

T699



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ

**ANTALYA MERKEZ İLÇESİ'NİN KENTSEL ve KIRSAL
BÖLGELERİNDEKİ SAĞLIK OCAĞI ÇALIŞANLARININ
RUH SAĞLIĞI DURUMU ve İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLER**

Dr. Özgür SEVİNÇ

Uzmanlık Tezi

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Necati DEDEOĞLU

“Tezimden Kaynakça Gösterilerek Yararlanılabilir”

Antalya, 2004

TEŞEKKÜR

Araştırmam sırasında değerli katkılarını ve önerilerini aldığım tez danışmanım Prof. Dr. Necati Dedeoğlu'na; Anabilim Dalı öğretim üyelerimiz Prof. Dr. Mehmet Aktekin, Doç. Dr. İlker Belek, Doç. Dr. Levent Dönmez, Öğretim Görevlisi Dr. Umut Gürsoy ve Öğretim Görevlisi Dr. Hakan Erengin'e; uyumlu bir çalışma ve dayanışma içinde bulunduğumuz uzmanlık öğrencisi arkadaşlarıma teşekkür ederim

Dr. Özgür Sevinç

Eylül, 2004

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KISALTMALAR DİZİNİ	iv
TABLolar DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2. 1. SAĞLIK	2
2. 2. SAĞLIK HİZMETLERİ	2
2. 3. SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ	3
2. 4. SAĞLIK OCAKLARI	4
2. 4. SAĞLIK ÇALIŞANLARI	6
2. 5. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI	7
2. 6. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ RUH SAĞLIĞI	8
2. 6. 1. Sağlık Çalışanlarında En Sık Görülen Ruh Sağlığı Sorunları	9
2. 6. 2. Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı Sorunlarının Nedenleri	11
2. 6. 3. Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı Sorunlarının İş Performansına Etkileri	14
3. ARAŞTIRMANIN AMACI	16
3. 1. YAKIN ERİMLİ AMAÇLAR	16
3. 2. UZAK ERİMLİ AMAÇLAR	16
4. GEREÇ ve YÖNTEM	17
4. 1. ARAŞTIRMA TİPİ	17
4. 2. ARAŞTIRMA BÖLGESİ	17
4. 3. ARAŞTIRMA EVRENİ	17
4. 4. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ	17
4. 5. ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİ	21

4. 5. 1 Bağımsız Değişkenler	22
4. 5. 2 Bağımlı Değişkenler	23
4. 6. VERİLERİN TOPLANMASI	25
4. 7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	26
4. 8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	27
4. 9. ARAŞTIRMANIN İŞGUCU	27
4. 10. KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER	27
4. 11. ARAŞTIRMANIN ZAMAN ÇİZELGESİ	27

5. BULGULAR 29

5. 1. HEKİMLERİN DURUMU	30
5. 1. 1. Tanımlayıcı Bulgular	30
5. 1. 2. Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi	31
5. 1. 3. Depresyon ve Kaygı Durumları	34
5. 1. 4. Çoklu Analiz Bulguları	37
5. 2. HEMŞİRELERİN DURUMU	41
5. 2. 1. Tanımlayıcı Bulgular	41
5. 2. 2. Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi	42
5. 2. 3. Depresyon ve Kaygı Durumları	44
5. 2. 4. Çoklu Analiz Bulguları	48
5. 3. EBELERİN DURUMU	51
5. 3. 1. Tanımlayıcı Bulgular	51
5. 3. 2. Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi	52
5. 3. 3. Depresyon ve Kaygı Durumları	55
5. 3. 4. Çoklu Analiz Bulguları	59
5. 4. SAĞLIK MEMURLARININ DURUMU	62
5. 4. 1. Tanımlayıcı Bulgular	62
5. 4. 2. Algılanan Sağlık ve Genel Sağlık Durumu	63
5. 4. 3. Depresyon ve Kaygı Durumları	66
5. 4. 4. Çoklu Analiz Bulguları	69
5. 5. SAĞLIK MESLEK GRUPLARI BULGULARININ KARŞILAŞTIRILMASI	71
5. 5. 1. Algılanan Sağlık	71
5. 5. 2. Genel Sağlık Düzeyi	71
5. 5. 3. Depresyon Durumu	72
5. 5. 4. Durumluk Kaygı Durumu	72
5. 5. 5. Sürekli Kaygı Durumu	73

6. TARTIşMA	74
6.1. ALGILANAN SAĞLIK DURUMU	74
6.2. GENEL SAĞLIK DÜZEYİ	76
6.3. DEPRESYON DURUMU	78
6.4. KAYGI DURUMU	80
6.4.1. Durumluk Kaygı Durumu	81
6.4.2. Sürekli Kaygı Durumu	81
6.5. MESLEKİ SORUNLAR	82
6.5.1. Düşük Ücret	83
6.5.2. Sağlıkta Dönüşüm Politikalarının Yarattığı Belirsizlik	85
6.5.3. İş kazası ve Meslek Hastalığı Riski	86
6.5.4. Mesleğin Toplumsal Saygınlığını Yitirmesi	86
6.5.5. Fiziksel ve Teknik Sorunlar	87
6.5.6. İş Stresi ve Mesleki Gerilim	88
6.6. İş DOYUMU	89
6.7. GENEL DEĞERLENDİRME	90
6.7. ARAşTIRMANIN ÖNEMİ	93
6.8. ARAşTIRMANIN KISITLILIKLARI	93
6.8.1. Örnek Seçimine Ait Kısıtlılıklar	93
6.8.2. Araştırma Yöntemine Ait Kısıtlılıklar	94
6.8.3. Araştırmaya Katılanlara Ait Kısıtlılıklar	95
7. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	96
7.1. TUM SAĞLIK ÇALIşANLARINDA SONUÇLAR	96
7.2. MESLEK GRUPLARINA GÖRE SONUÇLAR	96
7.3. MAKRO DÜZEYDE ÖNERİLER	97
7.4. MİKRO DÜZEYDE ÖNERİLER	98

ÖZET	100
-------------	------------

KAYNAKLAR	101
------------------	------------

EKLER

EK – I Araştırma Soru Formu

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ILO	International Labour Organization / Dünya Çalışma Örgütü
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
DSKE	Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 4. 1.	Araştırma Örneklemine Alınan Antalya Merkez İlçesi Kentsel Bölge Sağlık Ocakları ve Personel Sayıları.....	18
Tablo 4. 2.	Araştırma Örneklemine Alınan Antalya Merkez İlçesi Kırsal Bölgesindeki Sağlık Ocakları ve Personel Sayıları.....	19
Tablo 4. 3.	Araştırmada Kullanılan Bağımsız ve Bağımlı Değişkenler.....	21
Tablo 4. 4.	Araştırma Soru Formunun Bölümleri	25
Tablo 4. 5.	Araştırmada Ulaşılamayanlara Ait Bilgiler ve Ulaşılamama Nedenleri.....	26
Tablo 5. 1.	Araştırmada Görüşülen Sağlık Çalışanlarının Meslek Gruplarına Göre Dağılımları.....	29
Tablo 5. 2.	Çeşitli Mesleki Sorunların Hekimlerce Önem Düzeyleri	30
Tablo 5. 3.	Hekimlerde Genel Özelliklere Göre Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi	31
Tablo 5. 4.	Hekimlerde Mesleki Özelliklere Göre Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi	32
Tablo 5. 5.	Hekimlerde Sosyal Özelliklere Göre Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi.....	32
Tablo 5. 6.	Hekimlerde Genel Özelliklere Göre Depresyon ve Kaygı Durumları.....	34
Tablo 5. 7.	Hekimlerde Mesleki Özelliklere Göre Depresyon ve Kaygı Durumları	35
Tablo 5. 8.	Hekimlerde Sosyal Özelliklere Göre Depresyon ve Kaygı Durumları	35
Tablo 5. 9.	Hekimlerde Algılanan Sağlık Durumunun Kötü Olması ile İlişkili Faktörler	37
Tablo 5. 10	Hekimlerde Genel Sağlık Düzeyinin Kötü Olması ile İlişkili Faktörler	38
Tablo 5. 11	Hekimlerde Depresyon Puanının 5 0 ve Üzerinde Olması ile İlişkili Faktörler	39
Tablo 5. 12	Hekimlerde Durumluk Kaygı Puanının 39.0 ve Üzerinde Olması ile İlişkili Faktörler	39
Tablo 5. 13	Hekimlerde Sürekli Kaygı Puanının 42 0 ve Üzerinde Olması ile İlişkili Faktörler	40
Tablo 5. 14.	Çeşitli Mesleki Sorunların Hemşirelerce Önem Düzeyleri.....	41
Tablo 5. 15	Hemşirelerde Genel Özelliklere Göre Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi.....	42
Tablo 5. 16	Hemşirelerde Mesleki Özelliklere Göre Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi.....	43
Tablo 5. 17	Hemşirelerde Sosyal Özelliklere Göre Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi	43
Tablo 5. 18.	Hemşirelerde Genel Özelliklere Göre Depresyon ve Kaygı Durumları.....	45
Tablo 5. 19	Hemşirelerde Mesleki Özelliklere Göre Depresyon ve Kaygı Durumları.....	45
Tablo 5. 20	Hemşirelerde Sosyal Özelliklere Göre Depresyon ve Kaygı Durumları	46
Tablo 5. 21	Hemşirelerde Algılanan Sağlık Kötü Olması ile İlişkili Faktörler	48
Tablo 5. 22	Hemşirelerde Genel Sağlık Düzeyinin Kötü Olması ile İlişkili Faktörler.....	49
Tablo 5. 23	Hemşirelerde Depresyon Puanının 8.0 ve Üzerinde Olması ile İlişkili Faktörler	49
Tablo 5. 24	Hemşirelerde Sürekli Kaygı Puanının 46 0 ve Üzerinde Olması ile İlişkili Faktörler	50
Tablo 5. 25	Çeşitli Mesleki Sorunların Ebelerce Önem Düzeyleri	51
Tablo 5. 26	Ebelerde Genel Özelliklere Göre Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi.....	52
Tablo 5. 27	Ebelerde Mesleki Özelliklere Göre Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi	53
Tablo 5. 28	Ebelerde Sosyal Özelliklere Göre Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi	53
Tablo 5. 29	Ebelerde Genel Özelliklere Göre Depresyon ve Kaygı Durumları.....	55

Tablo 5. 30.	Ebelerde Mesleki Özelliklere Göre Depresyon ve Kaygı Durumları	56
Tablo 5. 31	Ebelerde Sosyal Özelliklere Göre Depresyon ve Kaygı Durumları.....	56
Tablo 5. 32	Ebelerde Algılanan Sağlığın İyiden Olması ile İlişkili Faktörler.....	59
Tablo 5. 33.	Ebelerde Genel Sağlık Düzeyinin Kötü Olması ile İlişkili Faktörler	60
Tablo 5. 34.	Ebelerde Depresyon Puanının 6.0 ve Üzerinde Olması ile İlişkili Faktörler	60
Tablo 5. 35	Ebelerde Durumluk Kaygı Puanının 40.0 ve Üzerinde Olması ile İlişkili Faktörler	61
Tablo 5. 36	Ebelerde Sürekli Kaygı Puanının 45.0 ve Üzerinde Olması ile İlişkili Faktörler	61
Tablo 5. 37	Çeşitli Mesleki Sorunların Sağlık Memurlarınca Önem Düzeyleri.....	62
Tablo 5. 38	Sağlık Memurlarında Genel Özelliklere Göre Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi.....	63
Tablo 5. 39	Sağlık Memurlarında Mesleki Özelliklere Göre Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi.....	64
Tablo 5. 40	Sağlık Memurlarında Sosyal Özelliklere Göre Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi	64
Tablo 5. 41	Sağlık Memurlarında Genel Özelliklere Göre Depresyon ve Kaygı Durumları	66
Tablo 5. 42	Sağlık Memurlarında Mesleki Özelliklere Göre Depresyon ve Kaygı Durumları	67
Tablo 5. 43	Sağlık Memurlarında Sosyal Özelliklere Göre Depresyon ve Kaygı Durumları	67
Tablo 5. 44	Sağlık Memurlarında Algılanan Sağlığın İyiden Olması ile İlişkili Faktörler	69
Tablo 5. 45	Sağlık Memurlarında Durumluk Kaygı Puanının 41.0 ve Üzerinde Olması ile İlişkili Faktörler	70
Tablo 5. 46	Mesleklere Göre Algılanan Sağlık Durumu.....	71
Tablo 5. 47	Mesleklere Göre Genel Sağlık Durumu	71
Tablo 5. 48	Mesleklere Göre Depresyon Puan Ortalaması ve Standart Sapması.....	72
Tablo 5. 49	Mesleklere Göre Durumluk Kaygı Puan Ortalaması ve Standart Sapması	72
Tablo 5. 50	Mesleklere Göre Sürekli Kaygı Puan Ortalaması ve Standart Sapması	73

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 2. 1. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşamının Temel Belirleyicileri	7
Şekil 2. 2. <i>Karasek</i> 'in Mesleki Gerilim Modeli.....	13
Şekil 4. 1. Antalya Merkez İlçesi ve Kırsal Bölgesinde Örnekleme Çıkan Sağlık Ocakları	20

1. GİRİŞ

“İnsanların hastalıklarla çalışıp da nasıl her zaman sağlıklı kaldıklarını merak ediyorsanız, yanıtı; kalmadıklarıdır” (1976 *Pantheon – Mitler ve Gerçekler*) deyişi, hastalıkların sağlık çalışanları için de önemli bir risk olduğunu ve sağlığın bu meslek alanında da temel bir hak olduğunu hatırlatmaktadır (1). Sağlık iş kolu, iş sağlığı yönünden diğer iş kollarına göre bazı farklı özellikler içermektedir. Sağlık çalışanları, toplum tarafından genellikle bir “çalışan” olarak kabul edilmemekte ve sanki kendilerini feda etmeleri gereken ve sağlık sorunları olmayan kişiler olarak algılanmaktadır. Bu nedenle, çalıştıkları kurumlar da daha çok hizmet ettikleri hastalara göre düzenlenmiş ve genellikle kendi sağlıkları gözetilmemiştir (2). Sağlık çalışanlarının sağlığı, yalnızca sağlıkçıları ilgilendiren basit bir mesleki durum olarak değil, neden olabileceği toplumsal etkilerle birlikte değerlendirilmelidir. Sağlık çalışanlarının sağlık sorunları; işten kalmaları, iş motivasyonlarını kaybetmeleri gibi nedenlerle sağlık hizmeti sunumunun aksamasına neden olabilmektedir.

Sağlık çalışanlarının sağlığının önemli bileşenlerinden biri ruh sağlığıdır. İnsan sağlığıyla doğrudan ilişkili bir sorumluluk yüklenen sağlık çalışanları, çalışma ortamının stresini daha yoğun yaşayabilmekte ve ruh sağlığı sorunlarıyla karşılaşabilmektedir (3). Sunulan hizmetin niteliğini de etkileyebilecek bu durumun, öncelikle en önemli basamak olan birinci basamak sağlık kurumlarında ele alınması gerekmektedir.

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri sunan temel kurum sağlık ocaklarıdır. Bu kurumlar, koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak tedavi hizmetlerini entegre (entegre) bir biçimde sunan ve yatay örgütlenme anlayışı içerisinde hizmeti topluma ulaştıran uç birimlerdir. Toplumda sık görülen, sakat bırakan ve öldürücü nitelikteki hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde ilk ve en etkili kurumdur (4). Ancak, sağlık ocağı çalışanları, görev ve sorumluluklarının önemine karşın bu görev ve sorumluluklarını yerine getirebilecek idari ve mali koşullara sahip değildir. Bu durumu iyileştirmeye yönelik yıllardan beri süregelen yönetsel çözüm arayışları, koşulların daha olumsuz bir duruma gelmesinden öte geçememiştir. Sağlık ocağı çalışanlarının ruh sağlığı, bu olumsuz koşulların etkisi altındadır ve mesleğin gerektirdiği yükümlülükler ve ağır koşullara bağlı olarak özellikle ele alınması gereken bir konudur.

Bu araştırmada, Antalya Merkez İlçesi'nin kentsel ve kırsal bölgelerdeki sağlık ocaklarında çalışan sağlık meslek gruplarının ruh sağlığı durumunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. SAĞLIK

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) anayasasında sağlık, “yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik halidir” biçiminde tanımlanmaktadır (5). Tanımlamanın en ilginç yönü, sağlığın yalnızca fiziksel değil, ruhsal ve sosyal iyilik hali olarak da koşullanmasıdır (6)

2. 2. SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hizmetleri, uluslararası sınıflamalarda hizmet sektörü içinde yer alan ekonomik bir alan olarak gösterilmektedir (7,8). Bir hizmet sektörü olması nedeniyle ekonomik anlamda, doğrudan doğruya bir maddi mal üretimi olmayıp, bir hizmet üretimidir. Bu anlamda maddi malların üretimi sürecinde bir ara basamaktır (9)

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde önemli bir yeri olan Prof. Dr. Nusret H. Fişek, sağlık hizmetlerini “genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar” olarak tanımlamıştır (6). Sağlık hizmetlerinin temel amacı, kişileri hastalıklardan korumak, sağlıklı ve olabildiğince uzun yaşamalarını sağlamaktır (4). Bu amaçla sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç gruba ayrılır (10):

1. Koruyucu sağlık hizmetleri: Bu hizmetler, çevreye ve kişiye yönelik hizmetler olarak ikiye ayrılır.

❖ **Çevreye ve topluma yönelik hizmetler:** Çevreye ve topluma yönelik hizmetlerin amacı, toplum sağlığını olumsuz etkileyen fiziksel, kimyasal ve biyolojik etkenleri yok ederek ya da toplumu etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir. Bu hizmetler, ilgili konularda özel eğitim görmüş mühendis, kimyager, veteriner, teknisyen gibi meslek gruplarınca yürütülür. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele, toplum beslenmesi, gıda sağlığı, okul sağlığı, sağlık iletişimi ve eğitimi gibi konularda yürütülen hizmetler bu gruptadır.

❖ **Kişiye yönelik hizmetler:** Hekim ve yardımcı sağlık personeli tarafından yürütülür. Bu hizmetler; sağlık eğitimi, beslenmeyi düzenleme, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, bağışıklama, ilaçla koruma, kişisel hijyen ve aile planlaması olmak üzere yedi ana grupta toplanır.

2. Tedavi edici sağlık hizmetleri: Kendi kendine bakım, birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinden oluşmaktadır.

❖ **Kendi kendine bakım (self care):** Hastanın ev ilaçları ya da eczaneden aldığı ilaçlarla kendisi ya da yakınları tarafından tedavisidir.

❖ **Birinci basamak tedavi hizmeti (primary medical care):** Hastanın ilk başvurduğu hekim ya da diğler sağlık personeli tarafından evde ve ayakta bakımıdır.

❖ **İkinci basamak tedavi hizmeti (secondary medical care):** Hastanelerdeki tedavi hizmetidir.

❖ **Üçüncü basamak tedavi hizmeti (tertiary medical care):** En yüksek tıbbi teknolojinin kullanıldığı merkezlerdeki tedavi hizmetidir.

3. Rehabilitasyon hizmetleri: Sakat kalan ve işgücünü kaybedenlere işgücü ve çalışma olanağı sağlayan hizmetlerdir.

DSÖ'nün bir yayınında sağlık hizmetleri şu şekilde tanımlanmıştır: “Belirli sağlık kuruluşlarında, değışik tip sağlık personelinden yararlanılarak, toplumun gereksinim ve istenimlerine göre değışen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını, her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir” (11). Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi ülke çapında bir örgütlenmeyi de gerektirmektedir.

2. 3. SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ

Herhangi bir hizmetin ya da kuruluşun başarıya ulaşmasının temel koşullarından biri iyi bir örgütlenmedir. Örgütlenme, amaçlara ulaşmak için gerekli kaynakları sağlamaya yönelik olarak yapıyı kurma, kadrolama ve donatım eylemleridir (12). Sağlık örgütlenmesinde bu eylemler, sağlık hizmetlerinin üç temel grubu (koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici) göz önünde bulundurularak gerçekleştirilmelidir.

Bir çok ülke, çağdaş sağlık hizmetleri ve örgütlenmesindeki temel ilkelerle 1978 yılında tanışmıştır. Bu tarihte, Alma-Ata'da gerçekleştirilen ve bazı uluslararası örgütlerin yanı sıra bir çok ülke temsilcilerinin de katıldığı “Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı” sonucunda, “2000 Yılında Herkes İçin Sağlık” sloganıyla temel sağlık hizmetlerini temel alan somut kararları içeren Alma-Ata Bildirisi yayınlanmıştır. Konferansta, “Temel Sağlık Hizmetleri” anlayışı katılanların görüş birliği ile benimsenmiştir. Böylece tüm dünya, toplum tabanına yayılmayı amaçlayan, ücretsiz,

uygun teknolojiye dayalı, entegre ve toplum denetimli bir örgütlenme ile sağlık hizmetlerinin yürütülmesi gerektiğini kabul etmiş oldu (13).

Oysa, Türkiye’de çağdaş sağlık hizmetleri ve örgütlenmesi anlayışı, Alma-Ata Konferansı’ndan 17 yıl önce, 1961 yılında çıkarılan “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” ile doğmuştur. Bu kanuna göre, örgütlenmenin temel birimi olan sağlık ocaklarının, birinci basamak sağlık hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini entegre bir biçimde sunması öngörülmüştür (4). Kanunda sosyalleştirme, “vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait kurumların bütçelerinden ayrılan pay karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz ya da kendisine yapılan masrafın bir kısmına katılmak üzere eşit şekilde yararlanmalarıdır” biçiminde tanımlanmaktadır (14). Sağlık hizmetlerini, dar bölgelerde çok amaçlı ve geniş kapsamlı bir hizmet olarak ele alan kanun, sağlık örgütlenmesinde, hizmetlerin var olması (*availability*), kabul edilebilir olması (*acceptability*), entegre sağlık hizmeti, basamaklı sağlık hizmeti ve ekip anlayışı ilkelerini benimsemektedir. Örgütlenme, nüfus esas alınarak, sürekli ve ulaşılabilir biçimde yapılmıştır (4). Nüfus tabanlı örgütlenme şu şekilde öngörülmüştür (14):

❖ Nüfusu ortalama 200.000-500.000 olan bölgelerde, genellikle her ilin idari sınırları içinde kalan 20-50 sağlık ocağının bağlı olduğu “**İl Sağlık Müdürlüğü**” oluşturulacaktır. Her ilde, ileri uzmanlık alanları dışında tüm uzmanların görev yaptığı 200-500 yataklı “**İl Hastanesi**” kurulacaktır.

❖ Nüfusu ortalama 50.000-100.000 olan bölgelerde, genellikle her ilçenin idari sınırları içinde kalan 5-10 sağlık ocağının bağlı olduğu bir “**Sağlık Grup Başkanlığı**” oluşturulacaktır. Bu yönetim birimine, sağlık ocaklarından başka bir laboratuvarla, 50-100 yataklı bir “**Sağlık Grup Hastanesi**” bağlanacaktır.

❖ Nüfusu ortalama 5.000-10.000 olan bölgelerde “**Sağlık Ocağı**” kurulacak hizmetin temel birimi “sağlık ocağı” kurulacaktır.

❖ Sağlık ocaklarına bağlı olarak her 2.500-3.000 nüfus için yalnızca ebenin görev yapacağı “**Sağlık Evi**” kurulacaktır.

Bu araştırmadaki hedef sağlık örgütü, sağlık ocaklarıdır. Dolayısıyla sağlık örgütlenmesinde sağlık ocaklarının yerine daha geniş değinilecektir.

2. 4. SAĞLIK OCAKLARI

Sağlık ocağı; belirli bir nüfusun yaşadığı coğrafi bölgedeki sağlık hizmetlerinin, halk sağlığı bilim ve sanatının ışığı altında yürütüldüğü tıbbi ve sosyal bir kurumdur. Sağlık ocaklarında “dar bölgede çok amaçlı sağlık hizmeti” modeli uygulanır.

Buna göre, genel anlamda, yataklı tedavi hizmetleri dışında kalan hemen her türlü sağlık hizmeti verilir ve bu hizmeti destekleyen diğer işler yapılır. Bu hizmetler sağlık hizmetleri, adli hekimlik hizmetleri, yönetim işleri, toplum kalkınması ve diğer hizmetlerden oluşmaktadır. Hizmetin gereği gibi yürütülebilmesi için personelin ekip olarak çalışması şarttır (15). Sağlık Bakanlığı 2003 yılı verilerine göre ülkemizde 5936 sağlık ocağı bulunmaktadır (16)

Ülkemizde sağlık örgütlenmesinin temel birimi olan sağlık ocaklarının kurulması 224 sayılı kanun ile olmuştur. Bu kanun ile düzenlenen sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hizmetin ne şekilde yürütüleceği ise, 144 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik” ve bu yönetmeliğe bağlı olarak çıkarılan 154 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge” ile belirlenmiştir (12). Bu yönerge, 2001 yılında “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge” olarak yeniden düzenlenmiştir (15).

224 sayılı kanunun öngördüğü sosyalleştirme uygulaması ilk kez 1963’de Muş’ta başlatılmış ve daha sonra yaygınlaşmıştır. Ancak bu yaygınlaşma kanunun öngördüğü süreler içerisinde olmamış ve gerekli altyapı hazırlıkları sağlanmadan gerçekleştirilmiştir. Ayrıca kanunun öngördüğü önemli ayrıntılar uygulanmamış ve sonuçta örgütlenme ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde aksaklıklar çıkmıştır. Özellikle kanunun öngördüğü genel kurulların düzenli bir biçimde toplanmaması sonucu, sağlık örgütlenmesi ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesi değişen ülke koşullarına ayak uyduramamış ve geliştirememiştir. Önceleri kanunun özüne dokunulmaksızın uygulamada değişiklikler yapılmış, 1980 sonrasında ise kanunun kendisi ve ilgili düzenlemeleri değiştirilmeye başlanmıştır. 1983 yılında çıkarılan 181 sayılı “Sağlık Bakanlığı Bakanlığın Kuruluş ve Görev Esasları, Bölge Valiliği Genel Kadro ve Usulü Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameler” ile taşra örgütlenmesinde değişiklikler yapılmıştır (12). 1984 yılında 224 sayılı kanunun bazı hükümleriyle çelişen “Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu” çıkarılarak yasal bir belirsizliğin ilk adımları atılmıştır. 1990 sonrasında ise, 224 sayılı kanunun temel ilkelerini tümünden değiştirmeye yönelik “Sağlık Reformu” ya da bugünkü biçimiyle “Sağlıkta Dönüşüm Programı” üzerinde çalışılmıştır. Bu düzenlemeler, üç başlık altında toplanabilir (17)

❖ **Genel Sağlık Sigortası Sistemi:** “Genel Sağlık Sigortası Sistemi (GSS) ve Sağlık Sigortası Kurumu Kanunu Tasarısı”dır. Bu taslağın hükümleri, sağlık hizmetlerini pahalılaştıracak, sağlık hizmetlerinden yararlanımı “Temel Teminat Paketi” ile daraltacak, hizmetler karşılığında “katkı payı” alınmasına yol açacak niteliktedir.

❖ **Sözleşmeli Sağlık Personeli:** 2003 yılında, 4924 sayılı “ Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” çıkarılmıştır. Bu kanunla, sağlık çalışanlarının iş güvenliği ortadan kaldırılmış ve performansa dayalı ücretlendirme modelinin ilk adımları atılmıştır.

❖ **Aile Hekimliği Sistemi:** 224 sayılı kanunun getirdiği çağdaş sağlık hizmeti anlayışında bir geri adım olan aile hekimliği modeli; entegre sağlık hizmetlerine, ekip anlayışına, nüfus tabanlı örgütlenmeye aykırı; genel sigorta sistemine dayalıdır. Dolayısıyla, sağlık harcamalarını artıracak ve başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarına düşük ücret, işsizlik gibi sonuçlar doğuracaktır.

2. 4. SAĞLIK ÇALIŞANLARI

Dünya Çalışma Örgütü (ILO), sağlık çalışanlarını “Standart Uluslararası Meslek Sınıflandırması” (*International Standart of Classifications / ISCO88*) ile beş ana grupta sınıflandırmaktadır (18) Bu beş ana grup aşağıda yer almaktadır:

❖ **Hekim:** Tıp alanında çalışan bütün tıp fakültesi mezunlarıdır.

❖ **Diğer sağlık profesyonelleri:** Sağlık hizmetlerinde özel olarak eğitim almış bir üniversite mezunu olmayı gerektiren, özel alanlarda görev yapan sağlık çalışanlarıdır (diş hekimleri, eczacılar, biyologlar ...).

❖ **Hemşire ve ebeler:** Sağlık iş kolunda bakım hizmetleri veren çalışanlardır

❖ **Yardımcı sağlık çalışanları:** Sağlık hizmetlerinde özel olarak eğitim almış, bağımsız olmayan, tamamlayıcı görevleri olan çalışanlardır (laboratuvar teknisyenleri, diyetisyenler)

❖ **Diğer Çalışanlar:** Sağlık alanında özel eğitim almamış olan tüm diğer çalışanlardır (büro elemanları, temizlik elemanları ...)

Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde de bu beş meslek grubu rol oynamaktadır. Asıl konumuz olan sağlık ocaklarında çalışacak personelin çeşitleri ve sayıları, “Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği” ile belirlenmiştir. Bu yönetmeliğe göre, sağlık ocağında çalışacak sağlık hizmet sınıfı çalışanları; sorumlu hekim, hekim, diş hekimi, psikolog, hemşire, ebe, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, sosyal çalışmacı, diş ve protez teknisyeni ve eczacı olarak belirlenmiştir. Personel sayıları ise, bu çalışanlardan oluşmak üzere genel olarak, köy tipi sağlık ocağında 25, ilçe tipi sağlık ocağında 46 ve il tipi sağlık ocağında ise 64 olarak belirlenmiştir (15). Sağlık ocağı çalışanlarının, “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi

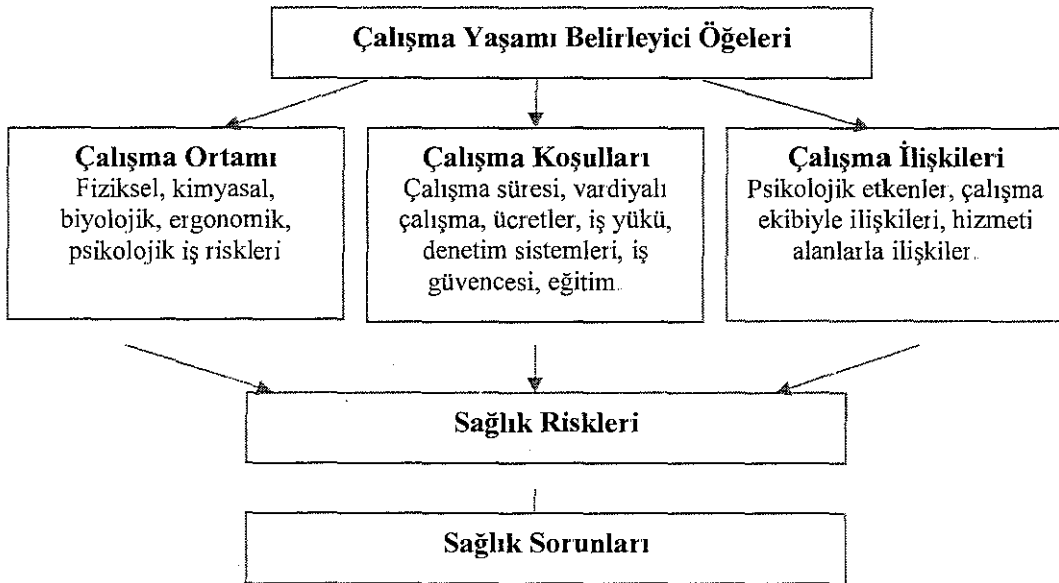
Hakkında Yönerge”de belirtilmiş olan ve toplum sağlığının geliştirilmesine yönelik görevleri oldukça önemlidir (15). Tüm bu görevlerin yerine getirilebilmesi için ise, öncelikle hizmeti sunan çalışanların sağlıklı olması gerekmektedir.

2. 5. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI

“Sağlık çalışanlarının sağlığı” kavramı olarak , sağlık çalışanlarının ulaşılabilir en üst düzeyde bütünsel iyilik halinin (biyopsikososyal) sağlanması ve sürdürülmesini ifade eder (1) 1950’lerden sonra, başta Avrupa ülkeleri olmak üzere bir çok ülkede sağlık çalışanlarının sayısının artması ve çalışma koşullarının daha riskli bir duruma gelmesi sonucunda “sağlık çalışanlarının sağlığı” konusu, zorunlu bir gündem maddesi haline gelmiştir. Özellikle 1970’li yıllarda bu konuda yoğunlaşan tartışmalar sonucunda çeşitli ülkelerde sağlıkçıları koruyan bazı yasal düzenlemeler yapılmıştır (2) Ülkemizde bu gelişmelere aynı hızla ayak uydurulamamış olmakla birlikte son yıllarda bu anlamda önemli gelişmeler izlenmekte, sağlık çalışanlarının sağlığı konulu kongreler düzenlenerek sorunlar saptanmakta ve çözüm önerileri geliştirilmektedir.

Sağlık çalışanları, çalışma yaşamlarının temel belirleyicileri olan çalışma ortamı, çalışma koşulları ve çalışma ilişkilerinden kaynaklanan çeşitli etkenlerle karşılaşabilmektedir (19) Şekil 2.1’de şematize edildiği gibi, bu etkenler sağlık için bir risk oluşturabilmekte ve sağlık sorunlarının gelişmesiyle sonuçlanabilmektedir.

Şekil 2. 1. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşamının Temel belirleyicileri



Çalışma ortamı, koşulları ve ilişkilerinin içeriğindeki sağlık riskleri, iş kazalarına ve meslek hastalıklarına yol açarak çeşitli sağlık sorunlarının gelişmesine zemin oluşturabilmektedir. Bununla birlikte, iş kazası ve meslek hastalığı kavramlarının hukuki boyuttaki tanımlamaları ülkeden ülkeye değişkenlik göstermektedir. Ülkemizdeki mevzuata göre iş kazası, aşağıdaki hal ve durumlardan birinde meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedence veya ruhça arızaya uğratan olaydır (20):

- a) Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada,
- b) İşveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle,
- c) Sigortalının, işveren tarafından görev ile başka bir yere gönderilmesi yüzünden asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda,
- d) Emzikli kadın sigortalının çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda,
- e) Sigortalıların, işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere toplu olarak götürülüp getirilmeleri sırasında

Mevzuatımızda, meslek hastalığı ise, sigortalının çalıştırıldığı işin niteliğine göre tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, sakatlık veya ruhi arıza halleri biçiminde tanımlanmaktadır (20). Bu tanımlardan yola çıkılarak iş kazası ve meslek hastalıklarının, iş yeri ortamında alınan çeşitli önlemlerle “önlenebilir” nitelikte oldukları söylenebilir (21)

Sağlık çalışanlarının çalışma yaşamlarından kaynaklanan nedenler sonucunda gelişen sağlık sorunları fiziksel ya da ruhsal nitelikte olabilmektedir. Bu çalışmada, araştırma konusunun gereği olarak sağlık çalışanlarının ruh sağlığı sorunlarına ilişkin genel bilgilere daha geniş olarak değinilecektir.

2. 6. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ RUH SAĞLIĞI

Son yıllarda yapılan çalışmalarda toplum genelinde ruh sağlığı sorunlarının hızlı bir artış gösterdiğini ortaya koymaktadır (22). Bununla birlikte sağlık çalışanları üzerinde yapılan bazı çalışmalar, ruhsal sorun sıklığının toplum genelinin de üzerinde olduğunu (23), hatta bazı ülkelerde bu sıklığın %30 düzeyine ulaştığı (24) göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının ruhsal sağlık sorunlarındaki bu artış, intihar eylemlerindeki artışı da beraberinde getirmektedir (25). Hatta bu nedenle sağlık çalışanlarının ruh sağlığı durumlarının fiziksel sağlık sorunlarına göre daha önemle ele alınması gerektiği söylenebilir. Nitekim yapılan bazı çalışmalar, hekimlerde kanser, kalp hastalığı gibi fiziksel sağlık sorunlarına bağlı ölüm hızlarının toplum geneline göre daha düşük sıklıkta seyrettiğini, buna karşın ruhsal sorunlara bağlı intihar sonucu ölümlerin ise

daha yüksek olduğunu göstermektedir (23,25) Fiziksel ve ruhsal sağlık durumu yönünden hekimlerle toplum geneli arasındaki bu farklılık kadınlarda daha belirgin olarak ortaya çıkmaktadır (23,26).

Ruh sağlığı durumunun görece kötü durumda olması ve intihar sıklığının yüksekliği yalnızca hekimlerde değil hemşirelerde de söz konusudur Kadın hekimlerde intihar eylemi riskinin toplum geneline göre 4.0 kat fazla olduğunu gösteren bir çalışmaya karşın (27) hemşireler üzerinde yapılmış başka bir çalışmada bu riskin 8.0 kat fazla olduğu görülmüştür (28).

2. 6. 1. Sağlık Çalışanlarında En Sık Görülen Ruh Sağlığı Sorunları

Sağlık çalışanlarının ruhsal sağlık sorunlarının toplum geneline göre daha sık ve intihar eylemlerinde artışa yol açabilecek kadar önemli boyutlarda olduğunu gösteren çalışmalarda özellikle depresyon ve kaygı bozukluklarının sıklığında bir artış olduğu vurgulanmaktadır (23). Bu iki ruh sağlığı sorununun sıklığında görülen artış, sağlık çalışanlarındaki kadar yüksek olmamakla birlikte toplum geneli için de geçerlidir (22) Ruh sağlığı sorunlarının oldukça geniş bir tanısal sınıflandırması olmasına karşın bu noktada araştırmamızın da üzerinde odaklandığı bu iki ruh sağlığı sorununa değinmek yararlı olacaktır.

Depresyon: Depresyon, tanı ölçekleri ve sınıflandırılmasıyla ilgili belirsizlikler nedeniyle, psikiyatri alanında sorunların çok yaşandığı bir hastalıktır. Depresyon sözcüğü; çökme, kendini kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılmaktadır. Yazılı kaynaklarda 17. yüzyıldan beri bu sözcüğe rastlanmaktaysa da, ruhsal bir rahatsızlığın tanımı için kullanımı ilk olarak 20 yüzyıl sonlarında Kraepelin tarafından yapılmıştır (29).

Depresif duygu durumu, sağlıklı insanlarda istenmeyen ya da hayal kırıklığına neden olan yaşamsal olaylar karşısında ortaya çıkan sıkıntı, üzüntü ve keder içeren duygusal tepkiler olup, yaşamın normal bir parçası olarak kabul edilebilmektedir. Ancak klinikte ruhsal bir rahatsızlık olarak kabul edilen “depresyon bozukluğu”, çok daha şiddetli ve kişinin yaşamını olumsuz yönde etkileyen, hatta onun tüm yaşamsal işlevlerini bozan, belirli belirti kümelerinden oluşan bir sendromdur (29). Temel özellikleri arasında; kederli ve karamsar duygu durumu (disfori), kötümser düşünce, gelecek hakkında umutsuzluk, hayattan zevk alamama, enerji azlığı, psikomotor yavaşlama, iştah ve uyku düzensizlikleri gibi belirtiler yer almaktadır.

Depresyon, etyolojisi çok etkenli bir hastalık olup, çeşitli belirtilerin eşlik ettiği bir sendrom olarak ele alınabilir. Hastalığın biyokimyasal etyolojisinde daha çok serotoninerjik ve noradrenerjik sistemler sorumlu tutulmaktadır. Özellikle serotonin yapımı ve metabolizmasıyla ilgili olarak ortaya çıkan serotoninerjik işlev yetersizliğinden ve limbik alanda serotonin azalmasından söz edilmektedir. Ancak temel sorunun tek bir nörotransmitter sisteminin etkisinden çok çeşitli nörotransmitter sistemleri arasındaki denge durumundaki bozukluk olduğu ileri sürülmektedir. Bununla birlikte bu sistemlerin hastalığın daha çok nüksünde önemli rol oynadığı ancak hastalığın oluşumunda tek başlarına rol oynamadıkları düşünülmektedir (29).

Psikiyatrik hastalıklar arasında en sık karşılaşılan durumlardan biri olan depresyon, toplum genelinde kabaca her 10 kişiden birinde izlenmekte olup yaşam boyu yaygınlığı %13-20 arasında değişmektedir (30). Ülkemizde de depresyon yaygınlığı (%8-20) diğer ülkelerdeki gibidir (31). Sağlık çalışanlarında ise toplum geneline göre daha sık görüldüğünü ortaya koyan çalışma sonuçları bulunmaktadır (23,26). Ancak ülkemizde sağlık çalışanlarında depresyon sıklığına ilişkin kapsamlı bir araştırma sonucuna rastlanmamıştır.

Toplum genelinde kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat fazla rastlanan depresyonun yaşam boyu yaygınlığı ise, erkeklerde %5-12, kadınlarda %10-25 arasında değişmektedir (30). Cinsiyetler arası bu farklılık sağlık çalışanları için de geçerlidir. Bu konuda yapılmış dokuz izlem araştırmasının sonuçlarını derleyen bir çalışmada başta depresyon olmak üzere bir çok ruhsal sağlık sorununa kadınlarda daha sık rastlandığı belirlenmiştir (32).

Toplum genelinde depresyonun risk faktörleri arasında yaş (orta yaş grubunda daha fazla) ve cinsiyet (kadınlarda daha fazla) önemli bir yere sahiptir. Yaş ve cinsiyete ek olarak diğer risk faktörleri arasında; medeni durum (ayrı yaşayanlarda ve boşananlarda daha fazla), sosyoekonomik durum (işsiz ve yoksullarda daha fazla), yerleşim yeri biçimi (kentte yaşayanlarda kırdaki yaşayanlara göre daha fazla) ve stres sayılabilir. Irk ve etnik gruplar arasında farklılık göstermeyen depresyon için genetik yapının etkili olduğu bilinmektedir (29).

