



T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞAN
ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNDE YAŞAM KALİTESİ, ALGILANAN
STRES DÜZEYİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DR. SEMİHA İSKENDER

DÜZCE-2017



T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞAN
ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNDE YAŞAM KALİTESİ, ALGILANAN
STRES DÜZEYİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

DR. SEMİHA İSKENDER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Prof. Dr. ATILLA SENİH MAYDA

DÜZCE-2017

ÖZET

Amaç:

Bu araştırmada, Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan araştırma görevlilerinde yaşam kalitesi, algılanan stres düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi ve elde edilecek sonuçların bu yönde yapılacak iyileştirmeler için yol gösterici olması amaçlanmıştır

Gereç ve Yöntem:

Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan 145 araştırma görevlisinin 125'ine ulaşılarak, anket formu uygulanmıştır. Anket formunda birinci bölümdeki sorular hekimlerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin sorulardan (30 soru) oluşmaktadır. İkinci bölümdeki sorular Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL_BREF) (27 Soru) ve Algılanan Stres Düzeyi Ölçeği'nden (14 Soru) oluşmaktadır. Anket formunda toplam 71 soru bulunmaktadır. Student T Testi, Varyans Analizi (Tek Yönlü ANOVA), Pearson Korelasyon Analizi, ki-kare yapılmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS (version 22) paket programı kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık düzeyi olarak 0.05 alınmış ve $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular:

Çalışmaya katılanlarının 56'sı erkek (%44.8), 69'u(%55.2) kadındır. Katılımcıların %56.0'sı gelirinin giderine eşit, %21.6'sı evi ve %76,8'i otomobili olduğunu belirtmiştir. Katılımcılarının %66.1 i dahiliye, %29.8'i cerrahi, %4.0'ı temel tıp bölümlerde çalışmaktadırlar. Katılımcıların %72,8i nöbet tutmakta, ortalama nöbet sayısı 7.8 ± 2.6 dir. Yaşam kalitesi ölçeği güvenirlik katsayıları 0.60-0.65 arasında saptanmıştır. Algılanan stres düzeyi ölçeği güvenirlik katsayısı 0.80 bulunmuştur. Yaşam kalitesi alan puanlarının birbirleriyle pozitif yönde, stres puanı ile ise negatif yönde korelasyon gösterdiği saptanmıştır ($P < 0.001$). Araştırma görevlileri, %80 i yaşam kalitesini kötü , % 20 si iyi olduğu belirlenmiştir. Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz sorusuna ise katılımcıların % 38.2'i sağlığından hoşnut, % 61,8'i ise hoşnut olmadığını belirtmişlerdir. Araştırma görevlilerinin

meslek seçimi hakkında düşüncelerinde yanlış ve bazen yanlış seçim yaptığını düşünenlerin oranı kadınlarda yüksek bulunmuştur. Evli olanların sosyal alan puanı, bekarlardan yüksektir. Nöbet tutmayanların bedensel alan, sosyal alan, çevresel alan puanları yüksek bulunmuştur. Gelirim giderimden fazla diyenlerin bedensel, sosyal, çevresel alan puanları daha yüksektir.

Sonuç:

Hekimlerin verimli olarak çalışmalarını sağlayacak etmenlerin başında yaşam kalitesi gelmektedir. Bu nedenle tıp fakültelerinde çalışan hekimlerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesine yönelik olarak, mesleklerinden kaynaklanan olumsuzluklar önlenmeye çalışılmalı, özlük hakları düzeltilmeli, kendine zaman ayırabilme, yeterli uyku ve dinlenme olanağı sağlanmalıdır. Çalışma ortamı sağlıklı çalışma ortamı haline getirilmeye çalışılmalıdır.

ABSTRACT

Aim:

With this research, Düzce University Research Hospital's researchers' life standards, the stress they are facing and the issues effecting this stress, and the therapies that can be held to lower the effects are the aim.

Materials and Methods:

This survey was applied to 125 of 145 researchers of Düzce University Research and Application Hospital's Researchers. At the first section of this survey, the question are formed by the (30) questions related to the researchers' socio-demographic features. The second section is formed with (27) questions from The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) and (14) questions from Perceived Stress Scale Scoring. This survey includes 71 quesitons in total. Student T Test, Analysis of Variance (uni-directional), Pearson Correlation Analysis, Chi-square Tests were done. SPSS (version 22) was used for the statistical analysis. 0.05 was set for the Statistical Significance Level and $p < 0.05$ was accepted valid as the statistically significant.

Results:

56 of the participants (44.8%) are male and 69 of them (55.2%) are female. 56% of the participants stated that their income and expenses are balanced. 21.6% have house, and 76.8% have car. 66.1% of the participants work in internal diseases, 29.9% works as surgical and 4.0% for the basic departments. 72.8% of the participants are keeping watch and average keeping watch is 7.8 ± 2.6 . Quality of the life standards validity have the values of 0.60-0.65. Perceived stress level scale's parameter was found as 0.80. It was confirmed that life quality area points were positively correlated and it was negatively correlated with the stress points ($P < 0.001$). Being asked for their life quality; 80% of the participants stated their life quality as low, %20 of them stated as good. Being asked how they feel about their health, %38.21 of the participants stated that they are glad and 61.8% of them stated

as they are not glad. After being asked how they feel about their choice of profession, the rate of women who think they did wrong or some wrong was found high. Married ones social area points are higher than the singles. physical, social and environmental area points of the participant not keeping watch was found high. Who tells their income is more than their expenses are having higher points in social, physical and environmental areas.

Conclusion:

The rate of those who think that researchers are wrong and sometimes wrong choices about the choice of profession is found high in women. The social domain score of those who are married is higher than that of the bachelors. The physical, social, and environmental domain scores of the non-guarded individuals are high. Better than physical, social, environmental domain scores of income earners

ANAHTAR SÖZCÜKLER

Yaşam kalitesi, araştırma görevlisi, WHOQOL_Bref Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği

KEY WORDS

Quality of life, research assistant, WHOQOL_Bref Scale, Perceived Stress Scale

İÇİNDEKİLER

	Sayfalar
ÖZET	vi
İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT)	vii
ANAHTAR SÖZCÜKLER	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLO VE ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
Tablo dizini	
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Yaşam Kalitesi	5
2.1.2.Yaşam Kalitesinin Tarihçesi	6
2.1.3- Kaliteli Yaşam Kriterleri	7
2.1.3.1-Hareketli Yaşam	7
2.1.3.2.Beslenme	7
2.1.3.3. Düzenli Yaşam ve Uyku	8
2.1.3.4. Günlük Yaşamda Streslerle Başa Çıkma	9
2.1.3.5. Zaman Yönetimi	9
2.1.3.6. Çalışma Ortamı	10

2.1.4. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	10
2.1.4.1- Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar	10
2.1.4.2- Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması	12
1.4.3. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler	13
2.1.5. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi	14
2.1.5.1. Sağlık Çalışanları ve Yaşam Kalitesi	14
2.1.5.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Önemi	16
2.1.5.3. Hekimlerin Mesleki Özellikleri	17
2.1.6. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	19
2.1.6.1. Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalitesini Azaltan Faktörler	19
2.1.6.2. Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalitesini Arttıran Faktörler	19
2.2. Stres	20
2.2.1. Stres Kavramı ve Stres Tanımı	20
2.2.2. Stresin Belirtileri	21
2.2.2.1- Stresin Fiziksel Belirtileri	21
2.2.2.2. Stresin Psikolojik Belirtileri	22
2.2.3. Sağlık Çalışanlarında Stres Nedenleri	22
2.2.4. Sağlık Çalışanlarında Stres Yönetimi	25
2.2.4.1.Sağlık Çalışanlarında Bireysel Stres Yönetimi	25
2.2.4.2.Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Stres Yönetimi	27

3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın yeri ve zamanı	29
3.2. Araştırmanın evreni ve örnekleme	29
3.3. Araştırmanın tipi	29
3.4. Araştırmanın hipotezleri	29
3.5. Araştırmaya katılma kriterleri	30
3.6. Araştırmaya katılmama kriterleri	30
3.7. Araştırmanın değişkenleri (bağımlı ve bağımsız değişkenler)	30
3.8. Veri Toplama Toplama Araç Ve Yöntemleri	30
3.9. Ön-deneme	33
3.10. Araştırmanın Uygulanması	33
3.11. İstatistiksel Analiz	33
3.12. Etik komite izni	33
3.13. Araştırmanın zaman çizelgesi	34
3.14. Araştırmanın bütçesi	34
4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	74
7. KAYNAKLAR	77
8. EK-1: ANKET FORMU	86

TABLO DİZİNİ

Tablolar	Sayfalar
Tablo 1: YKASD İle İlgili Yapılan Çalışmalar	27
Tablo 2: WHOQOL-Bref Ölçeği'nin Özellikleri	32
Tablo 3: Araştırma Görevlilerinin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	35
Tablo 4: Araştırma Görevlilerinin Mesleğe İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	38
Tablo 5: Araştırma Görevlilerinin Aile İçi İlişki Durumunun Dağılımı	40
Tablo 6: Araştırma Görevlilerinin Bazı Alışkanlıklara ve Hastalık Durumuna Göre Dağılımları	41
Tablo 7: Yaşam Kalitesi ve Algılanan Stres Ölçeği'ne Ait Güvenirlik Analizi Sonuçları dağılımı	42
Tablo 8: Yaşam Kalitesi Alan Puanları ve Algılanan Stres Ölçeği Puanının Korelasyon Analizi Bulguları dağılımı	42
Tablo 9: Araştırma Görevlilerinin Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algılarının Dağılımı	44
Tablo 10: Araştırma Görevlilerinin WHOQOL_Bref	44

Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı	
Tablo 11: Araştırma görevlilerinin Bazı Sosyo-demografik Özellikleri İle Yaşam Kalitesi ve Stres Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesinin dağılımı	46
Tablo 12: Araştırma görevlilerinin Mesleki Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi ve Stres Puanlarının Dağılımı	51
Tablo 13: Araştırma görevlilerinin, Aileyle Yeterli Vakit Ayırma ve Aile İçi İlişki Durumuna Göre Yaşam Kalitesi ve Stres Puanlarının Dağılımı	52
Tablo 14: Araştırma görevlilerine Ait Bazı Alışkanlıklar, Hastalık Durumu ve Bakımını Üstlendiği Hastanın Bulunma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi ve Stres Puanlarının Dağılımı	53
Tablo 15: Araştırma Görevlilerinin Bazı Özelliklerine Ait Korelasyon Analizi Bulguları dağılımı	55
Tablo 16: Araştırma Görevlilerinin Bazı Özelliklerinin Meslek Seçimi Hakkında Düşüncelerinin Karşılaştırılmasının dağılımı	56

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASM: Aile sağığı merkez

ASÖ: Algılanan Stres Ölçeğı

DSÖ: Dünya Sağıık Örgütü

EORTC: European Organisation for Research and Treatment in Cancer

GS1: Genel yaşam kalitesi algısı

GS2: Genel sağıık hoşnutluk durumu

PAQLQ: Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire

SİYK: Sağııkla İlişkili Yaşam Kalitesi

WHOQOL_BREF: Dünya Sağıık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğı Kısa Formu

TSM : Toplum sağıığı merkezi

TUİK : Türkiye istatistik kurumu

YKASD: Yaşam kalitesi algılanan stres düzeyi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan, yaşamı için bir şeyi üretebilmek ve elde edebilmek için çalışmak zorundadır. Çalışmak yaşamın bir parçasıdır. İnsanların çalıştıkları ortamlardan kaynaklanan sağlık sorunları oluşabilmektedir. Oysa yaşamak doğal bir insan hakkı olduğu gibi, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak da bir insan hakkıdır. Sağlıklı, güvenli iş ortamı ve güvenli istihdam özellikle sağlık çalışanları arasında çok önemlidir. Çünkü çalışma yaşamında kalitenin artırılması hasta bakımına doğrudan yansımaktadır. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının yani sağlık hizmeti veren bireylerin sağlıklı olması, sağlık hizmeti alan bireylerin de sağlığını ve yaşam kalitesini artırmaktadır(1).

İş sağlığı ve iş güvenliği bakımından önemli riskler taşıyan çalışma alanlarından biri de sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin birçok alanında özellikle de hastanelerde çalışanların sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen pek çok risk faktörü vardır(2).

Sağlık hizmetleri en eski hizmet sektörlerinden biridir. Ülkemizde TÜİK'in 2015 yılı verilerine göre 787 352 civarında sağlık çalışanı bulunmaktadır. Bu sayı sanayi alanındaki pek çok iş kolundan daha fazladır. Sağlık çalışanlarının büyük bölümünü hekimler ve hemşireler oluşturmaktadır. Hekimlerin 2015 yılında toplam sayısı ise 141 259'dur (3).

Hekimlik mesleği ulaşılması en güç mesleklerden biridir. Hekim olmak isteyen bir bireyin ilk ve orta öğretim başarısının yüksek olması, bunun yanında üniversiteye giriş sınavında yüksek bir derece elde etmesi gerekmektedir. Bu gereklilikler hekim adayı açısından büyük bir stres kaynağı oluşturmaktadır. Uzun süren bir üniversite hayatı ve yoğun çalışma temposu daha hekim olmadan hekim adaylarını olumsuz etkilemektedir. Sağlık çalışanları yoğun mesai yapmaları, nöbet tutmaları, gece de çalışmak zorunda kalmaları, geçici ya da kronik bir şekilde sağlık durumu bozulmuş bir topluluğa hizmet vermeleri gibi nedenlerden dolayı yoğun bir strese maruz kalmaktadır. Yüksek gelir ve statü toplumdaki bireyleri hekimliğe özendirse de bazı hekimler yaşamından memnun olmadığını bildirmektedir(4).

Hastane verimliliğinin arttırılmasında önemli unsurların başında insan faktörü gelmektedir. Çalışanların hastane amaçları doğrultusunda yönlendirilmesi için personel özelliklerinin ve beklentilerinin bilinmesi gereklidir. Çalışanlar; özlem, istek ve ihtiyaçları örgütçe karşılandığı sürece doyumlu olmakta, örgütünü sevmekte ve ona bağlanmaktadır. Bu nedenle yönetim; çalışanların bu özelliklerini dikkate alarak uygun bir çalışma ortamı hazırlamalıdır (5).

Çalışma koşulları boyutunda yer alan değişkenler incelendiğinde, personelin nöbet sonrası dinlenme olanağı verilmesini, çalışma ortamının ısı, ışık, havalandırma gibi fiziksel koşulları ile işe gidiş-geliş (servis) imkanlarının yeterli olmasını, aylık ortalama nöbet sayısının 2-3 gün olmasını, çalışma ortamında ihtiyaç duyulan araç ve gereçlerin yeterli düzeyde bulunmasını, kurumun koyduğu kuralların çalışma yaşamını kolaylaştırmasını ve çalışma ortamında, sağlık ve emniyet önlemlerinin yeterli olmasını istediklerini ortaya koymaktadır. Personelin, bilimsel ve uygulamaya yönelik bilgi ve becerilerinin geliştirilmesine yönelik beklentiler gelişme olanakları boyutunda yer almıştır. Bu boyut içinde yer alan birbiriyle yüksek düzeyde korelasyona sahip değişkenler kümesi, personelin; bilimsel araştırma amaçlı kütüphane ve laboratuvar olanaklarının geliştirilmesini, günlük mesainin bir kısmının akademik çalışma yapma olanağı sağlayacak şekilde düzenlenmesini, kurumun kişisel bilgi, beceri ve yetenekleri geliştirici olanaklar tanınmasını istedikleri ve kurumda sürekli yeni mesleki beceriler kazanmayı arzuladıklarını ortaya koymaktadır (6).

Sağlıksız çalışma ortamları sağlık hizmetlerinde çalışanların fiziksel ve psikolojik sağlığını; ağır iş yükü, uzun çalışma saatleri, düşük profesyonel statü, işyerinde sıkıntılı ilişkiler, profesyonel rolleri yerine getirmekteki sorunlar ve işyerindeki çeşitli tehlikelerle etkilemektedir. Bulgular “uzun dönemli iş stresinin kişisel ilişkileri etkilediğini, hastalıktan ötürü iş devamsızlığını, çatışmaları, iş tatminsizliğini, iş bırakma oranını ve verimsizliği artırdığını” göstermektedir (7).

Yaşam kalitesi kişinin yaşamdan memnuniyetini ifade eden bir kavramdır. Kişinin kendinden ve yaşam koşullarından memnuniyetine etki eden bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel faktörleri içermektedir. Bu değerler, kişisel hedefler, aile yapısı, ekonomik durum, hava ve su kalitesi, eğitim, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım gibi öğelerdir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı, bireyin ve topluluğun

bedensel ve ruhsal sağlık algısı olarak tanımlanabilir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kapsamına ağrıların bireyin yaşamına etkisi, yeterli gúcünün kuvvetinin olup olmaması, yaşamdan keyif alma ve anlamlı bulma durumu, yeterli para ve zaman, ulaşım, gúvenlik vb. faktörler girmektedir. Yaşam kalitesi kavramı çok boyutludur, zaman içinde değişim gösterebilir, bireylerin beklentileriyle ve yaşantısıyla ilişkilidir, bu nedenle objektif olarak ölçülmesi zordur (8,9).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) nün 1948’de, sağlığı yalnızca hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlamasından sonra, sağlıkla ilişkin iyilik halinin ölçülebilmesi için, yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetleri uygulamaları ve araştırmalarında giderek artan bir önem kazanmıştır (10).

Modern hayatın yaşam standardını yükseltmesinin yanı sıra geçmiş yüzyıllarda bilinmeyen stres kavramı günlük yaşantımızda sık kullanılan terimlerden biri oldu (11). Günümüzde çağın hastalığı olarak da adlandırılan stres, bireylerde ve örgütlerde farklı tepkiler şeklinde ortaya çıkmaktadır. Türk Dil Kurumu stresi ruhsal gerilim olarak tanımlamaktadır.

Stres terimi uzun süredir çok yaygın olarak kullanılmakla birlikte tek ve yeterli bir tanımı yapılamamıştır. Kişinin kendi içinde ya da çevresinde olumlu ya da olumsuz yönde değişiklikler meydana geldiği zaman bu değişiklikleri algılaması sonucu gösterdiği fizyolojik ve psikolojik tepkiler olarak tanımlandığı gibi, beden korku, kavga, yalıtılmışlık, sıcak, soğuk, beden ısısı ve kan basıncı gibi yaşamsal işlevlerinin dengesine zarar veren uyarıcılara tepkisi şeklinde de tanımlanmaktadır. Stresin sadece kötü bir durum olarak düşünülmesi yanlış olacaktır. Sözcük her ne kadar olumlu olmayan bir bakış açısında düşünülse de olumsuz olmayan bir değere de sahip olduğu kesinlikle göz ardı edilmemelidir. Kişiler stres altındayken daha başarılı bir performans sergiledikleri durumlar oldukça fazladır. Potansiyel bir kazanım sağladığında stres bir fırsat olarak da karşımıza çıkmaktadır (12,13).

Stres kişinin sağlığını ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Yaşam kalitesi de stres de aslında kişinin algısını ifade etmektedir. Örneğin aynı olay bazı kişilerde sağlıklarını bozacak derecede bir tepkiye yol açarken bazılarında düşük düzeyde bir gerilime neden olmaktadır. Aynı standartlar değişik özelliklere sahip kişilerde farklı sonuçlarla karşımıza çıkabilmektedir(14).

Sağlık çalışanlarının; bireysel, örgütsel, çevresel stres kaynaklarına ilaveten kendine has stres faktörleri de bulunmaktadır. Bu faktörler; psikolojik ve fiziksel şiddete maruz kalma, enfeksiyon bulaşma riski, kimyasal maddelere maruz kalma riski, radyasyona maruz kalma riski, nöbet ve vardiya usulü çalışmanın getirdiği stres olarak sayılabilir (9).

Özellikle araştırma görevlisi olan hekimlerde artmış çalışma saatleri, uykusuzluk, yetersiz destek mekanizmaları, hasta ölümü, yüksek sorumluluk alma gereği ve olumsuz iş ilişkileri gibi pek çok etkenden dolayı yüksek stres düzeyi oluşturmaktadır (15,16). Ayrıca hekim ve tıp fakültesi öğrencilerinin genellikle yardıma ihtiyaç duymamaları ve sorunlarını kendi başlarına çözebilecekleri kanısına sahip olmaları, ruhsal sorunlar geliştiğinde sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını da güçleştirmektedir (16,17). Aşırı stres ve depresyon gelişmiş hekimlerin sadece çok küçük bir bölümünün tıbbi tedavi aldığı, bunlarında çoğunun kendi reçetelendirdikleri ilaçları kullandıkları gösterilmiştir (15).

Ülkemizde özellikle araştırma görevlisi olan hekimlerin yaşam kalitesi ve algılanan stres düzeyi ile ilgili çalışmalar çok azdır. Çalışmanın uzmanlık öğrencileri arasında yapılmasının nedeni, bu dönemin yüksek iş stresi nedeniyle riskli olmasından kaynaklanmaktadır. Uzmanlık öğrencisi hekimlerin yaşam kalitesi ile algılanan stres düzeylerini saptamak, etkileyen faktörleri belirlemek ve buna yönelik öneriler getirme imkânı sunacaktır. Çalışmamızda hekimlerin sağlığına ve yaşam kalitesine olumlu katkılar sağlayıp daha kaliteli sağlık hizmeti verilebileceklerini amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER:

2.1.Yaşam Kalitesi

2.1.1-Yaşam Kalitesinin Tanımı

Yaşam kalitesi, yaşam koşullarına, toplumlara, kültürlere ve coğrafi bölgelere bağlı olarak değişkenlik gösterir. İnsan ihtiyaçları ve beklentileri karşılandıkça, tam iyilik hali ve mükemmeli elde etme arzusu içerisinde. Bu sebeple yaşam kalitesi kavramı, ekonomik, sosyal, eğitim, sağlık ve pek çok alanda günlük yaşantımızda yerini almaktadır (18).

Yaşam kalitesi, bir kişinin görünürdeki fiziksel ve zihinsel zindelik durumudur. Birçok etmen yaşam kalitesine katkıda bulunabilir. Bunlar arasında yaşamın iyi olması, kişinin mutluluğu ve başkalarına bağımlı olmadan yaşamdan keyif alması sayılabilir. Herhangi bir hastalık sonucu gelişen ağrı ve ağrının yol açtığı fonksiyonel kısıtlanmalar, günlük yaşam aktivitelerinde başkalarının yardımını gerektirir ve kişinin yaşam kalitesini azaltır. Yaşam kalitesi, yaşam doyumu, öznel iyi olma, mutluluk, işlevsel yeterlilik ve sosyal iyilik bileşenlerinden oluşmaktadır (19).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini, bireyin gerek bulunduğu kültürel ortamın değer yargıları gerekse kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri doğrultusunda yaşamda kendi durumunu algılama biçimi olarak tanımlamıştır. Yaşam kalitesinin belirlenmesinde, bireyin kişisel durumu, sorunlarıyla başa çıkma yolları, inançları, emosyonel ve sosyokültürel durumu temel faktörler olarak ele alınmaktadır (20).

DSÖ, sağlığı sadece hastalığın bulunmaması değil, bedensel, zihinsel ve sosyal tam iyilik hali olarak tanımlamıştır. Bu tanıma göre sağlıklı olmak için, kişinin sağlık sorununun olmaması yeterli değildir ve tam iyilik halinin olması gerekmektedir. Bu durumda çok az insan sağlıklıdır. Çünkü tam iyilik hali ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması demektir (21).

Yaşam kalitesi, bir yandan kişinin beden sağlığı, ruhsal durumu, sosyal ilişkileri, bağımsızlık düzeyi ve kişisel inançlarından diğer yandan kendi çevresiyle olan ilişkilerinden karmaşık bir şekilde etkilenmektedir. Bu kavramın oldukça geniş

kapsamlı olması, anlam karışıklıklarına sebep olmaktadır. Bununla beraber, sağlık durumunda değerlendirme ve araştırmalarda kullanılmak üzere yaşam kalitesinin operasyonel bir tanımına dair, asgari ihtiyaçlar hakkında bir dereceye kadar fikir birliği vardır (22).

