe gereği Enstitümüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı 093303023 nolu öğrencisi Dilek ARAVACIK UĞURLU' nun "Sağlık Çalışanlarında Vardiyalı Çalışma Sisteminin Sebep Olduğu Uyku Problemleri ve Ruhsal Bozukluk Belirtilerinin Karşılaştırılması" konulu tezinin anket çalışmasını Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ndeki sağlık çalışanları ile yapabilmesi hususunda gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr. Abdullah ERYAVUZ
Enstitü Müdürü

EK :
-Dilek ARAVACIK UĞURLU' nun 09.01.2015 tarihli dilekçesi (1 Sayfa)

12/01/2015 B.İşl.
12/01/2015 Enst.Sek.

H.KAHRAMAN
F.SAYIN