Kaygı Bozukluğu: Kaygı (*anxiety*), tehdit ya da tehlike karşısında, gündelik yaşamımızın normal ve kaçınılmaz bir parçası olarak, duygusal, davranışsal ve fiziksel olarak ortaya çıkan birtakım değişikliklerdir. Yaygınlığı ve önemli bazı ruhsal hastalıklara yatkınlık yaratması nedeniyle önemli ruh sağlığı sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir. Kaygı, insanın hayatta kalması ve soyunu sürdürebilmesi açısından

doğal hatta vazgeçilmez bir tepkidir. Kaygı ve umut, yaşamda birbirinin zıttı olan ruh halleridir. Kaygı, gelecekte olumsuz şeylerin beklendiği belirsizlikle derinleşen; umut ise, gelecekte olumlu şeylerin beklendiği ruh halleridir (33).

Kaygı bozukluğu; kişinin gündelik hayatta karşılaştığı olaylarla ilgili olarak, engelleyemediği aşırı bir endişe ve kuruntulu beklenti (evham) içinde olması durumudur. Bu durum kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (34).

Kaygı durumluk ve sürekli kaygı olarak ikiye ayrılmaktadır. Durumluk kaygı dışı koltuğuna oturma gibi tehlikeli ve istenmeyen durumlar karşısında duyulan geçici ve normal kaygı olarak kabul edilir. Sürekli kaygı ise, ortada nesnel bir neden yokken ya da böyle bir durum var olduğunda orantısız bir biçimde şiddetli ve uzun süreli kaygıdır. Kişilik özelliğini belirleyen sürekli kaygı, bireyleri birbirinden ayıran bir özelliktir. Kişinin özdeğerlerinin tehdit edildiğini zannetmesi ya da içinde bulunduğu durumun stresli olduğu şeklinde yorumlaması, sürekli kaygı durumuna işaret etmektedir (35).

Kaygının biyokimyasal etyolojisine inildiğinde, beyindeki sinirler arasında iletiyi sağlayan maddelerden biri olan noradrenerjik sistemin aşırı etkinliğinin önemli olduğu bilinmektedir. Kaygı bozukluğunda noradrenerjik sistemde artmış bir etkinlik ya da adreseptör duyarlılığında değişimler olduğu; ayrıca serotoninergik etkinlikte artış, GABA etkinliğinde azalma olduğu gösterilmiştir. Bu bozukluğun kalıtsal ve biyolojik bir temel üzerinde çevresel olumsuzluklarla ortaya çıktığı düşünülmektedir. Hastaların birinci derece yakınlarında %20 gibi yüksek oranda kaygı bozukluğuna rastlanması genetik etkenleri düşündürmekteyse de genel kabul, çevresel etkenlerin daha önemli olduğu yönündedir. Çevresel etkenlerin başında stres gelmektedir ve stres verici yaşam olayları kaygı bozukluğunda en azından tetikleyici bir etkidir (34).

Toplum genelinde kaygı bozukluğunun genel sıklığı %4 civarındadır ve hastalık olmasa bile belirtilerinin bulunma sıklığı %10-30'lara ulaşmaktadır (33). Sağlık çalışanlarında kaygı bozukluğu sıklığının yüksek olduğunu gösteren çalışma sonuçları bulunmaktadır (27,36,37).

2. 6. 2. Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı Sorunlarının Nedenleri

Sağlık çalışanlarının ruh sağlığını araştıran çalışmalar, bu sorunların nedenlerini de irdelemiştir. ABD'de yalnızca kadın hekimler üzerinde yapılmış olan bir çalışmada en sık rastlanan ruh sağlığı sorunlarından biri olan depresyonun bazı değişkenlerle ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu değişkenler arasında kişinin bekar olması, çocuksuz olması, alkol ya da diğer madde bağımlılığı, tanı konmuş psikiyatrik bir hastalık

hikayesi ve şişmanlık gibi genel özelliklerin dışında uzun ve yoğun çalışma, meslekte yükselememe gibi mesleki değişkenler de yer almaktadır (26).

Bu konuda yapılmış çalışmalarda sağlık çalışanlarının ruhsal sorunlarının alt yapısında kişisel ve ailevi özelliklerin dışında olumsuz çalışma koşullarının da önemli bir yeri olduğu doğrulanmıştır (32,38).

Olumsuz çalışma koşulları ile ruhsal sağlık arasındaki bu ilişkiyi bazı dış faktörlerin etkileme olasılığının göz önüne alındığı ve analizlerde bu olası etkilerin düzeltilerek ortadan kaldırıldığı bazı çalışmalarda ilişkinin varlığını koruduğu gösterilmiştir. Örneğin hekimler üzerinde yapılmış olan bir çalışmada, geçmişte yaşanmış bir psikiyatrik hastalık hikayesinin yaratabileceği etki düzeltilerek analiz edildiğinde, olumsuz çalışma koşulları ile ruh sağlığı arasındaki ilişkinin sürdüğü belirlenmiştir (39).

Tüm bu çalışma sonuçları sağlık çalışanlarının ruhsal sorunlarının alt yapısında kişisel ve ailevi özelliklerin dışında olumsuz çalışma koşullarının da önemli bir yeri olduğunu doğrulamaktadır. Nitekim konuya ilişkin araştırmaların sonuçlarını derleyen bir çalışmada sağlık çalışanlarının ruhsal sorunlarının alt yapısında çalışma koşullarının da önemli bir yeri olduğu görülmüştür (32). Bu noktada olumsuz çalışma koşullarını ayırtılandırmak yararlı olacaktır. Tüm çalışanlar için olumsuz çalışma koşulları şu şekilde sıralanabilir (40):

- ❖ Kurumsal yapıdaki sorunlar: Kurumsal yapı değişiklikleri, çalışanlar arası yetersiz iletişim ve/veya uyumsuzluk, kurumsal amaçlar konusunda fikir ayrılıkları vb.
- ❖ Kariyer geliştirme kaygısı: Kaçırılmış fırsatlar, işsizlik kaygısı vb.
- ❖ Çalışanın işteki rolüne ait sorunlar: rol çatışması (*role conflict*), rol belirsizliği (*role ambiguity*), işin başarılmaması için yeterli olmayan kaynak ve işin başarılmamasına yeterli olmayan yetki vb.
- ❖ Çalışanın göreviyle ilgili sorunlar: Görevin nicelik ve nitelik olarak çok hafif veya çok ağır olması, diğer çalışanların yaşam ve sağlıkları yönünden sorumluluk taşıyan görevler, karar verebilme olanağı sunmayan görevler vb.
- ❖ İş çevresindeki çeşitli sorunlar: Fiziksel ve ergonomik sorunlar, güvenlik tehlikeleri, gürültü, kötü koku vb.
- ❖ Gece vardiyası gerektiren işler: Bu işlerde, uyku bozuklukları, sindirim sistemi rahatsızlıkları, bazı kronik hastalıklar, ailevi ve sosyal sorunlar ve ruhsal sorunlar gelişebilmektedir.

Görüldüğü gibi tüm bu olumsuz çalışma koşulları sağlık çalışanları için de geçerli olmakla birlikte bir çoğunun sağlık çalışanları için diğer meslek çalışanlarına göre daha sık karşılaşılan durumlar olduğu söylenebilir. Norveç'te yapılmış olan bir çalışmada hekimlerin haftada ortalama 52.8 saat çalıştıkları ve olumsuz çalışma koşullarından çok fazla etkilendikleri vurgulanmıştır (41).

Karasek, bu olumsuz çalışma koşullarının fiziksel ve ruhsal sorunlara yol açma mekanizmasını 1979'da tanımladığı "Mesleki Gerilim Modeli" ile açıklamaktadır. Bu modele göre mesleki gerilimin iki bileşeni belirlenmiştir. Bu bileşenlerden birincisi, işin kişiden beklentileri; ikincisi ise kişinin bu beklentileri karşılamadaki karar verebilme ve işinde kendini geliştirebilme gücüdür (42). Karasek'in mesleki gerilim modeli Şekil 2.2'de şematize edilmiştir.

Şekil 2. 2. Karasek'in Mesleki Gerilim Modeli (43)

		İşin beklentileri (<i>Job Demands</i>)	
		Düşük	Yüksek
Karar verebilme ve kendini geliştirebilme gücü (<i>Job Decision Latitude</i>)	Yüksek	DÜŞÜK GERİLİM	AKTİF ÇALIŞMA
	Düşük	PASİF ÇALIŞMA	YÜKSEK GERİLİM

Modelde, işin beklentileri ile kişinin işteki karar verebilme ve kendini geliştirebilme gücünün düzeyleri önemlidir (40). Beklenti düzeyinin yüksek olmasına karşın kişinin karar verebilme ve kendini geliştirebilme gücü düşük ise, mesleki gerilim düzeyi yüksekliği söz konusudur. Yüksek mesleki gerilim, iş ile kişi arasında bir uyumsuzluğun göstergesidir ve çalışanlarda fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarına zemin oluşturmaktadır (44).

Yüksek mesleki gerilimin yol açtığı fiziksel sorunların başında kalp hastalıkları gelmektedir. Bununla birlikte diyastolik kan basıncı artışı, sol ventrikül dilatasyonu ve koroner kalp hastalığı gelişiminde rol oynadığı anlaşılmıştır (45,46,47). Yüksek mesleki gerilimin yol açtığı ruhsal sorunların ise başında iş doyumunda düşme, kaygı bozukluğu ve psikosomatik belirtiler gelmektedir. Hemşireler üzerinde yapılmış olan bir çalışmada

yüksek mesleki gerilimin kaygı bozukluğunu 3.4 kat, psikosomatik belirtileri 3.7 kat ve düşük iş doyumu düzeyini 5.0 kat arttırdığı gösterilmiştir (48).

Çalışma koşullarının yol açtığı iş stresinin dışında tüm çalışanlar için geçerli olmak üzere özellikle toplumun tümü üzerinde ağır bir strese yol açan büyük çaplı olaylarda da ruhsal sağlık sorunlarının arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, ABD'deki 11 Eylül terör saldırılarının çalışanlar üzerindeki etkilerini araştıran bir çalışmada, Manhattan Hastanesi'ne başvuran 8000 çalışan incelenmiş ve %40'ında bu terör saldırısı sonrası ruhsal sorunların ortaya çıktığı bildirilmiştir (49). Ülkemizden benzer bir örnek olarak Bingöl depreminin 2 ay sonrasında kurtarma çalışmalarında görev alanlarda ruh sağlığı sorunlarındaki artış gösterilebilir (50).

2. 6. 3. Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı Sorunlarının İş Performansına Etkileri

Toplum ruh sağlığı sorunlarındaki artış çalışanlar için özel bir önem göstermekte ve iş yaşamındaki etkinliği ve verimliliği düşürmektedir. ABD'de hava alanında çalışan rezervasyon ve telefon santrali görevlileri üzerinde yapılan bir çalışmada yoğun iş koşullarının depresyona yol açtığı ve bunun sonucunda her bir çalışan için ortalama ayda 2-3 gün kadar işten kalmaların geliştiği gösterilmiştir. İş performansını düşüren bu durumun büyük ekonomik kayıplara da yol açtığı vurgulanmıştır (51).

Benzer şekilde sağlık çalışanlarının ruh sağlığının da, sağlık hizmetlerinin yürütülebilmesi yönünden oldukça büyük önem taşıdığı açıktır. Hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada olumsuz çalışma koşullarının yol açtığı fiziksel ve ruhsal sorunların (özellikle depresyonun) iş doyumunu ve iş performansını düşürdüğü ve işten kalmalara yol açtığı belirlenmiştir (52).

Depresyon dışında kaygı bozukluğu da iş performansı üzerinde etkilidir. Hafif ve orta düzey kaygının, performansı artırıcı etkiye sahip olduğu 20 yüzyılın başlarından bu yana bilinmektedir. "Adaptif" olarak nitelendirilebilecek bu kaygı seviyesi, belli durumlar karşısında daha becerikli ve işlevsel bir hale gelmeyi sağlayabilmektedir. Ancak kaygı düzeyinin artması ve/veya uzaması performansı düşürmektedir (53).

Bu noktada sağlık çalışanlarını diğer çalışanlardan ayıran önemli bir noktaya değinmek yararlı olacaktır. Sağlık çalışanları yaşadıkları ruhsal sorunlarıyla mücadele konusunda diğer çalışanlara göre davranış farklılığı sergilemekte ve bu konuda uzmanlardan tıbbi yardım almaktan kaçınmaktadır (54,55,56). Bunun yerine kendi kendilerine koydukları tanıya yönelik yine kendi uygun gördükleri tedaviyi uygulamaktadır (24). Bu durum fiziksel sağlık sorunları için de geçerli olmakla birlikte ruhsal sağlık sorunları için daha belirgindir (57).

Ruhsal sağlık sorunları için yardım almaya çekinen sağlık çalışanları bir istirahat gereksinimleri olması halinde bile işe devam etmektedir Bir araştırmaya göre hekimlerin %80'inin hastalandıklarında işe devam ettiklerini göstermiş ve bu hekimlerden "tehlikeli kahramanlar" diye söz etmiştir (57).

Bununla birlikte, İskoçya'da yapılan bir çalışmada hekimlerin büyük bir kısmının herhangi bir aile hekimine kayıtlı olmadığı ve iş sağlığıyla ilişkili bir kurumun (*Occupational Health Service*) rolü hakkında bilgi sahibi olmadıkları dolayısıyla konu hakkında çekingen ve ilgisiz kaldıkları görülmüştür (24). Diğer taraftan bu konuya ilişkin olarak sağlık sorunları için tıbbi yardım alma yolunu seçen sağlık çalışanlarının (zellikle hekimlerin), muayenesi sırasında klasik hekim-hasta ilişkisinin dışında bir durumun yaşandığını gösteren alışmalar da bulunmaktadır. Norveç'te yapılmış olan böyle bir çalışmada hastanın da hekim olduğu muayenelerde klasik tanı ve tedavi yollarının izlenmeyip, hastanın kendine koyduğu tanı üzerinden yola çıkıldığı belirtilmiştir (58).

Sonuç olarak sağlık alışanlarında başta depresyon ve kaygı bozukluğu olmak üzere ruhsal sağlık sorunlarının iş doyumunu düzeyini ve iş performansını düşürdüğü söylenebilir. Bu durumun en önemli ve korkulan sonucu ise sağlık hizmetlerinin sunumundaki aksama ve toplum sağlığı üzerindeki olumsuz etkileridir.

3. ARAŞTIRMANIN AMACI

3. 1. YAKIN ERİMLİ AMAÇLAR

- ❖ Antalya Merkez İlçesi'nin kentsel ve kırsal bölgelerindeki sağlık ocaklarında çalışan çeşitli sağlık meslek gruplarının (hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni) ruh sağlığı durumunun ve ilişkili bazı genel, mesleki ve sosyal değişkenlerin belirlenmesi,
- ❖ Bu sağlık meslek grupları arasında ruh sağlığı durumu açısından farklılıkların belirlenmesi,
- ❖ Bu sağlık meslek gruplarının, çeşitli mesleki sorunları algılama düzeylerinin belirlenmesidir.

3. 2. UZAK ERİMLİ AMAÇLAR

- ❖ Elde edilecek bilgiler doğrultusunda yetkili kurumlara sağlık ocaklarında görev yapan sağlık çalışanlarının ruh sağlığı durumlarını, dolayısıyla sağlık hizmeti sunumunu geliştirecek öneriler sunulması,
- ❖ Konunun önemini vurgulayarak bu konuda daha sonra yapılacak araştırmalara ışık tutulmasıdır.

4. GEREÇ ve YÖNTEM

4.1. ARAŞTIRMA TİPİ

Araştırma, kesitsel bir çalışmadır.

4.2. ARAŞTIRMA BÖLGESİ

Söylencelere göre, İ.Ö.2. yüzyılın ortalarında Bergama Kralı Attalos'un "bana bir yeryüzü cenneti bulun" buyruğuyla kurulan ve adını kurucusundan alan Attaleia, bugünkü adıyla Antalya; Antik Pamfilya, Psidya ve Likya'nın kesiştiği, Anadolu'nun bereketli bir coğrafyasında kurulmuştur (59). Antalya ili, tarihi ve coğrafi özellikleriyle ülkenin turizm merkezlerinden birisidir.

Antalya ili 2002 yıl ortası nüfusu, kendisine bağlı 15 ilçe, 19 bucak ve 545 köyüyle 1.483.855'dir (60). İl genelinde 163 sağlık ocağı bulunmakla birlikte bu ocakların 11'i faal durumda değildir (61).

Araştırma bölgesi, Antalya Merkez İlçesi'nin kentsel ve kırsal bölgeleridir. Bu bölgelerin 2002 yıl ortası nüfusu 753.149'dur ve nüfusun %89.8'i kentsel bölgede, %10.2'si kırsal bölgede yaşamaktadır (60).

Araştırma bölgesinde; merkez ilçede 33; Aksu, Bademağacı, Çakırlar, Çalkaya, Çıglık, Dağbeli, Doyran, Ekşili, Ilıca, Karaöz, Kemerağzı, Pınarlı, Yeniköy, Yeşilbayır, Yeşilkaraman, Yukarıkaraman ve Yurtpınar'da birer tane olmak üzere toplam 50 sağlık ocağı bulunmaktadır.

4.3. ARAŞTIRMA EVRENİ

Araştırma evrenini, araştırma bölgesindeki 50 sağlık ocağında görev yapan tüm hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru ve çevre sağlığı teknisyenleri oluşturmaktadır. Bu sağlık ocaklarında görevli sağlık çalışanlarından veri toplamak amacıyla, 2003 yılı Temmuz ayında Antalya Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmıştır.

4.4. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ

Antalya Sağlık Müdürlüğü verilerine göre araştırma bölgesindeki 50 sağlık ocağında 1227 personel görev yapmaktadır. Ancak Antalya Sağlık Müdürlüğü'nden elde edilen personel listesi geçici görev yeri değişiklikleri nedeniyle gerçek durumla farklılıklar göstermektedir. Bu nedenle örnek seçiminde, personel sayısı değil, sağlık

ocacı sayısı esas alınmış ve sağlık ocakları tabakalandırılarak %50 oranında örneklem alınmıştır.

Antalya İlçe Merkezi **kentsel** bölgesindeki 33 sağlık ocağı bölge özelliklerine göre tabakalandırılarak orantılı örneklem alınmıştır. Tabakalandırma; kentsel nitelikli bölge, gecekondu nitelikli bölge, kent ve gecekondu karışık nitelikli bölge ve uç nitelikli bölge (kentten kenar kısımlarındaki kırsal nitelikli yerleşim alanları) olmak üzere dört grup şeklinde yapılmıştır. Daha sonra her bir tabakadan %50 oranında kura çekimi yapılarak 16 sağlık ocağından oluşan örneklem oluşturulmuştur. Sonuçta Tablo 4.1’de gösterilmiş olan toplam 16 sağlık ocağı ve bu ocaklarda çalışan toplam 437 personel örnekleme dahil olmuştur.

Tablo 4. 1. Araştırma Örneklemine Alınan Antalya Merkez İlçesi Kentsel

Bölge Sağlık Ocakları ve Personel Sayıları.

Bölge Tipi	Sağlık Ocağı	Personel Sayısı
Kentsel nitelikli bölge	1 Numaralı Merkez Sağlık Ocağı	40
	5 Numaralı Merkez Sağlık Ocağı	35
	14 Numaralı Merkez Sağlık Ocağı	30
	15 Numaralı Merkez Sağlık Ocağı	34
	23 Numaralı Merkez Sağlık Ocağı	27
	27 Numaralı Merkez Sağlık Ocağı	28
Gecekondu nitelikli bölge	13 Numaralı Merkez Sağlık Ocağı	22
	18 Numaralı Merkez Sağlık Ocağı	24
	24 Numaralı Merkez Sağlık Ocağı	29
Karışık nitelikli bölge (kentsel +gecekondu)	7 Numaralı Merkez Sağlık Ocağı	33
	25 Numaralı Merkez Sağlık Ocağı	32
	26 Numaralı Merkez Sağlık Ocağı	24
	30 Numaralı Merkez Sağlık Ocağı	24
Uç nitelikli bölge	10 Numaralı Merkez Sağlık Ocağı	23
	22 Numaralı Merkez Sağlık Ocağı	13
	33 Numaralı Merkez Sağlık Ocağı	19
Toplam		437

Antalya İlçe Merkezi **kırsal** bölgesindeki 17 sağlık ocağı ise, bölge büyüklüğüne göre iki tabakaya ayrılmış ve her bir tabakadan %50 oranında kura çekimi yapılarak 9 sağlık ocağından oluşan örneklem oluşturulmuştur. Sonuçta Tablo 4.2’de gösterilmiş olan toplam 9 sağlık ocağı ve bu ocaklarda çalışan toplam 85 personel örnekleme dahil

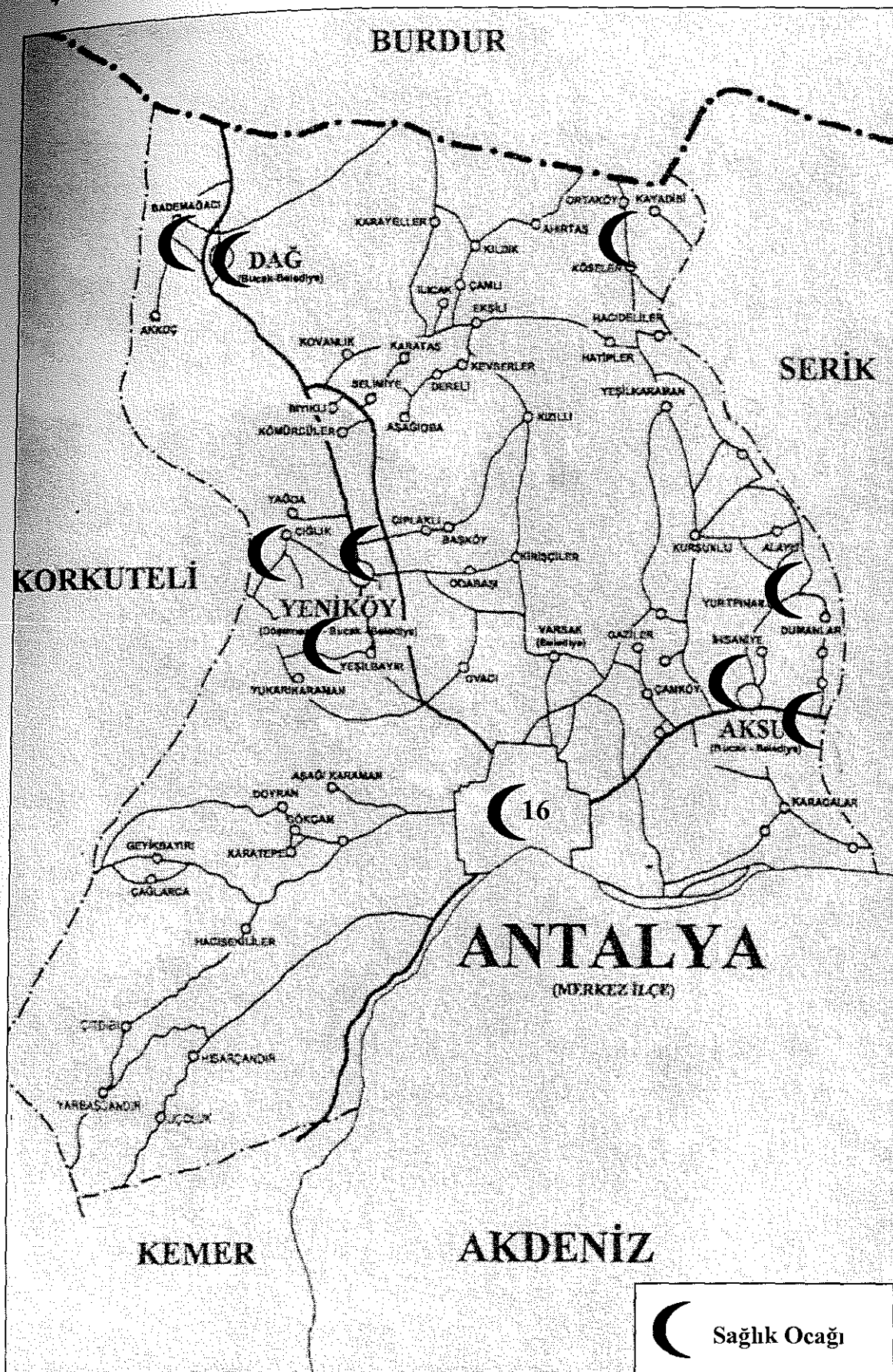
olmuştur. Köy sağlık ocaklarına bağlı sağlık evlerinde görev yapan ebeler, sağlık ocağı personeli olarak değerlendirilerek örnekleme dahil edilmiştir

Tablo 4. 2. Araştırma Örneklemine Alınan Antalya Merkez İlçesi Kırsal Bölgesindeki Sağlık Ocakları ve Personel Sayıları.

Sağlık Ocağı	Personel Sayısı
Aksu Sağlık Ocağı	19
Bademağacı Sağlık Ocağı	7
Dağbeli Sağlık Ocağı	5
Karaöz Sağlık Ocağı	4
Yeniköy Sağlık Ocağı	13
Yurtpınar Sağlık Ocağı	7
Yeşilbayır Sağlık Ocağı	14
Çıglık Sağlık Ocağı	7
Doyran Sağlık Ocağı	9
Toplam	85

Özetle, araştırma bölgesi olan Antalya Merkez İlçesi kentsel ve kırsal bölgelerindeki toplam 50 sağlık ocağından 25'i (%50) örnekleme dahil edilmiştir. Şekil 4.1'de Antalya Merkez İlçesi ve kırsalında örnekleme çıkan sağlık ocaklarının coğrafi yerleşimleri gösterilmiştir. Örnekleme dahil edilen sağlık ocaklarında, kentsel bölgeden 437, kırsal bölgeden 85 olmak üzere toplam 522 kişi görev yapmaktadır

Sekil 4. 1. Antalya Merkez İlçesi ve Kırsal Bölgesinde Örneklem Çıkan Sağlık Ocakları



4. 5. ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın temel bağımsız ve bağımlı değişkenleri Tablo 4.3’de belirtilmiştir.

Tablo 4. 3. Araştırmada Kullanılan Bağımsız ve Bağımlı Değişkenler.

Bağımsız Değişkenler	Bağımlı Değişkenler
<u>Genel Özellikler</u>	Algılanan sağlık durumu
Yaş	Genel sağlık düzeyi
Cinsiyet	Depresyon durumu
Medeni durum	Durumluk kaygı durumu
Çocuk sayısı	Sürekli kaygı durumu
Eş mesleği	
Hastalık durumu	
Kronik hastalık	
Psikiyatrik hastalık	
İlaç kullanımı	
<u>Mesleki Özellikler</u>	
Meslek	
Sağlık ocağı bölgesi	
Meslekte çalışma süresi	
Sağlık ocağında çalışma süresi	
Ek işte çalışma durumu	
Mesleği seçme nedeni	
Meslek seçiminden pişmanlık durumu	
Mesleki sorunların algılanan düzeyleri	
<u>Sosyal Özellikler</u>	
Düzenli gazete okuma durumu	
Düzenli dergi okuma durumu	
Düzenli kitap okuma durumu	
Çeşitli hobilerle ilgilenme durumu	
Arkadaş toplantılarına katılma durumu	
Sinema, tiyatro vb. gösterilere gitme durumu	
Düzenli spor yapma durumu	
Gezi amaçlı etkinliklere katılma durumu	

4.5.1. Bağımsız Değişkenler

❖ **Yaş:** Tanımlayıcı bilgileri, ki-kare testi, t testi ve varyans analizlerinde, “34 yaş ve altı”, “35 yaş ve üzeri” olmak üzere iki grupta değerlendirilmiştir. Lojistik regresyon analizinde ise etkisi sürekli değişken olarak incelenmiştir.

❖ **Medeni durum:** “Evli”, “bekar”, “ayrı yaşıyor”, “boşanmış”, “eşi ölmüş” ve “birlikte yaşıyor” olmak üzere altı grupta sorgulanmış, analizlerde “evli, bekar ve dul” olarak değerlendirilmiştir.

❖ **Çocuk sayısı:** Çocuk sayısı biçiminde sorgulanmıştır. Analizlerde “çocuğu var” ve “çocuğu yok” olmak üzere iki grupta değerlendirilmiştir.

❖ **Eş mesleği:** “Sağlık meslek grubunda çalışıyor”, “sağlık mesleği grubu dışında çalışıyor” ve “çalışmıyor” olmak üzere üç grupta sorgulanmıştır. Tanımlayıcı bilgileri, ki-kare testi, t testi ve varyans analizlerinde, yalnızca evli ve eşi sağ olanlar için değerlendirilmiştir. Lojistik regresyon analizlerinde ise ilk aşamada modele konmamış, daha sonraki aşamada ise yalnızca evli ve eşi sağ olanlar için modele katılarak değerlendirilmiştir.

❖ **Hastalık durumu:** Tanı konmuş herhangi bir hastalığın varlığı, var ise ne olduğu sorgulanmış ve analizlerde “hastalık var” ve “hastalık yok” olmak üzere iki grupta değerlendirilmiştir.

❖ **İlaç kullanımı:** Halen kullanmakta oldukları ilaçlar sorgulanmış ve analizlerde “ilaç kullanımı var” ve “ilaç kullanımı yok” olmak üzere iki grupta değerlendirilmiştir. İlaçların ne zamandır kullanıldığı, akut bir sağlık sorununa bağlı olarak mı kullanıldığı ya da hekim reçetesiyle mi kullanıldığına yönelik sorgulama yapılmamıştır.

❖ **Meslek:** Meslekleri “sorumlu hekim”, “hekim”, “hemşire”, “ebe”, “sağlık memuru” ve “çevre sağlık teknisyeni” olmak üzere altı grupta sorgulanmıştır. Analizlerde ise, sorumlu hekim ve diğer hekimler “hekim” başlığı altında; sağlık memurları ve çevre sağlığı teknisyenleri ise “sağlık memuru” başlığı altında değerlendirilmiştir.

❖ **Sağlık ocağı bölgesi:** “Antalya Merkez İlçesi kentsel bölgesi” ve “Antalya Merkez İlçesi kırsal bölgesi” olmak üzere iki grupta değerlendirilmiştir.

❖ **Meslekte çalışma süresi:** Meslekte kaç yıldır çalıştıkları sorgulanmış ve analizlerde “0-10 yıl” ve “11 yıl ve üzeri” olmak üzere iki grupta değerlendirilmiştir.

❖ **Sağlık ocağında çalışma süresi:** Bağlı bulundukları ocakta kaç yıldır çalıştıkları sorgulanmış ve analizlerde “0-4 yıl” ve “5 yıl ve üzeri” olmak üzere iki grupta değerlendirilmiştir.

❖ **Mesleği seçme nedeni:** “Rastlantı”, “gelirinin iyi olması”, “mesleğin saygınlığı”, “geleceğinin güvenli olması”, “aile ya da sosyal çevre baskısı” ve “diğer (açık uçlu)” olmak üzere altı grupta sorgulanmış ve değerlendirilmiştir.

❖ **Meslek seçiminden pişmanlık durumu:** “Yeniden seçmek mümkün olsaydı yine bu mesleği seçer miydiniz?” sorusuyla sorgulanmıştır. “Evet” yanıtı pişmanlık olarak değerlendirilmiştir.

❖ **İş doyumu düzeyi:** “Evet çok”, “evet oldukça”, “evet az” ve “hayır” olmak üzere dört grupta sorgulanmıştır. Analizlerde “evet çok” ve “evet oldukça” yanıtları yüksek iş doyumu düzeyi; “evet az” ve “hayır” yanıtları ise düşük iş doyumu düzeyi olmak üzere iki grupta değerlendirilmiştir.

❖ **Sosyal Özellikler:** “Düzenli olarak gazete okuma”, “düzenli olarak dergi okuma”, “düzenli olarak kitap okuma”, “çeşitli hobilerle ilgilenme”, “düzenli olarak arkadaş toplantılarına katılma”, “sinema, tiyatro gibi gösterilere gitme”, “düzenli olarak spor yapma” ve “gezi amaçlı etkinliklere katılma” durumları olmak üzere toplam sekiz grupta sorgulanmıştır. Tanımlayıcı bilgileri, ki-kare testi, t testi ve varyans analizlerinde, her bir etkinlik “var” ve “yok” şeklinde gruplandırılarak ayrı ayrı analiz edilmiştir. Çoklu analizlerde ise, sekiz gruptan kaç tanesine “evet” yanıtı alındığı esas alınarak; ortanca değeri ve üzerinde “evet” yanıtı verenler “sosyal etkinliklere katılımı yüksek”, ortanca değerin altında “evet” yanıtı verenler ise “sosyal etkinliklere katılımı düşük” olarak gruplandırılmış ve lojistik regresyon modeline sokulmuştur.

4. 5. 2. Bağımlı Değişkenler

❖ **Algılanan sağlık durumu:** Algılanan Sağlık Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Algılanan Sağlık Ölçeği, kişinin biyolojik, ruhsal ve toplumsal sağlığını kendisinin değerlendirmesine olanak sağlayan, sağlığın çok boyutluluğunu yansıtan, tek soruluk, basit ama güçlü bir göstergedir. Yaşam kalitesinin ölçülmesinde, belirleyici ana bileşenlerden biri olan bu ölçek, sağlığın değişik boyutlarını içermesi ve kapsamlı olması nedeniyle objektif bulgulara oldukça yakın sonuçlar vermektedir (62)

❖ **Genel sağlık düzeyi:** 12 soruluk Genel Sağlık Anketi (GSA-12) kullanılarak değerlendirilmiştir. David Goldberg tarafından geliştirilen ve 12, 28, 30 ve 60 soruluk biçimleri bulunan bu ölçek, genel ruh sağlığının değerlendirilmesinde yol gösterici niteliktedir (63). Bu araştırmada kullanılan GSA-12’nin Türkçe formunun güvenilirliği “test – tekrar test” yöntemiyle 0.84 olarak bulunmuştur. Geçerliliği ise “Roc analizi” yöntemiyle değerlendirilmiş ve duyarlılığı 0.74, seçiciliği 0.82 olarak bulunmuş ve ölçüt geçerliliği elde edilmiştir (64,65)

❖ **Depresyon puanı:** Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılarak depresyon puanları belirlenmiştir. BDÖ, A. T. Beck tarafından geliştirilmiş, Türkçeleştirilmiş ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (62)

BDÖ, depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin amacı, depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini nesnel olarak belirlemektir (29). BDÖ'nün asıl formunun güvenilirliği "test – tekrar test" yöntemiyle 0.74, çeviri formunun güvenilirliği ise aynı yöntemle 0.65, "yarıya bölme güvenilirliği" yöntemiyle 0.74 olarak bulunmuştur (63,66). Asıl formunun geçerliliği "ölçüt bağımlı geçerlilik" yöntemiyle 0.75 olarak bulunmuştur. Çeviri formunun güvenilirliği ise depresif, şizofrenik ve normal gruplar üzerinde "yapı geçerliliği" yöntemiyle değerlendirilmiştir. Normal grup için 0.20, depresif grup için 0.52 ve şizofren grup için -0.33 olarak bulunmuştur (63). Yapı geçerliliği için faktör analizi uygulanmış ve altı faktör elde edilmiştir. Bunlardan dört tanesinin yorumlanabilir olduğu belirtilmiştir. Birinci faktörde umutsuzluk, ikinci faktörde kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları, üçüncü faktörde bedensel kaygılar ve dördüncü faktörde suçluluk duygulanımları yer almaktadır (67).

BDÖ, 21 depresif belirti kategorisine yönelik soru içermektedir. Her sorunun puanları 0 ile 3 arasında değişmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan (21x3) 63'dür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir (63).

❖ **Kaygı puanı:** Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE) kullanılarak kaygı puanları belirlenmiştir. DSKE, Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ve kaygı seviyelerini durumluk ve sürekli olmak üzere ayrı ayrı saptayan bir ölçektir.

Envanterin asıl formunun güvenilirliği "Kuder-Richardson" yöntemiyle durumluk kaygı için 0.83 – 0.92, sürekli kaygı için 0.86 – 0.92 olarak bulunmuştur. Çeviri formunun güvenilirliği ise aynı yöntemle durumluk kaygı için 0.94 – 0.96, sürekli kaygı için 0.83 – 0.87 olarak bulunmuştur. Sürekli kaygı envanterinin asıl formunun geçerliliğinin belirlenmesi için 126 kız, 80 erkek üniversite öğrencisi ve 66 psikiyatrik hastadan oluşan üç grupta "ölçüt bağımlı geçerlilik" yöntemiyle diğer bazı ölçeklerle korelasyonuna bakılmıştır. Korelasyon katsayıları kızlarda 0.52 – 0.80, erkeklerde 0.58 – 0.79 ve hasta grubunda 0.77 – 0.84 olarak bulunmuştur. Çeviri formunun geçerliliği ise yine "ölçüt bağımlı geçerlilik" yöntemiyle değerlendirilmiştir. Durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri hastalarda normallere göre çok yüksek bulunmuştur ($p < 0.01$) (63,68).

DSKE, hem durumluk hem de sürekli kaygı durumu hakkında fikir verici niteliktedir. Durumluk kaygı dışı koltuğuna oturma gibi tehlikeli durumlar karşısında duyulan geçici ve normal kaygı olarak kabul edilir. Kişilik özelliğini belirleyen sürekli kaygı ise bireyleri birbirinden ayıran bir özelliktir. Kişinin özdeğerlerinin tehdit edildiğini zannetmesi ya da içinde bulunduğu durumun stresli olduğu şeklinde yorumlaması, sürekli kaygı durumuna işaret etmektedir (35). DSKE bu iki farklı kaygı durumunu ölçmek için her biri 20 sorudan oluşan iki ölçekten oluşmaktadır. Bu ölçekler; “durumluk kaygı” durumunu belirleyen “Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri” ve “sürekli kaygı” durumunu belirleyen “Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri”dir (34). Bu iki ölçekteki soruların bazıları olumlu, bazıları ise olumsuz niteliktedir. Puanlandırmada bu durum göz önüne alınmıştır. Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 100 arasında değişmektedir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini gösterir (63).

4. 6. VERİLERİN TOPLANMASI

Veri toplanması için taslak niteliğinde bir soru formu hazırlanmış ve örnekleme dahil olmayan Antalya Merkez 17 Numaralı Sağlık Ocağı çalışanlarında ön uygulaması yapılmıştır. Ön uygulama doğrultusunda yapılan düzeltme ve değişiklikler sonucu soru formu hazırlanmıştır.

Ekte yer alan bu form, 2003 yılı Ekim, Kasım ve Aralık aylarında araştırmacının kendisi tarafından sağlık ocakları ziyaret edilerek, sağlık çalışanlarına uygulanmıştır. Soru formları herhangi bir müdahale olmadan, kişilerin kendileri tarafından doldurulmuştur. Araştırma grubunda yer alan kişiler görüşme öncesi çalışma konusu hakkında bilgilendirilmiş ve isim bildirmelerine gerek olmadığı bildirilmiştir. Araştırma soru formu 3 bölüm ve toplam 118 sorudan oluşmaktadır. Ekte sunulan araştırma anketinin bölümleri Tablo 4.5’de gösterilmiştir.

Tablo 4. 4. Araştırma Soru Formunun Bölümleri.

1.	Genel ve mesleki özellikler (20 soru)
2.	Yaşam sorunlarını algılama durumu (24 soru)
3.	Ruh Sağlığı • Algılanan sağlık ölçeği (1 soru) • GSA-12 • BDÖ (21 soru) • DSKE (20+20=40 soru)

Örneklemdaki 25 sağlık ocağında çalışan toplam 522 kişinin tümüne ulaşabilmek için gerektiğinde ikinci ve üçüncü kez ocaklar ziyaret edilmiştir. Sonuçta 516 (%98.8) kişiye ulaşılmış ve görüşme yapılmıştır. Ulaşılamayan 6 (%1.2) kişiye ait bilgiler ve ulaşılama nedenleri Tablo 4.4’de gösterilmiştir.

Tablo 4. 5. Araştırmada Ulaşılamayanlara Ait Bilgiler ve Ulaşılamama Nedenleri.

Ulaşılamayan kişinin;		
Bağlı olduğu sağlık ocağı	Mesleği	Ulaşılamama nedeni
15 Numaralı Merkez Sağlık Ocağı	Hekim	Hastalık raporu
15 Numaralı Merkez Sağlık Ocağı	Ebe	Hastalık raporu
33 Numaralı Merkez Sağlık Ocağı	Hemşire	İzin
Aksu Sağlık Ocağı	Hekim	İzin
Bademağacı Sağlık Ocağı	Ebe	Hastalık raporu
Karaöz Sağlık Ocağı	Hemşire	Hastalık raporu

4. 7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veri analizi SPSS 10 0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Veriler bilgisayara girildikten sonra algılanan sağlık, genel sağlık durumu, BDÖ ve DSKE ölçekleri için düzeltmeler yapılarak veri tabanı analizlere hazır hale getirilmiştir.

Veri analizinin ilk aşamasında hekim, hemşire, ebe ve sağlık memuru olmak üzere dört sağlık meslek grubu için ayrı ayrı analiz yapılmıştır:

Her meslek grubu için algılanan sağlık durumu ve genel sağlık düzeyiyle ilişkili değişkenlerin belirlenmesinde ki-kare testi uygulanmıştır. Bu analizlerde, algılanan sağlık durumu, “iyi” ve “kötü” olmak üzere iki grupta değerlendirilmiştir. Genel sağlık düzeyi ise, sorulara verilen “A” ve “B” yanıtları 0 puan; “C” ve “D” yanıtları ise 1 puan kabul edilmek üzere iki grupta değerlendirilmiştir. Analizlerde toplam iki ve daha fazla puan alanların genel sağlık durumları “kötü” olarak kabul edilmiştir.

Her meslek grubu için depresyon ve kaygı puanlarıyla ilişkili değişkenlerin belirlenmesinde ise, t-testi ve tek yönlü varyans analizi (*Oneway ANOVA*) uygulanmıştır. Bu analizlerde, depresyon ve kaygı puan ortalamaları sürekli değişken olarak değerlendirilmiştir.

Çoklu analizlerde, algılanan sağlık durumu ve genel sağlık düzeyiyle, depresyon ve kaygı puanlarıyla ilişkili olabilecek tüm bağımsız değişkenler modele sokulmuş ve lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Bu analizlerde bağımlı değişken olan depresyon

ve kaygı puanlarının dikotom değişken haline getirilmesi amacıyla, ortanca değerleri kesme noktası olarak alınmıştır. Kesme noktası olarak ortanca değerin seçilmiş olma nedeni dağılımlardaki uç değerlerin yaratabileceği etkilerin ortadan kaldırılmasıdır.