2.1.2.Yaşam Kalitesinin Tarihçesi

Yaşam kalitesi konusunda yapılan çalışmalara temel oluşturan ilk düşünceler Platon (M.Ö. 427-347) ve Aristo'ya (M.Ö. 384-M.Ö. 322) dayandırılmaktadır. Platon'un ideal devlet anlayışını ortaya koyan Devlet adlı diyalogunun 3. kitabında hastaların yaşam kaliteleri ile ilgili görüşlerinin yansımalarını görmek mümkündür. Platon bu eserinde günümüzde de yaşam kalitesine bağlı olarak ortaya çıkan, yaşamın süresinin mi kalitesinin mi öncelikli olduğu gibi önemli tıp etiği sorunlarını örneklerle ele alıp değerlendirmektedir. Aristo yazılarında mutluluğun doğasına ve iyi bir yaşam için insanlara gerekli olan konulara değinmiştir. Yaşam kalitesi, her ne kadar çoğu kez doğrudan bu isimle karşımıza çıkmasa da yıllardır bilinen bir olgudur. Örneğin, günümüzden 2000 sene öncesindeki antik Yunan felsefi metinlerinde “yaşam kalitesi” bir söz dizisi olarak kullanılmamakta, ancak iyi yaşam, mutlu olma, yaşamdan hoşnut olma, rahat ve anlamlı bir yaşam sürme ve iyi olma hali gibi kavramlar altında konu edilmektedir (23).

Tıp literatüründe yaşam kalitesi terimi ilk olarak Long'un 1960 yılında yayınladığı “On the Quantity and Quality of Life” isimli makalesinde geçmektedir (24).

İnsanlar öncelikle temel ihtiyaçlarını, ekonomik ve sosyal ihtiyaçlarını tamamlamışlardır. Psikolojik ihtiyaçlarına sıra gelmesinin akabinde 1970'li yıllarda ise yaşam doyumu boyutu gündeme gelmiştir. 1970'li yıllarda psikoloji alanında yaşam kalitesi çalışmalarına ilgi artmış, psikologlar yaşam kalitesinin barınma, gelir gibi objektif durumların ötesinde barınma ve gelir durumundan doyum bulup bulmama ile ilişkili olduğunu öne sürmüşlerdir. Psikologlara göre yaşam kalitesi bireyin kendi yaşamına ilişkin doyumu ve mutluluk durumu ile ilişkilidir. 1981'de yaşam kalitesiyle ilgili 12 alan belirlenmiş bunları toplumsallık, eğitim, aile yaşantısı, komşuluk, arkadaşlık, evlilik, milliyet, barınma durumu, sağlık, kendilik duygusu, yaşam standardı ve iş durumu olarak sınıflandırmıştır. 20-25 yıldır, sağlık

hizmeti verenler ve araştırmacılar, tedavi yöntemlerinin hastanın yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini sınama, onların iyilik düzeylerini tanımlama konusunda giderek artan çaba göstermektedirler. Bunun sonucu olarak iyilik hali ve yaşam kalitesini ölçülebilir kılma girişimleri sonuç vermekle birlikte giderek sağlık, ekonomi, toplumsal ve benzeri farklı boyutlar, bu araçların kapsamında yer almaktadır (18).

2.1.3- Kaliteli Yaşam Kriterleri

1.3.1- Hareketli Yaşam

1.3.2- Beslenme

1.3.3- Düzenli Yaşam ve Uyku

1.3.4- Günlük Yaşamda Streslerle Başa Çıkma

1.3.5- Zaman Yönetimi

1.3.6- Çalışma Ortamı

2.1.3.1-Hareketli Yaşam

Düzenli bir şekilde egzersiz yapan bireylerin yaşam enerjileri artar. Kendilerini daha iyi hisseder ve daha iyi görünürler. Yaşam boyu egzersiz yapmak, kalp ve damar hastalıkları, tansiyon yüksekliği ve ileri yaşlarda kemik yoğunluğunun azalması gibi sorunları azaltır. Başka türlü spor yapma olanağı olmasa bile her gün, hiç değilse gün aşırı en az 30 dakika hızlı tempoda yürüyüş yapmak da iyi bir egzersizdir. Egzersiz yapmak bir yaşam biçimidir. Birey günlük hayatını programlarken temel gereksinimleri arasında egzersize de yer açmış olmalıdır. Düzenli egzersiz yapmak kas gücü ve bedensel esnekliğin yanı sıra kalp damar sistemini güçlendirerek dayanıklılığını da artırır. Egzersiz akıl ve ruh sağlığı açısından da faydalıdır. Düzenli egzersiz ile kişi gerilimini azaltabilir, günlük baskılardan uzaklaşabilir ve zihnini zinde tutabilir. Düzenli egzersiz zevklidir ve yaşamı uzatır, kendine güven duygusunu, koordinasyon ve dikkat yeteneğini geliştirir, ruhsal durumu ve hayata bakış açısını olumlu yönde etkiler, eğlence ve arkadaşlığın sürdürüldüğü ortamları sağlar, ileri yaşlarda osteoporozun önlenmesine ve kemiklerin sağlam oluşmasına yardım eder, yaşlılarda günlük aktivitelerini sürdürebilme yeteneğini geliştirir, iştahın düzelmesine yardım eder, stres ve gerilimin azalmasına yardımcı olur, vücudun anatomik duruşunu düzeltir, genç bir görünüm,

sağlıklı deri ve kas tonusunun gelişimini sağlar, yaşam kalitesini artırır, sorumluluk ve paylaşma duygularını geliştirir, ileri yaşlarda kronik hastalıkların görülme sıklığını azaltır (25).

2.1.3.2.Beslenme

Küreselleşme sürecinde beklenen yaşam kalitesine ulaşmak için tüm bireylerin ve toplumun beslenme bilincini artırarak, sağlıklı beslenmenin yaşam biçimine dönüştürülmesi gerekmektedir. Toplumun sağlıklı yaşaması ve ekonomik yönden gelişmesi onu oluşturan bireylerin sağlıklı olmasına bağlıdır. Sağlığın temeli yeterli ve dengeli beslenmedir. Yeterli ve dengeli beslenme sağlıklı beslenme olarak da tanımlanmaktadır. Bu doğrultuda yaşam boyu tüm bireylerin sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesinin (sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlığı, tütün kullanımının önlenmesi) amaçlanması gerekmektedir.(26).

2.1.3.3. Düzenli Yaşam ve Uyku

İnsanın ruhsal ve fiziksel yönden sağlıklı bir birey olması, biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel gereksinimlerinin karşılanmasına bağlıdır. Bu gereksinimlerden birisi de uykudur. Sağlıklı ve zinde bir yaşam için uyku vazgeçilmezdir. İnsan yaşantısında yemek, içmek, nefes almak kadar önemli olan fizyolojik ihtiyaçlardandır. Bu sebeple uyku bireyin yaşam kalitesini, sağlık durumunu etkileyen bir etkidir. Uyku bireyi yeni güne hazırlar. Bedenin dinlenmesini, dinç bir gün geçirmeyi sağlar. Beyin aktivitelerinin kuvvetlenmesini, düzenlenmesini ve onarımını sağlar ve böylelikle günlük yaşam aktivitelerini etkiler. Uyku düzenindeki değişikliklerin uzun süre devam etmiş olması beden ve ruh sağlığının bozulmasına sebep olabilir.

İnsanlar 24 saatlik zaman diliminin bir kısmını uykuda geçirirler. Uykunun hem farklı yönleri hem de farklı bölümleri bulunmaktadır. Uykunun toplam uyku süresi, uyku latensi, uyku düzeni gibi farklı yönleri bulunmaktadır. Bunlardan biri de uyku kalitesidir. Uyku kalitesi bireyin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir güne hazır hissetmesidir. Uyku kalitesi; uyku latensi, uyku süresi ve bir

gecedeki uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel yönlerini içerdiği gibi; uykunun derinliği ve dinlendiriciliği gibi öznel yönlerini de içerir.(27).

2.1.3.4. Günlük Yaşamda Streslerle Başa Çıkma

Stres günlük yaşantının bir parçasıdır. Modern toplum dönemi stres çağıdır. Artan rekabet ortamındaki çalışma koşullarında iş stresi çalışanları çeşitli şekilde etkilemektedir. Hayatı üretken hale getirmek için stresin kontrol altında tutulması gerekir. Kontrol altında tutulan stres motive edicidir. Aşırı olduğunda ise ruhsal, zihinsel ve fizyolojik açıdan sağlığı etkileyerek tehdit edici bir unsur olur.

Stres çok çeşitli olarak görülebilir. Psikolojik stres, baş etme terimini iki kısımda vurgulamıştır. Psikolojik stres teorisinde, baş etme teriminin bilinçli ve bilinçsiz olarak kullanılan stratejilerin çeşitliliği vurgulanır. Amaç; algılanan tehditlerden psikolojik bütünlüğe ulaşmak, gerilim ve stresi belirlemektir. Bu yaşam problemleri üzerinde kontrol kurmakla aynı anlama gelmez. Ayrıca baş etme mekanizmaları problemlerin çözümleri için girişimde bulunma sürecidir. Baş etme teriminin bilinçli ve bilinçsiz olarak kullanılması psikolojik stres teorisinde vurgulanmıştır. Stresle karşılaşılan tehditlerden bir bütüne ulaşmak yaşamdaki problemleri kontrol etmek anlamına gelmez. Problemlerin çözümü için girişimde bulunulması sürecidir (28).

Dengeli beslenme, bol su içmek, egzersiz, erken ve düzenli yatmak, zamanı iyi değerlendirmek, yapılacak işler listesi hazırlamak, zor işleri basamaklara ayırarak bölümler halinde halletmek, zamanlı planlama yapmak ve bunu yaparken gerçekçi olmak, mümkünse eve iş getirmemek, hayır demeyi becerebilmek, gerektiğinde yardım ya da danışmanlık istemek ve bir sorun için tek bir çözüme bağlanıp kalmadan diğer seçenekleri de göz önünde bulundurmak, gülümsemek, öfkeyle başa çıkmak, stres azaltıcı davranışlardır (29).

2.1.3.5. Zaman Yönetimi

Zaman yerine konması, geri döndürülmesi, yenilenmesi depolanması, satın alınması mümkün olmayan bir şeydir. Yapılacak her işe zaman gereklidir. Zaman yönetiminin ana faaliyet sahası, bireylerin özel hayatı ve üst düzey yöneticilerden alt düzey çalışanlara kadar tüm yöneticilerle ilişkilidir. Etkin zaman yönetimi hem projeler için maliyet azalmasına hem de işletmeler için çok değerli bir kaynak olan

insanın daha verimli bir şekilde istihdamına olanak vermektedir. Zaman yönetiminin amacı, bireylerin ve özellikle de yöneticilerin zamanlarını verimli ve etkin bir şekilde kullanmalarını sağlayabilmektedir.

Zaman yönetiminde üzerinde durulması gereken üç konu bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, herhangi bir işin yapılmasının ertelenmesini önlemeye yönelik tedbirlerdir. İkincisi, kişisel verimi arttırmada yardımcı olan değer yargılarını kazanmak ve bu konuda olumlu tutumları geliştirebilmektir. Sonuncusu ise, zaman kullanımında bireye yararlı olan teknik ve görüşlerdir. Daha verimli, güvenilir, motivasyonu yüksek, sorumluluklarını daha iyi planlayan çalışanlar kazanmak adına zaman yönetimi önem taşımaktadır (30).

2.1.3.6. Çalışma Ortamı

Güvenli ve verimli hizmet sunulması, çalışanların mesleki yeterliliklerine ve performansta mükemmelliği destekleyen iş ortamına bağlıdır. Çalışma ortamı, birey ve davranışları üzerinde etkili olan tüm unsurları ifade etmektedir. Çalışma ortamı kavramı, fiziksel çevre, çalışma saatleri, iş sağlığı ve güvenliği, ücret gibi konuları içine alan çalışma koşulları kavramını da kapsayan, ancak profesyonel kimlik, anlamlı iş, karara katılma, özerklik, yöneticiler ve diğer meslektaşlarla ilişkiler, etkili liderlik, karşılıklı güven, profesyonel gelişim ve öğrenmenin teşvik edilmesi, fiziksel ve psikolojik güvenlik, etkili iletişim ve ekip çalışması gibi etkenleri barındıran bir kavramdır.

Çalışma ortamı çalışanların yaşantısını büyük ölçüde etkiler. Bu etki olumlu veya olumsuz olabilir. Çalışanların sağlıklı olması yalnızca kendilerini değil, aynı zamanda hizmet verdikleri kişileri de etkiler. Sağlık çalışanları için bu daha zordur. Çünkü hizmet verdikleri kişiler hasta insanlardır. Sağlıksız iş ortamı sağlık çalışanlarının psikolojik ve fiziksel sağlığını etkiler. Uzun çalışma saatleri, işyerindeki olumsuz ilişkiler, düşük statü, rolleri yerine getirmedeki sorunlar ve işyerindeki çeşitli tehlikelerle sağlık çalışanlarını büyük ölçüde etkiler. Çünkü kişiler günlük yaşantılarının büyük çoğunluğunu iş ortamında geçirmektedirler (31).

2.1.4. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

2.1.4.1- Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar

a) Sağlık durumu, sağlık algılaması:

Sağlık durumu biyolojik, fizyolojik veya işlevsel bozuklukları ve belirtileri dikkate alarak bireyin göreceli iyilik veya hastalık halidir. Sağlık algılaması (veya algılanan sağlık) bireyin sağlık durumundan etkilenen öznel değerlendirmedir. Bazı insanlar bir veya daha çok kronik hastalık nedeniyle sıkıntı çekerken kendilerini sağlıklı saymakta, bazıları ise nesnel bir hastalık belirtisi yokken kendilerini hasta algılamaktadırlar (32).

b) İşlevsel durum:

Bireyin temel gereksinimlerini karşılamak, her zamanki rolünü, sağlık ve iyilik halini sürdürmek için günlük işlevlerini yerine getirmedeki yeterliliğidir. İşlevsel kapasite, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal alanlardaki günlük işlevleri yerine getirmedeki en yüksek kapasitesini yansıtırken, işlevsel performans günlük yaşam akışı içindeki işlevleri içermektedir. Herkes tarafından iyi olarak değerlendirilen ancak kendisini hasta olarak gören bir kişinin kapasitesinden daha düşük işlevsel performansa sahip olabileceği üzerinde durulmaktadır (32,33).

c) Ruhsal durum:

Ruhsal durum uzun ve kısa süreli streslere (örneğin sağlık durumundaki değişiklikler) verilen duygusal yanıttır. Bireyin dünyaya karşı gösterdiği yüzü olarak tanımlanabilir. Depresyon, anksiyete veya kızgınlık, fiziksel hastalıklar ile birlikte olabilen ve bireyin işlevsel performansını, sağlık algılarını ve yaşam kalitesini etkileyen duygusal durumlardır (34).

d) Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SİYK):

SİYK bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. SİYK sağlık hizmet durumunun alanına giren etkenlerle doğrudan ilişkisi nedeniyle yaşam kalitesinden ayrılmaktadır. Genel olarak SİYK değerlendirilmesi, sağlıkla ilgili değişkenlerin (örneğin hastalık veya tedavi), genelde (genel SİYK) veya belli bir hastalığı olanlarda (duruma özel SİYK) önemli

olan yaşam olaylarıyla ilişkisini yansıtmaya çalışmaktadır. Fitzpatrick ve arkadaşları birçok yaşam kalitesi ölçeğini inceleyerek bunların içerik ve yapılarını karşılaştırarak, bu ölçeklerin çoğunda ortak olarak bulunan yaşam kalitesi boyutlarını şöyle sıralamışlardır (35).

- Fiziksel fonksiyon; örneğin hareket kabiliyeti, özbakım
- Emosyonel fonksiyon; örneğin depresyon, anksiyete
- Sosyal fonksiyon; örneğin cinsel hayat, sosyal destek, sosyal ilişki
- Rol performans; örneğin iş hayatında ve günlük ev işlerinde
- Ağrı
- Diğer semptomlar; örneğin yorgunluk, bulantı, hastalığa özgün farklı semptomlar.
- Bireysel hasta takibinde psikososyal problemlerin kişisel düzeyde araştırılması.
- Sağlık hizmetlerinin veya tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi çalışmalarında.

Sağlık planlayıcılarının ve sağlık ekonomistlerinin fiyat-fayda analizlerinde her bir yaşam kalitesi alanındaki doyum, kişiden kişiye değişir, her bir alanın önemi de kişiden kişiye değişir ve yaşam kalitesini eşit olarak etkilemez. Bireyin yaşamını etkileyen boyutlardan her biri değerlendirmede yer almalıdır. Bugün dünyada kullanılan genel amaçlı ya da hastalığa öznel olarak geliştirilmiş çok sayıda anket bulunmaktadır. Bunlar işlevsel beceriyi, psiko-sosyal iyilik halini, sosyal desteği, yaşamdan memnuniyeti ve moral durumunu ölçen ve daha geniş anlamda sağlıklılık durumunu belirleyen anketler olarak sınıflandırılabilir (35).

2.1.4.2- Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması

Yaşam Kalitesi 4 alanda ortaya çıkar.

- 1- Kişisel içsel Alan (değerler, inançlar, kişisel hedefler, arzular, sorunlarla baş etme vb.)
- 2- Kişisel Sosyal Alan (aile yapısı, gelir durumu, toplumun tanıdığı olanaklar vb.)
- 3- Dışsal Doğal Çevre Alanı (hava, su kalitesi vb.)

4- Dışsal Toplumsal Çevre Alanı (sağlık hizmetleri, kültürel-dini kurumlar, güvenlik) (36, 37).

1.4.3. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

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

Genel (jenerik) ölçekler: Genel yaşam kalitesi ölçekleri toplumdaki tüm bireylerin sağlık durumunu tanımlamada kullanılabilir. Genellikle herhangi bir hastalığa ya da sağlık durumuna özgü değildirler. Genel ölçeklerin en önemli avantajı farklı hastalık grupları ve bu gruplarla toplum arasında karşılaştırmaları olası kılmasıdır. Ancak belirli bir hastalık için tasarlanmamış olduklarından bazı hastalı grupları için daha az duyarlı olabilirler ve özellikle yaşam kalitesindeki küçük değişiklikleri saptayamayabilirler. En çok kullanılan jenerik ölçekler arasında Hastalık Etki Ölçeği (Sickness Impact Profile), Nottingham Sağlık Ölçeği (Nottingham Health Profile), SF36, WHOQOL ve EQ-5D sayılabilir.(38,39,8).

Özgül ölçekler: Özgül ölçekler, belirli hastalıkların, hastalık gruplarının, işlevsel bozuklukların ya da bir bulgunun yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemek üzere tasarlanmışlardır. Bu ölçekler, değerlendirilen sağaltımın tanımlanan hastalık durumuna özgü sağlık etkilerine odaklandıklarından yaşam kalitesindeki küçük değişimleri saptayabilirler. Bu tür ölçeklere örnek olarak Avrupa Kanseri Sağaltımı ve Araştırmaları Örgütü (European Organisation for Research and Treatment in Cancer, EORTC) tarafından geliştirilen ve kansere özgü European Organisation for Research and Treatment in Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30), pediatrik astım yaşam kalitesi anketi (Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire, PAQLQ), hastane anksiyete ve depresyon ölçeği sayılabilir (39,40,41).

Yaşam kalitesi ölçeklerinin oluşturulması ve geliştirilmesi yoğun emek gerektiren bir süreç olduğundan, başkaları tarafından geliştirilmiş, geçerliliği ve güvenilirliği denenmiş ölçeklerin değişik toplumlarda kullanımı yaygınlaşmaktadır. Ayrıca bu yolla farklı toplumlardan elde edilen verilerin karşılaştırılması da kolaylaşmaktadır. Bununla beraber, başka toplumlar üzerinde geliştirilen ölçekleri

yeni toplumlara doğrudan uygulamadan önce dikkat edilmesi gereken bazı noktalar vardır. Ölçeklerin yeni toplum ve kültüre uyumlu hale getirilme sürecindeki iki önemli aşama; ölçek içeriklerinin, kavram ve dil açısından anlam eşitliğinin sağlanması ile ölçüm özelliklerinin toplum üzerinde denenmesidir (37).

Ülkemizde de uluslararası düzeyde yaygın kullanılan bazı ölçeklerin Türkçe'ye çevrilip geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirilmesinin yapılması yönünde çabalar vardır. SF- 36 ve WHOQOL-BREF Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlikleri sınanmıştır (42).

2.1.5. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

2.1.5.1. Sağlık çalışanları ve yaşam kalitesi

İş yaşam kalitesi standartlarının altında ve motivasyon düzeyi düşük olan bir örgütte görev yapan personelin etkin ve verimli çalışması oldukça zordur. O halde örgütleri yönetenler, organizasyonda çalışan personelin moral ve motivasyon ile iş yaşam kalitesine yönelik öncelikleri belirlemek, çalışanlarının iş yaşam kalitesi ve motivasyonlarını iyileştirmek durumundadır (43).

İş yaşam kalitesi, işteki yaşamla ilgili olarak; memnuniyet seviyesi, motivasyon, kişisel tecrübe gibi kavramları ifade etmektedir. İş yaşam kalitesi, kişilerin işletme tarafından istihdamı durumunda önemli kişisel ihtiyaçlarını karşılayabilme derecesini göstermektedir. İş yaşam kalitesi çalışanlara genellikle; güvenlik, dürüstlük, aile demokrasisi, sahiplik, özerklik, sorumluluk, esneklik gibi kavramları aşlamaya çalışmaktadır. İş yaşam kalitesini arttırmak için işletmeler çalışanlarına açık ve destekleyici tarzda davranmaya, her seviyede iletişim kanallarını açık tutmaya, kararlara katılma konularında fırsat tanımaya ve görevleri yerine getirme konusunda yetki vermeye çalışırlar (44).

Martel ve Dupuis iş yaşam kalitesini çalışma koşullarının değerlendirilmesi, çalışanın memnuniyeti ve memnuniyetsizlikleri, verimlilik, örgütteki sosyal çevre, yönetim tarzı, iş yaşamının ve iş dışı yaşamın birbiriyle ilişkisi; kısaca iş çevresinin tamamındaki güçlü ve güçsüz yönleri içine alan bir kavram olarak tanımlamışlardır (45).

Amerikan Çalışma Enstitüsü, iş yaşamı kalitesini belirleyen bazı temel özellikleri, işe duyulan ilgi, kariyerdeki hedeflere ulaşabilme olanakları, iş ile ilgili

kararlara katılabilme, başarıya göre terfi olanakları, yönetime duyulan güven, kişiye gösterilen saygı, yoğun iş stresinin bulunmaması, maddi açıdan rahatlık, uygun fiziksel çalışma ortamı, yönetici ile uyumlu ilişkiler, işin kişisel yaşam üzerindeki olumlu etkisi ve çalışan-yönetici ilişkilerinde uyum şeklinde sıralamıştır (46).

Sağlık çalışma ortamlarında sunulan sağlık hizmetleri, bireye özgü, karmaşık, değişken ve acil niteliktedir. Dikkatsizlik, özensizlik ve ihmale bağlı hataların bedeli ağırdır ve çoğu kez insan hayatı ile ödenir. Sağlık kurumlarında çalışan sağlık personeli normal çalışma saatleri ve günleri dışında çalışmak durumunda kalan, yaşamsal risk taşıyan görev ve sorumluluklara sahip, zamanla yarışan, farklı teknolojilerle iç içe yoğun stres ve baskı altında çalışmak zorunda olan bir gruptur. Temel işlevi bakım hizmeti sunmak olan hastanelerde, en büyük iş gücünü ise hemşireler oluşturmaktadır. Bu denli hassas konumda yer alan hemşirelerin, daha rahat ve güvenli bir ortamda çalışabilmelerinin sağlanması gerekmektedir. Bu da, öncelikli olarak hemşirelerin iş yaşamı kalitelerinin yükseltilmesi ve örgüte bağımlılıklarının artırılması ile mümkün olabilmektedir (47).

Hastaneler haftanın 7 günü, 24 saat hizmet sağlayan karmaşık kuruluşlardır. Sağlık hizmeti ve hasta bakımındaki yetersizlikler doğrudan insan hayatını etkilemektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının iş yaşamlarının kalitesini bilmek ve kaliteyi artırıcı koşulları sağlamak bir tercihten öte zorunluluktur (48).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlığın bireylerin fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeteneklerini ve bireylerin yaşamlarındaki algıladıkları fiziksel, mental ve sosyal alanı ifade eder. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ölçütleri, sağlık programları, tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve ekonomik değerlendirme çalışmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır (49).

Yaşam süresi uzadıkça yaşanan yaşamın kalitesi önem kazanmaktadır. Ev ve aile ile ilgili konular, yaşamdan alınan doyum, çalışma durumu ve iş doyumunu çalışanların yaşam kalitelerini etkileyen önemli değişkenlerdir. Yaşam kalitelerinin artması ve sürelerinin uzaması için sağlığın geliştirilmesinde yaşam biçimlerinin değiştirilmesine yönelik uygulamalar benimsenmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol etmesi, kendi sağlığına uygun davranışları seçmesidir (50).

