

DOKUZ EYLÜL  
ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ACİL TIP ANABİLİM DALI



**Dokuz Eylül**  
**Acil Tıp**

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTE HASTANESİ'NDE  
ÇALIŞAN ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN İYİLİK  
HALİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**DR. NECATİ AKKAYA**  
**UZMANLIK TEZİ**

**İZMİR-2018**

DOKUZ EYLÜL  
ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ACİL TIP ANABİLİM DALI



**Dokuz Eylül**  
**Acil Tıp**

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTE HASTANESİ'NDE  
ÇALIŞAN ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN İYİLİK  
HALİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**DR. NECATİ AKKAYA**

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Sedat YANTURALI

## TEŞEKKÜRLER

Hayatımın her döneminde yanımda ve bana destek olan eşim Zeynep AKKAYA'ya, yaşamımıza anlam katan kızım Leyla'ya ve yeni doğacak olan kızım Ayşe'ye;

Bugünlere gelmemi sağlayan aileme;

Tez çalışma ve yürütme sürecinde olduğu gibi uzmanlık eğitim sürecimde her zaman bilgi ve tecrübeleriyle yanımda olan, desteğini hiç esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Sedat YANTURALI'ya;

Uzmanlık eğitimim sürecinde yolumu aydınlatan Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ersin AKSAY'a;

Tez çalışmam sürecinde ve uzmanlık eğitimimde bana destek olan hocam Prof. Dr. Gürkan ERSOY'a;

Tez çalışmam sürecinde yardımlarını esirgemeyen Tıp Eğitimi Ana Bilim Dalı'ndan Sayın Prof. Dr. Sema ÖZAN ve Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'ndan Sayın Uzm. Dr. Murat AYSİN'e;

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen, acil tıp uzmanı kimliğimi kazanmamı sağlayan Doç. Dr. Neşe ÇOLAK ORAY, Doç. Dr. Başak BAYRAM ve Yrd. Doç. Dr. Rıdvan ATİLLA'ya;

Asistanlığım boyunca beraber çalıştığım eğitimime ve hayatıma önemli katkıları olan tüm asistan arkadaşlarıma;

Sevgi ve saygılarımı sunar, tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Necati AKKAYA

## İÇİNDEKİLER

I. TABLO/ŞEKİL DİZİNİ .....	iii
II. KISALTMALAR .....	iv
III. ÖZET .....	1
IV. SUMMARY.....	3
V. GİRİŞ ve AMAÇ .....	5
VI. GENEL BİLGİLER .....	6
VII. GEREÇ ve YÖNTEM .....	18
VIII. BULGULAR .....	20
IX. TARTIŞMA .....	38
X. SONUÇ .....	45
XI. KAYNAKLAR .....	46
XII. EKLER .....	53

## I. TABLO / ŞEKİL DİZİNİ

- Tablo 1.** Katılımcıların Demografik Özellikleri
- Tablo 2.** Çalışmaya Katılan Araştırma Görevlilerinin Tıpta Uzmanlık Dalı, Sayıları, Katılım Oranı
- Tablo 3.** Katılımcıların Tıpta Uzmanlık Kuruluna Göre Branş Dağılımları
- Tablo 4.** Katılımcıların Mesleki Alandaki Memnuniyet Özellikleri
- Tablo 5.** Katılımcıların Fiziksel ve Sağlık Durumu Özellikleri
- Tablo 6.** Katılımcıların Psiko-Sosyal Özellikleri
- Tablo 7.** Katılımcıların Demografik Verilerine Göre İyilik Hali
- Tablo 8.** Katılımcıların TUK'a Göre Branş Dağılımlarının İyilik Hali
- Tablo 9.** Katılımcıların Bölümlerine Göre İyilik Hali
- Tablo 10.** Katılımcıların Mesleki Alandaki Memnuniyetine Göre İyilik Hali
- Tablo 11.** Katılımcıların Fiziksel ve Sağlık Durumlarına Göre İyilik Hali
- Tablo 12.** Katılımcıların Psiko-Sosyal Durumlarına Göre İyilik Hali
- Şekil 1.** Katılımcıların Mesleki Gelir Hakkındaki Düşünceleri
- Şekil 2.** İş Yaşantısında Tükenmişliğe Katkısı Olan Nedenler
- Şekil 3.** Katılımcıların Tükenmişlik ile Başa Çıkma Yöntemleri
- Şekil 4.** Katılımcıların İyilik Hali

## II. KISALTMALAR

<b>DEÜTF</b>	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
<b>DEÜH</b>	Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi
<b>NWI</b>	National Wellness Institute
<b>TUK</b>	Tıpta Uzmanlık Kurulu
<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>WHO</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>TÜİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu



### III. ÖZET

#### Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi'nde Çalışan Araştırma Görevlilerinin İyilik Halinin Değerlendirilmesi

Dr. Necati AKKAYA, Dokuz Eylül Üniversitesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İzmir

**Giriş ve Amaç:** Sağlık; yalnızca hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır. İyilik hali ise fiziksel ve psikolojik esenliği geliştirmeyi sürdürmek için bir yaşam sürecidir. Tıpta uzmanlık eğitimi birçok stres faktörü ile hekimin kariyerinde zorlu bir dönemdir ve bu süreç içerisinde yer alan hekimlerin kendi sağlıklarını ve iyiliklerini ihmal ettikleri düşünülmektedir. Bu çalışmada tıpta uzmanlık öğrencilerinin iyilik halini ve etkileyen faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi'nde çalışan tıpta uzmanlık eğitimi alan tüm araştırma görevlilerinin alınması planlandı. Araştırma görevlilerinin sayısı, isim ve birimlerine Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı aracılığıyla ulaşıldı. Hekimlere; *iyilik halinin* değerlendirilmesinde kullanılan mesleki, fiziksel, finansal ve psiko-sosyal bileşenler hakkında yüz yüze görüşme yöntemiyle anket uygulandı. Hekimlerin iyilik halini etkileyebilecek faktörler analiz edildi.

**Bulgular:** Toplam 553 araştırma görevlisinin 475'i (%85.8) çalışmaya katıldı. Çalışmaya katılan hekimler kendi iyilik halini %35.2 iyi, %49.2 orta, %15.6 kötü olarak tanımladılar. Bekâr hekimler, acil tıp ve cerrahi bölümlerde çalışanlar, eğitim süresi 25 ay'ın üzerinde olanlar, daha fazla nöbet tutanlar iyilik halinin daha kötü olduğunu bildirdi (sırasıyla;  $p=0.026$ ,  $p<0.001$ ,  $p=0.030$ ,  $p<0.001$ ). Çalıştığı bölümden memnun olan araştırma görevlileri çoğunlukta idi (%83). Hekimlerin %48'inin istifa etmeyi düşündüğü bulundu. %61'inin iş yerinde, %84'ünün iş dışında mutlu olduğu bulundu. Düzensiz beslenenlerin oranı %71 iken, %28'inin düzenli egzersiz yaptığı öğrenildi. Katılımcıların %45'i asistanlığa bağlı sağlık problemi yaşadığını düşünüyordu. Hekimlerin %34'ü sigara, %65'i alkol, %18'i madde kullandığını veya denediğini bildirdi. Hekimlerin %69'u tükenmişlik yaşadığını ifade etti. %10'unda özkıyım düşüncesi ve %2'sinde özkıyım girişimi olduğu öğrenildi. İyilik halini kötü olarak tanımlayan hekimlerde; öz kıyım düşüncesi, öz kıyım girişimi, psikiyatrik sorun yaşama, profesyonel destek alma, fiziksel ve sözel şiddete uğrama, yıldırmaya uğradığını düşünme, tükenmişlik yaşadığını düşünme daha fazlaydı ( $p<0.001$ ).

**Sonuç:** Tıpta uzmanlık eğitimi alan hekimlerin sadece üçte biri iyilik halini iyi olarak tanımlamaktadır. Bekâr hekimler, acil tıp ve cerrahi bölümlerde çalışanlar, eğitim süresi 25 ay'ın üzerinde olanlar, fazla nöbet tutanlar, beslenme alışkanlığı düzensiz olanlar, egzersiz yapmayanlar, hobisi olmayanlar, psikiyatrik problemleri olanlar, şiddete uğrayanlar, yıldırma ve tükenmişlik yaşadığını düşünen hekimler iyilik halini kötü olarak bildirdiler.

**Anahtar kelimeler:** Araştırma görevlisi, Tıpta uzmanlık öğrencisi, Tıpta uzmanlık eğitimi, iyilik hali, wellness, well-being, birey sağlığı, anket





#### IV. SUMMARY

##### Evaluation of Wellness of Residents Working at Dokuz Eylül University Hospital

Dr. Necati AKKAYA, Dokuz Eylül University Emergency Medicine, İzmir

**Introduction:** Health has been defined as not only non-existence of illness but also state of physical, spiritual and social wellness. What state of wellness means is a life –long process which aims to improve physical and psychological wellness. Residency is a challenging period in a physician’s career with many stress factors. Also, it is thought that residents involved in this process have neglected their health and well-being. In this study, we aimed to evaluate the factors that affect the well-being of the residents and state of wellness.

**Material-Method:** It was planned to include all the residents who have been receiving residency training at Dokuz Eylül University Medical Faculty Hospital in the study. The number, name and units of the residents were reached through Faculty of Medicine’ data base. Residents were conducted surveys about the occupational, physical, financial and psycho–social components that are used in the evaluation of state of wellness via face-to face interviews. The factors that might affect the wellness of residents were analyzed.

**Results:** 475 of 553(85.8%) residents were included in the study. Residents who participated in the study described their state of wellness as 35.2% good, 49.2% moderate and 15.6% bad. Single residents, those who work in emergency medicine and surgery, those whose training period is more than 25 months and those who works more shift reported that their state of wellness was worse. (respectively;  $p=0.026$ ,  $p<0.001$ ,  $p=0.030$ ,  $p<0.001$ ). Majority of residents were satisfied with their department in which they were working(83%). It was discovered that 48% of the residents were considering resignation 61% of them were happy at work, whereas 84% of them were happy out of work. The rate of the residents who had irregular eating habits was 71%. It was learnt that only 18% of them were doing regular exercise 45% of the participants thought that they had health problems related to residency. Residents reported that they smoked, drank and used a substance or at least tried them respectively, 34%, 65% and 18% of the. It was also found out that 69% of them were feeling as burn-out, 10% of them had suicidal tendency and 2% of them had a suicide attempt. Those who described state of wellness as bad were more likely to experience burnout, have the thought of suicide, the attempt of suicide, psychiatric problems, experience physical and verbal violence and to receive professional support and have the thought of being intimidated.

**Conclusion:** Only one third of the residents describe their state of wellness as good. Single residents those who work in the department of emergency medicine and surgery, those ones whose training period is over 25 months, those have more shift, those ones whose eating habits are irregular, those who avoid doing exercise, those who do not have hobbies, those who have psychiatric problems, those who are exposed to violence and those who think that they have experienced intimidation and burn-out described their state of wellness bad.

**Keywords:** Resident, physician, wellness, well-being, survey



## V. GİRİŞ ve AMAÇ

İyilik hali konusu son yıllarda üzerinde durulan konuların başında yer almaktadır. Sağlıklı Yaşam Komitesi (NWI), sağlıklı yaşamı; insanların farkında olduğu ve daha başarılı bir varoluşa yöneldiği aktif bir süreç olarak tanımlamaktadır<sup>(1,2)</sup>. Türkçe’de kısaca iyilik hali, esenlik anlamına gelen wellness terimi ilk olarak; 1959 yılında Dr. Halbert L. Dunn tarafından “ İnsan ve Toplum için Üst Düzey Wellness” adlı kitapta tanımlandı<sup>(3)</sup>. Dr. Dunn iyilik halini; fiziksel ve psikolojik esenliği geliştirmeyi sürdürmek için yaşam süreci olarak gördü. İyilik hali bireyin sosyal çevresi içinde işlevsel yaşaması için; beden, zihin ve ruhun birleştiği, en uygun sağlık yönelimli yaşam biçimi ve iyi olma durumu olarak tanımlanabilir.

Hekim sağlığı, hekime sadece bireysel fayda sağlamakla kalmaz, aynı zamanda yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinin verilmesinde öneme sahiptir. Hekimlerin stres, yorgunluk, tükenmişlik, depresyon veya genel psikolojik sıkıntılarının hasta bakımını olumsuz etkilediği gösterilmiştir<sup>(4)</sup>. Eğitimciler ve çalışanlar, eğitim sırasında yaşanan ve yaşanabilecek sorunları tespit etmeye ve azaltmaya çalışmalıdırlar<sup>(5)</sup>. Bu nedenle günümüzde birçok ülkede *Wellness* konusu tıp fakültelerinin müfredatına eklenmiştir. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde de 2017-2018 yılı itibariyle dönem 6 eğitiminde bu konuya yer verilmiştir. Yine uzmanlık dernekleri ve birçok tıbbi organizasyon hekimlerin wellness farkındalığını artırmak ve bu konuda önleyici faaliyetler yapabilmek için çalışmalar yapmaktadır.

Tıpta uzmanlık eğitimi birçok stres faktörü ile hekimin kariyerinde zorlu bir dönemdir ve bu süreç içerisinde yer alan hekimlerin kendi sağlıklarını ve iyiliklerini ihmal ettikleri düşünülmektedir. Literatür taramamızda ülkemizde tüm branşlarda Tıpta Uzmanlık Öğrencileri’nin iyilik halini değerlendiren bir çalışmaya rastlamadık. Oysa bu konuda çalışmalar yapılması ve gerekli düzeltici/önleyici faaliyetler yapılması hekimlerin sağlıkları üzerinde olumlu etkilerin sağlanabilmesi yanında hasta bakımını da olumlu etkileyecektir. Bu nedenle planladığımız çalışmamızda Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi’nde çalışan tıpta uzmanlık öğrencilerinin iyilik halini değerlendirmeyi ve bunu etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçladık.

## VI. GENEL BİLGİLER

İyilik hali; bireyin sosyal ve doğal çevresi içinde tam ve işlevsel olarak yaşaması için beden zihin ve ruhun birleştiği en uygun sağlık yönelimli yaşam biçimi ve iyi olma durumudur<sup>(6,7)</sup>. Türkçe’de iyilik hali olarak kullanılan kelime İngilizce literatürde *wellness* olarak kullanılır. İyilik halinin bir diğer anlamı esenlik olarak kullanılmaktadır<sup>(7,8)</sup>. İyilik hali, yaşam kalitesi için sorumluluk üstlenmede ilk ve öncelikli bir seçim olarak düşünülmektedir. Optimal sağlığa doğru hareket etmek için verilen karardır. Farkındalık sürecidir. Aktif olunan bu dönemde sağlıklı yaşam için seçimler yapmaktır. Esenlik, sağlıklı yaşam biçimi, bilinçli istek ve karar vermekle başlar, en yüksek potansiyeli elde etmek adına tasarlanan süreçtir. Memnuniyeti yüksek seviyeye taşıyan, farklı yaşam alanlarında önemli prensipleri benimsemek için istektir. Kendi kendine yetebilmektir. Beden, beyin ve ruhun üst düzey bütünleşmesidir. Düşünme, hissetme ve inancın dışı vurum halidir<sup>(9,10)</sup>.

İyilik hali, farklı alanlarda kişisel potansiyelleri en yüksek seviyeye çıkartmak için hayatı yaşama yeteneği olarak nitelendirilebilir. İyilik halini anlamak için bileşenlerine bakmak gerekir. NWI kurucularından Dr. Bill Hettler tarafından geliştirilen, “sağlıklı yaşamın 6 boyutu” olarak adlandırılan, birbirine bağlı alt grupları mevcuttur<sup>(1)</sup>. Yaşam süreci içinde birbiri ile ilişkili olan fiziksel, entelektüel, duygusal, sosyal ve çevresel, mesleki, ruhani bileşenlerden oluşur ve tek yönlü değildir. Bütünsellik uyumu olarak tariflenebilir<sup>(9,10)</sup>.

Fiziksel boyutu; bedenin ihtiyacı olan dengeli ve sağlıklı beslenmek, düzenli spor yapmak, vücut ağırlığının korunması, yeterli ve kaliteli uyku, sigara, alkol ve madde kullanımından uzak kalmak gibi alt başlıklar altında incelenebilir. Vücudumuzun hastalıklardan korunması için alınacak önlemleri, bu konuda gerekirse profesyonel destek alacağımız vakti tespit edebilmemizi sağlar. Bedenimizin verdiği uyarıları anlamamıza yardım eder. İyi bir dış görüntü, benlik saygımızı, kendimizi iyi edebilmemiz için yararlıdır<sup>(1,10)</sup>.

Duygusal (zihinsel) boyutu; kişinin duygularının farkındalığını kapsar. Bireyin kendini ve yaşamı olumlu ve hevesli hissetmesini içerir. Hisler, davranışları yönetme, sınırlarını değerlendirme, stresle baş edebilme, öz benliğin gelişmesine yardımcı olur. Kendimizde ve başkalarında olan çeşitli duyguları kabul etmek iyilik hali için önemlidir. Duygularımızı özgürce ifade edebilmemizi sağlar<sup>(1)</sup>.

Entelektüel (düşünsel ve yaratıcı) boyutu; yeni fikir sahibi olmak, özgünlük ve yaratıcılık, eleştirel bakabilmek, öz eleştiri yapabilmek gibi düşünsel yeniliklere açık olmaktır<sup>(10)</sup>.

Ruhsal (spiritüel) boyutu; insan varlığındaki anlam ve amaç arayışımızdır. Evrendeki yaşamın, güçlerin fark edilebilmesini içerir. Davranışların inançlar ve değerlerle tutarlı hale gelmesi

bireylerin ruhsal olarak iyi hale gelmesini sağlar<sup>(1)</sup>. Manevi boyut yaşamın, sağlığını, hastalığın ve hatta ölümün anlamının bulunmasında bireylere yardımcı olur ve baş etmeyi güçlendirir<sup>(7)</sup>.

Sosyal ve çevresel boyutu; çevreye ve topluma katkıda bulunmayı, etrafımızdaki bireylerle kurulan iletişimi tanımlar. İyi iletişim kurmak, kişisel ilişkilere özen göstermek, uyum içinde yaşamak, daha iyi bir yaşam alanı ve toplum inşa ederken kibar olarak yapılan seçim gücüdür. Toplumsal olayları, güvenli ve temiz çevrede yaşama yeteneğidir<sup>(10)</sup>.