Veri analizinin ikinci aşamasında ise, meslek grupları arasında algılanan sağlık durumu, genel sağlık düzeyi, depresyon ve kaygı puanları arasında farklılık olup olmadığına yönelik analizler yapılmıştır. Bu amaçla varyans analizi uygulanmıştır.

4. 8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma anketi uygulanacak kişiler araştırmanın amacı, özellikleri, yararları ve yöntemi konusunda bilgilendirilmiş ve sözlü onayları alındıktan sonra anket uygulanmıştır. Kişiler araştırmaya katılıp katılmamakta özgür bırakılmış ancak red yanıtı alınmamıştır. Araştırma anketinde bulunan çeşitli ölçeklerin uygulanmasında yanıltıcı yanıtlamaları önlemek amacıyla kişilerin anket formuna isimlerini yazmamaları istenmiştir.

4. 9. ARAŞTIRMANIN İŞGÜCÜ

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr. Özgür Sevinç'in Uzmanlık Tezi olarak planlanmış olan bu araştırma, Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Necati Dedeoğlu danışmanlığında Dr. Özgür Sevinç tarafından yürütülmüştür.

4. 10. KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

Anketler sabah mesai başlar başlamaz, ebe ve hemşireler sahaya çıkmadan ya da döndükten sonra mesai bitiminde doldurulmuştur. Veri toplanan dönemde aşı kampanyaları ve bayram tatili olması nedeniyle kısa süreli aksamalar olmuş, ancak planlanan dönem içerisinde veriler toplanabilmiştir. Ayrıca merkez ilçe kırsal bölgesindeki bazı sağlık ocaklarının uzak olması nedeniyle güçlükler yaşanmıştır.

4. 11. ARAŞTIRMANIN ZAMAN ÇİZELGESİ

Araştırma, Mart 2003 – Ekim 2004 tarihleri arasında olmak üzere 20 aylık süre içerisinde uygulanmıştır. Araştırmanın zaman çizelgesi aşağıda sunulmuştur.

5. BULGULAR

Araştırma örneklemindeki 25 sağlık ocağında görev yapan toplam 522 sağlık çalışanının 516'sı (%98.8) ile görüşülmüştür. Görüşülen sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre dağılımları Tablo 5.1'de gösterilmiştir.

Tablo 5. 1. Araştırmada Görüşülen Sağlık Çalışanlarının Meslek Gruplarına Göre Dağılımları

Meslek	Sayı	Yüzde
Hekim	131	25.4
Hemşire	116	22.5
Ebe	222	43.0
Sağlık memuru	47	9.1
Toplam	516	100.0

Araştırmada bulgular hekim, hemşire, ebe ve sağlık memurlarından oluşan dört meslek grubu için ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmelerde farklı bağımlı değişkenler için farklı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Bulguların değerlendirilmesinde öncelikle meslek grupları (hekim, hemşire, ebe ve sağlık memuru) ayrı ayrı ele alınmış, daha sonra mesleklere göre bulgular değerlendirilmiştir. Bulguların değerlendirilmesinde şu sıra izlenmiştir:

❖ **Her meslek grubu için tanımlayıcı bulgular:** Her meslek grubu için; öncelikle çeşitli meslek sorunlarının önem düzeylerini gösteren tanımlayıcı bulgular; daha sonra da bazı genel, mesleki ve sosyal özelliklere göre tanımlayıcı bulgular değerlendirilmiştir.

❖ **Her meslek grubu için analitik bulgular:** Her meslek grubu için; bazı genel, mesleki ve sosyal özelliklere göre algılanan sağlık durumu, genel sağlık düzeyi, depresyon ve kaygı durumları ile ilişkili değişkenlerin belirlenmesine yönelik analitik bulgular (bu analizlerde ki-kare, t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır) ve çoklu analiz bulguları (algılanan sağlık, genel sağlık durumu, depresyon ve kaygı puanlarıyla ilişkili olabilecek tüm bağımsız değişkenler modele sokulmuş ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır) değerlendirilmiştir.

❖ **Sağlık meslek grupları bulgularının karşılaştırılması:** Sağlık meslek grupları arasında algılanan sağlık durumu, genel sağlık düzeyi, depresyon durumu, durumluk ve sürekli kaygı durumu yönünden farklılıklar değerlendirilmiştir.

5. 1. HEKİMLERİN DURUMU

5. 1. 1. Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmada toplam 25 sağlık ocağında çalışan 131 hekim ile görüşülmüştür. Hekimlerin çeşitli mesleki sorunların önemini 1-10 puan aralığında puanlandırma düzeyleri Tablo 5.2'de gösterilmiştir.

Tablo 5. 2. Çeşitli Mesleki Sorunların Hekimlerce Önem Düzeyleri

Çeşitli Mesleki Sorunlar	Ortalama	Standart sapma
Ücretlerin düşüklüğü	8.56	2.14
Sağlıkta dönüşüm politikalarının yarattığı belirsizlik	7.79	2.73
Mesleğin toplumsal saygınlığını yitirmesi	7.65	3.03
Fiziksel ve teknik sorunlar	6.73	3.09
Yeni beceriler edinememe	6.65	2.55
Sözlü ya da fiziksel şiddete maruz kalma endişesi	6.56	2.98
Yaratıcı yetenekleri kullanamama	6.20	2.94
Tekrarlayan işler, monotonluk	5.95	2.85
Yeni bilgiler edinememe	5.89	2.53
İş kazası ve meslek hastalığı riski	5.85	3.30
Görev tanımı dışı işler	5.66	3.61
Sağlık ocağının fizik koşullarının yetersizliği	5.31	3.64
Meslekte yükselme gerekliliği kaygısı	5.18	3.73
Gereksiz boş zaman	4.44	3.07
Gelecekte işsiz kalma kaygısı	4.11	3.38
İşte yaşanan siyasi ve ahlaki baskılar	3.89	3.54
İşten kaynaklanan sosyal sorunlar	3.27	2.96
Karar verme gücünün olmaması	3.26	2.87
Zaman sıkıntısı	3.18	3.03
Yoğun çalışma temposu	2.69	2.72
Hızlı çalışma temposu	2.36	2.40
Amirlerle uyumsuzluk	2.23	2.80
İş arkadaşlarıyla uyumsuzluk	2.19	2.66
İşten kaynaklanan ailevi sorunlar	1.90	2.09
Mesleki sorunların puan ortalaması	4.90	1.44

i. Mesleki sorunlar 1-10 puan aralığında puanlandırılmıştır

ii. Mesleki sorunlar hekimlerin puanlandırma düzeylerine göre dizilmiştir

Hekimlerde ücretlerin düşüklüğü, sağlıkta dönüşüm politikalarının yarattığı belirsizlik, mesleğin toplumsal saygınlığı yitirmesi, sağlık ocağındaki fiziksel ve teknik sorunlar ve meslekte yeni beceriler edinememe en önemli sorunlar olarak algılanmaktadır

Görüşülen hekimlerin tanımlayıcı bulguları Tablo 5.3, Tablo 5.4 ve Tablo 5.5'deki genel dağılım sütununda gösterilmiştir. Hekimlerin bazı genel, mesleki ve sosyal özelliklerine göre dağılımları şu şekildedir: 58'i (%44.3) 35 yaş altı, 73'ü (%55.7) 35 yaş ve üzerinde olup yaş ortalamaları 35.2 ± 4.95 'dir. Hekimlerin 58'i (%44.3) erkek, 73'ü (%55.7) kadındır (Tablo 5.3). 25'i (%19.1) sağlık ocağı sorumlu hekimidir. 109'u

(%83.2) kentsel, 22'si (%16.8) kırsal bölge sağlık ocaklarında çalışmaktadır. 25 hekim (%19.1) ek bir işte çalışmaktadır. Ek işte çalışan hekimlerin 16'sı (%59.3) işyeri hekimliği yaptığını, 10'u (%7.7) özel bir sağlık kuruluşunda çalıştığını ve 1'i (%3.7) ise sağlık dışı bir alanda çalıştığını belirtmiştir. İş doyumu bakımından 27 hekimin (%20.6) yüksek iş doyumu düzeyine, 104 hekimin ise (%79.4) düşük iş doyumu düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin 45'i (%34.4) meslek seçimlerinden pişman olduğunu, 31'i (%23.7) pişman olmadığını belirtmiş ve 55'i (%42.0) çekimser kalmıştır (Tablo 5.4). 90'ı (%68.7) düzenli olarak gazete okuduğunu, 25'i (%19.8) düzenli olarak dergi okuduğunu, 71'i (%54.2) düzenli olarak kitap okuduğunu, 34'ü (%26.0) çeşitli hobilerle ilgilendiğini, 38'i (%29.0) arkadaş toplantılarına katıldığını, 19'u (%14.5) düzenli olarak tiyatro sinema, gibi gösterilere gittiğini, 27'si (%20.6) düzenli olarak spor yaptığını, 22'si (%16.8) gezi amaçlı etkinliklere katıldığını belirtmiştir (Tablo 5.5)

5. 1. 2. Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi

Görüşülen hekimlerin bazı genel, mesleki ve sosyal özelliklere göre algılanan sağlık durumu ve genel sağlık düzeyiyle ilişkili değişkenlerin değerlendirilmesine yönelik bulgular Tablo 5.3, Tablo 5.4 ve Tablo 5.5'de gösterilmiştir

Tablo 5. 3. Hekimlerde Genel Özelliklere Göre Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi.

GENEL ÖZELLİKLER	Genel Dağılım		Algılanan Sağlık Kötü Olanlar		GSA Sonucu Kötü Olanlar	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yaş grupları						
34 yaş ve altı	58	44.3	19	32.8	36	62.1***
35 yaş ve üzeri	73	55.7	15	20.5	20	27.4
Cinsiyet						
Erkek	58	44.3	12	20.7	14	24.1
Kadın	73	55.7	22	30.1	42	57.5***
Medeni Durum						
Evli	117	89.3	31	26.5	52	44.4
Bekar	5	3.8	1	20.0	2	40.0
Dul	9	6.9	2	22.3	2	22.2
Çocuk Durumu						
Yok	23	17.6	3	13.0	11	47.8
Var	108	82.4	31	28.7	45	41.7
Eş mesleği (evlilerde)						
Çalışıyor (sağlık alanında)	72	61.5	19	26.4	31	43.1
Çalışıyor (sağlık dışı alanda)	38	32.5	9	23.7	21	55.3
Çalışmıyor	7	6.0	3	42.9	3	42.9
Kronik Hastalık						
Yok	111	84.7	31	27.9	47	42.3
Var	20	15.3	3	15.0	9	45.0
Psikiyatrik Hastalık						
Yok	124	94.7	29	23.4	53	42.7
Var	7	5.3	5	71.4**	3	42.9
İlaç Kullanım Durumu						
Yok	104	79.4	27	26.0	42	40.4
Var	27	20.6	7	26.0	14	51.8
TOPLAM	131	100	34	26.0	56	42.8

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Tablo 5. 4. Hekimlerde Mesleki Özelliklere Göre Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi.

MESLEKİ ÖZELLİKLER	Genel Dağılım		Algılanan Sağlık Kötü Olanlar		GSA Sonucu Kötü Olanlar	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Görev Türü						
Sorumlu hekim	25	19.1	4	16.0	6	24.0
Hekim	106	80.9	30	28.3	50	47.2*
Sağlık Ocağı Bölgesi						
Merkez İlçe kentsel bölgesi	109	83.2	29	26.6	50	45.9
Merkez İlçe kırsal bölgesi	22	16.8	5	22.7	6	27.3
Meslekte Çalışma Süresi						
0-10 yıl	66	50.4	17	25.8	34	51.5*
11 ve üzeri yıl	65	49.6	17	26.1	22	33.8
Sağlık Ocağında Çalışma Süresi						
0-4 yıl	73	55.7	22	30.1	40	54.8**
5 ve üzeri yıl	58	44.3	12	20.7	16	27.6
Ek İşte Çalışma Durumu						
Çalışıyor	25	19.1	3	12.0	4	16.0
Çalışmıyor	106	80.9	31	29.2	52	49.1**
İş Doyumu						
Yüksek	27	20.6	5	18.5	6	22.2
Düşük	104	79.4	29	27.9	50	48.1*
Mesleği Seçme Nedeni						
Aile, sosyal çevre baskısı	49	37.4	12	24.5	19	38.8
Gelecek güvencesi	11	8.4	5	50.0	6	60.0
Mesleğin saygınlığı	64	48.9	2	100.0	27	42.2
Rastlantı	2	1.5	12	18.8	0	0.0
Diğer	5	3.8	3	50.0	4	66.8
Meslek Seçiminden Pişmanlık						
Hayır	31	23.7	5	16.1	9	29.0
Belki	55	42.0	12	21.8	21	38.2
Evet	45	34.4	17	37.8	26	57.8*
TOPLAM	131	100	34	26.0	56	42.8

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Tablo 5. 5. Hekimlerde Sosyal Özelliklere Göre Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi.

SOSYAL ÖZELLİKLER	Genel Dağılım		Algılanan Sağlık Kötü Olanlar		GSA Sonucu Kötü Olanlar	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Düzenli gazete okuma						
Var	90	68.7	23	25.6	39	43.3
Yok	41	31.3	11	26.8	17	41.5
Düzenli dergi okuma						
Var	25	19.8	4	16.0	12	48.0
Yok	106	80.2	30	28.3	44	41.5
Düzenli kitap okuma						
Var	71	54.2	12	16.9	24	33.8
Yok	60	45.8	22	36.7*	32	53.3*
Çeşitli hobilerle ilgilenme						
Var	34	26.0	3	8.8	11	32.4
Yok	97	74.0	31	31.9**	45	46.4
Arkadaş toplantılarına katılma						
Var	38	29.0	6	15.8	15	39.5
Yok	93	71.0	28	30.1	41	44.0
Sinema vb. gösterilere gitme						
Var	19	14.5	3	15.8	7	36.8
Yok	112	85.5	31	27.7	49	43.8
Düzenli spor yapma						
Var	27	20.6	10	37.0	12	44.4
Yok	104	79.4	24	23.1	44	42.3
Gezi amaçlı etkinliklere katılma						
Var	22	16.8	3	13.6	6	27.3
Yok	109	83.2	31	28.4	50	45.9
TOPLAM	131	100	34	26.0	56	42.8

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Algılanan Sağlık Durumu: Hekimlerin 34'ünün (%26.0) algılanan sağlık durumlarının kötü olduğu bulunmuştur. Algılanan sağlık durumunun kötü olması ile tanı konmuş bir psikiyatrik hastalık, düzenli olarak kitap okuma ve çeşitli hobilerle ilgilenme durumunun ilişkileri anlamlı bulunmuştur. Psikiyatrik bir hastalık tanısı almış olan hekimlerin %71.4'ünün, böyle bir tanı almamış olanların ise %23.4'ünün algılanan sağlıkları kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.3). Düzenli kitap okumayanların %36.7'sinin, okuyanların ise %16.9'unun algılanan sağlıkları kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.5). Çeşitli hobilerle ilgilenmeyenlerin %31.9'unun, ilgilenenlerin ise %8.8'inin algılanan sağlıkları kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.5). Algılanan sağlık durumu ile diğer genel ve mesleki değişkenlerin ilişkileri anlamlı bulunmamıştır.

Genel Sağlık Düzeyi: Hekimlerin 56'sının (%42.8) genel sağlık düzeyinin kötü olduğu bulunmuştur. Genel sağlık düzeyinin kötü olması ile yaş, cinsiyet, meslekte çalışma süresi, bağlı bulunduğu sağlık ocağında çalışma süresi, ek iş, iş doyumu, meslek seçiminden duyulan pişmanlık ve düzenli olarak kitap okuma durumunun ilişkileri anlamlı bulunmuştur. 34 yaş ve altındaki hekimlerin %62.1'inin, 35 yaş ve üzerindeki hekimlerin ise %27.4'ünün genel sağlık düzeyi kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.3). Kadınların %57.5'inin, erkeklerin ise %24.1'inin genel sağlık düzeyi kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.3). Meslekte 10 yıl ve daha kısa süredir çalışanların %51.5'inin, 11 yıl ve daha uzun süredir çalışanların ise %33.8'inin genel sağlık düzeyi kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.4). Bağlı bulunulan sağlık ocağında 4 yıl ve daha kısa süredir çalışanların %54.8'inin, 5 yıl ve daha uzun süredir çalışanların ise %27.6'sının genel sağlık düzeyi kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.4). Ek bir işte çalışmayanların %49.1'inin, çalışanların ise %16.0'ının genel sağlık düzeyi kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.4). İş doyumu düşük olanların %48.1'inin, yüksek olanların ise %22.2'sinin genel sağlık düzeyi kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.4). Meslek seçiminden pişman olanların %57.8'inin genel sağlık düzeyinin kötü olduğu ve pişman olmadığını belirten ya da çekimser kalan hekimlere göre daha kötü durumda oldukları bulunmuştur (Tablo 5.4). Düzenli kitap okumayanların %53.3'ünün, okuyanların ise %33.8'inin genel sağlık düzeyi kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.5). Ayrıca sağlık ocağında sorumlu hekim olarak görev yapan hekimlerde genel sağlık düzeyinin daha iyi olduğu anlaşılmıştır. Sorumlu hekimlerin %24.0'ının, diğer hekimlerin ise %47.2'sinin genel sağlık düzeyi kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.4). Genel sağlık düzeyi ile diğer genel ve mesleki değişkenlerin ilişkileri anlamlı bulunmamıştır.

5.1.3. Depresyon ve Kaygı Durumları

Görüşülen hekimlerin bazı genel, mesleki ve sosyal özelliklere göre BDÖ ve DSKE ölçekleriyle elde edilen depresyon ve kaygı puanlarıyla ilişkili değişkenlerin değerlendirilmesine yönelik bulgular Tablo 5.6, 5.7 ve 5.8'de gösterilmiştir.

Tablo 5.6. Hekimlerde Genel Özelliklere Göre Depresyon ve Kaygı Durumları.

GENEL ÖZELLİKLER	Sayı	Depresyon Puanı		Durumluk Kaygı Puanı		Sürekli Kaygı Puanı	
		Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Yaş grupları							
34 yaş ve altı	58	8.7 ***	8.1	41.2 ***	11.2	45.7 ***	7.7
35 yaş ve üzeri	73	4.8	4.3	36.5	7.9	39.8	7.4
Cinsiyet							
Erkek	58	3.9	4.2	36.5	7.7	39.0	6.7
Kadın	73	8.6 ***	7.3	40.3 *	10.9	45.1 ***	8.1
Medeni Durum							
Evli	117	6.7	6.7	39.1	9.6	42.4	8.2
Bekar	5	3.4	3.4	33.8	12.6	42.2	6.8
Dul	9	5.3	4.5	32.9	9.4	42.1	8.2
Çocuk Durumu							
Yok	23	3.9	3.7	39.1	8.8	43.2	5.9
Var	108	7.1	6.9	38.5	10.0	42.2	8.5
Eş mesleği (evlilerde)							
Çalışıyor (sağlık alanında)	72	6.1	6.1	39.4	8.9	41.9	6.4
Çalışıyor (sağlık dışı alanda)	38	8.3	7.9	39.3	11.5	44.0	10.8
Çalışmıyor	7	4.3	2.7	33.1	6.1	37.7	7.1
Kronik Hastalık							
Yok	111	6.5	6.6	38.2	9.2	42.2	8.1
Var	20	6.7	5.9	40.4	12.7	43.1	8.0
Psikiyatrik Hastalık							
Yok	124	6.6	6.5	38.8	9.8	42.4	8.2
Var	7	5.4	6.8	35.3	8.8	41.9	5.0
İlaç Kullanım Durumu							
Yok	104	7.8	7.3	39.4	9.4	44.3	7.9
Var	27	11.4	10.5	41.6	10.8	44.9	8.7
TOPLAM	131	6.5	6.5	38.6	9.8	42.4	8.1

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

*** $p < 0.001$

Tablo 5. 7. Hekimlerde Mesleki Özelliklere Göre Depresyon ve Kaygı Durumları.

MESLEKİ ÖZELLİKLER	Sayı	Depresyon Puanı		Durumluk Kaygı Puanı		Sürekli Kaygı Puanı	
		Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Görev Türü	25	3.6	4.9	36.7	11.1	39.9	10.8
Sorumlu hekim	106	7.2*	6.7	39.0	9.4	43.0	7.2
Hekim							
Sağlık Ocağı Bölgesi	109	6.4	5.9	37.8	9.3	42.4	7.4
Merkez İlçe kentsel bölgesi	22	7.0	8.9	42.2	11.3	42.2	10.9
Merkez İlçe kırsal bölgesi							
Meslekte Çalışma Süresi							
0-10 yıl	66	7.2	7.6	39.3	10.5	44.2***	8.6
11 ve üzeri yıl	65	5.8	5.1	37.8	9.0	40.5	7.0
Sağlık Ocağında Çalışma Süresi							
0-4 yıl	73	7.5*	7.4	40.3*	9.2	43.3	8.0
5 ve üzeri yıl	58	5.3	5.1	36.4	10.1	41.3	8.0
Ek İşte Çalışma Durumu							
Çalışıyor	25	3.8	5.2	36.1	9.0	36.6	6.6
Çalışmıyor	106	7.2*	6.7	39.2	9.9	43.7***	7.8
İş Doyumu							
Yüksek	27	4.7	7.9	34.9	9.7	40.4	8.3
Düşük	104	7.0	6.1	39.5*	9.6	42.9	7.9
Mesleği Seçme Nedeni							
Aile, sosyal çevre baskısı	49	6.9	7.7	39.1	9.4	41.7	8.6
Gelecek güvencesi	11	7.6	4.8	39.6	9.4	43.5	7.5
Mesleğin saygınlığı	64	7.0	0.0	42.0	0.0	46.0	0.0
Rastlantı	2	6.3	6.1	38.0	10.5	43.1	7.9
Diğer	5	4.0	2.3	37.3	7.2	36.8	5.4
Meslek Seçiminden Pişmanlık							
Hayır	31	7.3	7.6	35.3	10.7	41.7	7.6
Belki	55	4.8	4.9	37.1	9.0	41.5	6.3
Evet	45	8.1	7.1	41.5*	9.3	43.9	9.9
TOPLAM	131	6.5	6.5	38.6	9.8	42.4	8.1

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Tablo 5. 8. Hekimlerde Sosyal Özelliklere Göre Depresyon ve Kaygı Durumları.

SOSYAL ÖZELLİKLER	Sayı	Depresyon Puanı		Durumluk Kaygı Puanı		Sürekli Kaygı Puanı	
		Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Düzenli gazete okuma							
Var	90	7.0	6.7	37.5	10.0	42.0	7.6
Yok	41	5.4	5.8	40.9	8.8	43.1	9.0
Düzenli dergi okuma							
Var	25	7.3	8.8	38.0	12.2	43.4	9.8
Yok	106	6.3	5.9	38.7	9.1	42.1	7.6
Düzenli kitap okuma							
Var	71	6.4	7.0	37.4	10.6	41.3	7.8
Yok	60	6.6	5.8	39.9	8.5	43.6	8.2
Çeşitli hobilerle ilgilenme							
Var	34	6.9	8.9	37.6	10.9	42.9	8.6
Yok	97	6.4	5.4	38.9	9.4	42.2	7.8
Arkadaş toplantılarına katılma							
Var	38	7.0	6.7	38.1	9.9	42.9	5.6
Yok	93	6.3	6.4	38.8	9.7	42.1	8.9
Sinema vb. gösterilere gitme							
Var	19	4.8	4.8	37.3	11.4	41.0	7.3
Yok	112	6.8	6.7	38.8	9.5	42.6	8.2
Düzenli spor yapma							
Var	27	5.9	4.3	37.2	9.0	40.5	6.8
Yok	104	6.7	6.9	38.9	9.9	42.9	8.3
Gezi amaçlı etkinliklere katılma							
Var	22	5.7	4.5	39.5	7.8	41.4	5.2
Yok	109	6.7	6.8	38.4	10.1	42.6	8.5
TOPLAM	131	6.5	6.5	38.6	9.8	42.4	8.1

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Depresyon Durumu: Hekimlerde depresyon puan ortalaması 6.5 ± 6.5 olarak bulunmuştur. Depresyon durumunu gösteren ve BDÖ ile elde edilen depresyon puan ortalamasının yüksek olması ile yaş, cinsiyet, bağlı bulunduğu sağlık ocağında çalışma süresi ve ek iş durumunun ilişkileri anlamlı bulunmuştur. 34 yaş ve altındaki hekimlerin depresyon puan ortalaması 8.7 ± 8.1 , 35 yaş ve üzerindeki hekimlerin ise 4.8 ± 4.3 olarak bulunmuştur (Tablo 5.6). Kadınların depresyon puan ortalaması 8.6 ± 7.3 , erkeklerin ise 3.9 ± 4.2 olarak bulunmuştur (Tablo 5.6). Bağlı bulunulan sağlık ocağında 4 yıl ve daha kısa süredir çalışanların depresyon puan ortalaması 7.5 ± 7.4 , 5 yıl ve daha uzun süredir çalışanların ise 5.3 ± 5.1 olarak bulunmuştur (Tablo 5.7). Ek bir işte çalışmayanların depresyon puan ortalaması 7.2 ± 6.7 , çalışanların ise 3.8 ± 5.1 olarak bulunmuştur (Tablo 5.7). Ayrıca sağlık ocağında sorumlu hekim olarak görev yapan hekimlerde depresyon puan ortalaması 3.6 ± 4.9 , diğer hekimlerin ise 7.2 ± 6.6 olarak bulunmuştur. Sorumlu hekimlerin depresyon puan ortalamasının daha düşük olduğu anlaşılmıştır (Tablo 5.7). Hekimlerde depresyon puan ortalamaları ile diğer genel ve mesleki değişkenlerin ilişkileri anlamlı bulunmamıştır.

Durumluk Kaygı Durumu: Hekimlerde durumluk kaygı puan ortalaması 38.6 ± 9.8 olarak bulunmuştur. Durumluk kaygı durumunu gösteren ve DSKE ile elde edilen durumluk kaygı puan ortalamasının yüksek olması ile yaş, cinsiyet ve meslek seçiminden duyulan pişmanlık durumunun ilişkileri anlamlı bulunmuştur. 34 yaş ve altındaki hekimlerin durumluk kaygı puan ortalaması 41.2 ± 11.2 , 35 yaş ve üzerindeki hekimlerin ise 36.5 ± 7.9 olarak bulunmuştur (Tablo 5.6). Kadınların durumluk kaygı puan ortalaması 40.3 ± 10.9 , erkeklerin ise 36.5 ± 7.7 olarak bulunmuştur (Tablo 5.6). Meslek seçiminden pişmanlık duyanların durumluk kaygı puan ortalaması, bu konuda çekimser kalan ve pişman olmadıklarını belirtenlere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5.7). Hekimlerde depresyon puan ortalamaları ile diğer genel ve mesleki değişkenlerin ilişkileri anlamlı bulunmamıştır.

Sürekli Kaygı Durumu: Hekimlerde sürekli kaygı puan ortalaması 42.4 ± 8.1 olarak bulunmuştur. Sürekli kaygı durumunu gösteren ve DSKE ile elde edilen sürekli kaygı puan ortalamasının yüksek olması ile yaş, cinsiyet, meslekte çalışma süresi ve ek iş durumunun ilişkileri anlamlı bulunmuştur. 34 yaş ve altındaki hekimlerin sürekli kaygı puan ortalaması 45.7 ± 7.7 , 35 yaş ve üzerindeki hekimlerin ise 39.8 ± 7.4 olarak bulunmuştur (Tablo 5.6). Kadınların sürekli kaygı puan ortalaması 45.1 ± 8.1 , erkeklerin ise 39.0 ± 6.7 olarak bulunmuştur (Tablo 5.6). Meslekte 10 yıl ve daha kısa süredir

çalışanların sürekli kaygı puan ortalaması 44.2 ± 8.6 , 11 yıl ve daha uzun süredir çalışanların ise 40.5 ± 7.0 olarak bulunmuştur (Tablo 5.7). Hekimlerde sürekli kaygı puan ortalamaları ile diğer genel ve mesleki değişkenlerin ilişkileri anlamlı bulunmamıştır.

5. 1. 4. Çoklu Analiz Bulguları

Görüşülen hekimlerin algılanan sağlık durumu, genel sağlık düzeyi, depresyon ve kaygı puanlarıyla ilişkili olabilecek tüm bağımsız değişkenlerin modele sokularak çoklu analiz tabloları aşağıda gösterilmiştir. Modelde yaş sürekli değişken olarak, diğer değişkenler ise gruplandırılmış değişkenler olarak yer almıştır. Eş mesleği değişkeninin ilişkisini belirleyebilmek için bu değişken ilk aşamada modele konmamış, daha sonraki aşamada ise yalnızca evli ve eşi sağ olanlar için modele katılarak değerlendirilmiştir. Sosyal etkinliklere katılımın değerlendirilmesi için, hekimlerin katıldıkları toplam sosyal etkinlik sayısının ortanca değeri (3 olarak bulunmuştur) esas alınarak; 3 ve daha fazla etkinliğe katılanlar “sosyal etkinliği yüksek”, 2 ve daha az etkinliğe katılanlar “sosyal etkinliği düşük” olarak gruplandırılmış ve modele sokulmuştur. Çoklu analizlerde lojistik regresyon analizi kullanılmış ve bulgular ayrı ayrı tablolarda gösterilmiştir. Bu tablolarda yalnızca ilişkinin istatistiksel anlamlılığı bulunan değişkenlere yer verilmiştir.

Tablo 5. 9. Hekimlerde Algılanan Sağlık Durumunun Kötü Olması ile İlişkili Faktörler

Değişkenler	B	S.H	Wald	p	Exp (B)	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
Psikiyatrik hastalık varlığı	3.714	1.283	8.378	.004	41.008	3.317	507.010
Ek iş yapmama	2.196	1.006	4.764	.029	8.985	1.251	64.597
Meslek seçiminden pişmanlık	2.005	.717	7.817	.005	7.424	1.821	30.270
Düşük sosyal etkinlik	1.965	.493	4.884	.027	2.974	1.131	7.817

- i Model: yaş cinsiyet medeni durum, kronik bir hastalık varlığı psikiyatrik bir hastalık varlığı sağlık ocağı bölgesi iş doyumu durumu, meslekte çalışma süresi, sağlık ocağında çalışma süresi ek bir işte çalışma durumu meslek seçiminden pişmanlık ve sosyal etkinliklere katılım
- ii Modelde yaş sürekli değişken olarak diğer değişkenler ise gruplandırılmış değişkenler olarak yer almıştır
- iii Eş mesleği değişkeninin ilişkisini belirleyebilmek için yalnızca evli ve eşi sağ olanlar için modele sokularak yeniden analiz yapılmıştır.
- iv Modelde yer alan ancak ilişkileri anlamlı bulunmayan diğer değişkenler tabloda gösterilmemiştir

Görüşülen hekimlerin algılanan sağlığı ile Tablo 5.9’da belirtilen değişkenlerden oluşan model ile lojistik regresyon analizi yapıldığında; algılanan sağlığın kötü olması ile tanı konmuş psikiyatrik bir hastalık, ek iş, meslek seçiminden duyulan pişmanlık ve sosyal etkinliklere katılım durumunun ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Psikiyatrik bir hastalığı olanlarda algılanan sağlığın kötü olma olasılığı böyle bir hastalığı olmayanlara göre 41.0 kat daha yüksek bulunmuştur. Ek iş yapmayanlarda algılanan

sağlığın kötü olma olasılığı yapanlara göre 8.9 kat daha yüksek bulunmuştur Meslek seçiminden pişman olanlarda algılanan sağlığın kötü olma olasılığı diğerlerine göre 7.4 kat daha yüksek bulunmuştur Sosyal etkinliklere katılımı düşük olanlarda algılanan sağlığın kötü olma olasılığı diğerlerine göre 2.9 kat daha yüksek bulunmuştur Modelde yer alan ancak tabloda gösterilmemiş olan diğer değişkenlerin etkileri anlamlı bulunmamıştır

Tablo 5. 10. Hekimlerde Genel Sağlık Düzeyinin Kötü Olması ile İlişkili Faktörler

Değişkenler	B	S.H.	Wald	p	Exp (B)	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
Ek iş yapmama	2.480	.838	8.757	.003	11.945	2.311	24.590
Meslek seçiminden pişmanlık	1.991	.737	7.299	.007	7.324	1.727	31.050
Kadın olmak	1.697	0.592	8.210	.004	5.460	1.710	17.436
Düşük sosyal etkinlik	.850	.434	3.841	.049	2.339	1.010	13.434
i.	<i>Model: yaş cinsiyet medeni durum kronik bir hastalık varlığı psikiyatrik bir hastalık varlığı sağlık ocağı bölgesi iş doyumu durumu, meslekte çalışma süresi, sağlık ocağında çalışma süresi ek bir işte çalışma durumu meslek seçiminden pişmanlık ve sosyal etkinliklere katılım</i>						
ii.	<i>Modelde yaş sürekli değişken olarak diğer değişkenler ise gruplandırılmış değişkenler olarak yer almıştır</i>						
iii.	<i>Eş mesleği değişkeninin ilişkisini belirleyebilmek için yalnızca evli ve eşli sağ olanlar için modele sokularak yeniden analiz yapılmıştır.</i>						
iv.	<i>Modelde yer alan ancak ilişkileri anlamlı bulunmayan diğer değişkenler tabloda gösterilmemiştir</i>						

Görüşülen hekimlerin genel sağlık düzeyi ile Tablo 5.10'da belirtilen değişkenlerden oluşan model ile lojistik regresyon analizi yapıldığında; genel sağlık düzeyinin kötü olması ile cinsiyet, ek iş, meslek seçiminden duyulan pişmanlık ve sosyal etkinliklere katılım durumunun ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Ek iş yapmayanlarda genel sağlık düzeyinin kötü olma olasılığı yapanlara göre 11.9 kat daha yüksek bulunmuştur Meslek seçiminden pişman olanlarda genel sağlık düzeyinin kötü olma olasılığı diğerlerine göre 7.3 kat daha yüksek bulunmuştur. Kadınlarda genel sağlık düzeyinin kötü olma olasılığı erkeklere göre 5.4 kat daha yüksek bulunmuştur. Sosyal etkinliklere katılımı düşük olanlarda algılanan sağlığın kötü olma olasılığı diğerlerine göre 2.3 kat daha yüksek bulunmuştur. Modelde yer alan ancak tabloda gösterilmemiş olan diğer değişkenlerin etkileri anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 5. 11. Hekimlerde Depresyon Puanının 5.0 ve Üzerinde Olması ile İlişkili Faktörler.

Değişkenler	B	S.H.	Wald	p	Exp (B)	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
Kadın olmak	1 794	527	11 604	002	6 011	2 142	16 869
Eşin çalışmaması	4 516	1 258	12 886	000	91 440	7 769	1076.21
İş doyumunun düşük olması	1 409	531	7 036	008	4 091	1 445	11 585
Sağlık ocağında 4 yıl ve daha kısa süre çalışmak	1 579	637	6 152	013	4 850	1 393	16 891
Ek iş yapmama	1 596	646	6 101	014	4 932	1 390	17 493
i.	Model: yaş cinsiyet medeni durum, kronik bir hastalık varlığı psikiyatrik bir hastalık varlığı sağlık ocağı bölgesi, iş doyumunu durumu meslekte çalışma süresi, sağlık ocağında çalışma süresi ek bir işte çalışma durumu, meslek seçiminden pişmanlık ve sosyal etkinliklere katılım						
ii.	Modelde yaş sürekli değişken olarak diğer değişkenler ise gruplandırılmış değişkenler olarak yer almıştır						
iii.	Eş mesleği değişkeninin ilişkisini belirleyebilmek için yalnızca evli ve eşi sağ olanlar için modele sokularak yeniden analiz yapılmıştır.						
iv.	Modelde yer alan ancak ilişkileri anlamlı bulunmayan diğer değişkenler tabloda gösterilmemiştir						

Görüşülen hekimlerin depresyon puanlarının ortanca değeri 5.0 olarak bulunmuştur. Depresyon durumu depresyon puanı ortanca değeri sınır olarak kabul edilerek “5.0’in altında puan” ve “5.0 ve üzeri puan” olmak üzere iki grupta ele alındığında ve Tablo 5.11’de belirtilen değişkenlerden oluşan model ile lojistik regresyon analizi yapıldığında; depresyon durumu ile cinsiyet, eşin çalışması, iş doyumunu, bağlı bulunduğu sağlık ocağında çalışma süresi ve ek iş durumunun ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Kadınlarda depresyon puanı erkeklere göre 6.0 kat daha yüksek bulunmuştur. Eşi çalışmayanlarda depresyon puanı çalışanlara göre 91.4 kat daha yüksek bulunmuştur. İş doyumunu düşük olanlarda depresyon puanı yüksek olanlara göre 4.1 kat yüksek bulunmuştur. Bağlı bulunulan sağlık ocağında 4 yıl ve daha kısa süre çalışmış olanlarda depresyon puanı, 5 yıl ve daha uzun süre çalışmış olanlara göre 4.8 kat daha yüksek bulunmuştur. Ek iş yapmayanlarda depresyon puanı yapanlara göre 4.9 kat daha yüksek bulunmuştur. Modelde yer alan ancak tabloda gösterilmemiş olan diğer değişkenlerin etkileri anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 5. 12. Hekimlerde Durumluk Kaygı Puanının 39.0 ve Üzerinde Olması ile İlişkili Faktörler

Değişkenler	B	S.H.	Wald	p	Exp (B)	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
Sağlık ocağında 4 yıl ve daha kısa süre çalışmak	1 243	535	5 389	.02	3 465	1 213	9.892
Meslek seçiminden pişmanlık	1 466	612	5 740	.017	4 334	1 306	14 384
i.	Model: yaş cinsiyet medeni durum, kronik bir hastalık varlığı psikiyatrik bir hastalık varlığı sağlık ocağı bölgesi iş doyumunu durumu meslekte çalışma süresi, sağlık ocağında çalışma süresi ek bir işte çalışma durumu meslek seçiminden pişmanlık ve sosyal etkinliklere katılım						
ii.	Modelde yaş sürekli değişken olarak diğer değişkenler ise gruplandırılmış değişkenler olarak yer almıştır						
iii.	Eş mesleği değişkeninin ilişkisini belirleyebilmek için yalnızca evli ve eşi sağ olanlar için modele sokularak yeniden analiz yapılmıştır.						
iv.	Modelde yer alan ancak ilişkileri anlamlı bulunmayan diğer değişkenler tabloda gösterilmemiştir						

Görüşülen hekimlerin durumluk kaygı puanlarının ortanca değeri 39.0 olarak bulunmuştur. Durumluk kaygı durumu, durumluk kaygı puanı ortanca değeri sınır olarak kabul edilerek “39.0’ın altında puan” ve “39.0 ve üzeri puan” olmak üzere iki grupta ele alındığında ve Tablo 5.12’de belirtilen değişkenlerden oluşan model ile lojistik regresyon analizi yapıldığında; durumluk kaygı durumu ile bağlı bulunduğu sağlık ocağında çalışma süresi ve meslek seçiminden duyulan pişmanlık durumunun ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Bağlı bulunulan sağlık ocağında 4 yıl ve daha kısa süre çalışmış olanlarda durumluk kaygı puanı, 5 yıl ve daha uzun süre çalışmış olanlara göre 3.4 kat daha yüksek bulunmuştur. Meslek seçiminden pişman olanlarda durumluk kaygı diğer hekimlere göre 4.3 kat daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 5.13. Hekimlerde Sürekli Kaygı Puanının 42.0 ve Üzerinde Olması ile İlişkili Faktörler

Değişkenler	B	S.H.	Wald	p	Exp (B)	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
Ek iş yapmama	1 604	629	6 741	009	5 123	1 492	17.585
Kadın olmak	1 315	495	7 050	008	3.723	1 411	9 824
Eşin çalışmaması	3 105	1.255	6 117	013	22.301	1 905	261 117
Kronik hastalık varlığı	1 558	807	3 727	049	4 751	1 001	23 117
Meslek seçiminden pişmanlık	1 583	782	4 099	043	4 866	1 052	22 512
i.	<i>Model: yaş cinsiyet medeni durum, kronik bir hastalık varlığı, psikiyatrik bir hastalık varlığı, sağlık ocağı bölgesi iş doyumu durumu, meslekte çalışma süresi, sağlık ocağında çalışma süresi ek bir işte çalışma durumu meslek seçiminden pişmanlık ve sosyal etkinliklere katılım</i>						
ii.	<i>Modelde yaş sürekli değişken olarak, diğer değişkenler ise gruplandırılmış değişkenler olarak yer almıştır</i>						
iii.	<i>Eş mesleği değişkeninin ilişkisini belirleyebilmek için yalnızca evli ve eşi sağ olanlar için modele sokularak yeniden analiz yapılmıştır.</i>						
iv.	<i>Modelde yer alan ancak ilişkileri anlamlı bulunmayan diğer değişkenler tabloda gösterilmemiştir</i>						

Görüşülen hekimlerin sürekli kaygı puanlarının ortanca değeri 42.0 olarak bulunmuştur. Sürekli kaygı durumu, sürekli kaygı puanı ortanca değeri sınır olarak kabul edilerek “42.0’ın altında puan” ve “42.0 ve üzeri puan” olmak üzere iki grupta ele alındığında ve Tablo 5.13’de belirtilen değişkenlerden oluşan model ile lojistik regresyon analizi yapıldığında; durumluk kaygı durumu ile ek iş, cinsiyet, eşin çalışması, tanı konmuş kronik bir hastalık ve meslek seçiminden duyulan pişmanlık durumunun ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Ek iş yapmayanlarda sürekli kaygı puanı yapanlara göre 5.1 kat daha yüksek bulunmuştur. Kadınlarda sürekli kaygı puanı erkeklere göre yaklaşık 3.7 kat daha yüksek bulunmuştur. Eşi çalışmayanlarda sürekli kaygı puanı çalışanlara göre 22.3 kat daha yüksek bulunmuştur. Tanı konmuş bir kronik hastalığı olanlarda sürekli kaygı puanı olmayanlara göre 4.8 kat daha yüksek bulunmuştur. Meslek seçiminden pişman olanlarda sürekli kaygı puanı diğer hekimlere göre 4.9 kat daha yüksek bulunmuştur. Modelde yer alan ancak tabloda gösterilmemiş olan diğer değişkenlerin etkileri anlamlı bulunmamıştır.