Yaşam kalitesi göstergeleri başlıca; birey ya da ailenin gereksinimlerini karşılama, çevre üzerinde denetim kurma, kendini geliştirebilme ve anlamlı yaşam sürdürebilme olarak sıralanabilir. Bütün bunları bütünleyen toplumsal ve çevresel nitelikler de kapsama alındığında çalışma koşulları, yaşanılan çevre koşulları, hizmetlerden yararlanma ve toplumsal ilişkiler önem kazanmaktadır. Çalışma koşullarındaki iyileşme ve zorluklar genel yaşam koşullarını da etkilemektedir. Buna bağlı olarak işin insancillaştırılması her alanda yaşam koşullarının niteliğinin yükseltilmesini öngören yaşam kalitesinin temel ögesidir (51).

Çalışanların iş doyumunu meslek ve bireysel gelişimi, performans değerlendirilmesi, güdülenmesi ve verilen hizmetin kalitesi ile ilgilidir. Bu konuda çalışmalara gereksinim bulunmaktadır. Çalışanın moralini yüksek tutmak ve verilen hizmetlerin kalitesini korumak önemli bir yönetim ve eğitim sorunudur. Çalışanların iş dışındaki yaşamının da işe karşı takınacağı tutum üzerine olumlu etkilerinin olacağı öne sürülmektedir. En önemlilerinden biri aile yaşamıdır. Aile yaşamında mutlu olmayanlar genellikle işe karşı isteksiz ve kaygısızdırlar. Yaş ve cinsiyet de çalışma yaşamını etkilemektedir. Bireyin bedensel, maddi, bireysel, duygusal yaşam tarzı ve yaşı stres yaratan öğelerdir ve yaşam kalitesinin belirleyicilerindendir (1,55).

2.1.5.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Önemi

İnsan dünyaya mutlu olmak için gelmiştir. Mutluluk, gerçekleşmesi anlamlı etkinlik ve etkileşimle ulaşılabilecek bir ideal olan yetkin bir doyum durumu, arzu ve isteklerin tümüyle karşılanması olarak tanımlamıştır. Bir şey değerlerle ilişkili olduğu, değerlerin gelişmesine hizmet ettiği ölçüde anlam kazanır (41).

Yaşama anlam veren değerlerin başında sağlık gelmektedir. Sağlık sektörü ve sağlık hizmetlerinin amacı ise, yaşama anlam katan bu değerlin korunması ve geliştirilmesidir. Bireysel açıdan baktığımızda hastalara uygulanan tedavinin üç temel amacı bulunmaktadır. Uyguladığımız tıbbi girişimlerin sonucunda, hastalarımızın yaşam sürelerinin uzayacağına, ileride sağlık durumlarının bozulmasını önleyeceğimize ve onların kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayacağımıza inanırız. Bu üç amaçtan ilk ikisine ne kadar ulaştığımızı ölçmek nispeten kolaydır. Ancak tıbbi girişimlerdeki amaçlarımıza bir bütün olarak baktığımızda bu tip bir değerlendirmenin eksik olacağı açıktır. Bu nedenle kişilerin

bir hastalık nedeniyle ya da uygulanan tedavi sonrası kendilerini nasıl hissettiklerinin, günlük yaşam aktivitelerini ne derece yapabildiklerinin de değerlendirilmesi gerekmektedir (52,53).

Özellikle son yıllarda batılı toplumların sağlık sistemlerinde hastaların da sağıltım seçiminde söz sahibi olması gerekliliğı yönünde artan eğilim ve hasta gruplarının bu yöndeki yoğun baskısı hasta odaklı sağılık hizmetlerini gündeme getirmiştir. Sağılık hizmetlerinin sonuçlarının değerlendirilmesinde hastanın bakış açısını merkeze alma eğilimindeki bu yaklaşımda, yaşam kalitesi ölçümleri kullanılarak fonksiyonel kapasite, iyilik ve hoşnutluk bir arada değerlendirilmeye çalışılmaktadır (54).

Kronik hastalıkların giderek artmasına karşın, bu hastalara sunulan sağıltım seçeneklerinin çoğunun tam iyileşmeden çok, bulguları hafifletici etkilerinin olması, ayrıca bazı hastalıklar için önerilen ve sınırlı yarar sağılayan sağıltım yöntemlerinin (örneğin kemoterapi) olası toksik etkileri ile birlikte değerlendirilmesi zorunluluğı da son zamanlarda yaşam kalitesi çalışmalarına verilen önemin artmasına neden olmuştur (52,53,54).

Yeni ve pahalı sağılık teknolojilerinin ülkelerin kısıtlı sağılık bütçelerini zorlaması nedeniyle, sağılık ekonomisi ve ekonomik değerlendirme yöntemleri son yıllarda giderek önem kazanmıştır. Yaşam kalitesi ölçütleri ekonomik değerlendirmelerde maliyet – zarar analizinin temel verisini oluşturmaktadır. Başını İngiltere, Avustralya ve Kanada'nın çektiğı birçok ülke sağılık sistemlerinde yeni ilaç ve diğere sağılık teknolojilerinin sağılanması karar verirken, bu teknolojilerin ekonomik değerlendirilmesinin maliyet – yarar analizleri temelinde ya da diğere deyişle yaşam kalitesi bazında yapılması koşulunu uygulamaktadır. İngiltere'de 1998 yılından beri işlev veren National Institute for Clinical Excellence (NICE) buna iyi örnek oluşturur. Bu değışime ayak uydurmak amacıyla, çok uluslu ilaç şirketleri son yıllarda yeniden yapılanmaya giderek araştırma – geliştirme grupları içinde ürünlerinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini ve buna paralel olarak da maliyet–yarar analizlerini değerlendirmekle görevli özel birimler oluşturmuş, pazarlama stratejilerini de bu yönde geliştirmeye başlamışlardır (52,55).

2.1.5.3. Hekimlerin Mesleki Özellikleri

Sağlık çalışanın sağlığını belirleyen iki temel faktörden ilki çalışanın bireysel özellikleri, ikincisi ise iş yeri ortamındaki faktörlerdir. Hekimlerin bireysel özelliklerine bakıldığında tıp fakültelerine yüksek puanlar alarak girdikleri, yüksek eğitim düzeyi ve diplomalarına sahip oldukları, çalışan kadın oranının pek çok iş kolundan daha yüksek olduğu, birçok iş kolunda 50 yaşın üzerindeki kimseye pek rastlanmazken, hekimlerden 65 yaş üzerinde olanların bile aktif çalışmaya devam ettikleri görülmektedir (56).

Hekimler için iş yeri ortamı risklerinin başında mikroorganizmalar gelmektedir. Başta solunum yolu enfeksiyonu etkenleri olmak üzere pek çok enfeksiyon etkenine maruz kalma riski bulunmaktadır. Bunun dışında iş yeri ortamı birçok riski barındırmaktadır (56).

Bireysel faktörler ve tabloda sunulan risk faktörleri sağlık çalışanlarının sağlık durumlarını belirler. Sağlık çalışanlarında en sık görülen sağlık sorunları enfeksiyon hastalıklarıdır. Akut solunum yolu enfeksiyonları, Hepatit B, C ve HIV enfeksiyonları, tüberküloz bunların başlıcalarıdır. Fiziksel etkenler arasında radyasyon öne çıkmaktadır. Uzun süre ayakta durma, ağırlık kaldırma gibi ergonomik risk faktörleri kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarına yol açabilmektedir. Kaza riski önemli bir faktördür. Özellikle kesi ve iğne batması sık görülmektedir. Bunların dışında çeşitli ilaçlar ve kimyasallara maruziyet sonucu alerjik hastalıklar görülebilmektedir (56).

Hekimler gece çalışması ve vardiyalı çalışma şartları nedeniyle toplumla ilişkilerini sürdürmekte zorluk çekebilmektedirler. Hekimlerin psikososyal sorunlarını oluşturan faktörlerin başında uzun süre çalışma, gece çalışması ve sık tutulan nöbetler gelmektedir. Ailesine ve kendine yeterli vakit ayıramayan hekimlerin aile içi ilişkileri ve sağlık durumları bozulmaktadır. Bununla birlikte hastanın sorumluluğunu taşıma, tedavi ve takip sırasındaki stres, ölümle sonuçlanan durumlarda duyulan üzüntü psikososyal sorunları artırır. Kırsal alanda çalışan hekimlerde yalnızlık başka bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunların dışında aşırı hasta yükü en önemli psikososyal risk faktörüdür. Kısa sürede çok sayıda hastaya bakmakla yükümlü olan hekimin hata oranı artmaktadır (56).

Acil servis başta olmak üzere hemen her tıp bilim dalının en önemli sorunlarından biri hekime yapılan şiddettir. Bu sözlü ya da fiziki taciz şeklinde olabilmektedir. Ne yazık ki toplumumuzun ve hekimlerin bir bölümü iletişim konusunda medeni seviyede değildir. Hukuki prosedürlerin çokluğu ve cezaların tatmin edici olmaması şiddeti tırmandırmaktadır. Hekimlerin önemli bir kısmı hukuki yollara başvurmamaktadır. Kurumsal takip ve koruma çalışmaları yeterli seviyede ve sistematik olmadığından uygulanan şiddet karşılıksız kalmaktadır. Bu nedenlerden dolayı hekimlerin güvenliği ile ilgili kaygıları gün geçtikçe artmaktadır (56).

2.1.6. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

2.1.6.1. Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalitesini Azaltan Faktörler

- Temel ihtiyaçların karşılanmaması
- Bedensel olarak değişim yaşama
- Kişisel bakım ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği
- Çalışma yoğunluğuna bağlı olarak sürekli yorgun ve halsiz hissetme
- Cinsel yaşamda aksaklık
- Gelecek endişesi
- Destek mekanizmasında eksiklik
- Kronik olmayan sağlık sorunları ya da kronik olan sağlık sorunlarıyla birlikte yaşamak (57).

2.1.6.2. Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalitesini Arttıran Faktörler

- Kişinin ekonomik alanda ve sosyal alanda kendini garanti altında hissetmesi
- Güvensizlik yaşamaması
- İhtiyacı olan rahata kavuşmuş olması
- Aktif bir hayat sürmesi
- Yakın çevresiyle olumlu ilişkiler kurması
- Mutlu olduğu şeyleri yapması
- Diğer insanlara da saygı duyması
- Özerklik duygusuna sahip olması
- Özel yaşamının gizliliğine özen gösterilmesi

- Kendisini ifade edebilmesi
- Kendini birçok bakımdan yeterli görmesi
- Farklı ve yaratıcı bir kişi olarak tanınması
- Huzurlu, inancını yaşayabilen ve kişisel değerlerine itibar edilmesi gerekmektedir (57).

2.2. Stres

2.2.1. Stres Kavramı ve Stres Tanımı

Stres, Latince kökenli bir sözcük olan estrectia dan gelmektedir. 17.yüzyılda felaket, bela, musibet, dert, keder gibi anlamlarda kullanılmıştır. 18 ve 19.yüzyıllarda ise bir nesnenin veya insanın, bir tür gücün etkisi ile biçiminin bozulmasına, çarpıtılmasına karşı oluşturduğu direnç anlamında kullanılmaya başlanmıştır (13).

Bilim adamlarının strese neden olan olaylara, stresin belirtilerine ve stresin sonuçlarına göre farklı yaklaşım tarzları stres tanımlarını farklılaştırmaktadır. Stres sözcüğü ilk kez 17. yüzyılda elastiki nesne ve ona uygulanan dış güç arasındaki ilişkiyi açıklamak üzere Fizikçi Robert Hook tarafından kullanılmıştır (58).

Psikolojik bir yaklaşıma göre stres, olağanüstü talepler, sınırlamalar veya fırsatlarla yüz yüze gelindiğinde birey tarafından yaşanan bir gerilim durumudur (59).

Stres günlük yaşamda kullandığımız gibi sıkıntı ve gerginlik durumlarında hissettiğimiz bir duygu durumu değildir. Stres, yeni durumlara adapte olmak için oluşturulan fiziksel bir tepki veya savunma mekanizmasıdır. Vücudun bütünlüğünü tehdit eden ya da strese neden olan faktörlerle başa çıkılamayacağı durumlarda endişe, kaygı, umutsuzluk, sıkıntı gibi duygular strese eşlik eder. Bunlar stres faktörüne yanıt olarak organizmada meydana gelen psişik değişikliklerdir (61).

Organizmanın stres faktörüne yanıtı Genel Adaptasyon Sendromu olarak tanımlanmıştır. Bu sendrom 3 dönemde incelenmektedir. Birinci dönem alarm dönemidir. Stresle karşılaşan organizmada korteks uyarılır. Bu uyarı limbik sistem üzerinden hipotalamusa ulaşır. Hipotalamustaki uyarı direk ya da hipofiz aracılığıyla böbrek üstü bezlerden kortizol ve adrenalin salınımını sağlar. Böylece sempatik sinir sistemi aktive olur. Stres yanıtında organizmadaki değişiklikler bu hormonlar aracılığıyla sağlanır. Stres yanıtı, kan basıncının ve kan şeker oranının artması, mide asidinin salınımının artması, vücut ısısı ve solunum derinliğinin yükselmesi ve

zihinsel aktivitenin hızlanması şeklinde olur. Sonuçta direnç dönemine girilir. Organizma ikinci dönemde stres faktörüyle mücadele eder. Vücut dengesini korumaya çalışır. Bu dönemde organizmanın uyum yeteneği ve enerjisi dirençte büyük önem taşır. Direnç düzeyi cinsiyet, genetik ve çevresel faktörlerden etkilenir. Özellikle geçmiş tecrübeler direnci artırır. Stres faktörü ortadan kaldırılamayıp uzun sürdüğü durumlarda zamanla enerji azalır ve vücut tükenme dönemine girer. Tükenme dönemi genel adaptasyon sendromunun üçüncü dönemini oluşturmaktadır. Hormonların uzun süre etkileri sonucu kalp damar hastalıkları, ülser, bağışıklığın baskılanması ve enfeksiyon hastalıkları görülmektedir (61).

2.2.2. Stresin Belirtileri

Birey strese girdiğinde çeşitli belirtiler verebilir. Bu belirtiler bireyin kişiliğine, stresi tetikleyen nedene ve bulunduğu konuma göre değişiklik gösterir.

2.2.2.1- Stresin Fiziksel Belirtileri

- Aşırı iştahsızlık, yemek yememeye rağmen tokluk duygusu, kilo kaybı ve zayıflık
- Aşırı yemek yeme veya özellikle bir sorunla karşılaşınca yemek yeme ve içki içme eğilimi ile beraber oluşan kilo fazlalığı
- Sürekli yorgunluk ve halsizlik hali ve bu durumdan dolayı etrafa yakınmalar
- Sıkça görülen migren tarzı baş ağrıları
- Geceleri uyuyamama veya erken uyanma
- Oturma ve dinlenmeyi engelleyen sinirsel ağrı ve şikâyetler
- Gece ve gündüz vücudun değişik organlarına ve özellikle bacaklara giren kramplar ve adale spazmları
- Yüksek tansiyon ve kalp atışlarında artma, ellerde titreme, nefes darlığı
- Sık sık gelen mide bulantıları, mide krampları, sürekli ishal ve kabızlık
- Cinsel ilişki kurmada isteksizlik, korku ve iktidarsızlık
- Ağrı kesici ilaçlara ve aspirine aşırı düşkünlük ve bunun sonucu oluşan mide kanamaları
- Daha dinamik ve enerjik olmak, azalan vücut direncini artırmak için aşırı derecede vitamin veya mineral türü ilaçlara eğilim ve düşkünlük
- Çene kasılması ve diş gıcırdatma (62).

2.2.2.2. Stresin Psikolojik Belirtileri

Psikolojik belirtiler genellikle kişinin iç dünyasıyla yakından ilgilidir. Bazı kişiler duygu ve düşüncelerini dışarıya yansıtırken bazı kişiler içlerine kapanırlar. Dışarı yansıtsın ya da yansıtmassın stresin bazı psikolojik belirtileri bulunmaktadır.

- Aşırı tedirginlik, sürekli kaygı, endişe, korku içinde olmak
- Alınganlık, şüphencilik, duyarlılık, sinirlilik, saldırganlık, güvensizlik ve tahammülsüzlük belirtileri yaşamak
- Duygusal tepkisizlik (komik olaylara gülmeme, üzücü olaylar karşısında üzülme) hayattan zevk almama, her şeyin boş olduğuna inanıp yaşam tutkusunu yitirmek
- Hasta olduğundan korkmak, hasta olduğu duygusuna kapılmak, ölüm ve kaza korkusu yaşamak
- Aşırı depresyon ve yorgunluk, bıkkınlık-bezginlik hissi yaşamak
- Kaza ve ölüm olaylarından aşırı etkilenmek, duygulanmak gözyaşı döküp ağlamak
- Sık sık hayal kırıklıkları yaşamak
- Kendine güvenmeme, suçluluk duygusu ve komplekslere kapılma
- Tatil yapmayı, eğlenmeyi, dinlenmeyi, sosyal ve kültürel etkinliklere katılmayı anlamsız bulmak.
- Samimi ve kendini anlayacak dostlarının olmadığından yakınmak
- Sıklıkla fobik reaksiyonlar yaşamak
- Sürekli ailesine, çocuklarına iyi bir gelecek hazırlayamadığından yakınmak
- Unutkanlık belirtilerinin sıklaşması, işine odaklanamamak ve sağlıklı karar verememek
- Saplantılı düşünce ve olumsuz-anlamsız davranışların artması.

Bunlar gibi kişiden kişiye farklılık gösteren belirtiler görülebilir. Bu belirtilerin şiddeti yaşanan stres düzeyiyle ilişkilidir. Ayrıca kişinin karakter yapısı da bu belirtilerin görülmesinde etkilidir (62).

2.2.3. Sağlık Çalışanlarında Stres Nedenleri

Stres, çalışan bireyin verimlilik, performans, iş motivasyonu ve davranışlarını doğrudan etkilemektedir. Sağlık mesleği de stres yoğunluğu yüksek

olan meslek grupları arasındadır. Başka insanların sağlığının sorumluluğunu meslek olarak üstlenmiş olan sağlık personelinin sağlığı, özellikle dikkate alınması gereken bir konudur. Çünkü strese bağlı gerginlikler, sıkıntılar, hastalıklar bu insanların çalışma hayatındaki iş gücünü etkilemekte, ilgilendikleri hastalara zarar verme olasılığını artırabilmektedir (63).

Sağlık çalışanları iş ortamları koşullarının kapalı, havasız ve hastalık şikayetlerinden dolayı gelen sıkıntılı bir ortamda çalışmaktadırlar. Sağlık personeli, hastaların yaşadıklarına ortak olur ve duygusal yönden de hasta ve hasta yakınlarına destek olmak zorundadır. Hastalarla kurulan ilişkide üzücü, depresif, acı veren yönler var ise, sağlık çalışanı da olumsuz etkilenmektedir. Genç, işe yeni başlayan bireyler, yaşlı ve tecrübeli bireylere göre daha çabuk stres altına girmektedirler. Evli ve çocuklu bireyler olaylara bekar kişilere göre daha sakin ve ılımlı yaklaşır. Bireylerin kişilik özellikleri de stres faktörünü etkilemektedir. Sağlık alanında daha soğukkanlı, sakin insanlar daha az strese maruz kalmaktadırlar (63).

Sağlık çalışanları iş ortamlarından kaynaklanan riskleri; (64).

Enfeksiyon riski: Enfeksiyona yakalanma kan ve kanlı vücut sıvılarına temas, açık yaradan, sıyrık deriden, batıcı ve delici aletlerle yaralanma şeklinde olmaktadır. Bulaşan enfeksiyonlarda en önemlileri Hepatit B, Hepatit C ve AIDS'tir. Bunun haricinde damlacık yoluyla bulaşan tüberküloz, nezle, grip gibi bulaşıcı hastalıklara maruz kalırlar.

Hastanelerdeki kimyasal ajanlar: Anestezik maddeler (nitroz oksit, halotan, izofloran) spontan düşükleri artıran, erken doğumlar, konjenital malformasyonları artıran, kanser, karaciğer hastalıkları, baş ağrısı, yorgunluk gibi rahatsızlıklara neden olurlar.

Sitotoksik maddeler: Bu ilaçlar hazırlanırken, ampul kırma esnasında, serum içine verilen, serum hazırlanırken ciltle temas sonucu hazırlayan kişinin lenf yapısında genetik yapı bozukluklarına neden olabilmektedir.

Sterilizasyonda kullanılan maddelere maruz kalma: Sterilizasyonda kullanılan maddelere maruza kalınması durumunda ağız ve burun mukozasında tahrişler meydana gelir.

Radyasyona maruz kalma: Radyoloji çalışanları, ameliyathane ve kardiyoloji çalışanları radyasyona maruz kalmaktadır.

Sağlık üzerine bu kadar yoğun risk taşıyan insanlar sağlıklarını kaybetme ve ölümcül bir hastalığa yakalanma korkusuyla yoğun stres altındadır (65).

Diğer nedenler;

- Tanımlanmamış görev tanımları
- Sık yer değiştirme
- Amirlerin yetersizliği
- Aşırı ve yoğun çalışma
- Kağıt işi ve bürokrasinin fazla olması
- Personel ve malzeme yetersizliği
- Hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim sorunu
- Özellikle asistan hekimlerin deneyimsizliği ve hata yapma tedirginliği
- Zaman kısıtlılığının verdiği sıkıntı.
- Yoğun bakım, acil müdahale, onkoloji gibi birimlerde ölüm oranı yüksek olduğu için, stres en üst seviyeye çıkmaktadır.

Sağlık çalışanlarını çalışma ortamındaki ışıklandırma, gürültü, iklimlendirme sistemleri (65).

Strese neden olan durumlar hekimlere göre değerlendirildiğinde, hekimlerin mesleklerinden kaynaklanan stres faktörleri şöyle sıralanabilir (60).

1. Çalışma saatlerinin düzensiz olması
2. Nöbet tutma şeklinde çalışma ve nöbet sürelerinin uzunluğu
3. Fazla iş yükü
4. Fiziksel yetersizlikler nedeniyle tıbbi müdahaledeki sınırlılıklar
5. Ücretteki dengesizlikler
6. Tıp eğitiminin yetersizlikleri
7. Tıpta uzmanlık sınavı
8. Teşhis ve tedavide hata yapma kaygısı
9. İnsan yaşamının sorumluluğunu üstlenme zorluğu
10. Hasta-hekim iletişimindeki zorluklar
11. Hasta ve yakınları tarafından uygulanan şiddet
12. Bazı kimselerin hekimlerin yetkilerini suiistimal çabaları (ilaç yazdırma, rapor)
13. Mesleki saygının azalması
14. Hekimler arası mesleki ve kişisel çatışmalar

15. Meslek hastalıkları
16. Bulaşıcı hastalıklara yakalanma riski
17. Kendine ve ailesine yeterli vakit ayıramama
18. Tatile çıkamama (60).

2.2.4. Sağlık Çalışanlarında Stres Yönetimi

2.2.4.1. Sağlık Çalışanlarında Bireysel Stres Yönetimi

Stres çalışan bireyin verimlilik, performans, iş motivasyonu ve davranışlarını doğrudan etkilemektedir. Sağlık mesleği de stres yoğunluğu yüksek olan meslek grupları arasındadır. Çalışma ortamındaki stres kaynağı bireyde migren, koroner arter hastalıkları, kaslarda gerginlik, uyku sorunları, yorgunluk gibi fiziksel sağlık sorunlarına; anksiyete, depresyon gibi psikolojik sorunlara; iş doyumsuzluğu, iş veriminde azalma, işe devamsızlık, tükenme sendromu, işi bırakma, sigara, alkol, ilaç alışkanlığı, aile içi ilişkilerde bozulma, kişiler arası iletişim sorunları gibi mesleki ve sosyal sorunlara neden olduğu görülmüştür. Sağlık personelleriyle ilgili yapılan çalışmalarda yetersiz ücret, alınan eğitim ile yapılan işin uyumsuzluğu, mezuniyet sonrası eğitim yetersizliği, meslekte ilerleme olasılığının düşük olması, olumsuz çalışma koşulları gibi pek çok etkenin çalışanların iş doyumlarını etkilediği belirtilmektedir. Başka insanların sağlığının sorumluluğunu meslek olarak üstlenmiş olan sağlık personelinin sağlığı, özellikle dikkate alınması gereken bir konudur. Çünkü strese bağlı gerginlikler, sıkıntılar, hastalıklar bu insanların işteki performanslarını etkilemekte, ilgilendikleri hastalara zarar verme olasılığını artırabilmektedir. Diğer yandan da hastanın moralini olumsuz etkileyerek iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu açıdan sağlık personelin sağlığı çok önemlidir (66).

