

T.C.
Sağlık Bakanlığı
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği
Aile Hekimliği Koordinat6ru:Uzm. Dr. İsmail EKİZOĞLU

TAKSİM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
SAĞLIK PERSONELİNİN
YAŞAM KALİTESİNİN ARAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ
Dr. Sema KOLTARLA

Tez Koordinat6ru
Uzm. Dr. Erhan SAYALI

İSTANBUL 2008

TEŐEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım değerli hocalarım Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi (TEAH) Aile Hekimliği Koordinatörü ve Dahiliye Klinik Őefi Uzm. Dr. İsmail Ekizoğlu'na, Őiřli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Klinik Őefi Doç. Dr. Oğuz Karamustafalıoğlu'na, TEAH 2. Genel Cerrahi Klinik Őefi Doç. Dr. Osman Yücel'e, TEAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinik Őefi Op.Dr. Yavuz Tahsin Ayanoğlu'na, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (HNEAH) Pediatri Klinik Őefi Doç. Dr. Ömer Ceran'a saygı ve Őükranlarımı sunarım.

Gerek uzmanlık eğitimim boyunca gerekse tez çalışmamda bilgi ve deneyimini esirgemeyen TEAH Aile Hekimi Uzm. Dr. Erhan Sayalı'ya en içten saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Sıcak bir ortamı paylaştığım uzman ve asistan arkadaşlarıma, birlikte çalıştığım tüm sağlık personeli arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmamda yardımını esirgemeyen HNEAH Uzm. Psikolog Fatih Bilal'e, kardeşim Aykut Koltarla'ya ve her zaman sevgi ve destekleriyle yanımda olan aileme teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Sema Koltarla

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SF-36: Short Form-36 (Kısa Form-36)

TEAH: Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Yy: Yüzyıl

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. GENEL BİLGİLER.....	3
1.1.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı.....	3
1.1.2. Tıpta Yaşam Kalitesi Kavramı Tanımı, Kullanım Alanları.....	3
1.1.3. Yaşam Kalitesinin Tarihçesi.....	4
1.1.4. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	7
1.1.4.1. Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar.....	7
1.1.5. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler.....	8
1.1.6. Sağlık Personeli ve Yaşam Kalitesi.....	10
2. MATERYAL ve METOD.....	12
2.1. KISA FORM 36 (Short Form 36 – SF 36).....	12
2.2. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	13
3. BULGULAR.....	14
3.1. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ.....	14
3.2. SİGARA İÇME DURUMUNA GÖRE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	29
3.3. AMELİYAT OLMA DURUMUNA GÖRE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	29
3. 4. HAFTALIK ÇALIŞMA SÜRESİNE GÖRE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	31
3. 5. YAŞ GRUBUNA GÖRE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	32
3. 6. MESLEĞE GÖRE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	33
3.7. EKONOMİK DÜZEYE GÖRE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	34
3. 8. ÇOCUK SAYISINA GÖRE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	34
3. 9. YILLIK İZİN SÜRESİNE GÖRE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	35

4. TARTIŞMA.....	36
4.1.SİGARA İÇME DURUMUNA GÖRE ALT ÖLÇEK	
ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	37
4.2. AMELİYAT OLMA DURUMUNA GÖRE ALT ÖLÇEK	
ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	37
4.3. HAFTALIK ÇALIŞMA SÜRESİNE GÖRE ALT ÖLÇEK	
ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	38
4.4. YAŞ GRUBUNA GÖRE ALT ÖLÇEK	
ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	39
4.5. MESLEĞE GÖRE ALT ÖLÇEK	
ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	40
4.6. EKONOMİK DÜZEYE GÖRE ALT ÖLÇEK	
ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	40
4.7. ÇOCUK SAYISINA GÖRE ALT ÖLÇEK	
ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	41
4.8. YILLIK İZİN SÜRESİNE GÖRE ALT ÖLÇEK	
ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	41
ÖZET.....	43
KAYNAKLAR.....	45
EKLER.....	53

1.GİRİŞ VE AMAÇ

İstenilen nitelikte sağlık hizmeti verilebilmesi bu hizmeti sunanların niteliğiyle yakından ilişkilidir. Çalışanların yaşama ve çalışma koşullarına ilişkin sorunların giderilmesi sağlık hizmetinin aksaklıklarının azaltılması açısından önemlidir. Bunun için sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik çalışmaların yapılması gerekliliği ortaya çıkmış ve son zamanlarda önemle üzerinde durulmaya başlanmıştır (1).

DSÖ'nün 21.yy hedefleri arasında çalışabilir yaştaki nüfusun sağlık durumunu iyileştirmeye yönelik politikalar önemli yer tutmaktadır. Sağlık çalışanlarının gelişimi ve performansı, sağlık sisteminin etkili çalışması açısından büyük önem taşımaktadır. Sağlıkta gelişimin odak noktası pozitif sağlıktır. Pozitif sağlık yaşam kalitesinin sağlıklı bir fiziksel, toplumsal ve ekolojik ortamda sağlıklı yaşam biçimleriyle artırılması anlamına gelir. Başlıca duyarlılık noktası yaşam kalitesinin artırılmasıdır. 'Her bireyin sağlıklı, toplumsal, ekonomik ve ruhsal anlamda üretken olması ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olması' gereği DSÖ'nün 21.yy hedefleri içinde yer almaktadır (1).

Bütün hizmet alanlarında olduğu gibi sağlık hizmetlerinin de etkin yürütümü, çağdaş sağlık sistemine uygun örgütsel düzenlemeler, eğitim ve yasal alanlarda değişimler gibi sistemin yapısal boyutunu ilgilendiren çalışmalar ile birlikte birey boyutuna da önem verilmesi yoluyla gerçekleşebilir. Hizmetlerin etkinliği yanında göz ardı edilmeyecek bir başka nokta ise hizmetlerin amacı; temel sağlığın korunması, yükseltilmesi ve geliştirilmesi olan sağlık personelinin öncelikle kendi bireysel sağlığının korunması, yükseltilmesi ve geliştirilmesi gereğidir (2).

Günümüzde çalışma hayatı, kişilerin yoğun kaygılar yaşadıkları bir alandır. Özellikle sağlık alanı; yoğun stresler yaşayan hasta bireylere hizmet verme güçlüğüne yanı sıra, bu alanda görev yapanların günlük çalışmalarında sık sık stres yaratıcı olaylarla karşı karşıya kalmaları nedeniyle diğer iş ortamlarından farklılık göstermektedir (2).

Maslow' un kuramından etkilenerek geliştirilen yönetim kuramlarının ortak varsayımı; 'kişinin kendini gerçekleştirme yolunu işinden geçmektedir; bu nedenle bireye, işte kendini gerçekleştirme yolları sağlanmalıdır' şeklindedir (3).

Bugün Türkiye’ de sağlık yardım hizmetlerinde görev yapmakta olan sağlık personeli pek çok sorunla karşı karşıya hizmet sunmaya çalışmaktadır. Bunlar uzun çalışma saatleri, yorucu iş temposu, çalışma şartlarının uygunsuzluğu, eğitim olanaksızlığı, gelir düzeyinin düşük olması, kendine zaman ayıramama, yeterli uyku ve dinlenme olanağı bulamama, sosyal aktivitelere katılamama gibi yaşam kalitesini etkileyen alanlara yönelik sorunlardır. Verimliliğı artırabilmek için sağlık çalışanlarının yaşam kalitelerini yükseltmeye yönelik olarak, mesleklerinden kaynaklanan olumsuzluklar önlenmeye çalışılmalı; özlük hakları düzeltilmeli, kendine zaman ayırabilme, yeterli uyku ve dinlenme olanağı sağlanmalıdır.

Bu çalışmanın genel amacı TEAH’ da çalışan sağlık personelinin öznel yaşam kalitesini değerlendirilmesidir. Bu amaçlar doğrultusunda TEAH sağlık personelinin;

- Yaşam kalitesi algıları ne düzeydedir?
- Yaşam kalitesini etkileyen başlıca etmenler nelerdir?
- Çalışma yaşamına ilişkin özellikler ve sosyo-demografik özellikler yönünden, yaşam kalitesi algıları arasındaki farklılıklar nelerdir?
- Fizik, psikolojik, sosyal, çevre alanları yönünden bireysel algılar yönünden farklılıklar nelerdir? Sorularına yanıt aranmıştır.

1.1. GENEL BİLGİLER

1.1.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı

Kalite, ulaşılmak istenen mükemmellik düzeyidir ve hizmete üstünlük, kusursuzluk getirir. Kalite, kişisel duygu ve hislerden bağımsız somut kriterlere (ölçü, sayı, süreç, süre, test) bağlı olarak ölçülebildiği için nesnel ve kişisel değer yargılarından, beğenilerden ve psikolojiden (duygu, heyecan, tatmin, tercih, değer yargısı, tutum) etkilendiği için de öznel bir kavramdır. Yaşam kalitesi kavramı oldukça geniş kapsamlıdır ve bu nedenle de literatürde tartışmalar halen devam etmektedir (4).

Yıllar boyu araştırmacılar, yaşam kalitesi ile ilgili çeşitli tanımlar yapmışlardır. Araştırmaların çoğu yaşam kalitesini; mutluluk, doyum, uyum olarak tanımlamışlardır ve yaşam kalitesi kavramı; yaşam doyumunu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk ile eşanlamlı olarak kullanılmıştır (5). Ancak; yaşam kalitesinin en önemli belirleyicilerinden biri olan yaşam memnuniyeti bireyseldir. Yaşam kalitesi daha geniş bir kavramdır (1).

Yaşam kalitesi kavramının boyutları, çalışmalara göre farklılık göstermektedir. Mc Sweeney; yaşam kalitesi kavramını emosyonel fonksiyon, sosyal rol fonksiyon, günlük yaşam etkinliklerine katılım ve eğlence; Linn ve Linn; depresyon, özsaygı, yaşam memnuniyeti ve yaşam doyumunu; Nordenfelt ise sadece mutluluk olarak tanımlamaktadır (6, 4, 1). Naes yaşam kalitesi kavramının tanımlanmasında kendini gerçekleştirilmeye önem vermekte ve yaşam kalitesini, kişinin etkinliği, başka insanlarla iyi ilişkileri, özsaygı ve mutluluk düzeyi olarak ifade etmektedir. Yaşam kalitesini sosyolojik açıdan ele alan Bertero, ise bu tanımı bağımsızlık, sevme ve esenlik olmak üzere temellendirmekte ve olumlu yaşam davranışları olarak geniş bir boyutta ele almaktadır (4).

1.1.2. Tıpta Yaşam Kalitesi Kavramı Tanımı, Kullanım Alanları

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlıkla doğrudan ya da dolaylı olarak ilgili birçok faktörü içine alan geniş bir kavramdır. Genel yaşam kalitesi kavramında olduğu gibi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi konusunda da kabul görmüş evrensel tek bir tanım bulunmamaktadır (7).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bileşenlerine ilk kez, 1948 DSÖ Anayasasında yer alan sağlığın tanımı içinde rastlamaktayız. DSÖ ; sağlığı sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Daha sonraki yıllarda yapılan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi tanımlamalarının hemen hepsinde bu bileşenler yer almaktadır (7).

DSÖ sağlıkla ilgili yaşam kalitesini; içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması olarak tanımlamaktadır (7).

Öte yandan, DSÖ' nün 21.yy hedefleri arasında çalışabilir yaştaki nüfusun sağlık durumunu iyileştirmeye yönelik politikalar önemli yer tutmaktadır. Sağlık çalışanlarının gelişimi ve performansı, sağlık sisteminin etkili çalışması açısından büyük önem taşımaktadır. Sağlıkta gelişimin odak noktası pozitif sağlıktır. Pozitif sağlık yaşam kalitesinin sağlıklı bir fiziksel, toplumsal ve ekolojik ortamda sağlıklı yaşam biçimleriyle artırılması anlamına gelir. Başlıca duyarlılık noktası yaşam kalitesinin artırılmasıdır. 'Her bireyin sağlıklı, toplumsal, ekonomik ve ruhsal anlamda üretken olması ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olması' gereği DSÖ'nün 21.yy hedefleri içinde yer almaktadır (1).

1.1.3. Yaşam Kalitesinin Tarihçesi

Kaliteli yaşamın ne olduğu yıllarca filozofların tartışma konusu olmuştur. Günümüzden 2000 yıl önce Tatariewicz mutluluğun doyumun bir çeşidi olduğunu belirtmiştir. Bu tanım günümüzde ki yaşam kalitesi kavramını da içermektedir (8).

Yaşam kalitesi kavramı, kişinin duygusal, sosyal ve fiziksel iyilik halini ve günlük yaşamındaki fonksiyonlarını sürdürebilmesine dayanan bir tanımlamadır. Yaşam kalitesi kavramının önemi, sağlık, hastalık ve tedavide hastanın deneyimlerinin anlaşılması için ölçümü yeniden geliştirmesi ve düzenleme yapmasıdır (9). Yaşam kalitesi, genel bir iyilik hali olmasının yanında bir çeşit memnuniyeti simgelemektedir. Yaşam kalitesi kavramı ile sağlığın, fiziksel, maddi, ailesel, duygusal iyilik hallerinin nesnel ve öznel olarak değerlendirilmesi anlaşılmaktadır. Nesnel değerlendirmeler, kişilerin fiziksel sağlığı, geliri, içinde yaşadığı konutun kalitesi, arkadaşlık ilişkileri, fizik aktivite, sosyal roller, politik ortam

gibi yaşam koşullarının tanımlanmasına dayanır. Öznel değerlendirmeler ise, bu koşullardan kişinin aldığı tatmini anlatmaktadır (10).

Yaşam kalitesi kavramını ilk kez Thorndike, sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi olarak tanımlamıştır. Andrews ve Withey yaşam kalitesi kavramını, bireylerin doyumunu ve onların sosyal ilişkilerinin kesişimi, Weinstein ve Frankel ise, bireyin kendi yaşamında doyum bulması ve mutluluk kapasitesi olarak tanımlamışlardır (11).

Evans ve arkadaşları, yaşam kalitesini objektif ve subjektif göstergeler olarak iki bölümde incelenmesini önermişlerdir. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri temel olarak fiziksel iyilik hali olarak açıklanmakta ve bireyin sosyoekonomik durumu, evdeki durumu gibi fiziksel aktivitelerini yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık semptomları, sağlık durumu ile ilgili konuları kapsamaktadır. Subjektif göstergeler de bireyin psikolojik durumunu yansıtmaktadır ve emosyonel iyilik hali, yaşam duyumu, psikolojik etki ile ilgili konuları kapsamaktadır (11, 12, 13). Tüm disiplinlerin ortak olarak kabul ettikleri görüşe göre, yaşam kalitesi bireyin kendini nasıl hissettiği yani, kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumudur. Subjektif göstergeler bireylerin yaşadıkları, objektif göstergeler ise subjektif göstergeleri yaşatan etmenler olması nedeniyle McCall ve Compell, yaşam kalitesinin hem subjektif hem de objektif göstergelerini kabul etmişler ve desteklemişlerdir (11).

Yaşam kalitesi kavramı 1960 'lı yıllarda ABD'de politik tartışmalardan kaynağını alan ve o yıllardan sonra kullanımı yaygınlaşmaya başlayan oldukça yeni bir kavramdır (14, 15). Bu amaçla kullanılmasının nedeni gelirin, eğitimin, sağlığın ve barınmanın yaşam kalitesi ile yakından ilişkili olmasıdır. Ekonomistler ise yaşam kalitesini ilk kez Gayri Safi Milli Hasıla'nın hesaplanmasında bir gösterge olarak kullanmışlardır.(4,16)

Daha sonra yaşam kalitesi kavramı sosyal bilimlere doğru genişlemeye başlamış ve yaşam biçimi olarak ele alınmıştır. 1970'li yıllarda psikoloji alanında yapılan çalışmalarda yaşam kalitesinin işlevsel değerlendirilmesi genellikle bireyin yaşam hakkında sahip olduğu doğrudan ve dolaylı algısı üzerine temellenmektedir (17). Burada ilk defa subjektif iyilik halinin objektif yaşam şartlarının sağlanmasının ötesinde, bu şartlardan tatmin duyulup duyulmamasına bağlı olduğu belirtilmektedir (18, 19). Sonuç olarak yaşam kalitesi, objektif durumların ötesinde bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumudur. Bazı çalışmalarda

belirlendiği gibi kişinin objektif yaşam durumu uygun olmasa da subjektif iyilik hali ve yaşam kalitesi doyumunu yüksek olabilmekte ve böylece bu görüş desteklenmektedir (20, 21).