5.2. HEMŞİRELERİN DURUMU

5.2.1. Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmada toplam 25 sağlık ocağında çalışan 116 hemşire ile görüşülmüştür. Hemşirelerin çeşitli mesleki sorunların önemini 1-10 puan aralığında puanlandırma düzeyleri Tablo 5.14'de gösterilmiştir.

Tablo 5. 14. Çeşitli Mesleki Sorunların Hemşirelerce Önem Düzeyleri

Çeşitli Mesleki Sorunlar	Ortalama	Standart sapma
Ücretlerin düşüklüğü	8.22	2.67
Sağlık dönüşüm politikalarının yarattığı belirsizlik	7.72	3.01
İş kazası ve meslek hastalığı riski	7.61	2.70
Görev tanımı dışı işler	6.83	3.60
Fiziksel ve teknik sorunlar	6.24	3.41
Sözlü ya da fiziksel şiddete maruz kalma endişesi	6.22	3.37
Mesleğin toplumsal saygınlığını yitirmesi	6.11	3.28
Sağlık ocağının fizik koşullarının yetersizliği	5.98	3.85
Yeni beceriler edinememe	5.59	3.31
Yeni bilgiler edinememe	5.49	3.30
Tekrarlayan işler, monotonluk	5.40	3.28
Karar verme gücünün olmaması	5.04	3.51
Yaratıcı yetenekleri kullanamama	4.45	3.43
Gereksiz boş zaman	3.30	3.31
Zaman sıkıntısı	3.17	3.31
Meslekte yükselme gerekliliği kaygısı	3.04	3.67
Yoğun çalışma temposu	2.98	2.90
Gelecekte işsiz kalma kaygısı	2.88	3.46
İşten kaynaklanan sosyal sorunlar	2.80	3.20
Hızlı çalışma temposu	2.78	2.94
Amirlerle uyumsuzluk	2.78	3.36
İşte yaşanan siyasi ve ahlaki baskılar	2.56	3.53
İş arkadaşlarıyla uyumsuzluk	2.51	3.00
İşten kaynaklanan ailevi sorunlar	1.89	2.98
Mesleki sorunların puan ortalaması	4.65	1.65

i Mesleki sorunlar 1-10 puan aralığında puanlandırılmıştır

ii Mesleki sorunlar hemşirelerin puanlandırma düzeylerine göre dizilmiştir.

Hemşirelerde ücretlerin düşüklüğü, sağlıkta dönüşüm politikalarının yarattığı belirsizlik, iş kazası ve meslek hastalığı riski, görev tanımı dışı işler, sağlık ocağındaki fiziksel ve teknik sorunlar en önemli sorunlar olarak algılanmaktadır.

Görüşülen hemşirelerin tanımlayıcı bulguları Tablo 5.15, Tablo 5.16 ve Tablo 5.17'deki genel dağılım sütununda gösterilmiştir. Hemşirelerin bazı genel, mesleki ve sosyal özelliklerine göre dağılımları şu şekildedir: 54'ü (%46.6) 35 yaş altı, 62'si (%53.4) 35 yaş ve üzerinde olup yaş ortalamaları 34.7 ± 6.34 'dür (Tablo 5.15). 101'i (%87.0) merkez ilçe kentsel bölgesinde, 15'i (%13.0) merkez ilçe kırsal bölgesi sağlık ocaklarında

çalışmaktadır. İş doyumu bakımından 19 hemşirenin (%16.4) yüksek iş doyumu düzeyine, 97 hemşirenin ise (%83.6) düşük iş doyumu düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin 33'ü (%28.4) meslek seçimlerinden pişman olduğunu, 24'ü (%20.7) pişman olmadığını belirtmiş ve 59'u (%50.9) çekimser kalmıştır (Tablo 5.16) 57'si (%50.9) düzenli olarak gazete okuduğunu, 105'i (%90.5) düzenli olarak dergi okuduğunu, 68'i (%58.6) düzenli olarak kitap okuduğunu, 30'u (%25.9) çeşitli hobilerle ilgilendiğini, 13'ü (%11.2) arkadaş toplantılarına katıldığını, 7'si (%6.1) düzenli olarak sinema, tiyatro gibi gösterilere gittiğini, 6'sı (%5.2) düzenli olarak spor yaptığını, 5'i (%4.3) gezi amaçlı etkinliklere katıldığını belirtmiştir (Tablo 5.17).

5.2.2. Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi

Görüşülen hemşirelerin bazı genel, mesleki ve sosyal özelliklere göre algılanan sağlık durumu ve genel sağlık düzeyiyle ilişkili değişkenlerin değerlendirilmesine yönelik bulgular Tablo 5.15, Tablo 5.16 ve Tablo 5.17'de gösterilmiştir.

Tablo 5.15. Hemşirelerde Genel Özelliklere Göre Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi.

GENEL ÖZELLİKLER	Genel Dağılım		Algılanan Sağlık Kötü Olanlar		GSA Sonucu Kötü Olanlar	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yaş grupları						
34 yaş ve altı	54	46.6	26	48.1	33	61.1
35 yaş ve üzeri	62	53.4	29	46.8	31	50.0
Medeni Durum						
Evli	109	94.0	54	49.5	59	54.1
Bekar	2	1.7	1	50.0	0	0.0*
Dul	5	4.3	0	0.0	5	100.0
Çocuk Durumu						
Yok	6	5.2	2	33.3	1	25.0
Var	110	94.8	53	48.2	63	56.2
Eş mesleği (evlilerde)						
Çalışıyor (sağlık alanında)	12	11.0	5	41.6	6	50.0
Çalışıyor (sağlık dışı alanda)	91	83.4	45	49.5	55	60.4
Çalışmıyor	6	5.6	4	66.7	2	33.3
Kronik Hastalık						
Yok	92	79.3	39	42.4	50	54.3
Var	24	20.7	16	66.7*	14	58.3
Psikiyatrik Hastalık						
Yok	109	94.0	52	47.7	57	52.3
Var	7	6.0	3	42.9	7	100.0*
İlaç Kullanım Durumu						
Yok	97	83.6	41	42.3	50	51.5
Var	19	16.4	14	73.7*	14	73.6
TOPLAM	116	100.0	55	47.4	64	55.2

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Tablo 5. 16. Hemşirelerde Mesleki Özelliklere Göre Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi.

MESLEKİ ÖZELLİKLER	Genel Dağılım		Algılanan Sağlık Kötü Olanlar		GSA Sonucu Kötü Olanlar	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sağlık Ocağı Bölgesi	101	87.0	47	46.5	56	55.4
Merkez İlçe kentsel bölgesi	15	13.0	8	53.3	8	53.3
Merkez İlçe kırsal bölgesi						
Meslekte Çalışma Süresi						
0-10 yıl	25	21.6	12	48.0	15	60.0
11 ve üzeri yıl	91	78.4	43	47.2	49	53.9
Sağlık Ocağında Çalışma Süresi						
0-4 yıl	62	53.4	32	51.6	39	62.9
5 ve üzeri yıl	54	46.6	23	42.6	25	46.3
Ek İşte Çalışma Durumu						
Çalışıyor	3	2.6	1	33.3	1	33.3
Çalışmıyor	113	97.4	54	47.8	63	55.8
İş Doyumu						
Yüksek	19	16.4	4	21.0	6	31.6
Düşük	97	83.6	51	52.6*	58	59.8*
Mesleği Seçme Nedeni						
Aile, sosyal çevre baskısı	34	29.3	15	44.1	18	53.0
Gelecek güvencesi	40	34.5	17	42.5	21	52.5
Mesleğin saygınlığı	32	27.6	20	62.5	21	65.6
Rastlantı	9	7.8	2	22.2	4	44.4
Diğer	1	0.8	1	100.0	0	0.0
Meslek Seçiminden Pışmanlık						
Hayır	24	20.7	7	29.2	7	29.2**
Belki	59	50.9	30	50.8	34	57.6
Evet	33	28.4	18	54.5	23	69.7
TOPLAM	116	100.0	55	47.4	64	55.2

*p < 0.05 ** p < 0.01 *** p < 0.001

Tablo 5. 17. Hemşirelerde Sosyal Özelliklere Göre Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi.

SOSYAL ÖZELLİKLER	Genel Dağılım		Algılanan Sağlık Kötü Olanlar		GSA Sonucu Kötü Olanlar	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Düzenli gazete okuma						
Var	57	50.9	20	35.1	25	43.9
Yok	59	49.1	35	59.3**	39	66.1*
Düzenli dergi okuma						
Var	105	90.5	3	27.3	6	54.5
Yok	11	9.5	52	49.5	58	55.2
Düzenli kitap okuma						
Var	68	58.6	29	42.6	39	57.3
Yok	48	41.4	26	54.1	25	52.1
Çeşitli hobilerle ilgilenme						
Var	30	25.9	11	36.7	15	50.0
Yok	86	74.1	44	51.2	49	57.0
Arkadaş toplantılarına katılma						
Var	13	11.2	5	38.5	5	38.5
Yok	103	88.8	50	48.5	59	57.3
Sinema vb. gösterilere gitme						
Var	7	6.1	4	57.1	4	57.1
Yok	109	93.9	51	46.8	60	55.0
Düzenli spor yapma						
Var	6	5.2	1	16.6	3	50.0
Yok	110	94.8	54	49.0	61	55.5
Gezi amaçlı etkinliklere katılma						
Var	5	4.3	2	40.0	1	20.0
Yok	111	95.7	53	47.8	63	55.7
TOPLAM	116	100.0	55	47.4	64	55.2

*p < 0.05 ** p < 0.01 *** p < 0.001

Algılanan Sağlık Durumu: Hemşirelerin 55'inin (%47.4) algılanan sağlık durumlarının kötü olduğu bulunmuştur. Algılanan sağlık durumunun kötü olması ile tanı konmuş bir kronik hastalık, ilaç kullanımı, iş doyumu ve düzenli olarak gazete okuma durumunun ilişkileri anlamlı bulunmuştur. Kronik bir hastalık tanısı almış olan hemşirelerin %66.7'sinin, böyle bir tanı almamış olanların ise %42.4'ünün algılanan sağlıkları kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.15). İlaç kullananların %73.7'sinin, kullanmayanların ise %42.3'ünün algılanan sağlıkları kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.15). İş doyumu düşük olanların %52.6'sının, yüksek olanların ise %21.0'nin algılanan sağlıkları kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.16). Düzenli olarak gazete okumayanların %59.3'ünün, okuyanların ise %35.1'inin algılanan sağlıkları kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.17). Algılanan sağlık durumu ile diğer genel ve mesleki değişkenlerin ilişkileri anlamlı bulunmamıştır.

Genel Sağlık Düzeyi: Hemşirelerin 64'ünün (%55.2) genel sağlık düzeyinin kötü olduğu bulunmuştur. Genel sağlık düzeyinin kötü olması ile tanı konmuş bir psikiyatrik hastalık, iş doyumu ve meslek seçiminden duyulan pişmanlık durumunun ilişkileri anlamlı bulunmuştur. Psikiyatrik bir hastalık tanısı almış olan hemşirelerin %100'ünün, böyle bir tanı almamış olanların ise %52.3'ünün genel sağlık düzeyi kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.15). İş doyumu düşük olanların %59.8'inin, yüksek olanların ise %31.6'sının genel sağlık düzeyi kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.16). Meslek seçiminden pişman olmadığını belirtenlerin %29.2'sinin genel sağlık düzeyinin kötü olduğu ve pişman olduğunu belirten ya da çekimser kalan hemşirelere göre daha iyi durumda oldukları bulunmuştur (Tablo 5.16). Genel sağlık düzeyi ile diğer genel ve mesleki değişkenlerin ilişkileri anlamlı bulunmamıştır.

5.2.3. Depresyon ve Kaygı Durumları

Görüşülen hemşirelerin bazı genel, mesleki ve sosyal özelliklere göre BDÖ ve DSKE ölçekleriyle elde edilen depresyon ve kaygı puanlarıyla ilişkili değişkenlerin değerlendirilmesine yönelik bulgular Tablo 5.18, Tablo 5.19 ve Tablo 5.20'de gösterilmiştir.

Tablo 5. 18. Hemşirelerde Genel Özelliklere Göre Depresyon ve Kaygı Durumları.

GENEL ÖZELLİKLER	Sayı	Depresyon Puanı		Durumluk Kaygı Puanı		Sürekli Kaygı Puanı	
		Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Yaş grupları	54	9.6	7.1	40.5	10.5	45.7	7.3
34 yaş ve altı	62	9.8	9.9	39.8	9.1	45.4	7.9
35 yaş ve üzeri							
Medeni Durum	109	9.7	8.9	40.3	9.7	45.7	7.7
Evlü	2	4.50	3.5	27.0	9.9	35.0	7.1
Bekar	5	13.2	1.8	42.0	8.2	46.4	2.5
Dul							
Çocuk Durumu	6	4.8	5.0	33.0	16.3	40.5	6.9
Yok	110	10.0	8.8	40.5	9.2	45.8	7.6
Var							
Eş mesleği (evlilerde)	12	6.9	5.9	39.2	7.5	44.0	9.6
Çalışıyor (sağlık alanında)	91	10.3	9.1	40.7	9.7	46.2	7.2
Çalışıyor (sağlık dışı alanda)	6	7.8	7.6	35.5	11.4	41.3	7.5
Çalışmıyor							
Kronik Hastalık	92	8.8	6.6	39.6	45.5	7.5	7.5
Yok	24	13.3*	13.8	42.2	45.9	8.1	8.1
Var							
Psikiyatrik Hastalık	109	8.7	6.3	39.7	9.5	45.1	7.5
Yok	7	26.6***	19.3	47.7*	10.8	52.9**	4.6
Var							
İlaç Kullanım Durumu	97	8.6	6.4	39.4	9.2	45.0	7.3
Yok	19	15.6***	14.9	44.1	11.3	48.4	8.6
Var							
TOPLAM	116	9.7	8.7	40.1	9.7	45.6	7.6

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Tablo 5. 19. Hemşirelerde Mesleki Özelliklere Göre Depresyon ve Kaygı Durumları.

MESLEKİ ÖZELLİKLER	Sayı	Depresyon Puanı		Durumluk Kaygı Puanı		Sürekli Kaygı Puanı	
		Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Sağlık Ocağı Bölgesi							
Merkez İlçe kentsel bölgesi	101	9.7	8.8	40.0	9.9	45.0	7.6
Merkez İlçe kırsal bölgesi	15	9.8	8.4	41.0	8.6	49.4	6.4
Meslekte Çalışma Süresi							
0-10 yıl	25	9.6	7.5	41.2	10.1	46.3	6.3
11 ve üzeri yıl	91	9.8	9.0	39.9	9.6	45.4	7.9
Sağlık Ocağında Çalışma Süresi							
0-4 yıl	62	11.2	10.1	41.65	9.0	46.9*	7.4
5 ve üzeri yıl	54	8.1	6.5	38.43	10.2	44.0	7.5
Ek İşte Çalışma Durumu							
Çalışıyor	3	8.7	6.8	37.0	9.5	42.3	5.5
Çalışmıyor	113	9.8	8.8	40.2	9.7	45.6	7.6
İş Doyumu							
Yüksek	19	7.0	6.1	34.9	9.7	41.7	8.4
Düşük	97	10.3	9.0	41.1	9.4	41.2	7.2
Mesleği Seçme Nedeni							
Aile, sosyal çevre baskısı	34	8.5	6.8	40.5	10.8	44.8	6.8
Gelecek güvencesi	40	9.1	6.4	40.9	9.1	46.8	7.9
Mesleğin saygınlığı	32	13.5*	7.3	39.5	9.8	46.9	7.2
Rastlantı	9	4.5	3.1	38.8	8.7	39.4	7.1
Diğer	1	4.0	0.0	33.0	0.0	33.0*	0.0
Meslek Seçiminden Pışmanlık							
Hayır	24	6.2	4.8	38.3	11.5	40.3***	8.0
Belki	59	8.5	5.8	40.0	7.9	46.5	7.0
Evet	33	14.5***	12.6	41.7	11.2	47.6	6.8
TOPLAM	116	9.7	8.7	40.1	9.7	45.6	7.6

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Tablo 5. 20. Hemşirelerde Sosyal Özelliklere Göre Depresyon ve Kaygı Durumları.

SOSYAL ÖZELLİKLER	Sayı	Depresyon Puanı		Durumluk Kaygı Puanı		Sürekli Kaygı Puanı	
		Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Düzenli gazete okuma	57	7.2**	5.9	37.0	10.0	43.0	7.5
Var	59	12.2	10.1	43.1***	8.4	48.0***	6.9
Yok							
Düzenli dergi okuma	105	10.1	9.8	38.2	11.8	43.4	9.2
Var	11	9.7	8.6	40.3	9.5	45.8	7.4
Yok							
Düzenli kitap okuma	68	9.1	6.4	39.3	10.1	44.5	6.9
Var	48	10.7	11.2	41.3	9.0	47.0	8.3
Yok							
Çeşitli hobilerle ilgilenme	30	8.0	5.6	39.4	10.0	44.0	6.7
Var	86	10.3	9.5	40.4	9.6	46.1	7.8
Yok							
Arkadaş toplantılarına katılma	13	9.1	9.3	34.3	11.5	40.8	7.7
Var	103	9.8	8.7	40.9*	9.3	46.2*	7.4
Yok							
Sinema vb. gösterilere gitme	7	6.1	3.8	35.7	7.7	35.7	7.7
Var	109	10.0	8.9	40.4	9.7	40.4	9.8
Yok							
Düzenli spor yapma	6	7.8	6.2	40.5	10.0	41.3	6.6
Var	110	9.8	8.8	40.1	9.7	45.8	7.6
Yok							
Gezi amaçlı etkinliklere katılma	5	3.6	5.9	35.0	17.0	41.6	5.6
Var	111	10.0	8.7	40.4	9.3	45.7	7.6
Yok							
TOPLAM	116	9.7	8.7	40.1	9.7	45.6	7.6

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Depresyon Durumu: Hemşirelerde depresyon puan ortalaması 9.7 ± 8.7 olarak bulunmuştur. Depresyon durumunu gösteren ve BDÖ ile elde edilen depresyon puan ortalamasının yüksek olması ile tanı konmuş kronik ya da psikiyatrik bir hastalık, ilaç kullanılması, mesleği seçme nedeni, meslek seçiminden duyulan pişmanlık ve düzenli olarak gazete okuma durumunun ilişkileri anlamlı bulunmuştur. Tanı konmuş bir kronik hastalığı olan hemşirelerin depresyon puan ortalaması 13.3 ± 13.8 , olmayanların ise 8.8 ± 6.6 olarak bulunmuştur (Tablo 5.18). Tanı konmuş bir psikiyatrik hastalığı olan hemşirelerin depresyon puan ortalaması 26.6 ± 19.3 , olmayanların ise 8.7 ± 6.3 olarak bulunmuştur (Tablo 5.18). İlaç kullanan hemşirelerin depresyon puan ortalaması 15.6 ± 14.9 , olmayanların ise 8.6 ± 6.4 olarak bulunmuştur (Tablo 5.18). Mesleği seçme nedeni olarak mesleğin saygınlığını gösteren hemşirelerin puan ortalaması 13.5 ± 7.3 olarak bulunmuştur. Buna karşın bu ortalama diğer nedenlerle mesleğini seçmiş olanlara göre daha yüksektir (Tablo 5.19). Meslek seçiminden pişman olanların depresyon puan ortalaması 14.5 ± 12.6 olarak bulunmuştur. Buna karşın bu ortalama meslek seçiminden pişmanlık duyanlara ve bu konuda çekimser kalanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha yüksektir (Tablo 5.19). Düzenli olarak gazete okumayanların depresyon puan ortalaması 12.2 ± 10.1 , okuyanların ise 7.2 ± 5.9 olarak bulunmuştur (Tablo 5.20).

Hemşirelerde depresyon puan ortalamaları ile diğer genel ve mesleki değişkenlerin ilişkileri anlamlı bulunmamıştır

Durumluk Kaygı Durumu: Hemşirelerde durumluk kaygı puan ortalaması 40.1 ± 9.7 olarak bulunmuştur. Durumluk kaygı durumunu gösteren ve DSKE ile elde edilen durumluk kaygı puan ortalamasının yüksek olması ile tanı konmuş bir psikiyatrik hastalık, düzenli gazete okuma ve arkadaş toplantılarına katılma durumunun ilişkileri anlamlı bulunmuştur. Tanı konmuş bir psikiyatrik hastalığı olanların durumluk kaygı puan ortalaması 47.7 ± 10.8 , olmayanların ise 39.7 ± 9.5 olarak bulunmuştur (Tablo 5.18). Düzenli olarak gazete okumayanların durumluk kaygı puan ortalaması 43.1 ± 8.4 , okuyanların ise 37.0 ± 10.0 olarak bulunmuştur (Tablo 5.20) Arkadaş toplantılarına katılmayanların durumluk kaygı puan ortalaması 40.9 ± 9.3 , katılanların ise 34.3 ± 11.5 olarak bulunmuştur (Tablo 5.20) Hemşirelerde depresyon puan ortalamaları ile diğer genel ve mesleki değişkenlerin ilişkileri anlamlı bulunmamıştır.

Sürekli Kaygı Durumu: Hemşirelerde sürekli kaygı puan ortalaması 45.6 ± 7.6 olarak bulunmuştur. Sürekli kaygı durumunu gösteren ve DSKE ile elde edilen sürekli kaygı puan ortalamasının yüksek olması ile tanı konmuş bir psikiyatrik hastalık, bağlı bulunduğu sağlık ocağında çalışma süresi, meslek seçiminden duyulan pişmanlık, düzenli gazete okuma ve arkadaş toplantılarına katılma durumunun ilişkileri anlamlı bulunmuştur. Tanı konmuş bir psikiyatrik hastalığı olanların sürekli kaygı puan ortalaması 52.9 ± 4.6 , olmayanların ise 45.1 ± 7.5 olarak bulunmuştur (Tablo 5.18). Bağlı bulunduğu sağlık ocağında 4 yıl ve daha kısa süre çalışmış olanların sürekli kaygı puan ortalaması 46.9 ± 7.4 , 5 yıl ve daha uzun süre çalışmış olanların ise 44.0 ± 7.5 olarak bulunmuştur. Meslek seçiminden pişman olmadıklarını belirten hemşirelerde sürekli kaygı puan ortalaması 40.3 ± 8.0 olarak bulunmuştur. Buna karşın bu ortalama meslek seçiminden pişman olduklarını belirten ve bu konuda çekimser kalanlara göre düşüktür (Tablo 5.19) Düzenli olarak gazete okumayanların durumluk kaygı puan ortalaması 48.0 ± 6.9 , okuyanların ise 43.0 ± 7.5 olarak bulunmuştur (Tablo 5.20) Arkadaş toplantılarına katılmayanların durumluk kaygı puan ortalaması 46.2 ± 7.4 , katılanların ise 40.8 ± 7.7 olarak bulunmuştur (Tablo 5.20). Hemşirelerde depresyon puan ortalamaları ile diğer genel ve mesleki değişkenlerin ilişkileri anlamlı bulunmamıştır.

5.2.4. Çoklu Analiz Bulguları

Görüşülen hemşirelerin algılanan sağlık, genel sağlık durumu, depresyon ve kaygı puanlarıyla ilişkili olabilecek tüm bağımsız değişkenlerin modele sokularak çoklu analiz tabloları aşağıda gösterilmiştir. Modelde yaş sürekli değişken olarak, diğer değişkenler ise gruplandırılmış değişkenler olarak yer almıştır. Eş mesleği değişkeninin ilişkisini belirleyebilmek için bu değişken ilk aşamada modele konmamış, daha sonraki aşamada ise yalnızca evli ve eşi sağ olanlar için modele katılarak değerlendirilmiştir. Sosyal etkinliklere katılımın değerlendirilmesi için, hemşirelerin katıldıkları toplam sosyal etkinlik sayısının ortanca değeri (2 olarak bulunmuştur) esas alınarak; 2 ve daha fazla etkinliğe katılanlar “sosyal etkinliği yüksek”, 1 ve daha az etkinliğe katılanlar “sosyal etkinliği düşük” olarak gruplandırılmış ve modele sokulmuştur. Çoklu analizlerde lojistik regresyon analizi kullanılmış ve bulgular ayrı ayrı tablolarda gösterilmiştir. Bu tablolarda yalnızca ilişkinin istatistiksel anlamlılığı bulunan değişkenlere yer verilmiştir. Modelde yer alan ancak tabloda gösterilmemiş olan diğer değişkenlerin etkileri anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 5. 21. Hemşirelerde Algılanan Sağlık Kötü Olması ile İlişkili Faktörler

Değişkenler	B	S.H.	Wald	p	Exp (B)	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
Psikiyatrik bir hastalık varlığı	3 117	1 562	3 980	046	22 568	1 056	482 236
İlaç kullanımı	2 947	1 176	6 284	012	19 052	1 902	190 827
Meslek seçiminden pişmanlık	1 443	710	4 133	042	4 233	1 053	17 018

- i Model: yaş cinsiyet medeni durum kronik bir hastalık varlığı psikiyatrik bir hastalık varlığı sağlık ocağı bölgesi iş doyumu durumu meslekte çalışma süresi sağlık ocağında çalışma süresi ek bir işte çalışma durumu meslek seçiminden pişmanlık ve sosyal etkinliklere katılım
- ii Modelde yaş sürekli değişken olarak, diğer değişkenler ise gruplandırılmış değişkenler olarak yer almıştır
- iii Modelde yer alan ancak ilişkileri anlamlı bulunmayan diğer değişkenler tabloda gösterilmemiştir

Görüşülen hemşirelerin algılanan sağlığı ile Tablo 5 21’de belirtilen değişkenlerden oluşan model ile lojistik regresyon analizi yapıldığında; algılanan sağlığın kötü olması ile tanı konmuş psikiyatrik bir hastalık, ilaç kullanımı ve meslek seçiminden duyulan pişmanlık durumunun ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Psikiyatrik bir hastalığı olanlarda algılanan sağlığın kötü olma olasılığı böyle bir hastalığı olmayanlara göre 22 5 kat daha yüksek bulunmuştur. İlaç kullananlarda algılanan sağlığın kötü olma olasılığı kullanmayanlara göre 19 0 kat daha yüksek bulunmuştur. Meslek seçiminden pişman olanlarda algılanan sağlığın kötü olma olasılığı diğerlerine göre 4 2 kat daha yüksek bulunmuştur. Modelde yer alan ancak tabloda gösterilmemiş olan diğer değişkenlerin etkileri anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 5. 22. Hemşirelerde Genel Sağlık Düzeyinin Kötü Olması ile İlişkili Faktörler

Değişkenler	B	S.H.	Wald	p	Exp (B)	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
İş doyumunun düşük olması	1 194	.468	6 504	.011	3 301	1 318	8 264
i. Model: yaş, cinsiyet, medeni durum, kronik bir hastalık varlığı, psikiyatrik bir hastalık varlığı, sağlık ocağı bölgesi, iş doyumunu durumu, meslekte çalışma süresi, sağlık ocağında çalışma süresi, ek bir işte çalışma durumu, meslek seçiminden pişmanlık ve sosyal etkinliklere katılım							
ii. Modelde yaş sürekli değişken olarak, diğer değişkenler ise gruplandırılmış değişkenler olarak yer almıştır							
iii. Modelde yer alan ancak ilişkileri anlamlı bulunmayan diğer değişkenler tabloda gösterilmemiştir							

Görüşülen hemşirelerin genel sağlık düzeyi ile Tablo 5.22’de belirtilen değişkenlerden oluşan model ile lojistik regresyon analizi yapıldığında; iş doyumunu ilişkili olduğu anlaşılmıştır. İş doyumunu düşük olanların genel sağlık düzeyinin kötü olma olasılığı yüksek olanlara göre 3,3 kat daha yüksek bulunmuştur. Modelde yer alan ancak tabloda gösterilmemiş olan diğer değişkenlerin etkileri anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 5. 23. Hemşirelerde Depresyon Puanının 8.0 Üzerinde Olması ile İlişkili Faktörler

Değişkenler	B	S.H.	Wald	p	Exp (B)	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
Düşük sosyal etkinlik	1 207	.609	3 926	.048	3 344	1 013	11 036
i. Model: yaş, cinsiyet, medeni durum, kronik bir hastalık varlığı, psikiyatrik bir hastalık varlığı, sağlık ocağı bölgesi, iş doyumunu durumu, meslekte çalışma süresi, sağlık ocağında çalışma süresi, ek bir işte çalışma durumu, meslek seçiminden pişmanlık ve sosyal etkinliklere katılım							
ii. Modelde yaş sürekli değişken olarak, diğer değişkenler ise gruplandırılmış değişkenler olarak yer almıştır							
iii. Modelde yer alan ancak ilişkileri anlamlı bulunmayan diğer değişkenler tabloda gösterilmemiştir							

Görüşülen hemşirelerin depresyon puanlarının ortanca değeri 8.0 olarak bulunmuştur. Depresyon durumu depresyon puanı ortanca değeri sınır olarak kabul edilerek “8.0’ın altında puan” ve “8.0 ve üzeri puan” olmak üzere iki grupta ele alındığında ve Tablo 5.23’de belirtilen değişkenlerden oluşan model ile lojistik regresyon analizi yapıldığında; depresyon durumu ile sosyal etkinliklere katılım durumunun ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Sosyal etkinlikler katılımı düşük olanların depresyon puanı yüksek olanlara göre 3.3 kat daha yüksek bulunmuştur. Modelde yer alan ancak tabloda gösterilmemiş olan diğer değişkenlerin etkileri anlamlı bulunmamıştır.

Görüşülen hemşirelerin durumluk kaygı puanlarının ortanca değeri 39.0 olarak bulunmuştur. Durumluk kaygı durumu, durumluk kaygı puanı ortanca değeri sınır olarak kabul edilerek “39.0’ın altında puan” ve “39.0 ve üzeri puan” olmak üzere iki grupta ele alındığında, durumluk kaygı durumu ile ilişkili değişken bulunamamıştır.

Tablo 5. 24. Hemşirelerde Sürekli Kaygı Puanının 46.0 ve Üzerinde Olması ile İlişkili Faktörler

Değişkenler	B	S.H	Wald	p	Exp (B)	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
Meslek seçiminden pişmanlık	1.953	773	6.380	.012	7.049	1.549	32.079
i.	<i>Model: yaş, cinsiyet, medeni durum, kronik bir hastalık varlığı, psikiyatrik bir hastalık varlığı, sağlık ocağı bölgesi, iş doyumu durumu, meslekte çalışma süresi, sağlık ocağında çalışma süresi, ek bir işte çalışma durumu, meslek seçiminden pişmanlık ve sosyal etkinliklere katılım</i>						
ii.	<i>Modelde yaş sürekli değişken olarak, diğer değişkenler ise gruplandırılmış değişkenler olarak yer almıştır</i>						
iii.	<i>Modelde yer alan ancak ilişkileri anlamlı bulunmayan diğer değişkenler tabloda gösterilmemiştir</i>						

Görüşülen hemşirelerin sürekli kaygı puanlarının ortalanca değeri 46.0 olarak bulunmuştur. Sürekli kaygı durumu, sürekli kaygı puanı ortalanca değeri sınır olarak kabul edilerek “46.0’ın altında puan” ve “46.0 ve üzeri puan” olmak üzere iki grupta ele alındığında ve Tablo 5.24’de belirtilen değişkenlerden oluşan model ile lojistik regresyon analizi yapıldığında; meslek seçiminden duyulan pişmanlık durumunun ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Meslek seçiminden pişman olanlarda sürekli kaygı puanı diğer hekimlere göre 7.0 kat daha yüksek bulunmuştur. Modelde yer alan ancak tabloda gösterilmemiş olan diğer değişkenlerin etkileri anlamlı bulunmamıştır.

5.3. EBELERİN DURUMU

5.3.1. Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmada toplam 25 sağlık ocağında çalışan 222 ebe ile görüşülmüştür. Ebelerin çeşitli mesleki sorunların önemini 1-10 puan aralığında puanlandırma düzeyleri Tablo 5.25'de gösterilmiştir. Sorunlar ebelerin puanlandırma düzeylerine göre dizilmiştir

Tablo 5. 25. Çeşitli Mesleki Sorunların Ebelerce Önem Düzeyleri

Çeşitli Mesleki Sorunlar	Ortalama	Standart sapma
Ücretlerin düşüklüğü	7.84	2.95
İş kazası ve meslek hastalığı riski	7.72	2.84
Sağlıkta dönüşüm politikalarının yarattığı belirsizlik	7.28	3.29
Sağlık ocağının fizik koşullarının yetersizliği	7.04	3.32
Fiziksel ve teknik sorunlar	6.74	3.45
Sözlü ya da fiziksel şiddete maruz kalma endişesi	6.85	3.29
Yeni bilgiler edinememe	6.28	2.92
Mesleğin toplumsal saygınlığını yitirmesi	6.15	3.35
Görev tanımı dışı işler	6.10	3.80
Tekrarlayan işler, monotonluk	6.09	3.24
Yeni beceriler edinememe	5.99	3.09
Yaratıcı yetenekleri kullanamama	4.79	3.45
Karar verme gücünün olmaması	4.33	3.37
Gereksiz boş zaman	3.95	3.29
İşten kaynaklanan sosyal sorunlar	2.99	3.49
Gelecekte işsiz kalma kaygısı	2.82	3.74
Zaman sıkıntısı	2.81	3.25
Yoğun çalışma temposu	2.74	2.70
Meslekte yükselme gerekliliği kaygısı	2.72	3.56
Hızlı çalışma temposu	2.58	2.81
İşte yaşanan siyasi ve ahlaki baskılar	2.42	3.39
İş arkadaşlarıyla uyumsuzluk	2.19	2.76
İşten kaynaklanan ailevi sorunlar	1.75	2.78
Amirlerle uyumsuzluk	1.72	2.56
Mesleki sorunların puan ortalaması	4.66	1.53

i. Mesleki sorunlar 1-10 puan aralığında puanlandırılmıştır

ii. Mesleki sorunlar ebelerin puanlandırma düzeylerine göre dizilmiştir

Ebelerde ücretlerin düşüklüğü, iş kazası ve meslek hastalığı riski, sağlıkta dönüşüm politikalarının yarattığı belirsizlik, sağlık ocağındaki fiziksel ve teknik sorunlar en önemli sorunlar olarak algılanmaktadır

Görüşülen ebelerin tanımlayıcı bulguları Tablo 5.26, Tablo 5.27 ve Tablo 5.28'deki genel dağılım sütununda gösterilmiştir. Ebelerin bazı genel, mesleki ve sosyal özelliklerine göre dağılımları şu şekildedir: 152'si (%68.5) 35 yaş altı, 70'i (%31.5) 35 yaş ve üzerinde olup yaş ortalamaları 35.2 ± 4.95 (Tablo 5.26). 185'i (%83.3) kentsel, 37'si (%16.7) kırsal bölge sağlık ocaklarında çalışmaktadır. 86'sı (%38.8) meslek seçimlerinden pişman olduğunu, 36'sı (%23.7) pişman olmadığını belirtmiş ve 100'ü

(%45.0) çekimser kalmıştır (Tablo 5.27). 93'ü (%41.9) düzenli olarak gazete okuduğunu, 14'ü (%6.3) düzenli olarak dergi okuduğunu, 92'si (%41.4) düzenli olarak kitap okuduğunu, 78'i (%35.1) çeşitli hobilerle ilgilendiğini, 41'i (%18.5) arkadaş toplantılarına katıldığını, 15'i (%6.7) düzenli olarak tiyatro sinema, gibi gösterilere gittiğini, 11'i (%4.9) düzenli olarak spor yaptığını, 22'si (%9.9) gezi amaçlı etkinliklere katıldığını belirtmiştir (Tablo 5.28).

5.3. 2. Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi

Görüşülen ebelerin bazı genel, mesleki ve sosyal özelliklere göre algılanan sağlık durumu ve genel sağlık düzeyiyle ilişkili değişkenlerin değerlendirilmesine yönelik bulgular Tablo 5.26, Tablo 5.27 ve Tablo 5.28'de gösterilmiştir.

Tablo 5.26. Ebelerde Genel Özelliklere Göre Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi.

GENEL ÖZELLİKLER	Genel Dağılım		Algılanan Sağlık Kötü Olanlar		GSA Sonucu Kötü Olanlar	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yaş grupları						
34 yaş ve altı	152	68.5	68	44.7	72	47.4
35 yaş ve üzeri	70	31.5	35	50.0	34	48.6
Medeni Durum						
Evli	204	92.0	92	45.1	93	45.6
Bekar	9	4.0	4	44.4	6	66.7
Dul	9	4.0	7	22.8	7	77.8
Çocuk Durumu						
Yok	21	9.5	9	42.8	12	57.1
Var	201	90.5	94	46.8	94	46.8
Eş mesleği (evlilerde)						
Çalışıyor (sağlık alanında)	25	12.3	8	32.0	9	36.0
Çalışıyor (sağlık dışı alanda)	170	83.3	81	47.6	83	48.8
Çalışmıyor	9	4.4	8	88.9*	6	66.7
Kronik Hastalık						
Yok	188	84.7	81	43.1	89	47.3
Var	34	15.3	22	64.7*	17	50.0
Psikiyatrik Hastalık						
Yok	211	95.0	95	45.0	99	46.9
Var	11	5.0	8	72.7	7	63.6
İlaç Kullanım Durumu						
Yok	190	85.6	81	42.6	95	50.0
Var	32	14.4	22	68.7**	11	34.4
TOPLAM	222	100	103	46.4	106	47.8

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Tablo 5. 27. Ebelerde Mesleki Özelliklere Göre Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi

MESLEKİ ÖZELLİKLER	Genel Dağılım		Algılanan Sağlık Kötü Olanlar		GSA Sonucu Kötü Olanlar	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sağlık Ocağı Bölgesi						
Merkez İlçe kentsel bölgesi	185	83.3	87	47.0	86	46.5
Merkez İlçe kırsal bölgesi	37	16.7	16	43.2	20	54.0
Meslekte Çalışma Süresi						
0-10 yıl	79	35.6	41	51.9	32	40.5
11 ve üzeri yıl	43	64.4	62	43.4	74	51.7
Sağlık Ocağında Çalışma Süresi						
0-4 yıl	112	50.4	53	47.3	50	44.6
5 ve üzeri yıl	110	49.6	50	45.4	56	50.9
Ek İşte Çalışma Durumu						
Çalışıyor	3	1.3	2	66.7	3	66.7
Çalışmıyor	219	98.7	101	46.1	104	47.5
İş Doyumu						
Yüksek	58	26.1	15	25.9	20	34.5
Düşük	164	73.9	88	53.6***	86	52.4*
Mesleği Seçme Nedeni						
Aile, sosyal çevre baskısı	89	40.1	47	52.8	40	44.9
Gelecek güvencesi	81	36.5	36	44.4	45	55.6
Mesleğin saygınlığı	35	15.8	14	40.0	16	45.7
Rastlantı	15	6.7	4	26.7	5	33.3
Diğer	2	0.9	2	100.0	0	0.0
Meslek Seçiminden Pişmanlık						
Hayır	36	16.2	6	16.7***	11	30.5
Belki	100	45.0	50	50.0	46	46.0
Evet	86	38.8	47	54.6	49	57.0*
TOPLAM	222	100	103	46.4	106	47.8

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Tablo 5. 28. Ebelerde Sosyal Özelliklere Göre Algılanan Sağlık Durumu ve Genel Sağlık Düzeyi

SOSYAL ÖZELLİKLER	Genel Dağılım		Algılanan Sağlık Kötü Olanlar		GSA Sonucu Kötü Olanlar	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Düzenli gazete okuma						
Var	93	41.9	36	38.7	25	26.8
Yok	129	58.1	67	51.9*	81	62.7***
Düzenli dergi okuma						
Var	14	6.3	8	57.1	2	14.2
Yok	208	93.7	95	45.6	104	50.0*
Düzenli kitap okuma						
Var	92	41.4	43	46.7	39	42.3
Yok	130	58.6	60	46.1	67	51.5
Çeşitli hobilerle ilgilenme						
Var	78	35.1	31	39.7	33	42.3
Yok	144	64.9	72	50.0	73	50.7
Arkadaş toplantılarına katılma						
Var	41	18.5	12	29.2	9	21.9
Yok	181	81.5	91	50.3	97	53.6
Sinema vb. gösterilere gitme						
Var	15	6.7	7	46.6	3	20.0
Yok	207	93.3	96	46.4	103	50.0
Düzenli spor yapma						
Var	11	4.9	4	36.3	2	18.2
Yok	211	95.1	99	46.9	104	49.3*
Gezi amaçlı etkinliklere katılma						
Var	22	9.9	11	50.0	7	31.8
Yok	200	90.1	92	46.0	99	49.5
TOPLAM	222	100	103	46.4	106	47.8

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Algılanan Sağlık Durumu: Ebelerin 103'ünün (%46.4) algılanan sağlık durumları kötü olduğu bulunmuştur. Algılanan sağlık durumunun kötü olması ile eş mesleği, tanı konmuş bir kronik hastalık, ilaç kullanımı, iş doyumu, meslek seçiminden duyulan pişmanlık ve düzenli olarak gazete okuma durumunun ilişkileri anlamlı bulunmuştur. Eşi çalışmayan ebelerin %88.9'unun algılanan sağlıklarının kötü olduğu ve eşi çalışan ebelere göre daha kötü durumda oldukları bulunmuştur (Tablo 5.26). Kronik bir hastalık tanısı almış olanların %64.7'sinin, böyle bir tanı almamış olanların ise %43.1'inin algılanan sağlıkları kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.26). İlaç kullananların %68.7'sinin, kullanmayanların ise %42.6'sının algılanan sağlıkları kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.26). İş doyumu düşük olanların %53.6'sının, yüksek olanların ise %25.9'unun algılanan sağlıkları kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.27). Meslek seçiminden pişman olmadığını belirten ebelerin %16.7'sinin algılanan sağlıklarının kötü olduğu ve pişman olduğunu belirten ya da çekimser kalan ebelere göre daha iyi durumda oldukları bulunmuştur (Tablo 5.27). Düzenli olarak gazete okumayanların %51.9'unun, okuyanların ise %38.7'sinin algılanan sağlıkları kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.28). Algılanan sağlık durumu ile diğer genel ve mesleki değişkenlerin ilişkileri anlamlı bulunmamıştır.