Kişi her durumda stres yaşayabilir. Her birey farklı özellikler taşıdığından strese verdiği tepkide farklı olabilir. Stres karşısında her kişinin durumu aynı değildir. Bireyin kendini kontrol edebilmesi, kişisel özellikleri, aile ve sosyal çevresi buna etkendir. Bunun yanında bazı yöntemler kullanılarak kişinin rahatlaması, strese neden olan faktörün azaltılması gerekir. Bu yöntemlerin bazılarını açıklamak mümkündür.

Düzenli sağlık kontrolü: Düzenli sağlık kontrolü yaptırmak bireyin fizyolojik ve psikolojik sağlığı açısından önemlidir. Bu kontroller gerek işyerlerinde gerekse sağlık kurumlarında yapılarak bireyi çıkabilecek sorunlara karşı korur. Bireyin moralini düzeltir.

Düzenli tatil alışkanlığı: Bireyin belli zamanlarda, iş ortamından uzaklaşması ve zihnini boşaltması için tatil önemli bir faktördür. Kısa molalar (ya da uzun tatiller) vermek, stresin tepeye yükseldiği zamanlarda vücudumuzun dinlenmesine yardımcı olur. Çalışma ortamının yoğunluğundan bunalan birey, yapacağı tatille stresini azaltabilir. Dinlenme ya da bulunduğu ortamdan uzaklaşma çalışanları rahatlatır. Böylece stresli ortamdan uzaklaşan bireyler, zihinsel ve bedensel rahatlama sağlayabilirler.

Beslenme ve gıda rejimi: Yapılan araştırmalarda yeterli ve dengeli beslenmenin gerilimi azalttığı görülmüştür. Beslenme sırasında alınan kafeinli içecekler uyarıcı olduğu için, vücut bir süre sonra kaygılı ve sinirli olur. İşe konsantrasyon azalır. Şeker, kafein ve hazır gıdalar yerine; et, süt, sebze ve meyveden oluşan besin gruplarını tüketmek günlük hayatın sorunlarıyla olumlu bir şekilde başa çıkmayı sağlar. Birey beslenme düzeniyle de stresini azaltabilir. Hazır, katkı maddeli ve vücuda zararlı gıdalar yerine daha doğal ve dengeli beslenerek içinde bulunduğu gergin durumdan kurtulabilir (67).

Fiziki egzersizler: Stresli durumlarda oluşan gerilimin azalmasında rol oynayan baş etme yöntemidir. Egzersiz, spor, antrenman, hepsi birer fizik aktivitedir. Hepsinin ortak özelliği, düzenli, planlı, programlı olmalarıdır. Beden sağlığı üzerine olan iyileştirici etkileri yanında, ruh sağlığı üzerine de iyileştirici etkileri vardır. Düzenli fiziksel aktivitenin, hem bedensel hem de ruhsal olarak sağlıklı, olumlu, iyileştirici etkilere sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Egzersiz vücudun gevşemesini sağlayarak zihinsel yorgunluğun giderilmesine yardımcı olur. Bireyin gerginliğini azaltır. Dolayısıyla kişi mutlu, huzurlu, rahatlamış olarak hem iş yaşamında başarılı olur hem de özel yaşamında olumlu, pozitif olur. Böylece stresin vücuda verdiği zararlardan da büyük ölçüde kurtulur.

2.2.4.2.Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Stres Yönetimi

Sağlık sektörü doğası gereği strese yol açabilecek birçok özelliği içinde barındıran bir sektördür. Bu konuda stresle mücadele etmek için öncelikle stres kaynakları belirlenmelidir. Sağlık çalışanları çalışma ortamları gereği ve sürekli hastalarla etkileşim içinde olmalarından dolayı stres düzeyleri fazladır. İş hayatında stresi tamamen yok etmek mümkün olmadığından, en azından azaltılmasına yönelik önlemler alınmalıdır. Sağlık çalışanları bir takım önlemlerle stresle baş edebilir. Çalışanlarda yapılması gereken stresle baş etme yöntemleri şunlardır:

- Her çalışanın olduğu kadar, sağlık çalışanın da sağlıklı ve güvenli bir hastane ortamında
- çalışması haklıdır. Bu nedenle hastanelerde ilgili birimler kurulmalıdır.
- Hasta sevk usullerinin yeterli düzenlenmesi gerekmektedir.
- Hastane güvenlik önlemlerinin artırılması ve görevlilerin sürekli eğitimi sağlanmalıdır.
- Acil birimlerde acil önceliği uygulamaları, hizmet aksamalarını ve yoğunluğu azaltacaktır.
- Sağlık personelinin hizmet içi eğitimlerle sürekli yenilenmesi
- Bazı hastanelerimizde sağlık çalışanlarına uygulanan bağışıklama çalışmalarının yaygınlaştırılması
- Yeterli sayıda personel alımının sağlanması
- Çalışma ortamında nem, aydınlanma, koku, ses gibi strese neden olabilecek çevresel etkenlerin ortadan kaldırılması
- Üst yöneticilerin desteği ile sağlık personelinin stresi büyük oranda azalabilir (68,69).

Tablo 1. YKASD İle İlgili Yapılan Çalışmalar (11,12,13,14,15).

Araştırmacılar	Tarihi Yeri	Sonuçlar
Arzu Yıldırım Rabia Hacıhasanoğlu	2011 Erzincan	Araştırma bulgularına göre çalışanlar iş yaşamından memnun olmama nedeni olarak %42.8 ile ilk sırada çalışma sistemindeki uygunsuzlukları,%32.2 ile ekonomik yetersizliği belirtmiştir.
Yusuf Ziya Türk Mehmet Çetin Turan Fedai	2012 Ankara	Alt ölçek puan ortancaları incelendiğinde en olumlu değerlendirilen özellikler “Organizasyondaki Yasalar” ve “Sürekli Gelişim ve İyileştirme Fırsatları” Olurken (65.0) en olumsuz değerlendirilen konu Yeterli ve Adil Ücretlendirme (40,0) olmuştur
Haluk Tanrıverdi Sevgül Işık	2014 İstanbul	Araştırma sonucunda, sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile iş yaşam kaliteleri arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkilerin olduğu, sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olma düzeylerinin artmasının, iş yaşam kalitelerine de olumlu yansiyarak, iş yaşam kalite düzeylerinin artmasına neden olduğu sonucuna varılmıştır.
Yrd.Doç.Dr. Havva Tel Yrd.Doç.Dr. Mevlûde Karadağ Yrd.Doç.Dr. Hatice Tel Hem.Şule Aydın	2003 Sivas	Sağlık çalışanlarının orta düzeyde iş stresi yaşadıkları, iş stresi nedeni olarak iş yükünün fazla olmasını, hasta ve yakınları ile iletişim sorunlarını, personel ve malzeme yetersizliğini belirtmişler. İş stresi ile baş etmede soruna yönelik baş etme yollarını duyguya yönelik baş etme yollarını daha fazla kullandıkları, baş etme yolları açısından meslek grupları arasında fark

			olmadığı belirlenmiştir.
Kadriye Kayıhan Pala	Avcı, Bursa	2004	Araştırma sonucunda elde edilen yaşam kalitesi bedensel, psikolojik, sosyal, çevre ve ulusal çevre alan puanları sırasıyla 15.0, 14.5, 14.0, 12.9 ve 13.0'dır. Uzmanlarda, temel tıp bilimlerinde çalışanlarda ve evlilerde yaşam kalitesi alan puanları daha yüksek bulunmuştur.
Calumbi Amorim Maciel Damázio Filho O, Teles AJ.	RA, JA, CM, O,	2010 Portekiz	Analiz sonucuna göre, anesteziyologların% 44.6'sının yaşam kaliteleri hakkında olumsuz veya tanımsız bir algıya sahip olduğunu göstermiştir. Haftalık çalışma vardiyalarının aşımı ($p = 0.03$) sağlığından memnuniyet derecesi ($r = 0.525$; $p = 0.01$), sonuçları üzerinde belirgin bir etkiye sahiptir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın yeri ve zamanı:

Düzce Üniversitesi Hastanesi 1998 yılında Konuralp' de bulunan Sağlık Bakanlığı'na ait Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nin, Abant İzzet Baysal Üniversitesi'ne Tıp Fakültesi kurulması amacıyla devredilmesi ile faaliyetlerine başlamıştır. 2006 yılında Düzce Üniversitesi'nin kurulması ile Düzce Üniversitesi bünyesinde faaliyetlerine devam etmiştir. Düzce üniversitesi hastanesinin kuruluşu 2009 yılı Şubat ayında tamamlanmış olup, 32 poliklinik ve 320 yataklı servisiyle hizmet vermektedir.

Araştırma Aralık 2016 – Mart 2017 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Araştırma Hastanesinde yapıldı.

3.2.Araştırmanın evreni ve örnekleme:

3.2.1.Araştırmanın evreni: Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan 145 araştırma görevlisi araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

3.2.2.Araştırmanın örnekleme: Örneklem seçilmemiş olup evrenin %86' sına ulaşılmıştır.

3.3. Araştırmanın tipi: Tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.4. Araştırmanın hipotezleri:

- a) H_0 : Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine göre yaşam kalitesi ve algılanan stres düzeyi farklılık göstermemektedir.
 H_1 : Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine göre yaşam kalitesi ve algılanan stres düzeyi farklılık göstermektedir
- b) H_0 : Hekimlerin meslek ve iş hayatına ait özelliklerine göre yaşam kalitesi ve algılanan stres düzeyi farklılık göstermemektedir.
 H_1 : Hekimlerin meslek ve iş hayatına ait özelliklerine göre yaşam kalitesi ve algılanan stres düzeyi farklılık göstermektedir
- c) H_0 : Hekimlerin gelir durumu ve aile içi ilişki durumuna göre yaşam kalitesi ve algılanan stres düzeyi farklılık göstermemektedir.

H₁: Hekimlerin gelir durumu ve aile içi ilişki durumuna göre yaşam kalitesi ve algılanan stres düzeyi farklılık göstermektedir

d) Ho: Hekimlerin yaşam kalitesi düzeyi ile stres düzeyi arasında ilişki bulunmamaktadır.

H₁: Hekimlerin yaşam kalitesi düzeyi ile stres düzeyi arasında ilişki bulunmaktadır.

3.5. Araştırmaya Katılma Kriterleri: Düzce üniversitesi tıp fakültesinde araştırma görevlisi olarak çalışmak ve çalışmaya katılmayı kabul etmek.

3.6. Araştırmaya Katılmama Kriterleri: Düzce üniversitesi tıp fakültesinde araştırma görevlisi olarak çalışmamak ve çalışmaya katılmayı kabul etmemek.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri (Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler):

Bağımlı Değişkenler ; Araştırma görevlilerin yaşam kalitesi, algılanan stres

Bağımsız Değişkenler: Araştırma görevlilerin sosyo demografik özellikleri, aile içi ilişkileri, alışkanlıklar ve hastalık durumu ile ilgili değişkenlerinden oluşmaktadır.

3.8. Veri Toplama Toplama Araç Ve Yöntemi

Anket formunda birinci bölümdeki sorular hekimlerin sosyo demografik özelliklerine ilişkin sorulardan (30 soru) oluşmaktadır. İkinci bölümdeki sorular Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL_BREF) (27 Soru) ve Algılanan Stres Düzeyi Ölçeği'nden (14 Soru) oluşmaktadır. Anket formunda toplam 71 soru bulunmaktadır.

a.) Araştırmamızda Kullanılan WHOQOL_BREF Ölçeği ve Özellikleri

WHOQOL_BREF ölçeğini geliştirme çalışmaları DSÖ tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın Türkiye ayağını yürüten Eser ve ekibi, ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması gerekliliğini; Türk diline ve kültürüne uyarlanmış bir yaşam kalitesi ölçeğinin bulunmaması, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi sonuçlarını diğer ülkelerle karşılaştırılmaya imkân tanıyacak olması, Türkiye'de klinik tıp uygulamalarında hastanın tedaviye katılımına ve uyumuna katkısını artıracak bir

araca ihtiyaç olması, hekimlerin uyguladıkları tıbbi girişimlerin hastanın yaşam kalitesini etkileme durumunu ölçmelerine imkân tanınması olarak açıklamaktadır (70).

WHOQOL Ölçeği orijinal formu bedensel, ruhsal, sosyal, çevresel alan, kişisel inanç ve bağımsızlık düzeyi boyutları ile dört adet genel sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması olan WHOQOL-100 TR (Uzun Form) Ölçeği eklenen sosyal baskı alanına ait sorularla birlikte 103 sorudan oluşmaktadır. WHOQOL-Bref formu ise uzun formdan elde edilen ve 27 sorudan oluşan bir ölçektir. Orijinal formlarından Türkçe'ye uyarlanan WHOQOL 100 (Uzun form) ve WHOQOL-Bref (Kısa Form) Ölçeklerinin geçerli ve güvenilir olduğu bildirilmiştir. WHOQOL-Bref'e ait güvenirlik katsayıları (cronbach alfa katsayısı) bedensel alan için 0.83, ruhsal 0.66, sosyal 0.53 ve çevre alan için 0.73'tür. WHOQOL-Bref Ölçeği (Kısa Form) WHOQOL-100 TR Ölçeğinin (Uzun Form) yerine kullanılabilen, yeterli psikometrik özelliklere sahip ve klinik kullanıma uygun olduğu kaydedilmiştir. Ölçekte bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alan olmak üzere 4 boyut ve toplam 27 soru bulunmaktadır. Ölçek son iki haftadaki yaşam kalitesi düzeyini ölçmeye yönelik hazırlandığından katılımcıların ölçeği son iki haftadaki yaşantılarını temel alarak yanıtlamaları gerekmektedir. Genel yaşam kalitesi ve sağlık algısı birinci ve ikinci sorularda diğer sorulardan ayrı olarak irdelenmiştir. Kalan 25 soru yaşam kalitesi alan sorularından oluşmaktadır. Ölçeğin son sorusu ülkemize özel hazırlanmış olup çevresel baskı özelliğini sorgulamaktadır. Soruların her biri likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermekte ve seçenekler 1-5 arasında değer almaktadır. Ölçeğin puanlaması 100 puan veya 20 puan üzerinden olmak üzere iki türlü yapılabilmektedir. Çalışmalarda daha çok 4-20 puan hesaplaması tercih edildiğinden karşılaştırmayı kolaylaştırması açısından araştırmamızda da öyle hesaplanacaktır. Puan artışı yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir (71).

Tablo 2. WHOQOL-Bref Ölçeği'nin Özellikleri

Genel Sorular (GS) ve Alanlar		Özel	Ölçekteki Soru Sırası
GS1		Genel yaşam kalitesi algısı	1
GS2		Genel sağlık hoşnutluk durumu	2
Bedensel Alan	Ağrı ve rahatsızlık		3
	İlaçlar ve tedaviye bağımlılık		4
	Canlılık ve bitkinlik		10
	Hareketlilik		15
	Uyku ve dinlenme		16
	Gündelik işleri yürütebilme		17
	Çalışabilme gücü		18
Ruhsal Alan	Olumlu duygular		5
	Kişisel inançlar		6
	Düşünme, öğrenme, bellek ve dikkatini toplama		7
	Beden imgesi ve dış görünüş		11
	Benlik saygısı		19
	Olumsuz duygular		26
Sosyal Alan	Diğer kişilerle ilişkiler		20
	Cinsel yaşam		21
	Sosyal destek		22
Çevresel Alan	Güvenlik ve emniyet		8
	Fiziksel çevre		9
	Maddi kaynaklar		12
	Yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları		13
	Dinlenme ve boş zaman değerlendirme		14
	Ev ortamı		23
	Sağlık hizmetleri ve sosyal yardıma ulaşım		24
	Ulaşım		25
	Sosyal baskı		27

b.) Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)

Algılanan Stres Ölçeği 1983 yılında Prof. Dr. Sheldon Cohen tarafından geliştirilmiştir (72). Türk Toplumu'na uyarlama çalışması 2006 yılında Yerlikaya ve arkadaşları tarafından yapılmış olup geçerli ve güvenilir bulunmuştur (cronbach alfa: 0.84) (73). Ölçeğin metodolojik çalışmaları başka araştırmacılar tarafından da yapılmış, geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Algılanan Stres Ölçeği bireyin hayatındaki bazı durumları ne derece stresli algıladığını ölçmek için tasarlanmıştır (74). Toplumun erişkin tüm kesimlerine uygulanabilir bir ölçektir. Ölçek son bir aydaki stres düzeyini ölçtüğünden, katılımcıların ölçekteki soruları bu dönemdeki durumlarını göz önünde bulundurarak yanıtlamaları gerekmektedir. Ölçek 14 sorudan oluşmakta ve seçenekler 0-4 arasında değer almaktadır. Ölçekteki seçenekler hiç bir zaman (0) -- çok sık (4) şeklinde olup likert tipi yanıtlardan oluşmaktadır. Maddelerden olumlu ifade içeren 7'si tersten puanlanmaktadır. Ölçek 0-56 puan arasında değer almakta olup puanın artışı algılanan stres düzeyinin arttığını göstermektedir. Bu ölçeğin yanı sıra 10 ve 4 soruluk olmak üzere ölçeğin 2 formu daha bulunmaktadır (73,74).

3.9. Ön-deneme: 5 kişide ön deneme yapıldı ve ön deneme sonucunda bazı sorularda değişiklik yapıldı.

3.10. Araştırmanın Uygulanması: Dış rotasyonda olan, raporlu olan ve doğum izninde olanlar çalışma dışı bırakılarak araştırmaya katılmayı kabul eden 125 kişiye Şubat-Mart 2017'da 71 sorudan oluşan anket formu uygulandı. Anketler mesai saatleri içinde yüz yüze görüşülerek yapıldı.

3.11. İstatistiksel Analiz: Çalışmada elde edilen niceliksel ölçümlere ait tanımlayıcı değerler ortalama, standart sapma, minimum, maksimum olarak kategorik ölçümlere ait değerleri ise sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Analize dâhil edilen değişkenlerin normal dağılıma uyum durumu Kolmogorov Smirnov Testi ile, varyasyon homojenitesi Levene testi ile kontrol edilmiştir. Hipotezlerin test edilmesinde Student T Testi, Varyans Analizi (Tek Yönlü ANOVA), Pearson Korelasyon Analizi, ki-kare yapılmıştır.

İstatistiksel analizler için SPSS (version 22) paket programı kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık düzeyi olarak 0.05 alınmış ve $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.12. Etik komite izni: Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu'nun 16.01.2017 tarih ve 2017/04 sayılı kararı ile araştırmanın yapılmasında etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına dair yazılı belge alınmıştır.

3.13. Araştırmanın zaman çizelgesi

	Haziran 2017	Mayıs 2017	Nisan 2017	Mart 2017	Şubat 2017	Ocak 2017	Aralık 2016	Kasım 2016	Ekim 2016
Litaratü rtarama	X	X	X	X	X	X	X	X	
Hazırlık						X	X	X	
Veri toplama				X	X	X	X		
Değerle ndirme			X	X	X	X	X		
Çözüml eme	X	X	X	X	X	X	X		
rapor	X	X	X	X					

3.14. Araştırmanın bütçesi: Araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

4.BULGULAR

4.1. Araştırma Görevlilerinin Ait Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 3. de Araştırmaya katılan araştırma görevlilerinin bazı sosyodemografik özellikleri dağılımı gösterilmiştir. Çalışmaya katılanlarının 56'sı erkek (%44.8), 69'u(%55.2) kadın, yaş ortalamaları 29.2 ± 3.8 olup en düşük 25, en yüksek 52 yaşındadır. Katılımcıların VKİ ortalaması 24.6 ± 4.3 olup, %41.6 sı fazla kilolu veya obez bulunmuş. Katılımcıların %44'ü evli %56.0 sı bekar, evli olanların %85.5'inin eşi çalışmaktadır. Eşi çalışan araştırma görevlilerinin %21.6'i hekimle, %4'ü öğretmenle %3.2' si akademisyenle, %6.4'ü ev hanımıyla evlidir. Katılımcıların ortalama evlilik süresi 41.4 ± 40.1 olup, en az 2 ay en fazlada 15 yıllık evliler. Katılımcıların evli olanların %49.1'inin çocuğu var, % 50.9'unun çocuğu yoktur. Katılımcıların %8.8' inin gelirim giderimden az , %56.0' mın gelirim giderime eşit , %35.2'side gelirim giderimden fazla diye belirtmiştir. Katılımcıların %21.6'sının evi var, %78.4'ünün evi yoktur. Katılımcıların %76.8'nin otomobili var, %23.2'sinin otomobili yoktur. Katılımcıların %62.1'i bir yıl içinde,%23.4'ü iki yıl içinde, %14.5'i iki yıldan daha uzun süre içinde tatile gittiğini belirtmiştir. Katılımcıların tiyatro sinemaya %8.8'i hiç gitmem,%2.4 haftada bir, %31.2 si ayda bir, %31.2 si üç ayda bir,%26.4 ü yılda bir gittiğini söylemişlerdir.

Tablo 3. Araştırma Görevlilerinin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

ÖZELLİK	SAYI	YÜZDE
Yaş(n=125)		
0-30	94	75.2
31-60	31	24.8
Ort±SS= 29,2±3.8 Ortanca= 29.0 Min. Değer= 25.0 Max. Değer= 52.0		
Cinsiyet(n=125)		
erkek	56	44.8
kadın	69	55.2
Boy(cm)		
Ort±SS= 170.9±8.3 Ortanca= 170.0 Min. Değer= 155.0 Max. Değer=188.0		
Kilo (kg)		
Ort±SS= 72.4±15.8 Ortanca=71.5 Min. Değer= 42.0 Max.Değer=110.0		
Vücut kitle indeksi(vki)		
Ort±SS=24.6±4.3 Ortanca=24.0 Min. Değer= 16.3 Max. Değer=16.3		
obez değil	72	57.6
obez	52	41.6
Medeni durum(n=125)		
evli	55	44.0
bekar	70	56.0
Evlilik süresi(n=47)		
0-36 ay	32	68.1
37-500ay	15	31.9
Ort±SS=41.4±40.1 Ortanca=36.0 Min. Değer= 4.0 Max. Değer=180.0		

Tablo 3. Araştırma Görevlilerinin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (Devamı)

Eş Çalışma Durumu (n=55)		
Evet	47	85.5
Hayır	8	14.5
Eş Mesleği(n=52)		
doktor	27	21.6
öğretmen	5	4.0
akademisyen	4	3.2
mühendis	1	0.8
ev hanımı	8	6.4
diğer	7	5.6
Çocuk durumu(n=73)		
Evet	27	49.1
Hayır	28	50.9
Gelir durumu(n=125)		
gelirim giderimden az	11	8.8
gelirim giderime eşit	70	56.0
gelirim giderimden fazla	44	35.2
Ev varlığı(n=125)		
var	27	21.6
yok	98	78.4
Otomobil Varlığı (n=125)		
var	96	76.8
yok	29	23.2
Tatile gitme(124)		
bir yıl içinde	77	62.1
iki yıl içinde	29	23.4
iki yıldan daha uzun süre içinde	18	14.5

Tablo 3. Araştırma Görevlilerinin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (Devamı)

Tiyatro sinemaya gitme durumu(n=125)		
hiç gitmem	11	8.8
haftada bir	3	2.4
ayda bir	39	31.2
üç ayda bir	39	31.2
yılda bir	33	26.4

Tablo 4. Araştırma görevlilerinin mesleğe ilişkin özelliklerinin dağılımı gösterilmiştir. Katılımcılarının %66.1 i dahiliye, %29.8 'i cerrahi, %4.0 ı temel bölümlerde çalışmaktadırlar. Katılımcıların toplam meslekte çalışma süresinin ortalaması 50.2 ± 37.0 ay , şu anki kurumda çalışma süresi ortalaması 25.4 ± 17.1 aydır. Katılımcıların %72,8i nöbet tutmakta, ortalama nöbet sayısı 7.8 ± 2.6 dir. Nöbet tutanlar en az 2, en fazla 15 nöbet tutup, % 27.2 side nöbet tutmamaktadırlar. Katılımcıların iş yükünü %61.6 sı ağır,%35.2 si orta, %3.2 si hafif olarak belirtmişler. Katılımcıların meslek hakkında %37.6 sı doğru seçim yaptığını, %45.6 sı bazen yanlış seçim yaptığını, %16.8 sı yanlış seçim yaptığını düşünmektedirler. Katılımcıların %38.4 kesici delici aletle iş ortamında yaralandığını, %61.6 sı yaralanmadığını söylemiş. Katılımcıların %23.2 mesleğinde şiddet gördüğünü bununda,% 68.0 sı hasta ve yakınlarından,%12.4 ü meslektaşlarından ,%19.6 sı diğer sağlık personelinen şiddet gördüğünü belirtmiş.