Sağlık durumunun değerlendirilmesinde fizik ve klinik muayenenin ötesindeki günlük aktiviteler, kendine bakabilme ve aktif iş hayatında çalışabilme gibi sosyal etkenleri dikkate alan ölçeklerin ilk örneği 1947 yılında önerilen Karnofsky Performans Ölçeği'dir. Hastanın sağlık durumu 0 (ölüm) ile 100 (hastalık belirtisi yok) arasında skorlayan ve klinisyen tarafından değerlendirilen bu basit ölçeğin arkasından izleyen yıllarda, fonksiyon yeterliliği ve günlük yaşam aktivitelerini değerlendiren (örneğin Barthel indeksi) çok sayıda ölçek geliştirilmiştir. Bu ilk ölçekler halen bazı kaynaklarda yaşam kalitesi ölçekleri olarak tanımlansalar da, şu anda kullanımda olan ölçekler ile karşılaştırıldığında sağlıklı olma durumunu bütünsel olarak değerlendirmekten uzaktırlar (22).

Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile) ya da Nottingham Sağlık Profili gibi sağlığı göreceli olarak daha bütün algılayan ve fiziksel fonksiyon görebilmenin yanı sıra stres, yaşamdan haz alma ve psikolojik bulguları da kapsayan ölçeklerin geliştirilip kullanılmaya başlaması 1970' li yılların sonlarına doğru olmuştur. Şuanda da yaygın olarak kullanılan Görsel Analog Ölçeği (Visual Analogue Scale-VAS), ilk defa 1976 yılında tanımlanmış ve meme kanseri hastalarında kullanılmıştır. Bu ölçek termometre benzeri dikey bir çizgi üzerinde 'en iyi' ve 'en kötü' olarak tanımlanan sağlık durumlarını gösterir ve hastanın kendi sağlık durumunu bu ölçek üzerinde işaretlemesi metoduna dayanmaktadır(22).

Yukarıda sözü edilen çalışmalar, sonraki yaşam kalitesi araştırmalarının temelini oluşturmuş, üretilen kurumsal modeller doğrultusunda çok sayıda yeni araştırma ölçeği önerilmiştir. Bunlar arasında yaşam kalitesini, bireyin yaşamdan beklentileri ile elde ettikleri arasındaki fark ile ilişkilendirilen 'Calman'ın beklenti modeli', bireylerin yeterlilik ve gereksinimlerini karşılayabilme düzeyleri ile ilişkilendirilen 'gereksinim modeli' ve en önemlisi teorik dayanağını karar alma teorisinden alan 'tercihe dayalı ölçekler' sayılabilir. Yeni gelişen yaşam kalitesi ölçeklerinin ortak özelliği duygulanım, stres düzeyi, yüklenen sosyal rol ve bilişsel fonksiyonlar gibi sağlığın öznel bileşenlerinin yoğunlukla dikkate alınması ve bunların fiziksel sağlıkla ilişkilendirilmesidir (22).

Son 20-25 yıldır, sağlık hizmeti verenler ve araştırmacılar, sağaltım yöntemlerinin hastanın yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini sınıma, onların iyilik düzeylerini tanımlama

konusunda giderek artan çaba göstermektedirler. Bunun sonucu olarak iyilik hali ve yaşam kalitesini ölçülebilir kılma girişimleri sonuç vermekle birlikte giderek sağlık, ekonomi, toplumsal ve benzeri farklı boyutlar, bu araçların kapsamında yer almaktadır (23).

1.1.4. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

1.1.4.1. Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar:

a. Sağlık durumu, sağlık algılaması: Sağlık durumu biyolojik, fizyolojik veya işlevsel bozuklukları ve belirtileri dikkate alarak bireyin göreceli iyilik veya hastalık halidir. Sağlık algılaması (veya algılanan sağlık) bireyin sağlık durumundan etkilenen öznel değerlendirmedir (24, 25). Bazı insanlar bir veya daha çok kronik hastalık nedeniyle sıkıntı çekerken kendilerini sağlıklı saymakta, bazıları ise nesnel bir hastalık belirtisi yokken kendilerini hasta algılamaktadırlar.

b. İşlevsel durum (Functional status): Bireyin temel gereksinimlerini karşılamak, her zamanki rolünü, sağlık ve iyilik halini sürdürmek için günlük işlevlerini yerine getirmedeki yeterliliğidir (24, 26). İşlevsel kapasite, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal alanlardaki günlük işlevleri yerine getirmedeki en yüksek kapasitesini yansıtırken, işlevsel performans günlük yaşam akışı içindeki işlevleri içermektedir (25). Herkes tarafından iyi olarak değerlendirilen ancak kendisini hasta olarak gören bir kişinin kapasitesinden daha düşük işlevsel performansa sahip olabileceği üzerinde durulmaktadır (27).

c. Ruhsal durum (Mood): Ruhsal durum uzun ve kısa süreli streslere (örneğin sağlık durumundaki değişiklikler) verilen duygusal yanıttır. Bireyin dünyaya karşı gösterdiği yüzü olarak tanımlanabilir. Depresyon, anksiyete veya kızgınlık, fiziksel hastalıklar ile birlikte olabilen ve bireyin işlevsel performansını, sağlık algılarını ve yaşam kalitesini etkileyen duygusal durumlardır (25, 28, 29, 30).

d. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SİYK) (Health-Related Quality of Life): SİYK bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. SİYK sağlık hizmet durumunun alanına giren etkenlerle doğrudan ilişkisi nedeniyle yaşam kalitesinden ayrılmaktadır (27). Genel olarak SİYK değerlendirilmesi, sağlıkla ilgili değişkenlerin (örneğin hastalık veya tedavi), genelde (genel SİYK) veya belli

bir hastalığı olanlarda (duruma özel SİYK) önemli olan yaşam olaylarıyla ilişkisini yansıtmaya çalışmaktadır (31, 32).

Fitzpatric ve arkadaşları birçok yaşam kalitesi ölçeğini inceleyerek bunların içerik ve yapılarını karşılaştırarak, bu ölçeklerin çoğunda ortak olarak bulunan yaşam kalitesi boyutlarını şöyle sıralamışlardır (33).

- Fiziksel fonksiyon; örneğin hareket kabiliyeti, özbakım
- Emosyonel fonksiyon; örneğin depresyon, anksiyete
- Sosyal fonksiyon; örneğin cinsel hayat, sosyal destek, sosyal ilişki
- Rol performans; örneğin iş hayatında ve günlük ev işlerinde
- Ağrı
- Diğer semptomlar; örneğin yorgunluk, bulantı, hastalığa özgün farklı semptomlar

Yaşam kalitesinin ölçümlerinin tıpta kullanım alanları Fitzpatric ve arkadaşları tarafından şöyle sıralanmıştır;

- Bireysel hasta takibinde psiko -sosyal problemlerin kişisel düzeyde araştırılması ve takibi amacı ile,
- Sağlık hizmetlerinin veya tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi çalışmalarında,
- Klinik çalışmalarda,
- Sağlık planlayıcılarının ve sağlık ekonomistlerinin fiyat-fayda analizlerinde (33).

Her bir yaşam kalitesi alanındaki doyum, kişiden kişiye değişir, her bir alanın önemi de kişiden kişiye değişir ve yaşam kalitesini eşit olarak etkilemez. Bireyin yaşamını etkileyen boyutlardan her biri değerlendirmede yer almalıdır (34).

Bugün dünyada kullanılan genel amaçlı ya da hastalığa öznel olarak geliştirilmiş çok sayıda anket bulunmaktadır. Bunlar işlevsel beceriyi, psiko-sosyal iyilik halini, sosyal desteği, yaşamdan memnuniyeti ve moral durumunu ölçen ve daha geniş anlamda sağlıklılık durumunu belirleyen anketler olarak sınıflandırılabilir (34).

1.1.5. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler jenerik ve hastalığa özgü olmak üzere iki gruba ayrılabilir.

Jenerik (Genel) ölçekler; genel popülasyonda kullanılan, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilen, geniş ilgi alanlarını değerlendiren ölçeklerdir. En önemli avantajları farklı hastalık grupları ve bu hastalık grupları ile toplum arasındaki karşılaştırmaları olası kılmalarıdır. Ancak belirli bir hastalık için tasarlanmamış olduklarından bazı hastalık grupları için daha az duyarlı olabilirler ve özellikle yaşam kalitesindeki küçük değişiklikleri saptayamayabilirler. En yaygın kullanılanlar arasında;

- Hastalık Etki Ölçeği (Sickness Impact Profile)
- Nottingham Sağlık Ölçeği (Nottingham Health Profile)
- McMaster Sağlık İndeks Anketi (McMaster Health Index Questionnaire)
- Tıbbi Sonuç Çalışması (Medical Outcome Study General Health Survey)
- Duke Sağlık Ölçeği (Duke Health Profile)
- Esenlik İndeksi (Index of Well-Being-IWB)
- Spritzer Yaşam Kalitesi İndeksi (Spritzer Quality of Life Index-SQLI)
- Dartmouth COOP Function Charts
- WHOQOL (World Health Organization Quality of Life)
- Medical Outcome Study SF-36 sayılabilir (23, 16, 1, 35, 36).

Hastalığa özgü ölçekler ise belirli hastalık gruplarının, işlevsel bozuklukların ya da bir bulgunun yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemek üzere tasarlanmışlardır. Bu ölçekler, değerlendirilen sağaltımın tanımlanan hastalık durumuna özgü sağlık etkilerine odaklandıklarından yaşam kalitesindeki küçük değişimleri saptayabilirler. Ancak her ölçeğin skorlama sistemi genellikle farklı olduğundan hem farklı skorlama sistemleri arasında hem de farklı hastalıklar arasında karşılaştırma yapılması olanaklı değildir. Bu ölçeklere örnek olarak;

- Pediatrik Astım Yaşam Kalitesi Anketi (PAQLQ)
- McGill Ağrı Anketi
- Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS)
- Barthel Engellilik İndeksi sayılabilir.

Yaşam kalitesi ölçeklerinin oluşturulması ve geliştirilmesi yoğun emek gerektiren bir süreç olduğundan, başkaları tarafından geliştirilmiş, geçerliliği ve güvenilirliği denenmiş ölçeklerin değişik toplumlarda kullanımı yaygınlaşmaktadır. Ayrıca bu yolla farklı toplumlardan elde edilen verilerin karşılaştırılması da kolaylaşmaktadır. Bununla beraber, başka toplumlar üzerinde geliştirilen ölçekleri yeni toplumlara doğrudan uygulamadan önce dikkat edilmesi gereken bazı noktalar vardır. Ölçeklerin yeni toplum ve kültüre uyumlu hale getirilme sürecindeki iki önemli aşama; ölçek içeriklerinin, kavram ve dil açısından anlam eşitliğinin sağlanması ile ölçüm özelliklerinin toplum üzerinde denenmesidir (35, 36).

Ülkemizde de uluslar arası düzeyde yaygın kullanılan bazı ölçeklerin Türkçe' ye çevrilip geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirilmesinin yapılması yönünde çabalar vardır. SF-36 ve WHOQOL-BREF Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlikleri sınanmıştır. (22)

1.1.6. Sağlık Personeli ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi göstergeleri başlıca; birey yada ailenin gereksinimlerini karşılama, çevre üzerinde denetim kurma, kendini geliştirebilme ve anlamlı yaşam sürdürebilme olarak sıralanabilir. Bütün bunları bütünleyen toplumsal ve çevresel nitelikler de kapsama alındığında çalışma koşulları, yaşanan çevre koşulları, hizmetlerden yararlanma ve toplumsal ilişkiler önem kazanmaktadır (37, 1).

Çalışma koşullarındaki iyileşme ve zorluklar genel yaşam koşullarını da etkilemektedir. Buna bağlı olarak işin insancillaştırılması her alanda yaşam koşullarının niteliğinin yükseltilmesini öngören yaşam kalitesinin temel ögesidir (38).

Yoğun dikkat ve özen, teknik bilgi ve beceri gerektiren işlerde çalışıyor olma, bir süre sonra işteki verimlilik ve isteği olumsuz etkileyebilir (39). Çalışanların iş doyumunu meslek ve bireysel gelişimi, performans değerlendirilmesi, güdülenmesi ve verilen hizmetin kalitesi ile ilgilidir. Bu konuda çalışmalara gereksinim bulunmaktadır. Çalışanın moralini yüksek tutmak ve verilen hizmetlerin kalitesini korumak önemli bir yönetim ve eğitim sorunudur (1).

Çalışanların iş dışındaki yaşamının da işe karşı takınacağı tutum üzerine olumlu etkilerinin olacağı öne sürülmektedir. En önemlilerinden biri aile yaşamıdır. Aile yaşamında mutlu olmayanlar genellikle işe karşı isteksiz ve kaygısızdırlar. Yaş ve cinsiyet de çalışma

yaşamını etkilemektedir. Bireyin bedensel, maddi, bireysel, duygusal yaşam tarzı ve yaşı stres yaratan öğelerdir ve yaşam kalitesinin belirleyicilerindendir (40, 41, 1).

Çağdaş yönetim anlayışında örgütün başarısında en önemli öge insan olarak kabul edilmektedir. İnsanlar yaşamları boyunca iş ve özel yaşantıları arasında denge aramaktadır. İnsana önem veren örgütler bireyin çağdaş yaşam koşulları içinde bulunmasına özen göstermelidir (42).

2. MATERYAL ve METOD

Araştırma, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan sağlık personelinin yaşam kalitelerini değerlendirmeye yönelik tanımlayıcı bir araştırmadır.

Araştırma Aralık 2007 tarihinde Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 50 Araştırma görevlisi ve 50 hemşire alınarak yapılmıştır. Kontrol grubu olarak bu bölgede çalışan 50 tıbbi mümessil alınmıştır.

Bu araştırmada varsayım olarak;

- Literatürde elde edilen bulguların doğru olduğu kabul edilmiştir.
- Araştırma grubunun anket formuna içten yanıt verdikleri kabul edilmektedir.

Çalışma kapsamına alınan sağlık personelinin belirlemek için kullanılan kriterler;

- Taksim Hastanesi'nde araştırma görevlisi veya hemşire olarak görev yapan sağlık personeli olma,
- Son 6 aydır hastanede aktif olarak çalışıyor olma.

Çalışma grubu seçildikten sonra; katılımcıların sözlü onamı alınmıştır. Veriler yüz-yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo-demografik form anketi ve Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği (SF 36)'nin uygulanması ile toplanmıştır. SF-36 ek.1 bölümünde verilmiştir.

2.1. KISA FORM 36 (Short Form 36 – SF 36)

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçek özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa Form 36; Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (43). Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması da amaçlanmıştır. 1990 yılında başlayan çalışmalarda 149 madde ile yola çıkılmış ve 22000'i aşkın kişi üzerinde yapılan çalışmalarda faktör analizi ile önce 20 maddeli biçimi olan SF-20 hazırlanmıştır. Ancak psikometrik özelliklerin ve kapsamının artırılması amacıyla 36 maddeye çıkarılarak SF-36 oluşturulmuştur (44).

SF-36' nın özelliklerinin başında bir kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir (45). Beş dakika gibi kısa sürede doldurulabilmesi, sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilmesi ölçeğin avantajları arasında sayılmaktadır (46). Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde) (43) (Ek.1).

Ölçek son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Akut biçimini oluşturmak amacıyla son 1 haftayı değerlendiren bir formu da uygulanmıştır (47). Değerlendirme 4. ve 5. maddeler dışında Likert tipi (üçlü- altılı) yapılmaktadır; 4. ve 5. maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır (43). Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir (46). Alt ölçekler sağlığı 0 ila 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir.

SF-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (48).