Genel Sağlık Düzeyi: Ebelerin 106'sının (%47.8) genel sağlık düzeyinin kötü olduğu bulunmuştur. Genel sağlık düzeyinin kötü olması ile iş doyumu, meslek seçiminden duyulan pişmanlık, düzenli olarak gazete okuma, düzenli olarak dergi okuma ve düzenli olarak spor yapma durumunun ilişkileri anlamlı bulunmuştur. Psikiyatrik bir hastalık tanısı almış olan hemşirelerin %100'ünün, böyle bir tanı almamış olanların ise %52.3'ünün genel sağlık düzeyi kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.26). İş doyumu düşük olanların %59.8'inin, yüksek olanların ise %31.6'sının genel sağlık düzeyi kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.27). Meslek seçiminden pişman olmadığını belirtenlerin %29.2'sinin genel sağlık düzeyi, pişman olduğunu belirten ve çekimser kalan hemşirelere göre daha iyi olarak bulunmuştur (Tablo 5.27). Düzenli olarak gazete okumayanların %62.7'sinin, okuyanların ise %26.8'inin genel sağlık düzeyleri kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.28). Düzenli olarak dergi okumayanların %50.0'nın, okuyanların ise %14.2'sinin genel sağlık düzeyleri kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.28). Düzenli olarak spor yapmayanların %49.3'ünün, yapanların ise %18.2'sinin genel sağlık düzeyleri kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.28). Genel sağlık düzeyi ile diğer genel ve mesleki değişkenlerin ilişkileri anlamlı bulunmamıştır.

5.3.3. Depresyon ve Kaygı Durumları

Görüşülen ebelerin bazı genel, mesleki ve sosyal özelliklere göre BDÖ ve DSKE ölçekleriyle elde edilen depresyon ve kaygı puanlarıyla ilişkili değişkenlerin değerlendirilmesine yönelik bulgular Tablo 5.29, Tablo 5.30 ve Tablo 5.31'de gösterilmiştir.

Tablo 5. 29. Ebelerde Genel Özelliklere Göre Depresyon ve Kaygı Durumları

GENEL ÖZELLİKLER	Sayı	Depresyon Puanı		Durumluk Kaygı Puanı		Sürekli Kaygı Puanı	
		Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Yaş grupları	152	8.9	8.1	40.0	10.1	44.8	8.4
34 yaş ve altı	70	6.7	6.7	39.4	9.2	45.4	7.4
35 yaş ve üzeri							
Medeni Durum							
Evli	204	7.9	6.6	39.1**	9.0	44.7*	7.7
Bekar	9	12.9	9.0	46.1	9.4	44.8	10.7
Dul	9	25.3***	10.6	46.4	10.8	51.7	11.4
Çocuk Durumu							
Yok	21	10.9	9.8	42.0	8.7	44.0	9.5
Var	201	8.6	7.4	39.4	9.3	45.1	7.9
Eş mesleği (evlilerde)							
Çalışıyor (sağlık alanında)	25	6.4	5.5	36.8	8.2	43.5	7.3
Çalışıyor (sağlık dışı alanda)	170	8.3	6.9	39.7	9.2	45.0	7.7
Çalışmıyor	9	15.1**	14.6	38.4	10.7	49.3	11.3
Kronik Hastalık							
Yok	188	8.6	7.8	39.4	9.4	44.8	7.5
Var	34	9.8	6.8	41.1	8.2	45.9	10.8
Psikiyatrik Hastalık							
Yok	211	8.6	7.5	39.4	9.1	44.7	7.9
Var	11	13.6*	10.1	45.0*	11.8	50.8*	8.7
İlaç Kullanım Durumu							
Yok	190	8.6	7.7	39.4	9.2	45.3	7.8
Var	32	9.8	7.8	41.2	9.6	43.2	9.6
TOPLAM	222	8.8	7.7	39.6	9.3	45.0	8.1

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Tablo 5. 30. Ebelerde Mesleki Özelliklere Göre Depresyon ve Kaygı Durumları.

MESLEKİ ÖZELLİKLER	Sayı	Depresyon Puanı		Durumluk Kaygı Puanı		Sürekli Kaygı Puanı	
		Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Sağlık Ocağı Bölgesi	185	8.2	6.9	39.5	9.6	45.1	7.9
Merkez ilçe kentsel bölgesi	37	12.1**	10.1	40.1	7.3	44.7	9.1
Merkez ilçe kırsal bölgesi							
Meslekte Çalışma Süresi							
0-10 yıl	79	8.2	6.9	38.3	8.1	44.6	8.9
11 ve üzeri yıl	43	9.2	8.1	40.3	9.8	45.2	7.6
Sağlık Ocağında Çalışma Süresi							
0-4 yıl	112	8.6	7.8	40.3	10.1	44.0	8.1
5 ve üzeri yıl	110	9.0	7.6	38.9	8.4	45.9	8.0
Ek İşte Çalışma Durumu							
Çalışıyor	3	8.7	7.5	44.6	10.9	46.0	10.3
Çalışmıyor	219	8.8	7.7	39.5	9.2	44.9	8.1
İş Doyumu							
Yüksek	58	7.7	6.8	37.6	8.7	44.0	6.7
Düşük	164	9.2	8.0	40.3	9.4	45.3	8.5
Mesleği Seçme Nedeni							
Aile, sosyal çevre baskısı	89	8.2	7.4	40.2	10.1	44.1	7.7
Gelecek güvencesi	81	10.0	8.6	39.5	9.5	46.6	8.8
Mesleğin saygınlığı	35	8.2	7.1	38.8	7.1	44.7	7.1
Rastlantı	15	6.9	4.7	37.1	6.3	42.7	7.4
Diğer	2	14.0	0.0	51.0	0.0	39.0	0.0
Meslek Seçiminden Pışmanlık							
Hayır	36	6.4	4.6	37.1	8.1	43.3	5.9
Belki	100	8.7	7.8	38.8	10.0	44.5	7.4
Evet	86	10.0	8.4	41.6*	8.5	46.3	9.4
TOPLAM	222	8.8	7.7	39.6	9.3	45.0	8.1

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Tablo 5. 31. Ebelerde Sosyal Özelliklere Göre Depresyon ve Kaygı Durumları.

SOSYAL ETKİNLİKLER	Sayı	Depresyon Puanı		Durumluk Kaygı Puanı		Sürekli Kaygı Puanı	
		Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Düzenli gazete okuma							
Var	93	6.6	6.3	36.1	9.5	42.4	7.3
Yok	129	10.4***	8.2	42.2***	8.2	46.8***	8.1
Düzenli dergi okuma							
Var	14	4.8	3.3	33.5	6.7	40.7	6.2
Yok	208	9.1*	7.8	40.0*	9.3	45.3*	8.1
Düzenli kitap okuma							
Var	92	7.8	7.7	38.9	10.1	44.1	8.3
Yok	130	9.5	7.6	40.1	8.6	45.6	7.9
Çeşitli hobilerle ilgilenme							
Var	78	8.7	8.6	37.7	10.2	43.4	8.0
Yok	144	8.9	7.2	40.7*	8.6	45.7*	8.0
Arkadaş toplantılarına katılma							
Var	41	4.7	4.6	33.0	6.5	40.7	5.5
Yok	181	9.7***	7.9	41.2***	9.1	46.0***	8.3
Sinema vb. gösterilere gitme							
Var	15	4.5	4.1	34.7	7.7	37.1	7.7
Yok	207	9.1*	7.8	40.0*	9.3	45.6***	7.8
Düzenli spor yapma							
Var	11	4.4	7.1	35.3	5.3	38.2	10.4
Yok	211	9.1	7.7	39.9	9.4	45.3	7.8
Gezi amaçlı etkinliklere katılma							
Var	22	5.5	7.8	39.9	9.4	45.4	6.8
Yok	200	9.2*	5.6	36.8	7.2	41.1	8.1
TOPLAM	222	8.8	7.7	39.6	9.3	45.0	8.1

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Depresyon Durumu: Ebelerde depresyon puan ortalaması 8.8 ± 7.7 olarak bulunmuştur. Depresyon durumunu gösteren ve BDÖ ile elde edilen depresyon puan ortalamasının yüksek olması ile medeni durum, eş mesleği, tanı konmuş psikiyatrik bir hastalık, sağlık ocağı bölgesi, düzenli olarak gazete okuma, düzenli olarak dergi okuma, arkadaş toplantılarına katılma, sinema ve tiyatro gibi gösterilere gitme ve gezi amaçlı etkinliklere katılma durumunun ilişkileri anlamlı bulunmuştur. Medeni durumu dul olanların depresyon puan ortalaması 25.3 ± 10.6 olarak bulunmuştur. Buna karşın bu ortalama evli ve bekar olanlara göre yüksek bulunmuştur (Tablo 5.29). Eşi çalışmayanların depresyon puan ortalaması 15.1 ± 10.6 olarak bulunmuştur. Buna karşın bu ortalama eşi sağlık alanında ya da sağlık dışı alanda çalışanlara göre yüksek bulunmuştur (Tablo 5.29). Tanı konmuş bir psikiyatrik hastalığı olan ebelerin depresyon puan ortalaması 13.6 ± 10.1 , olmayanların ise 8.6 ± 7.5 olarak bulunmuştur (Tablo 5.29). Bağlı bulunduğu sağlık ocağı kırsal bölgede olanların depresyon puan ortalaması 12.1 ± 10.1 , kentsel bölgede olanların ise 8.2 ± 6.9 olarak bulunmuştur (Tablo 5.30). Düzenli olarak gazete okumayanların depresyon puan ortalaması 10.4 ± 8.2 , okuyanların ise 6.6 ± 6.3 olarak bulunmuştur (Tablo 5.31). Düzenli olarak dergi okumayanların depresyon puan ortalaması 9.1 ± 7.8 , okuyanların ise 4.8 ± 3.3 olarak bulunmuştur (Tablo 5.31). Arkadaş toplantılarına katılmayanların depresyon puan ortalaması 9.7 ± 7.9 , katılanların ise 4.7 ± 4.6 olarak bulunmuştur (Tablo 5.31). Düzenli olarak sinema, tiyatro gibi gösterilere gitmeyenlerin depresyon puan ortalaması 9.1 ± 7.7 , gidenlerin ise 4.4 ± 4.1 olarak bulunmuştur (Tablo 5.31). Gezi amaçlı etkinliklere katılmayanların depresyon puan ortalaması 9.2 ± 5.6 , katılanların ise 5.5 ± 7.8 olarak bulunmuştur (Tablo 5.31). Ebelerde depresyon puan ortalamaları ile diğer genel ve mesleki değişkenlerin ilişkileri anlamlı bulunmamıştır.

Durumluk Kaygı Durumu: Ebelerde durumluk kaygı puan ortalaması 39.6 ± 9.3 olarak bulunmuştur. Durumluk kaygı durumunu gösteren ve DSKE ile elde edilen durumluk kaygı puan ortalamasının yüksek olması ile medeni durum, tanı konmuş bir psikiyatrik hastalık, meslek seçiminden duyulan pişmanlık, düzenli olarak gazete okuma, düzenli olarak dergi okuma, çeşitli hobilerle ilgilenme, arkadaş toplantılarına katılma ve sinema ve tiyatro gibi gösterilere gitme durumunun ilişkileri anlamlı bulunmuştur. Medeni durumu evli olanların durumluk kaygı puan ortalaması 39.1 ± 9.0 olarak bulunmuştur. Buna karşın bu ortalama bekar ve dul olanlara göre düşüktür (Tablo 5.29). Tanı konmuş bir psikiyatrik hastalığı olanların durumluk kaygı puan ortalaması 45.0 ± 11.8 , olmayanların ise 39.4 ± 9.1 olarak bulunmuştur (Tablo 5.29). Meslek seçiminden

pişmanlık duyanların durumluk kaygı puan ortalaması 41.6 ± 8.5 olarak bulunmuştur. Buna karşın bu ortalama, pişman olmadıklarını belirtenlere ve bu konuda çekimser kalanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5.30). Düzenli olarak gazete okumayanların durumluk kaygı puan ortalaması 42.2 ± 8.2 , okuyanların ise 36.1 ± 9.5 olarak bulunmuştur (Tablo 5.31). Düzenli olarak dergi okumayanların durumluk kaygı puan ortalaması 40.0 ± 9.3 , okuyanların ise 33.5 ± 6.7 olarak bulunmuştur (Tablo 5.31). Çeşitli hobilerle ilgilenmeyenlerin durumluk kaygı puan ortalaması 40.7 ± 8.6 , ilgilenenlerin ise 37.7 ± 10.2 olarak bulunmuştur (Tablo 5.29). Arkadaş toplantılarına katılmayanların durumluk kaygı puan ortalaması 41.2 ± 9.1 , katılanların ise 33.0 ± 6.5 olarak bulunmuştur (Tablo 5.31). Düzenli olarak sinema, tiyatro gibi gösterilere gitmeyenlerin durumluk kaygı puan ortalaması 40.0 ± 9.3 , gidenlerin ise 34.7 ± 7.7 olarak bulunmuştur (Tablo 5.31). Ebelerde depresyon puan ortalamaları ile diğer genel ve mesleki değişkenlerin ilişkileri anlamlı bulunmamıştır.

Sürekli Kaygı Durumu: Ebelerde sürekli kaygı puan ortalaması 45.0 ± 8.1 olarak bulunmuştur. Sürekli kaygı durumunu gösteren ve DSKE ile elde edilen sürekli kaygı puan ortalamasının yüksek olması ile medeni durum, tanı konmuş bir psikiyatrik hastalık, düzenli olarak gazete okuma, düzenli olarak dergi okuma, çeşitli hobilerle ilgilenme, arkadaş toplantılarına katılma ve sinema ve tiyatro gibi gösterilere gitme durumunun ilişkileri anlamlı bulunmuştur. Medeni durumu evli olanların sürekli kaygı puan ortalaması 44.7 ± 7.7 olarak bulunmuştur. Buna karşın bu ortalama bekar ve dul olanlara göre düşüktür (Tablo 5.29). Tanı konmuş bir psikiyatrik hastalığı olanların sürekli kaygı puan ortalaması 50.8 ± 8.7 , olmayanların ise 44.7 ± 7.9 olarak bulunmuştur (Tablo 5.29). Düzenli olarak gazete okumayanların sürekli kaygı puan ortalaması 46.8 ± 8.1 , okuyanların ise 42.4 ± 7.3 olarak bulunmuştur (Tablo 5.31). Düzenli olarak dergi okumayanların sürekli kaygı puan ortalaması 45.3 ± 8.1 , okuyanların ise 40.7 ± 6.2 olarak bulunmuştur (Tablo 5.31). Çeşitli hobilerle ilgilenmeyenlerin sürekli kaygı puan ortalaması 45.7 ± 8.0 , ilgilenenlerin ise 43.4 ± 8.0 olarak bulunmuştur (Tablo 5.31). Arkadaş toplantılarına katılmayanların sürekli kaygı puan ortalaması 46.0 ± 8.3 , okumayanların ise 40.7 ± 5.5 olarak bulunmuştur (Tablo 5.31). Düzenli olarak sinema, tiyatro gibi gösterilere gitmeyenlerin sürekli kaygı puan ortalaması 45.6 ± 7.8 , gidenlerin ise 37.1 ± 7.7 olarak bulunmuştur (Tablo 5.31). Ebelerde depresyon puan ortalamaları ile diğer genel ve mesleki değişkenlerin ilişkileri anlamlı bulunmamıştır.

5.3.4. Çoklu Analiz Bulguları

Görüşülen ebelerin algılanan sağlık, genel sağlık durumu, depresyon ve kaygı puanlarıyla ilişkili olabilecek tüm bağımsız değişkenlerin modele sokularak çoklu analiz tabloları aşağıda gösterilmiştir. Modelde yaş sürekli değişken olarak, diğer değişkenler ise gruplandırılmış değişkenler olarak yer almıştır. Eş mesleği değişkeninin ilişkisini belirleyebilmek için bu değişken ilk aşamada modele konmamış, daha sonraki aşamada ise yalnızca evli ve eşi sağ olanlar için modele katılarak değerlendirilmiştir. Sosyal etkinliklere katılımın değerlendirilmesi için, ebelerin katıldıkları toplam sosyal etkinlik sayısının ortanca değeri (2 olarak bulunmuştur) esas alınarak; 2 ve daha fazla etkinliğe katılanlar “sosyal etkinliği yüksek”, 1 ve daha az etkinliğe katılanlar “sosyal etkinliği düşük” olarak gruplandırılmış ve modele sokulmuştur. Çoklu analizlerde lojistik regresyon analizi kullanılmış ve bulgular ayrı ayrı tablolarda gösterilmiştir. Bu tablolarda yalnızca ilişkinin istatistiksel anlamlılığı bulunan değişkenlere yer verilmiştir. Modelde yer alan ancak tabloda gösterilmemiş olan diğer değişkenlerin etkileri anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 5. 32. Ebelerde Algılanan Sağlık Kötü Olması ile İlişkili Faktörler

Değişkenler	B	S.H.	Wald	p	Exp (B)	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
Meslek seçiminden pişmanlık	1 685	550	9 396	002	5 392	1 836	15 834
Meslekte 10 yıl ve daha kısa süre çalışmak	1.463	467	9 808	002	4 317	1 728	10.781
Düşük sosyal etkinlik	841	401	4 396	036	2 319	1 056	5 090

- i Model: yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, eş mesleği, kronik bir hastalık varlığı, psikiyatrik bir hastalık varlığı, sağlık ocağı bölgesi iş doyumu durumu, meslekte çalışma süresi, sağlık ocağında çalışma süresi, ek bir işte çalışma durumu, meslek seçiminden pişmanlık ve sosyal etkinliklere katılım
- ii Modelde yaş sürekli değişken olarak, diğer değişkenler ise gruplandırılmış değişkenler olarak yer almıştır.
- iii Eş mesleği değişkeninin ilişkisini belirleyebilmek için yalnızca evli ve eşi sağ olanlar için modele sokularak yeniden analiz yapılmıştır.
- iv Modelde yer alan ancak ilişkileri anlamlı bulunmayan diğer değişkenler tabloda gösterilmemiştir.

Görüşülen ebelerin algılanan sağlığı ile Tablo 5.32’de belirtilen değişkenlerden oluşan model ile lojistik regresyon analizi yapıldığında; algılanan sağlığın kötü olması ile meslek seçiminden duyulan pişmanlık, meslekte çalışma süresi ve sosyal etkinliklere katılım durumunun ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Meslek seçiminden pişman olanlarda algılanan sağlığın kötü olma olasılığı diğerlerine göre 5.4 kat daha yüksek bulunmuştur. Meslekte 10 yıl ve daha kısa süre çalışmış olanlarda algılanan sağlığın kötü olma olasılığı diğerlerine göre 4.3 kat daha yüksek bulunmuştur. Sosyal etkinliklere katılımı düşük olanlarda algılanan sağlığın kötü olma olasılığı yüksek olanlara göre 2.3 kat daha yüksek bulunmuştur. Modelde yer alan ancak tabloda gösterilmemiş olan diğer değişkenlerin etkileri anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 5. 33. Ebelerde Genel Sağlık Düzeyinin Kötü Olması ile İlişkili Faktörler

Değişkenler	B	S.H	Wald	p	Exp (B)	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
Psikiyatrik bir hastalık varlığı	2 178	922	5 581	018	8 826	1 449	53 760
İlaç kullanımı	2 051	679	9 125	003	7 772	2 055	29.399
İş doyumunun düşük olması	1 000	462	4.679	031	2 719	1 099	6.731
Düşük sosyal etkinlik	2 473	512	23 323	000	11 864	4 348	32 373
i	Model: yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, eş mesleği, kronik bir hastalık varlığı, psikiyatrik bir hastalık varlığı, sağlık ocağı bölgesi, iş doyumunu durumu meslekte çalışma süresi sağlık ocağında çalışma süresi ek bir işte çalışma durumu meslek seçiminden pişmanlık ve sosyal etkinliklere katılım						
ii	Modelde yaş sürekli değişken olarak, diğer değişkenler ise gruplandırılmış değişkenler olarak yer almıştır						
iii	Eş mesleği değişkeninin ilişkisini belirleyebilmek için yalnızca evli ve eşi sağ olanlar için modele sokularak yeniden analiz yapılmıştır.						
iv	Modelde yer alan ancak ilişkileri anlamlı bulunmayan diğer değişkenler tabloda gösterilmemiştir						

Görüşülen ebelerin genel sağlık düzeyi ile Tablo 5.33’de belirtilen değişkenlerden oluşan model ile lojistik regresyon analizi yapıldığında; tanı konmuş psikiyatrik bir hastalık, ilaç kullanımı, iş doyumunu ve sosyal etkinliklere katılım durumunun ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Tanı konmuş psikiyatrik bir hastalığı olanların genel sağlık düzeyinin kötü olma olasılığı olmayanlara göre 8.8 kat daha yüksek bulunmuştur. İlaç kullananların genel sağlık düzeyinin kötü olma olasılığı kullanmayanlara göre 7.7 kat daha yüksek bulunmuştur. İş doyumunu düşük olanların genel sağlık düzeyinin kötü olma olasılığı yüksek olanlara göre 2.7 kat daha yüksek bulunmuştur. Sosyal etkinliklere katılımı düşük olanların genel sağlık düzeyinin kötü olma olasılığı yüksek olanlara göre 11.8 kat daha yüksek bulunmuştur. Modelde yer alan ancak tabloda gösterilmemiş olan diğer değişkenlerin etkileri anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 5. 34. Ebelerde Depresyon Puanının 6.0 ve Üzerinde Olması ile İlişkili Faktörler

Değişkenler	B	S.H	Wald	p	Exp (B)	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
Psikiyatrik bir hastalık varlığı	2 397	1.216	3.882	049	10 988	1 013	119 222
Düşük sosyal etkinlik	1 731	388	19 897	000	5 645	2 639	12 078
i	Model: yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, eş mesleği, kronik bir hastalık varlığı, psikiyatrik bir hastalık varlığı, sağlık ocağı bölgesi, iş doyumunu durumu meslekte çalışma süresi sağlık ocağında çalışma süresi ek bir işte çalışma durumu meslek seçiminden pişmanlık ve sosyal etkinliklere katılım						
ii	Modelde yaş sürekli değişken olarak, diğer değişkenler ise gruplandırılmış değişkenler olarak yer almıştır						
iii	Eş mesleği değişkeninin ilişkisini belirleyebilmek için yalnızca evli ve eşi sağ olanlar için modele sokularak yeniden analiz yapılmıştır						
iv	Modelde yer alan ancak ilişkileri anlamlı bulunmayan diğer değişkenler tabloda gösterilmemiştir						

Görüşülen ebelerin depresyon puanlarının ortalanca değeri 6.0 olarak bulunmuştur. Depresyon durumu depresyon puanı ortalanca değeri sınır olarak kabul edilerek “6.0’ın altında puan” ve “6.0 ve üzeri puan” olmak üzere iki grupta ele alındığında ve Tablo 5.34’de belirtilen değişkenlerden oluşan model ile lojistik regresyon analizi yapıldığında; depresyon durumu ile tanı konmuş bir psikiyatrik hastalık ve sosyal etkinliklere katılım durumunun ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Tanı konmuş psikiyatrik bir hastalığı olanların depresyon puanı olmayanlara göre 11.0 kat yüksek bulunmuştur.

Sosyal etkinlikler katılımı düşük olanların depresyon puanı yüksek olanlara göre 5.6 kat daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 5. 35. Ebelerde Durumluk Kaygı Puanının 40.0 ve Üzerinde Olması ile İlişkili Faktörler

Değişkenler	B	S.H	Wald	p	Exp (B)	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
İş doyumunun düşük olması	.811	337	5.798	.016	2.250	1.163	4.354
Düşük sosyal etkinlik	2.040	451	20.457	.000	7.689	3.177	18.611
i.	Model: yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, eş mesleği, kronik bir hastalık varlığı, psikiyatrik bir hastalık varlığı, sağlık ocağı bölgesi, iş doyumunu durumu, meslekte çalışma süresi, sağlık ocağında çalışma süresi, ek bir işte çalışma durumu, meslek seçiminden pişmanlık ve sosyal etkinliklere katılım						
ii.	Modelde yaş sürekli değişken olarak, diğer değişkenler ise gruplandırılmış değişkenler olarak yer almıştır						
iii.	Eş mesleği değişkeninin ilişkisini belirleyebilmek için yalnızca evli ve eşi sağ olanlar için modele sokularak yeniden analiz yapılmıştır						
iv.	Modelde yer alan ancak ilişkileri anlamlı bulunmayan diğer değişkenler tabloda gösterilmemiştir						

Görüşülen ebelerin durumluk kaygı puanlarının ortalanca değeri 40.0 olarak bulunmuştur. Durumluk kaygı durumu, sürekli kaygı puanı ortalanca değeri sınır olarak kabul edilerek “40.0’in altında puan” ve “40.0 ve üzeri puan” olmak üzere iki grupta ele alındığında ve Tablo 5.35’de belirtilen değişkenlerden oluşan model ile lojistik regresyon analizi yapıldığında; iş doyumunu ve sosyal etkinliklere katılım durumunun ilişkili olduğu anlaşılmıştır. İş doyumunu düşük olanlarda durumluk kaygı puanı yüksek olanlara göre 2.3 kat daha yüksek bulunmuştur. Sosyal etkinlikler katılımı düşük olanların durumluk kaygı puanı, yüksek olanlara göre 7.7 kat daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 5. 36. Ebelerde Sürekli Kaygı Puanının 45.0 ve Üzerinde Olması ile İlişkili Faktörler

Değişkenler	B	S.H	Wald	p	Exp (B)	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
Düşük sosyal etkinlik	1.760	429	16.835	.000	5.814	2.506	13.479
i.	Model: yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, eş mesleği, kronik bir hastalık varlığı, psikiyatrik bir hastalık varlığı, sağlık ocağı bölgesi, iş doyumunu durumu, meslekte çalışma süresi, sağlık ocağında çalışma süresi, ek bir işte çalışma durumu, meslek seçiminden pişmanlık ve sosyal etkinliklere katılım						
ii.	Modelde yaş sürekli değişken olarak, diğer değişkenler ise gruplandırılmış değişkenler olarak yer almıştır						
iii.	Eş mesleği değişkeninin ilişkisini belirleyebilmek için yalnızca evli ve eşi sağ olanlar için modele sokularak yeniden analiz yapılmıştır						
iv.	Modelde yer alan ancak ilişkileri anlamlı bulunmayan diğer değişkenler tabloda gösterilmemiştir						

Görüşülen ebelerin sürekli kaygı puanlarının ortalanca değeri 45.0 olarak bulunmuştur. Sürekli kaygı durumu, sürekli kaygı puanı ortalanca değeri sınır olarak kabul edilerek “45.0’in altında puan” ve “45.0 ve üzeri puan” olmak üzere iki grupta ele alındığında ve Tablo 5.36’da belirtilen değişkenlerden oluşan model ile lojistik regresyon analizi yapıldığında; sosyal etkinliklere katılım durumunun ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Sosyal etkinliklere katılımı düşük olanlarda sürekli kaygı puanı diğer hekimlere göre 5.8 kat daha yüksek bulunmuştur. Modelde yer alan ancak tabloda gösterilmemiş olan diğer değişkenlerin etkileri anlamlı bulunmamıştır.

5.4. SAĞLIK MEMURLARININ DURUMU

5.4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmada toplam 25 sağlık ocağında çalışan 47 sağlık memuru ile görüşülmüştür. Sağlık memurlarının çeşitli mesleki sorunların önemini 1-10 puan aralığında puanlandırma düzeyleri Tablo 5.37'de gösterilmiştir. Sorunlar sağlık memurlarının puanlandırma düzeylerine göre dizilmiştir

Tablo 5. 37. Çeşitli Mesleki Sorunların Sağlık Memurlarınca Önem Düzeyleri

Çeşitli Mesleki Sorunlar	Sağlık Memuru	
	Ortalama	Standart sapma
Ücretlerin düşüklüğü	8.55	2.27
Sağlıkta dönüşüm politikalarının yarattığı belirsizlik	7.19	2.96
Fiziksel ve teknik sorunlar	6.57	3.01
Mesleğin toplumsal saygınlığını yitirmesi	6.32	3.22
Sağlık ocağının fizik koşullarının yetersizliği	5.91	3.22
Görev tanımı dışı işler	5.77	3.45
İş kazası ve meslek hastalığı riski	5.51	3.42
Sözlü ya da fiziksel şiddete maruz kalma endişesi	5.21	3.62
Yeni bilgiler edinememe	5.13	3.43
Tekrarlayan işler, monotonluk	5.00	2.83
Yeni beceriler edinememe	4.98	3.47
Karar verme gücünün olmaması	4.23	3.73
Yaratıcı yetenekleri kullanamama	3.98	3.36
Gereksiz boş zaman	3.81	3.07
Gelecekte işsiz kalma kaygısı	3.74	3.92
İşte yaşanan siyasi ve ahlaki baskılar	3.51	3.58
Meslekte yükselme gerekliliği kaygısı	3.47	3.85
Yoğun çalışma temposu	3.47	3.04
Hızlı çalışma temposu	2.64	3.01
İşten kaynaklanan sosyal sorunlar	2.45	2.70
Zaman sıkıntısı	2.36	2.75
İş arkadaşlarıyla uyumsuzluk	2.36	2.90
Amirlerle uyumsuzluk	2.21	2.66
İşten kaynaklanan ailevi sorunlar	1.53	2.50
Mesleki sorunların puan ortalaması	4.41	1.55

i Mesleki sorunlar 1-10 puan aralığında puanlandırılmıştır

ii Mesleki sorunlar sağlık memurlarının puanlandırma düzeylerine göre dizilmiştir

Sağlık memurlarında ücretlerin düşüklüğü, sağlıkta dönüşüm politikalarının yarattığı belirsizlik, fiziksel ve teknik sorunlar, mesleğin toplumsal saygınlığını yitirmesi, sağlık ocağındaki fiziksel ve teknik sorunlar en önemli sorunlar olarak algılanmaktadır.

Görüşülen ebelerin tanımlayıcı bulguları Tablo 5.37, Tablo 5.38 ve Tablo 5.39'daki genel dağılım sütununda gösterilmiştir. Sağlık memurlarının bazı genel, mesleki ve sosyal özelliklerine göre dağılımı dağılımları şu şekildedir: 21'i (%44.7) 35 yaş altı, 26'sı (%55.3) 35 yaş ve üzerinde olup yaş ortalamaları 36.68'dir ± 8.31 (Tablo 5.37). 33'ü

(%70.2) sağlık memuru, 14'ü (%29.8) çevre sağlık teknisyeni olarak çalışmaktadır. 39'u (%83.0) kentsel, 8'i (%17.0) kırsal bölge sağlık ocaklarında çalışmaktadır. 25'i (%53.1) meslek seçimlerinden pişman olduğunu, 9'u (%19.2) pişman olmadığını belirtmiş ve 13'ü (%27.7) çekimser kalmıştır (Tablo 5.38). 21'i (%44.7) düzenli olarak gazete okuduğunu, 4'ü (%8.5) düzenli olarak dergi okuduğunu, 13'ü (%27.7) düzenli olarak kitap okuduğunu, 14'ü (%29.8) çeşitli hobilerle ilgilendiğini, 7'si (%14.9) arkadaş toplantılarına katıldığını, 5'i (%10.6) düzenli olarak tiyatro sinema, gibi gösterilere gittiğini, 11'i (%23.4) düzenli olarak spor yaptığını, 8'i (%17.0) gezi amaçlı etkinliklere katıldığını belirtmiştir (Tablo 5.39).

5.4.2. Algılanan Sağlık ve Genel Sağlık Durumu

Görüşülen sağlık memurlarının bazı genel, mesleki ve sosyal özelliklere göre algılanan sağlık ve genel sağlık durumuyla ilişkili değişkenlerin değerlendirilmesine yönelik bulgular Tablo 5.37, Tablo 5.38 ve Tablo 5.39'da gösterilmiştir.

Tablo 5.38. Sağlık Memurlarında Genel Özelliklere Göre Algılanan Sağlık Durumu ve

Genel Sağlık Düzeyi.

GENEL ÖZELLİKLER	Genel Dağılım		Algılanan Sağlığı Kötü Olanlar		GSA Sonucu Kötü Olanlar	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yaş grupları						
34 yaş ve altı	21	44.7	6	28.6	11	52.4
35 yaş ve üzeri	26	55.3	10	38.5	15	57.7
Medeni Durum						
Evli	39	83.0	12	30.8	21	53.9
Bekar	8	17.0	4	50.0	5	62.5
Çocuk Durumu						
Yok	10	21.2	3	30.0	7	70.0
Var	37	78.8	13	35.1	19	51.3
Eş mesleği (evlilerde)						
Çalışıyor (sağlık alanı)	15	38.5	4	26.7	8	53.3
Çalışıyor (sağlık alanı dışı)	13	33.3	4	30.8	9	69.3
Çalışmıyor	11	28.2	4	36.4	4	36.4
Kronik Hastalık						
Yok	37	78.8	10	27.0	18	48.7
Var	10	21.2	6	60.0*	8	80.0
Psikiyatrik Hastalık						
Yok	45	95.7	14	31.1	24	53.3
Var	2	4.3	2	100.0*	2	100.0
İlaç Kullanım Durumu						
Yok	39	83.0	13	33.3	20	51.3
Var	8	17.0	3	37.5	6	75.0
TOPLAM	47	100.0	16	34.0	26	55.3

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Tablo 5. 39. Sağlık Memurlarında Mesleki Özelliklere Göre Algılanan Sağlık Durumu ve

Genel Sağlık Düzeyi.

MESLEKİ ÖZELLİKLER	Genel Dağılım		Algılanan Sağlık Kötü Olanlar		GSA Sonucu Kötü Olanlar	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Görev Türü						
Sağlık Memuru	33	70.2	11	33.3	21	63.6
Çevre Sağlık Teknisyeni	14	29.8	5	35.7	5	35.7
Sağlık Ocağı Bölgesi						
Merkez İlçe kentsel bölgesi	39	83.0	15	38.5	24	61.6
Merkez İlçe kırsal bölgesi	8	17.0	1	12.5	2	25.0
Meslekte Çalışma Süresi						
0-10 yıl	16	34.0	7	43.7	12	75.0
11 ve üzeri yıl	31	66.0	9	29.0	14	45.2
Sağlık Ocağında Çalışma Süresi						
0-4 yıl	23	48.9	11	47.8	17	73.9
5 ve üzeri yıl	24	51.1	5	20.8	9	37.5*
Ek İşte Çalışma Durumu						
Çalışıyor	4	8.5	0	0.0	2	50.0
Çalışmıyor	43	91.5	16	37.2	24	55.8
İş Doyumu						
Yüksek	7	14.9	0	0.0	2	28.6
Düşük	40	85.1	16	40.0*	24	60.0
Meslek Seçiminden Pışmanlık						
Hayır	9	19.2	2	22.2	3	33.3
Belki	13	27.7	4	30.8	8	61.5
Evet	25	53.1	10	40.0	15	60.0
TOPLAM	47	100.0	16	34.0	26	55.3

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Tablo 5. 40. Sağlık Memurlarında Sosyal Özelliklere Göre Algılanan Sağlık Durumu ve

Genel Sağlık Düzeyi.

SOSYAL ÖZELLİKLER	Genel Dağılım		Algılanan Sağlık Kötü Olanlar		GSA Sonucu Kötü Olanlar	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Düzenli gazete okuma						
Var	21	44.7	36	38.7	25	26.9
Yok	26	55.3	67	51.9*	81	62.8***
Düzenli dergi okuma						
Var	4	8.5	8	57.1	2	14.3
Yok	43	91.5	95	45.7	104	50.0*
Düzenli kitap okuma						
Var	13	27.7	43	46.7	39	42.4
Yok	34	72.3	60	46.2	67	51.5
Çeşitli hobilerle ilgilenme						
Var	14	29.8	31	39.7	33	42.3
Yok	33	70.2	72	50.0	73	50.7
Arkadaş toplantılarına katılma						
Var	7	14.9	12	29.3	9	21.9
Yok	40	85.1	91	50.3*	97	53.9***
Sinema vb. gösterilere gitme						
Var	5	10.6	7	46.7	3	20.0
Yok	42	89.4	96	46.4	103	49.7*
Düzenli spor yapma						
Var	11	23.4	4	36.4	2	18.2
Yok	36	76.6	99	46.9	104	49.3*
Gezi amaçlı etkinliklere katılma						
Var	8	17.0	11	50.0	7	31.8
Yok	39	83.0	92	46.0	99	49.5
TOPLAM	47	100.0	16	34.0	26	55.3

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Algılanan Sağlık Durumu: Sağlık memurlarının 16'sının (%34.0) algılanan sağlık durumlarının kötü olduğu bulunmuştur. Algılanan sağlık durumunun kötü olması ile eş mesleği, tanı konmuş bir kronik ve psikiyatrik, iş doyumu, düzenli olarak gazete okuma ve arkadaş toplantılarına katılma durumunun ilişkileri anlamlı bulunmuştur. Kronik bir hastalık tanısı almış olanların %60.0'nin, böyle bir tanı almamış olanların ise %27.0'nin algılanan sağlıkları kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.38). Psikiyatrik bir hastalık tanısı almış olanların %100'ünün, böyle bir tanı almamış olanların ise %31.1'inin algılanan sağlıkları kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.38). İş doyumu düşük olanların %40.0'nin, yüksek olanların ise %0'nin algılanan sağlıkları kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.39). Düzenli olarak gazete okumayanların %51.9'unun, okuyanların ise %38.7'sinin algılanan sağlıkları kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.40). Arkadaş toplantılarına katılmayanların %50.3'ünün, katılanların ise 29.3'ünün algılanan sağlıkları kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.40). Algılanan sağlık durumu ile diğer genel ve mesleki değişkenlerin ilişkileri anlamlı bulunmamıştır.

Genel Sağlık Düzeyi: Sağlık memurlarının 26'sının (%55.3) genel sağlık düzeyinin kötü olduğu bulunmuştur. Genel sağlık düzeyinin kötü olması ile sağlık ocağında çalışma süresi, düzenli olarak gazete okuma, düzenli olarak dergi okuma, arkadaş toplantılarına katılma, düzenli olarak sinema, tiyatro gibi gösterilere gitme ve düzenli olarak spor yapma durumunun ilişkileri anlamlı bulunmuştur. Bağlı bulunduğu sağlık ocağında 4 yıl ve daha kısa süre çalışmış olanların %73.9'unun, böyle bir tanı almamış olanların ise %37.5'inin genel sağlık düzeyi kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.39). Düzenli olarak gazete okumayanların %62.8'inin, okuyanların ise %26.9'unun genel sağlık durumları düzeyi olarak bulunmuştur (Tablo 5.40). Düzenli olarak dergi okumayanların %50.0'nin, okuyanların ise %14.3'ünün genel sağlık düzeyi kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.40). Arkadaş toplantılarına katılmayanların %53.9'unun, katılanların ise %21.9'unun genel sağlık düzeyi kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.40). Düzenli olarak sinema, tiyatro gibi gösterilere gitmeyenlerin %49.7'sinin, yapanların ise %20.0'nin genel sağlık düzeyi kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.40). Düzenli olarak spor yapmayanların %49.3'ünün, yapanların ise %18.2'sinin genel sağlık düzeyi kötü olarak bulunmuştur (Tablo 5.40). Genel sağlık düzeyi ile diğer genel ve mesleki değişkenlerin ilişkileri anlamlı bulunmamıştır.

5.4.3. Depresyon ve Kaygı Durumları

Görüşülen sağlık memurlarının bazı genel, mesleki ve sosyal özelliklere göre BDÖ ve DSKE ölçekleriyle elde edilen depresyon ve kaygı puanlarıyla ilişkili değişkenlerin değerlendirilmesine yönelik bulgular Tablo 5.41, Tablo 5.42 ve Tablo 5.43’de gösterilmiştir.

Tablo 5. 41. Sağlık Memurlarında Genel Özelliklere Göre Depresyon ve Kaygı Durumları.

GENEL ÖZELLİKLER	Sayı	Depresyon Puanı		Durumluk Kaygı Puanı		Sürekli Kaygı Puanı	
		Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Yaş grupları							
34 yaş ve altı	21	7.6	10.2	41.9	10.9	43.9	8.8
35 yaş ve üzeri	26	9.1	11.0	42.9	11.0	44.35	6.49
Medeni Durum							
Evli	39	7.3	9.4	41.7	10.5	43.7	7.0
Bekar	8	14.0	13.6	46.3	12.6	46.0	10.1
Çocuk Durumu							
Yok	10	8.3	7.8	41.4	8.7	42.8	8.0
Var	37	8.5	11	42.7	11.5	44.5	7.4
Eş mesleği (evlilerde)							
Çalışıyor (sağlık alanı)	15	7.5	9.6	38.6	9.6	42.9	6.7
Çalışıyor (sağlık alanı dışı)	13	9.8	10.2	44.5	10.3	46.5	7.4
Çalışmıyor	11	4.1	8.1	42.6	11.6	41.6	6.4
Kronik Hastalık							
Yok	37	5.8	7.8	40.6	9.4	42.7	6.3
Var	10	18.1***	13.3	49.4*	13.5	49.3*	9.6
Psikiyatrik Hastalık							
Yok	45	7.1	8.3	41.4	9.9	43.8	7.2
Var	2	39.0***	2.8	65.0**	7.0	53.5*	10.6
İlaç Kullanım Durumu							
Yok	39	6.3	8.4	41.2	10.0	43.3	7.1
Var	8	18.6**	13.5	48.6	13.3	48.4	8.2
TOPLAM	47	8.4	10.4	42.5	10.9	44.1	7.6

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Tablo 5. 42. Sağlık Memurlarında Mesleki Özelliklere Göre Depresyon ve Kaygı Durumları.