Tablo 4. Araştırma Görevlilerinin Mesleğe İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

ÖZELLİK	SAYI	YÜZDE
Çalışma Alanları(n=124)		
Dahiliye	82	66.1
Cerrahi	37	29.8
Temel	5	4.0
Toplam meslekte çalışma süresi(ay)(n=125)		
0-30ay	43	34.4
31-500ay	82	65.6
Ort±SS= 50.2±37.0 Ortanca= 48.0 Min. Değer= 8.0 Max. Değer=240.0		
Şu anki kurumda çalışma süresi (ay) (n=125)		
0-30ay	80	64.0
31-100ay	45	36.0
Ort±SS= 25.4±17.1 Ortanca= 19.0 Min. Değer= 4.0 Max. Değer=72.0		
Nöbet tutma durumu(n=125)		
Evet	91	72.8
Hayır	34	27.2
Nöbet sayısı(n=90)		
0-7	44	48.9
8-15	46	51.1

Tablo 4. Araştırma Görevlilerinin Mesleğe İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (Devamı)

Ort±SS= 7.8±2.6 Ortanca= 8.0 Min. Değer= 2.0 Max. Değer=15.0		
İş yükü(n=125)		
ağır	77	61.6
orta	44	35.2
hafif	4	3.2
Meslek Seçimi Hakkında Düşünce (n=125)		
Doğru seçim yaptığımı düşünüyorum	47	37.6
Bazen yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum	57	45.6
Yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum	21	16.8
Kesici alet yaralanma (n=125)		
Hayır	48	38.4
Evet	77	61.6
Meslekte şiddet (n=125)		
Evet	29	23.2
Hayır	96	76.8
Kim tarafından şiddet uygulandı(n=97)		
hasta ve yakınları	66	68.0
meslektaşlarım	12	12.4
Diğer sağlık personeli	19	19.6

Tablo 5. te Araştırma görevlilerinin aile içi ilişki durumunun dağılımı gösterilmiştir. Katılımcıların %21.6 sı ailesine yeterli vakit ayırdığını, %78.4 ü ayırmadığını söyledi. Aile içi ilişkilerine ise %5.6 sı kötü, %37.6 sı orta, %56.8 iyi olduğunu belirtti.

Tablo 5. Araştırma Görevlilerinin Aile İçi İlişki Durumunun Dağılımı

ÖZELLİK	SAYI	YÜZDE
Aileye Yeterli Vakit Ayırma(n=125)		
Evet	27	21.6
Hayır	98	78.4
Aile İçi İlişki(n=125)		
Kötü	7	5.6
Orta	47	37.6
İyi	71	56.8

Tablo 6.da Araştırma görevlilerinin bazı alışkanlıklara ve hastalık durumuna göre dağılımları gösterilmiştir. Katılımcıların sigara kullanma durumu %17.1 ihalen içtiğini, %16.3 ü bıraktığını,%66.7 si hiç içmediğini söyledi. İçenlerin ortalama içtikleri yıl 6.7 ± 3.8 , en az içen 1 yıl, en fazla içen 14 yıldır. Katılımcıların günde içtikleri sigara adedi ortalama 13.7 ± 10.2 , en az içen 1, en fazla içen 40 adettir. Katılımcıların %12.8 si alkol kullandığını, % 87.2 si kullanmadığını, %17.7 si düzenli fizik aktivitede bulunduğunu,%82.3 ü bulunmadığını belirtti. Katılımcıların %10.4'ünün kronik bir hastalığı olduğunu, %9.0 ü ruhsal hastalığı olduğunu belirtmiş. Katılımcıların %20.8 i son iki haftada hastalık geçirdiği, %7.2 sinde bakımını üstlendiği kronik hastalığı olan yakını olduğunu belirtmiş.

Tablo 6. Araştırma Görevlilerinin Bazı Alışkanlıklara ve Hastalık Durumuna Göre Dağılımları

ÖZELLİK	SAYI	YÜZDE
Sigara Kullanma Durumu(n=123)		
Halen içiyorum	21	17.1
Bıraktım	20	16.3
Hiç içmedim	82	66.7
Sigara Kullanma Yılı		
0-6 yıl	10	50.0
7-20	10	50.0
Ort±SS= 6.7±3.8 Ortanca= 6.5 Min. Değer= 1.0 Max.Değer=14.0		
Günde İçilen Sigara Adedi(n=21)		
0-10	11	52.4
11-40	10	47.6
Ort±SS= 13.7±10.2 Ortanca= 10.0 Min. Değer= 1.0 Max. Değer=40.0		
Alkol Kullanma Durumu(n=125)		
Evet	16	12.8
Hayır	109	87.2
Fiziksel aktivite(n=124)		
Evet	22	17.7
Hayır	102	82.3
Kronik Hastalık Varlığı(n=125)		
Evet	13	10.4
Hayır	112	89.6
Ruhsal Hastalık varlığı(n=122)		
Evet	11	9.0
Hayır	111	91.0
Son İki Hafta İçinde Hastalık Geçirme(n=125)		

Tablo 6. Araştırma Görevlilerinin Bazı Alışkanlıklara ve Hastalık Durumuna Göre Dağılımları

evet	26	20.8
hayır	99	79.2
Bakımı Üstlenilen Kronik Hastalıklı Yakının Varlığı (n=125)		
var	9	7.2
yok	116	92.8

4.2. Kullanılan Ölçeklere Ait Güvenirlik Analizleri

Yaşam kalitesi ölçeği güvenirlilik katsayıları 0.60-0.65 arasında değerler almıştır. Algılanan stres düzeyi ölçeği güvenirlilik katsayısı 0.80 bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 7. Yaşam Kalitesi ve Algılanan Stres Ölçeği'ne Ait Güvenirlik Analizi Sonuçları dağılımı

Ölçek Alt Boyutları	Cronbach-Alpha Değerleri
Bedensel Alan	0.61
Ruhsal Alan	0.64
Sosyal Alan	0.65
Çevresel Alan	0.60
Algılan Stres Ölçeği	0.80

4.3. Kullanılan Ölçeklere Ait Puanların Korelasyon Analizi

Tablo 8.de Yaşam kalitesi alan puanları ve algılanan stres ölçeği puanının korelasyon analizi bulguları gösterilmiştir. Yaşam kalitesi alan puanlarından bedensel alanın çevresel, sosyal, ruhsal alanla arasında anlamlı düşük derecede pozitif korelasyon bulunmuştur ($p<0.001$). Ruhsal alanla, sosyal ve çevresel alan arasında, sosyal alanla çevresel alan arasında anlamlı, orta derecede pozitif korelasyon saptanmıştır ($p<0.001$). Algılanan stres puanıyla yaşam kalitesi alan puanları arasında korelasyon bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 8. Yaşam Kalitesi Alan Puanları ve Algılanan Stres Ölçeği Puanının Korelasyon Analizi Bulguları dağılımı

		Bedensel	Ruhsal	Sosyal	Çevresel	Algılanan Stres Ölçeği
Bedensel	r	1				
	p					
Ruhsal	r	0.467**	1			
	p	P<0.001				
Sosyal	r	0.475**	0.584**	1		
	P	P<0.001	P<0.001			
Çevresel	r	0.447	0.555**	0.567**	1	
	p	P<0.001	P<0.001	P<0.001		
Algılanan Stres Ölçeği	r	0.139	0.164	0.109	0.117	1
	p	P=0.126	P=0.071	P=0.261	P=0.196	

Tablo 9. da Araştırma görevlilerinin yaşam kalitesi ve sağlık algılarının dağılımı gösterilmiştir. WHOQOL-BREF Ölçeği'nin 1. ve 2. soruları genel yaşam kalitesi ile sağlık algısını değerlendirmeye yöneliktir. Araştırma görevlileri yaşam kalitesini, % 10.4 Çok kötü, %27.2 si Biraz kötü, %42.4 ü Ne iyi, ne kötü, %18.4 Oldukça iyi, %1.6 sı Çok iyi olduğunu belirtmiş. Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz sorusuna katılımcıların %7.2 si Hiç hoşnut değil, %16.0 sı Çok az hoşnut, % 38.4 ü Ne hoşnut, ne de değil, %35,si Epeyce hoşnut, %3.2 si Çok hoşnut olarak yanıtlamıştır.

Tablo 9. Araştırma Görevlilerinin Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algılarının Dağılımı

S1. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?			S2. Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?		
Sayı			Sayı		
Yüzde			Yüzde		
Çok kötü	13	10.4	Hiç hoşnut değil	9	7.2
Biraz kötü	34	27.2	Çok az hoşnut	20	16.0
Ne iyi, ne kötü	53	42.4	Ne hoşnut, ne de değil	48	38.4
Oldukça iyi	23	18.4	Epeyce hoşnut	44	35.2
Çok iyi	2	1.6	Çok hoşnut	4	3.2

Araştırma görevlilerinin yaşam kalitesi ve stres ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10. Araştırma Görevlilerinin WHOQOL_Bref Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği’nden Aldıkları Puanların Dağılımı

	Ortalama±SS	Ortanca	Min. - Mak. Değer
Bedensel Alan	18.8±3.3	19.0	7.0 – 27.0
Ruhsal Alan	19.6±2.6	20.0	13.0 – 25.0
Sosyal Alan	9.7±2.2	9.0	3.0 – 15.0
Çevresel Alan	27.6 ±4.7	27.0	9.0 – 41.0
Algılanan Stres Ölçeği	29.9±5.9	30.0	0.0 – 46.0

Araştırma görevlilerinin ait bazı sosyo-demografik özelliklerin yaşam kalitesi ve algılanan stres puanı ile ilişkisi Tablo 11’de incelenmiştir. Yaş gruplarına, cinsiyet, vücut kitle indeksine göre bedensel, ruhsal, sosyal, çevre alan ve stres puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır($p>0.05$).

Medeni duruma göre bedensel, ruhsal, çevresel alan ve algılanan stres puanı arasında anlamlı fark yoktur($p>0.05$).Medeni duruma göre sosyal alan puanı arasında anlamlı fark vardır($p<0.05$).Evli olanların sosyal alan puanı, bekarlardan yüksektir.

Evlilik süresi, eşinin çalışma durumu, eşinin mesleği ve çocuk olup olmamasına göre tüm yaşam kalitesi alan puanı ve algılanan stres puanı karşılaştırıldığında arasında anlamlı fark yoktur($p>0.05$).

Gelir durumuna göre bedensel, sosyal, çevresel alan puanları arasında anlamlı fark vardır(sırasıyla $p=0.008$, $p=0.019$, $p=0.002$).Gelirim giderimden fazla diyenlerin puanları daha yüksektir. Gelir durumuna göre ruhsal alan ve algılanan stres puanı arasında anlamlı fark yoktur($p>0.05$).

Ev varlığının sosyal, çevresel alan puanıyla karşılaştırıldığında anlamlı fark vardır($p<0.05$).Evi olanların sosyal ve çevresel alan puanları yüksek bulunmuştur. Bedensel, ruhsal ve algılanan stres puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Arabası olanların, ruhsal, sosyal alan puanları yüksek olup, aralarında anlamlı fark vardır ($p>0.05$). Arabası olanların çevresel alan puanları arasında ileri derece anlamlı fark vardır ($p<0.001$).Bedensel alan ve algılanan stres puanıyla arasında anlamlı fark yoktur.

Tatile gitme durumu ile ruhsal ve çevresel alan puanları arasında anlamlı fark vardır($P<0.05$).

Tiyatro ve sinemaya gitme durumu ile tüm yaşam kalitesi alan puanları ve algılan stres düzeyi puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 11. Araştırma görevlilerinin Bazı Sosyo-demografik Özellikleri İle Yaşam Kalitesi ve Stres Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesinin dağılımı

Özellik	Bedensel Alan Puanı Ort±SS	Ruhsal Alan Puanı Ort±SS	Sosyal Alan Puanı Ort±SS	Çevresel Alan Puanı Ort±SS	Algılanan Stres Ölçeği Puanı Ort±SS
Yaş					
0-30	18.8±3.4	19.8±2.7	9.5±2.2	27.7±4.8	30.0±5.4
31-60	19.9±3.1	18.9±2.4	9.5±2.3	27.5±4.6	30.5±7.2
	t=-0.817 p=0.416	t=1.673 p=0.097	t=-0.001 p=0.999	t=-0.178 p=0.859	t=-0.567 p=0.489
Cinsiyet					
Erkek	19.1±3.2	20.0±2.3	9.7±2.0	28.1±4.4	30.1±6.0
Kadın	18.6±3.4	19.2±3.0	9.4±2.4	27.3±5.0	30.0±5.8
	t=0.540 p=0.590	t=1.779 p=0.078	t=0.634 p=0.527	t=0.889 p=0.376	t=0.340 P=0.735
VKİ					
Obez değil	18.9±3.3	19.4±2.5	9.5±2.4	27.5±4.9	29.8±6.8
Obez	18.8±3.3	19.9±2.7	9.6±2.1	28.8±4.7	30.1±4.5
	t=0.204 p=0.839	t=0.993 p=0.323	t=-0.326 p=0.745	t=-0.353 p=0.725	t=0.320 P=0.749
Medeni durum					
Evli	19.1±3.0	20.0±2.7	10.1±2.2	28.4±4.8	29.8±6.8
Bekar	18.6±3.5	19.1±2.4	8.9±2.1	27.0±4.7	30.1±4.5
	t=0.869 p=0.386	t=2.0 p=0.034	t=2.943 p=0.004	t=1.7 p=0.095	t=0.320 P=0.738
Evlilik süresi					
0-36 ay	19.1±3.3	20.1±2.8	10.0±2.2	28.7±5.3	29.5±7.7
37-500	19.7±2.9	19.9±2.5	10.4±2.1	27.7±4.4	30.3±2.6
	t=-0.578 p=0.566	t=0.266 p=0.792	t=-0.619 p=0.539	t=0.627 p=0.534	t=-0.367 p=0.716
Eş Çalışma Durumu					
Evet	18.9±3.0	20.0±2.7	10.0±2.2	27.9±4.7	30.2±6.5
Hayır	20.5±3.2	20.4±2.2	11.1±2.2	31.1±4.8	27.0±5.5
	t=-1.392 p=0.170	t=-0.319 p=0.751	t=-1.356 p=0.181	t=-1.764 p=0.084	t=1.317 p=0.194

Tablo 11. Araştırma görevlilerinin Bazı Sosyo-demografik Özellikleri İle Yaşam Kalitesi ve Stres Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesinin dağılımı (Devamı)

Eş Mesleği					
Doktor	19.0±3.1	20.2±2.8	10.0±2.2	28.2±4.9	31.4±5.2
Diğer meslek	19.6±2.9	20.1±2.4	10.4±2.1	29.0±4.4	28.6±6.9
	t=-0.720	t=0.091	t=-0.594	t=-0.566	t=1.673
	p=0.475	p=0.928	p=0.556	p=0.574	p=0.10
Çocuk var mı					
Evet	19.2±3.1	19.9±2.6	10.5±2.3	28.0±4.8	30.1±6.1
Hayır	19.0±3.0	20.3±2.8	9.8±2.1	28.0±2.8	29.3±6.8
	t=-0.720	t=-0.541	t=-1.106	t=-0.633	t=-0.452
	P=0.755	P=0.591	P=0.274	P=0.530	P=0.653
Gelir durumu					
gelirim	17.7±3.2	19.6±2.8	8.4±2.2	23.8±6.9	29.8±2.1
giderimden az					
gelirim	18.2±3.3	19.2±2.6	9.2±2.3	27.2±4.6	28,9±6.4
giderime eşit					
gelirim	20.0±2.9	20.1±2.3	10.3±2.0	29.1±3.7	31.5±5.5
giderimden	F=4.9	F=1.407	F=4,090	F=6.390	F=2.567
fazla	P=0.008	P=0.249	P=0.019	P=0.002	p=0.081
Ev varlığı					
Evet	19.9±2.6	20.2±2.7	10.6±1.8	29.3±3.9	29.9±5.2
Hayır	18.5±3.4	19.4±2.5	9.2±2.3	27.1±4.9	29.9± 6.1
	t=1.891	t=1.502	t=2.822	t=2.151	t=0.020
	P=0.061	P=0.136	P=0.006	P=0.033	P=0.984
Araba varlığı					
Evet	18.7±3.1	19.8±2.5	9.7±2.1	28.5±4.2	30.4 ±5.3
Hayır	19.1±3.1	18.7±2.6	8.5±2.8	24.7±5.4	28.4 ±7.3
	t=-0.423	t=2.044	t=2.164	t=4.006	t=1.607
	P=0,673	P=0.043	P=0.033	P=0.000	P=0.111

Tablo 11. Araştırma görevlilerinin Bazı Sosyo-demografik Özellikleri İle Yaşam Kalitesi ve Stres Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesinin dağılımı (Devamı)

Tatile gitme durumu						
Bir yıl içinde	19.0±3.5	20.1±2.5	9.7±2.3	28.5±4.6	30.1± 6.3	
İki yıl içinde	18.0±3.1	18.4±2.6	8.9±2.3	27.1±3.6	31.0 ±5.5	
iki yıldan daha uzun süre içinde	19.2±2.7	18.8±2.1	9.3±2.0	24.9±6.0	28.8± 3.2	
	F=0.737	F=6.038	F=1.114	F=0.332	F=0.866	
	P=0.481	P=0.003	P=0.332	P=0.012	P=0.423	
Tiyatro sinemaya gitme durumu						
Hiç gitmem	17.5±5.4	19.7±2.6	9.5±3.3	26.9±9.5	26.7±9.8	
Haftada bir	19.0±2.6	22.7±1.1	10.5±0.7	29.3±6.3	25.6±10.4	
Ayda bir	19.0±2.8	19.5±2.6	9.5±1.9	28.0±3.6	30.2±5.7	
Üç ayda bir	19.0±3.2	19.3±2.4	9.7±1.9	27.4±3.9	29.5±4.9	
yılda bir	18.9±3.2	19.5±2.6	9.1±2.6	27.4±4.6	31.5±4.9	
	F=0.464	F=1.178	F=0.259	F=0.253	F=1.877	
	P=0.762	P=0.324	P=0.903	P=0.908	P=0.119	

Araştırma görevlilerinin mesleki özelliklerine göre yaşam kalitesi ve algılanan stres puanlarıyla ilişkisi tablo 12 da incelenmiştir. Araştırma görevlilerinin çalışma alanı olan dahiliye, cerrahi ve temel bilimlerin tüm yaşam kalitesi alan puanları ile algılanan stres puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Meslekte süre ve şuan ki kurumda çalışma süresi ile yaşam kalitesi alan ve algılanan stres puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır($p>0.05$).

Nöbet tutma durumu ile bedensel alan, sosyal alan, çevresel alan puanları arasında anlamlı fark var olup nöbet tutmayanların puanları daha yüksektir

($p<0.05$).Fakat nöbet sayısı ile karşılaştırıldığında yaşamsal alan puanı ve algılanan stres puanı arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

İş yükü ile bedensel, ruhsal, sosyal alan ve stres puanı arasında anlamlı fark bulunmamış fakat çevresel alan puanı arasında ileri derece anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$).

Araştırma görevlilerinin hastanedeki delici kesici alet yaralanmasının bedensel, ruhsal alan ve stres puanlarını arasında anlamlı fark yoktur, fakat sosyal ve çevresel alan puanı arasında ileri derece anlamlı fark vardır(sırasıyla $p=0.001$, $p=0.002$).

Araştırma görevlilerinin kendilerine şiddet uygulandığına evet diyenlerin bedensel alan puanları yüksek olup aralarında anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Şiddetin kim tarafından uygulandığı ile ruhsal alan puanı arasındada anlamlı fark vardır ($p<0.05$).

Tablo 12. Araştırma görevlilerinin Mesleki Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi ve Stres Puanlarının Dağılımı

Özellik	Bedensel Alan Puanı Ort±SS	Ruhsal Alan Puanı Ort±SS	Sosyal Alan Puanı Ort±SS	Çevresel Alan Puanı Ort±SS	Algılanan Stres Ölçeği Puanı Ort±SS
Çalışma Alanları					
Dahili	18.7±3.4	19.5±2.7	9.7±2.2	27.8±4.8	29.9±5.9
Cerrahi	18.9±3.2	19.6±2.6	9.0±2.2	26.9±4.8	29.7±6.2
Temel	20.4±1.8	20.8±1.5	9.8±2.4	29.4±3.4	32.4±2.4
	F=0.566 P=0.569	F=0.635 P=0.532	F=1.230 P=0.297	F=0.853 P=0.429	F=0.463 P=0.532
Meslekte çalışma süresi					
0-30ay	18.9±3.4	20.1±2.7	9.5±1.9	27.6±4.5	29.9±5.7
31-500	18.8±3.2	19.3±2.4	9.5±2.4	27.6±4.9	29.9±6.0
	t=-0.110 p=0.912	t=-1.666 p=0.098	t=0.126 p=0.900	t=-0.019 p=0.985	t=0.014 p=0.989
Şu anki kurumdaki çalışma süresi					
0-30ay	18.2±3.3	19.4±2.7	9.4±2.1	27.4±4.4	29.7±5.4
31-100ay	18.8±3.4	19.8±2.2	9.7±2.5	27.9±5.5	30.3±6.8
	t=-0.098 p=0.922	t=-0.901 p=0.369	t=-0.756 p=0.451	t=-0.637 p=0.526	t=-0.493 p=0.623
Nöbet tutma durumu					
Evet	18.4±3.4	19.3±2.6	9.2±2.3	26.9±4.7	30.1±6.5
Hayır	19.9±2.8	20.2±2.4	10.5±1.9	29.5±4.4	29.6±3.8±
	t=-2.3 p=0.021	t=-1.710 p=0.090	t=-2.648 p=0.009	t=-2.828 p=0.005	t=0.377 p=0.707
Nöbet sayısı					
0-7	18.8±3.9	19.4±2.6	9.5±1.9	26.9±4.5	28.6±7.9
8-15	18.2±2.8	19.1±2.7	8.7±2.2	26.1±4.7	31.3±5.0
	t=0.728 p=0.469	t=0.540 p=0.591	t=1.795 p=0.076	t=0.827 p=0.410	t=-1.931 P=0.057

İş yükü					
ağır	18.5±3.4	19.4±2.6	9.3±2.3	26.3±4.8	30.3±6.8
orta	19.3±3.1	19.9±2.6	9.9±2.1	29.6±3.9	29.1±3.9
hafif	18.7±1.0	19.7±2.6	9.3±0.6	30.7±4.8	31.2±4.5
	F=0.795	F=0.483	F=1.143	F=8.223	F=0.631
	P=0.454	P=0.618	P=0.323	P<0.000	P=0.534
Meslek Seçimi Hakkında Düşünce					
Doğru seçim yaptığımı düşünüyorum	19.8±3.2	20.6±1.9	9.9±2.2	29.9±3.8	33.0±6.6
Bazen yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum	18.1±3.2	19.1±2.5	9.5±2.0	26.3±5.0	29.5±5.6
Yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum	18.5±3.4	18.5±3.1	8.5±2.7	26.0±3.9	30.3±5.3
	F=3.5	F=0.325	F=2.760	F=10.363	F=0.284
	P=0.034	P=0.001	P=0.001	P<0.001	P=0.753
Yaralanma					
Evet	19.4±2.7	19.7±2.4	10.4±2.1	29.3±4.2	30.2± 4.6
Hayır	18.5±3.6	19.5±2.6	8.9±2.1	26.6±4.8	29.8±6.6
	t=0.011	t=0.481	t=0.894	t=0.859	t=0.397
	p=0.151	p=0.632	p=0.001	p=0.002	p=0.692
Şiddet					
Evet	20.0±3.4	20.2±2.4	10.2±2.3	29.0±5.3	29.7±2.7
Hayır	18.5±3.2	19.4±2.6	9.3±2.2	27.2±4.5	30.0±6.6
	t=-2.21	t=1,452	t=-1,822	t=0.239	t=-0.264
	p=0.028	p=0.149	p=0.071	p=0.073	p=0.793
Kim tarafından şiddet uygulandı					
hasta ve yakınları	18.8±2.8	19.9±2.3	9.7±2.1	27.9±3.5	29.8±6.2
meslektaşlarım	17.5±4.9	18.6±2.6	8.4±2.4	26.7±6.2	29.7±10.6
diğer	18.2±3.2	18.0±2.9	8.7±2.1	25.2±5.7	30.8±4.6
	F=0.950	F=4.692	F=2.479	F=2.773	F=0.140
	P=0.390	P=0.011	P=0.090	P=0.068	P=0.869

Araştırma görevlilerinin, aileye yeterli vakit ayırma ve aile içi ilişki durumuna göre yaşam kalitesi ve stres puanları arasında ilişki tablo 13 de gösterilmiştir.

Aileye yeterli vakit ayırma ile bedesel, ruhsal alan ve stres puanı arasında anlamlı fark bulunmamış fakat sosyal ve çevresel puanları aileme yeterli zaman ayırıyorum diyenlerin yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak ileri derece anlamlı ilişki bulunmuştur.($p<0.001$)

Aile içi ilişkilerle bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puanları arasında ileri derece anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Algılanan stres puanı ile arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 13. Araştırma görevlilerinin, Aileyle Yeterli Vakit Ayırma ve Aile İçi İlişki Durumuna Göre Yaşam Kalitesi ve Stres Puanlarının Dağılımı

Özellik	Bedensel Alan Puanı Ort±SS	Ruhsal Alan Puanı Ort±SS	Sosyal Alan Puanı Ort±SS	Çevresel Alan Puanı Ort±SS	Algılanan Stres Ölçeği Puanı Ort±SS
Aileyle Yeterli Vakit Ayırma					
Evet	19.8±3.1	20.4±2.4	11.0±1.9	30.8±4.1	28.8 ±2.5
Hayır	18.5±3.8 t=1.8 p=0.071	19.3±2.6 t=1,850 p=,067	9.1±2.2 t=3,644 p<0.001	26.7±4.5 t=4,263 p<0.001	30.2± 6.4 t=-1,106 p=0.271
Aile İçi İlişki					
Kötü	2.6±0.9	2.8±1.0	2.9±1.1	4.5±1.7	4.4±1.6
Orta	3.6±0.5	2.4±0.3	2.0±0.3	4.9±0.7	7.0±1.0
İyi	2.7±0.3 F=8.864 P<0.000	2.1±0.2 F=17.983 P<0.001	1.8±0.2 F=16.855 P<0.001	3.9±0.5 F=11.478 P<0.001	5.1± 0.6 F=1.423 P=0.245

Araştırma görevlilerinin ait bazı alışkanlıklar, hastalık durumu ve bakımını üstlendiği hastanın bulunma durumuna göre yaşam kalitesi ve stres puanları arasında ilişki tablo 14 de gösterilmiştir.

Sigara kullanma durumu ile tüm yaşam kalitesi alan puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır($p>0.05$).Algılanan stres puanı ile arasında ileri derece anlamlı fark bulunmuştur($p=0.007$).

Sigara kullanma yılı ile de tüm yaşam kalitesi alan puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır($p>0.05$).Fakat 7 yıl ve üzeri sigara içenlerin algılanan stres puanları yüksek olup aralarında anlamlı fark vardır ($p<0.05$).

Günde içilen sigara adedi, alkol kullanma durumu, düzenli fiziksel aktivite yapma durumu ile yaşam kalitesi alan puanı ve algılan stres puanı arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Araştırma görevlilerinde kronik, ruhsal hastalık varlığı, bakımı üstlenilen kronik hastalıklı yakının olup olmamasına göre yaşam kalitesi alan puanı ve algılan stres puanı arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Son iki hafta içinde hastalık geçirmeye hayır diyenlerin sosyal alan puanları yüksek bulunup aralarında anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 14. Araştırma görevlilerine Ait Bazı Alışkanlıklar, Hastalık Durumu ve Bakımını Üstlendiği Hastanın Bulunma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi ve Stres Puanlarının Dağılımı

Özellik	Bedensel Alan Puanı Ort±SS	Ruhsal Alan Puanı Ort±SS	Sosyal Alan Puanı Ort±SS	Çevresel Alan Puanı Ort±SS	Algılanan Stres Ölçeği Puanı Ort±SS
Sigara Kullanma Durumu					
Halen	17.4±3.5	19.6±2.3	9.0±2.3	26.8±5.4	31.7± 5.9
içiyorum	19.2±3.5	19.0±2.6	9.6±2.3	28.0±5.8	26.3±7.6
Bıraktım	19.2±3.1	19.7±2.6	9.6±2.2	27.6±4.3	30.4± 5.1
Hiç içmedim	F=2.575 P=0.080	F=0.567 P=0.569	F=0.575 P=0.565	F=0.361 P=0.698	F=5.175 P=0.007
Sigara Kullanma Yılı					
0-6 yıl	16.8±3.4	19.8±1.9	9.0±2.4	26.3±6.3	29.0± 5.4
7-20	18.0±3.9	19.3±2.9	9.2±2.3	27.2±5.0	34.5±5.3
	t=-0.726 p=0.477	t=-0.461 p=0.650	t=-0.190 p=0.851	t=-0.353 p=0.728	t=2.305 p=0.033
Günde İçilen Sigara Adedi					
0-10	17.8±3.8	20.0±1.7	9.2±2.1	27.9±3.2	30.6± 6.0
11-40	17.0±3.4	19.2±2.9	8.8±2.6	25.6±7.1	32.9± 5.9
	t=0.517 P=0.611	t=0.777 P=0.447	t=0.375 P=0.712	t=0.972 P=0.343	t=-0.864 P=0.399

Tablo 14. Araştırma görevlilerine Ait Bazı Alışkanlıklar, Hastalık Durumu ve Bakımını Üstlendiği Hastanın Bulunma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi ve Stres Puanlarının Dağılımı (Devamı)

Alkol Kullanma Durumu					
Evet	17.9±3.0	18.9±2.5	8.7±2.5	26.2±6.3	28.8±6.5
Hayır	19.0±3.3	19.7±2.6	9.6±2.2	27.8±4.5	30.1±5.8
	t=-1.220	t=-1.157	t=-1.486	t=-1.234	t=-0.799
	p=0.225	P=0.250	P=0.140	P=0.220	P=0.426
Fiziksel aktivite					
Evet	19.6±2.9	19.8±2.4	9.2±1.5	27.6±2.9	28.8±5.8
Hayır	18.6±3.4	19.5±2.6	9.6±2.4	27.6±5.1	30.2±5.9
	t=1.22	t=0.56	t=-0.68	t=-0.006	t=-1.018
	p=0.224	p=0.577	p=0.499	p=0.995	p=0.311
Kronik Hastalık Varlığı					
Evet	20.3±2.8	19.8±2.4	9.2±1.5	27.6±2.9	28.8±5.8
Hayır	18.6±3.3	19.5±2.6	9.6±2.4	27.6±5.1	30.2±5.9
	t=1.7	t=0.560	t=-0.678	t=-0.006	t=-1.018
	p=0.090	P=0.577	P=0.499	P=0.995	P=0.311
Ruhsal Hastalık varlığı					
Evet	18.8±2.1	18.7±1.6	8.9±1.8	25.2±6.1	29.4±2.8
Hayır	18.7±3.4	19.6±2.6	9.6±2.3	27.8±4.6	29.9±6.1
	t=-0.026	t=-1.100	t=-0.914	t=-1.759	t=-0.217
	p=0.979	P=0.274	P=0.363	P=0.081	P=0.829
Son İki Hafta İçinde Hastalık Geçirme					
Evet	18.6±2.9	18.8±2.6	8.5±2.5	26.1±5.9	30.9±4.3
Hayır	18.9±3.4	19.7±2.5	9.8±2.1	28.0±4.3	29.7±6.2
	t=-0.268	t=-1.620	t=-2.4	t=-1.8	t=0.915
	p=0.789	P=0.108	P=0.018	P=0.070	P=0.362
Bakımı Üstlenilen Kronik Hastalıklı Yakınının Varlığı					
Var	19.4±3.5	19.8±3.0	9.9±2.5	26.2±6.7	29.3±5.8
Yok	18.8±3.3	19.5±2.5	9.5±2.2	27.7±4.6	30.0±5.9
	t=0.571	t=0.253	t=0.514	t=-0.913	t=-0.321
	P=0.569	P=0.800	P=0.608	P=0.363	P=0.749

4.4. Araştırma Görevlerinin Ait Bazı Özelliklerin Yaşam Kalitesi Alan Puanları ve Algılanan Stres Puanı İle İlişkisinin Korelasyon Analizi İle İncelenmesi

Araştırma görevlilerinin yaşam kalitesi ölçeği ile algılanan stres düzeyi ölçeğinden aldığı puanların bazı değişkenlerle korelasyon analizi sonuçları Tablo 15’de gösterilmiştir.

Yaş, evlilik süresi, meslekte çalışma süre , şuan ki kurumda çalışma süresi, nöbet sayısı, sigara içme yılı ve adedi değişkeni ile bedensel, ruhsal, sosyal, çevresel alan ve algılanan stres puanları ile aralarında korelasyon göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$)

Tablo 15. Araştırma Görevlilerinin Bazı Özelliklerine Ait Korelasyon Analizi Bulguları dağılımı

		Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Algılanan Stres Ölçeği
Yaş	r	0.049	-0.171	-0.013	-0.071	0.016
	p	0.591	0.057	0.896	0.432	0.862
Evlilik	r	-0.020	-0.158	0.019	-0.175	-0.005
Süresi	p	0.892	0.288	0.903	0.238	0.972
Meslekte	r	0.016	-0.153	0.025	-0.001	0.028
Çalışma	p	0.859	0.089	0.794	0.990	0.757
süresi						
Şuanki	r	-0.002	0.054	0.086	0.083	0.084
Kurumda	p	0.985	0.548	0.369	0.358	0.358
Çalışma						
Süresi						
Nöbet	r	-0.056	-0.079	-0.103	-0.035	0.175
Sayısı	p	0.603	0.457	0.359	0.747	0.100
Sigara	r	0.085	-0.222	-0.153	-0.086	0.216
(yıl)	p	0.723	0.346	0.519	0.720	0.361
Sigara/adet		-0.239	-0.310	-0.143	-0.341	0.111
(adet)	p	0.296	0.171	0.535	0.130	0.641

Araştırma görevlilerinin bazı özelliklerinin meslek seçimi hakkında düşüncelerinin karşılaştırılmasının dağılımı Tablo 16 da gösterilmiştir.

Meslek seçimi hakkında doğru seçim yaptığımı düşünüyorum diyenlerin 31 'i(%66.0) erkek, 16 sı (%34.0) kadın , bazen yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum diyenlerin 16 sı (%28.1) erkek, 41 i (%71.9)kadın, yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum diyenlerin 9 u (%42.9) erkek, 12 si (%57.1) kadındır. Araştırma görevlilerinin meslek seçimi hakkında düşüncelerinin cinsiyetle karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark vardır ($p=0.001$).

Meslek seçimi hakkında doğru seçim yaptığımı düşünüyorum diyenlerin 1 'i(%2.2) ruhsal hastalığı varlığına evet ,45 i (%97.8) hayır , bazen yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum diyenlerin 9 u (%16.1) evet, 47 si (%83.9) hayır, yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum diyenlerin 1 i (%5.0) evet, 19 u (%95.0) hayır demiştir. Araştırma görevlilerinin meslek seçimi hakkında düşüncelerinin ruhsal hastalık varlığı karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark vardır ($p=0.036$).

Katılımcıların meslek seçimi hakkında düşüncelerinin diğer değişkenlerle karşılaştırıldığında aralarında anlam farkı yoktur ($p>0.005$).

Tablo 16. Araştırma Görevlilerinin Bazı Özelliklerinin Meslek Seçimi Hakkında Düşüncelerinin Karşılaştırılmasının dağılımı

	Meslek Seçimi Hakkında Düşünce						
	Doğru seçim yaptığımı düşünüyorum		Bazen yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum		Yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum		Kikare P
Yaş	n	%	n	%	N	%	
0-30	38	80.9	40	70,2	16	76.2	0.452
31-60	9	19.1	17	29,8	5	23.8	
Cinsiyet							14.991
Erkek	31	66.0	16	28,1	9	42.9	0.001
Kadın	16	34.0	41	71,9	12	57.1	

BKİ							1.963
Obez değil	23	50.0	36	63.2	13	61.9	0.375
Obez	23	50.0	21	36.8	8	38.1	
Medeni durum							2.981
Evli	24	51.1	25	43.9	6	28.6	0.225
Bekar	23	48.9	32	56.1	15	71.4	
Evlilik süresi							1.284
0-36 ay	14	73.7	15	68.2	3	50.0	0.567
37-500	5	26.3	7	31.8	3	50.0	
Eş Çalışma Durumu							1.847
Evet	19	79.2	23	92.0	5	83.3	0.402
Hayır	5	20.8	2	8.0	1	16.7	
Eş Mesleği							1.469
Doktor	10	43.5	13	56.5	3	50.0	0.500
Diğer meslek	13	56.5	9	39.1	3	50.0	
Çocuğu olup olmama durumu							0.136
Evet	12	50.0	12	48.0	3	50.0	1.000
Hayır	12	50.0	13	52.0	3	50.0	
Çalışma Alanları							4.619 0.309
Dahili	26	56.5	41	71.9	15	71.4	
Cerrahi	16	34.8	15	26.3	6	28.6	
Temel	4	8.7	1	1.8	0	0.0	

Meslekte çalışma süresi							0.528
0-30ay	18	38.3	18	31.6	7	33.3	0.768
31-500	29	61.7	39	68.4	14	66.7	
Şu anki kurumdaki çalışma süresi							3.513
0-30ay	27	57.4	36	63.2	17	81.0	0.173
31-100ay	20	42.6	21	36.8	4	19.0	
Nöbet tutma durumu							2.918
Evet	35	74.5	38	66.7	18	85.7	0.233
Hayır	12	25.5	19	33.3	3	14.3	
Nöbet sayısı							3.449
0-7	16	50.0	23	56.1	5	29.4	0.178
8-15	16	50.0	18	43.9	12	70.6	
İş yükü							3.688
ağır	26	55.3	35	61.4	16	76.2	0.442
orta	18	38.3	21	36.8	5	23.8	
hafif	3	6.4	1	1.8	0	0.0	
Gelir durumu							1.960
gelirim giderimden az	3	6.4	5	8.8	3	14.3	0.763
gelirim giderime eşit	25	53.2	33	57.9	12	57.1	
gelirim giderimden fazla	19	40.4	19	33.3	6	28.6	

Ev varlığı							2.654
Evet	8	17.0	16	28.1	3	14.3	0.265
Hayır	39	83.0	41	71.9	18	85.7	
Araba varlığı							4.494
Evet	40	85.1	43	75.4	13	61.9	0.106
Hayır	7	14.9	14	24.6	8	38.1	
Aileye Yeterli Vakit Ayırma							1.103
Evet	12	25.5	12	21.1	3	14.3	0.576
Hayır	35	74.5	45	78.9	18	85.7	
Aile İçi İlişki							6.699
Kötü	0	0.0	5	8.8	2	9.5	0.132
Orta	17	36.2	20	35.1	10	47.6	
iyi	30	63.8	32	56.1	9	42.9	
Sigara Kullanma Durumu							1.138
Halen içiyorum	9	19.6	10	17.9	2	9.5	0.917
Bıraktım	7	15.2	9	16.1	4	19.0	
Hiç içmedim	30	65.2	37	66.1	15	71.4	
Sigara Kullanma Yılı							2.161
0-6 yıl	3	37.5	5	50.0	2	100.0	0.395
7-20	5	62.5	5	50.0	0	0.0	

Alkol Kullanma Durumu							5.719
Evet	4	8.5	6	10.5	6	28.6	0.057
Hayır	43	91.5	51	89.5	15	71.4	
Fiziksel aktivite							1.065
Evet	10	21,7	8	14.0	4	19.0	0.587
Hayır	36	78.3	49	86.0	17	81.0	
Kronik Hastalık Varlığı							3.249
Evet	5	10.6	8	14.0	0	0.0	0.197
Hayır	42	89.4	49	86.0	21	100.0	
Ruhsal Hastalık varlığı							5.890
Evet	1	2.2	9	16.1	1	5.0	0.036
Hayır	45	97.8	47	83.9	19	95.0	
Son İki Hafta İçinde Hastalık Geçirme							3.710
Evet	6	12.8	16	28.1	4	19.0	0.156
Hayır	41	87.2	41	71.9	17	81.0	
Bakımı Üstlenilen Kronik Hastalıklı Yakının Varlığı							0.488
Var	3	6.4	4	7.0	2	9.5	0.810
Yok	44	93.6	53	93.0	19	90.5	
Yaralanma							0.608
Evet	20	42.6	20	35.1	8	38.1	0.738
Hayır	27	57.4	37	64.9	13	61.9	

Şiddet							2.172
Evet	14	29.8	10	17.5	5	23.8	0.337
Hayır	33	70.2	47	82.5	16	76.2	
Kim tarafından şiddet uygulandı							4.193
hasta ve yakınları	25	73.5	31	66.0	10	62.5	0.376
meslektaşlarım	4	11.8	4	8.5	4	25.0	
Diğer	5	14.7	12	25.5	2	12.5	
Tatile gitme durumu							
Bir yıl içinde	35	74.5	30	53.6	12	57.1	5.425
İki yıl içinde	8	17.0	15	26.8	6	28.6	0.244
iki yıldan daha uzun süre içinde	4	8.5	11	19.6	3	14.3	
Tiyatro sinemaya gitme durumu							10.799
Hiç gitmem	3	6.7	7	12.5	1	4.8	0.095
Ayda bir	11	24.4	21	37.5	7	33.3	
Üç ayda bir	19	42.2	17	30.4	3	14.3	
yılda bir	12	26.7	11	19.6	3	14.3	

5. TARTIŞMA

Yapılan bu çalışmada katılanlarının 56'sı erkek (%44.8), 69'u(%55.2) kadın olup, yaş ortalamaları 29.2 ± 3.8 dir. Diğer yapılan çalışmalarda yaş ortalamaları Erzurum'da 36.1 ± 8.0 , Bursa da 45,39 bulunmuştur (75,76). Bizim çalışmamızda katılımcıların yaş ortalamasının daha küçük çıkmıştır. Çalışmaya sadece araştırma görevlisi olan hekimlerin alınması buna neden olabileceğini düşünüldü.

Sağlık çalışanlarıyla yapılan çalışmalarda Erzurum'da hekimlerin BKİ ortalaması 25.5 ± 3.6 olup %52.6'sı fazla kilolu ya da obez (76), İstanbul'da 22.61 ± 2.89 olup, % 17,5'i fazla kilolu veya obez (77), Düzce' de yapılan bir çalışmada BKİ ortalaması 24.1 ± 4.1 olmasının yanında, erkeklerin BKİ'nin (25.5 ± 3.9) kadınların BKİ'nden (22.1 ± 3.7) yüksek olduğu saptandı ($p < 0.001$)(78). Bizim çalışmamızda araştırma görevlilerinin BKİ ortalamaları 24.6 ± 4.3 olup, %41.6'sı fazla kilolu veya obez bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarında yapılan çalışmalarda medeni durumlarına bakıldığında, Denizli'deki çalışmada %79'u evli %21'i bekar(79), başka bir çalışmada katılanların %69.8'inin evli, %30.2'sinin bekâr olduğunu tespit edilmiştir (80). Yaptığımız çalışmada katılımcıların %44'ü evli, evli olanlarında %85.5'inin eşi çalışmaktadır. Çalışmamızda evli olanların oranının düşük olması, çalışmaya sadece araştırmada görevlilerinin katılması bunlarında yeni mezun olanların sayısının fazla olmasından kaynaklanabilir.

Kıvanç'ın yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının %49'unun gelirinin giderine eşit olduğu, Şavlı'nın çalışmasında aldığı ücretten tatmin olmayan hekimler, ücretten tatmin olan hekimler göre ($\chi^2 = 15,25$; $p < 0.001$), daha az oranda tekrar meslek seçeceklerinde doktor olmak istediklerini belirtmişlerdir (77). Bizim çalışmamızda katılımcıların %8.8 nin gelirim giderimden az, %56.0 nın gelirim giderime eşit , %35.2 gelirim giderimden fazla olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada, diğer çalışmalara oranla ekonomik sıkıntı çekenlerin oranı daha az bulunmuştur.

Yaptığımız çalışmada katılımcıların %21.6'sı ev , %76.8'i otomobil sahibi olduğunu saptanmıştır. Özyıldırım'ın yaptığı çalışmada hekimlerin %67.1'i ev,

%93.1'i otomobil sahibi olduğu bulunmuştur (76). Bizim çalışmamızdan, ev ve araba sahibi olma oranı daha yüksek bulunmuştur.

Ergen ve arkadaşların sağlık çalışanlarıyla yapılan çalışmada %50 si her yıl tatile çıktığını %31.8'i üç ayda bir sinemaya ya da tiyatroya gittiği İstanbul'da yapılan çalışmada çalışanların %71'inin her yıl tatil yaptığı, %35,5'inin her üç ayda bir sinemaya ya da tiyatroya gittiği saptanmış. Bizim çalışmamızda katılımcıların %62.1'inin her yıl tatil yaptığı, %31.2' sinin de üç ayda bir sinemaya ya da tiyatroya gittiği saptanmış olup, sonuçlar diğer çalışmalarla uyumlu bulundu (77,81).

Yaptığımız çalışmada katılımcılarının en yüksek oranla %66.1'i dahili bölümünde çalışmakta, Avcı'nın yaptığı çalışmada araştırma görevlileri %55.3 ile en yüksek oranla dahili bölümünde çalışmakla bizim çalışmamıza benzemektedir (4).

Bu çalışmada katılımcıların toplam meslekte çalışma süresinin ortalaması 50.2 ± 37.0 ay, şu an ki kurumda çalışma süresi ortalaması 25.4 ± 17.1 aydır. Bursa'da yapılan çalışmada çalışmaya katılan hekimlerin meslekteki çalışma sürelerinin ortalaması 244.40 aydır (76). Bu çalışma uzman hekim, aile hekimlerini kapsadığı için yaş ortalaması olarak daha büyük bulunmuştur. Erzurum da yapılan çalışmada hekimlerin %55'i nöbet tuttuğu, ortalama nöbet sayısı 6.3 ± 3.7 bulunmuştur (75). Yaptığımız çalışmada katılımcıların %72.8'i nöbet tutmakta, ortalama nöbet sayısı 7.8 ± 2.6 'dır.

Yapılan çalışmalarda iş memnuniyeti değerlendirildiğinde; Gülmez % 62.7, Kıvanç %69'u, araştırma görevlilerini kapsayan bir çalışmada % 51.7 olarak iş memnuniyeti oranı saptanmıştır (77,82,83). Yaptığımız çalışmada katılımcıların meslek hakkında %37.6' sını doğru seçim yaptığını, %45.6' sını bazen yanlış seçim yaptığını, %16.8'sini yanlış seçim yaptığını düşünmektedirler. Yapılan çalışmalara baktığımızda işinden memnun olanların oranı bizim çalışmamızdan daha yüksek bulunmuştur. İş memnuniyetindeki farklılık meslek ve çalışma koşullarındaki farklılardan kaynaklanmış olabilir.

Şavlı'nın yaptığı çalışmada ASM'de çalışan hekimlerin %63,38'i TSM de çalışan hekimlerin ise %26,03'ü (19 kişi), Kıvanç ise çalışmasında %62,5 i iş yükünü ağır olarak tanımlamaktadır(76,77). Yaptığımız çalışmada katılımcılar iş yükünü

%61.6' sı ağır, %35.2' si orta, %3.2' si hafif olarak belirtmiş olup, çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.

Katılımcıların %38.4 kesici delici aletle iş ortamında yaralandığını, %23.2 mesleğinde şiddet gördüğünü, bununda % 68.0'ı hasta ve yakınlarından, %12.4'ü meslektaşlarından, %19.6' sı diğer sağlık personelinde şiddet gördüğünü belirtmiştir. Hacettepe üniversitesi hastanesinde yapılan çalışmada cerrahi bilimlerdeki araştırma görevlilerinde iğne batması, kesici-delici aletlerle yaralanma ve çeşitli kimyasal atık ürünlerle temas dahili bilimlerdeki araştırma görevlilerinden daha yüksek bulunmuştur (84).

Yaptığımız çalışmada katılımcıların, %78.4' ü ailesine yeterli vakit ayırmadığını, %56.8'i aile içi ilişkilerinin iyi olduğunu belirtti. Erzurum'daki çalışmada hekimlerin %61.9'u ailesine yeterli vakit ayırmadığını, %58.9'u aile içi ilişkilerini iyi olarak nitelendirmiştir. Bu bulgu sonuçlarımızı destekler niteliktedir. Şavlı'nın yaptığı çalışmada ASM'de (%41.44) çalışan hekimler TSM/HSM'de (%64.38) çalışan hekimlere göre ailelerine yeterli zaman ayıramadıklarını belirtmişlerdir (75,76).