2.2. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

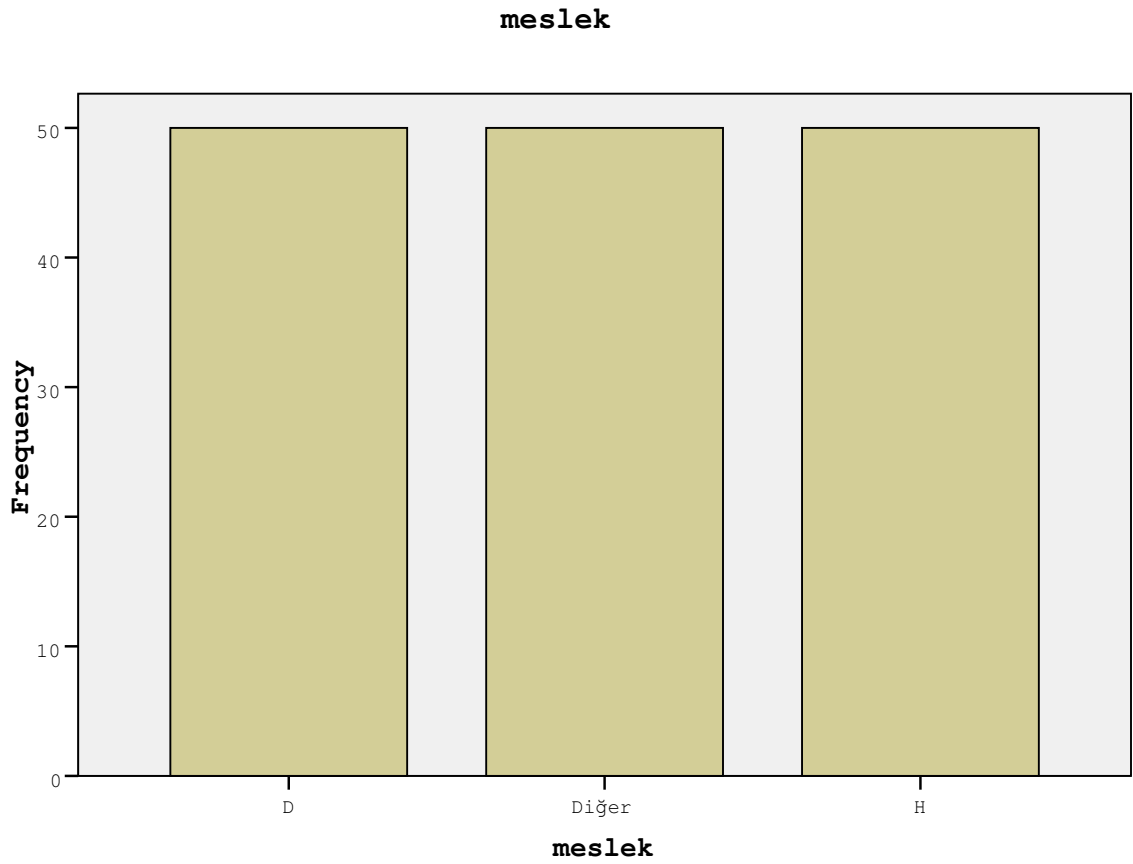
Sürekli değişkenler bakımından grupların karşılaştırılması amacıyla t-testi kullanılmıştır. T- testi iki popülasyonun ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için kullanılmıştır. İki'den fazla değişkenin bulunduğu durumlar için, değişken ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığını belirlemek için varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Bu araştırmanın tüm istatistiksel analizleri "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS 15.0) paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

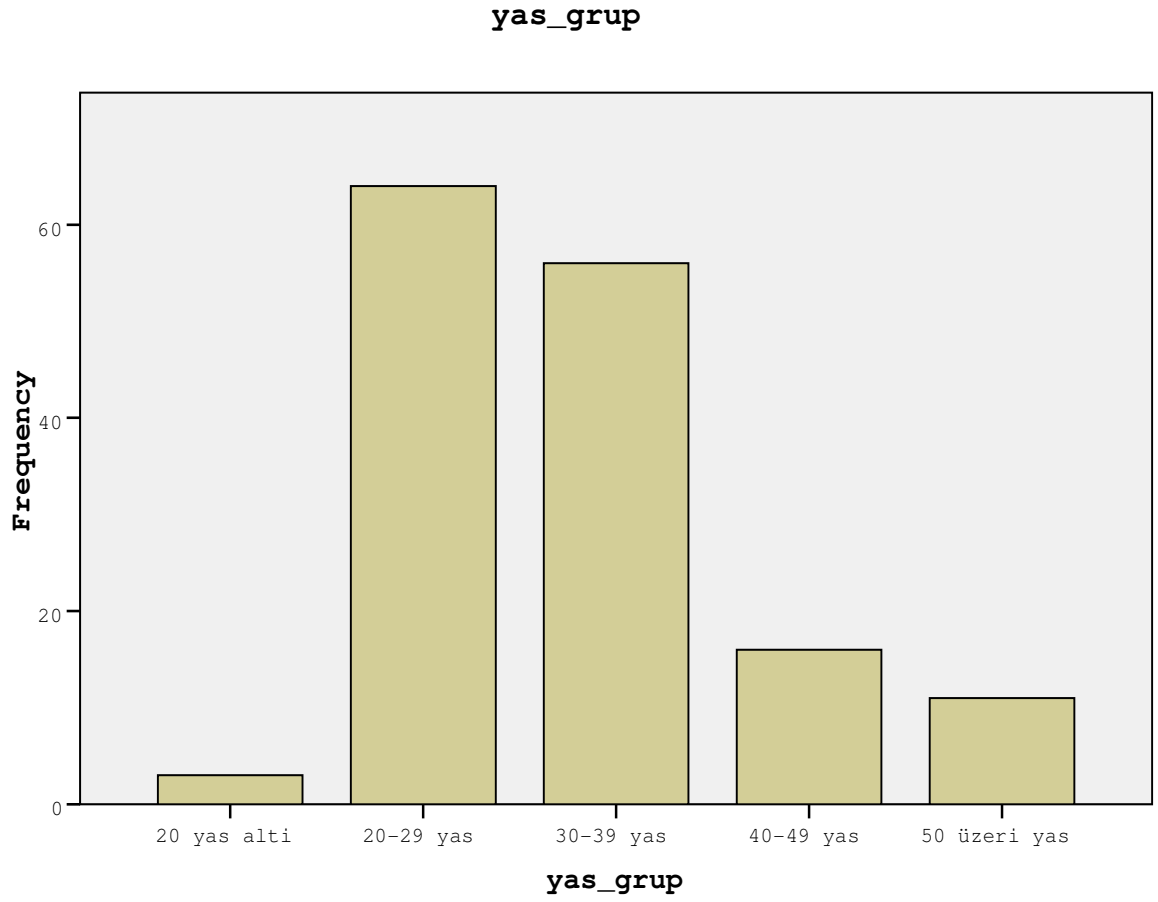
3. BULGULAR

3.1. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

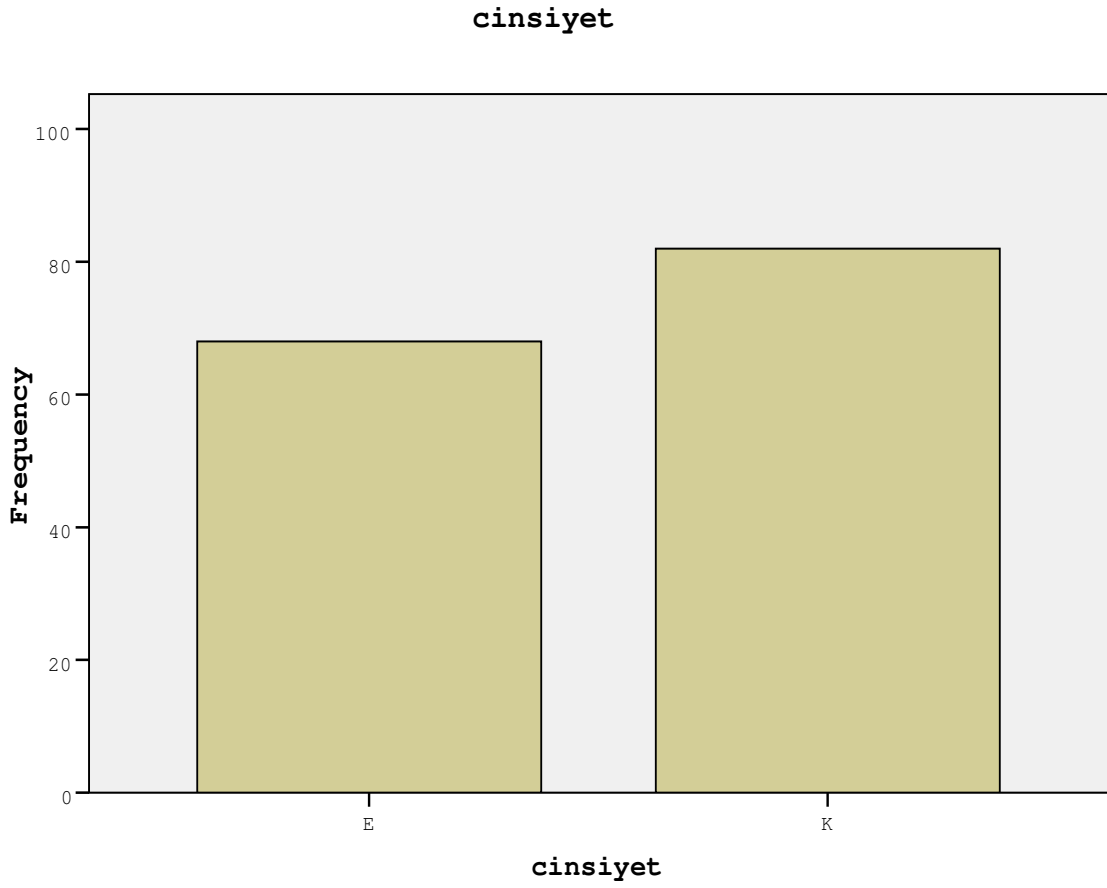
Çalışmada kullanılan katılımcı sayısı 150 olup bunların 50'si doktor, 50'si hemşire ve 50'si de diğer sağlık personeli olarak seçilmiştir.



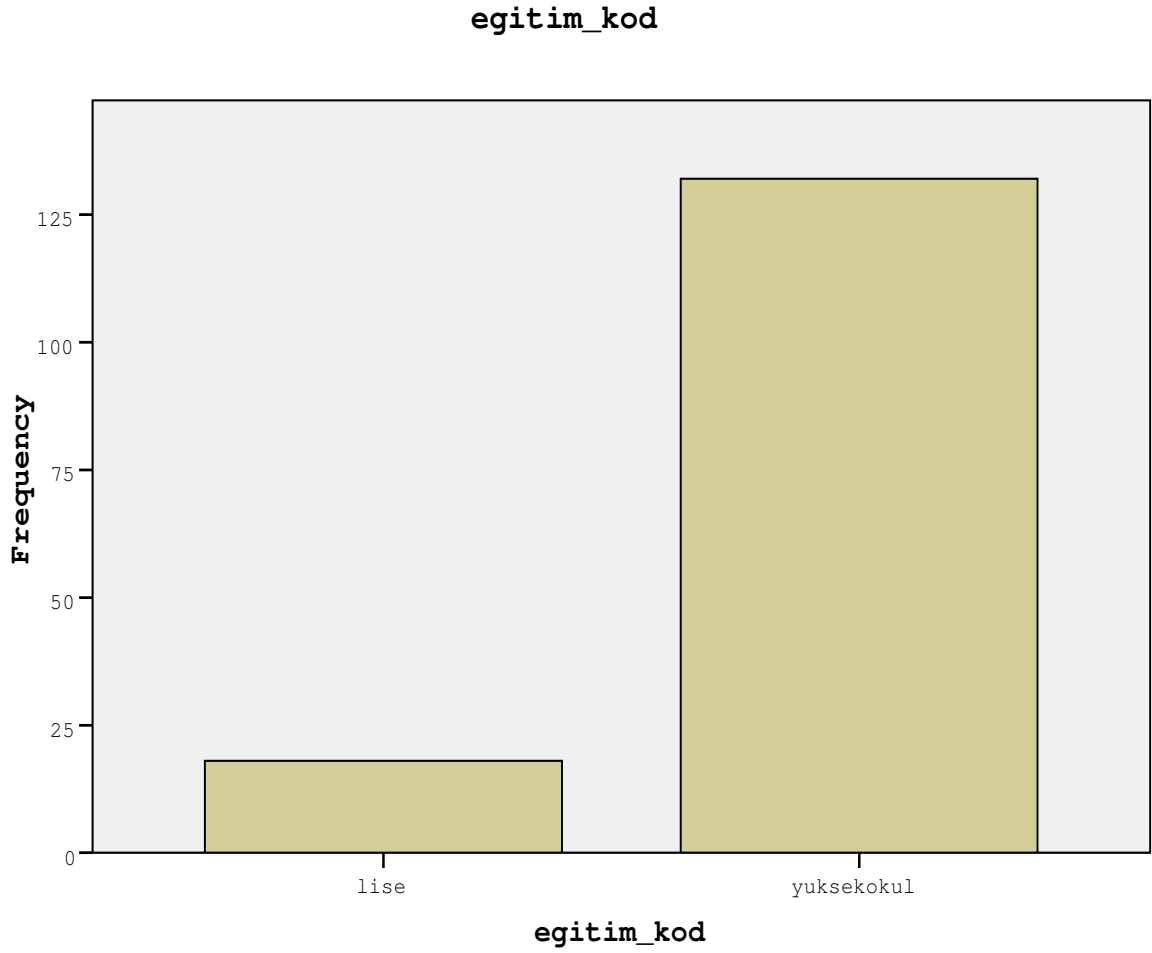
Yaş gruplarına göre dağılım şu şekilde ayrılmıştır. Katılımcıların 3'ü 20 yaşın altında, 64'ü 20-29 yaş aralığı, 56'sı 30-39 yaş aralığı, 16'sı 40-49 yaş aralığı ve 11'i 50 yaşın üstünde olduğu saptanmıştır.



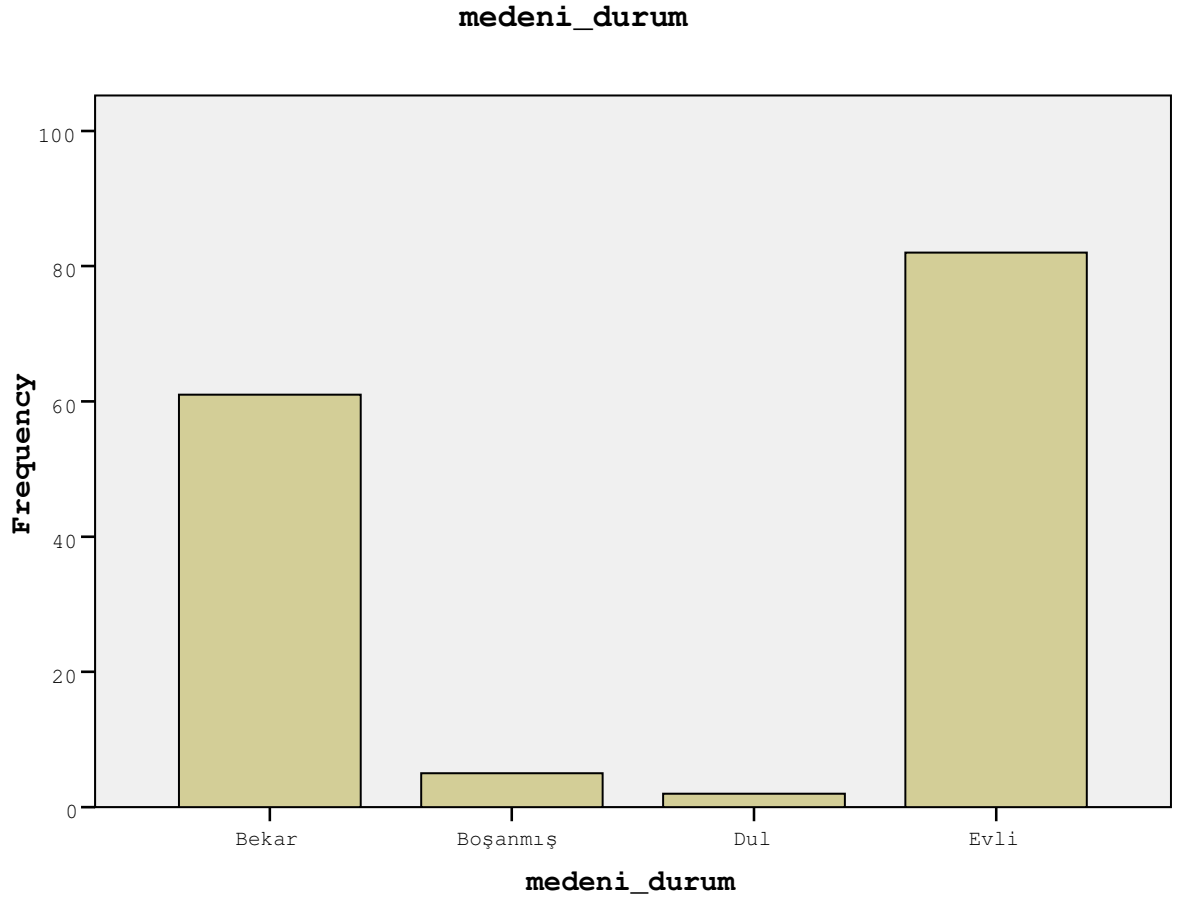
Katılımcıların 68'i erkek olup 82'si kadındır.