MESLEKİ ÖZELLİKLER	Sayı	Depresyon Puanı		Durumluk Kaygı Puanı		Sürekli Kaygı Puanı	
		Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Görev türü	33	9.2	11.8	44.5*	11.6	45.8	7.7
Sağlık memuru	14	6.6	6.0	37.6	37.6	40.2*	5.5
Çevre Sağlık Teknisyeni							
Sağlık Ocakı Bölgesi	39	9.4	10.9	44.1*	11.0	44.7	7.6
Merkez İlçe kentsel bölgesi	8	3.5	5.3	34.3	5.2	41.3	6.5
Merkez İlçe kırsal bölgesi							
Meslekte Çalışma Süresi							
0-10 yıl	16	9.4	10.8	46.3	8.6	45.3	10.4
11 ve üzeri yıl	31	7.9	10.3	43.0	6.8	41.0	10.9
Sağlık Ocagında Çalışma Süresi							
0-4 yıl	23	9.9	12.4	44.0	11.3	44.8	8.1
5 ve üzeri yıl	24	7.0	8.0	41.0	10.5	43.4	7.0
Ek İşte Çalışma Durumu							
Çalışıyor	4	2.0	1.8	33.0	2.44	39.5	6.5
Çalışmıyor	43	9.0	10.7	43.3	10.9	44.5	7.5
İş Doyumu							
Düşük	7	3.0	4.3	34.6	6.0	39.7	5.7
Yüksek	40	9.4	10.9	43.8*	11.0	44.9	7.6
Meslek Seçiminden Pışmanlık							
Hayır	9	9.8	12.1	38.9	11.8	43.1	7.1
Belki	13	7.5	11.9	46.5	12.9	45.7	7.4
Evet	25	8.4	9.3	41.6	9.1	43.7	7.9
TOPLAM	47	8.4	10.4	42.5	10.9	44.1	7.6

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Tablo 5. 43. Sağlık Memurlarında Sosyal Özelliklere Göre Depresyon ve Kaygı Durumları.

SOSYAL ÖZELLİKLER	Sayı	Depresyon Puanı		Durumluk Kaygı Puanı		Sürekli Kaygı Puanı	
		Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Düzenli gazete okuma							
Var	21	6.5	10.3	41.0	12.3	41.6	7.7
Yok	26	10.0	10.4	43.6	9.6	46.2*	6.8
Düzenli dergi okuma							
Var	4	2.0	1.4	37.5	4.4	39.2	6.7
Yok	43	9.0	10.7	37.5	4.4	39.2	7.5
Düzenli kitap okuma							
Var	13	5.1	4.1	40.1	7.7	40.3	7.1
Yok	34	9.7	11.8	43.4	11.8	45.6*	7.2
Çeşitli hobilerle ilgilenme							
Var	14	5.1	4.5	39.9	8.2	43.8	5.7
Yok	33	9.8	11.9	43.6	11.7	44.3	8.2
Arkadaş toplantılarına katılma							
Var	7	10.1	14.2	45.1	11.7	45.1	4.9
Yok	40	8.1	9.8	41.9	10.8	43.9	7.9
Sinema vb. gösterilere gitme							
Var	5	4.2	4.7	37.4	13.3	43.2	9.0
Yok	42	8.9	10.8	43.0	10.6	44.2	7.4
Düzenli spor yapma							
Var	11	5.6	5.1	39.9	8.3	44.1	5.5
Yok	36	9.3	11.5	43.2	11.5	44.1	8.1
Gezi amaçlı etkinliklere katılma							
Var	8	6.6	7.4	46.0	13.1	43.4	7.0
Yok	39	8.8	11.0	41.7	10.4	44.3	7.7
TOPLAM	47	8.4	10.4	42.4	10.9	44.1	7.6

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Depresyon Durumu: Sağlık memurlarında depresyon puan ortalaması 8.4 ± 10.4 olarak bulunmuştur. Depresyon durumunu gösteren ve BDÖ ile elde edilen depresyon puan ortalamasının yüksek olması ile tanı konmuş kronik bir hastalık, tanı konmuş psikiyatrik bir hastalık ve ilaç kullanımı durumunun ilişkileri anlamlı bulunmuştur. Tanı konmuş bir kronik hastalığı olan ebelerin depresyon puan ortalaması 18.1 ± 13.3 , olmayanların ise 5.8 ± 7.8 olarak bulunmuştur (Tablo 5.41). Tanı konmuş bir psikiyatrik hastalığı olan ebelerin depresyon puan ortalaması 39.0 ± 2.8 , olmayanların ise 7.1 ± 8.3 olarak bulunmuştur (Tablo 5.41). İlaç kullananların depresyon puan ortalaması 18.6 ± 13.5 , kullanmayanların ise 6.3 ± 8.4 olarak bulunmuştur (Tablo 5.41). Sağlık memurlarında depresyon puan ortalamaları ile diğer genel ve mesleki değişkenlerin ilişkileri anlamlı bulunmamıştır.

Durumluk Kaygı Durumu: Sağlık memurlarında durumluk kaygı puan ortalaması 42.5 ± 10.9 olarak bulunmuştur. Durumluk kaygı durumunu gösteren ve DSKE ile elde edilen durumluk kaygı puan ortalamasının yüksek olması ile tanı konmuş bir kronik hastalık, tanı konmuş bir psikiyatrik hastalık, görev türü, sağlık ocağı bölgesi durumu ve iş doyumu durumunun ilişkileri anlamlı bulunmuştur. Tanı konmuş bir kronik hastalığı olanların durumluk kaygı puan ortalaması 49.4 ± 13.5 , olmayanların ise 40.6 ± 9.4 olarak bulunmuştur (Tablo 5.41). Tanı konmuş bir psikiyatrik hastalığı olanların durumluk kaygı puan ortalaması 65.0 ± 7.0 , olmayanların ise 41.4 ± 9.9 olarak bulunmuştur (Tablo 5.41). Sağlık memuru olarak çalışanların durumluk kaygı puan ortalaması 44.5 ± 11.6 , çevre sağlık teknisyeni olarak çalışanların ise 37.6 ± 37.6 olarak bulunmuştur (Tablo 5.42). Bağlı bulunduğu sağlık ocağı kentsel bölgede olanların durumluk kaygı puan ortalaması 44.1 ± 11.0 , kırsal bölgede olanların ise 34.3 ± 5.2 olarak bulunmuştur. İş doyumu düşük olanların durumluk kaygı puan ortalaması 34.6 ± 6.0 , yüksek olanların ise 43.8 ± 11.6 olarak bulunmuştur (Tablo 5.42). Sağlık memurlarında depresyon puan ortalamaları ile diğer genel ve mesleki değişkenlerin ilişkileri anlamlı bulunmamıştır.

Sürekli Kaygı Durumu: Sağlık memurlarında sürekli kaygı puan ortalaması 44.1 ± 7.6 olarak bulunmuştur. Sürekli kaygı durumunu gösteren ve DSKE ile elde edilen sürekli kaygı puan ortalamasının yüksek olması ile tanı konmuş bir kronik hastalık, tanı konmuş bir psikiyatrik hastalık, görev türü, düzenli olarak gazete okuma ve düzenli olarak kitap okuma durumunun ilişkileri anlamlı bulunmuştur. Tanı konmuş bir kronik hastalığı olanların sürekli kaygı puan ortalaması 49.3 ± 9.6 , olmayanların ise 42.7 ± 6.3

olarak bulunmuştur (Tablo 5.41) Tanı konmuş bir psikiyatrik hastalığı olanların sürekli kaygı puan ortalaması 53.5 ± 10.6 , olmayanların ise 43.8 ± 7.2 olarak bulunmuştur (Tablo 5.41). Sağlık memuru olarak çalışanların sürekli kaygı puan ortalaması 45.8 ± 7.7 , çevre sağlığı teknisyeni olarak çalışanların ise 40.2 ± 5.5 olarak bulunmuştur (Tablo 5.42). Düzenli olarak gazete okumayanların sürekli kaygı puan ortalaması 46.2 ± 6.8 , okuyanların ise 41.6 ± 7.7 olarak bulunmuştur (Tablo 5.43) Düzenli olarak kitap okumayanların sürekli kaygı puan ortalaması 45.6 ± 7.2 , okuyanların ise 40.3 ± 7.1 olarak bulunmuştur (Tablo 5.43) Sağlık memurlarında depresyon puan ortalamaları ile diğer genel ve mesleki değişkenlerin ilişkileri anlamlı bulunmamıştır

5.4.4. Çoklu Analiz Bulguları

Görüşülen sağlık memurlarının algılanan sağlık, genel sağlık durumu, depresyon ve kaygı puanlarıyla ilişkili olabilecek tüm bağımsız değişkenlerin modele sokularak çoklu analiz tabloları aşağıda gösterilmiştir. Modelde yaş sürekli değişken olarak, diğer değişkenler ise gruplandırılmış değişkenler olarak yer almıştır. Eş mesleği değişkeninin ilişkisini belirleyebilmek için bu değişken ilk aşamada modele konmamış, daha sonraki aşamada ise yalnızca evli ve eşi sağ olanlar için modele katılarak değerlendirilmiştir. Sosyal etkinliklere katılımın değerlendirilmesi için, sağlık memurlarının katıldıkları toplam sosyal etkinlik sayısının ortanca değeri (2 olarak bulunmuştur) esas alınarak; 2 ve daha fazla etkinliğe katılanlar “sosyal etkinliği yüksek”, 1 ve daha az etkinliğe katılanlar “sosyal etkinliği düşük” olarak gruplandırılmış ve modele sokulmuştur. Çoklu analizlerde lojistik regresyon analizi kullanılmış ve bulgular ayrı ayrı tablolarda gösterilmiştir. Bu tablolarda yalnızca ilişkinin istatistiksel anlamlılığı bulunan değişkenlere yer verilmiştir. Modelde yer alan ancak tabloda gösterilmemiş olan diğer değişkenlerin etkileri anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 5. 44. Sağlık Memurlarında Algılanan Sağlığın İyi Olması ile İlişkili Faktörler

Değişkenler	B	S.H.	Wald	p	Exp (B)	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
Düşük sosyal etkinlik	2.675	1.173	5.200	.023	14.516	1.456	144.692

- i Model: ki-kare ve oneway ANOVA analizlerinde anlamlı ilişkisi olduğu belirlenen: kronik bir hastalık varlığı, iş doyumu durumu, sağlık ocağında çalışma süresi ve sosyal etkinliklere katılım
- ii Modelde yer alan ancak ilişkileri anlamlı bulunmayan diğer değişkenler tabloda gösterilmemiştir

Görüşülen sağlık memurlarının algılanan sağlığı ile Tablo 5.44’de belirtilen değişkenlerden oluşan model ile lojistik regresyon analizi yapıldığında; algılanan sağlığın kötü olması ile sosyal etkinliklere katılım durumunun ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Sosyal etkinliklere katılımı düşük olanlarda algılanan sağlığın kötü olma olasılığı diğerlerine

göre 14.5 kat daha yüksek bulunmuştur. Modelde yer alan ancak tabloda gösterilmemiş olan diğer değişkenlerin etkileri anlamlı bulunmamıştır

Görüşülen sağlık memurlarının genel sağlık düzeyi ile tabloda belirtilen değişkenlerden oluşan model ile lojistik regresyon analizi yapıldığında; genel sağlık düzeyi ile ilişkili değişken bulunamamıştır

Görüşülen sağlık memurlarının depresyon puanlarının ortanca değeri 4.0 olarak bulunmuştur. Depresyon durumu depresyon puanı ortanca değeri sınır olarak kabul edilerek “4.0’ın altında puan” ve “4.0 ve üzeri puan” olmak üzere iki grupta ele alındığında ve tabloda belirtilen değişkenlerden oluşan model ile lojistik regresyon analizi yapıldığında; depresyon durumu ile ilişkili değişken bulunamamıştır.

Tablo 5. 45. Sağlık Memurlarında Durumluk Kaygı Puanının 41.0 ve Üzerinde Olması ile

İlişkili Faktörler

Değişkenler	B	S.H.	Wald	p	Exp (B)	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
İş doyumunun düşük olması	868	337	6 625	010	2.381	1 230	4.609
Kentsel bölgede çalışmak	4 178	1 758	5 650	017	65 217	2 081	2043 99

- i. Model: ki-kare ve oneway ANOVA analizlerinde anlamlı ilişkisi olduğu belirlenen; kronik bir hastalık varlığı iş doyumunu, sağlık ocağında çalışma süresi ve sosyal etkinliklere katılım
- ii. Modelde yer alan ancak ilişkileri anlamlı bulunmayan diğer değişkenler tabloda gösterilmemiştir

Görüşülen sağlık memurlarının durumluk kaygı puanlarının ortanca değeri 41.0 olarak bulunmuştur. Durumluk kaygı durumu, durumluk kaygı puanı ortanca değeri sınır olarak kabul edilerek “41.0’ın altında puan” ve “41.0 ve üzeri puan” olmak üzere iki grupta ele alındığında ve Tablo 5.45’de belirtilen değişkenlerden oluşan model ile lojistik regresyon analizi yapıldığında; durumluk kaygı durumu ile iş doyumunu ve sağlık ocağı bölgesi durumunun ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Bağlı bulunulan sağlık ocağı kentsel bölgede olanlarda durumluk kaygı puanı, kırsal bölgede olanlara göre 1.2 kat daha yüksek bulunmuştur. İş doyumunu düşük olanlarda durumluk kaygı yüksek olanlara göre 65.2 kat daha yüksek bulunmuştur. Modelde yer alan ancak tabloda gösterilmemiş olan diğer değişkenlerin etkileri anlamlı bulunmamıştır.

Görüşülen sağlık memurlarının sürekli kaygı puanlarının ortanca değeri 43.0 olarak bulunmuştur. Sürekli kaygı durumu, sürekli kaygı puanı ortanca değeri sınır olarak kabul edilerek “43.0’ın altında puan” ve “43.0 ve üzeri puan” olmak üzere iki grupta ele alındığında ve tabloda belirtilen değişkenlerden oluşan model ile lojistik regresyon analizi yapıldığında; sürekli kaygı durumu ile ilişkili değişken bulunamamıştır.

5. 5. SAĞLIK MESLEK GRUPLARI BULGULARININ KARŞILAŞTIRILMASI

5. 5. 1. Algılanan Sağlık

Görüşülen sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre algılanan sağlıkları Tablo 5. 46'da gösterilmiştir.

Tablo 5. 46. Mesleklere Göre Algılanan Sağlık Durumu

	Algılanan Sağlık Durumu					
	İyi		Kötü		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hekim	97	74 0	34	26 0***	131	100 0
Hemşire	61	52 6	55	47 4	116	100 0
Ebe	119	53 6	103	46 4	222	100 0
Sağlık memuru	31	66 0	16	34 0	47	100 0
Toplam	308	60.1	208	39 9	516	100 0

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Algılanan sağlık yönünden en iyi durumdaki meslek grubu hekimler, sonra sırasıyla sağlık memurları, ebeler ve hemşireler olarak bulunmuştur. Hekimlerin 34'ünün (%26.0) algılanan sağlık durumu kötü olarak bulunmuştur. Ki-kare analizi sonucunda hekimlerdeki bu oranın diğer meslek gruplarından anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur. Algılanan sağlık durumu yönünden diğer meslek grupları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

5. 5. 2. Genel Sağlık Düzeyi

Görüşülen sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre genel sağlık durumları Tablo 5. 47'de gösterilmiştir.

Tablo 5. 47. Mesleklere Göre Genel Sağlık Durumu

	Genel Sağlık Düzeyi					
	İyi		Kötü		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hekim	75	57 2	56	42 8	131	100 0
Hemşire	52	44 8	64	55 2	116	100 0
Ebe	116	52 2	106	47 8	222	100 0
Sağlık memuru	21	44 7	26	55 3	47	100 0
Toplam	264	51.2	252	48.8	516	100.0

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Genel sağlık düzeyi yönünden en iyi durumdaki meslek grubu hekimler, sonra sırasıyla ebeler, hem şireler ve sağlık memurları olarak bulunmuştur. Ki-kare analizi sonucunda meslek grupları arasında genel sağlık düzeyi yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

5. 5. 3. Depresyon Durumu

G r    len sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre depresyon durumları Tablo 5. 48'de gösterilmiştir.

Tablo 5. 48. Mesleklere Göre Depresyon Puan Ortalaması ve Standart Sapması

	Depresyon Puan Ortalaması ve Standart Sapma
Hekim (n=131)	6.5 ± 6.52*
Hem����re (n=116)	9.7 ± 8.70
Ebe (n=222)	8.8 ± 7.7
Sağlık memuru (n=47)	8.4 ± 10.4
Toplam (n=516)	8.4 ± 8.0

*p < 0.05 ** p < 0.01 *** p < 0.001

Depresyon durumu yönünden en iyi durumdaki meslek grubu hekimler, sonra sırasıyla sağlık memurları, ebeler ve hem    reler olarak bulunmuştur. Tek yönlü varyans analizi sonucunda hekimlerdeki depresyon puan ortalamasının diğer meslek gruplarından farkının anlamlı olduğu bulunmuştur. Hem    re, ebe ve sağlık memurları arasında depresyon puan ortalaması yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

5. 5. 4. Durumluk Kaygı Durumu

G r    len sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre durumluk kaygı durumları Tablo 5. 49'da gösterilmiştir.

Tablo 5. 49. Mesleklere Göre Durumluk Kaygı Puan Ortalaması ve Standart Sapması

	Durumluk Kaygı Puan Ortalaması ve Standart Sapma
Hekim (n=131)	38.6 ± 9.7
Hem����re (n=116)	40.1 ± 9.7
Ebe (n=222)	39.6 ± 9.3
Sağlık memuru (n=47)	42.4 ± 10.9
Toplam (n=516)	39.7 ± 9.7

*p < 0.05 ** p < 0.01 *** p < 0.001

Durumluk kaygı yönünden en iyi durumdaki meslek grubu hekimler, sonra sırasıyla ebeler, hemşireler ve sağlık memurları olarak bulunmuştur. Tek yönlü varyans analizi sonucunda meslek grupları arasında durumluk kaygı puan ortalamaları yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

5. 5. 5. Sürekli Kaygı Durumu

Görüşülen sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre sürekli kaygı durumları Tablo 5. 50'de gösterilmiştir.

Tablo 5. 50. Mesleklere Göre Sürekli Kaygı Puan Ortalaması ve Standart Sapması

	Sürekli Kaygı Puan Ortalaması ve Standart Sapma
Hekim (n=131)	42.4 ± 8.1*
Hemşire (n=116)	45.6 ± 7.6
Ebe (n=222)	45.0 ± 8.1
Sağlık memuru (n=47)	44.1 ± 7.6
Toplam (n=516)	44.4 ± 8.0

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Sürekli kaygı yönünden en iyi durumdaki meslek grubu hekimler, sonra sırasıyla sağlık memurları, ebeler ve hemşireler olarak bulunmuştur. Tek yönlü varyans analizi sonucunda hekimlerdeki sürekli kaygı puan ortalamasının diğer meslek gruplarından farkının anlamlı olduğu bulunmuştur. Hemşire, ebe ve sağlık memurları arasında sürekli kaygı puan ortalaması yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

6. TARTIŞMA

6. 1. ALGILANAN SAĞLIK DURUMU

Kolay uygulandığı, hastalar tarafından kabul edildiği ve kullanılabilir olduğu belirtilen (66) algılanan sağlık ölçeği, sağlığın ruhsal boyutunun da bir göstergesi olması nedeniyle araştırmamızdaki bağımlı değişkenlerden biri olarak seçilmiştir. Nitekim, araştırmamıza katılan hekim ve hemşirelerde tanı konmuş psikiyatrik bir hastalık varlığı, algılanan sağlığın kötü olmasıyla ilişkilidir. Bu durum, algılanan sağlık durumunun bedensel sağlığın yanı sıra ruh sağlığının da önemli bir göstergesi olduğu savını güçlendirmektedir.

Araştırmamıza katılan hekimlerin algılanan sağlık durumları, 2000 yılında Antalya'da yapılmış olan çalışmaya katılan pratisyen hekimlere göre de daha iyidir (69). İki araştırmanın algılanan sağlıkla ilgili bulguları arasında iki kattan daha fazla farklılık bulunmaktadır. Bu farkın olası nedeni, iki çalışma arasındaki üç yıllık zaman farkı olabilir. 2001 yılında ülkede yaşanmış olan ekonomik krize bağlı olarak hekimlerde algılanan sağlığın yüksek oranda kötü bulunmuş olmasına karşın 2003 yılına gelindiğinde krizin etkilerinin azalmasına bağlı olarak bu oran düşmüş olabilir. Araştırmamıza katılan hekimlerin algılanan sağlık durumu diğer sağlık meslek gruplarına göre de düşük bulunmuştur (Bkz. Tablo 5.46). Ancak bu görece düşüklükten hekimlerin sağlık sorunları olmadığı anlamı çıkarılmamalıdır. Çünkü, araştırmamıza katılan her dört hekimden birinin algılanan sağlığı kötüdür.

Araştırmamıza katılanların ruh sağlığı durumuyla ilişkili bulduğumuz değişkenler konusunu tartışmadan önce, araştırmanın kısıtlılıkları başlığı altında da değinilecek olmakla birlikte, ruh sağlığıyla ilişkili bulduğumuz değişkenler hakkında bir kısıtlılıktan bahsetmekte yarar vardır. Araştırmamızın kesitsel tipte olmasına bağlı olarak bulunan ilişkilerin yönü hakkında bir bilgi edinme olanağı yoktur. Dolayısıyla bu değişkenlerin ruh sağlığı sorunlarının nedeni mi yoksa sonucu mu olduklarını bilemiyoruz. Nedenselliğin açığa kavuşturulması için ilişkili bulduğumuz değişkenlerin kohort çalışmalarıyla değerlendirilmesi gerekmektedir. Araştırmamızda algılanan sağlık durumuyla ilişkili değişkenler arasında özellikle meslek seçiminden duyulan pişmanlık ve sosyal etkinliklere katılımın düşüklüğü, üç meslek grubunda birden ruh sağlığıyla ilişkili oldukları için dikkat çekmektedir.

Meslek seçiminden duyulan pişmanlık, hekim, hemşire ve ebelerde algılanan sağlığın kötü olmasıyla ilişkilidir (Bkz. Tablo 5.9, 5.21, 5.32). Bununla birlikte meslek seçiminden duyulan pişmanlık oranı en yüksek meslek grubu olan sağlık memurlarında

İse bu ilişki yoktur. Bu durum çalışmaya katılan sağlık memuru sayısının düşük olmasına bağlanabilir. Sağlık çalışanlarında pişmanlığın olası nedenlerinden biri, meslek seçimi konusunda yaptıkları hatalardır. Sağlık çalışanlarının yaşamlarının erken bir döneminde toplumsal ya da ailevi yönlendirmelerle sağlık mesleğini seçmek durumunda kalmaları, işe uygun olup olmadıkları konusunda bir rehberlik hizmeti alamamaları ve mesleğe atıldıktan sonra karşılaştıkları güçlülerle başa çıkamamaları, kısacası doğru meslek seçimi yapamamaları pişmanlık duymalarına yol açıyor olabilir. Dolayısıyla meslek seçimine yönelik rehberlik hizmetlerinin geliştirilmesi gelecekte böyle bir sorunun ortaya çıkmasını en aza indirebilecektir. Özellikle hekim dışı personelin meslek seçimlerini ortaokul sonrası yaparak sağlık meslek liselerine devam ettikleri göz önüne alınırsa, rehberlik hizmetlerinin ortaokul döneminden başlayarak planlanması gerekmektedir. Bu rehberlik hizmetlerinin, bireyin sağlık mesleklerini ve çalışma alanlarını tanımasını, kendi bireysel özelliklerini saptamasını ve kendi özellikleriyle mesleki özelliklerinin uyumu konusunda karar vermesini hedeflemesi gerektiğini savunan görüşler vardır (70). Rehberlik hizmetlerinin etkilerini değerlendirmeye yönelik bir meta analiz, özellikle lise öncesi dönemde uygulanan rehberlik hizmetlerinin yararlı sonuçlar doğurduğunu ortaya koymuştur (71). Ancak salt bu uygulamalar meslek seçiminden duyulan pişmanlık sorununu tümüyle ortadan kaldırmaya yetmeyebilir. Çünkü meslek seçimi öncesinde var olmayan ya da çok önemli düzeyde olmayan bazı sorunlar mesleğe atıldıktan sonra önem kazanarak pişmanlığa yol açabilir. Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının önemli buldukları mesleki sorunlar, meslekten duyulan pişmanlığın bir diğer olası nedeni olabilir. Sağlık çalışanlarında meslek seçiminden duyulan pişmanlığın olası nedenleri, en önemli mesleki sorunlar olarak algıladıkları ücretlerin düşüklüğü, sağlıkta dönüşüm politikaların yarattığı belirsizlik, iş kazası ve meslek hastalığı riskleri, mesleğin toplumsal saygınlığını yitirmesi ve çalışma ortamlarındaki fiziksel yetersizliklerdir (Bkz. Tablo 5.2, 5.14, 5.25, 5.37). Bu mesleki sorunlar ayrı başlıklar altında tartışılacaktır. Ancak bu noktada, özellikle sağlıkta dönüşüm politikalarının başka ülkelerdeki benzerlerinin, sağlık çalışanlarında meslek seçiminden pişmanlık duyulmasına yol açtığını belirtmekte yarar vardır (72).

Sosyal etkinliklere katılımın düşük olması, hekim, ebe ve sağlık memurlarında algılanan sağlığın kötü olmasıyla ilişkilidir (Bkz. Tablo 5.9, 5.32, 5.44). Bu ilişkide hangisinin neden hangisinin sonuç olduğu araştırmamızın sonuçlarıyla açıklanamamakla birlikte sosyal yaşamın sağlığın algılanmasıyla ilişkili olması değerli bir bulgudur. Bu bulgunun ışığında, sağlık çalışanlarının sosyal etkinliklere katılımını destekleyen uygulamaların çalışanların ruhsal sağlığı yönünden yararlı olacağı söylenebilir. Bu

amaçla örneğin; sinema, tiyatro, konser vb etkinliklere katılımları için "sağlık çalışanı indirimi" ya da sağlık çalışanları için uygun gezi, kamp ve tatil olanakları gibi kolaylıklar sağlanabilir. Bu yalnızca kamunun değil toplumun da üzerine düşen bir anlayış ve destektir.

Araştırmamıza katılan hekimlerde ek iş yapmayanlarda sağlığın kötü olarak algılanma olasılığı daha yüksektir (Bkz. Tablo 5 9). Hekimlerin ek iş yapma nedenleri, öncelikli mesleki sorun olarak gösterdikleri ücretlerin düşüklüğüne bağlı olabilir Ek iş yapan hekimlerin daha yüksek gelir düzeyine sahip olabilecekleri düşünülürse, hekimlerde ekonomik durumun algılanan sağlık üzerinde önemli bir etkisi olduğu söylenebilir. Hekimlerin %80.9'unun herhangi bir ek iş yapmıyor olması bu açıdan önemlidir. Diğer meslek gruplarında ek iş yapma oranları oldukça düşük olduğu için analiz edilmemiştir. Son dönemde hekimlerimizin ücretleri, özlük hakları ve sağlık politikaları konusundaki taleplerini dile getirdikleri eylemler, artık bu konuda somut adımlar atılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

6. 2. GENEL SAĞLIK DÜZEYİ

Araştırmamızda kullanılan Genel Sağlık Anketi'nin 12 soruluk Türkçe formu, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları sonuçlarına göre, ruh sağlığı sorunu olanların %74'ünü, sorunu olmayanların ise %82'sini belirleme gücüne sahiptir. Özellikle duyarlılığın düşük olması, genel sağlık düzeyinin belirlenmesinde bir sınırlılık oluşturmaktadır. Bununla birlikte ruhsal sağlığın çeşitli bileşenlerini irdeleyen bir ölçek olduğu için araştırmamızdaki bağımlı değişkenlerden biri olarak seçilmiştir.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının %48.8'inin genel sağlık düzeyi kötüdür ve meslek grupları arasında anlamlı bir fark yoktur (Bkz. Tablo 5 47). Daha önce bu konuda yapılmış ve genel sağlık düzeyi açısından sağlık meslek grupları arasında fark olmadığını bildiren çalışma örnekleri bulunmaktadır (73,74). Araştırmamızda kullanılan diğer ruhsal sağlık ölçeklerinde genellikle hekimlerin diğer meslek gruplarından iyi durumda bulunmasına karşın genel sağlık düzeyinde bu farklılığın olmaması, GSA-12'nin ruhsal sağlığın 12 ayrı bileşeniyle ilgilenmesinden kaynaklanıyor olabilir. Başka bir deyişle, sağlık çalışanlarının başlıca ruhsal sağlık sorunlarının depresyon ve kaygı bozukluğu olması (56) nedeniyle bu durumlara özgü ölçeklerin meslek grupları arasındaki farkları daha net ortaya çıkarması söz konusu olabilir.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının genel sağlık düzeyiyle ilişkili değişkenler arasında düşük iş doyumu düzeyi ve sosyal etkinliklere katılımın düşüklüğü, iki meslek grubunda da ilişkili bulunması dikkat çekicidir. Ancak, bu ilişkinin yönünün

İngiltere’de yapılmış bir çalışmayla uyumlu olduğunu belirtmek gerekir. Söz konusu çalışmada bu ilişki yalnızca hekim dışı personelde değil hekimlerde de saptanmıştır. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının tümünde iş doyumu düzeyini yükseltmeye yönelik düzenleme ve uygulamalara gereksinim vardır. Bu amaçla öncelikle sağlık çalışanları tarafından “en önemli” olarak gösterilen mesleki sorunların çözümüne yönelik adımlar atılmalıdır. Daha somut bir ifadeyle; sağlık politikalarının karar vericilerinin bu güne kadar olan uygulamaları, sağlık çalışanlarının yüksek iş doyumu düzeyine ulaşmalarını sağlamamıştır. Dolayısıyla dış güçlerin öneri ve baskılarıyla değil, bilimsel verilere dayalı olarak kararlar alınmalıdır. Bu amaçla, çeşitli ülkelerdeki sağlık sistemlerinin gözden geçirilmesi, sağlık hizmetlerine ve çalışanlarına sağlanan kaynakların artırılmasıyla sağlanabilecek düzeltmelerin maliyet ve etkinliklerinin belirlenmesi, bu konuda yapılmış analizlerin değerlendirilmesi gibi bilimsel bir yol izlemesi, sağlık çalışanlarının, toplumun ve karar vericilerin yararına olacaktır.

6. 3. DEPRESYON DURUMU

Depresyon durumunun belirlenmesi amacıyla kullandığımız Beck Depresyon ölçeğinin özellikle çeviri formunun geçerlilik ve güvenilirliği araştırmamızda kullanılan diğer ölçeklere göre düşüktür. Dolayısıyla araştırmamıza katılan sağlık ocağı çalışanlarının depresyon durumunu “var” ya da “yok” biçiminde değerlendirmek doğru olmayacaktır. Buna bağlı olarak ölçekten elde edilen puan düzeylerinin depresyon durumu yönünden bir risk artışına işaret ettiği düşünülerek bu yönde değerlendirme yapılmıştır.

Psikiyatrik hastalıklar arasında en sık karşılaşılan durumlardan biri olan depresyonun ülkemizdeki yaygınlığı diğer ülkelerle benzer düzeydedir (30,31). Çeşitli ülkelerde yapılmış çalışmalarda sağlık çalışanlarının depresyon sıklığının toplum geneline göre yüksek olduğu gösterilmiş (26,32,74,76) olmasına karşın bizim araştırmamızda depresyonlu olgu sıklığının belirlenmesi değil depresyon düzeylerinin yükselmesiyle ilişkili değişkenlerin belirlenmesi amaçlandığı için bu yönde bir karşılaştırma yapmak doğru olmayacaktır.

Araştırmamıza katılan hekimlerin depresyon puan ortalaması diğer meslek gruplarına göre düşük olmasına karşın (Bkz. Tablo 5.48), hekimlerde daha çok sayıda değişkenin depresyon durumuyla ilişkili olduğu görülmüştür. Bu değişkenler arasında cinsiyet dışındakiler mesleki koşullarla ilgilidir (Bkz. Tablo 5.11).

Araştırmamıza katılan hekimlerde depresyon puanı ortalaması yönünden (genel sağlık düzeyinde olduğu gibi) kadınlar daha fazla risk altındadır (Bkz. Tablo 5.11) Bu

bulgu, ruhsal sağığın en önemli bileşenlerinden biri olan depresyonun tek başına cinsiyetle ilişkili olduğunu vurgulamak açısından önemlidir. Toplum genelinde ve çeşitli ülkelerdeki sağık çalışanlarında da benzer bir durum olduğu bilinmektedir (30,32,77,78). Bununla birlikte toplum genelinde depresyon riski kadınlarda yaklaşık 2 kat daha yüksek olmasına karşın (29) araştırmamıza katılan kadın hekimlerde 6 kat daha yüksektir. Diğer taraftan, araştırmamıza katılan hemşire ve ebelerin depresyon puan ortalamalarının yüksekliğinin altında yatan temel neden de kadın olmaları olabilir. Nitekim kadın hekimlerle, hemşire ve ebelerin düzeyleri birbirine yakındır. Toplumumuzun özellikle çalışan kadına bakışındaki farklılık hatta bazı yörelerde kadınlara hekimlik mesleğinin yakıştırılamaması, hemşire ve ebelere hak ettikleri değeri vermemeleri gibi kültürel sorunların yol açtığı baskılar, söz konusu etkiyi arttırıyor olabilir. ABD’de yapılmış bir çalışmada olduğu gibi bazı toplumlarda toplum geneli ile kadın hekimler arasında depresyon sıklığı yönünden farklılık bulunamaması bu olasılığı güçlendirmekte ve bu eşitsizliğin doğal olmaktan çok toplumsal nedenlere bağlı olduğunu düşündürmektedir (26). Diğer taraftan, araştırmamızda sorgulanmamış olmakla birlikte kadın çalışanlar yalnızca iş ortamından değil, ev işleri, çocuk bakımı, aile içi şiddet gibi ev ortamından kaynaklanan stres nedeniyle de ruhsal sorunlarla daha sık karşılaşılıyor olabilirler. ABD’de yapılmış olan bir çalışmada kadın hekimlerdeki depresyonun ev stresiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (26). Danimarka’da yapılmış olan bir çalışmada ise, hemşireleri intihar eylemine kadar götüren ruhsal sorunların iş ortamından çok ev ortamındaki stresle ilişkili olduğu gösterilmiştir (25). Kadın çalışanların ev ve iş ortamlarındaki streslerin arasına sıkışması, onları ruhsal sorunlara daha yatkın kılan nedenler arasında olabilir.

Araştırmamıza katılan hekimlerde olumsuz ekonomik koşulların (algılanan sağık durumu ve genel sağık düzeyinde olduğu gibi) depresyonla ilişkili olduğuna işaret eden bulgular elde edilmiştir. Ek iş yapma olanağı bulamayan hekimlerde depresyon riski daha yüksektir. Benzer şekilde, eşleri çalışmayan hekimlerde de depresyon riski yüksektir (Bkz. Tablo 5.11). Ek iş yapan ve eşleri de çalışan hekimlerin daha yüksek gelir düzeyine sahip oldukları düşünülürse, hekimlerde ekonomik durumun depresyon üzerinde önemli bir etkisi olduğu söylenebilir. Diğer ülkelerde yapılmış araştırmalarda sağık çalışanlarında ekonomik durum ile depresyon varlığı arasında bir ilişkiye hatta böyle bir ilişkinin arandığı bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu durum sağık çalışanlarının ruh sağığı sorunlarına zemin oluşturabilecek düzeyde olmasının ne yazık ki ülkemizin koşullarına özgü bir durum olduğunu düşündürmektedir.

Hekimlerin %79.4’ünde mesleki iş doyumu düşüktür (Bkz. Tablo 5.4) ve iş doyumunun düşük olması (genel sağık düzeyiyle olduğu gibi) depresyonla ilişkilidir

(Bkz. Tablo 5.11). Bu bulgu, ABD’de hekimler üzerinde yapılmış bir çalışmayla uyumludur (26). Hekimlerin büyük bir bölümünün iş doyumunun düşük olmasının temel nedenlerinin en önemli olarak gösterdikleri mesleki sorunlar olabileceği akla gelmektedir. Malatya’da yapılmış olan bir çalışmada ise hekimlerde iş doyumunun düşük olmasının mesleki sorunlarla ilişkili olduğu bulunmuştur (77). Sonuç olarak mesleki sorunların düşük iş doyumunu ve dolayısıyla depresyona zemin oluşturduğu söylenebilir. Bununla birlikte, hekimlerde mesleki koşulların belirleyici etkilerinin özellikle sağlık ocağında 4 yıl ve daha kısa süredir çalışıyor olmaları halinde geçerli olması, hekimlerin sağlık ocağındaki çalışma koşullarına uyum sağlanması için belirli bir süre gerektiğini ve uyum sonrasında ruh sağlığında olumlu gelişmeler olduğunu düşündürmektedir. Diğer taraftan bu durumun nedeni, hekimlerin mesleğin ilerleyen dönemine doğru uzmanlaşmaları ya da ek iş yapmalarına bağlı olarak ruhsal yönden daha iyi bir konuma gelmeleri, buna ek olarak ruhsal sağlık sorunları olan hekimlerin meslekten ayrılmaları sonucunda geriye yalnızca sağlıklıların kalması gibi bir durum da olabilir. Nedeni ne olursa olsun, mesleğin ilk yıllarındaki uyum dönemini hızlandırmaya yönelik olarak düzenlenecek hizmet içi eğitim ve uyum programlarıyla bu sorun aşılabılır. Ancak söz konusu programların amaca uygun planlanması, uygun denemelerden geçirilmesi ve en önemlisi sürekliliğinin sağlanması esastır.

Araştırmamıza katılan hemşire ve ebelerde sosyal etkinliklere katılımın düşük olması (algılanan sağlık durumu ve genel sağlık düzeyi ile olduğu gibi) depresyonla ilişkili bulunmuştur (Bkz. Tablo 5.23, 5.34). Bu bulgu, sağlık çalışanlarının ruhsal sağlık sorunlarına yönelik çözüm arayışlarında yalnızca çalışma yaşamını değil sosyal yaşamı da göz önünde bulundurma gerekliliğini ortaya koymaktadır.

6. 4. KAYGI DURUMU

Araştırmamıza katılanların kaygı durumlarının belirlenmesinde kullanılan Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri’nin geçerlilik ve güvenilirliğine ilişkin çalışma sonuçları (63,68), depresyon durumunun değerlendirdiğimiz BDÖ’ye göre daha tatmin edici niteliktedir.

Araştırmamızın kaygı durumuna ilişkin sonuçlarında dikkat çeken ilk nokta tüm gruplarda sürekli kaygı düzeyi ortalamasının durumluk kaygı düzeyine göre yüksek olmasıdır (Bkz. Tablo 5.49, 5.50). Durumluk kaygının geçici ve normal olarak kabul edilmesine karşın sürekli kaygının ortada nesnel bir neden yokken ya da böyle bir durum var olduğunda orantısız bir biçimde şiddetli ve uzun süreli bir kaygı durumu olduğu (35) göz önünde bulundurulduğunda sürekli kaygının ruh sağlığı açısından daha önemli

olduğu söylenebilir. Bununla birlikte durumluk ve sürekli kaygı durumlarını ayrı başlıklar altında tartışmak yararlı olacaktır.

6. 4. 1. Durumluk Kaygı Durumu:

Araştırmamıza katılanlarda durumluk kaygı durumu yönünden en iyi durumdaki meslek grubu hekimler olmasına karşın meslek grupları arasındaki farkın araştırılan diğer bağımlı değişkenlere (algılanan sağlık durumu, genel sağlık düzeyi ve depresyon durumu) göre daha az olduğu göze çarpmaktadır. Nitekim meslek grupları arasında durumluk kaygı puan ortalaması farkları anlamlı bulunmamıştır (Bkz. Tablo 5.49). Ankara’da yapılmış olan benzer bir çalışmada da durumluk kaygı yönünden meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gösterilmiştir (37). Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının durumluk kaygı puan ortalaması Antalya ve Ankara’da yapılmış olan çalışmalarla benzer düzeydedir (36,37).

Araştırmamıza katılan hekimlerde çalışılan sağlık ocağında 4 yıl ve daha kısa süredir çalışıyor olmak (depresyonla olduğu gibi) durumluk kaygıyla ilişkili bulunmuştur (Bkz. Tablo 5.12). Bu durum, hekimlerin sağlık ocağındaki çalışma koşullarına uyum sağlanması için belirli bir süre gerektiğini ve uyum sonrasında ruh sağlığında olumlu gelişmeler olduğunu düşündürmektedir. Nitekim, Norveç’te yapılmış olan bir çalışmada da hekimlerdeki ruh sağlığı sorunları sıklığının, mesleğin ilk yıllarında daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Ancak, Ankara çalışmasında bu ilişki bulunmamıştır (37). Bunun nedeni yer ve zaman farklılıkları dışında söz konusu çalışmada görüşülen hekim sayısının düşük olması olabilir.

Araştırmamıza katılan ebe ve sağlık memurlarında sosyal etkinliklere katılımın düşük olması (algılanan sağlık durumu, genel sağlık düzeyi ve depresyon ile olduğu gibi) durumluk kaygıyla ilişkili bulunmuştur (Bkz. Tablo 5.35, 5.45). Sosyal yaşamın, araştırmamızda kullanılan ölçeklerin tümünde ilişkili bir faktör olarak bulunmuş olması, ileride yapılacak kohort çalışmalarının temel değişkenlerinden biri olması gerektiğini düşündürmektedir.

6. 4. 2. Sürekli Kaygı Durumu:

Çeşitli değişkenlerin uzun dönemdeki etkilerinin değerlendirilmesi yönünden durumluk kaygıya göre daha değerli olan sürekli kaygı durumu yönünden araştırmamıza katılanlar arasında en iyi durumdaki meslek grubu hekimlerdir ve diğer meslek gruplarıyla olan farkı anlamlıdır (Bkz. Tablo 5.50). Bu bulgu, ülkemizde yapılmış olan bazı çalışmaların sonuçlarıyla benzer olmasına karşın (37,82) İngiltere’de yapılmış olan

bir çalışmada hemşirelerin kaygı bozukluğu sıklığı hekimlerden daha yüksek bulunmuştur (74). Sürekli kaygı durumunun sağlık meslek grupları arasındaki farkının, değişik yerlerde yapılmış olan çalışmalarda değişik sonuç vermesinin olası nedeni, yaşam ve çalışma koşullarının değişiklik gösterebilmesi olabilir.