Çalışmamızdaki sigara kullanma durumu, %17.1' i halen içtiğini, günde içtikleri sigara adedi ortalama 13.7 ± 10.2 ve %12,8 inin alkol kullandığını saptanmıştır. Düzce'de araştırma görevlilerinde yapılan çalışmada erkeklerin %17'si, kadınların %6.4'ü sigara, erkeklerin %6.3, kadınların da %6,4 alkol kullandığı tespit edilmiştir (78). Bu çalışmanın sonucu bizim çalışmamızla uyumlu bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalara baktığımızda, Hacettepe de yapılan çalışmada %15.5'i sigara, %5'i de alkol kullandığı (84), Kıvanç çalışmasında %44.5'inin sigara, %36.5'inin alkol kullandığını (77), Aylaz sigara kullanmayı %32, günde 10 dan fazla sigara içmeyi de %18 (85), Ergen ise sigara kullanmayı %29.1, alkol kullanmayı %17.3 tespit etmiştir(81). Hacettepe'de yapılan çalışma dışında diğer çalışmalarla bizim çalışmamız uyumlu bulunmuştur.

Yaptığımız çalışmada katılımcıların %17.7'si düzenli fizik aktivitede bulunduğunu, %10.4'ünün kronik bir hastalığı olduğunu, %9.0'ü ruhsal hastalığı olduğu saptanmıştır. Koç'un acil serviste yaptığı çalışmada katılımcıların %33'ünde

kronik hastalık, %46'sında psikolojik bozukluk olduğunu saptanmıştır. Kıvanç'ın yaptığı çalışmada sağlık çalışanların %25'inin düzenli spor yaptığını, %11.5'inde kronik hastalık varlığı, %0.5'inde psikiyatrik hastalık tespit edilmiştir (69,77).

Araştırmada kullanılan WHOQOL_Bref yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel alanına ait güvenilirlik katsayısı (Cronbach-Alpha katsayısı) 0.61, ruhsal alan için 0.64, sosyal alan için 0.65, çevresel alan için 0.60 bulunmuştur. Algılanan Stres Düzeyi Ölçeği güvenilirlik katsayısı ise 0.80'dir. Erzurum'da yapılan çalışmada WHOQOL_Bref yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel alanına ait güvenilirlik katsayısı (Cronbach-Alpha katsayısı) 0.80, ruhsal alan için 0.82, sosyal alan için 0.67, çevresel alan için 0.82 bulunmuştur. Algılanan Stres Düzeyi Ölçeği güvenilirlik katsayısı ise 0.87'dir (75). Kadriye'nin yaptığı çalışmada "cronbach alfa" değerleri bedensel alanda 0.83, ruhsal alanda 0.66, sosyal alanda 0.53, çevre alanında 0.73 ve ulusal çevre alanında 0.73 bulunmuştur (4).

Yaşam kalitesi alan puanları ile stres puanının birbirleriyle ilişkileri incelendiğinde; yaşam kalitesi alan puanlarının birbirleriyle pozitif yönde, stres puanı ile ise negatif yönde korelasyon gösterdiği saptanmıştır ($p < 0.001$). Algılanan stres puanıyla yaşam kalitesi alan puanları arasında korelasyon bulunmamıştır ($p > 0.05$). Erzurum da yapılan çalışmada yaşam kalitesi alan puanları ile stres puanının birbirleriyle ilişkileri incelendiğinde; Yaşam kalitesi alan puanlarının birbirleriyle pozitif yönde, stres puanı ile ise negatif yönde korelasyon gösterdiği saptanmıştır (75).

Bu çalışmada WHOQOL_Bref Ölçeği bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puanlarının ortalaması sırasıyla 18.8 ± 3.3 , 19.6 ± 2.6 , 9.7 ± 2.2 , 27.6 ± 4.7 bulunmuştur. Erzurum'da yapılan çalışmada WHOQOL_Bref Ölçeği bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puan ortalaması sırasıyla 14.2 ± 2.5 , 14.3 ± 2.4 , 13.9 ± 2.6 , 14.0 ± 2.2 , Kıvanç'ın yaptığı çalışmada sırasıyla 15.42 ± 2.64 , 15.19 ± 2.27 , 14.69 ± 2.91 , 13.84 ± 2.17 bulunmuştur. Düzce' de yapılan çalışmada "bedensel alan" puan ortalaması 15.0 ± 2.3 "ruhsal alan" puan ortalaması 14.5 ± 2.3 ; "sosyal alan" puan ortalaması 14.0 ± 2.8 ; "çevresel alan" puan ortalaması 12.9 ± 2.1 'dir. Mahmudiye de yapılan çalışmada WHOQOL-BREF Ölçeğinin alan puan

ortalamalarına bakıldığında en yüksek değer sosyal alanda, en düşük değer ise çevresel alandadır (76,77,78,86).

WHOQOL-BREF Ölçeği'nin 1. Sorusu genel yaşam kalitesi değerlendirmeye yöneliktir. Araştırma görevlileri yaşam kalitesini, %80'i yaşam kalitesini kötü, %20'si iyi olduğunu söylemiştir. Perim'in yaptığı çalışmada yaşam kalitesini %77.5 i yaşam kalitesini kötü , % 22.5 si iyi olduğunu belirtmiştir. Uludağ üniversitesi hastanesinde Avcı'nın yaptığı çalışma da yaşam kalitesini %21,9'u iyi olduğunu, %78,1 kötü olduğunu belirtmiştir. Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu bulunmuştur (4). İngiltere'de yapılan bir çalışmada da anestezi doktorların yaşam kalitesi diğer doktorlardan düşük bulunmuştur (87).

WHOQOL-BREF Ölçeği'nin 2. sorusu sağlık algısını değerlendirmeye yöneliktir. Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz sorusuna katılımcıların % 38.2'i sağlığından hoşnut, % 61,8'i ise hosnut olmadığını bildirmiştir. Perim'in yaptığı çalışmada % 40.7'si sağlığından hoşnut, % 59.3'ü ise hosnut olmadığını, Avcı'nın yaptığı çalışmada ise % 67,4 sağlığından hoşnut, % 32,6'sı ise hoşnut olmadığını belirtmiştir (4,88).

Yaşam kalitesi ve Sağlık algısındaki gruplar arası farklılığı, katılımcıların aynı yoğunlukta ve nöbet sisteminde çalışmamalarına bağlayabiliriz.

Çalışmamızda yaş gruplarına, cinsiyet, vücut kitle indeksine göre bedensel, ruhsal, sosyal, çevre alan ve stres puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır($P>0.05$). Fakat araştırma görevlilerinin meslek seçimi hakkında düşüncelerinin cinsiyetle karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmuştur($P=0.001$). Gülmez'in çalışmasında cinsiyete göre WHOQOL-BREF ölçekleri değerlendirildiğinde, kadınların yaşam kalitesi, fiziksel, psikolojik ve çevresel durum ortalama puanlarının anlamlı olarak erkeklerden daha fazla olduğu saptanmıştır (82). Mahmudiye'de yapılan çalışmada, bedensel alan puanları yaş ilerledikçe azalırken, çevre ve sosyal alan puanlarının, tam tersi artmakta olduğu gözlenmiştir. Ruhsal alan ortalama puanları ise yaş ilerledikçe azalmakta, ancak 65 yaşından sonra biraz yükselmektedir. Yaşam kalitesi alan puanları cinsiyet açısından irdelendiğinde sosyal alanda ve çevre alanında fark bulunmazken, bedensel ve ruhsal

alanlarda erkeklerin puan ortalamaları daha yüksektir (86). Çin’de yapılan çalışmada fiziksel, sosyal, çevresel ve genel sağlık alanları ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunup, fiziksel, sağlık puanları da erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuş (89).

Ertekin’in yaptığı çalışmada gebelerin yaş, eğitim, çalışma ve sosyal güvencesi olma durumlarına göre algılanan stres puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). (90)

Yapılan çalışmada medeni duruma göre sosyal alan puanı arasında anlamlı fark vardır ($P < 0.05$). Evli olanların sosyal alan puanı, bekarlardan yüksektir. Avcı’nın yaptığı çalışmada cinsiyetler arasında yaşam kalitesi alan puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Evlilerde psikolojik, sosyal ve çevre alan puanları daha yüksek bulunmuştur (4). Mahmudiye’de yapılan çalışmada evli olanların çevre alanı dışında tüm alan puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Kıvanç’ın yaptığı çalışmada medeni durumu dul/boşanmış olanların ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, evli ve bekar olanlara göre yüksek bulundu. Evli olanların sosyal alan puan ortalaması bizim çalışmamızla uyumlu olarak, bekar ve dul/boşanmış olanlara göre yüksek bulundu (77,86).

Bu çalışmada evlilik süresi, eşinin çalışma durumu, eşinin mesleği ve çocuk olup olmamasına göre tüm yaşam kalitesi alan puanı ve algılanan stres puanı karşılaştırıldığında arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Kıvanç’ın yaptığı çalışmada, çocuğu olanların ruhsal alan puan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, çocuğu olmayanlara göre yüksek bulundu. Erzurum’da yapılan çalışmada eşi çalışan hekimlerin bedensel ve ruhsal alan puanı çalışmayanlardan anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p < 0.01$). Eşi hekim olarak çalışanların çevresel alan puanı ise eşi diğer mesleklerde çalışanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0.01$) (75,77).

Özyıldırım’ın yaptığı çalışmada ev ya da araba sahibi olan hekimlerin yalnızca çevresel alan puanları yüksek düzeyde ve anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$, $p < 0.05$) (76). Bizim çalışmamızda evi olanların sosyal ve çevresel alan puanı, arabası olanların ise ruhsal ve sosyal alan puanları yüksek bulunmuştur ($P > 0.05$). Arabası

olanların çevresel alan puanları yüksek olup, aralarında ileri derece anlamlı fark vardır ($p<0.001$).

Bu çalışmada gelir durumuna göre bedensel, sosyal, çevresel alan puanları arasında anlamlı fark vardır (sırasıyla $p=0,008$, $p=0.019$, $p=0.002$). Gelirim giderimden fazla diyenlerin puanları daha yüksektir. Gelir durumuna göre ruhsal alan ve algılanan stres puanı arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). İstanbul’da bir hastanede yapılan çalışmada geliri giderimden fazla olanların bedensel alan, ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları yüksek bulundu. Gelir durumunun iyi olması yaşam kalitesiyle de doğru orantılıdır (77).

Bu çalışmada araştırma görevlilerinin çalışma alanı olan dahili, cerrahi ve temel bilimlerin tüm yaşam kalitesi alan puanları ile algılanan stres puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Özyıldırım’ın yaptığı çalışmada çalışma alanına göre cerrahi bilimlerde çalışan hekimlerin bedensel ve çevresel alan puanları temel ve dahili bilimlerde çalışanlardan düşük, ruhsal ve sosyal alan puanları benzerdir. Avcı’nın çalışmasında en yüksek alan puanları temel bilimlere aittir. Bedensel, sosyal, çevre ve ulusal çevre puanları ise cerrahi bilimlerde en düşüktür (4,75). Aras’ın yaptığı çalışmada fiziksel alan puanı, cerrahi birimler, yoğun bakım ve acilde çalışanlarda, anlamlı biçimde düşük (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,01$, $p<0,05$, $p<0,001$ ve $p<0,05$) bulunmuştur. Perim’in sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada çalıştıkları birim ile yaşam kalitesi alan puanları arasında anlamlı bir fark olmamakla birlikte bedensel, ruhsal, sosyal, çevresel alan puanları Toplum Sağlığı Merkezi’nde çalışanlarda, Aile Sağlığı Merkezi’nde çalışanlardan daha yüksek, stres puanları ise daha düşük saptanmıştır (88,91).

Bu çalışmada meslekte süre ve şu an ki kurumda çalışma süresi ile yaşam kalitesi alan ve algılanan stres puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Yıldırım’ın yaptığı çalışmada meslekte çalışma yılı arttıkça ruhsal alan puanı azalmaktadır. Kıvanç’ın yaptığı çalışmada meslekte çalışma yılı 10 yıl ve üzerinde olanların ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, meslekte çalışma yılı daha az olanlara göre yüksek bulundu. Meslekte çalışma yılına göre, bedensel alan puan ortalamasında fark bulunmadı (77,92).

Bu çalışmada nöbet tutmayanların, bedensel alan, sosyal alan, çevresel alan puanları yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Fakat nöbet sayısı ile karşılaştırıldığında yaşamsal alan puanı ve algılanan stres puanı arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir ($P>0.05$). Ergen'in. yaptığı çalışmada sadece gündüz çalışan sağlık personelin, nöbet tutan personele oranla bedensel ($p=0.039$) ve ruhsal alanda ($p=0.25$) ayrıca WHOQOL–BREF toplam alanında ($p=0.045$) anlamlı derecede daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir. Erzurum'da yapılan çalışmada nöbet tutan hekimlerin tüm yaşam kalitesi alan puanları düşük, stres puanları yüksektir. Kıvavç'ın yaptığı çalışmada istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da gündüz çalışanların bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları nöbet tutan çalışanlara göre yüksektir. Hırvatistan'da hemşireler üzerinde yapılan çalışmada nöbet tutmakla yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda diğer çalışmalarla uyumlu olup, nöbet tutmak sağlık çalışanların yaşam kalitesini düşürmektedir (75,77,81,93).

Bu çalışmada iş yükü ile bedensel, ruhsal, sosyal alan ve stres puanı arasında anlamlı fark bulunmamış fakat çevresel alan puanı arasında ileri derece anlamlı fark bulunmuştur ($P<0.001$). İş yükü ağır diyenlerin çevresel alan puanı düşük bulunmuştur. Arenson'un çalışmasında ağır iş yükü ve çalışma saatlerinin fazlalığının başta araştırma görevlileri olmak üzere birçok hekimi olumsuz etkilediği vurgulanmaktadır (84). Şavlı'nın yaptığı çalışmada, ASM'de çalışan hekimler TSM /HSM' de çalışan hekimlere göre daha fazla oranda iş yükünü ağır olarak belirtmişlerdir ($\chi^2=36,09$; $p<0,001$)(77). Fortune'nin Kanada'da sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada, iş yaşamındaki zorluklar, çalışma arkadaşları ve üstleriyle olan ilişkileri sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini etkilemektedir (94).

Bu çalışmada düzenli fiziksel aktivite yapma durumu ile yaşam kalitesi alan puanı ve algılanan stres puanı arasında anlamlı ilişki yoktur ($P>0.05$). Ergen'in çalışmasında WHOQOL–BREF yaşam kalitesi bedensel, ruhsal, ve sosyal alt boyutlarında, fırsat buldukça spor yapan bireylerin puanlarının, sadece izleyici olanlara oranla yüksek olduğu saptandı. Erzurum'da spor yapan hekimlerin tüm yaşam kalitesi alan puanları yüksek, stres puanı düşüktür (75,81).

Yapılan çalışmada Sigara kullanma durumu, günde içilen sigara adedi, alkol kullanma durumu ile tüm yaşam kalitesi alan puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Algılanan stres puanı ile arasında ileri derece anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.007$). Ergen'in çalışmasında, sigara içenler ile içmeyenler arasında yaşam kalitesi yönünden anlamlı bir puan farkı saptanmamıştır. Erzurum'da yapılan çalışmada sigara ve alkol kullanma durumuna göre hekimlerin yaşam kalitesi ve stres düzeyleri benzerdir. Sigara kullanma adedi ile yaşam kalitesi ve stres arasında ilişki bulunmamıştır. Sigara kullanma yılı arttıkça çevresel alan puanının yükseldiği görülmüştür (75,81). Aylaz'ın yaptığı çalışmada acilde vardiyalı çalışan personelin gündüz çalışan personele göre daha fazla sigara içtiği saptanmış. Kıvanç'ın yaptığı çalışmada sigara kullanmayanların ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, sigara içenlere göre yüksek bulundu. Alkol kullananların bedensel alan puan ortalaması alkol kullanmayanlara göre yüksek bulundu (77,85).

Araştırma görevlilerinde kronik, ruhsal hastalık varlığı, bakımı üstlenilen kronik hastalıklı yakının olup olmamasına göre yaşam kalitesi alan puanı ve algılan stres puanı arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir ($P>0.05$). Son iki hafta içinde hastalık geçirmeyenlerin sosyal alan puanları yüksek bulunup aralarında anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). Katılımcıların meslek seçimi hakkında düşüncelerinin ruhsal hastalık varlığı karşılaştırıldığında aralarında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.036$). İstanbul'da bir hastanede yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olanların sosyal alan puan ortalaması, kronik hastalığı olmayanlara göre yüksek tespit edilmiş olup, başka bir çalışmada kronik hastalığı olmayanların bedensel ve ruhsal alan puan ortalamaları kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Yurt dışında yapılan çalışmada, sağlık personelinde kronik hastalığının, yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sağlık sorunu olduğu görülmüştür (77,86,95).

Bu çalışmada Araştırma görevlilerinin hastanedeki delici kesici alet yaralanmasının bedensel, ruhsal alan ve stres puanlarını arasında anlamlı ilişki bulunmamış, fakat sosyal ve çevresel alan puanı arasında ileri derece anlamlı fark vardır (sırasıyla $p=0.001$, $p=0.002$). Yaralanmaya evet diyenlerin sosyal ve çevresel alan puanları daha yüksek bulunmuştur. Hacettepe'de yapılan çalışmada cerrahi

bilimlerdeki araştırma görevlilerinde iğne batması, kesici-delici aletlerle yaralanma ve çeşitli kimyasal atık ürünlerle temas dahili bilimlerdeki araştırma görevlilerinden daha yüksektir (84).

Bu çalışmada araştırma görevlilerinin kendilerine şiddet uygulandığına evet diyenlerin bedensel alan puanları yüksek olup aralarında anlamlı fark vardır($P<0.05$). Şiddetin kim tarafından uygulandığı ile ruhsal alan puanı arasında da anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Özen'in yaptığı çalışmada psikolojik şiddete en az maruz kalanlar ilkokul mezunları iken, en fazla maruz kalanlar ise fakülte mezunları ile yüksek lisans ve tıpta uzmanlık dereceleri alanlarıdır. Bu durumda, çalışanın eğitim düzeyi yükseldikçe psikolojik şiddete maruz kalma riski arttığı görülmektedir. Ayrıca, psikolojik şiddetin en yaygın olduğu meslek grupları en başta hemşireler olmak üzere, idari personel ve doktorlar olduğu, diğerlerine nazaran en az psikolojik şiddet riskine sahip meslek grubu ise hasta bakıcıların olduğunu tespit etmiştir. Şavlı'nın çalışmasında birinci basamakta çalışan hekimlerin yaşam kalitesi hasta/hasta yakını tarafından şiddete uğrayanlarda, uğramayanlara göre daha düşük bulunmuştur (76,96).

Bu çalışmada aileye yeterli vakit ayırma ile bedensel, ruhsal alan ve stres puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Fakat aileme yeterli zaman ayırıyorum diyenlerin sosyal ve çevresel alan puanları yüksek bulunmuştur($P<0.001$). Aile içi ilişkilerle bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puanları arasında ileri derece anlamlı ilişki bulunmuştur($p<0.001$). Algılanan stres puanı ile arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Erzurum'daki çalışmada Ailesine yeterli vakit ayıramadığını belirten ve aile içi ilişkisini iyi düzeyde olarak nitelemeyen hekimlerin tüm yaşam kalitesi alan puanları düşük, algılanan stres puanı yüksek bulunmuştur (75).

Bu çalışmada tatile gitme durumu ile ruhsal ve çevresel alan puanları arasında anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Kıvanç' ın çalışmasında her yıl tatil yapanların bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamalarının, tatil yapamayanlara, iki yılda bir tatil yapanlara, iki yıldan daha uzun sürede tatil yapanlara göre yüksek bulunmuştur (77).

Bu çalışmada yaşam kalitesi alan puanları ve algılanan stres ölçeği puanının birbirleriyle ilişkileri incelendiğinde yaşam kalitesi alan puanları birbirleriyle pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Algılanan stres puanıyla yaşam kalitesi alan puanları arasında korelasyon bulunmamıştır ($p>0.05$). Erzurum’da yapılan çalışmada yaşam kalitesi alan puanlarının birbirleriyle pozitif yönde, stres puanı ile ise negatif yönde korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Gülmez’in çalışmasında yaşam kalitesi ortalamaları değerlendirildiğinde, sağlık algısı, fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel durum puanları arasında istatistiksel anlamlı pozitif korelasyon olduğu görülmüştür (75,82).

Araştırma görevlilerinin yaşam kalitesi ölçeği ile algılanan stres düzeyi ölçeğinden aldığı puanların yaş, evlilik süresi, meslekte çalışma süre, şu anki kurumda çalışma süresi, nöbet sayısı, sigara içme yılı ve adedi değişkenleri ile bedensel, ruhsal, sosyal, çevresel alan ve algılanan stres puanları ile aralarında korelasyon göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Gülmez’in çalışmasında yaş, öğrenim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, BKİ ve çalışma süresi ile yaşam kalitesi ölçeği alanları arasında istatistiksel anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyete göre yaşam kalitesi ölçeği arasındaki korelasyona bakıldığında yaşam kalitesi, fiziksel durum, psikolojik durum, ve çevresel durum arasında kadınlar lehine anlamlı pozitif ilişki bulunurken ($p<0,05$), genel sağlık durumu ve sosyal durum algısı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (82). Tanrıverdi’nin çalışmasında sağlık çalışanlarında egzersiz dışında kalan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile iş yaşam kaliteleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü ilişkilerin olduğu belirlenmiştir (97). Erzurum’da hekimlerde yapılan çalışmada yaş değişkeninin bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanları ile pozitif yönde ($p<0.01$), stres puanı ile negatif yönde korelasyon gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Sigara kullanma yılı, çevre alan puanıyla pozitif yönde ilişki saptanırken ($p<0.05$), sigara kullanma adedi ile yaşam kalitesi ve stres puanları arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır. Hekimlerin meslekte toplam çalışma süresinin bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanları ile pozitif yönde korelasyon gösterdiği tespit edilmiştir (sırasıyla $p<0.01$, $p<0.01$,

$p<0.05$). Şuan çalıştıkları kurumdaki toplam çalışma süresi ile çevresel alan puanı arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. ($p<0.05$)(75).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan araştırma görevlilerinde gerçekleştirilen çalışmaya 56'sı erkek (%44.8), 69'u(%55.2) kadın, olmak üzere toplam 125 hekim katılmıştır.

- Katılımcıların BKİ ortalaması 24.6 ± 4.3 olup, %41.6 sı fazla kilolu veya obez bulunmuştur.
- Katılımcıların %44'ü evli olup, evli olanların %85.5'inin eşi çalışmaktadır. Eşi çalışan araştırma görevlilerinin %21.6'i hekimle evli olduğunu belirtmiştir.
- Gelir konusunda katılımcıların %8.8 i gelirim giderimden az , %56.0 sı gelirim giderime eşit , %35.2 si gelirim giderimden fazla diye belirtmişlerdir.
- Katılımcıların %21.6'sı evi var, %76.8'i otomobili olduğunu belirtmiştir.
- Katılımcılarının %66.1 i dahiliye, %29.8 'i cerrahi, %4.0 ı temel bölümlerde çalıştıklarını belirtmişlerdir.
- Katılımcıların iş yükünü %61.6 sı ağır, %35.2 si orta, %3.2 si hafif olarak belirtmişlerdir.
- Katılımcıların meslek hakkında %37.6 sı doğru seçim yaptığını, %45.6 sı bazen yanlış seçim yaptığını, %16,8 sı yanlış seçim yaptığını düşünmektedirler.
- Katılımcıların sigara kullanma durumu %17.1 ihalen içtiğini, %16.3 ü bıraktığını,%66.7 si hiç içmediğini söyledi.
- Yaşam kalitesi ölçeği güvenilirlik katsayıları 0.60-0.65 arasında değerler almıştır. Algılanan stres düzeyi ölçeği güvenilirlik katsayısı 0.80 bulunmuştur.
- Araştırma görevlilerinde yaşam kalitelerini iyi algılayanların oranı %20.0'dir.
- Araştırma görevlilerinde sağlık durumundan memnun olanların oranı %38.7dir.
- Araştırma görevlilerinin meslek seçimi hakkında düşüncelerinde yanlış ve bazen yanlış seçim yaptığını düşünenlerin oranı kadınlarda yüksek bulunmuştur.
- Evli olanların sosyal alan puanı, bekarlardan yüksektir.

- Gelirim giderimden fazla diyenlerin bedensel, sosyal, çevresel alan puanları daha yüksektir.
- Evi olanların olmayanlara göre sosyal ve çevresel alan puanları yüksek bulunmuştur.
- Arabası olanların, ruhsal, sosyal alan puanları yüksek bulunmuştur.
- Nöbet tutmayanların bedensel alan, sosyal alan, çevresel alan puanları yüksek bulunmuştur.
- İş yükü ağır diyenlerin çevresel alan puanı düşük bulunmuştur.
- Araştırma görevlilerinin kendilerine şiddet uygulandığına evet diyenlerin bedensel alan puanları yüksek bulunmuştur. Şiddetin kim tarafından uygulandığına hasta ve yakınları diyenlerin ruhsal alan puanı yüksek bulunmuştur.
- Aileme yeterli zaman ayırıyorum diyenlerin sosyal ve çevresel alan puanları yüksek bulunmuştur.
- Aile içi ilişkilerle bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puanları arasında ileri derece anlamlı ilişki bulunmuştur.
- Sigara kullanma durumu Algılanan stres puanı ile arasında ileri derece anlamlı fark bulunmuştur.
- Son iki hafta içinde hastalık geçirmeye hayır diyenlerin sosyal alan puanları yüksek bulunmuştur.