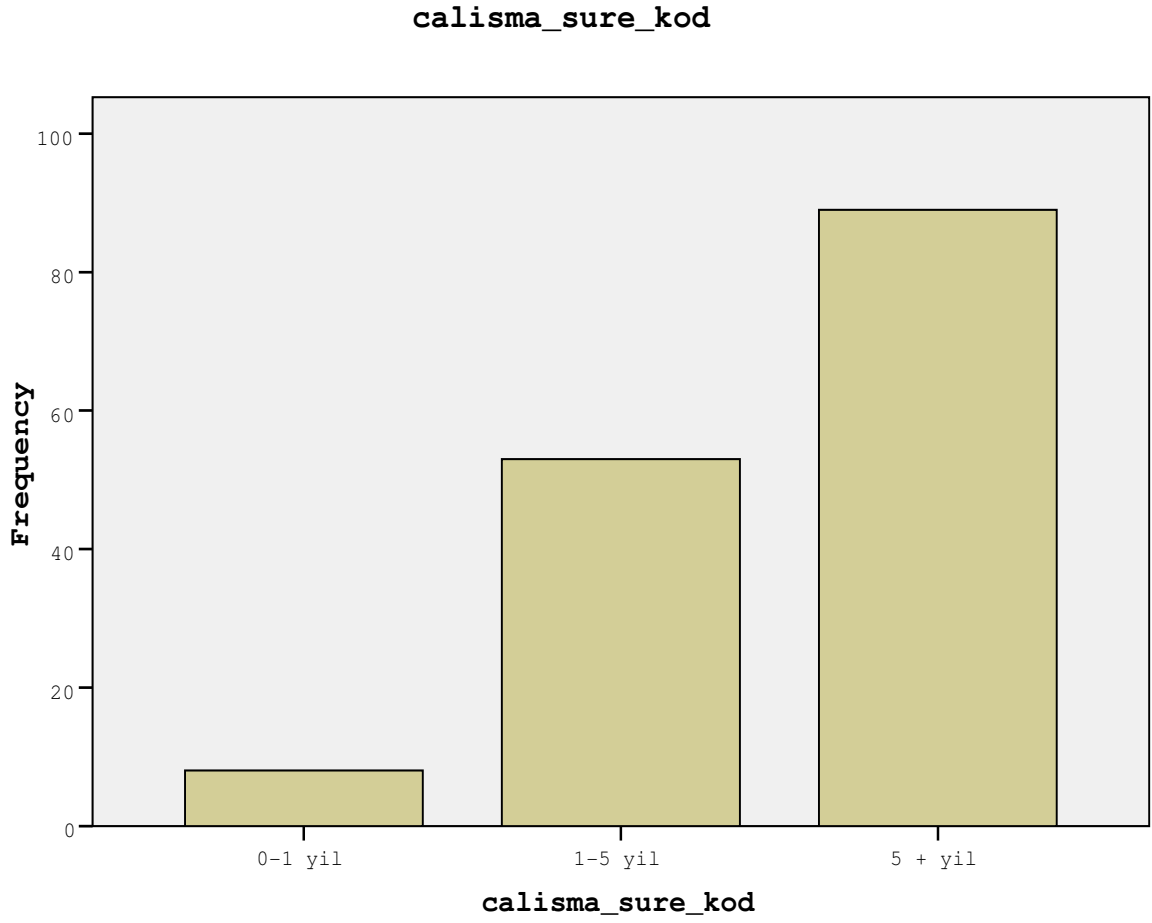
Katılımcıların 18'i lise, 132'si yüksekokul mezunudur.



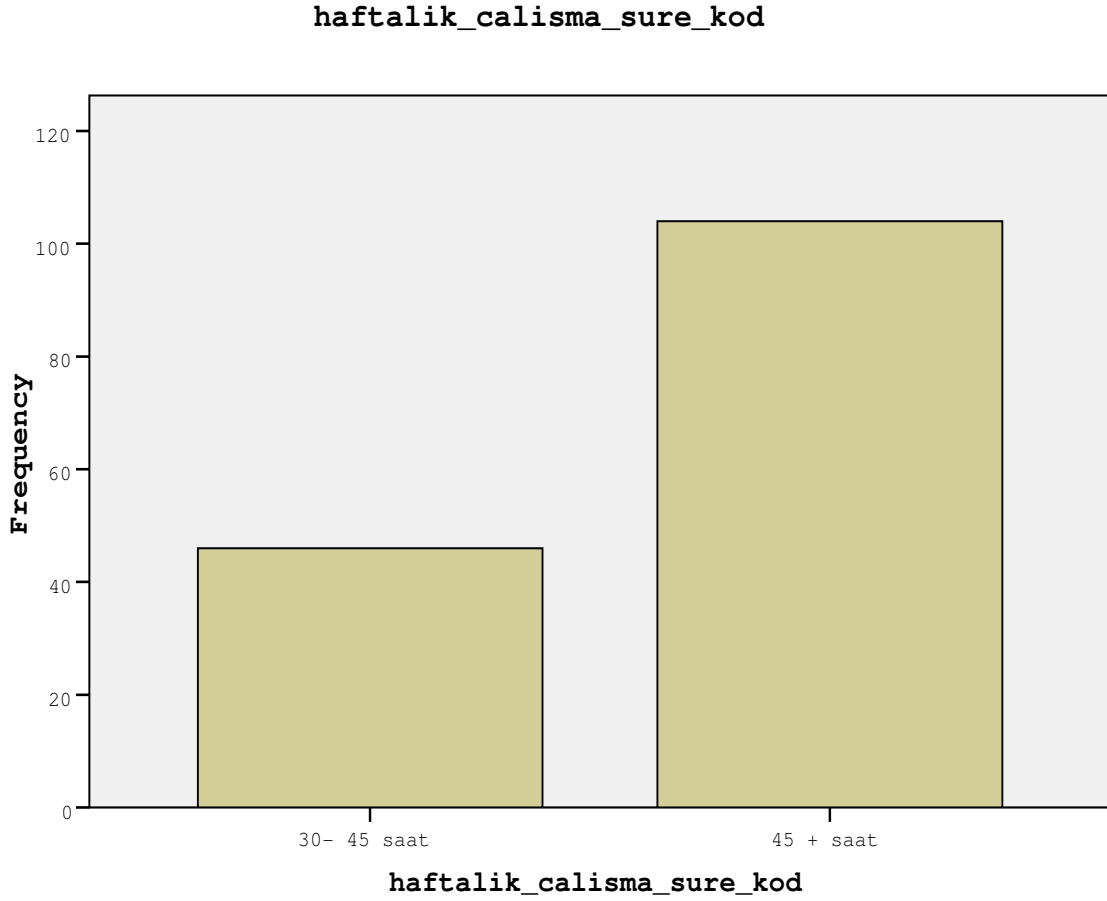
Medeni durumlarına bakıldığında katılımcıların 61'i bekar, 82'si evli, 5'i boşanmış ve 2'si de dul olarak belirlenmiştir.



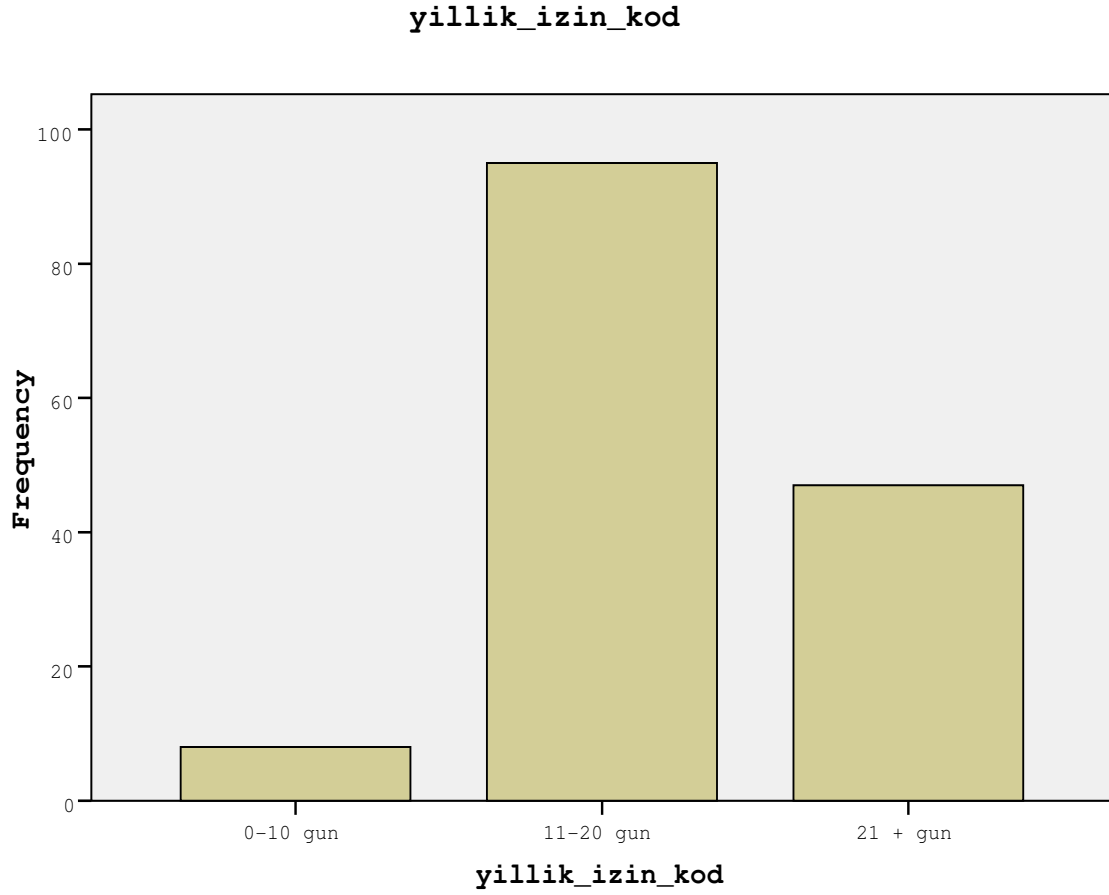
Katılımcıları 8'i 1 yıldan az bir süredir çalışıyor olup, 53 kişi 1-5 yıl ve 89 kişi 5 yıldan fazla bir süredir çalışıyor.



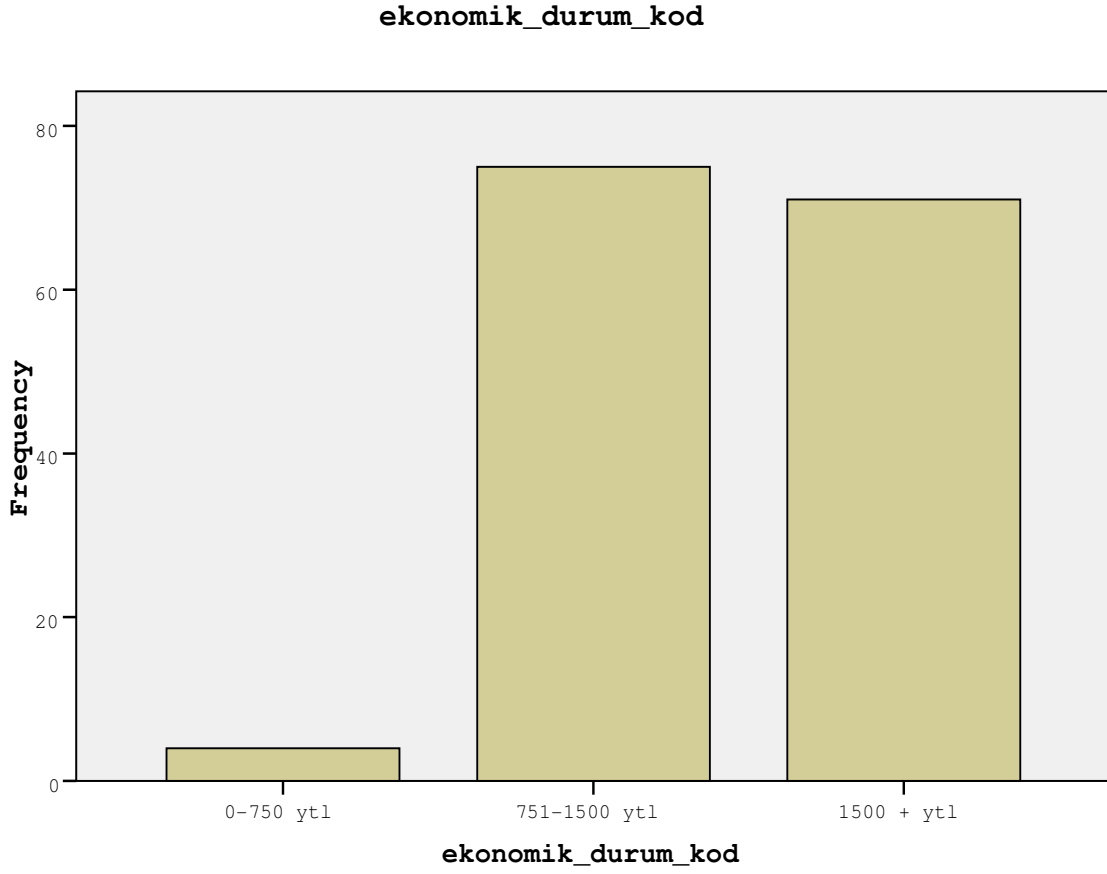
Haftalık çalışma sürelerinde ise katılımcıların 46 haftada 30-45 saat çalıştıklarını belirtirken 104 kişi 45 saatten fazla çalıştıklarını belirtmişlerdir.



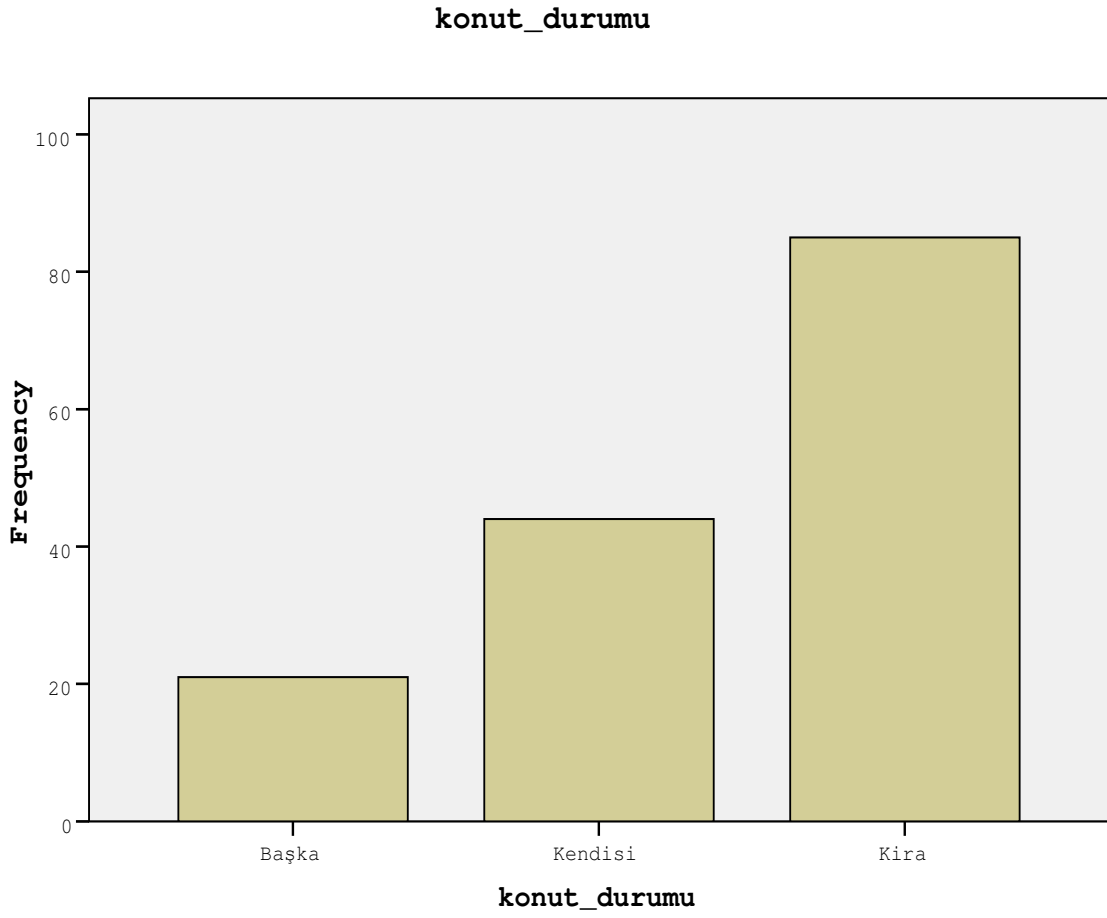
Yıllık izin kullanım sayılarına bakıldığında 18 kişi yılda 10 gün izin kullanırken 95 kişi 11-20 gün arasında izin kullandığı, 47 kişi ise 20 günden fazla yıllık izin kullandıklarını ifade etmiştir.



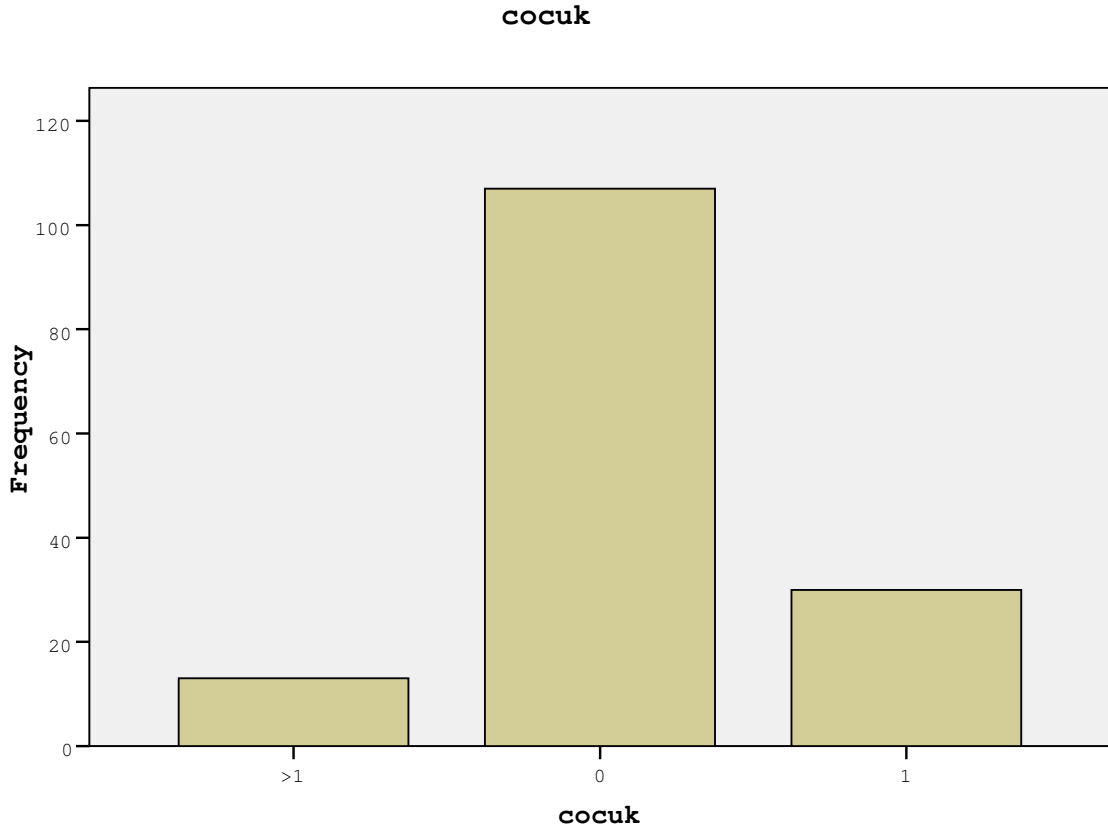
Ekonomik düzeyleri değerlendirildiğinde, katılımcıların 4'ü 0-750 YTL ücret kazanırken 751-1500 YTL kazananların oranı 75 kişi ve 1500 YTL den fazla kazananların sayısı ise 71 bulunmuştur.



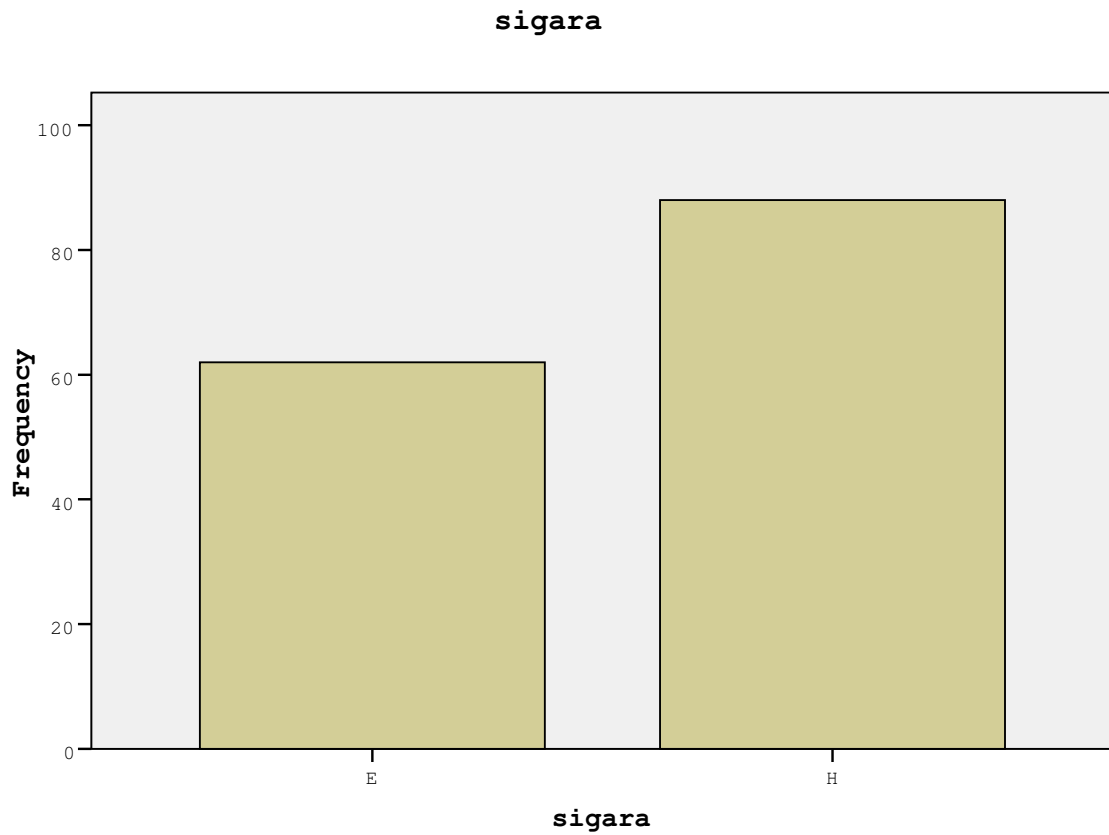
Yine deneklerin 44'ü ikamet ettikleri evin kendilerine ait olduğunu söylerken, kirada oturan katılımcı sayısı 85. Diğer durumlar ise 21 olarak saptanmıştır.



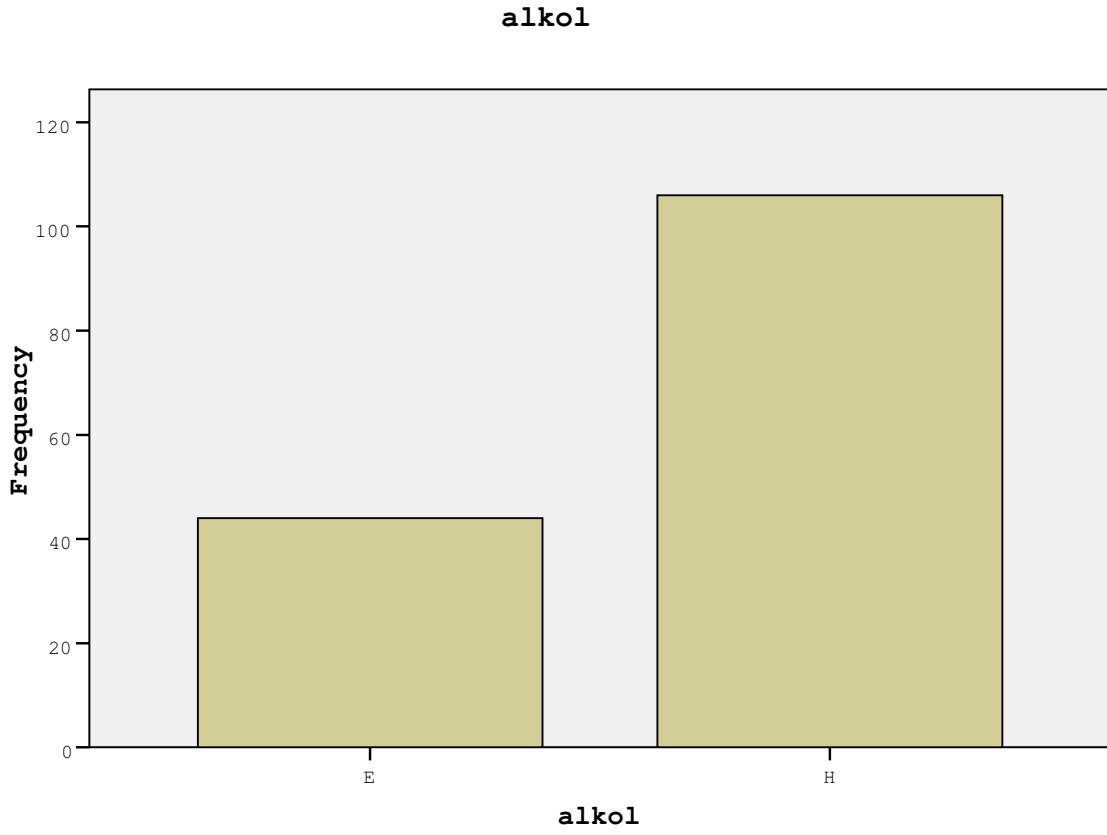
Sahip oldukları çocuk sayılarına bakıldığında, katılımcıların 107'si çocuk sahibi olmayıp, 30'u 1 çocuk ve 13'ü ise 1 den fazla çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir.



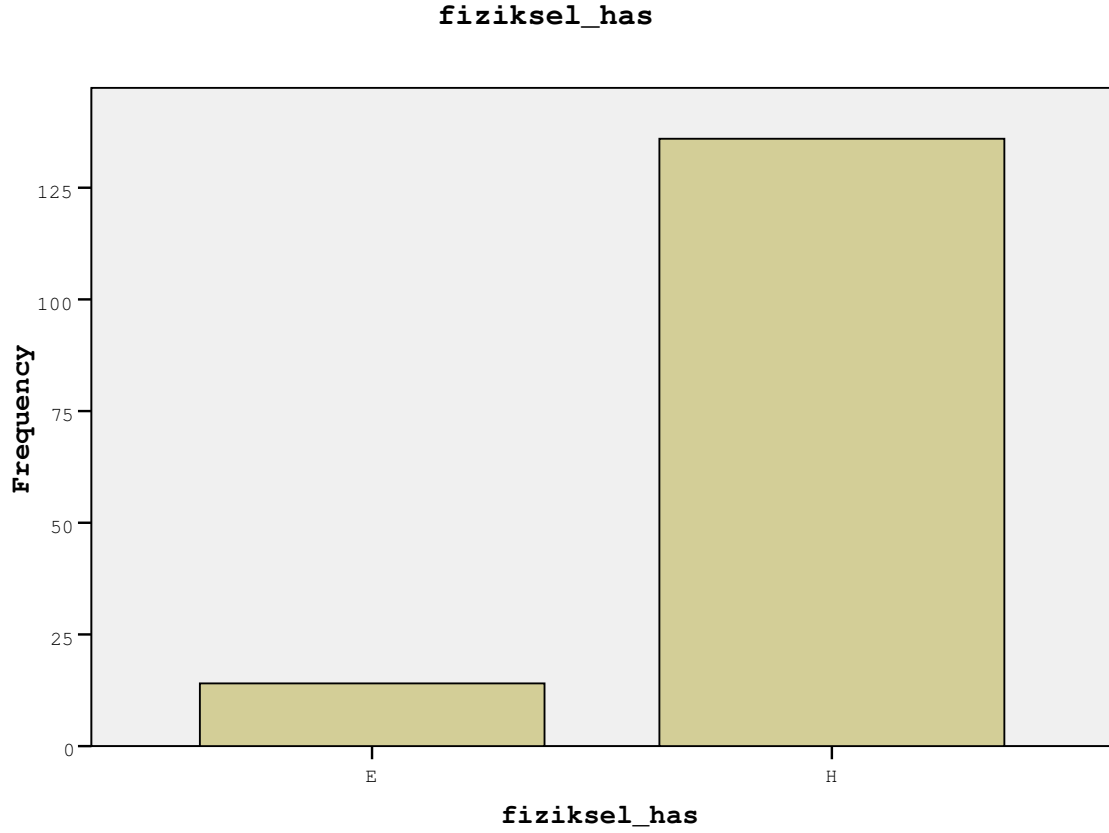
Sigara kullanan katılımcı sayısı 62 iken sigara kullanmayanların oranı 88 olarak saptanmıştır.



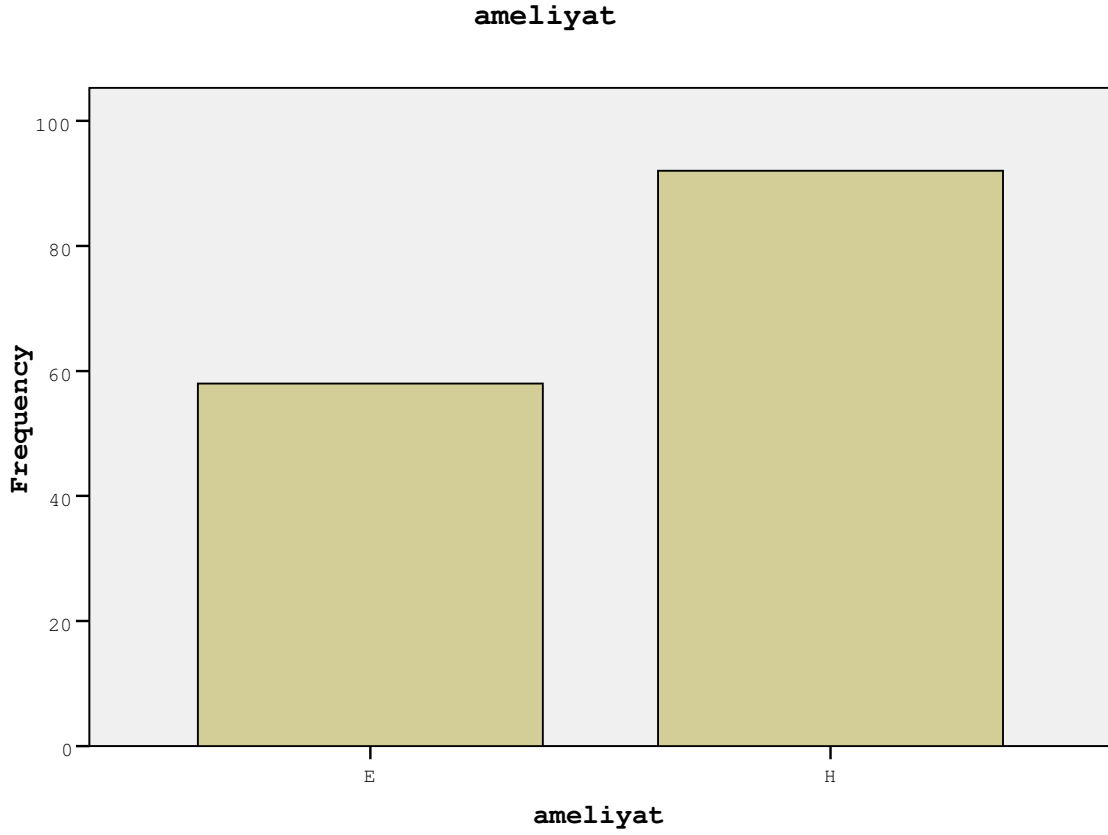
Alkol kullanımında ise katılımcıların 44'ü alkol kullanırken 106'sı kullanmadıklarını ifade etmişlerdir.



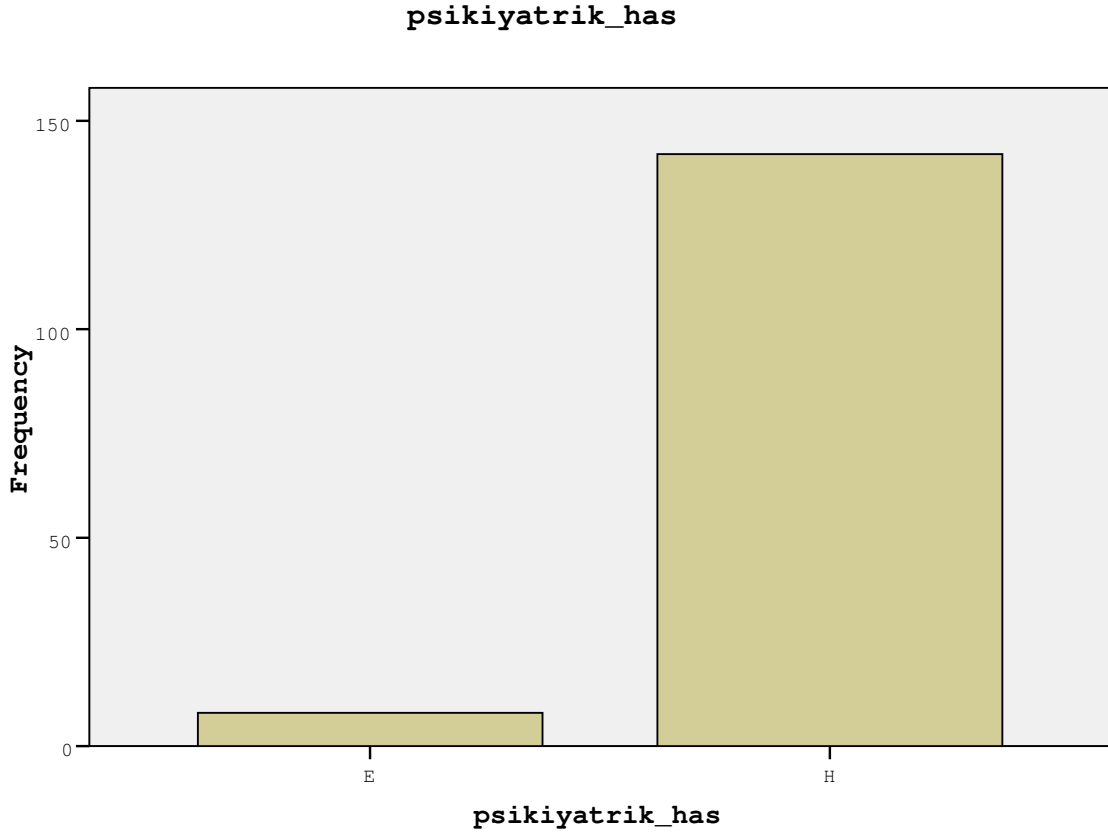
Katılımcıların 14'ü fiziksel bir hastalığa sahip olduklarını söylerken 136'kişi herhangi bir fiziksel hastalığa sahip olmadıklarını belirtmişlerdir.



Yine katılımcıların 58'i geçmişte en az bir kez ameliyat olduklarını ifade ederken 92'si herhangi bir ameliyat öykülerinin bulunmadığını belirtmiştir.



Psikiyatrik rahatsızlığı sahip olduklarını belirten katılımcı sayısı 8 iken 142 kişi herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık yaşamadıklarını ifade etmişlerdir.



3. 2. SİGARA İÇME DURUMUNA GÖRE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Alt Ölçekler	Sigara İçenler			Sigara İçmeyenler			t	df	Sig
	N	Ort.	SS	N	Ort.	SS			
Genel Sağlık	62	60,74	18,62	88	60,88	22,78	-,038	148	,038
Emosyonel Rol Kısıtlılığı	62	54,70	45,68	88	64,77	39,10	-1,433	148	,004

Yukarıdaki tabloda da görüldüğü gibi sigara içen ve sigara içmeyen katılımcıların SF 36 Ölçeğinin Genel Sağlık ve Emosyonel Rol Kısıtlılığı alt ölçekleri ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Genel Sağlık Alt Ölçeği ortalamaları arasında $p < .05$ düzeyinde fark bulunmuşken Emosyonel Rol Kısıtlılığı Alt Ölçeği ortalamaları için bu fark $p < .01$ düzeyinde saptanmıştır.

3. 3. AMELİYAT OLMA DURUMUNA GÖRE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Alt Ölçekler	Ameliyat Olanlar			Ameliyat Olmayanlar			t	df	Sig
	N	Ort.	SS	N	Ort.	SS			
Fiziksel Fonksiyon	58	83,10	19,25	92	89,89	14,04	-2,491	148	,002
Rol Kısıtlılığı	58	67,67	40,55	92	74,18	35,63	-1,033	148	,028
Ağrı	58	66,78	25,67	92	73,24	22,06	-1,639	148	,012

Ameliyat olanlarla olmayanların SF 36 ölçekleri ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde, Fiziksel Fonksiyon, Rol Kısıtlılığı ve Ağrı alt ölçekleri ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Fiziksel Fonksiyon Alt Ölçeği ortalamaları arasında $p<.01$ düzeyinde fark bulunmuşken, Rol Kısıtlılığı ve Ağrı Alt Ölçekleri ortalamaları için bu fark $p<.05$ düzeyinde saptanmıştır.

3. 4. HAFTALIK ÇALIŞMA SÜRESİNE GÖRE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Alt Ölçekler	Haftalık Çalışma Süresi 30-45 Saat Olanlar			Haftalık Çalışma Süresi 45+ Saat Olanlar			t	df	Sig
	N	Ort.	SS	N	Ort.	SS			
Fiziksel Fonksiyon	46	90,43	11,96	104	85,87	18,06	1,568	148	,030

Haftalık çalışma süreleri 30-45 saat olanlar ile 45 saatin üzerinde olanların SF 36 ölçekleri ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde, Fiziksel Fonksiyon Alt Ölçeği ortalamaları arasında $p<.05$ düzeyinde bir fark bulunmuştur.

3. 5. YAŞ GRUBUNA GÖRE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Alt Ölçekler	Yaş Grupları	N	Ort.	SS	F	Sig.
Fiziksel Fonksiyon	20 yaş altı	3	78,33	12,58	7,426	,000
	20-29 yaş	64	91,41	10,81		
	30-39 yaş	56	89,29	14,37		
	40-49 yaş	16	78,75	22,17		
	50 üzeri yaş	11	67,73	27,14		
Ağrı	20 yaş altı	3	48,33	15,17	3,067	,018
	20-29 yaş	64	75,75	23,45		
	30-39 yaş	56	71,55	23,32		
	40-49 yaş	16	60,69	21,94		
	50 üzeri yaş	11	58,18	21,44		

Yaş Gruplarına göre SF 36 ölçekleri ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde, Fiziksel Fonksiyon ve Ağrı alt ölçekleri ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Fiziksel Fonksiyon Alt Ölçeği ortalamaları arasında $p<.0001$ düzeyinde fark bulunmuşken, Ağrı Alt Ölçeği ortalamaları için bu fark $p<.05$ düzeyinde saptanmıştır.

3. 6. MESLEĞE GÖRE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Alt Ölçekler	Meslek	N	Ort.	SS	F	Sig.
Fiziksel Fonksiyon	Doktor	50	88,40	15,13	4,222	,016
	Hemşire	50	82,10	19,72		
	Diğer	50	91,30	12,96		
Ağrı	Doktor	50	67,36	24,80	3,113	,047
	Hemşire	50	67,40	25,14		
	Diğer	50	77,46	19,61		
Vitalite	Doktor	50	52,50	19,54	4,937	,008
	Hemşire	50	52,70	23,95		
	Diğer	50	64,50	21,88		
Mental Sağlık	Doktor	50	59,52	18,51	3,089	,049
	Hemşire	50	58,64	18,54		
	Diğer	50	66,80	16,95		

Meslek Gruplarına göre SF 36 ölçekleri ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde, Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Vitalite ve Mental Sağlık alt ölçekleri ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Fiziksel Fonksiyon, Ağrı ve Mental Sağlık Alt Ölçek ortalamaları arasında $p<.05$ düzeyinde fark bulunmuşken, Vitalite Alt Ölçeği ortalamaları için bu fark $p<.01$ düzeyinde saptanmıştır.

3.7. EKONOMİK DÜZEYE GÖRE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Alt Ölçekler	Ekonomik Düzey	N	Ort.	SS	F	Sig.
Fiziksel Fonksiyon	0-750 YTL	4	41,25	9,46	20,210	,000
	751-1500 YTL	75	87,80	14,57		
	1500 + YTL	71	89,30	15,10		
Vitalite	0-750 YTL	4	28,75	16,52	3,337	,037
	751-1500 YTL	75	56,47	21,97		
	1500 + YTL	71	58,24	22,41		

Ekonomik Düzey değişkenine göre SF 36 ölçekleri ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde, Fiziksel Fonksiyon ve Vitalite alt ölçekleri ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Fiziksel Fonksiyon Alt Ölçek ortalamaları arasında $p < .0001$ düzeyinde fark bulunmuşken, Vitalite Alt Ölçeği ortalamaları için bu fark $p < .05$ düzeyinde saptanmıştır.

3. 8. ÇOCUK SAYISINA GÖRE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Alt Ölçekler	Çocuk Sayısı	N	Ort.	SS	F	Sig.
Fiziksel Fonksiyon	0	107	88,60	14,99	6,243	,002
	1	30	89,00	14,82		
	1 den fazla	13	72,31	24,71		

Sahip olunan çocuk sayısına göre SF 36 ölçekleri ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde, Fiziksel Fonksiyon Alt Ölçeği ortalamaları arasında $p < .01$ düzeyinde bir fark bulunmuştur.

3. 9. YILLIK İZİN SÜRESİNE GÖRE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Alt Ölçekler	Yıllık İzin Süresi	N	Ort.	SS	F	Sig.
Fiziksel Fonksiyon	0-10 gün	8	93,75	7,44	5,504	,005
	11-20 gün	95	89,84	13,33		
	20 + gün	47	80,96	21,25		

Yıllık izin sürelerine göre SF 36 Alt ölçek ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde, Fiziksel Fonksiyon Alt Ölçeği ortalamaları arasında $p<.001$ düzeyinde bir fark bulunmuştur.

Cinsiyet, alkol kullanımı, fiziksel hastalık, ruhsal hastalık, Eğitim düzeyi, Medeni durum, çalışma süresi ve konut durumu ile SF 36'nın alt ölçek ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda herhangi bir anlamlı fark bulunamamıştır.

4. TARTIŞMA

Yaşam kalitesi (Quality of life, QOL); kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır. Bu tanım, yaşam kalitesinin kültürel, sosyal ve çevresel kavramlara iyice gömülmüş subjektif bir değerlendirme olduğu görüşünü yansıtmaktadır (49). Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür ancak farklı kişilere farklı şeyler ifade eden bir kavram olduğundan net bir tanım yapmak güçtür. Sadece hastalık olmaması değil, tam bir fiziksel, mental ve sosyal iyilik halidir (50).

Yaşam kalitesinin belirleyicileri kişiden kişiye, hatta bireyin yaşamı süresince dönemden öneme değişiklik gösterdiğinden ve soyut bir kavram olduğundan dolayı, yaşam kalitesini ölçmek için bir takım ölçeklerin geliştirilmesine ihtiyaç doğmuştur. Geçmişte yaşam kalitesi kavramı daha dar kapsamlı olarak ele alınmakta ve genellikle hastalıklara özel olarak düşünölmekteydi. Bu soyut kavramın ölçölmesi ise sıklıkla klinisyenlerin gözlemlerine dayanmaktaydı. Günümüzde yaşam kalitesini değerlendirmekte kullanılan çok sayıda ölçek geliştirilmiş durumdadır. Yaşam kalitesi ölçekleri, uygulandıkları topluluklara göre genel (tüm topluluklara uygulanabilen genel ölçekler) ve özgün (belirli hastalık gruplarına uygulanan özel ölçekler) olarak gruplanmaktadır. Bu ölçekler genellikle yaşam kalitesini; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ruh sağlığı gibi farklı boyutlara ayırarak değerlendirmektedir. Mevcut ölçekler yaşam kalitesini sağlıklı kişilerde, belirli sağlık sorunları olan kişilerde, belirli yas gruplarına özel ya da toplumun genelinde ölçebilmektedir. Bu ölçekler kullanılarak yaşam kalitesi; sosyal, fiziksel, ruhsal ve akli fonksiyonları içeren “fonksiyonellik” ve yaşamdan alınan tatmin ile sağlık durumunu içeren “algılar” olarak iki ana bileşen halinde değerlendirilebilir (51, 52). Bütün bu değerlendirmeler ışığında yapılan bu çalışmayla sağlık personelinin öznel yaşam kalite düzeyi incelenmeye çalışılmıştır.

4.1. SİGARA İÇME DURUMUNA GÖRE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Bir kişinin görünürdeki fiziksel ve zihinsel sağlıklı olma durumu, yaşamın "iyi" olması, kişinin mutluluğu ve başkalarına bağımlı olmadan işlerini yaparak yaşamın keyfini çıkarması anlamına gelen yaşam kalitesinin, sigara içme durumundan etkilenebileceği düşünülmektedir. Yaptığımız çalışmada sigara içen ve sigara içmeyen katılımcıların SF 36'nın sadece Genel Sağlık ve Emosyonel Rol Kısıtlılığı alt ölçek ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Kısa sürede bağımlılık yapabilen sigara; kullanan kişiye ekonomik bir yük getirmekte, içindeki maddelerle organizmayı olumsuz yönde etkilemekte ve sağlığa zarar vermektedir. Sigara kullanma bağımlılığı gün geçtikçe yayılmaktadır (53). Sigara dumanındaki maddeler insan organizmasını etkileyerek kanser dışında da pek çok hastalık ve bozukluğa da yol açabilmektedir. Bunlar; ağız kokusu, tat ve koku alma duyusunda değişiklik, dişlerde ve tırnaklarda renk değişikliği, yorgunluk, baş ağrısı gibidir (54). Zahran ve ark.'nın 18-24 yaşları arasında lise ve yüksekokul öğrencilerinde riskli sağlık davranışları ve sağlığa ilişkin yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmalarında; sigara içme durumunun yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır (55). Sigara içmenin kişi üzerindeki zararlı etkilerinden dolayı yaşam kalitesi düşmektedir. Yaptığımız çalışmada elde edilen sonuç ışığında sigara içen kişilerin genel sağlık alanında ve emosyonel rol kısıtlılığı alanında sigara içmeyenlere göre daha düşük ortalamalar aldığını ifade edebiliriz. Buradan yola çıkarak sigara içmeyenlerin içenlere göre bu iki alanda anlamlı olarak daha sağlıklı olduğunu söyleyebiliriz. Genel sağlık bilgileri içerisinde de sigara içmenin genel sağlık alanına olumsuz etkiler yaptığı bilinen bir durumdur. Yapılan bu çalışmayla sigara içme durumunun sigara içmeyenlere göre emosyonel roller bakımından kişilerde daha çok olumsuzluklar yaratacağı sonucudur.

4.2. AMELİYAT OLMA DURUMUNA GÖRE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Ameliyat olanlarla olmayanların SF 36 alt ölçekleri ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde, Fiziksel Fonksiyon, Rol Kısıtlılığı ve Ağrı alt ölçekleri ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı bulunun bu sonuçlarda herhangi bir operasyon geçirmeyen kişilerin en az bir operasyon geçiren kişilere göre fiziksel fonksiyon, rol kısıtlılığı ve ağrı ortalamalarının daha yüksek olduğu sonucudur. Elde edilen bu sonuç

geçmişte herhangi bir operasyon geçirmeyen kişilerin operasyon geçirenlere göre bu üç alanda daha sağlıklı olduğudur. Cerrahi operasyonu, bireyin fiziksel anlamda yolunda gitmeyen bir sağlık durumunun değiştirilmesine yönelik bir müdahale olarak değerlendirebiliriz. Operasyon geçirenlerin fiziksel fonksiyon alanında daha düşük sonuçların elde edilmesi bu açıdan beklenen bir durumdur. Aynı şekilde operasyon geçirme durumunun bireyin rollerinin gerçekleştirilmede kısıtlamalar yaratacağı ve aynı zamanda fiziksel olarak daha fazla ağrı yaşantılarının olacağı beklenebilir bir durumdur. Ağrı, insanın en önemli duyularından birisi olup günlük klinik uygulamadaki en yaygın yakınmalardan birini oluşturur. Ağrı fiziksel, davranışsal, emosyonel ve kognitif boyutları olan kompleks bir etkileşim olarak kabul edilmektedir (56).