Mesleki boyutu; iş yaşantısındaki çalışma performansı, keyif, mutluluk ve başarıyı bir arada yürütebilme yeteneğidir. İş ortamındaki diğer bireylerle birlikte sürekli daha iyisini elde etmeye odaklanır<sup>(10)</sup>.

Bütünsel model, bireyin; çevresine ve bulunduğu topluma üst düzey katkıda bulunmasında, daha iyi yaşam alanlarının oluşturulmasında yardımcı olur. Yeni iletişim yollarında, iş yerine duyduğu saygıda, inanç olarak kendini geliştirmesinde, düzenli fiziksel aktivite ve düzenli beslenme alışkanlığında, kişisel bakımı ve benlik saygısında, kendini kontrol edebilme ve yeni yol haritaları çıkartabilmesinde üst düzey etkilidir<sup>(1)</sup>.

## **VI. a. Demografik Özellikler**

Bu bölümde çalışmadaki demografik özelliklere ilişkin bilgiler yer almaktadır. Bu özellikler; yaş, cinsiyet, medeni hal ve değişimi, çocuk sayısı ile ilgili veriler içermektedir.

Yaş ve cinsiyet, kariyer memnuniyetinde farklılıklar yaratabilir<sup>(11)</sup>. Kadın hekimlerin karşılaştığı birçok zorluk onların sağlık durumunu daha fazla etkileyebilir. Toplumdaki cinsiyet önyargısı, ailesi olan kadın hekimlerin mesleklerine daha az adanmış görünmeleri, akademik yükselmelerinde cinsiyet ayrımı kadın hekimleri belirgin olarak zorlayabilir<sup>(12)</sup>. Genç yaş ve kadın cinsiyeti meslek memnuniyeti açısından daha düşük bulundu<sup>(13)</sup>.

Medeni hal değişimi bireyin iyilik halini ve alışkanlıklarını değiştiren durum olarak saptanabilir. Evlenen bireylerde iyilik halinde azalma bulunmuştur. Boşanan erkeklerde zindelikte artış gözlemlendi<sup>(14)</sup>. Boşanmış kadınların, hiç evlenmemişlere nazaran daha fazla kronik rahatsızlık tespit edildi<sup>(15)</sup>. Ruh sağlığı değişimleri ve stresin; cinsiyet ve medeni halden etkilendiği bilinmektedir<sup>(16)</sup>.

## VI. b. Mesleki Özellikler

Türkiye’de lise sonrası 6 yıllık bir tıp eğitiminin ardından pratisyen hekim olmaya hak kazanılır. Daha sonra pratisyen hekimler, istediklerinde başvurdukları “Tıpta Uzmanlık Sınavı”nda başarılı oldukları takdirde, tercihleri doğrultusunda açık olan kontenjanlara yerleştirilirler ve farklı uzmanlık alanlarından birinde eğitim alırlar. Böylece Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri veya Tıp Fakültesi Hastanelerinde Tıpta Uzmanlık Öğrencisi olarak çalışmaya başlarlar<sup>(17)</sup>. Türkiye’de Tıpta Uzmanlık Eğitimi ve eğitimin akreditasyonu, Sağlık Bakanlığına bağlı Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) tarafından düzenlenmektedir<sup>(18)</sup>. Avrupa Birliği Ülkelerinde, European Union of Medical Specialist (UEMS), Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) ise The Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) verilen Tıpta Uzmanlık Eğitim programlarını belirleyen kuruluşlardır. Bu kuruluşlar kar gütmeyen, güvenli ve nitelikli bir tıbbi bakım hizmeti sunabilmek için mezuniyet sonrası tıp eğitim programlarını düzenlemektedir<sup>(19)</sup>.

Memnuniyet, bireyler arasında farklılık gösteren karmaşık bir kavramdır; içerisinde kişisel deneyimleri, beklentileri, bireysel ve toplumsal değerleri, motivasyon, bağlılık, iş doyumunu gibi işle ilgili tutumları barındırır<sup>(20)</sup>. Hekimlerin iş doyumunu düzeyinin düşüklüğü hasta- hekim ilişkisini ve hasta bakım kalitesini etkileyebilir<sup>(21)</sup>. Sağlık hizmetlerinin insanı konu alması, yapılan işlerin dikkat ve hassasiyet gerektirmesi ile hataların telafisinin mümkün olmaması, özellikle sağlık alanındaki çalışanların mesleki memnuniyetlerinin artırılması gerektiği görüşünün giderek artmasına neden olmaktadır<sup>(22)</sup>. Yüksek iş doyumuna sahip hekimler daha az stres ve tükenmişlik yaşamakta, daha az tıbbi hata yapıp, daha iyi hasta bakım hizmeti sunmaktadır<sup>(23)</sup>.

Günümüzde tedavi uygulamalarında söz sahibi olmak isteyen, hasta hakları konusunda bilinçli ve teknolojik ilerlemelerin farkında olan hasta görüntüsü mevcuttur. Hastalar aldıkları hizmeti beğenmedikleri takdirde alternatifleri değerlendirmektedirler. Hekimler, sağlık hizmeti verdikleri zaman dilimi içerisinde herhangi nedenden dolayı gergin ve stresli olabilmektedir. Hasta ve yakınları ile iletişimin zarar görmesi hekimlerin şikâyet edilmesine ya da hekimin uğrayabileceği fiziksel veya sözel şiddete zemin hazırlayabilir. Bazı hastalar ve yakınları, şikâyette bulunma, tazminat alma ve dava açma eğilimindedir. Hasta özelliklerinin anlaşılması hekimlere yönelik şikâyetlerin ortaya çıkmasını ve sonucunu tahmin etmede yararlı olabilir<sup>(24)</sup>. Hastaların zararına olan tıbbi müdahaleler yaygın olmasına karşın dava olasılığı halen düşüktür<sup>(25)</sup>.

Kişisel gelir, vergilerin ödenmesinden hemen önce bireylerin eline geçen ve harcamaya müsait gelirdir. Kişilerin belirli bir dönem içerisinde fiili olarak elde etmiş oldukları tüm gelirlerin toplamıdır.

Finansal faktörler tıp öğrencilerinin kariyer kararını etkilemektedir. ABD verilerine göre en düşük geliri geriatri, en yüksek geliri de kardiyoloji ve gastroenteroloji bölümlerindeki doktorlar kazanmaktadır<sup>(26)</sup>. Kadın doktorlar, erkek doktorlara oranla daha düşük ücret beklentisi içindedirler<sup>(27)</sup>. 2018 yılında ABD de yapılan yaklaşık 20.000 doktorun katıldığı ankette genç ve kadın hekimlerin daha az kazandığı, plastik cerrahi ve ortopedi bölümlerinin en fazla gelir sağladığı bölümler olarak saptanmıştır<sup>(28)</sup>.

Hekimlerin kazandığı gelir, hastalara iyi bakım sağlamak için doktorları motive eden temel teşvik sistemi olarak kabul edilebilir. Bu gelirin hekimin ortalama iş yükü ve büyük sorumlulukları ile orantılı olması gerekmektedir<sup>(29)</sup>. Üniversite hastanelerinde çalışan doktorlar, üst düzey tıbbi çalışmalarda, araştırmalarda yer almanın yanı sıra hasta bakımıyla da ilgilenmektedirler ve kamu hastanelerinde çalışan doktorlara kıyasla daha fazla maddi gelir beklemektedirler<sup>(30)</sup>.

## **VI. c. Beslenme**

Beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı ve verimli olarak uzun süre yaşamak için gerekli enerjiyi ve besin öğelerinin her birini yeterli miktarda sağlayacak olan besinlerin, besleyici değerini yitirmeden, sağlık bozucu duruma getirmeden, en ekonomik şekilde tüketmektir. Beslenme konusunda daima dengeli olmak ruh ve beden sağlığı için çok önemlidir. Obezite ise alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olmasından kaynaklanan vücudun yağ kitlesinin artması ve bu artmanın sağlık üzerinde olumsuz bir etkiye neden olmasıdır.

Modern lisansüstü tıp eğitiminde egzersiz, diyet ve fitness programları eksiktir. Kötü beslenme tercihleri doktorun fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabilir<sup>(31)</sup>. Nöbet usulü çalışma beslenme üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir<sup>(32)</sup>. Obezitenin morbidite ve mortalite ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu kanıtlanmıştır fakat fonksiyonel durum, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerine olan etkisi hakkında az bilgi bulunmaktadır<sup>(33)</sup>. Kişinin vücut ağırlığının korunması bireyin sağlığı açısından önemlidir<sup>(31)</sup>.

## **VI. d. Fiziksel Aktivite**

Fiziksel aktivite; enerji kullanarak vücut hareketlerini anlatmak için kullanılan uluslararası bir terimdir. En basit terimi ile enerjiyi harcamak için vücudun hareket etmesidir. Yaşam içerisinde kas ve eklemleri kullanarak kalp ve solunum hızını arttıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan

aktiviteler olarak tanımlanabilir. Egzersiz ise düzenli yapılan fiziksel aktivitedir, düzenli ve tekrarlı vücut hareketlerini içerir<sup>(34)</sup>. Amerika Kalp Cemiyeti günlük 30 dakika üzerinde haftada 5 gün olmak üzere 150 dakika egzersiz önerir.

Fiziksel hareketsizlik dünyada ölüme neden olan risk faktörleri sıralamasında dördüncü sırada yer almaktadır (dünya genelindeki ölümlerin %6'sı). Egzersiz kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, meme ve kolon kanseri depresyon riskini azaltmaktadır<sup>(34,35)</sup>. Egzersiz; uyku kalitesini düzeltebilecek, bireyin kilo sorununu çözebilecek ve iyilik halini arttırabilecek önemli bir unsurdur.

Tıp fakültesi öğrencileri aktiftir ve topluma göre daha sık egzersiz yaparlar. Tıpta uzmanlık eğitimi sürecinde araştırma görevlilerinin egzersiz sıklığında düşüş gözlemlenmiştir<sup>(31)</sup>.

#### **VI. e. Hobi**

Bireylerin boş zamanını değerlendirmek, sosyalleşmek için yaptıkları ve yaparken keyif aldıkları aktivitelerin genel adına hobi denir. Hobiler çok çeşitlidir, bireysel veya toplulukla yapılabilir. Kişilerin birden fazla hobisi bulunabilir. Hobiler insanları rahatlatmakla beraber onları pozitif düşünceye yönlendirir.

“Hobiler ya da kültürel aktiviteler” ve “egzersiz ya da spor” gibi boş zaman aktivitelerine katılımın erkek veya kadının beş yıllık takipten sonraki dönemde ruh sağlığı durumu ile pozitif ilişkili olduğunu göstermiştir<sup>(36)</sup>.

#### **VI. f. Sağlık Durumu**

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı; herhangi bir hastalık ve güçsüzlük halinin olmaması, beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyi olma durumu olarak tanımlamaktadır.

Hekimin sağlığının bozulması, hasta sağlığı ve güvenliği üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olabilir. Geçmişte, hekimler arasında alkolizm ve madde kötüye kullanımı sorunları, genellikle diğer koşullardan daha fazla ilgi görmüştür<sup>(37)</sup>. Bu durum doktorun sağlığı açısından değil hastanın güvenliği açısından ön plana çıkmıştır. Hasta güvenliği her ne kadar en önemli ise de doktorların sağlıklarını korumaları gerekmektedir.



Sağlığı tehlikeye giren doktorlar uygun yardımı almalı ve tıbbi bakım konusunda uygulama becerilerini dürüst bir şekilde değerlendirmelilerdir<sup>(37)</sup>.

### **VI. f. 1. Kronik hastalık**

Kronik hastalık; bedende, uzun süre devam eden, bazen yaşam boyunca düzelme göstermeyen, tedavisi zor olarak kabul edilen hastalıklar için tanımlanabilir. Kronik hastalıklar, şiddet ve tedavi edilebilirliğine göre farklı etkilere sahiptir.

Hekimlerin kronik hastalıklarının olması, onların iyilik halinde dalgalanmalar yaratabilir. Doktorların hasta bakım kalitesini etkileyebilir. Örneğin; basit bir enfeksiyon geçiren hekimin, hasta bakımı olumsuz yönde etkilenmezken, bağışıklık sistemini etkileyen virüs taşıyan doktorun, diğer doktorlara göre daha fazla korunması gerekebilir<sup>(37)</sup>.

### **VI. f. 2. Sağlık taraması**

Bireylerin sağlık taraması yaptırması, hayata olan pozitif bakışla açıklanabilir. Hekimlerin genel nüfusa göre sağlık taramalarını yaptırma oranlarının düşük olduğu bildirildi<sup>(38)</sup>. Kanseri, kalp hastalıkları ve inme hekimler arasındaki en yaygın ölüm nedenleridir<sup>(39)</sup>. Bu nedenle başta kanser olmakla birlikte sağlık taramalarının düzenli yapılması bireylerin saptanabilen hastalıklarda erken tanı ve tedavisini mümkün kılabilir.

## **VI. g. Sigara**

Sigara dünyada ve ülkemizde önemli halk sağlığı sorunudur. Yüksek oranda nikotin içerdiği için bağımlılık potansiyeli çok yüksektir. Sigara yüzünden her yıl 6 milyon kişi hayatını kaybetmektedir. Dünyadaki 1 milyar sigara kullanıcısının yaklaşık %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır<sup>(40)</sup>.

Türkiye'de doktorlar ve sağlık personelinin sigara içme oranı yüksektir. Doktorların sigara kullanımı oranı %42.4 olarak bildirilmiştir. Hekimlerdeki sigara alışkanlık oranı, toplumun bu alışkanlıkla ilgili davranışını doğrudan etkiler<sup>(41)</sup>. Sigara alışkanlığı yaşam biçimi olmaktan çok bağımlılığın yansımasıdır. Hekimler sigara içenlerin tanınması, değerlendirilmesi ve tedavi edilmesinde önemli yere sahiptir. Sigara alışkanlığı olan doktorların, hastalara sigara konusunda öneri ve tedavi aşamasında inandırıcılığı tartışılmaktadır<sup>(42)</sup>.

## VI. h. Alkol

Alkol çok eski çağlardan beri içki adıyla tüketilen, içerisinde etanol bulunan, keyif verici, yatıştırıcı ve anlık iradeyi bozan uyuşturucu bir maddedir. Alkol tüketiminin fiziksel ve ruhsal olarak vücuda verdiği zararlar bilinmektedir. Alkol bağımlılığı bir hastalıktır ve çoğu zaman başka ruhsal hastalıklarla birlikteliği vardır. Her bağımlılıkta olduğu gibi sinsi ve yavaş başlar, giderek şiddeti artar. Psikososyal ve genetik faktörler bağımlılıkta rol oynar. Hekimlerin, mesleklerinin getirdiği stres ve iş yükü nedeni ile alkol ve diğer bağımlılık yapıcı ajanların kullanımını açısından artan bir risk içerisinde oldukları bildirildi<sup>(43)</sup>.

Alkol kişiye, aileye ve topluma zarar vermektedir. WHO tarafından, Türkiye'nin de içinde bulunduğu 30 ülkede yapılan araştırmaya göre; cinayetlerin %85'i, cinsel istismar vakalarının ve fiziksel şiddetin %50'si, trafik kazalarının %60'ı, kadına şiddet olaylarının ise %70'i alkol etkisi altında olan bireyler tarafından yapılmıştır<sup>(44)</sup>.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TUİK) 2010 yılında yaptığı anketlerde, bireylerin alkole başlamasındaki en sık etkenin merak olduğu bulunmuştur. 2016 yılında yapılan anketlerde alkol kullananların eğlence amaçlı kullandığı saptamıştır. TUİK alkol kullanımının en sık 24-35 yaş aralığında %17 olduğunu saptarken, 2016 yılında ise bu yaş aralığında olan bireylerde %16.5 bulmuştur<sup>(44)</sup>.

## VI. i. Madde

Madde; bağımlılık kapasitesi yüksek 10 ayrı bileşenin ortak adı olarak kullanılmaktadır. Bu 10 bileşen; alkol, kafein, kanabis, hallusinojenler, uçucu (inhalan) maddeler, opioidler, sedatif-hipnotikler, uyarıcılar, tütün ve diğer (tanımlanamayanlar) alt başlığı altında toplanabilir<sup>(45)</sup>.

Bağımlılık; biyolojik, psikolojik, davranışsal ve sosyal etkenlerin rol aldığı bir hastalıktır. Her bağımlılık gibi madde kullanımının da çevresel ve biyolojik risk faktörleri mevcuttur. Hekimlerin neden olduğu etkenler de unutulmamalıdır. Hastalara reçete edilen opioid içeren ilaçlar da riskli gruplar için bağımlılık tehlikesi oluşturabilir. Hekimler ilaçlara kolay ulaşabilmektedir ve bu durum ilaç bağımlılığını kolaylaştırmaktadır.

Sağlık çalışanları arasında madde kullanımıyla ilgili genel kanaat, hekimler arasında alkol ya da madde bağımlılığı sıklığının, kendi sosyoekonomik sınıflarındakinden farklı olmadığı yönündedir. Genel olarak doktorlar, sigara ve yasal olmayan maddeleri (esrar, kokain, eroin vb.), kendi yaş

gruplarına oranla daha az; alkol, benzodiyazepinler ve reçete ile satılan opiyat türevi ağrı kesicileri daha fazla kullanma eğilimindedirler. Meperidin hidroklorid, morfin, hidromorfon hidroklorid, amfetaminler, alkol, benzodiyazepinler; sağlık çalışanları arasında sık kullanılan maddelerdir. Benzodiyazepin ve reçeteli opiyat kullanan doktorların çoğu, bu ilaçları, reçete yazma hakkını elde ettikleri, asistanlık döneminde kullanmışlardır<sup>(46-47)</sup>.

## **VI. j. Uyku**

Uyku genel sağlığın önemli bir göstergesidir. Beden ve ruh sağlığı bozulan kişilerde en sık görülen yakınmalardan birisi uyku sürecinde bozulmadır. Uyku sorunları iş yaşamında ciddi verim düşüklüğü, çabuk sinirlenme ve dikkat dağınıklığı gibi problemlerle karşımıza çıkabilir. Çalışmalar uyku yoksunluğunun, yüksek kan alkol düzeyinden daha dikkat dağıtıcı olduğunu vurgular<sup>(37)</sup>.

Uyku süresince beyin etkin olarak çalışır, nörofizyolojik toparlanma ve onarım yapılır, uyanıkken öğrenilenleri ayıklama ve depolama işlemi yapılır. Beynin uyanıkken işlevselliğini koruması için uyku zorunludur. Ruhsal sıkıntılar, bedensel hastalıklar uyku süresi ve kalitesini geçici olarak bozabilir. Uzayan uyku bozukluğunun toplumdaki sıklığının %10- 15 olduğu sanılmaktadır. Uykunun da ölçme ve değerlendirme araçları mevcuttur.

## **VI. k. Öz kıyım**

Özkıyım, insanın bilerek ve isteyerek yaşamına son vermesidir. Hekim öz kıyımı bireysel bir konu değildir. Tıp eğitiminin, hastanelerin, toplumların hekimleri sağlıklı tutmak için sorumluluk paylaştığının bilinmesi gerekmektedir.

Tüm inanışlarda yasaklanmış olmasına rağmen öz kıyım hep varolmuştur. WHO'nun 2007 raporunda her gün yaklaşık 3000 kişi yaşamına son vermektedir. Günümüzde ise 15-34 yaş aralığında en önemli üçüncü ölüm nedenidir. Öz kıyımın en az 31 yolu olduğunu belirtilmiş, bu yollardan en sık kullanılanın ası olduğu belgelenmiştir<sup>(48)</sup>. Özkıyım toplumda erkeklerde kadınlardan üç kat fazla görülmektedir<sup>(45)</sup>. Erkek doktorların özkıyım görülme sıklığı toplumla yaklaşık eşitken, kadın doktorların toplumdan yaklaşık 3-4 kat fazla olduğu bulunmuştur. Hekimler arasında özkıyım nedeni olarak iş sorunları başı çekmektedir. Tıp eğitiminde yardım talebinde bulunmaktan çekinmekte oldukları saptandı<sup>(49)</sup>. Öz kıyımda bulunan hekimlerin %66.7'sinde depresyon ile birlikteliği bulundu ve daha öncesinde öz kıyım düşüncesini paylaştığı belirtildi<sup>(50)</sup>.

## VI. 1. Depresyon

Depresyon; derin üzüntü, bunaltılı bir duygudurumla düşünce, konuşma ve fizyolojik işlerde yavaşlama, durgunlaşma ile karakterize durumdur. Değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir hastalıktır. Bu durum ruhsal ve ruhsal olmayan hastalıklarda ortaya çıkabilir. Depresyon yaşayan bireylerde; yorgun görünüm, bilinç açık ve korunmuş, konuşma alçak sesli ve yavaş ve genel keyifsizlik mevcuttur. Düşünce hızı çoğu zaman yavaşlamıştır. Pişmanlıklar, acı veren düşünceler, olumsuz anılar ve gelecek korkusu mevcuttur. Öz saygı azalmış, kendini işe yaramaz ve değersiz, çaresiz nitelendirilebilir. Bireylerin yeme isteği ve enerjileri azalır. Bireyler çabuk yorulmadan yakınır. Türkiye’de çoğu zaman bu özelliklere sahip bireyler organik patoloji bulmak adına bedensel hastalık ararlar<sup>(45)</sup>.

DSM-IV e göre en az iki hafta süren bu durum; içinde isteksizlik ve zevk alamamanın da bulunduğu beş kritere sahip, günlük ve mesleki aktivitelerini etkileyecek şiddette ise tanı konulur. Birçok ölçme ve değerlendirme aracı mevcuttur. Hekimler depresyon için yüksek risk altındadır. Hekimlerde bu bozukluğun yaygınlığı araştırmalar arasında büyük ölçüde farklılıklar bulunmuştur. Araştırma görevlilerinin depresyon sıklığı %20.8 ile %43.2 arasında değiştiği saptandı<sup>(51)</sup>.

Depresyonun öz kıyım ile kuvvetli bir ilişki içinde olduğu bilinmelidir<sup>(49)</sup>. Bu tip yakınmaları olan araştırma görevlilerinin profesyonel destek alması gerekmektedir.

## VI. m. Şiddet

Şiddet “ kendisine, bir başkasına, grup veya topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedeleme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı veya tehdit amaçlı olarak uygulanması”dır<sup>(52)</sup>.

Şiddet; sözel, fiziksel ve cinsel şiddet olarak üç ana başlık altında toplanabilir. İş yerinde şiddet “ çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi ya da kişiler tarafından istismar edildiği ya da saldırıya uğradığı olaylar” olarak tanımlanabilir. Sağlık kurumlarında şiddet ise “ hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bireyden gelen sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” şeklinde tanımlanabilir<sup>(53)</sup>. Kadınların daha fazla sözel, erkeklerin daha fazla fiziksel şiddet gördüğü, her ikisi için ise kadınların daha riskli olduğu belirtilmiştir. Şiddetin diğer mesleklere göre en sık hekimlerde ve hemşirelerde olduğu bulunmuştur<sup>(54)</sup>. Çalışmalar farklılık gösterse de, hekimlerde en riskli grubun acil servis hekimleri

olduğu saptanmıştır<sup>(55)</sup>. Şiddete karşı alınacak önlemlerin başında, şiddetin hoş görülmediği ortamın oluşturulması, işyerinde meydana gelen şiddet olaylarının şiddet türüne bakılmaksızın suç sayılması, bunun için gerekli yasal altyapının oluşturulması gerekmektedir. Son yıllarda sağlık çalışanlarına karşı şiddetin artması nedeniyle ülkemizde bu konuda çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın sağlık çalışanlarının korumak adına uygulamaya koyduğu beyaz kod uygulaması mevcuttur. Beyaz kod uygulaması, hastane hizmet kalite standartlarında belirlenmiş olası bir kavga, taciz ve sağlık personeline yönelik bir tehdit olduğu zaman, olay yerine en yakın olan güvenlik görevlilerinin gelip, olayı çözümlemesi ve kayıt altına alması şeklinde kullanılmaktadır.

Türkiye ve tüm dünyada sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddet olayları son yıllarda artış göstermektedir. Bu artışın önlenmesi adına; şiddetin cezai yaptırımlarıyla ilgili yasal düzenlemelerin uygulanması, şiddet mağduru sağlık çalışanına yeterli hukuki ve psikolojik desteğin sağlanması, sağlık çalışanlarının özverili çalışma koşullarına kamu spotlarında yer verilmesi, sağlık çalışanına yönelik şiddet olaylarının medyada gösterilmesi, şiddetin önlenmesine yönelik olarak sağlık sisteminde alınması gereken önerileri oluşturmaktadır<sup>(56)</sup>.

## **VI. n. Yıldırma ( Mobbing)**

Yıldırma/ Mobbing; “İş yerinde bir veya birkaç kişi tarafından diğer bir kişiye yönelik olarak sistemli bir şekilde düşmanca ve ahlak dışı bir iletişim kullanılarak uygulanan psikolojik terör” olarak tanımlanabilir. Yıldırma kavramı, ilk kez 1984'te İsveç'te “İş Hayatında Güvenlik ve Sağlık” raporunun kapsamında Heinz Leymann tarafınca kullanılmış, 1993 yılında çıkarılan kanunla ilk kez yasal nitelik kazanmıştır. 19 Mart 2011 tarih ve 27879 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan “İşyerlerinde Psikolojik Tacizin Önlenmesi (Mobbing)” konusundaki Başbakanlık Genelgesi kapsamında Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Alo 170 hattı uygulamaya konuldu<sup>(56)</sup>.

Bazı meslek gruplarında yıldırma daha sık görülmektedir. Tayvan'da sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada yıldırma %50.9 oranında bulunmuş olup sözel ve fiziksel şiddete göre daha sık olduğu saptanmıştır. Bosna'da yapılan araştırmada ise sağlık çalışanlarının yıldırma davranışına maruz kalma oranının %76 olduğunu saptamış ve %26'sında ise bu davranışın ısrarcı ve tekrarlayıcı olduğunu ifade etmiştir. Türkiye'de ise hemşireler üzerinde yapılan çalışmada yıldırmaya maruz kalma oranının %86.5 olduğu saptanmıştır<sup>(57)</sup>.

Yıldırmanın uygulama biçimi, süresi ve şiddeti ile bağlantılı olarak birçok ruhsal bozukluk ortaya çıkarabilir. Sıkıntı, öfke, karamsarlık, uyku sorunları, depresyon, anksiyete, panik bozukluk gibi negatif etkileri görülebilir. Bu durumdaki çalışanlar için; yeni bir iş bulması, profesyonel destek alması, özgüvenini geliştirmesi ve yasal işlem yapması önerilmektedir.

## VI. o. Tükenmişlik

Tükenmişlik ilk kez 1974 yılında Herbert Freudenberger tarafınca kullanılmıştır. Günümüzde yaygınlığı giderek artan bir durum olan tükenmişlik Freudenberger tarafınca; başarısız olma, yıpranma, enerji ve gücün azalması ve tatmin edilemeyen istekler sonucunda bireyde meydana gelen tükenme olarak tanımlanmıştır.

Tükenmişlik; işi gereği yoğun duygusal tepkilere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak zorunda olan bireylerde görülen, iş hayatında ve insan ilişkilerinde olumsuzluklara yol açan kronik yorgunluk, çaresizlik, umutsuzluk ve öz saygı yitimi duygularının gelişimi ile birlikte seyreden fiziksel, duygusal ve entelektüel tükenmeyle karakterizedir.

Tükenmişlik kavramı Freudenberger sonrasında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiş<sup>(58)</sup> ve duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt başlıkları altında üç boyutta incelenmiştir<sup>(59)</sup>.

Tükenmişlik sendromuna yol açan temel nedenler için; iş ortamında kişiden yüksek performans beklentisi, yeterli düzeyde ücret ya da ödül olmaksızın yoğun iş yükünün olması ve sosyal destek eksikliği sayılabilir<sup>(60)</sup>. Bireylerde depresif veya anksiyöz bulgular, uyku bozuklukları, kronik ağrı, kardiyovasküler ve gastrointestinal şikâyetler görülebilir<sup>(60)</sup>.

Tükenmişlik bireyin beklentileri ile ilişkilidir; genellikle gerçek dışı beklentilerin gerçek beklentiler arasındaki uyumsuzluğun fazla olmasından kaynaklanır.

Tükenmişlikle mücadele edebilmek için öncelikle problemin varlığını ve önemini kabul etmek gerekir, sonrasında bireysel ve örgütsel düzeyde teknikler kullanılmalıdır. Bireyin kendi mücadelesine çevresinin ve örgütün katkısı gerekmektedir<sup>(61)</sup>.

Literatürde; hekimler arasında tükenmişlik sıklığının %25-60 olduğu görülmektedir<sup>(62)</sup>. Hekimlerde tükenmişliğin sebeplerine bakıldığında ise bazı araştırmacılar sağlık hizmeti vermek ile ilişkili etmenlerin buna neden olduğunu savunurken, bazı araştırmacılar ise hekimin kişiliğine özgü

etmenlerin de buna zemin oluşturduğunu belirtmektedirler. Hekimlerde tükenmişliğin mesleki nedenleri ise; yaşamı tehdit edebilen hastalıklarla uğraşma, bakılan hasta sayısının fazlalığı, çalışma saatlerinin uzunluğu, aşırı iş yükü ve yorgunluk, nöbet ve/veya icap tutma, uyku yetersizliği, yetersiz sayıda ve nitelikte yardımcı personel ile çalışma, etik ikilemler, idareci kadrodan yetersiz destek, çevrenin doktordan beklentisinin fazla olması, geçim sorunları, kendisine ve özel yaşantısına zaman ayıramama gibi sorunlardır<sup>(63)</sup>.

Tükenmişliğin hekimlerde mesleki tatminsizlik, artan medikal hatalar, malpraktis davaları, olası madde bağımlılığı ya da suicidal düşünceler ile ilişkili olduğu; hekimin “önce zarar verme” dürtüsü karşısında ciddi bir potansiyel oluştuğu vurgulandı<sup>(64)</sup>. Hekimlerde yapılan araştırmalarda; uzmanlık alanlarına göre bakıldığında en fazla tükenmişlik düzeyleri hasta ile ilk karşılaşan acil servis, dâhiliye ve aile hekimlerinde iken; dermatoloji, radyoloji, patoloji, gibi uzmanlık alanlarında ise iş doyumunu memnuniyetinin en yüksek olduğu bildirilmektedir<sup>(65)</sup>.

Bireyin tükenmişliğinde iş ve aile yaşantısı olumsuz etkilenmektedir. Tükenmişlik nedeniyle ortaya çıkan sorunları belirlemek ve bu sorunları çözmek zamanımızda önemli hale gelmiştir.

## **VII. GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu prospektif kesitsel tanımlayıcı çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde (DEÜH) yapıldı. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Dekanlığı'ndan izin alındı (Ek-1). Çalışmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu onayı alındıktan sonra başlandı (01.03.2018 tarih ve 3638-GOA protokol numaralı 2018/06-19 karar numarası, Ek-2). Araştırma görevlilerinin isimleri, sayıları, çalıştıkları bölümlere DEÜTF Dekanlığı'ndan izinle ulaşıldı. Çalışmaya Mart 2018 - Mayıs 2018 tarihleri arasında DEÜH'nde çalışan tüm araştırma görevlilerinin alınması planlandı. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler ve herhangi bir nedenle ulaşılamayan hekimler çalışmadan dışlandı. Araştırma görevlileriyle yüz yüze görüşülerek çalışma hakkında bilgi verildi, çalışmaya katılmayı kabul edenlerden veri formlarını doldurmaları istendi (Ek-3).

### **VII. a. Veri Formu**

Veri toplama formu soruları bu çalışma için literatürde iyilik hali ile ilgili makaleler taranarak hazırlandı (Ek-3). Sorular tıpta uzmanlık eğitimine devam eden hekimlerin iyilik halini çok yönlü değerlendirmek için oluşturuldu. Gruplama sistemi ile oluşturulan soruların taslak formu sekiz tıpta uzmanlık öğrencisine pilot olarak uygulandı ve bu araştırma görevlileri çalışmaya dâhil edilmedi. Sonrasında dört uzman hekim tarafından değerlendirildikten sonra tekrar düzenlendi. Önermeler sonrasında gerekli düzenlemeler yapıldı. Revizyon sonrasında son hali oluşturuldu.

Veri formu üç sayfadır, 42 soru mevcuttur. Sorular; araştırma görevlilerinin demografik özellikleri, fiziksel ve sağlık durumu, psiko- sosyal durumu ve çalışma koşulları hakkındaki düşüncelerini içermektedir.

İyilik halinin değerlendirilmesinde kullanılan mesleki bileşenlerin tespiti için; uzmanlık dalı, uzmanlık dalında çalışılan süre, nöbet sayısı, memnuniyet, istifa düşüncesi, iş yerindeki mutluluğu, yıllık izin alabilmesi, resmi çıkış saati, aileye ayırdığı vakti, mesleki geliri, mahkemede bulunulması, tükenmişliğe katkısı olan çalışma ortamına yönelik sorular soruldu.

İyilik halinin değerlendirilmesinde kullanılan fiziksel ve sağlık durumunun tespiti için; kilo değişimi, besleme ve egzersiz düzeni, egzersiz türü, hobi, sağlık tarama, kronik sağlık problemlerine yönelik sorular soruldu.



İyilik halinin değerlendirilmesinde kullanılan psiko-sosyal durumunun tespiti için; sigara, alkol ve madde kullanımı, uyku düzensizliği, öz kırım düşünce ve girişimi, profesyonel destek alımı, depresyon ve anksiyete sorunu, şiddet, yıldırma, tükenmişlik ile ilgili sorular yer almaktadır.

Cevaplama evet/ hayır şıkları ve boşluk doldurma şeklinde istendi.

## VII. b. Araştırma Planı ve Takvimi

<b>Konu Seçimi:</b>	Aralık 2017
<b>Kaynak İnceleme:</b>	Aralık- Mart 2017
Etik kurul onayı alındıktan sonra;	
<b>Hazırlık-Ön Çalışma:</b>	Mart 2018
<b>Veri Toplama:</b>	Mart- Mayıs 2018
<b>Değerlendirme:</b>	Mayıs 2018
<b>Analiz:</b>	Haziran 2018
<b>Yazım:</b>	Temmuz 2018

## VII. c. İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen veriler “Statistical Package for Social Sciences for Windows 22.0” programına kaydedildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, standart sapma, frekans, oran) kullanıldı. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenlerle ilişkisi analiz edilirken kategorik veriler Pearson Ki Kare testi veya Fisher’in Kesin testi ile değerlendirildi (Örneğin; cinsiyete göre sağlık problemi olması). Sürekli değişkenlerin iki grup arasında karşılaştırılması ise t testi veya Mann Whitney U testi ile değerlendirildi (Örneğin; gruplar arası yaş ortalamalarının karşılaştırılması). Bazı sorulardaki değişkenler cevapların dağılımına göre birleştirilmiştir. Değişkenler %95 güven düzeyinde incelendi ve  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## VIII. BULGULAR

Çalışma tarihlerinde DEÜH’de 553 araştırma görevlisi çalışmaktaydı. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 12 kişi (%2.1), ve bu tarihlerde istirahat raporlu, yurt dışında eğitimde olan veya gebelik ve annelik izninde olan 66 araştırma görevlisi (%12.1) çalışmaya alınamadı. Sonuç olarak 475 (%85.8) araştırma görevlisi çalışmaya alındı.

### VIII. a. Araştırma Görevlilerinin Demografik Özellikleri

Çalışmaya katılan araştırma görevlisi hekimlerin yaş ortalaması  $28.7 \pm 2.6$  bulundu. Hekimlerin çoğunluğu [%81.2 (n=385)] 26-30 yaş aralığındaydı ve çoğunluğu erkekti [%50.9 (n=242)]. Araştırma görevlilerinin %34.5’i (n=164) evli, %65.5’i (n=311) bekârdı. Katılımcıların %23.0’ı (n=108) tıpta uzmanlık eğitimi sürecinde evlenmiş, %1.9’u boşanmıştı (n=9). Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 1’de gösterildi.

**Tablo 1.** Katılımcıların Demografik Özellikleri

	Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	25 ve altı	5	1.1
	26-30 arası	385	81.2
	31 ve üzeri	84	17.7
Cinsiyet	Erkek	242	50.9
	Kadın	233	49.1
Medeni Hal	Evli	164	34.5
	Bekâr	311	65.5
Medeni Hal	Evlenme	108	23.0
Değişikliği	Boşanma	9	1.9
	Medeni Hal Değişikliği yok	352	75.1
Çocuk	Çocuklu	50	10.5
	Çocuksuz	424	89.5

## VIII. b. Araştırma Görevlilerinin Mesleki Özellikleri ve Çalışma Koşulları

Çalışmaya katılan araştırma görevlilerin sayısı, tıpta uzmanlık dalı ve uzmanlık dalındaki katılım yüzdeleri Tablo 2’de gösterildi. Katılım oranı açısından; anestezi ve reanimasyon, göğüs cerrahisi, göz hastalıkları, ruh sağlığı ve hastalıkları, tıbbi mikrobiyoloji %70’in altında kalmıştır. TUK’nun temel, dâhili ve cerrahi branşların dağılımı Tablo 3’te gösterildi. Bölümler arasında sadece nöbet usulüyle çalışan acil tıp bölümü çıkarıldığında, mesaisi olup nöbet tutan bölümlerin 1 ayda ortalama nöbet sayısı  $5.6 \pm 3.5$  saptanmıştır. Bölümde çalışma sürelerinin ortalaması  $23.4 \pm 15.9$ /ay bulunmuştur.

Çalıştığı bölümden memnun olanların yüzdesi %83.3 saptanmıştır (n=393). Araştırma görevlisi olarak çalışılan süre boyunca istifa etmeyi düşünenler %48.4’ünü oluşturmaktadır (n=230). Çalıştığı bölümü tekrar seçme isteği ise %81.0 (n=383) oranında bulundu. İş yerinde mutlu olanlar %61.6 (n=292) oranında idi. Çalışma vakitleri dışında mutlu olanlar %84.8 (n=403) oranında saptandı. Araştırma görevlilerinin %61.5’i (n=289) arzu ettikleri dönemde yıllık izin alamadıklarını ifade ettiler. Ankete katılan hekimlerin %65.3’ü (n=310) resmi çıkış saatinde hastaneden ayrılamadıklarını, %68.7’si ise ailesine yeteri kadar vakit ayıramadıklarını bildirdiler (n=355). İş nedenli mahkemede bulunanların oranı %19.6 (n=93) saptandı. Katılımcıların mesleki alandaki memnuniyet özellikleri Tablo 4’te gösterildi.

Mesleki gelirini yeterli bulanlar %24.0 (n=114), kısmen yeterli bulanlar %51.4 (n=244), yetersiz bulanlar ise %24.6 (n=117) saptandı. Mesleki gelir ile ilgili düşünceleri Şekil 1’de gösterildi.

Tükenmişliğe katkısı olan iş ortamı ile nedenlerin araştırıldığı soruda hekimlerin; %56.2’si (n=267) hastanede çok vakit harcamak, %54.3’ü (n=258) bürokratik işlemlerin fazlalığı (belge düzenleme, dosya girme), %52.2’si (n=248) yönetici, işveren, meslektaş veya personelin saygı eksikliği, %51.4 (n=244) yoğun hasta yükü, %51.2’si (n=243) hasta ve hasta yakınlarının saygı eksikliği, iletişim sorunları, %35.2 (n=167) devlet politikaları, %33.9’u (n=161) artan bilgisayar ve bilişim işleri, %29.7 (n=141) maaş yetersizliğini iş yerinde tükenmişliğe katkısı olan nedenler olarak bildirdiler. İş yerinde tükenmişliğe katkısı olan nedenler Şekil 2’de gösterildi.

**Tablo 2.** Çalışmaya Katılan Araştırma Görevlilerinin Tıpta Uzmanlık Dalı, Sayıları, Katılım Oranı

<b>Tıpta Uzmanlık Eğitim Dalı</b>	<b>Bölümdeki Araştırma Görevlisi Sayısı</b>	<b>Çalışmaya Katılan Araştırma Görevlisi</b>	<b>Katılım yüzdesi %</b>
Acil Tıp	34	34	100
Adli Tıp	12	12	100
Aile Hekimliği	53	46	86.7
Anatomi	4	4	100
Anestezi ve Reanimasyon	32	22	68.7
Beyin ve Sinir Cerrahisi	8	8	100
Çocuk Cerrahisi	3	3	100
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	62	45	72.5
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	19	15	78.9
Deri ve Zührevi Hastalıkları	5	4	80.0
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	7	7	100
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	12	9	75.0
Fizyoloji	4	3	75.0
Genel Cerrahi	11	11	100
Göğüs Cerrahisi	6	4	66.6
Göğüs Hastalıkları	7	7	100
Göz Hastalıkları	12	8	66.6
Halk Sağlığı	15	14	93.3
Histoloji ve Embriyoloji	3	3	100
İç Hastalıkları	88	80	90.9
Kadın Hastalıkları ve Doğum	14	14	100
Kalp ve Damar Cerrahisi	5	5	100
Kardiyoloji	10	10	100
Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları	9	7	77.7
Nöroloji	13	13	100
Nükleer Tıp	3	3	100
Ortopedi ve Travmatoloji	23	18	78.2
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	9	9	100
Radyasyon Onkolojisi	1	1	100
Radyoloji	19	18	94.7
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	13	8	61.5
Spor Hekimliği	4	3	75.0
Tıbbi Biyokimya	5	5	100
Tıbbi Farmakoloji	6	5	83.3
Tıbbi Genetik	5	4	80.0
Tıbbi Mikrobiyoloji	6	4	66.6
Tıbbi Patoloji	5	4	80.0
Üroloji	6	5	83.3
<b>TOPLAM</b>	<b>553</b>	<b>475</b>	<b>85.8</b>

**Tablo 3.** Katılımcıların Tıpta Uzmanlık Kuruluna Göre Branş Dağılımları

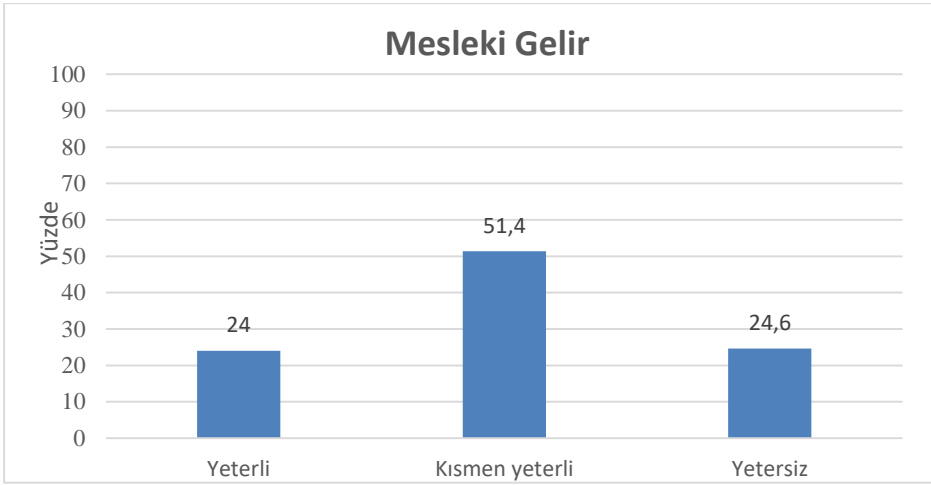
	n	%
Acil Tıp	34	7.2
Cerrahi Branşlar	118	24.8
Dâhili Branşlar	299	62.9
Temel Branşlar	24	5.1

Acil Tıp dahili branş olmasına karşın sadece nöbet usulü çalışan tek klinik olduğu için tabloda ayrı tutuldu.

**Tablo 4.** Katılımcıların Mesleki Alandaki Memnuniyet Özellikleri

Özellikler	n	%
<b>Çalıştığınız bölümden memnun musunuz?</b>		
Evet	393	83.3
Hayır	79	16.7
<b>Asistanlığınız sürecinde istifa etmeyi düşündünüz mü?</b>		
Evet	230	48.4
Hayır	245	51.6
<b>Aynı bölümü tekrar seçer misiniz?</b>		
Evet	383	81.0
Hayır	90	19.0
<b>İş yerinde mutlu olduğunuzu düşünüyor musunuz?</b>		
Evet	292	61.6
Hayır	182	38.4
<b>Çalışma vakitlerinizin dışında mutlu olduğunuzu düşünüyor musunuz?</b>		
Evet	403	84.8
Hayır	72	15.2
<b>Arzu ettiğiniz dönemde yıllık izin alabiliyor musunuz?</b>		
Evet	181	38.5
Hayır	289	61.5
<b>Resmi çıkış saatlerinde hastaneden ayrılabiliriyor musunuz?</b>		
Evet	165	34.7
Hayır	310	65.3
<b>Ailenize yeteri kadar vakit ayırabildiğinizi düşünüyor musunuz?</b>		
Evet	148	31.3
Hayır	355	68.7
<b>İş yaşantınızla ilgili mahkemede bulundunuz mu?</b>		
Evet	93	19.6
Hayır	381	80.4

**Şekil 1.** Katılımcıların Mesleki Gelir Hakkındaki Düşünceleri



**Şekil 2.** İş Yaşantısında Tükenmişliğe Katkısı Olan Nedenler



### VIII. c. Araştırma Görevlilerinin Fiziksel zellikleri

Çalışmaya katılan araştırma görevlilerinin %13.5'i (n=64) kilosunu korumak için uğraşmazken, % 10.9'u (n=52) kilo kaybettiğini ifade etti. Hekimlerin büyük bir kısmı %29.7 (n=141) kilomu koruyorum, %25.1'i (n=119) kilo alıyorum, %20.8'i (n=99) kilomu korumak için uğraşıyorum seçeneğini işaretledi.

Katılımcıların sadece %28.6'sı (n=136) beslenme alışkanlığının dengeli ve düzenli olduğunu ifade ederken %71.4' (n=339) dengesiz beslendiğini bildirdi. Katılımcıların %28.3'ünün (n=134) düzenli egzersiz yaptığı ve haftada ortalama  $4.36 \pm 2.2$ /saat egzersize vakit ayırdıkları saptandı. Egzersiz türü olarak; %42.9 yürüyüş, %29.3 fitness ve aerobik, %8.6 futbol, %7.8 yüzme, %5.9 bisiklet, %5.5 oranında ise diğer sporlar olarak bulundu. Katılımcıların %51.4'ünün (n=238) hobisi mevcuttu. En sık hobi türleri ise müzik dinlemek, resim yapmak, balık tutmak, sinemaya gitmek ve puzzle (yapboz) yapmak idi.

Katılımcıların %17.3' (n=82) yıllık sağlık taraması yaptırırken, %82.7'si (n=391) sağlık taraması yaptırmıyor bulundu. En sık yapılan tetkikler %50.1 hemogram, %44.6 böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, %28.0 lipit profili, %31.2 tiroid fonksiyon testleri, %6.3 ultrason ve bilgisayarlı tomografi, %1.7 seroloji olarak saptandı. Asistanlığa bağlı sağlık problemi yaşayan %45.2 oranında (n=214) hekim mevcuttu. Asistanlığa bağlı yaşanan sağlık problemlerinin %23.8'i psikiyatrik, %15.6'sı ortopedik, %12.8'i enfeksiyonlar, %7.2 ile iş kazaları olarak bulundu. Asistanlık sürecinde kronik hastalık tanısı alanları oranı ise %7.2'ydi (n=34). Kronik hastalıklar en sık astım, depresyon, tiroid bezi hastalıkları ve hipertansiyondu. Katılımcıların fiziksel ve sağlık durumu zellikleri Tablo 5'te gösterilmiştir.

**Tablo 5.** Katılımcıların Fiziksel ve Sağlık Durumu Özellikleri

Özellikler	n	%
<b>Kilo durumu için</b>		
Kilomu korumak için uğraşmıyorum	64	13.5
Kilo verdim	52	10.9
Kilomu koruyorum	141	29.7
Kilo alıyorum	119	25.1
Kilomu korumak için uğraşıyorum	99	20.8
<b>Beslenme alışkanlığınızın dengeli/düzenli olduğunu düşünüyor musunuz?</b>		
Evet	136	28.6
Hayır	339	71.4
<b>Düzenli egzersiz yapar mısınız?</b>		
Evet	134	28.3
Hayır	339	71.7
<b>Hobiniz var mı?</b>		
Evet	238	51.4
Hayır	225	48.6
<b>Yıllık sağlık taraması yaptırır mısınız?</b>		
Evet	82	17.3
Hayır	391	82.7
<b>Asistanlığa bağlı olduğunu düşündüğünüz sağlık problemi yaşadınız mı?</b>		
Evet	214	45.2
Hayır	259	54.8
<b>Asistanlığınız sürecinde kronik hastalık tanısı aldınız mı?</b>		
Evet	34	7.2
Hayır	441	92.8



#### VIII. d. Araştırma Görevlilerinin Psiko- Sosyal Özellikleri

Ankete katılanların %34.2'si (n=162) ortalama 6.4 ±3.7/yıl ve günde 13.4 ±8.7 sigara kullanıyor saptandı. Hekimlerin %65.6'sı (n=309) ortalama 8.2 ±3.7/yıl alkol kullanıyor bulundu. Madde kullanımı ya da denemesi olan araştırma görevlisi oranı %18.0 (n=85) saptandı. En sık kullanılan maddeler %16.6 esrar, %3.2 amfetamin, %2.3 kokain bulundu. Araştırma görevlilerinin %50.8 (n=240) oranında ciddi uyku problemi yaşadığı saptandı. Katılımcıların %10.3'ünde (n=49) öz kırım düşüncesi ve %2.1'inde (n=10) öz kırım girişimi saptandı. Hekimlerin %53.4'ü (n=253) depresyon veya anksiyete gibi psikiyatrik sorun yaşamış, %17.1'i (n=81) psikiyatrik nedenden profesyonel destek almış bulundu. %11.8 oranında hekim (n=56) fiziksel şiddete maruz kalırken, %68.2 oranında (n=324) sözel şiddete maruz kalmış saptandı. Asistanların %52.3'ü (n=248) yıldırma (mobbing) maruz kaldığını ifade ettiler. Tükenmişlik yaşadığını ifade eden hekimlerin oranı ise %69.4 (n=329) bulundu. Katılımcıların psiko- sosyal özellikleri Tablo 6'da gösterilmiştir.

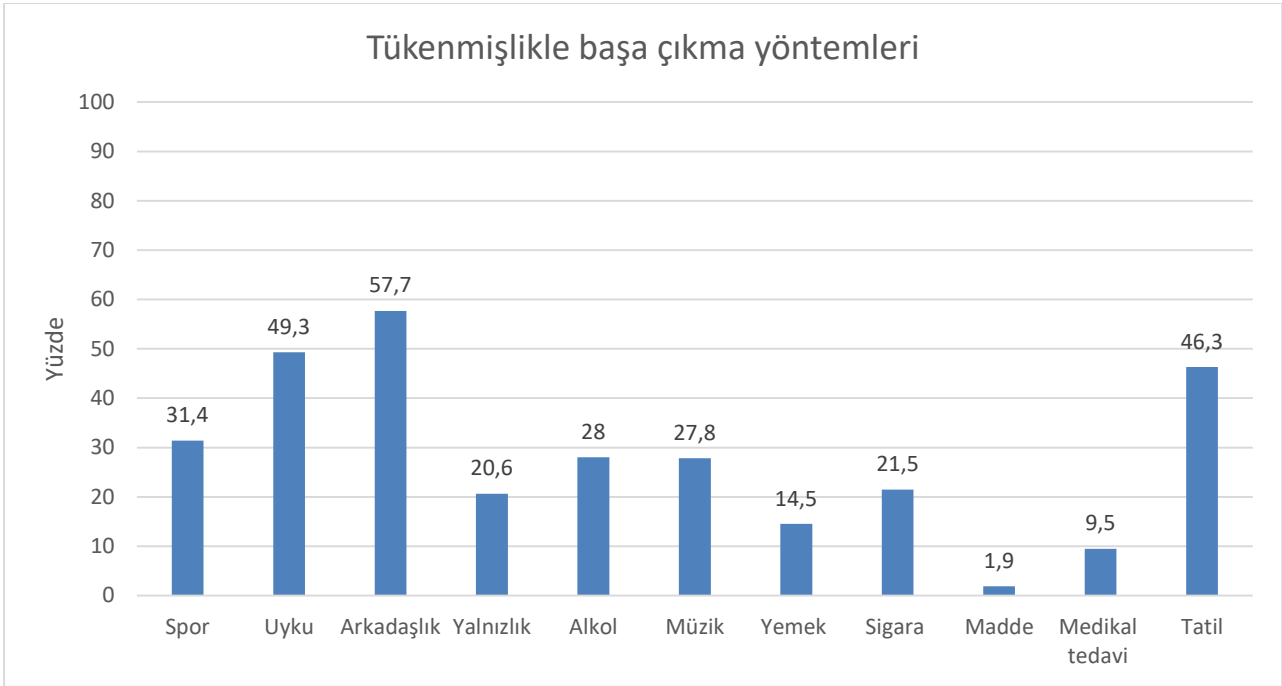
Araştırma görevlilerinin tükenmişlik ile başa çıkma yöntemleri sorgulandığında; en yüksek %57.7 oranında arkadaşlarla ve aileyle daha fazla vakit geçirmek olduğu saptanmıştır. Hekimlerin %49.3'ü uyuyarak, %46.3'ü tatile çıkarak ve gezerek, %31.4'ü spor yaparak, %28.0'i alkol alarak, %27.8'i müzikle ilgilenerek tükenmişlikle başa çıktığını bildirdi. Katılımcıların tükenmişlik ile başa çıkma yöntemleri Şekil 3'te gösterilmiştir.