Bedensel alan puanı yüksek olanlar; nöbet tutmayan, gelirim giderimden fazla, aile içi ilişkilerim iyi, iş yerinde şiddet gördüm diyenlerin yüksek bulunmuştur.

Ruhsal alan puanı yüksek olanlar; arabası olanlar, hasta ve yakınları tarafından şiddet görenler, aile içi ilişkileri iyi olanların ruhsal alan puanı yüksek bulunmuştur.

Sosyal alan puanı yüksek olanlar; evli, geliri giderinden fazla olanlar, evi arabası olanlar, nöbet tutmayanlar aileme yeterli vakit ayıramıyorum diyenler ve son iki hafta hastalık geçirmeyenlerin sosyal alan puanı yüksek bulunmuştur.

Çevresel alan puanı yüksek olan; evli, nöbet tutmayan, geliri giderinden fazla, aileme yeterli vakit ayırıyorum ve aile içi ilişkilerim iyi diyenlerin puanları yüksek bulunmuştur.

Genel olarak araştırma görevlilerinin evli, evi arabası olması, nöbet tutmaması, gelir durumunun giderden fazla olması, aile içi ilişkilerinin iyi olması yaşam kalitesi puanlarını yükseltmektedir.

Hekimlerin verimli olarak çalışmalarını sağlayacak etmenlerin başında yaşam kalitesi gelmektedir. Bu nedenle tıp fakültelerinde çalışan hekimlerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesine yönelik olarak, mesleklerinden kaynaklanan olumsuzluklar önlenmeye çalışılmalı, özlük hakları düzeltilmeli, kendine zaman ayırabilme, yeterli uyku ve dinlenme olanağı sağlanmalıdır. Çalışma ortamı sağlıklı çalışma ortamı haline getirilmeye çalışılmalıdır. Buna örnek olarak, gürültü izolasyonu, kimyasallardan korunma, ısı ve ışık düzeyinin ayarlanması olarak verilebilir. Araştırma görevlilerinin nöbet sonrası iş verimleri düşebileceğinden nöbet ertesi gün daha pasif bir görev verilebilir. Çalışanın hayatını tehdit edecek meslek riskleri ortadan kaldırılmalı ve denetimi yapılmalıdır. Hasta yoğunluğunu azaltıcı önlemler alınmalıdır.

Başta cerrahi bilimler bölümleri olmak üzere sigaranın zararları sık sık hatırlatılmalıdır. Ancak sigara kullanımı sıklıkla öğrencilik yıllarında başladığından tıp fakültesi öğrencilerine bu yönde yapılacak eğitimler artırılmalıdır. Araştırma görevlilerinin sosyal aktivitelerinin güçlendirilmesi için çeşitli sosyal ve spor aktiviteleri düzenlenebilir.

7. KAYNAKLAR

- 1- Karadağ M , Kabasakal E. Hemşirelerin Çalışma Ortamlarında Karşılaştıkları Risklerin ve Maruziyet Sıklıklarının Belirlenmesi. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ulusal Kongresi Ankara 16-17, Kasım 2013.
- 2-Hisar KM, Dağlı G. Sağlık Çalışanlarının Sağlık Risklerinin Belirlenmesi. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ulusal Kongresi Ankara 16-17, Kasım 2013.
- 3-Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK) <http://www.tuik.gov.tr/>
Erişim Tarihi : 21.03.2017
- 4-Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;30 (2):81-5
- 5-Toraman AR, Demir. C, Güçlü AK, Cankul Hİ, Özeltin H. Uzmanlık öğrencisi hekimler ve hemşireleri hastaneye bağlayan uzaklaştıran faktörler. GATA Bülteni Ankara 4 Aralık 1997;39 (4)
- 6-Demir C, Teke AK, Tatar F. Hekimlerin Çalışma Koşulları ve Gelişme Olanakları Bakımından Yönetimden Beklentilerinin Karşılanma Düzeylerinin Analizi GATA Tıp Dergisi Cilt:43 Sayı.2, s.66 Ankara Eylül 2000
- 7-International Council of Nurses (ICN). Positive practice environments:Quality workplaces, quality patient care IND kit 2007. <http://www.icn.ch/indkit> s.1-45
Erişim:10 Şubat 2017
- 8-Eser E. Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu s.4-6 8-10 Nisan 2004 İzmir.
- 9-Stress: The American Institute of Stress <http://www.stress.org/daily-life/#>.
22.04.2015
Erişim Tarihi:10 Şubat 2017
- 10-Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. N Engl J Med 1996;334(13):835-40
- 11-Tarhan N. Mutluluk Psikolojisi, 22.Baskı, Timaş Yayınları, İstanbul 2014
- 12-Dökmen Ü, Yaşama Yerleşmek, s.3 İstanbul 2008
- 13-Başal A, Stres Yapmayan Stres Kitabı s.23 İstanbul 2007
- 14-Türk Tabipleri Birliği, Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri s.12-13 Ankara 2008

- 15-Firth-Cozens J, Emotional distress in junior house officers. Br. Med J 1987, 29 s.533-536
- 16-Graske J, Improving the mental health of doctors. BMJ Career Focus2003, 327 s.188.
- 17-Givens JL, Tjia J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. Acad Med. Eylül 2002, 77(9) s.918-21.
- 18-Top MŞ, ÖzdenYS, Sevim ME. Psikiyatriye Yaşam Kalitesi, Düşünen Adam Dergisi, 2003, 16(1) s.18-23
- 19-Bowling A. Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales. Open University Pres Buckingham 1997
- 20-International Classification of Functioning, Disability and Health, World Health Organization, Geneva İsviçre 2001
- 21-Ware JE Jr, Sherbourne CD: The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 30:473-483, 1992.
- 22-Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. Psychopharmacol Bull. 1993,29(2):321-6
- 23-Nordenfelt LY. Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care, Amsterdam, 1994, 19-34
- 24-Long PH. On the quantity and quality of life. *Med Times*. 1960 Mayıs,88:613-9
- 25-Öksüz E, Malhan S. Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi, Kalitemetri 2005 s.11
- 26-Türkiye beslenme ve sağlık araştırması, Sağlık Bakanlığı, Ankara 2010
- 27-Üstün Y, Yücel ÇŞ. Hemşirelerin Uyku Kalitesinin İncelenmesi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, C. 4, S. 1, 2011, s. 30
- 28-Ünal M. Stres ve Psikosomatik Tıp, Türk Psikiyatri Dergisi, S.3, 1990
- 29-E. Altuntaş. Stres Yönetimi Aktüel Kitabevi, İstanbul 2003, s. 13
- 30-Şimşek Ş, Çelik A, Soysal A. Zaman Yönetimi ve Yönetişel Zamanda Etkinlik, Gazi kitabevi 2009 s.30-31
- 31-Saygılı M, Çelik Y. Çalışma Ortamına İlişkin Algı İle İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişki, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C. 14, S.1, 2011, s. 41- 42
- 32- Muldoon MF, Barger SD, Flory JD. What are Quality of Life measurements

measuring? BMJ 1998,316:542.

33-Flanagan JC. A Research Approach To Improving Our Quality Of Life, American Psychologist 33(2), s.138-147, Şubat 1978

34-Fries JF, Singh G. The Hierarchy Of Patient Outcomes. Quality Of Life And Pharmacoeconomics İn Clinical Trials. Second Edition, Lippincott-Raven Publishers; Philadelphia 1996, s.33

35-Fitzpatrick R. Quality of Life Measures in Health Care, Applications and Issues in Assessement BMJ 1992 305: s.1074-1077

36-Sahin H. Eski Bir Kavram Yeni Bir Ölçüt: Yaşam Kalitesi, Toplum ve Hekim, C.12, s.40-46

37-Quality of Life Instruments Database.

https://www.allacronyms.com/quality_of_life_instruments_database Erişim

Tarihi:15 Mart 2017

38-Şahin B. Sağlığın ölçümü ve kullanım alanlarına teorik bir bakış. Sağlık Toplum 1999, 9(3) s.3-12.

39- Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. Romatizma 2005;20(1):55-63

40- Groenvold M. Metodological İssues İn The Assessment Of Health-Related Quality Of Life İn Palliative Care Trials. Acta Anaesthesiol Scand 1999,43 s.948-53

41-Yaşam kalitesi 2006, http://www.ozetkitap.com/yasam_kalitesi Erişim Tarihi:11 Ocak 2017

42-Fidan D. Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Kavramı ve Ölçüm Yöntemleri, Sağlık ve Toplum Temmuz-Eylül 2003

43-Gökhan A. İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyon İlişkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama, Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Antalya 2009

44-Hüseyin Ö, Öztürk A, Yalçın A. İnsan Kaynakları Yönetimi, Nobel Kitabevi, Ankara 2002

45-Martel Jean Pierre, Gilles Dupuis , “Quality Of Work Life: Theoretical And Methodological Problems, And Presentation Of A New Model And Measuring Instrument”, Social Indicators Research, 2006; 77: 333-368

46-Erat Ş, Korkmaz M, Çimen V, Yahyaoğlu G. Hemşirelerin iş yaşam kalitesinin motivasyona etkisi. Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi. 2011; 1(1): 68-97.

47-Uğur E, Abaan S. Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ve etkileyen faktörlere ilişkin görüşleri. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2008; 28: 297-310

48-Şirin M. Hemşirelik İş yaşamı kalitesi ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2011.

49-Fidan, D., Ünal, B., Demiral, Y., “Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Kavramı ve Ölçüm Yöntemleri” Sağlık ve Toplum Dergisi, S.3, Ankara, 2003

50-Esatoğlu, E., Önder, Ö., ve Ağırbaş, İ. (Ed.). Yaşlılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi (s. 384). Ankara Üniversitesi. Ankara

51-Gitmez A.S, Çopur H. “Toplumsal Gelismenin Ölçülmesi; Yasam Niteligi Göstergeleri”, II. Ulusal Sosyal Bilimler Kongresi, Ankara, 1980.

52-Calvert M.J, Freemantle N. Use of health-related quality of life in prescribing research. Part 2: metodological considerations for the assessment of health-related quality of life in clinical trials. J Clin Pharm Ther 2004;29:85-94

53-Guyatt GH, Naylor CD, Juniper E, Heyland DK, Jaeschke R, Cook DJ. Users' guides to the medical literature. XII. How to use articles about health-related quality of life. Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA 1997;277(15):1232-7

54-Carr AJ, Huggison IJ, Robinson PG. Quality of life. Eur J Public Health 2005;15(6):668

- 55-Huggison IJ, Carr AJ. Measuring quality of life using quality of life measures in the clinical setting. BMJ 2001;322:1297-300.
- 56-Bilir N, Yıldız AN. Sağlık Personelinin Mesleki Riskleri, İş Sağlığı ve Güvenliği (3 Baskı). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2014
- 57-O. Doğan ve diğ., Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi, s.33, Sivas, 1995.
- 58-E. Roskies, Stresle Başa Çıkma Kendimizle Olumlu Diyalog, s.2 Ankara, 1994.
- 59-A. Karahan-K. Gürpınar-P.Özyürek, “Hizmet Sektöründeki İşletmelerin Örgüt İçi Stres NM Kaynakları: Afyon İl Merkezindeki Hastanelerde Çalışan Cerrahi Hemşirelerinin Stres Kaynaklarının Belirlenmesi” Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, Afyon 2007; 3(1):30
- 60-Pehlivan Aydın İş Yaşamında Stres. Ankara: Pegem A Yayıncılık; 2002.
- 61- Bozkurt T, Uluğ M, Turpoğlu Çelik A, Oktuğ Z, İçellioğlu S, Özden MS, Soysal O. “Stres”. İstanbul, TC İstanbul Kültür Üniversitesi Yayınları. 2010; 14.
- 62-M. Silah, Çalışma Psikolojisi, Ankara, 2001, s.160
- 63- Özkalp, E. ve Kirel, Ç. Örgütsel Davranış, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Eğitim,
Sağlık ve Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı Yayınları, Eskişehir 2001.
- 64-Türk Tabipleri Birliği, Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri, Ankara 2008.
- 65-Tel H, Karadağ M, Aydın S. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki stres yaşantıları ile baş etme durumlarının belirlenmesi, Hemsirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2003;2:18
- 66- D. Nur, Kamu Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinde İş Doyumu ve Stres İlişkisi, Klinik Psikiyatri,2011;14:230-240
- 67- F. Aksoy, Psikolojik Şiddet’in (Mobbing) Sağlık Çalışanlarına Etkisi, T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul 2008.

- 68-Ö. Özkan, O.N. Emiroğlu. "Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği", Cumhuriyet Üniversitesi (CÜ), Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, Sivas, 2006;10(3):45
- 69-Özkan-Emiroğlu, s.45'den aktaran; Ş.R. Koç, Sağlık Çalışanlarında İş Stresi Acil Servis Örneği, Beykent Üniversitesi, SBE, YYLT, İstanbul, 2009:36
- 70 71-H Fidaner, H Elbi, C Fidaner, S Y Eser, E Eser, E Göker WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 1999; 7(Ek 2): 23-40
- 71- Şenol Y., Türkay M., "Yaşam Kalitesi Ölçütlerinde Taraf Tutma: Cevap Kayması", Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Dergisi, 2006 ;5: 382-389
- 72- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. Journal of health and social behavior. 1983; 24(4): 385-396.
- 73- Yerlikaya, E. E. ve İnanç, B. Algılanan Stres Ölçeği'nin (ASÖ) Türkçe Çevirisinin Psikometrik Özellikleri, IX. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, 17-19 Ekim Çeşme-İzmir 2007.
- 74- Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Güvenirlilik ve Geçerlik Analizi, New/Yeni Symposium Journal • www.yenisymposium.net • Ekim 2013; 51(3): 132-140
- 75- Özyıldırım E. Erzurum İl Merkezinde Çalışan Hekimlerde Yaşam Kalitesi, Algılanan Stres Düzeyi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi , T. C. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Erzurum 2015.
- 76- Şavlı Emiroğlu P. Bursa İl Halk Sağlığı Müdürlüğüne Bağlı Çalışan Hekimlerde İş Doyumu Ve Yaşam Kalitesi Düzeyi İle Etkileyen Etmenler Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Bursa 2015.
- 77- Çiğdem K. Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalitesi Yüksek Lisans Tezi Hemşirelik ,T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2016.

- 78- Sayın S. Tıpta Uzmanlık Tezi Yapan Araştırma Görevlilerinde Kronik Yorgunluk Ve Depresyon Sıklığının İncelenmesi, T.C. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Düzce 2012.
- 79- Güler A. Örgütsel Stres Ve Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Stresle Başa Çıkma Yolları, Serinhisar Devlet Hastanesi , Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2013.
- 80- Karafakı S. Sağlık Çalışanlarında Stresin Bireysel Performans Üzerindeki Etkileri Ve Bir Uygulama, T.C.Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi , Ankara 2014.
- 81- Ergen A, Tanrıverdi Ö, Kumbasar A, Arslan E. Duygu Atmaca Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesi Üzerine Kesitsel Bir Çalışma, Haseki Tıp Bülteni 2011; 49: 14-9
- 82- Gülmez H. Çalışanların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler Atlantı Aile Sağlığı Merkezi Kadınhanı, Konya TJFMPC 2013;7(4):74-82.
- 83- Acar A, Ne mutlu E, Gürhan G, Liman V. Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Araştırma Görevlilerinin İş Memnuniyeti ve Bunu Etkileyen Faktörler, Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi 2004;24(2):95-106
- 84- Kılıçarslan A, Yıldız A.N, Bilir N. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde çalışan araştırma görevlilerinin mesleksi riskleri , Hacettepe Tıp Dergisi 2006; 37: 179-185
- 85-Aylaz R, Aydın S. Acil Ve Diğer Servislerde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Vardiyalı Çalışmasının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi 2014; 2(3).
- 86- Işıklı B, Kalyoncu C, Arslantaş D, Eskişehir Mahmudiye'de 35 Yaş ve Üzeri Kişilerde Yaşam Kalitesi Toplum Hekimliği Bülteni, Eylül-Aralık 2007; 26(3): 7-12
- 87- Arenson-Pandikow HM, Oliviera LT, Bortolozzo CR, Petry S, Schuch TF. Perception of Quality of Life among Anesthesiologists and Non-Anesthesiologists, Rev Bras Anesthesiol Scientific Article 2012; 62(1): 48-55

- 88- Perim A. Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma Ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı, Edirne 2007.
- 89- Xing H, Yu W, Chen S, Zhang D, Tan R. Influence of Social Support on Health-Related Quality of Life in New-Generation Migrant Workers in Eastern China. Iran J Public Health. 2013 Aug;42(8):806-12
- 90- Pınar Ş. E, Arslan Ş, Polat K, Çiftçi D, Cesur B, Dağlar G. Gebelerde Uyku Kalitesi ile Algılanan Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2014;7(3): 171-177
- 91- Döne Aras. Isparta il merkezi kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin çalışma ortamı riskleri, risk algıları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2013.
- 92- Yıldırım A., Hacıhasanoğlu R. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing 2011;2(2):61-68
- 93- Sorić M, Golubić R, Milosević M, Juras K, Mustajbegović J. Shift work, quality of life and work ability among Croatian hospital nurses. Coll Antropol. 2013 Jun;37(2):379-84
- 94- Fortune D. An Examination of Work Life and Quality of Care within a Health Care Setting. A Thesis For The Degree of Master of Arts. Canada: University of Waterloo; 2006.
- 95- Gholami A, Jahromi LM, Zarei E, Dehghan A. Application of WHOQOL-BREF in measuring quality of life in health-care staff. International journal of preventive medicine. 2013;4 (7): 809–817.
- 96- Özen Ç.S, İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma, Çalışma ve Toplum, 2008/4

97- Tanrıverdi H, Işık S, "Sağlık Profesyonellerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İş Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi", Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Bilimler Dergisi, pp.125-134, 201



Ek-1 Anket Formu

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞAN ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNDE YAŞAM KALİTESİ, ALGILANAN STRES DÜZEYİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Değerli meslektaşım,

Bu çalışma, Düzce il merkezinde görev yapan araştırma görevlilerinde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bu araştırmanın verileri bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Anket Numarası:

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1- Yaşınız:

2- Cinsiyetiniz: 1- Erkek 2- Kadın

3- Boyunuz?

4-Kilonuz?.....

5- Medeni durumunuz: (Evli olmayanlar 7.sorudan devam edecek)

1- Evli (.....yıl) 2- Bekâr 3-Boşanmış 4-Dul (eşi ölmüş) 5-Evli
ama ayrı yaşıyor

6- Eşiniz çalışıyor mu?

1- Evet (Mesleği) 2- Hayır

7- Çocuğunuz var mı?

1- Evet (Sayısı) 2- Hayır

8-Çalışma alanınız nedir?

1- Dahili bilimler 2-Cerrahi bilimler 3-Temel Tıp bilimleri

9- Meslekteki toplam çalışma süreniz:yıl

10-Şu anki kurumda çalışma süreniz
.....yıl

11- Nöbet tutuyor musunuz?

1- Evet gün/ay 2-Hayır

12- Çalışma hızını ve işinizin yoğunluğunu göz önüne alarak iş yükünüzü nasıl değerlendirirsiniz?

a) Çok ağır b) Ağır c) Orta d)Hafif e)Çok hafif

13- Hekimlik mesleğini seçmeniz konusundaki düşünceleriniz:

1- Doğru seçim yaptığımı düşünüyorum.

2- Bazen yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum.

3- Yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum.

14- Ailenizin şu andaki toplam aylık geliri ne kadardır?

1- 3000-5000 TL 2- 5001-8000 TL 3- 8001 TL üzeri

15-Ailenize ait eviniz var mı?

1- Var 2-Yok

16-Ailenize ait arabanız var mı?

1- Var 2-Yok

17- Ailenizle birlikte yeterli vakit geçirebiliyor musunuz?

1- Evet 2-Hayır

18-Aile içi ilişkilerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

1- Kötü 2-Orta 3-İyi

19- Sigara içiyor musunuz?

1- Halen içiyorum 2-Bıraktım 3-Hiç içmedim

20-Halen sigara içenler cevaplayacak!

1- Kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz?

2- Kaç adet:/gün

21-Alkol kullanıyor musunuz?

1- Evet 2-Hayır

22- Haftada 3 gün 30-60 dakikalık bir fiziksel aktive (koşu, yüzme, futbol, basketbol, voleybol,...vb.) yapıyor musunuz?

1) Evet 2)Hayır

23-Tanısı konulmuş herhangi bir ruhsal rahatsızlığınız var mı?

1. Evet (ruhsal rahatsızlığınızın adını yazınız):.....

2. Hayır (26. soruya geçiniz)

24- Ruhsal rahatsızlığınız için tedavi görüyor musunuz?

1. Evet (tedavinin adını yazınız. ilaç tedavisi, psikoterapi vb):.....

2. Hayır

25- Tedavinize önerilen şekilde devam ediyor musunuz? 1.Evet 2. Hayır

26- Son 2 haftadır, bir hastalık geçirdiniz mi?

1- Evet 2-Hayır

27- Kronik bir hastalığınız var mı?

1- Evet (tanı:) 2- Hayır

28- Bakımını üstlendiğiniz kronik hastalığı olan bir yakınınız var mı?

1- Var 2- Yok

29- Tatil yapma durumunuz?

1) Yapamıyorum 2) Her yıl 3) İki yılda bir 4) İki yıldan daha uzun süre

30- Tiyatro ve sinemaya ne sıklıkla gidersiniz?

1) Hiç gitmem 2) Haftada bir 3) Ayda bir 4) Üç ayda bir 5) Yılda bir

WHOQOL-BREF(TR)

Türkçe Ulusal Kısa Sürüm

Bu anket yaşamınızın kalitesi, sağlığını ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Yaşamınızın son 2 haftasını dikkate almanızı istiyoruz. Lütfen bütün soruları cevaplayınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, Ne kötü	Oldukça İyi	Çok iyi
1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son 2 hafta içinde kimi şeyleri “ne kadar” yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son 2 haftada kimi şeyleri ne ölçüde “tam olarak” yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13	Günlük yaşamınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son 2 hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde “iyi ya da doyurucu” bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son 2 hafta içinde bazı şeyleri “ne sıklıkta” hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Algılanan Stres Ölçeği

Aşağıdaki sorular son bir ay içindeki düşünceleriniz ve duygularınızla ilgilidir. Her bir soruda sizden bu düşünceyi ya da duyguyu ne sıklıkta yaşadığınızı belirtmeniz istenmektedir. Soruları yanıtlarken son bir ay içinde ne sıklıkta bu şekilde düşündüğünüzü ya da hissettiğinizi dikkate alınız. Lütfen bütün soruları cevaplayınız!

	Hiç	NEREDEYSE Hiç	BAZEN	SIKÇA	ÇOK SIK
1. Son bir ay içinde, beklenmedik şekilde gerçekleşen olaylardan dolayı ne sıklıkta üzüldünüz?					
2. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi hissettiniz?					
3. Son bir ay içinde kendinizi ne sıklıkta, gergin ve stresli hissettiniz?					
4. Son bir ay içinde, yaşamınızdaki can sıkıcı durumlarla ne sıklıkta başarılı bir biçimde baş ettiniz?					
5. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızda meydana gelen önemli değişikliklerle etkili bir biçimde başa çıktığınızı hissettiniz?					

6. Son bir ay içinde ne sıklıkta, kişisel sorunlarınızla baş etme yeteneğinizden emin oldunuz?					
7. Son bir ay içinde ne sıklıkta, işlerin istediğiniz gibi gittiğini hissettiniz?					
8. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yapmak zorunda olduğunuz her şeyin üstesinden gelemeyeceğinizi düşündünüz?					
9. Son bir ay içinde yaşamınızdaki rahatsız edici olayları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki olaylara hâkim olduğunuzu hissettiniz?					
11. Son bir ay içinde, kontrolünüz dışında gerçekleşen şeylerden dolayı ne sıklıkta öfkelenirsiniz?					
12. Son bir ay içinde ne sıklıkta, üstesinden gelmek zorunda olduğunuz şeyler üzerinde düşündünüz?					
13. Zamanınızı nasıl geçirdiğinizi son bir ay içinde ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
14. Son bir ay içinde ne sıklıkta, güçlüklerin, üstesinden gelemeyeceğiniz kadar çoğaldığını hissettiniz?					