Toplum genelinde kaygı bozukluğunun genel sıklığı %4 (%2-5) civarındadır (79) ve hastalık olmasa bile belirtilerinin bulunma sıklığı %10-30'lara ulaşmaktadır (33). Araştırmamızda kaygı bozukluğu olgu sıklığının belirlenmesi değil kaygı düzeylerinin yükselmesiyle ilişkili bazı değişkenlerin belirlenmesi amaçlandığı için sağlık çalışanlarıyla toplum genelini karşılaştırmak doğru olmayacaktır. Bununla birlikte bu konuda yapılmış çalışmalar bulunmaktadır İngiltere'de yapılmış olan bir çalışmada sağlık çalışanlarının kaygı bozukluğu sıklığı toplum geneliyle benzer bulunmuş olmasına (74) karşın Pakistan'da yapılan bir çalışmada toplum genelinin üzerinde bulunmuştur (80). Bu sonuçlar, sağlık çalışanlarındaki kaygı bozukluğunun özellikle gelişmekte olan ülkelerin sorunu olabileceğini düşündürmektedir. Ülkemizde sağlık çalışanlarıyla toplum genelini kaygı düzeyleri yönünden karşılaştıran bir çalışma sonucuna rastlanmamıştır.

Araştırmamıza katılan hekimlerde, sürekli kaygı puanı ortalaması yönünden (genel sağlık düzeyi ve depresyonda olduğu gibi) kadınlar daha fazla risk altındadır (Bkz. Tablo 5.13). Bu bulgu, ruhsal sağlığın en önemli bileşenlerinden biri olan kaygının tek başına cinsiyetle ilişkili olduğunu vurgulamak açısından önemlidir ve sağlık ocağı çalışma koşullarının, kadınlar üzerinde daha yıpratıcı etkisi olduğunu düşündürmektedir. Benzer durum, Antalya çalışmasında da gözlenmiş (36) ancak, Ankara çalışmasında bu ilişki bulunmamıştır (37). Bunun nedeni, Ankara'daki yaşam ve çalışma koşullarının Antalya'ya göre farklı olması ve Ankara'da cinsiyetler arasında koşullardan etkilenim farkının daha düşük olması olabilir. Bu durumda, sağlık çalışanlarının ruhsal sağlığındaki eşitsizliğin, kadınlara yönelik pozitif eşitsizlikçi yasal düzenlemelerin yanı sıra toplumun kültür düzeyini geliştirmeye yönelik çalışmalarla önlenabilir nitelikte olduğu söylenebilir.

Araştırmamıza katılan hekimlerde kronik hastalık varlığı, sürekli kaygı düzeyiyle ilişkilidir (Bkz. Tablo 5.13) Bu ilişkiyi doğrulayan çalışma sonuçları bulunmaktadır. Örneğin, ABD'de yapılmış olan bir çalışmada koroner kalp hastalıklarında kaygı bozukluğu da dahil olmak üzere bazı ruhsal sorunların sıklığının yüksek olduğu belirlenmiştir (81).

6. 5. MESLEKİ SORUNLAR

Bu bölümde araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının çeşitli mesleki sorunlar arasında daha önemli olarak gördükleri başlıca sorunlar tartışılacaktır. Bunlar,

araştırmamızda sağlık çalışanlarının ruh sağlığıyla ilişkili değişkenler olarak analiz edilmemiş olmakla birlikte, analiz edilen değişkenlerle etkileşim içerisinde olabilecek sorunlardır. Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının en önemli olarak nitelendirdiği mesleki sorunlar; düşük ücret; sağlıkta dönüşüm politikalarının yarattığı belirsizlik; iş kazası ve meslek hastalığı riskleri; mesleğin toplumsal saygınlığını yitirmiş olması; iş stresi ve mesleki gerilimdir (Bkz. Tablo 5.2, 5.14, 5.25, 5.37).

6.5.1. Düşük Ücret

Araştırmamıza katılan sağlık ocağı çalışanlarının çeşitli mesleki sorunları önem derecelerine göre sıralandırmalarında dikkati çeken en önemli nokta, tüm meslek gruplarında ücret düşüklüğünün ilk sırada yer almasıdır. Bu sonuç, Edirne ve Antalya'da hekimler üzerinde yapılmış çalışmalarla uyumludur (36,83) Ankara'da yapılmış olan bir çalışmada ise ücretlerin düşüklüğü ikinci sırada yer almaktadır (84).

Çalışanların ücretleri, yaşam koşullarının en önemli belirleyicilerinden biridir. Ücretlerin düşüklüğü çalışanların sağlığına olumsuz olarak yansımaktadır. Ülkemizde, çalışanlar genel olarak almaları gereken ücreti alamamaktadır. Ücret dağılımında, mesleki sınıf ve nitelik, eğitim düzeyi, mesleki beceri, yapılan işin önemi ve gerekliliği, çalışma ortamındaki iş riskleri, işin gerektirdiği sorumluluk, coğrafi eşitsizlik ve hizmet süreleri yeterince göz önünde bulundurulmamaktadır. Bunun sonucu olarak gelir dağılımında bir eşitsizlik ortaya çıkmakta ve bu eşitsizlikten en çok zarar görenlerden biri de sağlık çalışanları olmaktadır (85).

Sağlık çalışanlarının ücretlerinin düşüklüğünün yanı sıra ek zam ve tazminatlar yönünden de karamsar bir tablo söz konusudur. 657 sayılı “Devlet Memurları Yasası”nın bir ek maddesine göre, hayat ve sağlık için çalışanlara iş riski zammı; niteliği ve çalışma şartları bakımından güç olan işlerde çalışanlara iş güçlüğü zammı; temininde ve görevde tutulmasında ya da belirli yerlerde istihdam edilmesinde güçlük bulunan elemanlar için temininde güçlük zammı ödeneceği öngörülmektedir. Ancak uygulamada, bu zam ve tazminatlar tanımının tümüyle dışına kaymıştır. İş riski dışındaki tazminatlar her memura uygulanmıştır. Yasada özel hizmet tazminatı dışında eğitim-öğretim hizmetleri, din hizmetleri, denetim hizmetleri, adalet hizmetleri gibi mesleğe özel tazminatlara yer verilmiş, ancak sağlık hizmetleri sınıfında çalışanlara özel tazminat gereği duyulmamıştır. 5434 sayılı yasanın 32 maddesinde düzenlenen fiili hizmet müddeti zamlarından sağlık çalışanı olarak yalnızca bir kısım personel yararlanabilmektedir. 657 sayılı yasada tüm memurların belirli koşullarda yararlandığı sosyal hak ve yardımların önemli bölümü

günümüzde sembolik bir duruma gelmiştir. Giyecek yardımı yönetmeliği sağlık çalışanlarının gerçek gereksinimlerini karşılayamamaktadır (85).

Sağlık çalışanlarının özlük haklarına ilişkin bu kısıtlılıklara karşın başta hekimlere muayenehane açarak hem kamu hem de özel sektörde çalışabilme hakkı tanınmış olmasına da değinmek gerekmektedir. Gerçekten de araştırmamızın sonuçları ek iş yapan hekimlerin ruhsal sağlık durumu daha iyi bulunmuştur. Ancak, tanınan bu hakkın yararlı olduğunu öne sürmek yanıltıcı olacaktır. Sağlık ocağı hizmetlerinin temel özelliklerinden biri hizmetin sürekliliğidir. Dolayısıyla bir kamu çalışanı olarak hekimin hizmet sorumluluğu tam gün ve ücretsiz olmalıdır. Muayenehaneye ayrı bir zaman ayırmak ve bu hizmet karşılığı ücret almak, hekime tanınmış bir hak olarak değil, hizmetin götürüldüğü toplumda bir eşitsizlik olarak algılanmalıdır. İnsanların salt insan olmaları nedeniyle edindikleri "sağlıklı yaşam hakkı", ancak ücretsiz ve sürekli olarak sunulacak hizmetle mümkündür. Hekimlere bu şekilde bir sözde bir hak değil, sunduğu sürekli hizmetin karşılığı olan haklar sağlanmalıdır. Oysa, bu gün hekimler, ek iş yaptıkları halde 20-25 yıl önce yalnızca kamuda çalışan hekimler kadar bile kazanamamaktadır. 1980 öncesinde kamuda tam gün çalışan hekimler ortalama 1000-1200 Amerikan Doları ücret alırken, daha sonraki dönemde yaşanan askeri darbe ve ekonomik çalkantılar sonucunda, bu gün 500 Amerikan Doları civarında ücret almaktadırlar (86).

İçinde bulunduğumuz dönemde Sağlık Bakanlığı'nın sağlık çalışanlarının düşük ücret sorununa bakışı yüz güldürücü değildir. Bu konuda doğrudan müdahalelerle bir düzenleme yapmak yerine "Sağlıkta Dönüşüm" adını verdikleri politikaların bir parçası niteliğinde olan dolaylı yolları kullanmaktadır. Bu amaçla sağlık ocaklarını bir döner sermaye işletmesi haline getiren Bakanlık, bu sermayeden ocak çalışanlarına da belli oranda pay sağlayarak ücret sorununu çözebileceklerini ileri sürmektedir. Böylece maaşların iyileştirilmesine yönelik bir yükün altına girmektense hastaların cepten ödemeleriyle ücret takviyesi sağlanmaktadır. Ancak bu uygulamanın doğurabileceği sonuçlar göz ardı edilmektedir. Sağlık ocağı hizmetlerini ücret karşılığı bir hale ve bu kurumları bir ticarethane haline getirecek olan bu uygulama, ödeme gücü olmayan toplum kesimleri için sağlık hizmeti sunumundaki eşitsizlikleri daha da derinleştirecektir. Nitekim bu uygulamanın başlatılmasını takiben yapılan araştırmaların sonuçları halkın hizmet kullanımının düştüğü yönündedir (87,88). Öte yandan uygulama sonucunda, sağlık personelinin daha yüksek döner sermaye geliri elde etmek amacıyla belirli bölgelerde çalışma arzusu duyması, bir rekabet ortamı doğması ve bu durumların işleri daha karmaşık bir hale getirebilmesi olasıdır. Araştırmamızın veri toplama aşamasında

Antalya'daki sağlık ocakları döner sermaye uygulamasına geöiş sürecindeydi. Uygulamanın sonuçlarını değerlendirecek öalışmalar ön gördüğümüz sorunlar hakkında daha geniş fikir verecektir.

6. 5. 2. Sağlıkta Dönüşüm Politikalarının Yarattığı Belirsizlik

Hekimler, hemşireler ve sağlık memurlarında ikinci derecede önemli mesleki sorun, son yıllardaki sağlıkta dönüşüm politikalarının yarattığı belirsizliktir. Bu politikalar arasında yukarıda değinilmiş olan sağlık ocaklarında döner sermaye uygulaması dışında başta hekimler olmak üzere sağlık ocağı öalışanlarının kafasını karıştıran yasa ve yasa taslakları bulunmaktadır. Bunlardan en önemlisi ise "Aile Hekimliği Modeli"dir. Ülkemizde 1980'li yıllardan başlayarak altyapısı oluşturulmaya öalışılan ve son yıllarda öalışmaları yoğunlaşarak son aşamalarına gelinmiş olan bu modelin geröekte öağdaşlıktan uzak bir uygulama olduğu şeklinde eleştiriler bulunmaktadır. Bu eleştirilere göre, aile hekimliği modeli nüfus tabanına, ekip anlayışına, eşgüdüme dayalı ve entegre öağdaş sağlık hizmeti anlayışından uzaktır. Salt tedaviye yönelik ve sağlıkta özelleştirmeye yönelik bir anlayıştır (17). Öte yandan aile hekimliği uygulaması sonucunda hekimlerin bir öok mali ve idari sorumluluklar yüklenecek olmalarının, ruhsal sağlıkları üzerine olumsuz etkileri olabileceğı göz önünde bulundurulmalıdır.

Aile hekimliği uygulaması sonrası, sağlık ocaklarını nasıl bir geleceğın beklediğı konusu da belirsizliğini korumaktadır. Nüfusa dayalı, ekip hizmetini esas alan ve entegre bir hizmet sunan bu kurumların kapatılması, sağlığa öağdaş bir yaklaşım döneminin sonu olarak değeriendirilebilir. Kapatılmayıp, atıl kurumlar haline dönüştürölmesi ise, gereksiz bir maliyet artışından başka bir anlam taşımayacaktır.

Sağlıkta dönüşüm politikalarının bir diğer ürünü ise sağlığı da içeren bazı alanlarda öalışanlar için "Sözleşme Modeli"dir. İş güvencesini ortadan kaldıracığı, örgütlenmeyi engelleyeceğı, ücretlerin zaman içerisinde eriyeceğı ve bazı diğer sorunlara yol açacağı öne sürölen bu model 2003 yılında "4924 sayılı eleman temininde güçlük öekilen yerlerde sözleşmeli sağlık personeli öalıştırılması ile bazı kanun ve kanun hükmünde kararnamelerde değiğiklik yapılması hakkında kanun" ile yasalaşmış ve uygulamaya geçilmiştir.

Araştırmamız sağlıkta dönüşüm politikalarının sağlık ocağı öalışanlarında yarattığı geleceğe dönük belirsizliğin önemli bir sorun olarak algılandığını göstermiştir. Bu belirsizlik tüm mesleki sorunlar içerisinde hekimlerde, hemşirelerde ve sağlık memurlarında ikinci, ebelerde ise üçüncü sırada yer almaktadır.

6.5.3. İş kazası ve Meslek Hastalığı Riski

Araştırmamızın bulgularına göre, ebelerde ikinci, hemşirelerde üçüncü sırada yer alan iş kazası ve meslek hastalığı riski, hekimlerde ve sağlık memurlarında ilk beş mesleki sorun arasında yer almamaktadır. Bu durum, ebe ve hemşirelerin gezici hizmetleri ve enjeksiyon, pansuman hizmetleri gibi daha riskli işler üstlenmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Enjeksiyon ve pansuman hizmetleri sırasında gerçekleşebilecek iğne batması gibi kazalar, HIV, HBV ve HCV gibi ölümcül virüslerle bulaşa yol açabilmektedir.

Ebe ve hemşirelerde işe bağlı risklerin başta gelen sorunlardan biri olarak algılanmasının bir diğer nedeni de, gerek sağlık ocağında (ya da sağlık evinde) gerekse gezici hizmetleri sırasında hasta ve yakınları tarafından daha sık şiddete ve tacize uğramalarından kaynaklanıyor olabilir. Gerçekten de yapılan araştırmalar bu konunun başta ebe ve hemşireler olmak üzere tüm sağlık çalışanları için önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. ABD’de yapılan bir araştırmada her yıl 2 milyon iş yerinde şiddete maruz kaldıkları ve sağlık çalışanlarının en çok şiddetle karşılaşan meslek gruplarından biri olduğu saptanmıştır (89). Yine ABD’de yapılmış bir çalışmada sağlık çalışanları arasında en sık şiddete maruz kalan meslek grubunun hemşireler olduğu gösterilmiştir (90). Sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddete ilişkin ülkemizden de çalışma örnekleri bulunmaktadır. Örneğin, İzmir 112 Acil İlk Yardım Hastanesi çalışanları üzerinde yapılan bir araştırmada, çalışanların %67,6’sının sözlü tacize uğradığı, %48,6’sının sözlü tehdite uğradığı, %16,8’inin fiziksel saldırıya uğradığı ve %81’inin şiddet endişesi taşıdığı saptanmıştır (91). Araştırmamızda sorgulanmamış olmakla birlikte iş ortamında maruz kalınan şiddet, başta kaygı bozukluğu olmak üzere ruhsal sorunların gelişmesinde rol oynayan etkenlerden biri olabilir. Bu saptama için yapılacak yeni araştırmalara gereksinim vardır.

6.5.4. Mesleğin Toplumsal Saygınlığını Yitirmesi

Araştırmamızın bulgularına göre, mesleğin toplumsal saygınlığını yitirmesi sorunu hekimlerde üçüncü, sağlık memurlarında dördüncü sırada yer almaktadır. Ancak hemşire ve ebelerde ilk beş mesleki sorun arasında yer almamaktadır. Bu durumun olası nedeni, hemşire ve ebeliğin toplumda zaten saygın bir yeri olan meslekler olmaması ve toplum tarafından hor görülmesi olabilir. Araştırmamıza katılan hekimlerin büyük bölümünün (%48.9) meslek seçim nedenleri mesleğin toplumsal saygınlığıdır. Buna karşın bu oran, hemşirelerde %7.8, ebelerde %6.8’dir. Dolayısıyla hemşire ve ebelerin

meslek seçiminde mesleğin toplumsal saygınlığının fazla bir önemi yoktur. Bunlar daha çok alt sınıf ailelerden gelen ve gelecek endişesiyle mecburen bu mesleği seçen kızlar olabilir.

1992 yılında Ankara'da pratisyen ve uzman hekimler üzerinde yapılmış olan bir çalışmada, mesleğin toplumsal saygınlığını yitirmiş olması, birinci derecede önemli gördüğü sorun olarak bulunmuştur (84). Bizim araştırmamızda ise hekimlerde birinci sıradaki sorunun ücretlerin düşüklüğü olmasının olası nedeni yalnızca pratisyen hekimlerle görüşülmüş olmasıdır. İkinci sıradaki sorunun sağlıkta dönüşüm politikalarının yarattığı belirsizlik olmasının olası nedeni ise, bu politikalarının olumsuz etkilerinin son dönemde belirlemeye başlamasıdır. Bu nedenle, bizim araştırmamıza katılan hekimlerde mesleğin toplumsal saygınlığını yitirmesi sorunu, Ankara çalışmasına katılan hekimlere göre önceliğini yitirmiş olabilir.

Öte yandan, ücretlerin düşüklüğü ve mesleğin toplumsal saygınlığını yitirmesi sorunlarının, birlikte artma ve azalma gösteren sorunlar olduğu söylenebilir. Toplumdaki artı değer odaklı üretim ilişkileri, bir bireyin niteliğinin geliriyle ölçülmesi gibi bir sosyal gerçeğe yol açmıştır. Böyle bir üretim ilişkisi modelinin kaçınılmaz sonucu olan gelir dağılımı eşitsizliklerinin de eklenmesiyle, bir taraftan çok kazandıran meslekler saygın bir konuma gelmekte diğer taraftan ücretleri giderek düşen sağlık meslekleri gibi mesleklerin saygınlığı azalmaktadır. Nitekim, Antalya'da yapılmış olan bir çalışmada hekimler mesleklerinin toplumsal saygınlığını yitirmesinin en başta gelen nedeni olarak ücretlerinin azalmasını göstermişlerdir. Gösterdikleri diğer önemli nedenler ise, hekim sayısının fazlalığı, meslekteki etik sorunlar, hekim niteliğinde azalma, toplumun bakışındaki olumsuzlaşma ve tıp eğitimi kalitesindeki düşüklüktür (69).

6. 5. 5. Fiziksel ve Teknik Sorunlar

Araştırmaya katılan tüm sağlık meslek grupları, fiziksel ve teknik sorunları öncelikli beş sorun arasında belirtmişlerdir. Bu sorun, araştırmanın yapıldığı sağlık ocaklarındaki çalışma ortamı ve koşullarındaki yetersizliği ortaya koymaktadır. Gerçekten de ülke genelindeki bir çok sağlık ocağı gibi araştırma bölgesindeki sağlık ocaklarında da ödenek kısıtlılığına bağlı olarak fiziksel ve teknik yetersizlikler bulunmaktadır. Özellikle sağlık ocağı olarak planlanmadan inşa edilmiş sonradan Sağlık Bakanlığı tarafından kiralanarak sağlık ocağına dönüştürülmüş olanlarda bu yetersizlikler daha belirgin durumdadır. 2002 yılı verilerine göre ülkemizdeki sağlık ocaklarının %67,8'i kendi binasındadır (92). Örneklemimizdeki sağlık ocakları için de bu oran

benzerdir (%64.0) Sağlık kurumlarının yapımına ayrılan bütçe içerisinde tüm sağlık ocaklarının kendi binasına kavuşturulması öncelikli olarak ele alınmalıdır.

Aydınlanma, havalandırma, ısıtma ve soğutma gibi sistemlerdeki yetersizliklerin yanı sıra binaların genel bakımındaki yetersizlikler göze çarpmaktadır. Bu yetersizlikler yalnızca personelin fizik ve ruh sağlığı için değil başvuran hasta ve yakınları için de tehlike yaratmaktadır. Sunulan hizmetin beğenilmemesi, güvenilmemesi ve hizmet kullanımının azalması gibi olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Halkın sunulan hizmetten memnuniyetine yönelik araştırmalarda memnuniyet düzeyinin belirleyicileri olan bazı olumsuz koşullar, sağlık ocağının fiziksel koşullarındaki eksikliklerle bağlantılı olabilecek niteliktedir. Kayseri’de yapılmış olan bir çalışmada, memnuniyetsizliğin nedenleri arasında; sağlık ocağındaki hasta kalabalığı ve ilgilenilmemesi gösterilmiştir (93). Ankara’daki benzer bir çalışmada ise, memnuniyetsizliğin nedenleri arasında muayene koşullarının gereksinime uygun olmadığı gösterilmiştir (94).

6. 5. 6. İş Stresi ve Mesleki Gerilim

İş stresi, mesleki gerilim düzeyini artırarak fiziksel ve ruhsal sorunların oluşmasına yol açmaktadır. Karasek’in 1979’da tanımladığı “Mesleki Gerilim Modeli” ile iş stresinin iki bileşeni belirlenmiştir. Bu bileşenlerden birincisi, işin kişiden beklentileri; ikincisi ise kişinin bu beklentileri karşılamadaki karar verebilme ve işinde kendini geliştirebilme gücüdür (42). İşin kişiden beklentilerinin temel belirleyicileri; hızlı çalışma ve çok fazla çalışma gerekliliğidir. İşinde kendini geliştirebilmenin temel belirleyicileri ise; işin yapılmasında karar verebilme gücü, tekrarlayan işler (monotonluk), işte yaratıcı yetenekleri kullanabilme ve geliştirebilme olanağı, işte yeni bilgi ve beceriler edinebilme olanağıdır. İşin kişiden beklentisi ve işinde kendini geliştirebilme gücü düzeylerinin birbirlerine göre durumları mesleki gerilim düzeyleri hakkında fikir verebilmektedir (43,44).

Çalışanların bu model içerisindeki dağılımlarının belirlenmesinde Karasek’in önerdiği soru formunun Türkçe çevirisinin geçerlilik ve güvenilirliği araştırmamızın uygulandığı dönemde henüz yapılmamıştı. Dolayısıyla bahsedilen soru formu bu araştırmada kullanılmamıştır. Bununla birlikte, araştırmada sorgulanmış olan mesleki sorunlardan bazıları, katılan sağlık çalışanlarının durumuna ilişkin kabaca bir fikir verebilmektedir. Araştırmaya katılan sağlık meslek grupları, meslekte karar verebilme ve kendini geliştirebilme güçlerinin olmadığına yönelik sorunları, işlerinin kendilerinden beklentisinin fazlalığına yönelik sorunlara göre daha önemli bulduklarını belirtmişlerdir.

Bu bulgu, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Karasek'in modelindeki "pasif çalışma" durumu içerisinde olduklarını düşündürmektedir. Pasif çalışmada iş, kişinin bilgi, beceri ve davranışlarını geliştirmesine olanak sağlayamamasına yol açan bir çalışma koşuludur. Çalışan açısından zararlı olan bu durumun aynı zamanda iş verimine de olumsuz etkide bulunması beklenir. Ancak salt bu araştırmanın bulgularından yola çıkılarak, sağlık ocağı çalışanlarının mesleki gerilim modeli içerisindeki dağılımlarını nesnel olarak ortaya koymak ve bu dağılıma bağlı sonuçları ilişkilendirmek doğru olmayacaktır. Ülkemizde böyle bir saptamanın yapılması için gelecekte bu amaca yönelik araştırmalara gereksinim vardır.

6. 6. İŞ DOYUMU

İş doyumunu bizim araştırmamızın temel bağımlı değişkenlerinden bir olmamakla birlikte ayrı bir başlık altında tartışılması yararlı olacaktır. İş doyumunu kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin en önemli etkenlerinden biridir ve dolayısıyla çalışanların ruh sağlığı durumunun da önemli bir belirleyicisidir. Genel anlamıyla doyum, sosyolojik ve psikolojik boyutlar arasında yeri olan, bireysel gereksinimlerle kuramsal beklentiler arasındaki bir uzlaşma işlevidir (95). İş doyumunu ise, duygusal bir tepki ve davranışsal bir dışa vurum olup, bireyin yaptığı işi, çalışma ortamını, çalışma yaşamını değerlendirmesi ile oluşur. Sağlık hizmetlerinin insanı konu alması, dikkatli ve sürekli çalışmayı gerektirmesi nedeniyle, sağlık çalışanlarında iş doyumunu önemli bir göstergedir (96). Yaşam doyumunu etkileyen değişkenlerin iş doyumunu da etkilediği ve iş doyumunun tüm yaşam doyumunun küçük bir göstergesi olduğu belirtilmektedir (97).

İş doyumunu, sağlık çalışanlarında başta depresyon durumu olmak üzere ruhsal sağlık sorunlarının gelişimiyle ilişkili bir değişkendir (26). Araştırmamıza katılan hekimlerde de bu ilişki saptanmıştır. İş doyumunu düzeyinin puanlandırılmasına yönelik olarak geliştirilmiş çeşitli ölçekler bulunmasına karşın araştırmamızda iş doyumunu durumu tek soru ile sorgulanmış ve düşük ya da yüksek olarak gruplandırılmıştır. Böylece hassas bir ölçüm yapılamasa da genel bir durum saptaması gerçekleştirilmiştir. Buna bağlı olarak hekim dışı meslek gruplarının iş doyum düzeyleriyle ruh sağlığı durumları arasında var olan ilişki saptanamamış olabilir. Buna karşın, daha önce yapılmış çalışmalar hekim, hemşire ve ebelerde iş doyumunun düşüklüğünü vurgulamış ancak sağlık memurlarının durumunu incelememişlerdir. Oysa bizim çalışmamız, sağlık memurlarının iş doyumunu yönünden diğer gruplardan daha kötü bir durumda olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda iş doyumunun ruh sağlığı ile olan ilişkisi değerlendirilmiş olmasına karşın daha önce sağlık çalışanlarının iş doyumuna ilişkin olarak yapılmış bir

çok çalışmada ruhsal sağlıkla olan ilişkisinden çok mesleki tükenmişlik ile olan ilişkisi irdelenmiştir (77,98,99,100,101,102,103,104). Bu çalışmaların bazıları, sağlık çalışanlarında çeşitli çalışma koşullarının iş doyumuyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Erzurum'da yapılmış olan bir çalışmada, hemşire ve ebelerin iş doyumlarının düşük olmasında ücretlerin düşüklüğü, olumsuz çalışma koşulları ve yükselme olanaklarının olmayışının etkili olduğu bulunmuştur (98). Kocaeli'de yapılmış olan bir çalışma sonucuna göre ise, sağlık ocaklarında çalışan hemşirelerin, birinci basamak sağlık hizmeti sunabilmeleri için gerekli eğitimi almamış olmaları; personel sayısındaki ve araç-gereçteki yetersizlik; görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmemiş olması; hemşirenin bakım işlevi dışında kendilerine ait olmayan işleri yapmaları; mesleki beklentilerini gerçekleştirememeleri; mesleksel çabalarına geri bildirim alamamaları ve örgütsel yapılanmanın düzensizliği iş doyumunda azalmaya neden olmaktadır (99). İş doyumunun belirleyicileri olduğu saptanan bu mesleki değişkenlerle bizim araştırmamızdaki temel mesleki sorunlar benzerlik göstermektedir. Bu bulgular, araştırmamızda ruh sağlığı durumuyla ilişkili olduğu gösterilen bazı değişkenlerin, aynı zamanda iş doyumuyla da ilişkili olduğunu göstermektedir. Diğer taraftan araştırmamızda ruhsal sağlık durumuyla ilişkili olduğu görülen değişkenlerden biri de iş doyumudur. Dolayısıyla çalışma koşulları, iş doyumunu ve ruhsal sağlık durumu arasındaki ilişkilerde bu değişkenler arasında bir iç etkileşim varlığı söz konusu olabilir. Örneğin, meslek seçiminden duyulan pişmanlığın ruh sağlığıyla olan ilişkisi iş doyumunu düşürerek olabileceği gibi aynı zamanda doğrudan bir ilişki de olabilir. Üstelik bu ilişki ağı çift yönlü de olabilir. Dolayısıyla meslek seçiminden duyulan pişmanlık, hem bir neden hem de bir sonuç olarak bir kısır döngünün halkasını oluşturuyor olabilir. Bu ilişkilerin yönlerini belirlemek amacıyla yapılacak izlem araştırmalarına gereksinim bulunmaktadır.

6. 7. GENEL DEĞERLENDİRME

Araştırmamızda sağlık çalışanlarının ruh sağlığı durumunun değerlendirilmesinde algılanan sağlık durumu, genel sağlık düzeyi, depresyon durumu ve kaygı düzeyi gibi ruhsal sağlık göstergelerine odaklanılmıştır. Ruh sağlığı durumu geniş bir perspektifte ele alınması gereken bir konudur. Kullandığımız ölçeklerin ruh sağlığı durumunun değerlendirilmesinde gerekli olmalarına karşın yeterliliği tartışılabilir. Daha önce de değinildiği gibi kullandığımız ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliklerindeki yetersizlikler de eklendiğinde, çıkardığımız sonuçların tam anlamıyla ruh sağlığı durumunu gösteremeyeceği ancak yine de fikir verici nitelikte olduğu söylenebilir. Depresyon ve kaygı bozukluğu gibi tanısal anlamı olan durumları göz önüne almasak

dahi algılanan sağlık durumu ve genel sağlık düzeyinin ruh sağlığı durumu hakkında fikir verici olduğunu öne süren yayınlar bulunmaktadır (62,65).

Bu noktadan hareketle, sağlık ocağı çalışanlarındaki ruh sağlığı durumu değerlendirmemizde elde ettiğimiz sonuçlara göre öncelikli olarak dikkat çeken nokta, çalışanlarda önemli düzeyde ruh sağlığı sorunlarının olduğu ve bu sorunların bazı genel, mesleki ve sosyal özellikleri ile ilişkili olduğudur. Farklı değişkenlerin, farklı meslek gruplarında aynı düzeyde ilişkili olmadığı ancak özellikle mesleki değişkenlerin tüm sağlık meslek gruplarında ruh sağlığıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte etkileri incelenen bir çok değişkenin mesleki yaşamda birbiriyle ilişki içerisinde olduğunu da belirtmek gerekir. Örneğin tüm gruplarda en önemli mesleki sorun olduğu görülen düşük ücret sorununun ek bir iş yapmayı tetiklediği, iş doyumunu düşürdüğü; sağlık ocağının fiziksel yetersizliklerinin iş riski kaygısını artırdığı; kırsal bölgede çalışmanın sosyal yaşamı olumsuz etkilediği; bu koşulların meslek seçiminden pişmanlık duyulmasına yol açtığı ve sonuçta tüm bu değişkenlerin içiçeliğinin ruh sağlığı üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Diğer bir dikkat çekici nokta, hekimlerin ruh sağlığı durumunun diğer meslek gruplarına göre daha iyi olduğudur. Bu durumun olası bir nedeni, tüm sağlık meslek gruplarında en önemli sorun olarak algılanan ücret düşüklüğünün yarattığı ekonomik sorunların hekimlerde görece az olması olabilir. Bunun dışında, hekimlik mesleğinin tüm güçlüklerine karşın sağladığı kendine özgü manevi tatmin ve bu tatminin getirdiği iç huzur diğer sağlık meslek gruplarından daha güçlü olabilir. Belki de bu nedenle dünyaya daha karamsar bakan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının ruh sağlığı durumları daha kötüdür.

Hekimlerin ruh sağlığı durumunun diğer meslek gruplarına göre daha iyi olmasına karşın hekimlerin ruh sağlığı ile ilişkili değişkenler nicelik olarak daha fazladır. Meslek seçiminden duyulan pişmanlık, düşük iş doyumunu düzeyi, bağlı bulundukları sağlık ocaklarında 4 yıl ya da daha kısa bir süredir çalışıyor olmak, ek bir iş yapmıyor olmak, tanı konmuş kronik ya da psikiyatrik bir hastalığın var olması ve sosyal etkinliklere katılımın düşük olması hekimlerin ruh sağlığı durumuyla ilişkili olduğu görülen en önemli özelliklerdir. Bunların dışında cinsiyet de önemli bir bileşendir ve kadın olmak ruh sağlığı sorunları için bir yatkınlık nedenidir. Hekimlerde ruh sağlığıyla ilişkisi olduğu belirlenen değişkenlerin nicelik olarak fazla olmasında huzurlu bir yaşam için mesleklerinden beklentilerinin daha fazla olması rol oynuyor olabilir. Hekimlik ünvanını edinebilmek için büyük emek harcamak ve özveride bulunmak gerekmekte ve sonuçta doğal olarak huzurlu bir yaşam beklentisi doğmaktadır. Hekimler böyle bir

beklenti içerisindeyken çeşitli genel, mesleki ve sosyal değişkenlere karşı diğer sağlık meslek gruplarına göre daha duyarlı olabilirler.

Araştırmamız bu genel, mesleki ve sosyal özellikler ile ruh sağlığı durumu arasında bir neden sonuç ilişkisi kurabilmemiz için yeterli değildir. Bununla birlikte dikkat edilecek olursa bu özelliklerin birbirleriyle de etkileşim içerisinde oldukları düşünülebilir. Hekimlerin öncelikli mesleki sorunları olduğu belirlenen düşük ücret, sağlık politikalarının neden olduğu belirsizlik ortamı ve mesleğin toplumsal saygınlığını yitirmesi gibi sorunlar, ek iş yapmaya zorlamakta, meslek seçiminden pişmanlık duyulmasına yol açmakta, iş doyumunu azaltmakta ve sonuçta ruh sağlığını olumsuz etkilemekte olabilir.

Benzer durum hemşire, ebe ve sağlık memurları için de geçerli olmakla birlikte bu gruplarda özellikle iş doyumunun ve sosyal etkinliklere katılımın düşük olması ruh sağlığı durumunun en önemli belirleyicilerdir. Bu grupların ruh sağlıkları hekimlerdeki kadar fazla sayıda değişkenle ilişkili olmamakla birlikte ilişkili oldukları değişkenlerden etkilenimleri daha yüksektir. Sonuç olarak bu gruplarda ruh sağlığı durumu göstergeleri hekimlerden daha kötüdür. Bu durum, hekimlerle aynı kurumda çalışıyor olmalarına karşın bu gruplarda eğitim düzeyleri, ekonomik koşulları, sosyal yaşamları ve mesleki dinamiklerindeki farklılıkların dünyaya bakışlarında da farklılığa yol açtığını düşündürmektedir.

Araştırmamızın amaçları arasında yer almamakla birlikte sağlık çalışanlarının ruh sağlığı durumunu diğer mesleklerle karşılaştırarak daha iyi ya da daha kötü olduğunu ortaya koyabilecek araştırmalar yapılabilir. Ancak sağlık çalışanlarının topluma sağlık hizmeti sunmak gibi “karşılaştırılmaz” nitelikte bir görevleri olduğu göz önüne alındığında, diğer mesleklerle karşılaştırılmasının pek bir önemi kalmayacaktır. Sağlık çalışanları fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmalıdır ki topluma nitelikli bir sağlık hizmeti sunabilsinler. Bu hizmet tam olarak sunulduğunda diğer meslek çalışanlarının hatta tüm toplumun sağlık düzeyi zaten gelişecektir. Bu yönüyle ayrıcalıklı olarak nitelendirilebilecek sağlık çalışanlarının ruh sağlığı durumları oldukça önemlidir. Araştırmamızın bulguları ise bu yönde önemli düzeyde sorunlar olduğunu göstermektedir.

Bu sorunların ortadan kaldırılması, toplum sağlığının geliştirilebilmesinin olmazsa olmazıdır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik politikaların belirlenmesinde başta sağlık ocağı çalışanları olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının temel mesleki sorunlarının ve sosyal alandaki kısıtlılıklarının ortadan kaldırılması öncelikli hedefler arasında yer almalıdır. Sağlık hizmeti sunumundaki aksaklıklara yaklaşım elde

var olan modeli tümüyle ortadan kaldırarak başka ülkelerde daha önce denenmiş ve başarısızlıkla sonuçlanmış modelleri denemek değil eldeki modelin aksayan yönlerini düzelterek geliştirmek olmalıdır.

6. 7. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Daha önce, bu araştırmada ele alınan sağlık ocağında görevli sağlık çalışanlarının tümü üzerinde ruh sağlığı değerlendirmesi yapılan bir araştırma yapılmamıştır. Özellikle hekimlerde ve hemşirelerde iş doyumu durumu, tükenmişlik durumu gibi mesleki durum değerlendirmesi dışında ruh sağlığı konusunda da bazı araştırmalar yapılmış olmasına karşın ebe ve sağlık memurları hakkında yeterli araştırma bulunmamaktadır. Bununla birlikte, araştırmamız sonucunda sağlık çalışanlarının ruh sağlığı durumuna ilişkin olarak elde edilen olumsuz bulguların daha geniş değerlendirilmesi amacıyla yapılacak yeni çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

6. 8. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

6. 8. 1. Örnek Seçimine Ait Kısıtlılıklar

Araştırmanın örnek seçimi personel temelinde değil, sağlık ocağı temelinde yapılmıştır. Bu nedenle örneklemin evreni temsil gücünde az da olsa bir kısıtlılık söz konusu olabilir. Bu yöntemin seçilme nedeni, araştırma bölgesindeki 50 sağlık ocağında çalışan personel sayısının tam olarak saptanamamış olmasıdır. Antalya Sağlık Müdürlüğü'nden ilgili sağlık ocaklarında çalışan personel sayıları listesi elde edilmiş olmasına karşın bu listedeki sayıların merkezi görevlendirme ya da geçici görevlendirme gibi nedenlerle gerçeği yansıtmadığı görülmüştür. Bu durumda örnek seçiminin sağlık ocağı temelinde yapılması, ancak bu seçimin bölge özelliklerine göre tabakalandırılarak ve örneklem büyüklüğü %50 oranına dek yükseltilecek yapılması yolu seçilmiş ve örnekleme çıkanların büyük çoğunluğuna (%98 8) ulaşılmıştır. Örneklerin büyüklüğünün evrenin yarısı kadar olması, evreni temsil gücünü artırmaktadır.

Örneklem büyüklüğünün temsil gücünün yüksek olmasına karşın araştırmamıza katılan sağlık meslek grupları arasındaki sayısal farklılık, ruh sağlığı durumu ile ilişkili değişkenlerin bulunmasına yönelik istatistiksel analizlerde olumsuz bir etki yapmış olabilir. Özellikle sayısal olarak oldukça düşük olan sağlık memurlarında ilişkili olabilecek bazı değişkenler saptanamamış olabilir. Bununla birlikte gerçekten aradığımız ilişkiler var olmayabilir.

6. 8. 2. Araştırma Yöntemine Ait Kısıtlılıklar

Araştırmanın en önemli kısıtlılıklarından biri, kesitsel tipte olmasından kaynaklanmaktadır. Bu kısıtlılık bulunan tüm ilişkilerin yönünün belirsiz olmasıdır. Özellikle ek iş yapma durumu, iş doyumu düzeyi, sosyal etkinliklere katılım durumu gibi değişkenlerin ruhsal sağlığın bozulmasında bir neden mi yoksa bir sonuç mu olduğu belirsizdir. Bu kısıtlılık ancak ileride yapılacak olan kohort çalışmalarıyla giderilebilecek ve nedensellikler belirlenebilecektir.

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Sağlığı ölçen araştırmalarda veri toplama aracı olarak anket kullanılmasının bazı sınırlılıklarının olduğu belirtilmektedir. Bir çok araştırmacı sağlığın değerlendirilmesinde fizik muayenenin daha değerli olduğunu kabul etmektedir (105). Ancak saha çalışmalarında bu uygulama güçlükleri nedeniyle olanaklı görünmemektedir. Ayrıca fizik muayene, kişinin ruh durumunun belirlenmesinde yeterli olmamaktadır. Çalışmanın içeriği nedeniyle anket yöntemi uygun bir teknik olarak kabul edilmiştir.

Daha önce de değinildiği gibi, araştırma soru formunda ruh sağlığı durumunu belirlemeye yönelik olarak kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlikleri genel de yüksek olmakla birlikte, araştırmaların sonuçlarını etkilemiş ve dolayısıyla bir başka sınırlılığa yol açmış olabilir. Ayrıca bu ölçekler, kişilerin ruh sağlığı durumunun belirlenmesinde genel bir değerlendirme olanağı sağlamasına karşın tanı koydurucu niteliğe sahip değildir. Tanı koyma açısından daha güçlü olduğu bilinen CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) gibi bazı ölçeklerin uygulanması uzmanlık ya da özel bir eğitim gerektirmektedir. Bu nedenle araştırma soru formunda kullanılan bu dört ölçeğin genel değerlendirmesi yeterli görülmüştür. Soru formuna ilişkin bir diğer kısıtlılık, ruh sağlığıyla ilişkisi olabilecek ancak soru formunda yer almayan değişkenlerin de var olması olasılığıdır.

Araştırmaya katılan 516 sağlık çalışanının 131'i (%25.4) hekim, 116'sı hemşire (%22.5), 222'si ebe (%43.0) ve 47'si sağlık memurudur (%9.1). Meslek gruplarının ayrı ayrı ele alındığı analizlerde, bazı meslek gruplarında çalışan sayısının düşük olması nedeniyle bir kısıtlılık söz konusudur. Bu durum istatistiksel anlamlılığı olan bazı ilişkilerin elde edilememesine yol açmış olabilir. Bu nedenle, özellikle çoklu analizlerde oluşturulan modele sokulan değişken sayısının fazla olmamasına dikkat edilmiştir.

Araştırma sonuçlarının ülkedeki tüm sağlık ocağı çalışanlarını temsil niteliği bulunmamaktadır. Sonuçlar değerlendirilirken yalnızca araştırma bölgesindeki sağlık ocağı çalışanlarını temsil ettiği göz önünde bulundurulmalıdır.