**Tablo 6.** Katılımcıların Psiko-Sosyal Özellikleri

Özellikler	n	%
<b>Sigara kullanıyor musunuz?</b>		
Evet	162	34.2
Hayır	312	65.8
<b>Alkol kullanıyor musunuz?</b>		
Evet	309	65.6
Hayır	162	34.4
<b>Madde kullanımınız ya da denemeniz oldu mu?</b>		
Evet	85	18.0
Hayır	388	82.0
<b>Ciddi uyku problemi yaşadınız mı?</b>		
Evet	240	50.8
Hayır	232	49.2
<b>Öz kıyım düşünceniz oldu mu?</b>		
Evet	49	10.3
Hayır	425	89.7
<b>Öz kıyım girişiminiz oldu mu?</b>		
Evet	10	2.1
Hayır	465	97.9
<b>Depresyon/ anksiyete gibi psikiyatrik sorun yaşadınız mı?</b>		
Evet	253	53.4
Hayır	221	46.6
<b>Psikiyatrik açıdan profesyonel destek aldınız mı?</b>		
Evet	81	17.1
Hayır	393	82.9
<b>Fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?</b>		
Evet	56	11.8
Hayır	418	88.2
<b>Sözel şiddete maruz kaldınız mı?</b>		
Evet	324	68.2
Hayır	151	31.8
<b>Yıldırımaya (mobbing) uğradığınızı düşünüyor musunuz?</b>		
Evet	248	52.3
Hayır	226	47.7
<b>Tükenmişlik yaşadınız mı?</b>		
Evet	329	69.4
Hayır	145	30.6

Tablodaki sorular asistanlığınız süresince başlığı altında sorulmuştur.

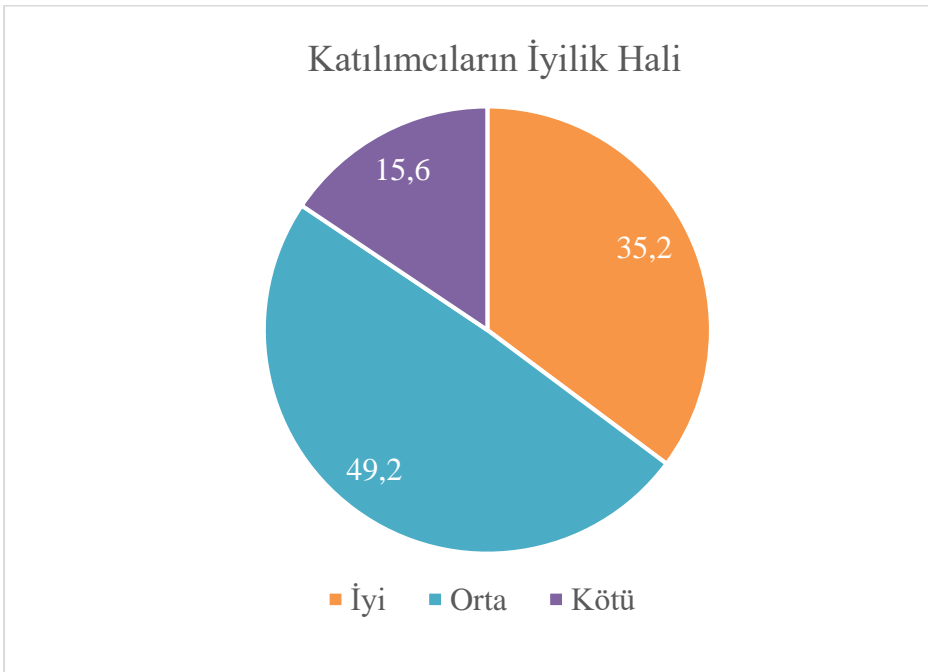
**Şekil 3.** Katılımcıların Tükenmişlik ile Başa Çıkma Yöntemleri



#### VIII. e. Araştırma Görevlilerinin İyilik Hali

Ankete katılan araştırma görevlileri kendilerini %35.2 (n=167) iyi, %49.2 (n=233) orta ve %15.6 (n=74) kötü iyilik halinde tanımladı. Katılımcıların iyilik hali Şekil 4'te gösterilmiştir.

**Şekil 4.** Katılımcıların İyilik Hali



Araştırma görevlilerinin yaş dağılımına göre iyilik halinin arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p=0.791$ ). İyilik halinin kötü olduğunu ifade eden hekimlerde erkek cinsiyet çoğunlukta idi ( $p=0.186$ ). Evli olan hekimler bekâr hekimlere göre iyilik halinin iyi olduğunu bildirdiler ( $p=0.026$ ). Çocuk sahibi olanlarla, olmayanlar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunamadı ( $p=0.227$ ). Katılımcıların demografik verilerine göre iyilik hali Tablo 7’de gösterilmiştir.

**Tablo 7.** Katılımcıların Demografik Verilerine Göre İyilik Hali

Sorular	Cevaplar	İyilik Hali			Toplam	p
		İyi n(%)	Orta n(%)	Kötü n(%)		
Yaş	≤ 25	2(40.0)	3(60.0)	0(0.0)	5(1.1)	0.791
	26-30	132(34.4)	190(49.5)	62(16.1)	384(81.2)	
	≥ 31	33(39.3)	39(46.6)	12(14.3)	84(17.7)	
Cinsiyet	Erkek	83(34.3)	114(47.1)	45(18.6)	242(50.9)	0.186
	Kadın	84(36.2)	119(51.3)	29(12.5)	232(49.1)	
Medeni Hal	Evli	71(43.3)	72(43.9)	21(12.8)	164(34.5)	0.026
	Bekâr	96(31.0)	161(51.9)	53(17.1)	310(65.5)	
Çocuk Varlığı	Evet	23(46.0)	21(42.0)	6(12.0)	50(10.5)	0.227
	Hayır	143(33.8)	212(50.1)	68(16.1)	423(89.3)	

İyilik halini iyi olarak değerlendiren araştırma görevlilerinin nöbet sayısı ortalaması  $4.4\pm 3.6$ /ay iken, iyilik halini kötü olarak değerlendirenlerin  $6.6\pm 1.2$ /ay idi ( $p<0.001$ ).

Branşlar arasında iyilik halinin karşılaştırılmasında ise temel tıp bölümlerinin daha iyi durumda olduğu saptandı. Katılımcıların branşlarına göre iyilik hali Tablo 8’de gösterilmiştir. İyilik halini kötü bildirenler ise acil tıp branşında kümelenme göstermekteydi. İyilik halini kötü bildirenlerin yoğunlaştığı bölümler; tıbbi patoloji, üroloji, anestezi ve reanimasyon, acil tıp olarak saptandı. Radyasyon onkolojisi, fizyoloji ve tıbbi biyokimya dalında görev yapmakta olan araştırma görevlileri iyilik halini iyi olarak ifade ettiler. Katılımcıların bölümlerine göre iyilik hali Tablo 9’da gösterilmiştir.

**Tablo 8.** Katılımcıların TUK'a Göre Branş Dağılımlarının İyilik Hali

Tıpta Uzmanlık Branşları	İyilik Hali			Toplam	p
	İyi n(%)	Orta n(%)	Kötü n(%)		
Acil Tıp	6(17.6)	14(41.2)	14(41.2)	34	
Cerrahi Branşlar	26(22.0)	59(50.0)	33(28.0)	118	
Dâhili Branşlar	117(39.3)	154(51.7)	27(9.1)	298	<0.001
Temel Tıp Branşları	18(75.0)	6(25.0)	0(0.0)	24	
<b>TOPLAM</b>	167(35.2)	233(49.2)	74(15.6)	474	

Tıpta uzmanlık bölümünde mevcut çalışılan süre 25 ay ve üzerinde olanlar iyilik halini kötü olarak bildirdi (%19.6). 24 ay ve altında olan hekimlerin iyilik halinin kötü olanların oranı ise %12.5'di (p=0.030). Çalıştığı bölümden memnun olan hekimlerin %42.1'i, memnun olmayanların %2.5'i iyilik halini iyi olarak bildirdi (p<0.001). Asistanlık sürecinde istifa etmeyi düşünenlerin %15.7'si, düşünmeyenlerin ise %53.7'si iyilik halinin iyi olduğunu ifade etti (p<0.001). Aynı bölümü tekrar seçmek isteyen hekimlerin %42.1'i, istemeyenlerin ise %5.6'sı iyilik halinin iyi olduğunu vurguladı (p<0.001). İş yerinde mutlu olan hekimlerin %52.2'si, iş yerinde mutlu olmayanların %8.2'si iyilik halinin iyi olduğunu bulduk (p<0.001). Çalışma vakitleri dışında daha mutlu olduğunu ifade edenlerin %41.0, mutlu olmadığını düşünenlerin ise %2.8'inin iyilik halini iyi olarak saptadık (p<0.001). Arzu ettiği dönemde yıllık izin alabilen hekimlerin %41.1'i, alamadığını ifade eden hekimlerin ise %30.4'ünün iyilik hali iyiydi (p=0.038). Resmi çıkış saatinde hastaneden ayrılabilen hekimlerin %56.4'ü, ayrılamadığını bildirenlerin ise %23.9'u iyilik halinin iyi olduğunu bildirdi (p<0.001). Ailesine yeteri kadar vakit ayırabildiğini düşünen araştırma görevlilerinin %64.9'u iyilik halini iyi olarak düşünürken, yeteri kadar vakit ayıramadığını düşünen araştırma görevlilerinin ise %21.9'du (p<0.001). İş yaşantısı ile ilgili mahkemede bulunan hekimlerin %26.9'u iyilik halini iyi olarak vurgularken, bulunmayanların iyilik hali %37.1 oranında iyi saptandı (p<0.001). Mesleki gelirinin yeterli olduğunu düşünen hekimlerin %49.1'i iyilik halinin iyi olduğunu ifade ederken, gelirin kısmen yeterli olduğunu düşünenlerin %33.6'sı, gelirinin yetersiz olduğunu düşünen hekimlerin ise %25.0'ı iyilik halini iyi olarak belirttiler (p<0.001). Katılımcıların mesleki alandaki memnuniyetine göre iyilik hali durumları Tablo 10'da gösterilmiştir.

**Tablo 9.** Katılımcıların Bölümlerine Göre İyilik Hali

Tıpta Uzmanlık Eğitim Dalı	İyilik Hali			Toplam
	İyi n(%)	Orta n(%)	Kötü n(%)	
Acil Tıp	6(17.6)	14(41.2)	14(41.2)	34
Adli Tıp	6(50.0)	6(50.0)	0(0.0)	12
Aile Hekimliği	28(60.9)	16(34.8)	2(4.3)	46
Anatomi	2(50.0)	2(50.0)	0(0.0)	4
Anestezi ve Reanimasyon	2(9.1)	10(45.5)	10(45.5)	22
Beyin ve Sinir Cerrahisi	2(25.0)	5(62.5)	1(12.5)	8
Çocuk Cerrahisi	0(0.0)	2(66.7)	1(33.3)	3
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	11(24.4)	28(62.2)	6(13.3)	45
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	7(46.7)	7(46.7)	1(6.7)	15
Deri ve Zührevi Hastalıkları	3(75.0)	1(25.0)	0(0.0)	4
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	2(28.6)	2(28.6)	3(42.9)	7
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	4(44.4)	4(44.4)	1(11.1)	9
Fizyoloji	3(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	3
Genel Cerrahi	2(18.2)	5(45.5)	4(36.4)	11
Göğüs Cerrahisi	2(50.0)	2(50.0)	0(0.0)	4
Göğüs Hastalıkları	1(14.3)	6(85.7)	0(0.0)	7
Göz Hastalıkları	2(25.0)	6(75.0)	0(0.0)	8
Halk Sağlığı	7(50.0)	7(50.0)	0(0.0)	14
Histoloji ve Embriyoloji	2(66.7)	1(33.3)	0(0.0)	3
İç Hastalıkları	17(21.3)	52(65.0)	11(13.8)	80
Kadın Hastalıkları ve Doğum	3(21.4)	10(71.4)	1(7.1)	14
Kalp ve Damar Cerrahisi	0(0.0)	4(80.0)	1(20.0)	5
Kardiyoloji	2(20.0)	8(80.0)	0(0.0)	10
Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları	1(14.3)	5(71.4)	1(14.3)	7
Nöroloji	7(58.3)	5(41.7)	0(0.0)	12
Nükleer Tıp	1(33.3)	1(33.3)	1(33.3)	3
Ortopedi ve Travmatoloji	8(44.4)	7(38.9)	3(16.7)	18
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	4(44.4)	2(22.2)	3(33.3)	9
Radyasyon Onkolojisi	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	1
Radyoloji	13(72.2)	5(27.8)	0(0.0)	18
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	3(37.5)	3(37.5)	2(25.0)	8
Spor Hekimliği	2(66.7)	1(33.3)	0(0.0)	3
Tıbbi Biyokimya	5(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	5
Tıbbi Farmakoloji	3(60.0)	2(40.0)	0(0.0)	5
Tıbbi Genetik	2(50.0)	2(50.0)	0(0.0)	4
Tıbbi Mikrobiyoloji	3(75.0)	1(25.0)	0(0.0)	4
Tıbbi Patoloji	0(0.0)	0(0.0)	4(100.0)	4
Üroloji	0(0.0)	1(20.0)	4(80.0)	5
TOPLAM				475

**Tablo 10.** Katılımcıların Mesleki Alandaki Memnuniyetine Göre İyilik Hali

Sorular	Cevaplar	İyilik Hali n(%)			Toplam	p
		İyi	Orta	Kötü		
Mevcut bölümünüzde kaç aydır asistanlık yapıyorsunuz?	≤ 24	92(33.8)	146(53.7)	34(12.5)	272(57.3)	<b>0.030</b>
	>24	75(37.7)	85(42.7)	39(19.6)	199(42.2)	
Çalıştığınız bölümden memnun musunuz?	Evet	165(42.1)	187(47.7)	40(10.2)	392(83.3)	<b>0.001</b>
	Hayır	2(2.5)	43(54.4)	34(43.0)	79(16.7)	
Asistanlığınız sürecinde istifa etmeyi düşündünüz mü?	Evet	36(15.7)	132(57.4)	62(27.0)	230(48.4)	<b>0.001</b>
	Hayır	131(53.7)	101(41.4)	12(4.9)	244(51.6)	
Aynı bölümü tekrar seçer misiniz?	Evet	161(42.1)	171(44.8)	50(13.1)	382(81.0)	<b>0.001</b>
	Hayır	5(5.6)	61(67.8)	24(26.7)	90(19.0)	
İş yerinde mutlu olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Evet	152(52.2)	128(44.0)	11(3.8)	291(61.6)	<b>0.001</b>
	Hayır	15(8.2)	104(57.1)	63(34.6)	182(38.4)	
Çalışma vakitlerinizin dışında mutlu olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Evet	165(41.0)	193(48.0)	44(10.9)	402(84.8)	<b>0.001</b>
	Hayır	2(2.8)	40(55.6)	30(41.7)	72(15.2)	
Arzu ettiğiniz dönemde yıllık izin alabiliyor musunuz?	Evet	74(41.1)	84(46.7)	22(12.2)	180(38.5)	<b>0.038</b>
	Hayır	88(30.4)	149(51.6)	52(18.0)	289(61.5)	
Resmi çıkış saatlerinde hastaneden ayrılabiliriyor musunuz?	Evet	93(56.4)	67(40.6)	5(3.0)	165(34.7)	<b>0.001</b>
	Hayır	74(23.9)	166(53.7)	69(22.3)	309(65.3)	
Ailenize yeteri kadar vakit ayırabildiğinizi düşünüyor musunuz?	Evet	96(64.9)	46(31.1)	6(4.1)	148(31.3)	<b>0.001</b>
	Hayır	71(21.9)	185(57.1)	68(21.0)	324(68.7)	
İş yaşantınızla ilgili mahkemede bulundunuz mu?	Evet	25(26.9)	42(45.2)	26(28.0)	93(19.6)	<b>0.001</b>
	Hayır	141(37.1)	191(50.3)	48(12.6)	380(80.4)	
Mesleki gelirinizin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?	Yeterli	56(49.1)	44(38.6)	14(12.3)	114(24.0)	<b>0.001</b>
	Kısmen	82(33.6)	130(53.3)	32(13.1)	244(51.4)	
	Yetersiz	29(25.0)	59(50.9)	28(24.1)	116(24.6)	

Mevcut kilosunu korumak için uğraşmayan hekimlerin %25.0'ı, kilo verenlerin %23.1'i, kilosunu koruyanların %46.1'i, kilo alanların %25.4'ü, kilosunu korumak için uğraşanların %44.4'ü iyilik halini iyi olarak bildirdi. Mevcut kilosunu korumak için uğraşmayan hekimlerin %17.2'si, kilosunu verenlerin %25.0'ı, kilosunu koruyanların %11.3'ü, kilo alanların %19.5'i, kilosunu korumak için uğraşmayanların ise %11.1'i iyilik halinin kötü olduğunu ifade etti ( $p<0.001$ ). Beslenme alışkanlığının düzenli olduğunu düşünen hekimlerin ise %54.4'ü, düzenli beslenmeyenlerin ise %27.5'i iyilik halini iyi olarak ifade etti. Beslenme alışkanlığının düzenli olduğunu ifade edenlerin %7.4'ü, düzensiz olduğunu bildirenlerin ise %18.9'unun iyilik halinin kötü olduğu saptandı ( $p<0.001$ ). Düzenli egzersiz yapan araştırma görevlilerinin %47.8'inin, egzersiz yapmadığını ifade eden hekimlerin ise %27.5'inin iyilik hali iyi olarak saptandı. Düzenli egzersiz yapanların %9.0'ı, yapmayanların ise %18.3'ünün iyilik hali kötü olarak bulundu ( $p<0.001$ ). Hobisi olan hekimler %41.6 oranında iyilik halinin iyi olduğunu vurgularken, olmayanların %28.1'di. Hobisi olan hekimler %11.3 oranında, olmayanlar ise %20.5 oranında iyilik halinin kötü olduğunu bildirdiler ( $p=0.002$ ). Yıllık sağlık taraması yaptıranların, yaptırmayanlara göre iyilik halinde anlamlı fark bulunamamıştır ( $p=0.783$ ). Asistanlığa bağlı sağlık problemi yaşadığını ifade eden hekimlerin %21.6'sı iyilik halinin iyi olduğunu ifade ederken, sağlık problemi yaşamadığını düşünenlerin iyi olma oranı %46.3'tü. Sağlık problemi yaşayanların %25.8'i, sağlık problemi yaşamayanların %6.9'u iyilik halini kötü bildirdi ( $p<0.001$ ). Asistanlık sürecinde kronik hastalık tanısı alan hekimlerin %35.3'ü, kronik hastalık tanısı almayanların %35.2'si iyilik halinin iyi olduğunu ifade etti. Kronik hastalık tanısı alanların %29.4'ü, almayanların ise %14.5'i iyilik halinin kötü olduğunu bildirdi ( $p=0.052$ ). Katılımcıların fiziksel ve sağlık durumlarına göre iyilik hali Tablo 11'de gösterilmiştir.

Sigara kullanan hekimler %29.0 oranında, kullanmayanlar ise %38.6 oranında iyilik halini iyi olarak bildirdiler. Sigara kullanan hekimlerin %20.4'ünün, kullanmayanların %13.2'sinin iyilik hali kötü olarak saptandı ( $p=0.041$ ). Alkol kullanan ya da kullanmayan hekimlerin iyilik hali açısından anlamlı fark bulunamadı ( $p=220$ ). Madde kullanımı ya da denemesi olan hekimlerin %30.6'sı, kullanmamış olanların %36.4'ü iyilik halinin iyi olduğunu belirtirken, kullanımı ya da denemesi olanların %30.6'sının, kullanımı olmayanların ise %12.4 oranında iyilik halinin kötü olduğunu tespit ettik ( $p<0.001$ ). Ciddi uyku problemi yaşadığını düşünen hekimlerin %19.7'si, yaşamadığını düşünenlerin ise %51.3'ünün iyilik halini iyi olarak bulurken, uyku problemi olan hekimlerin %27.2'sinin, problemi olmayanların ise %3.9'unun iyilik halini kötü olarak saptadık ( $p<0.001$ ). Öz kırım düşüncesi olan hekimlerin %6.1'i, düşüncesi olmayanların %38.7'si iyilik halini iyi olarak belirtirken, düşüncesi olanların %53.1'inin, olmayanların ise %11.1'inin iyilik halini kötü bulduk ( $p<0.001$ ). Öz kırım girişimi olan hekimlerin %10.0'u, olmayanların ise %35.8'inin iyilik halini iyi



olarak saptarken, girişimi olan hekimlerin %60.0'ı, girişimi olmayanların ise %14.7'sinin iyilik halini kötü olarak bulduk ( $p=0.002$ ). Depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik sorun yaşayan araştırma görevlilerinin %18.3'ü, yaşamayanların ise %54.8'i iyilik halini iyi olarak ifade ettiler. Psikiyatrik sorun yaşayanların %25.4'ü, yaşamayanların ise %4.5'i iyilik halinin kötü olarak bildirdi ( $p<0.001$ ). Psikiyatrik açıdan profesyonel destek alanların %18.5'i, almayanların %38.8'i iyilik halinin iyi olduğunu, destek alanların %37.0'ı, almayanların %11.0'ı kötü olduğunu ifade etti ( $p<0.001$ ). Fiziksel şiddete maruz kaldığını ifade eden hekimlerin %28.6'sı, şiddete maruz kalmayanların %36.0'ı iyilik halinin iyi olduğunu düşünürken, şiddete maruz kalanların %37.5'i, şiddete uğramayanların ise %12.7'si iyilik halini kötü bildirdi ( $p<0.001$ ). Sözel şiddete maruz kaldığını ifade eden hekimlerin ise %27.2'si, şiddete maruz kalmayanların %52.3'ü iyilik halinin iyi olduğunu ifade ederken, sözel şiddete maruz kalanların %21.7'si, şiddete uğramayanların ise %2.6'sı iyilik halini kötü bildirdi ( $p<0.001$ ). Yıldırmaya uğradığını düşünenlerin %22.3'ü, uğradığını düşünmeyenlerin %49.1'i iyilik halini iyi olduğunu ifade etti. Yıldırmaya uğradığını düşünenlerin %25.9'u, düşünmeyenlerin ise %4.4'ü iyilik halinin kötü olduğunu vurguladı ( $p<0.001$ ). Tükenmişlik yaşayan hekimlerin %22.3'ü, tükenmişlik yaşadığını düşünmeyenlerin %64.4'ü iyilik halini iyi olarak bildirdi. Tükenmişlik yaşadığını düşünen hekimlerin %21.6'sı, tükenmişlik yaşadığını düşünmeyenlerin ise %1.4'ü iyilik halinin kötü olduğunu ifade etti ( $p<0.001$ ). Katılımcıların psiko-sosyal durumlarına göre iyilik hali Tablo 12'de gösterilmiştir.

**Tablo 11.** Katılımcıların Fiziksel ve Sağlık Durumlarına Göre İyilik Hali

Sorular	Cevaplar	İyilik Hali n(%)			Toplam	p
		İyi	Orta	Kötü		
Kilo durumu için	Kilomu korumak için uğraşmıyorum	16(25.0)	37(57.8)	11(17.2)	64(13.5)	<b>0.001</b>
	Kilo verdim	12(23.1)	27(51.9)	13(25.0)	52(10.9)	
	Kilomu koruyorum	65(46.1)	60(42.6)	16(11.3)	141(29.7)	
	Kilo alıyorum	30(25.4)	65(55.1)	23(19.5)	118(25.1)	
	Kilomu korumak için uğraşıyorum	44(44.4)	44(44.4)	11(11.1)	99(20.8)	
Beslenme alışkanlığınızın dengeli/düzenli olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	74(54.4)	52(38.2)	10(7.4)	136(28.6)	<b>0.001</b>
	Hayır	93(27.5)	181(53.6)	64(18.9)	338(71.4)	
Düzenli egzersiz yapar mısınız?	Evet	64(47.8)	58(43.3)	12(9.0)	134(28.3)	<b>0.001</b>
	Hayır	102(30.2)	174(51.5)	62(18.3)	338(71.7)	
Hobiniz var mı?	Evet	99(41.6)	112(47.1)	27(11.3)	238(51.4)	<b>0.002</b>
	Hayır	63(28.1)	115(51.3)	46(20.5)	224(48.6)	
Yıllık sağlık taraması yaptırır mısınız?	Evet	31(37.8)	40(48.8)	11(13.4)	82(17.3)	0.783
	Hayır	136(34.9)	191(49.0)	63(16.2)	390(82.7)	
Asistanlığa bağlı olduğunuzu düşündüğünüz sağlık problemi yaşadınız mı?	Evet	46(21.6)	112(52.6)	55(25.8)	213(45.2)	<b>0.001</b>
	Hayır	120(46.3)	121(46.7)	18(6.9)	259(54.8)	
Asistanlığınız sürecinde kronik hastalık tanısı aldınız mı?	Evet	12(35.3)	12(35.3)	10(29.4)	34(7.2)	0.052
	Hayır	155(35.2)	221(50.2)	64(14.5)	440(92.8)	

**Tablo 12.** Katılımcıların Psiko-Sosyal Durumlarına Göre İyilik Hali

Sorular	Cevaplar	İyilik Hali n(%)			Toplam	p
		İyi	Orta	Kötü		
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	47(29.0)	82(50.6)	33(20.4)	162(34.2)	0.041
	Hayır	120(38.6)	150(48.2)	41(13.2)	311(65.8)	
Alkol kullanıyor musunuz?	Evet	104(33.7)	150(48.5)	55(17.8)	309(65.6)	0.220
	Hayır	61(37.9)	81(50.3)	19(11.8)	161(34.4)	
Madde kullanımınız ya da denemeniz oldu mu?	Evet	26(30.6)	33(38.8)	26(30.6)	85(18.0)	0.001
	Hayır	141(36.4)	198(51.2)	48(12.4)	387(82.0)	
Ciddi uyku problemi yaşadınız mı?	Evet	47(19.7)	127(53.1)	65(27.2)	239(50.8)	0.001
	Hayır	119(51.3)	104(44.8)	9(3.9)	232(49.2)	
Öz kıyım düşünceniz oldu mu?	Evet	3(6.1)	20(40.8)	26(53.1)	49(10.3)	0.001
	Hayır	164(38.7)	213(50.2)	47(11.1)	424(89.7)	
Öz kıyım girişiminiz oldu mu?	Evet	1(10.0)	3(30.0)	6(60.0))	10(2.1)	0.002
	Hayır	166(35.8)	230(49.6)	68(14.7)	465(97.9)	
Depresyon/ anksiyete gibi psikiyatrik sorun yaşadınız mı?	Evet	46(18.3)	142(56.3)	64(25.4)	252(53.4)	0.001
	Hayır	121(54.8)	90(40.7)	10(4.5)	221(46.6)	
Psikiyatrik açıdan profesyonel destek aldınız mı?	Evet	15(18.5)	36(44.4)	30(37.0)	81(17.1)	0.001
	Hayır	152(38.8)	197(50.3)	43(11.0)	392(82.9)	
Fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?	Evet	16(28.6)	19(33.9)	21(37.5)	56(11.8)	0.001
	Hayır	150(36.0)	214(51.3)	53(12.7)	417(88.2)	
Sözel şiddete maruz kaldınız mı?	Evet	88(27.2)	165(51.1)	70(21.7)	323(68.2)	0.001
	Hayır	79(52.3)	68(45.0)	4(2.6)	151(31.8)	
Yıldırmaya (mobbing) uğradığınızı düşünüyor musunuz?	Evet	55(22.3)	128(51.8)	64(25.9)	247(52.3)	0.001
	Hayır	111(49.1)	105(46.5)	10(4.4)	226(47.7)	
Tükenmişlik yaşadınız mı?	Evet	73(22.3)	184(56.1)	71(21.6)	328(69.4)	0.001
	Hayır	94(64.8)	49(33.8)	2(1.4)	145(30.6)	

## IX. TARTIŞMA

Bu çalışmada, DEÜTF'nde çalışan araştırma görevlilerinin iyilik halini değerlendirdik ve dikkate değer bazı bulgular gözlemledik. Çalışma, hekimlerin iyilik halini fark etmesi açısından önemlidir. Hekimlerin %85.8 inin çalışmaya katılması, her bölümden katılımın olması, evrenin tamamına yorum yapabildiğimiz yeterli örneklem büyüklüğünü sağlamıştır.

İyilik hali bir bütündür ve dişlilerin senkronize çalışmasına benzer, herhangi bir dişlinin takılması, kırılması bozulması tüm işlevi bozabilir. Bu bütünün her açıdan korunması gerekmektedir. Tükenmişlik, yaşam kalitesi, mesleki memnuniyet gibi kanıtlanmış ölçekler kullanılsa da iyilik halini tam anlamıyla ölçebilecek bir gösterge yoktur. Kişi fiziksel olarak iyi olmasına karşın, mesleki anlamda kötü olabilmektedir. Bu bütünsellik içerisinde, kişinin iyilik hali değerlendirilmesini; rakamsal veriler yerine, kendi ifadesine göre yaptık.

İyilik hali, zorlu bir süreç olduğunu düşündüğümüz tıpta uzmanlık eğitimi sürecinde olan hekimlerin özen göstermesi gereken bir konudur. Yoğun eğitimleri ve çalışma ortamları nedeniyle tıpta uzmanlık eğitimi alan hekimlerin bu süreçle ilgili kaygısının olduğunu düşünmekteyiz. Literatüre baktığımızda iyilik hali ile ilgili birçok yayın göze çarpmaktadır. İyilik hali bileşenlerini inceleyen; stres, depresyon, tükenmişlik adı altında çok sayıda araştırma mevcuttur.

Çalışmamızda tıpta uzmanlık eğitimi alan hekimlerin iyilik halinde farklılıklar olabileceği yönünde veriler elde ettik. Bu çalışmaya katılan araştırma görevlilerinin yarısı kendisinin iyilik halini orta olarak tanımlamış, azımsanmayacak kadarı ise kötü olarak saptanmıştır. Hekimin sağlığı ve iyilik hali konusunun önemli ve karmaşık olduğunu farkındayız. İyilik halinin kötü olduğunu belirten hekimlerin hem işyerinde hem de özel hayatlarında sorun yaşama olasılıkları daha fazla olabileceğini düşündüğümüzden araştırma görevlileri için; yaşam tarzlarını ve sağlık davranışlarını iyileştirmek için eğitimler yapılabileceğini, uygulamalar ve topluluklar kurulabileceğini düşünüyoruz. McClafferty ve arkadaşları yaptığı çalışmada sağlığını ihmal edenlerin aksine, sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarına sahip hekimlerin, hasta bakımının daha güvenilir olduğunu ve hayata karşı daha motive olduklarını saptamıştır<sup>(66)</sup>.

Katılımcıların çoğu orta yaş aralığında saptanmıştır. Tan ve arkadaşlarının de DEÜTF'nde yaptığı çalışmada<sup>(20)</sup> yaş aralığı benzer şekilde bulunmuştur. Türkiye' de lise mezuniyeti sonrası lisans eğitiminin 6 yıl olması göz önüne alarak, çoğu hekimin fakülteyi bitirdikten hemen sonra uzmanlık eğitimine başlaması bu yaş aralığında yoğunlaşma yarattığını ifade edebiliriz. Jackson ve arkadaşlarının 993 cerraha yaptığı çalışmada genç yaş ve kadın cinsiyeti meslek memnuniyeti

açısından daha düşük bulunduğu görülmüştür<sup>(13)</sup>. Çalışmamızda yaş gruplarının ve cinsiyetin iyilik hali üzerine etkisi anlamlı bulunmamıştır, bunun nedeni araştırmaya katılan yaş gruplarının çok yakın olması olabilir.

Çalışmamızda evli olan araştırma görevlilerini bekâr olanlara göre iyilik halinin daha iyi olduğunu saptadık. Bunun nedeni evli olmayan bireylerin toplumsal sorumluluklarını kendi başlarına yerine getirmeye çalıştıkları olabilir. Bu durum onların sorun çözme kapasiteleri için zorlayıcı olabilir. Sorunların üstesinden gelememe durumu evli olmayan hekimler için iyilik halini kötü yönde etkileyebilir. Maslach ve Jackson; evli olanların başkalarının sorumluluğunu yüklenmeye bağlı olarak kişiler arası ilişkilerde daha deneyimli olduklarını, dolayısıyla da krizlerle baş etme ve problem çözme becerilerinin gelişmiş olabileceğini vurgulamaktadır<sup>(59)</sup>.

Ortega ve arkadaşlarının yaptığı çalışma medeni hal değişikliği yaşamış bireylerin fiziksel aktivitesinde azalma olduğunu, vücut kitle indeksinin, sigara alkol kullanımının arttığını ve kronik hastalık görülme sıklığının arttığını belirtmiştir<sup>(14)</sup>. Caputo ve arkadaşlarının 3032 kişiye yaptığı çalışma ise medeni hal değişikliklerinin iyilik halini kötü olarak etkilediğini belirtmişlerdir<sup>(16)</sup>. Biz çalışmamızda medeni hal değişikliği yaşamış asistanların ve çocuk sahibi olan hekimlerin iyilik halinde anlamlı fark bulamadık.

Bölümde çalışma sürelerinin ortalaması 24 ay bulunmuş olup, asistanlık süresinin yaklaşık 48 ay sürdüğünü düşünürsek bu oran her ayda çalışan araştırma görevlisinin katıldığını yorumlayabiliriz. Mevcut bölümünde 25 ayın üzerinde olanların iyilik durumlarında kötü olarak saptanmasını, hekimlerin uzun zaman boyunca sürekli ağır şekilde çalışmaktan doğabilecek tükenmişliğin artmasından dolayı olabileceğini düşünüyoruz. Tıpta uzmanlık eğitimi alan hekimlerin büyük bir kısmının çalıştığı bölümden memnun olması, istifa etmeyi düşünmemeleri ve aynı bölümü tekrar seçmek istemeleri umut vericidir. Katılımcıların yaptığı bölüm tercihinin doğru olması onların iyilik halini pozitif etkilediğini düşünmekteyiz. Nöbet sayılarının artması bireyin sosyal alana ayırdığı vaktin azalmasına yol açacağından nöbet sayısı çok olan hekimlerin, az olan hekimlere göre iyilik halini kötü olarak bildirmesi anlamlı bulunmuştur.

Bu araştırma bireysel ve tıpta uzmanlık bölümlerinin farklılıklarını ortaya çıkartmıştır; şöyle ki acil tıp ve cerrahi bölümlerde çalışan hekimler iyilik halinin kötü olduğunu belirtirken, temel tıp ve dâhili bölümlerde çalışan hekimleri iyilik halinin iyi olduğunu ifade ettiler. Bu iyilik halindeki farklılık; bu bölümlerde çalışan hekimlerin azlığı ve buna bağlı mesai saatleri içerisindeki artan iş yükü, nöbet sayılarındaki fazlalık, hastanede çok vakit harcamak gibi nedenlerden kaynaklanıyor olabilir. Gupta ve arkadaşlarının yaptığı bölümler arasındaki çalışmada, en kısa süre uyuyanların ve

en uzun süre mesaisi olanların cerrahi branşlar olduğunu belirtmiştir<sup>(67)</sup>. Wu CY ve arkadaşlarının Tayvan'da yaptığı çalışmada acil servis ve cerrahi bölümlerde çalışan hekimlerin daha fazla mahkeme ile uğraştığı sonucuna varmıştır. Kentsel alanda hekimlik yapmanın mahkeme açısından için risk faktörü olarak saptamıştır<sup>(24)</sup>.

İyilik halinin mesleki bileşeni bireyin iş yaşantısındaki çalışma performansını, mutluluğu ve başarısını artırır<sup>(1)</sup>. Cedfeldt; yüksek iş doyumuna sahip hekimlerin daha az stres ve tükenmişlik yaşamakta olduğunu, daha az tıbbi hata yapıp, daha iyi hasta bakım hizmeti sunduğunu bildirmektedir<sup>(23)</sup>. Hastalar; sağlık çalışanlarını, sağlıklı bir yaşam tarzına öncülük etmek için rol model görürler bunun için hekimler iyilik halini yüksek tutmalıdır. Çalışmamızda iş yerinde mutlu olan, arzu ettiği dönemde yıllık izin alabilen, resmi çıkış vakitlerinde hastaneden ayrılabilen hekimlerin mesleki iyilik haline pozitif etkilediğini fark ettik. Perina ve arkadaşlarının 2016 yılında 766 kişiye yaptığı anket çalışmasında, en sık bildirilen stres kaynağı olarak belgeleme ve bürokratik konulara ayrılan zaman yer almıştır. Bizim çalışmamızda ise iş yaşantısında tükenmişliğe katkısı olan nedenler arasında hastanede çok vakit harcamak ilk sırada yer alırken, ikinci sırada bürokratik işlemlerin fazlalığı yer almıştır. Belge düzenleme, dosyalama gibi işlemleri iyileştirmek için yeni düzenlemeler yapılabilir.

Hekimlerin kazandığı gelir, hastalara iyi bakım sağlamak için doktorları motive eden temel teşvik sistemi olarak kabul edilebilir. Bu gelirin hekimin ortalama iş yükü ve büyük sorumlulukları ile orantılı olması gerekmektedir<sup>(29)</sup>. Üniversite hastanelerinde çalışan doktorlar, üst düzey tıbbi çalışmalarda, araştırmalarda yer almanın yanı sıra hasta bakımıyla da ilgilenmektedirler ve ulusal hastanelerde çalışan doktora kıyasla daha fazla maddi gelir beklemektedirler<sup>(30)</sup>. Bu beklentinin karşılanmadığını düşünen hekimler finansal açıdan kendini eksik görmektedir, daha fazla çalıştığını düşünüp karşılığını bulamayanlar iyilik halini iyi olarak yansıtamamaktadır.

Mota ve arkadaşlarının Brezilya'da araştırma görevlileri üzerinde yaptığı çalışmada çoğunun yüksek kalorili besinlerle düzensiz beslenerek kilo aldığını bildirmiştir<sup>(32)</sup>. Biz çalışmamızda kilosunu koruyan ve kilosunu korumak için uğraşan hekimlerin iyilik halini daha iyi olduğunu saptadık. Kilo verenler, alanlar ve kilosunu korumak için uğraşmayanlar ise daha kötü olduklarını ifade ettiler. Kilo veren grubun normalde obezite toplumunda mutlu olmasını bekledik fakat kilo veren grubun çalışmalarda kilo verme nedeni incelenmediğinden nedene yönelik bir yorum yapamıyoruz. Kilo vermenin mutsuzluğu artırma sebebi depresyon, iştahsızlık gibi istem dışı olabilir. Howe ve arkadaşlarının hekimler üzerinde yaptığı çalışmada ise, hekimlerde düzenli beslenme ve egzersiz yapma oranını düşük saptamıştır ve en sık egzersiz türünü yürüyüş olarak

bulmuştur<sup>(68)</sup>. Fargen ve arkadaşları beyin cerrahi asistanları üzerinde yaptığı çalışmada uzmanlık eğitimi sürecinde hekimlerin egzersiz sıklığında düşüş olduğuna dikkat çekmiştir<sup>(31)</sup>. Bizim çalışmamızda egzersiz yapanları daha az saptadık bunun nedeni çalışma ve nöbet takvimi olabilir.

O'Connor ve arkadaşlarının 2013'de yaptığı yıllık toplantıda, bireylerin; arkadaşlarla geçirilen vakitler, hobiler, topluluk aktiviteleri ve manevi ihtiyaçlar ile harcanan vakitlerin daha keyifli olduğunu bildirmişlerdir<sup>(69)</sup>. Takeda ise hobiler ve kültürel aktiviteler gibi boş zaman aktivitelerine katılımın erkek veya kadının beş yıllık takipten sonraki dönemde ruh sağlığı durumu ile pozitif ilişkili olacağını göstermiştir<sup>(36)</sup>. Çalışmamızda hobisi olan hekimler iyilik halini iyi olarak bildirdiler. Bunun nedeni yoğun olarak çalışan hekimlerin meslek dışında kendisini rahatlatılabildiği, negatif düşüncelerinden sıyrılabildiği hobilerinin olması onları pozitif etkilediğini düşünmekteyiz.

Katılımcıların çoğunun yıllık sağlık taraması yaptırmadığını fark ettik. Berk ve arkadaşları da hekimlerin genel nüfusa göre sağlık taramalarını yaptırmama oranlarının düşük olduğu bildirilmiştir<sup>(38)</sup>. Hastaların çoğu gibi, hekimler de kronik hastalıkla başa çıkmak için mücadele ederler. Diğer kronik hastalık hastalarıyla ortak meseleleri olsa da, mesleğinden bağımsız olarak, hasta olan hekimler ek zorluklarla karşı karşıyadır. Hekimlerde kronik hastalık prevalansı araştırılmamıştır ve güncel bilgilerin çoğu anekdottur. Gautam yaygınlık oranları % 2.5-4 arasında bulmuştur fakat bu oran engellileri de içermektedir<sup>(70)</sup>. Kronik bir hastalığa sahip olduklarını kabul etmek çoğu zaman doktorlar için zordur. Biz çalışmamızda asistanlık sürecinde kronik hastalık tanısı alanların iyilik halini kötü saptadık fakat almayanlarla karşılaştığımızda istatistiksel olarak anlamsızdı.

ABD'de çalışan hekimlerin sigara içme sıklığı %4 iken, Kanada'da %3.3 bulunmuş, Avrupa ülkelerinde de benzer oranlar saptanmıştır. Suudi Arabistan'da Alsuwaida A'nın yaptığı çalışmada ise erkek hekimlerin %30.5'inin sigara kullandığını saptamışlardır<sup>(39)</sup>. Pipe'nin yaptığı Türkiye'nin de içinde olduğu 16 ülke genelinde yapılan ankette 2836 hekimin %42'sinin sigara kullandığı ifade etmişlerdir<sup>(42)</sup>. Raag ve arkadaşları Estonya'da sigara içen hekim sıklığını %8.4 olarak belirtmişlerdir<sup>(71)</sup>. Huang'ın Çin'de yaptığı çalışmada ise bu oran %25.7 bulunmuştur<sup>(72)</sup>. Biz çalışmamızda bu oranı %34 bulduk. Sigara dünya çapında bir halk sağlığı sorunudur. Gelişmiş ülkelerde oranlar düşüken, gelişmemiş ve Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelere sigara içme oranı yüksek görülmektedir. Bunun nedeni sigara şirketlerinin uyguladığı politikalar olabilir.

Alkol ve madde bağımlılığı dâhil olmak üzere, psikiyatrik bozukluklar nedeniyle işlevselliği bozulan hekimlerin sorumlulukları tehlikeye girer. Alkolü ve maddeyi bağımlılık düzeyinde kullanan meslektaşlarımızın farkındalığını almak ise bir hekimin etik sorumluluğudur<sup>(73)</sup>. Strang ve arkadaşları hekimlerin, mesleklerinin getirdiği stres ve iş yükü nedeni ile alkol ve diğer bağımlılık yapıcı

ajanların kullanımı açısından artan bir risk içerisinde oldukları bildirilmiştir<sup>(43)</sup>. Bazargan ve arkadaşları ise alkolün kötüye kullanımının hekimler arasında %6 olduğunu, maddenin kötü kullanımının ise %4 oranında saptamıştır<sup>(74)</sup>. Bizim çalışmamızda bu oranların daha yüksek olduğu görülebilir fakat biz kötü kullanım olarak sorgulamadık. Türkiye’de hekimler arasında deneme, sosyal amaçlarla kullanılan alkol ve madde oranını, tam olarak gerçeği yansıtmadığını düşünmekteyiz. Kötü kullanımı belirlemek için ek çalışmalara ihtiyaç vardır. Tükenmişlikle başa çıkma yöntemi olarak madde kullanan hekimlerin %1.9 oranı belki gerçeği yansıtabilir. Bu oranın bile büyük olduğunun fark edilmesi gerekmektedir.

Hekimler fazla çalıştıkları ve sık nöbet tuttukları için uyku problemi yaşamaları normal popülasyona göre sıktır. Çalışmalarda hekimlerin ortalama uyku süresi 6.5 saat ve değerlendirilen uyku ölççeğine göre düşük kaliteli bulunmuştur<sup>(32)</sup>, bir diğer çalışmada ise katılımcılarının %34’ünün günlük 6 saatten daha uyuduğu saptanmıştır<sup>(74)</sup>. Çalışmamızda uyku problemi yaşayanların iyilik halini kötü bildirmesi anlamlıdır. Asistanlık sürecinde fazla mesai, sık nöbet siklusu bozabileceğinden bireylerin etkilenmesi kaçınılmaz gözükmektedir.

Dyrbye ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada asistan hekimlerin tükenmişlik sıklığını, depresyon ve öz kıyım sıklığını normal popülasyona göre daha fazla olduğunu belirtmiştir<sup>(75)</sup>. Schernhammer in yaptığı meta analizde ise erkek hekimlerin nüfusa göre öz kıyım sıklığının 1.41 kat, kadın hekimlerin ise 2.27 kat yüksek saptamıştır<sup>(76)</sup>. Hekimler arasında özkıyımın nedeni iş sorunları olduğu gözlemlenmiş ve bu bireylerin yardım talebinde bulunmaktan çekindikleri bildirilmiştir. Depresyonun öz kıyım ile kuvvetli bir ilişki içinde olduğu bilinmelidir<sup>(49)</sup>. Mata ve arkadaşlarının yaptığı meta analizde araştırma görevlilerinin depresyon sıklığı %20-43 arasında saptanmış olup bizim çalışmamızda %53 bulunmuştur. Bu oranın yüksekliği üzerinde düşünülmesi ve gerekli önemlerin alınması gerektiğini vurguluyoruz. Öz kıyım düşüncesi ve girişimi olan hekimlerin iyilik halini kötü bildirmeleri olağan gözükse de; asıl hedef bu hekimlerin saptanması ve gerekirse tedavi edilmesini sağlamak olmalıdır. Bunun için yeni çalışmalar dizayn edilebilir. Eğitimcilerin ve meslektaşların bu konuda uyanık olması gerekmektedir. Az bir şüphenin bile değerlendirilmesi gerektiğini savunuyoruz. Fakültelerin, hastanelerin bu konuda duyarlı olup gerekli önemlerin alınmasını öneriyoruz. Öz kıyım ve depresyon farkındalığının artması için fakültelerde Wellness toplulukları oluşturulabilir.

Özcan ve arkadaşlarının Türkiye’de yaptığı çalışmada, şiddetin diğer mesleklere göre en sık hekimlerde ve hemşirelerde olduğu bulunmuştur<sup>(54)</sup>. Boz ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ise en riskli grubun acil servis hekimleri olduğu saptanmıştır<sup>(55)</sup>. Çalışmamız hekimlerin %11’inin fiziksel, %68’inin ise sözel şiddete maruz kaldığını göstermektedir. Acil serviste çalışan hekimlerde ise bu



oran; fiziksel şiddette %41 iken, sözel şiddette %100 saptanmıştır. Şiddetin önlenmesi adına yasal düzenlemelerin yapılması, şiddet mağduru hekimlere yeterli danışmanlığın sağlanması, devletin ve medyanın bu konu üzerinde hassasiyetle durması gerektiğini düşünüyoruz. Türkiye Psikiyatri Derneği'nin verilerine göre yıldırma, ülkeler arasında değişkenlik göstermektedir<sup>(57)</sup>. Çalışmamıza katılan hekimlerin %52'sinin yıldırmaya uğradığını düşünmesi, eğitimcilerin bu konu üzerinde hassas davranmadığını göstermekte olsa da kişilerin kendilerine yıldırma/ mobing uygulandığını düşünmesi gerçekte mobing uygulandığı anlamına gelmemektedir. Birçok çalışan yaşadıkları olumsuzlukları yanlış bir yorumla mobing olarak ifade edebilir. Oysa mobing ispat gereken bir durumdur. Yine de kişilerin bu tarz olumsuz düşünceler içinde olması bu konunun ayrıca araştırılmasını gerektirmektedir.

Yüzlerce çalışma tükenmişliğin yüksek prevalansını doğrulamıştır, ancak nispeten az sayıda doktor sağlığının özelliklerini incelemiş veya ölçmüştür<sup>(77)</sup>. Tükenmişlik, doktorlara kuvvetli bir şekilde zarar verir, hastalar ve sağlık sistemleri üzerinde olumsuz etkileri vardır<sup>(5)</sup>. Lefebvre'nin çalışması tükenmişlik nedenleri arasında; uzun çalışma saatleri, uyku problemleri, depresyon, vardiya usulü çalışma, düzensiz beslenme, bireyin egzersiz yapmaması olarak göstermiştir<sup>(78)</sup>. Bizim çalışmamızda tükenmişlik yaşadığını ifade edenlerin yüzdesi %69 bulunmuştur. Ancak biz çalışmamızda tükenmişlik düzeyini ölçmedik, araştırma görevlilerinin tükenmişlik algılarını sorduk. Araştırma görevlileri tükenmişlik ile başa çıkma yöntemlerinde arkadaşlarla geçirilen zaman, gezmek ve tatile çıkmak, uyumak gibi yöntemler seçmişlerdir. Bazı çalışmalar ise, iş-yaşam dengesi, sosyal ve aile desteği, yeterli dinlenme ve düzenli fiziksel aktivite gibi meselelerin kariyer memnuniyeti, iyileşme duygusunun artması, empatinin artması ve tükenmişliğin azalması ile ilişkili olduğunu göstermiştir<sup>(77)</sup>.

Çalışmamızın sonuçları diğer ülkelerde ve hastanelerde yapılan çalışmaların sonuçlarıyla benzerdir.

### **IX. a. Kısıtlılıklar**

Araştırmanın örneklemini oluşturan asistanların doldurması istenen anket sorularını içtenlikle ve doğru olarak cevapladıkları kabul edilmektedir. Elde edilen bulgular bu araştırmanın örneklem grubu ile sınırlıdır. Araştırma belli zaman aralığında yapıldığından, zamanla asistanların düşüncelerinin değişebileceği dikkate alınarak, yapıldığı zaman aralığı ve yakın zaman dilimi ile sınırlıdır. Araştırmanın tek merkezde yapılması sınırlılık olarak kabul edilmelidir. Geçerlilik kanıtı olmayan bir anket kullanıldığından sonuçların genelleştirilebilirliği azalır. Örneklemin evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

### **IX. b. Gelecek Çalışmalar için Öneriler**

Gelecekteki araştırmalar daha yüksek standardizasyon için çabalanmalıdır. İyilik hali ölçeği, tükenmişlik ölçeği gibi bütünsel ölçekler kullanılabilir. Çok merkezli çalışmalar yapılabilir.

## X. SONUÇ

Çalışmamızın sonucunda tıpta uzmanlık eğitimi alan hekimlerin iyilik halini genellikle orta düzeyde olduğunu saptadık ve hekimlerin sadece üçte biri iyilik halini iyi olarak belirtti. Kötü olduğunu ifade edenler ise azımsanamayacak kadar fazla saptanmıştır.

Acil tıp ve cerrahi bölümlerde çalışanların, eğitim süresi 25 aydan fazla olanların, çok nöbet tutanların, yıllık izin alamayanların, resmi çıkış vaktinde hastaneden ayrılamayanların, işi hakkında mahkemede bulunanların mesleki açıdan iyilik halinin kötü olduğunu bulduk.

Hekimlerin çoğu düzenli egzersiz yapmamakta ve düzensiz beslenmektedir.

İyilik halini kötü olarak tanımlayan hekimlerde; öz kısıyım düşüncesi, öz kısıyım girişimi, psikiyatrik sorun yaşama, profesyonel destek alma, fiziksel ve sözel şiddete uğrama, yıldırmaya uğradığını düşünme, tükenmişlik yaşadığını düşünme daha fazlaydı. Elde ettiğimiz sonuçlar diğer araştırmalarla tutarlıdır.

Tıpta uzmanlık eğitimi alan hekimlerin; iyilik durumunu incelenmesi, iyilik halinin üst düzeye çıkartılabilmesi için gerekli eğitimlerin, stratejilerin belirlenmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu düşünüyoruz.

## **XI. KAYNAKLAR**

1. National Wellness Institute: The six dimensions of Wellness. 2009 URL: [https://www.nationalwellness.org/page/Six\\_Dimensions?](https://www.nationalwellness.org/page/Six_Dimensions?)
2. Julius (Jay) A. Kaplan, Lori Weichenthal, Wellness, Stress and The Impaired Physician In: Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practise 9th edition, Philadelphia, Elsevier 2018 Chapter e13, e145-47
3. Dunn H. High- Level Wellness for Men and Society. *Am J Public Health Nations Health*, 1959;49(6):786-792
4. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*. 2009 Nov 14;374(9702):1714-21
5. Perina DG, Marco CA, Smith- Coggins R et al. Well-Being among Emergency Medicine Resident Physicians: Result from the ABEM Longitudinal Study of Emergency Medicine Residents. *J Emerg Med*. 2018 Jul;55(1):101-109
6. Myers, J.E, Sweeney T.J, Witmer, J.M The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning. *Journal of Counseling and Development*, 2000;78 (3),251-265
7. Kasapoglu F. İyilik Hali ile Özgeçilicilik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Hikmet Yurdu Düşünce-Yorum Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi* Yıl: 7, C: 7, Sayı: 13, Ocak – Haziran 2014/1, 271 - 288
8. Memnun S, Karagözoğlu C. Algılanan esenlik ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ve beden eğitimi öğretmenlerinin esenlik algıları. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü 2006 İstanbul
9. Rita AM, Julia MH. Being Well in Emergency Medicine: ACEP's Guide to Investing in Yourself 2017 URL: <https://www.acep.org/globalassets/sites/acep/media/wellness/acepwellnessguide.pdf>
10. Karaduman S. Wellness nedir? Neden Önemlidir? 2018 URL: <http://www.tatd.org.tr/wellness-nedir-neden-onemlidir>
11. Biscardi CA, Mitchell J, Simpkins S. Practice characteristics and lifestyle choices of men and women physician assistants and the relationship to career satisfaction *J Allied Health*. 2013Fall;42(3):157-62
12. Byerly SI. Female Physician Wellness: Are Expectations of Ourselves Extreme? *Int Anesthesiol Clin*. 2018 Summer;56(3):59-73

13. Jackson TN, Percy CP, Khorgami Z et al. The Physician Attrition Crisis: A Cross-Sectional Survey of the Risk Factors for Reduced Job Satisfaction Among US Surgeons. *World J Surg.* 2018 May;42(5):1285-1292
14. Ortega FB, Brown WJ, Lee DC et al. In fitness and health? A prospective study of changes in marital status and fitness in men and women. *Am J Epidemiol.* 2011 Feb 1;173(3):337-44
15. Waldron I, Weiss CC, Hughes ME. Marital status effects on health: are there differences between never married women and divorced and separated women? *Soc Sci Med.* 1997 Nov;45(9):1387-97.
16. Caputo J, Simon RW. Physical limitation and emotional well-being: gender and marital status variations. *J Health Soc Behav.* 2013 Jun;54(2):241-57.
17. Gün İ, Öztürk A, Öztürk Y. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi intern doktorlarının tıp eğitimine ve tıpta uzmanlık sınavına bakışlarının değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim* 2004;19:154-8
18. Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği Resmi Gazete Tarihi: 26.04.2014  
Resmi Gazete Sayısı: 28983 2014  
URL:<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/13293,tuey2015pdf.pdf?0>
19. Kucuk M, Cekic EG, Determination of the Satisfaction Level and Expectations of Resident Doctors Training in Muğla Sıtkı Koçman University Faculty of Medicine *Medical Journal of Mugla Sıtkı Kocman University* 2017;4(1):15-20.
20. Tan MS, Ozcakar N, Kartal M. Resident Doctors' Professional Satisfaction and Its Effect on Their Lives. *Marmara Medical Journal* 2012;25:20-5
21. Freeborn DK. Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *West J Med.* 2001 Jan;174(1):13-8.
22. Akdağ R (editör). Sağlık personeli memnuniyet araştırması. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Ankara: Opus Yayıncılık, 2010:Vİİİ, 43
23. Cedfeldt AS, Bower EA, English C et al. Personal time off and residents' career satisfaction, attitudes and emotions. *Med Educ* 2010;44:977-84
24. Wu CY, Lai HJ, Chen RC. Patient characteristics predict occurrence and outcome of complaints against physicians: a study from a medical center in central Taiwan. *J Formos Med Assoc.* 2009 Feb;108(2):126-34

25. Dallal RM, Pang J, Soriano I et al. Bariatric-related medical malpractice experience: survey results among ASMBMS members. *Surg Obes Relat Dis*. 2014 Jan-Feb;10(1):121-4
26. Halvorsen AJ, Kolars JC, McDonald FS. Gender and future salary: disparate trends in internal medicine residents. *Am J Med*. 2010 May;123(5):470-5
27. Streilein A, Leach B, Everett C et al. Knowing Your Worth: Salary Expectations and Gender of Matriculating Physician Assistant Students. *J Physician Assist Educ*. 2018 Mar;29(1):1-6
28. Medscape Young Physician Compensation Report 2018. URL: <https://www.medscape.com/slideshow/2018-young-physician-compensation-6009915#2>
29. Ran LM, Luo KJ, Wu YC et al. An analysis of China's physician salary payment system. *J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci*. 2013 Apr;33(2):309-14
30. Takamuku M. Issues related to national university medical schools: focusing on the low wages of university hospital physicians. *Nihon Geka Gakkai Zasshi*. 2015 Jan;116(1):70-5
31. Fargen KM, Spiotta AM, Turner RD et al. The Importance of Exercise in the Well-Rounded Physician: Dialogue for the Inclusion of a Physical Fitness Program in Neurosurgery Resident Training. *World Neurosurg*. 2016 Jun;90:380-384
32. Mota MC, De- Souza DA, Rossato LT et al. Dietary patterns, metabolic markers and subjective sleep measures in resident physicians. *Chronobiology International* Volume 30, Issue 8, October 2013, Pages 1032-1041
33. Fontaine KR, Barofsky I. Obesity and health-related quality of life. *Obesity Reviews* Volume 2, Issue 3, August 2001, Pages 173-182
34. Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı URL: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/fiziksel-aktivite/fiziksel-aktivite-nedir.html>
35. Stanford FC, Durkin MW, Blair SN et al. Determining levels of physical activity in attending physicians, resident and fellow physicians and medical students in the USA. *Br J Sports Med*. 2012 Apr;46(5):360-4
36. Takeda F, Noguchi H, Monma T et al. How Possibly Do Leisure and Social Activities Impact Mental Health of Middle-Aged Adults in Japan? An Evidence from a National Longitudinal Survey. *PLoS One*. 2015 Oct 2;10(10):e0139777
37. Taub S, Morin K, Goldrich MS et al. Physician health and Wellness. *Occup Med (Lond)*. 2006 Mar;56(2):77-82

38. Berk J, Mills B, Varma S. Physician, heal thyself: health maintenance behaviors among physicians. *Tex Med*. 2014 Dec 1;110(12):e1
39. Alsuwaida A, AlSharidi A, AlAnazi N et al. Health and well-being among physicians. *Intern Med J*. 2013 Dec;43(12):1310-5
40. World Health Organization (WHO) "Tobacco Fact sheet" 2017 URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
41. Dr. Özen Aşut. Türkiye’de Hekimlerin Sigara Alışkanlığı. Türk Tabipleri Birliği 1999 URL: [http://www.ttb.org.tr/yayin\\_goster.php?Guid=955b4200-9486-11e7-914a-a458ccf77150](http://www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=955b4200-9486-11e7-914a-a458ccf77150)
42. Pipe A, Sorensen M, Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: an international survey. *Patient Educ Couns*. 2009 Jan;74(1):118-23
43. Strang J, Wilks M, Wells B et al. Missed problems and missed opportunities for addicted doctors. *BMJ*. 1998 Feb 7;316(7129):405-6
44. Türkiye İstatistik Kurumu 2016 URL: <http://www.tuik.gov.tr/PreTabloArama.do>
45. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Ankara- 2011 11.baskı
46. İlhan YARGIÇ. Sağlık Çalışanlarında Bağımlılıkla İlgili Sorunlar ve Çözüm Yolları. *Klinik Gelişim* 2009 URL: [http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/kg\\_22\\_4/14.pdf](http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/kg_22_4/14.pdf)
47. Akdarvar Y, Türkan A, Çakmak D. Doktorlar arasında madde kötüye kullanımı bir sorun mu? *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13: 238-244
48. Aasland OG. Physician suicide-why? *Gen Hosp Psychiatry*. 2013 Jan-Feb;35(1):1-2
49. Eckleberry-Hunt J, Lick D. Physician Depression and Suicide: A Shared Responsibility. *Teach Learn Med*. 2015;27(3):341-5
50. Austin AE, van den Heuvel C, Byard RW. Physician suicide. *J Forensic Sci*. 2013 Jan;58 Suppl 1:S91-3
51. Mata DA, Ramos MA, Bansal N et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2015 Dec 8;314(22):2373-83

52. World Health Organization: Violence and Health: Task Force on Violence and Health. Cenevre, WHO, 1998.
53. Önlenebilir Bir sorun; Hekime Yönelik Şiddet; Araştırmalardan Yararlanılan Değerlendirmeler ve Çözüm Önerileri. 2014 Ankara. Türk Tabipleri Birliği Yayınları URL: <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/hekimesiddet.pdf>.
54. Özcan NK. Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Sistemik derleme. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2011;31(6),1442-1456.
55. Boz B, Acar K, Ergin A. et al. Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli, Turkey. *Adv Ther* 2006;23(2):364-9.
56. Yesilbas H. Sağlıkta Şiddete Genel Bakış. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2016;1(3):44-54.
57. Türkiye Psikiyatri Derneği URL: <http://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/15/yildirma-mobbing>.
58. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory. Third edition. Palo Alto, CA, *Consulting Psychologists Press*, 1997; 191-218
59. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422.
60. Bauer J, Häfner S, Kächele H et al. The burn-out syndrome and restoring mental health at the working place. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2003 May;53(5):213-22.
61. Sürgevil O. Çalışma hayatında tükenmişlik sendromu: tükenmişlikle mücadele teknikleri. 1. baskı, Nobel Yayın, 2006
62. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE et al. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2002 Mar 5;136(5):358-67
63. Legassie J Zibrowski EM, Goldszmidt MA. Measuring resident well-being: impostorism and burnout syndrome in residency. *J Gen Intern Med*. 2008 Jul;23(7):1090-4
64. Shanafelt TD Dyrbye LN, Sinsky C Relationship Between Clerical Burden and Characteristics of the Electronic Environment With Physician Burnout and Professional Satisfaction. *Mayo Clin Proc*. 2016 Jul;91(7):836-48



65. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and satisfaction with work life balance among us physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 2012; 172: 1377-1385.
66. McClafferty H, Brown OW Physician health and wellness. *Pediatrics*. 2014 Oct;134(4):830-5
67. Gupta G, Schleinitz MD, Reinert SE et al. Resident physician preventive health behaviors and perspectives on primary care. *R I Med J* 2013 May 1;96(5):43-7.
68. Howe M, Leidel A, Krishnan SM et al. Patient-related diet and exercise counseling: do providers' own lifestyle habits matter? *Prev Cardiol*. 2010 Fall;13(4):180-5
69. O'Connor KGSE, Merline A, Cull W. Balancing work and personal life: a national comparison of pediatricians' perceptions across time. Washington, DC: Pediatric Academic Societies (PAS) Annual Meeting; 2013
70. Gautam M, MacDonald R. Helping physicians cope with their own chronic illnesses. *West J Med*. 2001 Nov;175(5):336-8
71. Raag M, Pärna K. Cigarette smoking and smoking-attributable diseases among Estonian physicians: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2018 Jan 30;18(1):194.
72. Huang C, Guo C, Yu S et al. Smoking behaviours and cessation services among male physicians in China: evidence from a structural equation model. *Tob Control*. 2013 Sep;22 Suppl 2:ii27-33
73. The sick physician. Impairment by psychiatric disorders, including alcoholism and drug dependence. *JAMA*. 1973 Feb 5;223(6):684-7.
74. Bazargan M, Makar M, Bazargan-Hejazi S et al. Preventive, lifestyle, and personal health behaviors among physicians. *Acad Psychiatry*. 2009 Jul-Aug;33(4):289-95
75. Dyrbye LN, West CP, Satele D, et al. Burnout among US medical students, residents, and early career physicians relative to the general US population. *Acad Med*. 2014;89(3):443–451
76. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*. 2004 Dec;161(12):2295-302.
77. Cydulka RK, Korte R. Career satisfaction in emergency medicine: the ABEM Longitudinal Study of Emergency Physicians. *Ann Emerg Med*. 2008 Jun;51(6):714-722

78. Lefebvre DC. Perspective: Resident physician wellness: a new hope. Acad Med. 2012 May;87(5):598-602



## XII. EKLER

### EK-1. Dekanlık Karar Formu



T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı



BİRİM / BÖLÜM : Fakülte Sekreterliği Birimi  
SAYI : 45803587 / 3854

26.02.2018

#### GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞINA

**İLGİ:** 21.02.2018 tarihli yazı.

Fakültemiz Acil Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Prof.Dr. Sedat YANTURALI'nın sorumlusu olduğu "Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde Çalışan Araştırma Görevlilerinin İyilik Halinin Değerlendirilmesi" isimli çalışmasının Etik Kurulu Onayı aldıktan sonra Fakültemiz tıpta uzmanlık öğrencilerine uygulanması Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

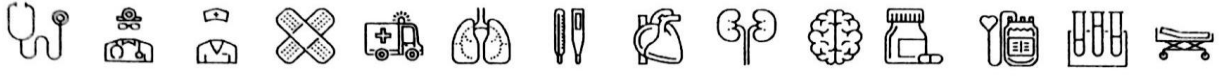
  
Prof. Dr. Ögüz DİCLE  
Dekan

**EK-2. Etik kurul karar formu**

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/06-19	Tarih:01.03.2018
	Prof.Dr.Sedat YANTURALI'nın sorumlusu olduğu "Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi'nde Çalışan Araştırma Görevlilerinin İyilik Halinin Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
<b>ETİK KURUL ÜYELERİ</b>		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Gül ERGÖR (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

## EK-3. Veri Toplama Formu



VERİ TOPLAMA FORMU

ANKET NO:

### DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN İYİLİK HALİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma görevlisi olarak çalışılan sürecin bireyin iyilik haline etkisi tartışılmaktadır. İyilik hali konusu son yıllarda güncel ve tartışılan konuların başında yer almaktadır. Bu konu ile ilgili sadece araştırma görevlilerinin yer aldığı çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma ile asistanlık sürecine yeni başlayacak ve devam etmekte olan kişilere iyilik hali ile ilgili yol gösterecek objektif veriler sunabilmeyi amaçladık.

Bu veriler çalışma bittikten sonra saklanmayacak ve başka araştırmada kullanılmayacaktır. Bu çalışmada yer almanız için size ücret ödenmeyecektir. Sizden veya Sosyal Güvenlik Kurumundan ücret talep edilmeyecektir. Çalışma sonuçları bilimsel ortamda paylaşılacak fakat size ait kimlik bilgileri ve özel bilgiler saklı kalacaktır. Yanıt vermek istemediğiniz soruyu geçme hakkına sahipsiniz. Aklınızdaki sorular için beni her zaman arayabilirsiniz.

Bu ankete katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederim. Saygılarımla...

Dr. Necati AKKAYA

Dokuz Eylül Üniversitesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı  
Telefon: 0542 429 82 51

1- Doğum yılı .....

2- Cinsiyet

Kadın  Erkek

3- Medeni Hal

Bekâr  Evli

4- Asistanken medeni hal değişikliği yaşadınız mı?

Evet  Evlendim  Boşandım  Hayır

5- Çocuğunuz var mı? Varsa sayısını belirtiniz.

Evet .....  Hayır

6- Tıpta uzmanlık dalınız .....

7- Mevcut bölümünüzde kaç aydır asistanlık yapıyorsunuz? .....

8- Ayda kaç nöbet tutuyorsunuz? .....

9- Çalıştığınız bölümden memnun musunuz?

Evet  Hayır

10- Asistanlığınız sürecinde istifa etmeyi düşündünüz mü?

Evet  Hayır

11- Aynı bölümü tekrar seçer misiniz?

Evet  Hayır

12- İş yerinde mutlu olduğunuzu düşünüyor musunuz?

Evet  Hayır

13- Çalışma dışındaki vakitlerinizde mutlu olduğunuzu düşünüyor musunuz?

Evet  Hayır

14- Arzu ettiğiniz dönemde yıllık izin alabiliyor musunuz?

Evet  Hayır

15- Resmi çıkış saatlerinde hastaneden ayrılabilir misiniz?

Evet  Hayır

16- Ailenize yeteri kadar vakit ayırabildiğinizi düşünüyor musunuz?

Evet  Hayır



### EK-3. Veri Toplama Formu



17- Mesleki gelirinizin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

- Çok yeterli  Yeterli  Kısmen  Yetersiz  Çok yetersiz

18- Kilonuz için

- Kilomu korumak için uğraşmıyorum  
 Kilo verdim  
 Kilomu koruyorum  
 Kilo alıyorum  
 Kilomu korumak için uğraşıyorum

19- Beslenme alışkanlığınızın dengeli/ düzenli olduğunu düşünüyor musunuz?

- Evet  Hayır

20- Düzenli egzersiz yapar mısınız? Cevabınız 'Evet' ise haftada kaç saat egzersiz yaparsınız?

- Evet .....  Hayır

21- Egzersiz türünüz genellikle nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Yürüyüş/ Koşu  Futbol  Yüzme  Aerobik/ Fitness  Bisiklet  Diğer .....

22- Hobiniz var mı? Cevabınız 'Evet' ise belirtiniz.

- Evet .....  Hayır

23- Yıllık sağlık taraması yaptırır mısınız?

- Evet  Hayır

24- Sağlık taramasında hangi testlere baktırırınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Hemogram  
 Böbrek fonksiyon testleri  
 Karaciğer fonksiyon testleri  
 Lipit profili  
 Tiroid fonksiyon testleri  
 Ultrason- bilgisayar tomografi  
 Diğer .....

25- Asistanlığa bağlı olduğunu düşündüğünüz sağlık problemi yaşadınız mı?

- Evet  Enfeksiyon  Ortopedik  Psikiyatrik  Nörolojik  İş kazası  Diğer .....  Hayır

26- Asistanlığınız süresince kronik hastalık tanısı aldınız mı? Cevabınız 'Evet' ise nedir?

- Evet .....  Hayır

27- İş yaşantınızla ilgili mahkemede bulundunuz mu?

- Evet  Hayır

28- Sigara kullanıyor musunuz?

- Evet ..... yıldır, günde ..... adet  Hayır

29- Alkol kullanıyor musunuz?

- Evet ..... yıldır  Hayır

30- Madde kullanımınız ya da denemeniz oldu mu?

- Esrar  Kokain  Bonzai  Amfetamin  
 Evet .....  Hayır

31- Asistanlığınız süresince ciddi uyku problemi yaşadınız mı?

- Evet  Hayır

32- Asistanlığınız süresince öz kıyım düşünceniz oldu mu?

- Evet  Hayır

33- Asistanlığınız süresince öz kıyım girişiminiz oldu mu?

- Evet  Hayır



### EK-3. Veri Toplama Formu



- 34- Asistanlığınız süresince depresyon/ anksiyete gibi psikiyatrik sorun yaşadınız mı?  
 Evet  Hayır
- 35-Asistanlığınız süresince psikiyatrik açıdan profesyonel destek/ yardım aldınız mı?  
 Evet  Hayır
- 36- Asistanlığınız süresince fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?  
 Evet  Hayır
- 37- Asistanlığınız süresince sözel şiddete maruz kaldınız mı?  
 Evet  Hayır
- 38- Asistanlığınız süresince yıldırma(mobbing) uğradığınızı düşünüyor musunuz?  
 Evet  Hayır
- 39- Asistanlığınız süresince tükenmişlik yaşadınız mı?  
 Evet  Hayır
- 40- Tükenmişlik ile nasıl başa çıkıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)  
 Spor yaparak  
 Uyuyarak  
 Arkadaşlarla ve aileyle daha fazla vakit geçirerek  
 Yalnız kalarak  
 Alkol alarak  
 Müzikle ilgilenerek  
 Aşırı yemek yiyerek  
 Sigara içerek  
 Madde kullanarak  
 Medikal tedavi alarak  
 Tatile çıkarak/ gezerek
- 41- Bölümizde tükenmişlik yaşamınıza katkısı olduğunu düşündüğünüz olay/ olayları işaretleyiniz.  
 Bürokratik işlemlerin fazlalığı (belge düzenleme, dosya girme)  
 Hasta ve hasta yakınlarının saygı eksikliği, iletişim sorunları  
 Yönetici, işveren, meslektaş ve ya personelin saygı eksikliği  
 Artan bilgisayar ve bilişim işleri  
 Hastanede çok vakit harcamak  
 Yoğun hasta yükü  
 Devlet politikaları  
 Maaş yetersizliği
- 42- Asistanlık sürecinizi göz önünde bulundurarak kişisel iyilik halinizi değerlendiriniz.  
 Çok iyi  İyi  Orta  Kötü  Çok kötü