Ağrı kişiyi rahatsız eden hoş olmayan bir duyum olması yanı sıra, tedavi ile ilgili süreçler nedeniyle de yaşam kalitesini bozabilir. Kişiler ağrıya farklı tepkiler verirler, ağrıya dayanıklılıkları, ağrıyı kabullenebilmeleri farklıdır ve bütün bunların yaşam kalitelerine yansıdığı kabul edilebilir (57). Lyons ve arkadaşları sırt ağrısı olan hastalarda SF-36'da sekiz alt ölçekten her birinde istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüklük saptamışlardır (58). Olumsuz kognisyonlara sahip olma ağrının ortaya çıkışını etkileyebildiği gibi ağrı algısı, ağrı şiddeti ve yaşam kalitesi üzerinde rol oynamaktadır (59). Olumlu ve etkin kognisyonların geliştirilmesi ve uygun başa çıkma yollarının kullanılmaya başlanması ile kronik ağrıdan yakınan hastalarda, ağrının seyri ve hastanın yaşam kalitesi iyileşmektedir (60,61).

4.3. HAFTALIK ÇALIŞMA SÜRESİNE GÖRE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Haftalık çalışma süreleri 30-45 saat olanlar ile 45 saatin üzerinde olanların SF 36 ölçekleri ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde, Fiziksel Fonksiyon Alt Ölçeği ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bireyin haftalık çalışma süresinin artmasıyla fiziksel fonksiyonda bazı olumsuz durumların yaşanabileceği öngörüsü, farklı çalışma süreleri olan kişilerin karşılaştırılması sonucunda haftalık çalışma süresi daha fazla olanların fiziksel fonksiyon ortalamalarının daha yüksek oluşuyla saptanan bir bulguya dönüşmüştür. Elde edilen bu sonuç haftalık çalışma süresi daha az olan bireylerin fiziksel fonksiyon durumlarının daha fazla süre çalışanlara göre anlamlı olarak daha iyi olduğunu ifade etmemize imkan tanımaktadır.

4.4. YAŞ GRUBUNA GÖRE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Yaşın ilerlemesiyle birlikte organizmada bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Tüm sistemlerdeki değişim sonucu hastalıkların görülme sıklığı artmakta ve kronikleşen hastalıklar kişilerin beden yapısında bozulmaya neden olmaktadır. Fonksiyonel bozukluk, yetersizlik ve sakatlıklar sonrasında bireyin yaşam kalitesi bozulmaktadır. Yaptığımız çalışmada yaş gruplarına göre SF 36 ölçekleri ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde, Fiziksel Fonksiyon ve Ağrı alt ölçekleri ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Bulgular incelendiğinde 20 yaş altı grup hariç diğer gruplarda hem fiziksel fonksiyon hem de ağrı alanlarında yaş grubu arttıkça ortalamaların daha düşük çıktığıdır. Bu sonuçlar bireylerin yaş grupları düştükçe fiziksel fonksiyon ve ağrı alanlarında kendilerini daha sağlıklı hissettikleridir. Fiziksel fonksiyon ve ağrı alanlarında yaşın artmasıyla daha sağlıksız bir duruma gidip genel tıp bilgilerine göre beklenen bir durumdur. Bu sonuca göre yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin azaldığı düşünülmektedir (62). Yapılan bazı araştırmalarda birçok alanda artan yaşla birlikte yaşam kalitesi azalmaktadır. Artan yaş ile birlikte yaşam kalitesinin azaldığı çeşitli çalışmalarla da ortaya konulmuştur. Kanada ve İsveç'te erkeklerle yapılan ulusal çalışmalarda, SF-36'nın bütün alanlarındaki puanların artan yaşla birlikte azaldığı gösterilmiştir (63, 64).

Her iki alanda 20 yaş altı katılımcıları diğer yaş gruplarına göre daha düşük yani daha sağlıksız bir sonuç vermeleri ergenlik döneminin çalkantılı bir dönem olması ve birçok yönüyle gençlerin bazı sağlık sorunlarıyla da yüzleşmeleriyle açıklanabilir. Bunun yanı sıra bu duruma istatistiksel açıdan baktığımızda 20 yaş altı katılımcı sayısının sadece 3 kişi olması böyle bir sonucun ortaya çıkmasına neden olmuş olabilir. Nihayetinde bu gruptaki katılımcı sayısının genel örnekleme göre küçük bir sayı olması, yapılan istatistiksel analizleri de etkilemediği, elde edilen sonuçları değerlendirdiğimizde görülebilmektedir. Bütün bunlar artan yaşla birlikte yaşam kalitesinin azalmasının bir açıklayıcısı olabilir.

4.5. MESLEĞE GÖRE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Meslek Gruplarına göre SF 36 ölçekleri ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde, Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Vitalite ve Mental Sağlık alt ölçekleri ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Fiziksel fonksiyon alanında en düşük sonucu hemşireler almış olup ardından gelenler doktorlar ve diğer çalışanlardır. Ağrı alt ölçeğinde ise doktor ve hemşireler bir birine çok yakın ortalamalar gösterirken diğer çalışanlar çok daha yüksek ortalamalar almışlardır. Aynı sonuç vitalite ve mental sağlık alt ölçeklerinde de karşımıza çıkmıştır. Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde fiziksel fonksiyon alanında doktorlar ve diğer çalışanların hemşirelere göre kendilerini daha iyi hissettikleri sonucuna varabiliriz. Bu sonuç hemşirelerin mesleki olarak fiziksel alanda daha çok kısıtlılık yaşadıkları sonucunu ortaya çıkarmaktadır. Ağrı, vitalite ve mental sağlık alanlarında doktor ve hemşirelerin daha düşük ortalamalar almaları yaptıkları işin özellikleri bakımında diğer çalışanlara göre daha yıpratıcı olduğu sonucudur. Mental sağlık alanında bir değerlendirme yaparsak günümüzde psikopatolojinin yaşamın fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik durum gibi pek çok alanını etkilediğini söyleyebiliriz. Azalmış olan yaşam kalitesi çoğu kez, psikopatolojinin bir nedeni ya da sonucu olabiliyor. Sonuç olarak unipolar, bipolar ve mevsimsel özellikli depresyonda yaşam kalitesini inceleyen bir dizi çalışmada hem fiziksel hastalıklarla karşılaştırıldığında hem de sağlıklı bireylere oranla yaşam kalitesinin oldukça anlamlı bir azalma olduğu gösterilmiştir (65, 66, 67).

4. 6. EKONOMİK DÜZEYE GÖRE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Ekonomik ve sosyal durum, insan yaşamını etkileyen ve ruh sağlığında önemli bir yer tutan faktörlerin başında gelmektedir. Ekonomik ve sosyal durumu kötü ya da iyi olan ve kötü ya da iyi fiziksel şartlarda yaşayan insanların ruhsal sağlıkları ve ruhsal tedavi almak için başvurdukları merkezler ya da kişiler ve de başvuru sıklıkları değişiklikler göstermektedir (68, 69).

Çalışmamızda ekonomik düzey değişkenine göre SF 36 ölçekleri ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde, Fiziksel Fonksiyon ve Vitalite alt ölçekleri ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Katılımcılar arasında kazanılan ücret düştükçe fiziksel

fonksiyon ve vitalite alanlarında daha düşük sonuçlar elde edilmiştir. Özellikle aylık 750 YTL'nin altında kazançları olan katılımcıların bu iki alanda aldıkları değerler çok daha düşük çıkmıştır. 751-1500 YTL kazançlarla 1500 YTL'nin üzerinde aylık kazanç sağlayanlar arasında ise belirgin bir fark bulunamamıştır. Bu durum da göstermektedir ki özellikle gelir düzeyi 750 YTL 'nin altına düştüğünde fiziksel fonksiyon ve vitalite alanlarında kişilerin durumu daha olumsuzlaşmaktadır. Baum ve ark., sosyoekonomik durumun sağlık ve hastalıkların önemli bir göstergesi olduğunu ve sosyo-ekonomik durum düşüklüğünün, ruhsal hastalıkların artması ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir (70). Bu sonuçla da daha önce belirttiğimiz gibi ruhsal hastalıkların varlığının yaşam kalitesini olan olumsuz etkisi akla getirecektir. Oktik'in çalışmasında bireylerin ekonomik düzeyleri (gelir, mal varlık, gayrimenkul, vb.) ile yaşam kalitesi algıları arasında olumlu bir ilişki bulunmuştur (71). Çalışmamızda da ekonomik düzey yükseldikçe yaşam kalitesi algısının arttığı sonucu göze çarpmaktadır.

4. 7. ÇOCUK SAYISINA GÖRE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Sahip olunan çocuk sayısına göre SF 36 ölçekleri ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde, Fiziksel Fonksiyon Alt Ölçeği ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Hiç çocuğu olmayan ve tek çocuğa sahip katılımcıların fiziksel fonksiyon alt ölçeği ortalamaları ile birden fazla çocuk sahibi olan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç 1'den fazla çocuk sahibi oldukça katılımcıların fiziksel fonksiyonlarının daha da kötüleştiğidir. Ancak bu sonuç sadece çocuk sayısından kaynaklanmayabilir. Bireylerin 1'den fazla çocuk sahibi olmaları doğal olarak daha ileride bir yaş ortalamasına sahip olduklarının bir göstergesi olabilir. Bu durum fiziksel fonksiyonun daha ileri yaşla ilişkili olabileceği sonucunu da akla getirmektedir ki daha önce de yaş grubunun yükselmesiyle fiziksel fonksiyon puanlarında düşmenin olduğundan bahsetmiştik.

4. 8. YILLIK İZİN SÜRESİNE GÖRE ALT ÖLÇEK ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Yıllık izin sürelerine göre SF 36 Alt ölçek ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde, Fiziksel Fonksiyon Alt Ölçeği ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar incelendiğinde, fiziksel fonksiyon alt

ölçeği puanları yıllık izin günü arttıkaça daha da düşmektedir. Burada elde edilen sonuç beklenen sonuçla bir zıtlık içermektedir. İlk bakışta bireylerin yıllık izin sürelerinin artmasıyla fiziksel fonksiyonlarının daha iyi olacağını beklenmektedir. Ancak burada yıllık izin süreleri azaldıkça fiziksel fonksiyon durumlarının daha da iyiye gittiği görölmektedir. Başta zıt bir durum olarak görölse de yıllık izin sürelerinin artışının bireyin yıl olarak çalışma sürelerinin artmasıyla ilişkili olduğu, sonuç olarak daha ileriki yaş dönemlerinde daha çok yıllık izin hakkının olduğunu düşünürsek yıllık izin süresi daha uzun olanların daha üst bir yaş grubunda olabilecekleri, doğal olarak diğer kişilerin daha genç olmaları nedeniyle fiziksel fonksiyon anlamında kendilerini daha iyi gördüklerini düşünebiliriz.

Çalışmamızda; yaşam kalitesinin cinsiyete göre istatistiksel anlamlı farklılık göstermediği ancak kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgumuz bazı araştırma sonuçları ile paralellik (72, 73, 74, 75, 76, 77, 78) göstermektedir.

Üzerinde durulan değişkenlerin dışında, alkol kullanımı, fiziksel hastalık, ruhsal hastalık, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma süresi ve konut durumu ile SF 36'nın alt ölçek ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda herhangi bir anlamlı fark bulunamamıştır.

Yaşam kalitesi, sağlığın göstergelerinden birisidir. Kişilerin sağlık düzeyleri belirlenirken geleneksel mortalite ve morbidite ölçütlerinin yanı sıra yaşam kalitesi de göz önüne alınması gereken önemli faktörlerdendir. Bir toplumun sağlık düzeyini değerlendirebilmek ve daha iyi anlayabilmek için o toplumun algılanan sağlık durumunun ölçülmesi gerekmektedir. Algılanan sağlık, toplumun sağlığını ve yaşam kalitesini kontrol etmek için başlıca göstergelerden biridir (79). İnsan sağlığı açısından önemli bir noktada bulunan sağlık personellerinin yaşam kalite algıları verdikleri hizmeti muhakkak ki etkileyecektir. Toplumun bütününe sağlığını etkileyebilecek bu durum özellikle göz önünde bulundurularak sağlık hizmetlerinin verilecek olması, verilecek hizmet kalitesi üzerinde önemli bir etki yaratacaktır. Bu açıdan temel bir sağlık politikası olarak sağlık personelinin yaşam kalitesi durumunun olumlu yönden geliştirilmesi öncelikli bir durumdur.

ÖZET

Kalite, ulaşılmak istenen mükemmellik düzeyidir ve hizmete üstünlük, kusursuzluk getirir. Kalite, kişisel duygu ve hislerden bağımsız somut kriterlere (ölçü, sayı, süreç, süre, test) bağlı olarak ölçülebildiği için nesnel ve kişisel değer yargılarından, beğenilerden ve psikolojiden (duygu, heyecan, tatmin, tercih, değer yargısı, tutum) etkilendiği için de öznel bir kavramdır. Yaşam kalitesi kavramı oldukça geniş kapsamlıdır ve bu nedenle de literatürde tartışmalar halen devam etmektedir (4).

Bu çalışmanın genel amacı TEAH' da çalışan sağlık personelinin öznel yaşam kalitesini değerlendirilmesidir. Bu amaçlar doğrultusunda TEAH sağlık personelinin; Yaşam kalitesi algıları ne düzeydedir? Yaşam kalitesini etkileyen başlıca etmenler nelerdir? Çalışma yaşamına ilişkin özellikler ve sosyo-demografik özellikler yönünden, yaşam kalitesi algıları arasındaki farklılıklar nelerdir? Fizik, psikolojik, sosyal, çevre alanları yönünden bireysel algılar yönünden farklılıklar nelerdir? Sorularına yanıt aranmıştır.

Araştırma Aralık 2007 tarihinde Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 50 Araştırma görevlisi ve 50 hemşire alınarak yapılmıştır. Kontrol grubu olarak bu bölgede çalışan 50 tıbbi mümessil alınmıştır.

Yaptığımız çalışmada sigara içen ve sigara içmeyen katılımcıların SF 36'nın sadece Genel Sağlık ve Emosyonel Rol Kısıtlılığı alt ölçek ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Elde edilen sonuç ışığında sigara içen kişilerin genel sağlık alanında ve emosyonel rol kısıtlılığı alanında sigara içmeyenlere göre daha düşük ortalamalar aldığını ifade edebiliriz. Ameliyat olanlarla olmayanların SF 36 alt ölçekleri ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde, Fiziksel Fonksiyon, Rol Kısıtlılığı ve Ağrı alt ölçekleri ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç geçmişte herhangi bir operasyon geçirmeyen kişilerin operasyon geçirenlere göre bu üç alanda daha sağlıklı olduğudur. Haftalık çalışma süreleri 30-45 saat olanlar ile 45 saatin üzerinde olanların SF 36 ölçekleri ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde, Fiziksel Fonksiyon Alt Ölçeği ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç haftalık çalışma süresi daha az olan bireylerin fiziksel fonksiyon durumlarının daha fazla süre çalışanlara göre anlamlı olarak daha iyi olduğunu ifade etmemize imkan tanımaktadır.

Yaptığımız çalışmada yaş gruplarına göre SF 36 ölçekleri ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde, Fiziksel Fonksiyon ve Ağrı alt ölçekleri ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Bulgular incelendiğinde 20 yaş altı grup hariç diğer gruplarda hem fiziksel fonksiyon hem de ağrı alanlarında yaş grubu arttıkça ortalamaların daha düşük çıktığıdır. Bu sonuçlar bireylerin yaş grupları düştükçe fiziksel fonksiyon ve ağrı alanlarında kendilerini daha sağlıklı hissettikleridir. Meslek Gruplarına göre SF 36 ölçekleri ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde, Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Vitalite ve Mental Sağlık alt ölçekleri ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Fiziksel fonksiyon alanında en düşük sonucu hemşireler almış olup ardından gelenler doktorlar ve diğer çalışanlardır. Ağrı alt ölçeğinde ise doktor ve hemşireler bir birine çok yakın ortalamalar gösterirken diğer çalışanlar çok daha yüksek ortalamalar almışlardır. Aynı sonuç vitalite ve mental sağlık alt ölçeklerinde de karşımıza çıkmıştır. Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde fiziksel fonksiyon alanında doktorlar ve diğer çalışanların hemşirelere göre kendilerini daha iyi hissettikleri sonucuna varabiliriz. Çalışmamızda ekonomik düzey değişkenine göre SF 36 ölçekleri ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde, Fiziksel Fonksiyon ve Vitalite alt ölçekleri ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Katılımcılar arasında kazanılan ücret düştükçe fiziksel fonksiyon ve vitalite alanlarında daha düşük sonuçlar elde edilmiştir. Sahip olunan çocuk sayısına göre SF 36 ölçekleri ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde, Fiziksel Fonksiyon Alt Ölçeği ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Hiç çocuğu olmayan ve tek çocuğa sahip katılımcıların fiziksel fonksiyon alt ölçeği ortalamaları ile birden fazla çocuk sahibi olan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Yıllık izin sürelerine göre SF 36 Alt ölçek ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde, Fiziksel Fonksiyon Alt Ölçeği ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar incelendiğinde, fiziksel fonksiyon alt ölçeği puanları yıllık izin günü arttıkça daha da düşmektedir.

Yaşam kalitesi, sağlığın göstergelerinden birisidir. Kişilerin sağlık düzeyleri belirlenirken geleneksel mortalite ve morbidite ölçütlerinin yanı sıra yaşam kalitesi de göz önüne alınması gereken önemli faktörlerdendir. Bir toplumun sağlık düzeyini değerlendirebilmek ve daha iyi anlayabilmek için o toplumun algılanan sağlık durumunun ölçülmesi gerekmektedir. Bütün bu sonuçlar ışığında verimliliği artırabilmek için sağlık çalışanlarının yaşam kalitelerini yükseltmeye yönelik olarak, mesleklerinden kaynaklanan olumsuzluklar önlenmeye çalışılmalı; özlük hakları düzeltilmeli, kendine zaman ayırabilme, yeterli uyku ve dinlenme olanağı sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1). Şahin N. (2001). “Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi” (Kırıkkale Devlet ve SSK Hastaneleri Örneği), Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 2). Vara Ş. (1999). “Yoğun Bakım Hemşirelerinde İş Doyumu ve Genel Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 3). Dikmen A.A. (1995). “Kamu Çalışanlarında İş Doyumu”, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- 4). Eski S. (1999). “Miyokart Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi”, Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 5). Kızılcı S. (1997). “Kemoterapi Alan Kanseli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler”, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 6). Pınar R. (1996). “Tedavisine Devam Eden Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Durumluluk Kaybı Düzeyleri”, Çınar Dergisi, 2:2, s:50-52
- 7). Testa MA Simonson DC. “Assessment of Quality-of-life Outcomes”, New England Journal of Medicine 1996; 334(13):835-40
- 8). Tatarzewicz W. “Analysis of Happiness”, PWN-Polish Scientific Publishers 1976.
- 9). Şenol Y. Yaşam Kalitesi Ölçütlerinde Taraf Tutma: Cevap Kayması. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2006: 5 (5):382- 389
- 10). Felce P, Perry J. Exploring current conceptions of quality of life: In Brown I, Renwick R, Nagler M, editors. Quality of life in health promotion and rehabilitation, Sage Pub;1996

- 11). Özkan S (1999). Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF Psikiyatri, Psikoloji, Psikoformokoloji dergisi, 7:2, 5-13
- 12). The WHOQOL Group (1996). What Quality of Life. World Health Forum. 17:354-356.
- 13). Pınar R (1997). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi, Aylık Aktüel Tıp Dergisi, 9:9, 117-123.
- 14). Campbell A. "The Sence of wellbeing in America", Marc Graw Hill (Pub)., New York, 1981.
- 15). Campbell A. "The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions", Russe Sage (Pub)., New York, 1970.
- 16). Şahin H. "Eski Bir Kavram Yeni Bir Ölçüt: Yaşam Kalitesi", Toplum ve Hekim, Cilt 12, Sayı 77:40-46
- 17). Bilgin N. "Bireylerce Algılanan Şekliyle Yaşam Kalitesi", Seminer, 3. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları 1985.
- 18). Atkinson T. "Public Perceptions of The Quality of Life", Perceptive Canada III. Statistics Canada. Ottawa, 1981.
- 19). Flanagan J.C. "Measurement of Quality of Life: Current State of The Art", Arch Phys Med Rehabil 1982;63:56-59.
- 20). Campbell A. "Subjective measures of Well-being", Am Psychologist 1976;31:117-124.
- 21). Cox DR. "Quality of Life Assesment: Can We Keep It Simple", JR Statist Sac. 1992;155:353-393.
- 22). Fidan D. "Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Kavramı ve Ölçüm Yöntemleri", Sağlık ve Toplum 13:3 Temmuz-Eylül, 2003.

- 23). Eser E.”Türkler için sağlık ve sosyal bilim araştımlarında kullanılan linert tipi yanıt ölçekleri: WHOQOL Türkçe versiyonu yanıt skalaları sonuçları”, 3P Dergisi Özel Sayısı: 7:(Ek:2), 1999.
- 24). Muldoon MF, Barger SD, Flory JD et al. What are Quality of Life measurements measuring? BMJ 1998;316:542.
- 25). Wilson IB, Cleraly PD. Linking clinical variables with health related quality of life. JAMA, 1995;59.
- 26). Leidy NK. Functional status and the forward progress of merry go-rounds. Toward a coherent analytical framework. Nurse Res 1994;43:196.
- 27). Flanagan JC. A research approach to improving our quality of Life. Am Psychocol 1978;33:138.
- 28). Fries JF, Singh G. The hierarchy of patient outcomes. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Second Edition, Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996. p.33.
- 29). Anderson KL. The Effects of Cronic Obstructive Pulmonary Disease on Quality of Life. Nurse Res Health 1995;18: 547.
- 30). Moody L, McCormick K, Williams A. Disease and symptom severity, functional status and quality of life in chronic bronchitis and emphysem. J Behav Med 1990;13: 297.
- 31). Ware JE. The Status of Health Assesment 1994. An Rev Pub Health 1995;16: 327.
- 32). Tesla MA, Nackley JF. Methods for Quality of Life Studies. An Rev Public Health 1994;15: 535.
- 33). Fitzpatrick R. “Quality of Life Measures in Health Care”, Applications and Issues in Assesment BMJ 305:1074-1077, 1992.

- 34). Taşçı S. “Kronik Böbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yaşam Kaliteleri”, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1998.
- 35). Quality of Life Instruments Database. Erişim: <http://www.golid.org>.
- 36). Bellamy N. “Principles of Outcome Assessment” In Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, eds. Rheumatology, Toronto: Mosby, 2003:893-905.
- 37). Gitmez A.S., Çopur H. “Toplumsal Gelişmenin Ölçülmesi; Yaşam Niteliği Göstergeleri”, II. Ulusal Sosyal Bilimler Kongresi, Ankara, 1980.
- 38). Schulze N. “Yaşam Kalitesini Yükselten temel Unsur Olarak İşin İnsancılıştırılması”, 6.Ergonomi Kongresi, Ankara, 1998.
- 39). Başer M. “Hemşirelerin Motivasyonunun Değerlendirilmesi”, Erciyes Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik-Ebelik Eğitim ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu, 1998.
- 40). Eren E. “Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi” Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul, 2000.
- 41). Örnek H. “Çalışma Hayatı ve Stres”, SSK Bülteni, Kasım-Aralık, 1997.
- 42). Serbest F. “İşYalamı Niteliği”, Verimlilik Dergisi, 2000.
- 43). Ware JE, Sherbourne CD. “The MOS 36-item Short Form Health Survey”, I. Conceptual Framework and Item Selection, Med Care, 1992.
- 44). Bowling A. “Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales”, II. En. Open University Press, Philadelphia, 1997.
- 45). Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. “SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide”, New England Medical Center, Boston, 1993.

- 46). Carr AJ, Thompson PW, Kirwan JR. "Quality of Life Measures", Br J Rheumatol 35, 1996.
- 47). Keller SD, Bayliss MS, Ware JE, Hsu MA, Damiano AM, Goss TF. "Comparison of Responses to SF-36 Health Serv Res 32, 1997.
- 48). Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fisek G ve ark. "Kısa Form-36'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği", İlaç ve Tedavi Dergisi, 1999.
- 49) The WHOQOL Group. The development of the World Health Organisation quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, eds. Quality of Life Assessment: International Perspectives. Heidelberg: Springer Verlag, 1994:41-57.
- 50) Stucki G, Kroeling P. Principles of rehabilitation. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, eds. Rheumatology. Toronto: Mosby, 2003:517-530.
- 51). Freidman L, Furberg CD, DeMets DL. Assessment of quality of life. Fundamentals of Clinical Trials. 2nd ed. Littleton, Massachussets: PSG Publishing Company Inc; 1985. p.161-71.
- 52). Carr AJ, Higginson IJ. Are quality of life measures patient centred? BMJ 2001;322:1357-60.
- 53). Önder ÖR. Lise Öğrencilerinin Sigara ve Sağlık Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışlarına İlişkin Araştırma [Tez]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Eğitimi Programı Bilim Uzmanlığı Tezi; 1984.
- 54). Eşer İ. Sigaranın neden olduğu ekonomik kayıplar, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1993;9:99-104.
- 55). Zahran HS, Zack MM, Vernon-Smiley ME, Hertz MF. Health-related quality of life and behaviors risky to health among adults aged 18-24 years in secondary or higher education--United States, 2003-2005. J Adolesc Health 2007;41:389-97.

- 56). Özkan S (1995) Ağrılı hastaya psikiyatrik yaklaşım. *Psycho Med*, 1:49-54.
- 57). Fidaner H, Elbi H, Fidaner C ve ark. (1999) Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL- BREF. *3P Dergisi*, 7(Ek 2):5-13.
- 58). Lyons RA, Lo SV, Littlepage BNC (1994) Comparative health status of patients with 11 common illnesses in Wales. *J Epidemiol Community Health*, 48:388-390.
- 59). Cox JM (1999) *Psychological perspectives in treating low back pain*. 6. Baskı, Baltimore, USA, Williams & Wilkins s.679-688.
- 60). Endler NS, Corace KM, Summerfeldt LJ ve ark. (2003) Coping with chronic pain. *Personality and individual differences*, 34:323-346.
- 61). Estlander AM, Takala EP, Viikari-Juntura E (1998) Do psychological factors predict changes in musculoskeletal pain: a prospective, two-year follow-up study of a working population. *J Occup Environ Med*, 40:445-453.
- 62). Turgul Ö, Mandıracıoğlu A, Özüğurlu B, Özgener N, Deveci H. Narlıdere ilçesinde 65 Yaş Üstü Nüfusun Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *I.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabı*. İzmir, 2004; ss 26.
- 63). Hopman WM, Towheed T, Anastassiades T, et al. Canadian normative data for the SF-36 health survey. *CMAJ* 2000;163:265-71.
- 64). Sullivan M, Karlsson J. The Swedish SF-36 Health Survey III. Evaluation of criterion-based validity: Results from normative population. *J Clin Epidemiol* 1998;51:1105-13.
- 65). Namjoshi MA, Buesching DP. A review of health related quality of life literature in bipolar disorder. *Quality of life Research* 2001;2: 105-115.
- 66). Papakostas GI, Peterson T, Mahal Y, et al. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature *Gen. Hosp Psychiatry*, 2003;26:13-17

- 67). McKenna SP, Hunt SM. a new measure of quality of life in depression: testing the reliability and construct validity of the QLDS. Health Policy 1992;22: 321-330.
- 68). Erol N, Kılıç C, Ulusoy M: Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. 1998; 2201: 25-75.
- 69). Paykel ES, Abbott R, Jenkins R, Brugha TS, Meltzer H: Urban-rural mental health differences in great Britain: findings from the national morbidity survey. Psychol Med 2000; 30(2):269-280.
- 70). Baum A, Garofalo JP, Yali AM: Socioeconomic status and chronic stress. Does stress account for SES effects on health? Ann N Y Acad Sci 1999; 896:131-144.
- 71). Oktik N. Huzurevinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi Kitabı. Muğla, 2004.
- 72). Akyol AD (1992) Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesinin Saptanması ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Olan Etkilerinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi.
- 73). Chubon RA (1986) Quality of life and persons with end-stage renal disease, Dial Transplant, 15(8): 450-452.
- 74). Durna Z, Özcan Ş, Erdoğan N ve ark. (2000) Düzenli hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeyleri, Hemşirelik Forumu, 3(2): 6-14.
- 75). Güney İ, Altıntepe L, Türk S ve ark. (2002) Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. IXX. Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi Kitabı Bildiri Özetleri, Antalya, s. 60.
- 76). Kaçar Yeşiltepe G (1995) Düzenli Hemodiyaliz Tedavisinde Olan Hastalarda Uygulanan Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.

- 77). Kalantar-Zadeh K, Kopple JD, Block G ve ark. (2001) Association among SF-36 quality of life measures and nutrition, hospitalization and mortality in hemodialysis, J Am Soc Nephrol, 12(12): 2797-2806.
- 78). Mozes B, Shabtai E, Zucker D (1997) Differences in quality of life among patients receiving dialysis replacement therapy at seven medical centers, J Clin Epidemiol, 50(9): 1035-1043.
- 79). Kaplan B, Çağlar B, Zencir M. Algılanan Sağlık. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Bülteni. 2001; 29(36): 29-36.

EKLER

EK.1

SF-36

1).Genel Olarak Sağlığımız İçin Hangisini Söyleyebilirsiniz?

A-Mükemmel B-Çok İyi C-İyi D-Orta E-Kötü

2).1 Yıl Öncesiyle Karşılaştırdığınızda Sağlığınızı Nasıl Değerlendirirsiniz?

A-1 Yıl Öncesine Göre Çok Daha İyi
B-1 Yıl Öncesine Göre Biraz Daha İyi
C-1 Yıl Öncesiyle Hemen Hemen Aynı
D-1 Yıl Öncesine Göre Daha Kötü
E-1 Yıl Öncesine Göre Çok Daha Kötü

3). Aşağıdakiler Gün Boyunca Yaptığınız Etkinliklerle İlgilidir. Sağlığınız Bunları Kısıtlıyor mu?Kısıtlıyorsa Ne Kadar?

	Evet, Oldukça Kısıtlıyor	Evet, Biraz Kısıtlıyor	Hayır, Hiç Kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır spor gibi ağır etkinlikler			
Bir Masayı Çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta derece etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma ve taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			

1-2 Km yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4). Son 4 Hafta Boyunca Bedensel Sağlığınızın Sonucu Olarak, işiniz ya da günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi?		

5).Son bir ay içinde duygusal sorunlarınızın sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6). Son bir ay içinde bedensel sağlığımız ya da duygusal sorunlarımız arkadaşlarımızla veya komşularımızla olan etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a)Hiç etkilemedi
- b)Biraz etkiledi
- c)Orta derecede etkiledi
- d)Oldukça etkiledi
- e)Aşırı etkiledi

7).Son bir ay içinde ne kadar ağrınız oldu?

- a)Hiç
- b)Çok hafif
- c)Hafif
- d)Orta
- e)Şiddetli
- f)Çok şiddetli

8).Son bir ay içinde ağrınız işinizi ne kadar etkiledi?

- a)Hiç etkilemedi
- b)Biraz etkiledi
- c)Orta derecede etkiledi
- d)Oldukça etkiledi
- e)Aşırı etkiledi

9).Aşağıdaki sorular son bir ay içinde neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı seçin.

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve olumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10).Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığımız ve duygusal sorunlarımız sosyal etkinliklerinizi ne sıklıkla etkiledi?(akraba ve arkadaş ziyareti gibi)

- a)Her zaman
- b)Çoğu zaman
- c)Bazen
- d)Nadiren
- e)Hiçbir zaman

11).Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

	Kesinlikle	Çoğunlukla	Bilmiyorum	Nadiren	Asla
Diğer insanlardan daha kolay hastalanıyor gibiyim					
Diğer insanlar kadar sağlıklıyım					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum					
Sağlığım mükemmel					

Ölçeğin Puanının Hesaplanması

Sonuçta her alt ölçek için ayrı ayrı puanlar elde etmek olanaklıdır. SF-36 sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirmektedir.Alt ölçeklerin puanları 0-100 arasında değişmektedir.Yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir. Ölçeğin toplam puanının hesaplanması söz konusu değildir.

SF-36'nın Türk toplumu standartları

Alt Boyutlar	Ortalama+-Standart sapma
Fiziksel İşlevsellik	86.6+-25.2
Fiziksel Rol Güçlüğü	89.5+-29.6
Ağrı	86.1+-20.6
Genel Sağlık Algısı	73.9+-17.5
Vitalite (canlılık)	67.0+-13.8
Sosyal İşlevsellik	94.8+-14.2
Emosyonel Rol Güçlüğü	94.7+-20.9
Ruhsal Sağlık	73.5+-11.6