6. 8. 3. Araştırmaya Katılanlara Ait Kısıtlılıklar

Araştırma rneklemindeki sağlık ocaklarında çalışanların katılım oranı %98.8'dir. Ulaşılamayanların çalıştığı sağlık ocaklarına belirli aralıklarla üç kez gidilmiş ve ulaşılamayanların oranı düşürülmüş ve böylece ulaşılamayanların yaratabileceği taraf tutma olasılığı en aza indirilmiştir.

Araştırmaya katılanların ruh sağlığı durumunun belirlenmesine yönelik sorulara yanıt verirken kendileri hakkındaki bu bilgileri gizlemiş olma olasılıkları, bu araştırmanın kısıtlılıklarından birini oluştırmaktadır. Katılımcılara araştırmanın genel amacı anlatılarak ve isimlerini belirtmemeleri istenerek bu olasılık azaltılmaya çalışılmıştır.

7. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Antalya Merkez İlçesi'nin kentsel ve kırsal bölgesindeki sağlık ocaklarında çalışan 516 sağlık çalışanının ruh sağlığına ilişkin araştırma sonuçlarımız şu şekilde sıralanabilir:

7.1. TÜM SAĞLIK ÇALIŞANLARINDAKİ SONUÇLAR

❖ Görüşülen 516 sağlık çalışanının Algılanan Sağlık Ölçeği'ne göre %39.9'unun algılanan sağlık durumunun kötü olduğu; Genel Sağlık Anketi'nin 12 soruluk formuna göre %48.8'inin genel sağlık düzeyinin kötü olduğu; Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon puan ortalamasının 8.4 ± 8.0 olduğu; Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Durumu Envanteri'ne göre durumluk kaygı puan ortalamasının 39.7 ± 9.7 , sürekli kaygı puan ortalamasının 44.4 ± 8.0 olduğu bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının ruh sağlığı sorunları ile ilişkili bulunan değişkenler arasında düşük iş doyumu, meslek seçiminden duyulan pişmanlık ve sosyal etkinliklere katılımın düşük olmasının öne çıktığı görülmüştür.

❖ Sağlık çalışanlarının en önemli olarak nitelendirdiği mesleki sorunlar; düşük ücret, sağlıkta dönüşüm politikalarının yarattığı belirsizlik, iş kazası ve meslek hastalığı riskleri, mesleğin toplumsal saygınlığını yitirmiş olmasıdır.

7.2. MESLEK GRUPLARINA GÖRE SONUÇLAR

❖ 131 hekimin %26.0'ının algılanan sağlık durumunun, %42.8'inin genel sağlık düzeyinin kötü olduğu; depresyon puan ortalamasının 6.5 ± 6.5 , durumluk kaygı puan ortalamasının 38.6 ± 9.7 , sürekli kaygı puan ortalamasının 42.4 ± 8.1 olduğu bulunmuştur. Hekimlerin ruh sağlığı sorunları ile; kadın olmak, psikiyatrik ya da kronik bir hastalık varlığı, eşin çalışmaması, ek iş yapmama, çalışılan sağlık ocağında 4 yıl ya da daha kısa bir süredir çalışıyor olmak, düşük iş doyumu, meslek seçiminden duyulan pişmanlık ve sosyal etkinliklere katılımın düşük olması ilişkili bulunmuştur.

❖ 116 hemşirenin %47.4'ünün algılanan sağlık durumunun, %55.2'sinin genel sağlık düzeyinin kötü olduğu; depresyon puan ortalamasının 9.7 ± 8.7 , durumluk kaygı puan ortalamasının 40.1 ± 9.7 , sürekli kaygı puan ortalamasının 45.6 ± 7.6 olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin ruh sağlığı sorunları ile; psikiyatrik bir hastalık varlığı, ilaç

kullanımı, düşük iş doyumu, meslek seçiminden duyulan pişmanlık ve sosyal etkinliklere katılımın düşük olması ilişkili bulunmuştur

❖ 222 ebenin %46.4'ünün algılanan sağlık durumunun, %47.8'inin genel sağlık düzeyinin kötü olduğu; depresyon puan ortalamasının 8.8 ± 7.7 , durumluk kaygı puan ortalamasının 39.6 ± 9.3 , sürekli kaygı puan ortalamasının 45.0 ± 8.1 olduğu bulunmuştur. Ebelerin ruh sağlığı sorunları ile; psikiyatrik bir hastalık varlığı, ilaç kullanımı, meslekte 10 yıl ya da daha kısa bir süredir çalışıyor olmak, düşük iş doyumu, meslek seçiminden duyulan pişmanlık ve sosyal etkinliklere katılımın düşük olması ilişkili bulunmuştur.

❖ 47 sağlık memurunun %34.0'ının algılanan sağlık durumunun, %53.3'ünün genel sağlık düzeyinin kötü olduğu; depresyon puan ortalamasının 8.4 ± 10.4 , durumluk kaygı puan ortalamasının 42.4 ± 10.9 , sürekli kaygı puan ortalamasının 44.1 ± 7.6 olduğu bulunmuştur. Sağlık memurlarının ruh sağlığı sorunları ile; kentsel bölgede çalışıyor olmak, düşük iş doyumu ve sosyal etkinliklere katılımın düşük olması ilişkili bulunmuştur.

Bu sonuçlar, araştırma bölgemizdeki sağlık çalışanlarının ruh sağlığı sorunlarının önemli bir düzeyde olduğunu göstermektedir. Sağlık çalışanlarının yaşam kalitelerini olduğu gibi sundukları sağlık hizmetini de etkileyen bu durumun üzerinde önemle durulması ve çözüm üretilmesi gerekmektedir. Bu çözümün sağlanabilmesine yönelik olarak, bir bölümüne tartışma metni içerisinde de değinilmiş olan makro ve mikro düzeydeki önerilerimiz aşağıda sıralanmıştır:

7.3. MAKRO DÜZEYDE ÖNERİLER

❖ Küreselleşme politikaların uzantısı olan sağlıkta dönüşüm politikalarından vazgeçilmeli, devletin sosyal niteliği geliştirilmelidir. Bu amaçla, eşitlikçilik ve verimlilik ilkeleri temelinde, vergi sistemi ve gelir dağılımı yeniden düzenlenmelidir.

❖ Ülke kaynaklarının tahsisatında sağlığın belirleyicilerinden olan sosyoekonomik durumun geliştirilmesine yönelik adımlar atılmalı, devlet bütçesinden sağlığa ayrılan pay sağlık sistemi yönünden gelişmiş ülkelerdeki düzeylere çıkarılmalıdır.

❖ Sağlık sistemindeki aksaklıkların ve dolayısıyla sağlık çalışanlarının sorunlarının çözüm esasları 224 sayılı kanunun içeriğinde bulunmaktadır. Bu kanunun sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumunda öngördüğü çağdaş anlayış, devletin sağlığa bakışının temelini oluşturmalıdır. Bu amaçla, kanunun gerektirdiği genel kurulların gerçekleştirilmesi ve günümüzün koşullarının getirdiği gereksinimler doğrultusunda güncellenmesi gerekmekte ve kanunun gereklilikleri ödün verilmeksizin uygulanmalıdır.

7. 4. MİKRO DÜZEYDE ÖNERİLER

❖ Tüm sağlık çalışanlarında ücretlerin düşüklüğü en başta gelen sorun olarak algılanmakta ve bu durum ruh sağlığı üzerinde olumsuz bir etki yaratmaktadır. Bu sorunun çözümüne yönelik olarak uygulanan döner sermaye katkı payları hem yeterli düzelmeyi sağlamamakta hem de “ücretsiz sağlık hizmeti” anlayışına ters düşmektedir. Sağlık hizmetlerini paralı hale getiren ve sürdürülebilirliği şüpheli olan bu uygulamadan vazgeçilmeli, personel ücretlerinin yeterli bir düzeye getirilmesi amacıyla dolaylı yollar değil doğrudan maaş artışı yapılması yoluyla çözüm sağlanmalıdır.

❖ Sağlık çalışanlarının özlük haklarına yönelik iyileştirici çalışmalar yapılmalı ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde zorlayıcı ve tehdit edici nitelikte uygulamalar yerine özendirici nitelikte uygulamalara geçilmelidir.

❖ Sağlık ocağı çalışanlarının toplumsal saygınlıklarını yeniden kazanabilmelerine yönelik olarak sağlık hizmetleri içerisinde sağlık ocaklarının önemini artıracak önlemler alınmalıdır. Toplumda sağlık ocağı hekimleri için “reçeteleri resmi belgelere dönüştüren, öğrencilere sınav öncesi rapor veren, istenilen yere sevk eden ve yalnızca basit hastalıkların tedavisinden anlayan hekimler” biçiminde bir anlayış gelişmiştir. Toplumun kendi içinde yetiştirdiği, zaman ve emek harcayarak tıp fakültesi eğitimi sağladığı hekimler için bu şekildeki anlayış, hekimler adına “üzücü” toplum adına ise “müsrif” bir tutumdur. Aynı şekilde ya yetki ya da olanak elverişsizliğine bağlı olarak görevlerini yeterince uygulayamayan hekim dışı personelin de toplumdaki saygınlığı hak ettikleri nitelikte değildir. Bu amaçla, basamaklı sağlık hizmeti anlayışı gözden geçirilmeli, sevk sistemi gerektiği gibi işletilmeli, sağlık ocaklarının ödenekleri artırılarak hizmet niteliği geliştirilmelidir.

❖ Sağlık ocaklarının fiziksel olanaklarının geliştirilmesi ve malzeme gereksinimlerinin karşılanması için kamusal ödenekler artırılmalı, sağlık kurumları hastaların cepten

ödemeleri, bağışlar ya da çeşitli firmaların çıkar amaçlı desteklerine muhtaç olmaktan kurtarılmalı ve hiçbir kişi ya da kuruma maddi ya da manevi olarak borçlu kalmamaları sağlanmalıdır.

❖ Sağlık çalışanlarının konut ve ulaşım sorunlarının üzerinde durulmalıdır. Özellikle hekim dışı personel için lojman olanağı sağlanmalı ve mesai saatleri içerisinde toplu taşıma araçlarından ücretsiz yararlanması sağlanmalıdır.

❖ Sağlık çalışanlarının ruh sağlığı sorunlarının sosyal etkinliklere katılımı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu nedenle çalışanların sosyal etkinliklere katılımını destekleyen uygulamalar yapılabilir. Örneğin, sinema, tiyatro, konser vb. etkinliklere katılımları için “sağlık çalışanı indirimi” sağlanabilir. Bu yalnızca kamunun değil toplumun da üzerine düşen bir anlayış ve destektir. Bunun dışında sağlık çalışanları için uygun gezi, kamp ve tatil olanakları sağlanabilir.

❖ Sağlık çalışanlarının ruh sağlığıyla ilişkili bulduğumuz değişkenlerin neden-sonuç ilişkilerini ortaya koymaya yönelik kohort araştırmaları yapılmalıdır.

❖ Tüm makro ve mikro düzeydeki önerilerimiz gerçekleştirildikten sonra, sağlık çalışanlarının ruh sağlığı durumu, hizmet sunumundaki gelişmeler ve halkın hizmetten memnuniyeti yeniden değerlendirilmeli ve yeni öneri ve çözümler belirlenmelidir.

Sağlık çalışanlarının ruh sağlıklarının geliştirilmesine yönelik olarak tüm bu önerilerin belirli bir maliyeti olacağı açıktır. Diğer taraftan “sağlık” gibi özel nitelikteki bir alanda çalışanlar için bu önerilerin dikkate alınması gerekmektedir. Üstelik bu harcamaları “maliyet” olarak değil “yatırım” olarak değerlendirmek daha doğru olacaktır. Çünkü sonuçta sağlanacak hizmet kalitesi artışı düşünüldüğünde bu yatırım oldukça akla yatkındır.

ÖZET

Bu çalışmada, Antalya Merkez İlçesi'nin kentsel ve kırsal bölgelerindeki sağlık ocaklarında çalışan sağlık çalışanlarının ruh sağlığı durumları ve ilişkili genel, mesleki ve sosyal değişkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla, araştırma bölgesindeki 50 sağlık ocağından tabakalı örnekleme ile alınan 25 sağlık ocağında görevli 516 sağlık çalışanıyla görüşülerek kesitsel tipte bir araştırma yapılmıştır. Araştırma örneklemindeki sağlık ocaklarında çalışanların %98.8'ine ulaşılmış ve anket uygulanmıştır.

Görüşülen 516 sağlık çalışanının Algılanan Sağlık Ölçeği'ne göre %39.9'unun algılanan sağlık durumunun kötü olduğu; Genel Sağlık Anketi'nin 12 soruluk formuna göre %48.8'inin genel sağlık düzeyinin kötü olduğu; Beck Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon puan ortalamasının 8.4 ± 8.0 olduğu; Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Durumu Envanteri'ne göre durumluk kaygı puan ortalamasının 39.7 ± 9.7 , sürekli kaygı puan ortalamasının 44.4 ± 8.0 olduğu bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının en önemli olarak nitelendirdiği mesleki sorunların; düşük ücret, sağlıkta dönüşüm politikalarının yarattığı belirsizlik, iş kazası ve meslek hastalığı riskleri, mesleğin toplumsal saygınlığını yitirmesi olduğu saptanmıştır. Meslek gruplarına göre yapılan çoklu analizlerde, ruhsal sağlık yönünden hekimlerin görece daha iyi durumda olmasına karşın tüm meslek gruplarının ruhsal sağlığında önemli düzeyde sorunlar olduğu ve bu sorunların bazı genel, mesleki ve sosyal değişkenlerle ilişkili olduğu görülmüştür. Bu değişkenler arasında, iş doyumu düzeyi, meslek seçiminden duyulan pişmanlık durumu ve sosyal etkinliklere katılım durumunun öne çıktığı görülmüştür.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda en önemli basamak olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü sağlık ocaklarındaki sağlık çalışanlarının ruh sağlığı sorunları, hizmetin niteliğini olumsuz etkileyebileceği için, yalnızca kendileri için değil halk sağlığı adına da önemli bir sorundur. Bu nedenle sağlık çalışanlarının ruh sağlığı sorunlarının nedenlerini belirlemek ve çözmek gerekmektedir. Kesitsel tipteki araştırmamız ruh sağlığı ve ilişkili bulunan değişkenler arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemeye olanak sağlamamakla birlikte, bu konuda yapılacak kohort çalışmalarına yol gösterici niteliktedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık ocağı, sağlık çalışanı, ruh sağlığı, algılanan sağlık durumu, genel sağlık düzeyi, depresyon, kaygı bozukluğu, mesleki sorunlar.

KAYNAKLAR

1. Kıran S. Sağlık çalışanlarında mesleki etkenlerle karşılaşma düzeyleri ve hastalık / yakınma ile ilişkisinin değerlendirilmesi D.E.Ü.İ.F. Halk Sağlığı A.D. İş Sağlığı Doktora Tezi. İzmir, 2003: 7.
2. Soyer A. Sağlık çalışanlarının mesleki riskleri ve sağlık kurumlarındaki iş sağlığı ve güvenliği birimleri: neden, nasıl? Toplum ve Hekim Dergisi, 1999; 14 (6): 458-460.
3. Rezaki M. Sağlık çalışanlarında ortaya çıkabilecek ruhsal sorunlar Sağlık Çalışanlarının Sağlığı I. Ulusal Kongresi Kitapçığı. Ankara, 1999: 79.
4. Öztekin Z. Eren N. Sağlık Ocağı Yönetimi Palme Yayınları, Ankara, 1996: 30-41
5. WHO İnternet Sitesi: WHO definition of health (<http://www.who.int/about/definition/en/>). Ziyaret tarihi: Haziran 2004.
6. Fişek H.N. Halk Sağlığına Giriş Hacettepe Üniversitesi - DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No.2 Ankara, 1983:1.
7. UNSTATS İnternet Sitesi: International standart: Industrial classification of all economic activities (<http://www.unstats.un.org/unsd/cr/registry/regct.asp?Lg=1>). Ziyaret tarihi: Aralık 2003.
8. ILO İnternet Sitesi: Health sector (<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/sectors/health.htm>). Ziyaret tarihi: Ocak 2004.
9. Belek İ. Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlığın Ekonomi Politikası. Sorun Yayınları, İstanbul, 2001: 40.
10. Dirican R. Toplum Hekimliği (Halk Sağlığı) Dersleri. Hatipoğlu Yayıncılık, Ankara, 1990: 48-49.
11. WHO Regional Office for Europe: Terminology list prepared by the WHO Secretariat for a European Conference on national health planning held in Bucharest Copenhagen, 1974: 14.
12. Benli D, Özalp H. Sağlık Hizmetlerinde Yönetim Somgür Yayıncılık, Ankara, 1995: 1-14.
13. WHO İnternet Sitesi: Declaration of Alma-Ata International conference on primary health care, Alma-Ata, USSR. 1978 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf) Ziyaret tarihi: Nisan 2004.
14. Dirican M.R. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve başarısızlık nedenleri. Toplum ve Hekim 1994; 9 (60): 49-51.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Ankara, 2001

16. Sağlık 2003. T.C Sağlık Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı Yayını, Ankara, 2004: 13.
17. TTB Kocaeli Tabip Odası Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 Türkiye’inde halka, hekimlere, sağlık personeline ne getiriyor? TTB Yayınları, 2004: 27-54.
18. ILO İnternet Sitesi: Resolution concerning the revision of the International Standard Classification of Occupations ISCO, 1987 (<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/res/isco.htm>) Ziyaret tarihi: Şubat 2004
19. Ergör A, Demiral Y, Kıran S. Türkiye’deki tıp fakültelerinde iş sağlığı eğitimi: bir durum saptama çalışması. Toplum ve Hekim Dergisi, 1999; 14 (2) : 93-95
20. İş kazası ve meslek hastalığının tarifi. 506 sayı ve 17.7 1964 tarihli SSK Kanunu. Bölüm II, Madde 11 A ve B.
21. Bilir N. İş Sağlığı. İçinde: Bertan M, Güler Ç (ed): Halk Sağlığı Temel Bilgiler Bölüm:10 (İş Sağlığı). Güneş Kitabevi, Ankara, 1995: 263-283
22. Kuey L, Gülec C. Depression in Turkey in the 1980s: epidemiological and clinical approaches. Clinical Neuropharmacology, 1989;12 (2):1-12.
23. Stavem K, Hofoss D, Aasland GJ, Loge JH. The self-perceived health status of Norwegian physicians compared with a reference population and foreign physicians. Scandinavian Journal of Public Health, 2001; 29: 194-199.
24. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Young doctor’s health-II: health and health behaviour. Social Science & Medicine, 1997; 45 (1): 41-44
25. Juel K, Mosbech J, Hansen ES. Mortality and cause of death among Danish physicians 1973-1992. Ugeskrift Laegeforening, 1997;159 (44): 6512-6518.
26. Frank E, Dingle AD. Self-reported depression and suicide attempts among US women physicians. American Journal of Psychiatry, 1999; 156 (12): 1887-1894
27. Chan AO, Huak CY. Influence of work environment on emotional health in health care setting. Occupational Medicine (London), 2004; 54 (3): 207-212
28. Feskanich D, Hastrup JL, Marshall JR, Colditz GA et al. Stress and suicide in the nurses. Journal of Epidemiology and Community Health, 2002; 56 (2): 95-99.
29. Işık E. Duygu Durumu Bozuklukları: Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Görsel Sanatlar Matbaacılık, Ankara, 2003: 5-11, 20-32, 103-120.
30. Ebert HE, Loosen PT, Nircombe B. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi (Çeviri Editörleri: Birsöz S, Karaman T) Güneş Kitabevi, Ankara, 2003: 290-307
31. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi Sivas, Dilek Matbaası, 1995: 3-5

32. Tyssen R, Vaglum P. Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. *Harvard Review Psychiatry*, 2002; 10 (3): 154-165.
33. Berksun OE. Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları. Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2003: 7-15.
34. Selçuk Üniversitesi Aile Araştırma ve Uygulama Merkezi İnternet Sitesi: Yaygınlaşmış kaygı bozukluğu (<http://www.aile.selcuk.edu.tr/psikiyatri/yayginanksiyete.htm>). Ziyaret tarihi: Haziran 2004.
35. Spielberger CD. *Theory and research in anxiety*. New York Academic Press, 1970.
36. Dönmez L, Aktekin M, Erengin H. Antalya'daki hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinde durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri. *3P Dergisi*, 1996; 4 (4): 268-275.
37. Ocaktan ME, Keklik A, Çöl M. Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında çalışan sağlık personelinde Spielberger durumluk ve sürekli kaygı düzeyi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2002; 55 (1): 21-28.
38. Hofoss D, Nord E. Norwegian physicians affluent and reputed, but not particularly happy. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 1997; 117 (24): 3476-3481.
39. Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NI, Ekeberg O. The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers: a nationwide Norwegian prospective cohort study. *Medical Education*, 2000; 34 (5): 374-384.
40. Seward JP. Occupational Stress. In: LaDou J. (ed): *Occupational Medicine*. Prentice-Hall International, Inc 1990; Chapter 35: 467-480.
41. Hofoss D, Gjerberg E. Physicians working hours. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 1994; 114 (26): 3059-3063.
42. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 1979; 24: 285-308.
43. Center for Social Epidemiology İnternet Sitesi: Karasek Job Strain Model (<http://www.workhealth.org/strain/jsdef2.html>) Ziyaret Tarihi: Mayıs 2004.
44. Center for Social Epidemiology İnternet Sitesi: Definitions and formulations of job strain (<http://www.workhealth.org/strain/jsdef.html>) Ziyaret Tarihi: Mayıs 2004.
45. Karasek RA, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *American Journal of Public Health* 1979; 71 (7): 694-705.
46. Schnall PL, Pieper C, Schwartz JE, Karasek RA et al. The relationship between "Job Strain", workplace diastolic blood pressure, and left ventricular mass index. Results of a case control study. *JAMA*, 1990; 263 (14): 1971-1973.

47. Reed DM, La Croix AZ, Karasek RA, Miller D, MacLean CA. Occupational strain and the incidence of coronary hearth disease. *American Journal of Epidemiology*, 1983; 129 (3): 495-502.
48. Artazcoz Lazcano L, Cruz i Cubbels JL, Morcada i Lluís S, Sanchez Miguel A. Stres and work related tension in the nurses and clinical aides of a hospital. *Gaceta Sanitaria*, 1996; 10 (57): 282-292
49. Levin S, Herbert R, Skloot G, Szeinuk J, Teirstein A, Fischler D et al. Health effects of World Trade Center site workers. *American Journal of Industrial Medicine*, 2002; 42 (6): 545-552.
50. Ozen s, Sir A. Frequency of PTSD in a group of search and rescue workers two months after 2003 Bingöl (Turkey) earthquake. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2004;192 (8): 573-5.
51. Wang PS, Beck AL, Berglund P, Mc Kenas DK, Pronk NP, Simon GE et al. Effects of major depression on moment - in - time work performance. *American Journal of Psychiatry*, 2004; 161 (10): 1885-1891
52. Petterson IL, Arnetz BB, Arnetz JE. Predictors of job satisfaction and job influence results from a national sample of Swedish nurses. *Psychotter Psychosom*, 1995; 64 (1): 9-19.
53. Yerkes RM, Dodson JD. The relation of strength of stimulus to rapidity of habit formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 1908; 18: 459-482.
54. King MB, Cockcroft A, Gooch C. Emotional distress in doctors: sources, effects and help sought. *Journal of Social Medicine*, 1992; 85 (10): 605-608
55. Pullen D, Lonie CE, Lyle DM, Cam DE, Doughty MV. Medical care of doctors. *Medical Journal of Australia*, 1995; 162 (9): 481-484.
56. Tyssen R. Health problems and use of health services among physicians. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 2001; 121 (30):3527-3532.
57. Rosvold EO, Bjertness E, Scand J. Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes? *Scandinavian Journal of Public Health*, 2001; 29 (1): 71-75.
58. Tyssen R. The physician – patient relationship when the patient is a physician. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 2001; 121 (30): 3533-3535
59. Antalya Valiliği İnternet Sitesi: Antalya ili (<http://www.antalya.gov.tr>). Ziyaret tarihi: Şubat 2004
60. Antalya Sağlık Müdürlüğü İnternet Sitesi: Nüfus istatistikleri (<http://www.antalyasm.gov.tr/istatis/istatistikler.htm>). Ziyaret tarihi: Şubat 2004
61. Antalya Sağlık Müdürlüğü İnternet Sitesi: Sağlık kuruluşları istatistikleri (<http://www.antalyasm.gov.tr/istatis/sagocak/sagocak.htm>). Ziyaret tarihi: Şubat 2004.

62. Erengin KH, Dedeoğlu N. Sağlığı ölçmenin kolay bir yolu: algılanan sağlık Toplum ve Hekim Dergisi, 1997; 12 (77): 11-16.
63. Öner N Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler Boğaziçi Üniversitesi Yayını, İstanbul, 1997: 301-304, 365-373.
64. Kılıç C Genel Sağlık Anketi: güvenirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 1996; 7 (1): 3-10
65. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, Ankara, 2000; 41-42, 121-125
66. Kaplan İ Yarı kırsal bir alanda sağlık ocağına başvuran hastalarda yeti yitimi. Türk Psikiyatri Dergisi, 1995; 6 (3): 169-179.
67. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenirliği Psikoloji Dergisi, 1989; 7 (23): 3-13.
68. Öner N, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayını, No. 333. İstanbul, 1982: 7-12.
69. Belek İ. Antalya’da Hekimler: Statü ve Sınıf Konumu Açısından Değerlendirme ITB Yayını, Nisan 2003: 47-48.
70. Fatih Üniversitesi İnternet Sitesi: Mesleki rehberlik (http://www.fatih.edu.tr/kaynaklar/docs/mesleki_rehberlik.pdf). Ziyaret tarihi: Ekim 2004.
71. Hughes KL. School-based career development: a synthesis of the literature Institute on Education and the Economy Brief, 2004; 30: 1-4.
72. Bailie R, Sibthorpe B, Douglas B, Brom D, Attewell R, McGuiness C. Mixed feelings: satisfaction and disillusionment among Australian GPs. National Centre of Epidemiology and Population Health, 15 (1): 58-66.
73. Sarp M. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin genel ruhsal sağlığının tespiti araştırması (Ankara Etimesgut örneği) Ankara Ü.T.F. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 1999: 28-37.
74. AOM Chan, Huak CY. Influence of work environment on emotional health in health care setting Occupational Medicine, 2004; 54 (3): 207-212.
75. Andres AR. Determinants of self-reported mental health using the British Household Panel Survey. The Journal of Mental Health Policy and Economics, 2004; 7 (3): 99-106
76. Graham-Walker Isolation of rural doctors: increasing suicide rates. Medical Post, 2000; 36 (40): 55.
77. Ünal S, Karlıdağ R, Yoloğlu S. Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerinin yaşam doyumu düzeyleri ile ilişkisi Klinik Psikiyatri Dergisi, 2001; 4 (2): 113-118.

78. Newman JL, Gray EA, Fugua DR. Sex differences in the relationship of anger and depression: an empirical study. *Journal of Counseling and Development*, 1999; 77 (2): 198-204
79. Stein MB. Public health perspectives on generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2004; 65 (13): 3-7.
80. Khuwaja AK, Qureshi R, Azam SI. Prevalence and factors associated with anxiety and depression among family practitioners in Karachi, Pakistan. *Journal of Pakistan Medical Association*, 2004; 54 (2): 45-49.
81. Bankier B, Januzzi JL, Littman AB. The high prevalence of multiple psychiatric disorders in stable outpatients with coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 2004; 66 (5): 645-50.
82. Aslankoç R, Öztürk M, Yıldırım N, Hacıhimmetoğlu M. Ebe ve hemşirelerin mesleki sorunları ve anksiyete ile ilişkisi. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Poster Bildirisi. Erzurum, 24 Haziran 1999.
83. Erdoğan MS. Edirne ili sağlık ocaklarında çalışan pratisyen hekimlerin sağlık ocağı hekimliğine ilişkin değerlendirmeleri. Trakya Ü T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi Edirne, 1997: 40.
84. Kasapoğlu MA, Bakır B. Hekimlerin sosyal değerleri, iş doyumları ve sorunları. Yayınlanmamış Araştırma Raporu Ankara, 1992: 85-93.
85. Özdemir M. Sağlık çalışanlarının sorunları. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 1999; 14 (6): 402-411.
86. Soyer A. 21. Yüzyıla girerken hekimler (ve sağlık çalışanları) nereye? *Tıp Dünyası*, 15 Şubat 2002; Sayı:86
87. Özşahin A. Uygulama sağlık ocaklarında döner sermaye uygulamasının poliklinik hizmetine yansması. 23-28 Eylül 2002, VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 4. bölüm: 502
88. Keskinoglu P, Kılıç B, Konakçı SK, Kulaç E, Kaya H, Işık BS ve ark. Nallıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgesi sağlık düzeyi göstergelerine sağlık ocağındaki döner sermaye uygulamasının etkileri. 23-28 Eylül 2002, VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 4. bölüm: 535-537.
89. Workplace violence: A report to the nation (<http://www.public-health.uiowa.edu/iprc/NATION.PDF>) Ziyaret tarihi: Ekim 2004.
90. Duhart I.D. Bureau of justice statistics special report: Violence in the workplace, 1993-99 (<http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/pub/pdf/vw99.pdf>). Ziyaret tarihi: Ekim 2004.
91. Ölmezoğlu ZB, Vatansever K. İzmir Metropol Alanı 112 Çalışanlarında Şiddet Maruziyetinin Değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 1999; 14 (6): 420-425

92. I C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2002. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 655. Ankara, 2004: 44.
93. Naçar M, Çetinkaya F, Öztürk Y. Kayseri’de 15-49 yaş grubu kadınların sağlık ocağına bakış açıları. 23-28 Eylül 2002, VIII Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 4. bölüm: 506-509.
94. Çalışkan D, Erçevik E, İdil A. Park Sağlık Ocağı bölgesinde kayıtlı 15 yaş üstü kişilerin son bir ayda sağlık sorunu ile karşılaşma ve sağlık kurumuna başvuru durumları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2003; 56 (2): 59-66.
95. Erefe İ, Kocaman G, Bahar Z, Okumuş H. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyumuna üzerine bir araştırma. Türk Hemşireler Derneği Dergisi, 1982; 32 (2): 26-32.
96. Uyer G. Hemşirelik ve Yönetim. Hürbilek matbaacılık 3.baskı, Ankara, 1997: 3.
97. Berns JS. The application of job satisfaction theory to the nursing profession. Nursing Leadership, 1982;5 (1): 27-33.
98. Gözüm S. Koruyucu sağlık hizmetlerinde görev yapan hemşire ve ebelerde iş doyumuna, tükenmişlik ve işe devamsızlığı etkileyen faktörlerin araştırılması. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. Erzurum, 1996: 36-44.
99. Aslan SH, Aslan RO, Kesenpara C. Kocaeli’nde bir grup sağlık çalışanında işe bağlı gerginlik, tükenme ve iş doyumuna. Toplum ve Hekim Dergisi, 1997; 12 (82): 24-29.
100. Aslan SH, Aslan RO, Alparslan ZN, Gürkan SB, Ünal M. Hekimlerde tükenmede cinsiyetle ilişkili etmenler. Çukurova Ü.I.F. Dergisi, 1997; 22 (2): 132-136.
101. Musal B. Pratisyen Hekimlerde mesleki doyum ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. DEUTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. İzmir, 1992: 62-63.
102. Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Peşken Y. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumuna düzeyleri. Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Günleri Bildirisi. Bursa, 27-29 Nisan 2001.
103. Canbaz S, Sünter AT, Dabak Ş, Öz H, Peşken Y. Hemşirelerde tükenmişlik sendromu, iş doyumuna ve işe bağlı gerginlik. Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Günleri Bildirisi. Bursa, 27-29 Nisan 2001.
104. Karlıdağ R, Ünal S, Yoloğlu S. Hekimlerde iş doyumuna ve tükenmişlik düzeyi. Türk Psikiyatri Dergisi, 2000; 11 (1): 49-57.
105. Ferraro KF, Su Y. Physician-evaluated and self reported morbidity for predicting disability. American Journal of Public Health, 2000; 90: 103-108.

EK - 1. SORU FORMU

SAĞLIK OCAĞI:

ANKET NUMARASI:

1. Meslek grubunuz:
a. sorumlu hekim b. hekim c. hemşire d. ebe e. sağlık memuru f. çevre sağlığı teknisyeni
2. Yaşınız:
3. Cinsiyetiniz:
a. erkek b. kadın
4. Medeni durumunuz :
a. evli b. bekar c. ayrı yaşıyor d. boşanmış e. eşi ölmüş f. birlikte yaşıyor
5. Eşinizin mesleği nedir?
a. çalışıyor, sağlık meslek grubunda
b. çalışıyor, sağlık meslek grubunda değil
c. çalışmıyor
6. Çocuğunuz var mı?
a. hayır yok b. evet tane
7. Bu meslekte kaç yıldır görev yapmaktasınız?
8. Bu sağlık ocağında kaç yıldır görev yapmaktasınız?
9. Bu sağlık ocağı çalıştığınız kaçıncı kurumdur?
10. İşinizde günlük çalışma saatleriniz düzenli midir?
a. evet düzenlidir b. hayır düzensizdir
11. Gelir getiren ek bir işte çalışıyor musunuz?
a. evet b. hayır
12. Gelir getiren ek bir işe çalışıyor iseniz bu iş nedir?
a. işyeri hekimliği
b. özel laboratuvar
c. özel muayenehane
d. özel poliklinik
e. sağlık kabini
f. diğer (sağlıkla ilişkili)
- g. Diğer (sağlık dışı)
13. Şu anda yapmakta olduğunuz iş size mesleki doyum sağlıyor mu?
a. evet, çok sağlıyor
b. evet, oldukça sağlıyor
c. evet, az sağlıyor
d. hayır sağlamıyor

14. Bu mesleği seçme nedeniniz nedir?

- a. rastlantı
- b. gelirin iyi olması
- c. mesleğin saygınlığı
- d. geleceğinin güvenli olması
- e. aile ya da sosyal çevrenin etkisi
- f. diğer nedenler (belirtiniz).....

15. Yeniden seçmek mümkün olsaydı bu mesleği yeniden seçer miydiniz?

- a. evet
- b. belki
- c. hayır, çünkü.....

16. Tanı konmuş herhangi bir kronik hastalığınız ya da sakatlığınız var mı?

- a. hayır
- b. evet (belirtiniz).....

17. Tanı konmuş herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı?

- a. hayır
- b. evet (belirtiniz).....

18. Düzenli olarak kullandığınız ilaç ya da ilaçlar var mı?

- a. hayır
- b. evet (belirtiniz).....

19. Son 15 gün içinde genel olarak sağlığınız nasıldır?

- a. çok iyi
- b. iyi
- c. orta
- d. kötü
- e. çok kötü

20. Sosyal yaşamınızda zaman ve olanak bulabildiğiniz etkinlikleri belirtiniz (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- a. düzenli olarak gazete okuma
- b. düzenli olarak dergi okuma
- c. düzenli olarak kitap okuma
- d. çeşitli hobilerle ilgilenme
- e. düzenli olarak arkadaş toplantılarına katılma
- f. düzenli olarak sinema, tiyatro, konser, opera, bale vb. gösterilere gitme
- g. düzenli olarak spor yapma
- h. herhangi bir dernekte aktif üyelik yapma
- i. gezi amaçlı etkinliklere katılma
- j. diğer sosyal etkinlikler (belirtiniz).....

İş yaşamınızda aşağıdakilerden hangisi sorun oluşturuyor? Sorunun boyutuna göre 0 ile 10 arasında değerlendirme puanı veriniz. (0) bu konu benim için hiçbir sorun oluşturmuyor, (10) bu konu benim için tam-çok şiddetli sorun oluşturmuyor anlamına gelmektedir. Uygun puana (x) işareti koyunuz.

Sorun oluşturmuyor ► Şiddetli sorun oluşturmuyor

1. Mesleğinizin hızlı çalışma temposu gerektirmesi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Mesleğinizin yoğun çalışma temposu gerektirmesi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Mesleğinizde zaman sıkıntısı yaşamaz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Mesleğinizin tekrarlayan işler nedeniyle monoton olması	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Mesleğinizi uygularken yeni bilgiler edinememe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Mesleğinizi uygularken yeni beceriler edinememe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Mesleğinizi uygularken yaratıcı yeteneklerinizi kullanamama	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Mesleğinizi uygularken karar verme yeteneğinizin olmaması	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. Mesleğinizin net bir görev tanımı olmaması	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Mesleğinizi uygularken karşılaşılan fiziksel ve teknik sorunlar (malzeme eksikliği, elektrik kesintisi, bilgisayar çökmesi, bozulma vb)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. İş Kazası ve meslek hastalığı riski	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Sözlü ya da fiziksel şiddete maruz kalma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Gereksiz boş vakitlerin olması	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Sağlık ocağının fizik koşullarının yetersizliği (ısıtma, soğutma, aydınlatma, oda sayısı, oda genişlikleri vb)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. İş arkadaşlarınızla uyumsuzluk	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. Amirlerinizle uyumsuzluk	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. İşinizden kaynaklandığını düşündüğünüz ailevi sorunlar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18. İşinizden kaynaklandığını düşündüğünüz sosyal sorunlar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. İşinizde yaşadığınız siyasi, ahlaki baskılar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20. Ücret düşüklüğüne bağlı olarak ekonomik sorunlar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21. Gelecekte işsiz kalma endişesi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
22. Meslekte yükselme (uzmanlık, doktora vb) gerekliliği kaygısı	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23. Mesleğin toplumsal saygınlığını kaybetmesi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24. Sağlık alanında planlanan değişikliklere bağlı olarak (sözleşmeli personel uygulamaları, performans kriterleri, aile hekimliği vb) mesleki geleceğin belirsizliği	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25. Diğer sorunlar (belirtiniz)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikayetiniz olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Bütün soruları size en uygun yanıtı işaretleyerek yanıtlayınız. Geçmişteki değil, yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi sorduğumuzu unutmayınız. Soruların hepsini yanıtlamanız çok önemlidir.

Hayır, hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Çok sık
Her zamankinden iyi	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Çok sık
Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
Hayır, hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık hissediyorum
Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok sık
Hayır, hiç kaybetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden fazla	Çok fazla
Hayır, hiç görmüyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık

Aşağıda kişilerin kendilerini anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyunuz, kutulardan size uygun olanını X işareti ile belirtiniz. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman kaybetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren yanıtı işaretleyiniz

anda sakinim	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
ndimi emniyette hissediyorum	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
anda sinirlerim gergin	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
nanlık duygusu içindeyim	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
anda huzur içindeyim	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
anda hiç keyfim yok	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
şırma geleceklerden endişe ediyorum	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
ndimi dinlenmiş hissediyorum	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
anda kaygılıyım	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
ndimi rahat hissediyorum	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
ndime güvenim var	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
anda asabım bozuk	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
ık sinirliyim	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
irlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
ndimi rahatlamış hissediyorum	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
anda halimden memnunum	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
anda endişeliyim	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
yecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
anda sevinçliyim	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
anda keyfim yerinde	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla

enellikle keyfim yerindedir	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
enellikle çabuk yorulurum	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
enellikle kolay ağlarım	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
aşkaları kadar mutlu olmayı isterim	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
abuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
endimi dinlenmiş hissedirim	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
enellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
üçlüklerin yenemeyeceğim kadar çok biriktiğini hissedirim	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
nemsiz şeyler hakkında endişelenirim	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
enellikle mutluyum	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
er şeyi ciddiye alır ve etkilenirim	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
enellikle kendime güvenim yoktur	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
enellikle kendimi emniyette hissedirim	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
kıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
enellikle kendimi hüüzünlü hissedirim	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
enellikle hayatımdan memnunum	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
ur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
ıyal kırıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
tlı başında ve kararlı bir insanım	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
n zamanlarda kafama takılan konular beni rahatsız eder	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Bugün dahil son bir hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi daire içine alarak işaretleyiniz.

	- a Kendimi üzgün hissetmiyorum - b Kendimi üzgün hissediyorum - c Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum - d Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
	- a Gelecekte umutsuz değilim - b Gelecek konusunda umutsuzum - c Gelecekte beklediğim bir şey yok - d Kendimi bir insan olarak bütünüyle başarısız görüyorum
	- a Kendimi başarısız görmüyorum - b Herkesten daha çok başarısızlıklarım oldu sayılır - c Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum - d Kendimi bir insan olarak bütünüyle başarısız görüyorum
	- a Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum - b Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum - c Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum - d Bana zevk veren hiçbir şey yok Her şey çok sıkıcı
	- a Kendimi suçlu hissetmiyorum - b Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor - c Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum - d Kendimi her an için suçlu hissediyorum
	- a Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim - b Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim - c Cezalandırılacmışım gibi duygular içindeyim - d Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
	- a Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım - b Kendimi hayal kırıklığına uğrattım - c Kendimden hiç hoşlanmıyorum - d Kendimden nefret ediyorum
	- a Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum - b Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum - c Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum - d Her kötü olayda kendimi suçluyorum
	- a Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yoktur - b Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, ama böyle bir şeyi yapamam - c Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim - d Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürdüm
	- a Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum - b Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum - c Şimdilerde her an ağlıyorum - d Eskiden ağlayabilirdim, şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
	- a Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam - b Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim - c Çoğu zaman tedirgin ve sinirliyim - d Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim

- ❖
- a Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim
 - b Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim
 - c Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim
 - d Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı

- ❖
- a Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar veriyorum
 - b Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum
 - c Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum
 - d Artık hiç karar veremiyorum

- ❖
- a Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum
 - b Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmiş gibi düşünüyor ve üzülüyorum
 - c Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum
 - d Çok çirkin olduğumu düşünüyorum

- ❖
- a Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
 - b Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum
 - c Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum
 - d Hiç çalışmıyorum

- ❖
- a Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum
 - b Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum
 - c Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum
 - d Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum

- ❖
- a Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum
 - b Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum
 - c Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum
 - d Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum

- ❖
- a İştahım eskisinden pek farklı değil
 - b İştahım eskisi kadar iyi değil
 - c Şimdilerde iştahım epey kötü
 - d Artık hiç iştahım yok

- ❖
- a Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum
 - b Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim
 - c Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim
 - d Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim

- ❖
- a Sağlığım beni pek endişelendirmiyor
 - b Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var
 - c Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor
 - d Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka bir şey düşünmüyorum

- ❖
- a Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkat çeken bir şey yok
 - b Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum
 - c Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim
 - d Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı