

T.C.  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON  
UZMANLIK EĞİTİMİ ALAN HEKİMLERDE İŞ  
STRESİ VE YAŞAM KALİTESİNİN  
NEDENSELLİĞİ VE ETKİLEŞİMİNİN  
ARAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ  
Dr. Mehmet Barış AÇIKGÖZ

Tez Danışmanı  
Prof. Dr. İdil TEKİN

Manisa, 2012

## ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan sayın hocalarıma, tezimi hazırlarken yardımlarını esirgemeyen danışman hocam sayın Prof. Dr. İdil TEKİN' e, asistanlığım boyunca desteklerini hissettiğim asistan arkadaşlarıma, bu güne kadar her konuda destek olan sevgili aileme, hayat arkadaşım eşime ve enerji kaynağım sevgili kızıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Mehmet Barış AÇIKGÖZ

## İÇİNDEKİLER

I.	GİRİŞ.....	1
II.	GENEL BİLGİLER.....	4
III.	GEREÇ YÖNTEM.....	22
IV.	BULGULAR.....	25
V.	TARTIŞMA.....	39
VI.	SONUÇ.....	47
VII.	ÖZET.....	48
VIII.	SUMMARY.....	50
IX.	EKLER.....	52
X.	KAYNAKLAR.....	62

## 1. GİRİŞ

Doktorluk mesleği doğası gereği stres barındırır (1, 2, 3). Uzmanlık öğrenciliği eğitimi deneyimindeki stres, nispeten düşük gelir ve ağır borç altında olmak, kişisel ve aile sorumluluklarının kompleks etkileşimini dengeleme zorluğunu içerir. Buna ek olarak rekabet gücü yüksek bir ortamda olmak, sosyal destek azlığı, izolasyon ve boş zaman eksikliği stres kaynakları olarak sayılabilir (1, 2). Uzun çalışma saatleri, nöbetler, uykusuzluk, fiziksel yorgunluk ve yüksek düzeyde sorumluluk doktorların çalışma hayatları boyunca sahip oldukları mesleki zorluklardır. Anestezi uzmanlık öğrencileri de özellikle gece nöbetlerinde, uzun süre uykusuz kalabilmekte, fazla iş yükü ile çalışmaktadırlar. Nöbet sonrasında da çalışmaya devam etmeleri, insan sağlığıyla uğraşan kişiler için hata yapma açısından risk teşkil etmektedir. Gece boyu süren uykusuzluk hali ile dikkat azalması ve bilişsel işlevlerdeki performansın düşmesi arasında belirgin bir ilişki saptanmıştır (4, 5).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1948'de, sağlığı "yalnızca hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" olarak tanımlamasından sonra, sağlıkla ilişkin iyilik halinin ölçülebilmesi için, yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetleri uygulamaları ve araştırmalarında giderek artan bir önem kazanmıştır (6, 7). Yaşam kalitesinin değerlendirildiği ilk araştırmalar 1973'de yayınlanmış, son yıllarda ise başta yeni programların ve tedavilerin maliyet kullanım analizlerinde olmak üzere, sayıları giderek artmıştır (6, 7, 8, 9). Yaşam kalitesi, bireylerin kendi kültürleri ve değerler sistemi içinde kendi durumlarını algılayış biçimidir. Kişinin fiziksel fonksiyonlarını, psikolojik durumunu, aile içindeki ve dışındaki sosyal

ilişkilerini, çevre etkilerini ve inançlarını da kapsamaktadır. Yaşam kalitesi kavramı çok boyutludur, zaman içinde değişim gösterebilir, bireylerin beklentileriyle ve yaşantısıyla ilişkilidir, bu nedenle objektif olarak ölçülmesi zordur (6, 10, 11). Tıbbın giderek ilerlediği günümüzde, sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, kişilerin yaşam kalitelerinin artırılmaları da hedeflenmektedir. Bu nedenle de iyilik hali ve yaşam kalitesini ölçülebilmesi konusunda giderek artan çaba gösterilmektedir (6, 12).

İstenilen nitelikte sağlık hizmeti verilebilmesi bu hizmeti sunanların niteliğiyle yakından ilişkilidir. Çalışanların yaşama ve çalışma koşullarına ilişkin sorunların giderilmesi sağlık hizmetinin aksaklıklarının azaltılması açısından önemlidir. Bunun için sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik çalışmaların yapılması gerekliliği ortaya çıkmış ve son zamanlarda önemle üzerinde durulmaya başlanmıştır (13, 14). Bütün hizmet alanlarında olduğu gibi sağlık hizmetlerinin de etkin yürütülmesi, çağdaş sağlık sistemine uygun örgütsel düzenlemeler, eğitim ve yasal alanlarda değişiklikler gibi sistemin yapısal boyutunu ilgilendiren çalışmalar ile birlikte birey boyutuna da önem verilmesi yoluyla gerçekleştirilebilir. Hizmetlerin etkinliği yanında göz ardı edilmeyecek bir başka nokta ise temel sağlığın korunması, yükseltilmesi ve geliştirilmesi olmalıdır. Sağlık personelinin öncelikle kendi bireysel sağlığının korunması, yükseltilmesi ve geliştirilmesi verdikleri, hizmetin amacına ulaşmasının temel koşuludur.

Günümüzde çalışma hayatı, kişilerin yoğun kaygılar yaşadıkları bir alandır. Özellikle sağlık alanı; yoğun stresler yaşayan hasta bireylerin yanı sıra, bu alanda görev yapanların günlük çalışmalarında sık sık stres yaratıcı olaylarla karşı karşıya kalmaları nedeniyle diğer iş ortamlarından farklılık göstermektedir (13, 15). Bugün Türkiye’de sağlık yardım hizmetlerinde görev yapmakta olan sağlık personeli pek

çok sorunla karşı karşıya hizmet sunmaya çalışmaktadır. Bunlar uzun çalışma saatleri, yorucu iş temposu, çalışma şartlarının uygunsuzluğu, eğitim olanaksızlığı, gelir düzeyinin düşük olması, kendine zaman ayıramama, yeterli uyku ve dinlenme olanağı bulamama, sosyal aktivitelere katılamama gibi yaşam kalitesini etkileyen alanlara yönelik sorunlardır.

Anestezi uzmanlık öğrencilerinin yaşam kalitesi ve iş stresi ile ilgili yeterli araştırma bulunmamaktadır. Bu çalışmada diğer tıp branşlarına göre daha ağır koşullarda çalıştığı öngörülen anestezi uzmanlık öğrencilerinin yaşam kalitesi ve iş stresi ile ilgili verilerin toplanması ve analizi planlanmış; stresi azaltmak ve yaşam kalitesini iyileştirmek için sonraki çalışmalara yol gösterici olabilmek amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Stres

#### 2.1.1 Stres Kavramı

Stres çok farklı biçimlerde tanımlanmıştır. Stres organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesiyle ortaya çıkan bir durumdur (16). Başka bir deyişle (17) stres, organizmayı etkileyen herhangi bir şeye karşı organizma tarafından yapılan genel bir davranımdır (18).

Bireylerin stres kaynakları karşısındaki algıları, yorum, düşünce ve inanç kalıpları farklıdır (19). Buradan hareketle stres, algılandığı biçimiyle, organizmayı etkileyen herhangi bir şey karşısında organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesiyle ortaya çıkan bir durum, olarak tanımlanabilir. Bu tanımlara bakıldığında, başta.Selye olmak üzere, çoğu yazarın "stres tanımı" olarak dystress'in tanımını yaptıkları görülmektedir. Bu makalede de "stres" kavramı, ıstırap verici stres (dystress) anlamında kullanılmıştır. Selye stresi, herhangi bir durum karşısında bedenin spesifik olmayan bir tepkisi olarak tanımlanmış ve yapıcı, olumlu bir güç olan "Eustress" ile yıkıcı, ıstırap verici "dystress'i birbirinden ayırmıştır (17, 20). ıstırap verici stres (Dystress), istenmeyen bir durumdur. Buna karşın, olumlu bir güç olan "Eustress", yaşanmasından hoşnut olunan, canlılık ve kazanç sağlanan bir durumdur (16).

Ancak, yapılan tanımlardan hiçbirisi stresi tanımlamada yeterli olamamıştır. Uluslararası Stres Enstitüsü'nü kuran Hans Selye, stres üzerine 38 kitap yazmıştır. Stres Enstitüsü Kütüphanesi'nde ise stres ile ilgili 130 bin kitap bulunmaktadır. Üzerine bunca kitap yazılan, açıklık, susuzluk gibi yaşamımızın bir parçası olan stresi tam olarak tanımlayabilme pek mümkün görünmemektedir (21).

### **2.1.2 Stresin Kaynakları**

Günümüzde hızlı değişim insanları doğruyu eğriden ayırmalarına olanak bırakmadan karar vermeye zorlamaktadır. Aynı toplum içinde, eski ve yeni arasındaki farklar, kültürel çalışmalara ve karşıt kültürlerin oluşmasına yol açmaktadır. İnsanlar geçmiş ve gelecekte yaşama yerine, şimdiki anı yaşamaya, düşünce yerine duygulara, törensel ilişki biçimleri yerine içten geldiği gibi davranmaya önem vermeye başlamışlardır (22). Bu değişme ve gelişmelerle birlikte yaşamımızda da çeşitli değişiklikler olmakta ve bu değişiklikler bireyler üzerinde değişik derecelerde strese yol açmaktadır. Eşin ölümü, boşanma, ayrı yaşama, bir yakının ölümü, evlenme, işe girme veya işten atılma, emekliye ayrılma, hamilelik, cinsel güçlükler, ekonomik sorunlar, çocukların evi terk etmesi, okula başlama, amirle münakaşa etme, taşınma, tatil, yaşamda gerçekçi amaçların seçilmemesi, birbiriyle çelişen amaçların seçilmesi, amaca ulaşmak için bireyin kendini aşırı zorlaması, hoşgörülü olamama, 'hayır' demesini bilememe, günü işle doldurma, işte bir öncelik sırası oluşturamama çeşitli derecede strese neden olmaktadır. Ayrıca, risk almayı öğrenmemiş olma, az şeyle yetinmeme, içten geldiği gibi davranmama, mevki edinme hırsı ve kendine zaman ayırmama stres için kaynak oluşturabilmektedir (21). Selye 'ye göre, aynı stres uyarıcısı bir bireyde olumlu duygular



uyandırırken, bir başkasında olumsuz duygular uyandırabilmektedir (17). Olumsuz duygular uyandıran strese "tahrip edici stres" (dystress) denir (18). Dystressin kaynakları dışsal-fiziksel-çevresel, içsel fiziksel, olumsuz benlik kavramı ve sosyo-kültürel kaynaklar olarak dört kategoride toplanabilir (18).

### **2.1.3 Stres Karşısında Gösterilen Tepkiler**

Stres tepkisi, "Genel uyum belirtisi" (General Adaptation Syndrome) olarak da bilinir. Genel uyum belirtisinin üç basamağı vardır: a) alarm dönemi, b) direnç dönemi, c) tükenme dönemi. Alarm dönemi, organizmanın dış uyarıyı stres olarak algıladığı durumdur. Direnç dönemi ise stres verici koşullara karşın uyuma elverişli bir durumdur. Bu dönemde vücudun direnci normalin üzerindedir. Bu direnç devam ettikçe bedenin savunması zayıflar. Sonunda bedensel tükenme dönemi başlar ve ölüm meydana gelebilir (16).

Bireyin stres karşısında gösterdiği tepkiler, atılgan, pasif ve saldırgan davranış kategorilerine ayrılabilir (25, 26). Atılgan davranışı yapan birey, stresin yarattığı problemle doğrudan doğruya yüzleşir ve onu çözmek için atılımlarda bulunur. Pasif ve saldırgan davranışlar problemle yüzleşmekten kaçışı sağlarlar ve ruh sağlığının bozulmasına katkıda bulunurlar (18).

Stres altındaki birey bazı duygular yaşar. Bireyin engellenmeye karşı geliştirdiği duygu kızgınlıktır. Kızgınlık duygusu genellikle bireyi atılım yapmaya ya da saldırgan davranışlara yöneltir. Eğer birey, sıklıkla engellenmelerle karşılaşır, kızgınlık duygusu düşmanlık duygusuna dönüşebilir. Kızgınlık ve düşmanlık duyguları yönetilmesi en güç duygulardır. Ayrıca, stres altındaki birey yetersizlik, güvensizlik,

değersizlik ve terk edilmişlik duyguları da yaşayabilir. Bu duygulara eşlik eden bazı düşünce ve davranışlar, örneğin: Karar vermede güçlük, alışılmış davranış biçimlerinde önemli değişiklik, en iyi olanı değil; garanti olanı seçmek; sigara, içki içme eğiliminin artması; sık sık hayal kurma, düşünceye dalma, kişisel hata ve başarısızlıklarını sürekli düşünme; cinsel yaşamda düşüncesiz davranışlar, alışılmıştan daha fazla titiz çalışma, konuşma ve yazıda belirsizlik ve kopukluk, önemsiz konularda aşırı endişelenme veya tam tersine gerçek problemler karşısında ilgisizlik ve kayıtsızlık; sağlığa aşırı ilgi, uyku bozukluğu, ölüm ve intihar düşüncelerinin sık sık tekrarlanması görülebilir (22, 16).

#### **2.1.4 Stresin Kontrolü**

Eğer, stres kontrol altına alınabilirse, bireyin amaçlarını ve umutlarını gerçekleştirmesini engelleyen etmenleri aşması için ona cesaret verecek bir unsur olabilir. Şayet stres, bireyin kontrolünden çıkarsa hastalığa, başarısızlığa, hatta erken ölüme bile neden olabilir. Bireyin mutluluğunu, sağlığını, güvenliğini, kendine olan saygısını ve zihinsel dengesini tehdit eden durumlarda, stres, bireyi erken uyaran bir sistemdir. Ancak, bazı insanlar strese karşı, bir diğerine kıyasla, daha dayanıklıdır. Bireyin gelecekteki sağlığı, mutluluğu ve başarısı karşılaşılabilecek strese uyum sağlayabilmesine ve dayanıklılığına bağlıdır. Eğer, bu uyum ve dayanıklılığı sağlayamazsa, bireyde hastalık, depresyon, kendine olan saygısını kaybetmesi ve başarısızlık durumları ortaya çıkabilir. Stres, sadece aşırı boyutlara ulaşırsa hastalık ve gerginliğe yol açar. Peptik ülser, hipertansiyon, kalp hastalıkları ve baş ağrılarının stres hastalıklarından oldukları bilinmektedir. Fakat stresten kaçmak mümkün değildir. Stresten kaçmaya çalışmak yemekten, içmekten, çalışmaktan veya sevgiden

kaçmak gibi bir şey olur. Amaç stresle başa çıkmayı öğrenmek olmalıdır. Stres ile başa çıkmayı öğrenenler, yaşamın acı taraflarını görmeden, onun getirdiği olanaklardan güvenle yararlanabilirler (21). Büyük bir stresten çok, küçük çaplı bir stresin üst üste binmesi ve uzun süre devam etmesi, stresin birey üzerindeki etkisini artırmaktadır. Stresin birey üzerinde kısa ve uzun dönemli etkileri vardır. Bedensel düzeyde stres tepkisi karşısında, depolanmış şeker ve yağ kana karışır; solunum sayısı, kandaki alyuvarlar, kalp vuruş sayısı, kan basıncı, kas gerilimi artar; kan pıhtılaşma mekanizması harekete geçer. Hipofiz bezi uyarılır, bütün duyumlar artar, göz bebekleri büyük ve sindirim yavaşlar veya durur. Fiziksel, iş ile ilgili, çevresel, sosyal ve ruhsal stres verici kaynaklar, kısa dönemli fizyolojik, duygusal ve zihinsel etkiler yaparlar. Stresin uzun dönemli etkileri ise baş ağrısı, hipertansiyon, kalp hastalıkları, kronik anksiyete, depresyon, düşünce ve hafıza kusurları biçiminde görülebilir. Sonuçta stres, üretkenliğin azalması, yaşamdan zevk alamama, ilişkilerde uzaklaşma biçiminde, çeşitli kronik hastalıklara da neden olarak, kendini gösterebilir (16, 21).

### **2.1.5 Stres ve hekimlik mesleği**

Bireyin, gelişen dünyanın beklentilerine karşılık verebilmesi ve potansiyelini ortaya koyabilmesi, fiziksel ve zihinsel becerileri kadar çevresel koşulların bireye uygunluğuyla da ilişkilidir. Bireyin beden ve ruh sağlığını bozan zararlı etkenlerin ortadan kaldırılması, önlenmesi, çalışan insanın bedensel, ruhsal özelliklerine uygun iş alanlarının bulunması, işin insana, insanın işe uygun olması önemlidir. Çalışma ortamındaki beklentiler, bireyin kaynakları ile uyum içinde ise sağlıklı ve verimli bir çalışma ortamından söz edilebilir. Çevreden gelen talepler, bireyin öz kaynaklarının sınırını

aştığında, stres başlar (27).

Stres, çalışanların verimlilik, performans, tatmin ve davranışlarını doğrudan etkilemektedir. Stres hem bireysel hem de örgütsel nedenlerle ortaya çıkabilmektedir. Bireysel stres kaynakları, kişilik, rol belirsizliği ve rol çatışmasıdır (28). Rol belirsizliği, çalışanın görevlerini yerine getirirken istenilen ve beklenen performans düzeyini yakalayabilmesi için gerek duyduğu bilgiden yoksun olması halinde ortaya çıkmaktadır (29). Rol çatışması ise, çalışanın iş yerinde birbiriyle çelişen görev ve sorumluluklarla karşı karşıya kalması halinde ortaya çıkmaktadır. Stres doğal bir olaydır ve her örgüt için kaçınılmaz bir sonuçtur. Stresli ortamlarda çalışan işgörenlerde psikolojik tatminsizlik meydana gelmekte ve bunun sonucunda fiziksel ve zihinsel davranış bozuklukları oluşmaktadır (30).

İş stresi, bireyin yeteneklerine ve fiziksel ya da psikolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan ve bireyde gerilim yaratan durum olarak tanımlanmaktadır. İş stresi çalışma ortamında ortaya çıkmakta ve çalışanlar için potansiyel bir zorlanma durumu olmaktadır.

Sağlık alanındaki çalışma ortamlarında iş stresi nedenleri; sağlık bakım yaklaşımları ve organizasyon değişiklikleri sonunda ortaya çıkan yeni uygulama ve beklentiler, çalışma ortamı, iş yükünün fazla olması, kişilerarası ilişki sorunları, yoğun bakım gerektiren veya ölmek üzere olan hasta ile çalışma olarak sıralanmaktadır. Sağlık hizmeti verilen çalışma alanı, hem yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesi, hem de çalışan personelin stres yaşantıları ile çok sık karşılaşması nedeniyle, diğer çalışma alanlarına göre iş stresinin daha fazla yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir (31). Ayrıca sağlık personeli iş çevresi, işin doğası, görev ve etkileşimin çeşitliliği nedeniyle strese karşı daha da

savunmasızdırlar. Sağlık hizmeti ve bakım verenler, beklentiler ile bu beklentileri karşılayacak kaynak arasındaki dengesizlikten oldukça yüksek düzeyde etkilenen bir meslek grubunun üyeleridir (22, 23).

Stresin etkilerini gözlemek ve erken koruyucu önlemler almak mümkündür. Stres belirtileri kişiden kişiye değişir. Bu nedenle her insanın kendine özgü stres belirtileri vardır. Genelde stresten etkilenen kişilerde baş ağrıları, boyun tutulması veya sırt ağrıları görülebilir. Kişi olaylar karşısında çok hassastır. Ortada bir şey yokken başkalarına bağırıp çağırır. İyi uyuduğu bir geceden sonra bile tükenmişlik hissi vardır. Bu tür belirtiler stresi tanımak ve onunla başa çıkmak için ilk adımdır.

## **2.2 Yaşam Kalitesi**

### **2.2.1 Yaşam Kalitesinin Tanımı**

Kalite, ulaşılmak istenen mükemmellik düzeyidir ve hizmete üstünlük, kusursuzluk getirir. Kalite, kişisel duygu ve hislerden bağımsız somut kriterlere (ölçü, sayı, süreç, süre, test) bağlı olarak ölçülebildiği için nesnel ve kişisel değer yargılarından, beğenilerden ve psikolojiden (duygu, heyecan, tatmin, tercih, değer yargısı, tutum) etkilendiği için de öznel bir kavramdır. Yaşam kalitesi kavramı oldukça geniş kapsamlıdır ve bu nedenle de literatürde tartışmalar halen devam etmektedir (37). Yıllar boyu araştırmacılar, yaşam kalitesi ile ilgili çeşitli tanımlar yapmışlardır. Araştırmaların çoğu yaşam kalitesini; mutluluk, doyum, uyum olarak tanımlamışlardır ve yaşam kalitesi kavramı; yaşam doyumunu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk ile

eşanlı olarak kullanılmıştır (38). Ancak; yaşam kalitesinin en önemli belirleyicilerinden biri olan yaşam memnuniyeti bireyseldir. Yaşam kalitesi daha geniş bir kavramdır (39). Yaşam kalitesi kavramının boyutları, çalışmalara göre farklılık göstermektedir. Mc Sweeney; yaşam kalitesi kavramını emosyonel fonksiyon, sosyal rol fonksiyon, günlük yaşam etkinliklerine katılım ve eğlence; Linn ve Linn; depresyon, özsaygı, yaşam memnuniyeti ve yaşam doyumunu; Nordenfelt ise sadece mutluluk olarak tanımlamaktadır (40, 37, 39). Naes yaşam kalitesi kavramının tanımlanmasında kendini gerçekleştirmeye önem vermekte ve yaşam kalitesini, kişinin etkinliği, başka insanlarla iyi ilişkileri, özsaygı ve mutluluk düzeyi olarak ifade etmektedir. Yaşam kalitesini sosyolojik açıdan ele alan Bertero, ise bu tanımlı bağımsızlık, sevmeye ve esenlik olmak üzere temellendirmekte ve olumlu yaşam davranışları olarak geniş bir boyutta ele almaktadır (37).

### **2.2.2 Tıpta Yaşam Kalitesi Kavramı Tanımı, Kullanım Alanları**

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlıkla doğrudan ya da dolaylı olarak ilgili birçok faktörü içine alan geniş bir kavramdır. Genel yaşam kalitesi kavramında olduğu gibi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi konusunda da kabul görmüş evrensel tek bir tanım bulunmamaktadır (41). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bileşenlerine ilk kez, 1948 DSÖ Anayasasında yer alan sağlığın tanımı içinde rastlamaktayız. DSÖ; sağlığı sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Daha sonraki yıllarda yapılan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi tanımlamalarının hemen hepsinde bu bileşenler yer almaktadır (41). DSÖ sağlıkla ilgili yaşam kalitesini; içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin

yaşamdaki pozisyonlarını algılaması olarak tanımlamaktadır (41). Öte yandan, DSÖ' nün 21.yy hedefleri arasında çalışabilir yaştaki nüfusun sağlık durumunu iyileştirmeye yönelik politikalar önemli yer tutmaktadır. Sağlık çalışanlarının gelişimi ve performansı, sağlık sisteminin etkili çalışması açısından büyük önem taşımaktadır. Sağlıkta gelişimin odak noktası pozitif sağlıktır. Pozitif sağlık yaşam kalitesinin sağlıklı bir fiziksel, toplumsal ve ekolojik ortamda sağlıklı yaşam biçimleriyle artırılması anlamına gelir. Başlıca duyarlılık noktası yaşam kalitesinin artırılmasıdır. 'Her bireyin sağlıklı, toplumsal, ekonomik ve ruhsal anlamda üretken olması ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olması' gereği DSÖ'nün 21.yy hedefleri içinde yer almaktadır (39).

### **2.2.3 Yaşam Kalitesinin Tarihçesi**

Kaliteli yaşamın ne olduğu yıllarca filozofların tartışma konusu olmuştur. Günümüzden 2000 yıl önce Tatarkiewicz mutluluğun doyumun bir çeşidi olduğunu belirtmiştir. Bu tanım günümüzde ki yaşam kalitesi kavramını da içermektedir (42). Yaşam kalitesi kavramı, kişinin duygusal, sosyal ve fiziksel iyilik halini ve günlük yaşamındaki fonksiyonlarını sürdürebilmesine dayanan bir tanımlamadır. Yaşam kalitesi kavramının önemi, sağlık, hastalık ve tedavide hastanın deneyimlerinin anlaşılması için ölçümü yeniden geliştirmesi ve düzenleme yapmasıdır (43). Yaşam kalitesi, genel bir iyilik hali olmasının yanında bir çeşit memnuniyeti simgelemektedir. Yaşam kalitesi kavramı ile sağlığın, fiziksel, maddi, ailesel, duygusal iyilik hallerinin nesnel ve öznel olarak değerlendirilmesi anlaşılmaktadır. Nesnel değerlendirmeler, kişilerin fiziksel sağlığı, geliri, içinde yaşadığı konutun kalitesi, arkadaşlık ilişkileri, fizik aktivite, sosyal roller, politik

ortam gibi yaşam koşullarının tanımlanmasına dayanır. Öznel değerlendirmeler ise, bu koşullardan kişinin aldığı tatmini anlatmaktadır (44). Yaşam kalitesi kavramını ilk kez Thorndike, sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi olarak tanımlamıştır. Andrews ve Withey yaşam kalitesi kavramını, bireylerin doyumu ve onların sosyal ilişkilerinin kesişimi, Weinstein ve Frankel ise, bireyin kendi yaşamında doyum bulması ve mutluluk kapasitesi olarak tanımlamışlardır (45).

Evans ve arkadaşları, yaşam kalitesini objektif ve subjektif göstergeler olarak iki bölümde incelenmesini önermişlerdir. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri temel olarak fiziksel iyilik hali olarak açıklanmakta ve bireyin sosyoekonomik durumu, evdeki durumu gibi fiziksel aktivitelerini yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık semptomları, sağlık durumu ile ilgili konuları kapsamaktadır. Subjektif göstergeler de bireyin psikolojik durumunu yansıtmaktadır ve emosyonel iyilik hali, yaşam doyumu, psikolojik etki ile ilgili konuları kapsamaktadır (45, 46, 47). Tüm disiplinlerin ortak olarak kabul ettikleri görüşe göre, yaşam kalitesi bireyin kendini nasıl hissettiği yani, kendi yaşamına ilişkin sübjektif doyumudur. Subjektif göstergeler bireylerin yaşadıkları, objektif göstergeler ise subjektif göstergeleri yaşatan etmenler olması nedeniyle McCall ve Compell, yaşam kalitesinin hem subjektif hem de objektif göstergelerini kabul etmişler ve desteklemişlerdir (45). Yaşam kalitesi kavramı 1960 'lı yıllarda ABD'de politik tartışmalardan kaynağını alan ve o yıllardan sonra kullanımı yaygınlaşmaya başlayan oldukça yeni bir kavramdır (48, 49). Bu amaçla kullanılmasının nedeni gelirin, eğitimin, sağlığın ve barınmanın yaşam kalitesi ile yakından ilişkili olmasıdır. Ekonomistler ise yaşam kalitesini ilk kez Gayri Safi Milli Hasıla' nın hesaplanmasında bir gösterge olarak kullanmışlardır (47, 50). Daha sonra yaşam kalitesi kavramı sosyal bilimlere doğru genişlemeye



başlamış ve yaşam biçimi olarak ele alınmıştır. 1970'li yıllarda psikoloji alanında yapılan çalışmalarda yaşam kalitesinin işlevsel değerlendirilmesi genellikle bireyin yaşam hakkında sahip olduğu doğrudan ve dolaylı algısı üzerine temellenmektedir (51). Burada ilk defa subjektif iyilik halinin objektif yaşam şartlarının sağlanmasının ötesinde, bu şartlardan tatmin duyulup duyulmamasına bağlı olduğu belirtilmektedir (52, 53). Sonuç olarak yaşam kalitesi, objektif durumların ötesinde bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumudur. Bazı çalışmalarda belirlendiği gibi kişinin objektif yaşam durumu uygun olmasa da subjektif iyilik hali ve yaşam kalitesi doyumunu yüksek olabilmekte ve böylece bu görüş desteklenmektedir (54, 55). Sağlık durumunun değerlendirilmesinde fizik ve klinik muayenenin ötesindeki günlük aktiviteler, kendine bakabilme ve aktif iş hayatında çalışabilme gibi sosyal etkenleri dikkate alan ölçeklerin ilk örneği 1947 yılında önerilen Karnofsky Performans Ölçeği'dir. Hastanın sağlık durumu 0 (ölüm) ile 100 (hastalık belirtisi yok) arasında skorlayan ve klinisyen tarafından değerlendirilen bu basit ölçeğin arkasından izleyen yıllarda, fonksiyon yeterliliği ve günlük yaşam aktivitelerini değerlendiren (örneğin Barthel indeksi) çok sayıda ölçek geliştirilmiştir. Bu ilk ölçekler halen bazı kaynaklarda yaşam kalitesi ölçekleri olarak tanımlansalar da, şu anda kullanımda olan ölçekler ile karşılaştırıldığında sağlıklı olma durumunu bütünsel olarak değerlendirmekten uzaktırlar (56). Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile) ya da Nottingham Sağlık Profili gibi sağlığı göreceli olarak daha bütün algılayan ve fiziksel fonksiyon görebilmenin yanı sıra stres, yaşamdan haz alma ve psikolojik bulguları da kapsayan ölçeklerin geliştirilip kullanılmaya başlaması 1970'li yılların sonlarına doğru olmuştur. Şuanda da yaygın olarak kullanılan Görsel Analog Ölçeği (Visual Analogue Scale-VAS), ilk defa 1976 yılında tanımlanmış ve meme kanseri hastalarında kullanılmıştır. Bu ölçek termometre

benzeri dikey bir çizgi üzerinde 'en iyi' ve 'en kötü' olarak tanımlanan sağlık durumlarını gösterir ve hastanın kendi sağlık durumunu bu ölçek üzerinde işaretlemesi metoduna dayanmaktadır (56). Yukarıda sözü edilen çalışmalar, sonraki yaşam kalitesi araştırmalarının temelini oluşturmuş, üretilen kurumsal modeller doğrultusunda çok sayıda yeni araştırma ölçeği önerilmiştir. Bunlar arasında yaşam kalitesini, bireyin yaşamdan beklentileri ile elde ettikleri arasındaki fark ile ilişkilendirilen 'Calman'ın beklenti modeli', bireylerin yeterlilik ve gereksinimlerini karşılayabilme düzeyleri ile ilişkilendirilen 'gereksinim modeli' ve en önemlisi teorik dayanağını karar alma teorisinden alan 'tercihe dayalı ölçekler' sayılabilir. Yeni gelişen yaşam kalitesi ölçeklerinin ortak özelliği duygulanım, stres düzeyi, yüklenilen sosyal rol ve bilişsel fonksiyonlar gibi sağlığın öznel bileşenlerinin yoğunlukla dikkate alınması ve bunların fiziksel sağlıkla ilişkilendirilmesidir (56). Son 20-25 yıldır, sağlık hizmeti verenler ve araştırmacılar, sağaltım yöntemlerinin hastanın yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini sınaama, onların iyilik düzeylerini tanımlama konusunda giderek artan çaba göstermektedirler. Bunun sonucu olarak iyilik hali ve yaşam kalitesini ölçülebilir kılma girişimleri sonuç vermekle birlikte giderek sağlık, ekonomi, toplumsal ve benzeri farklı boyutlar, bu araçların kapsamında yer almaktadır (57).

## **2.2.4 Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**

### **2.2.4.1 Yaşam Kalitesi ile ilgili Kavramlar:**

a. Sağlık durumu, sağlık algılaması: Sağlık durumu biyolojik, fizyolojik veya işlevsel bozuklukları ve belirtileri dikkate alarak bireyin göreceli

iyilik veya hastalık halidir. Sağlık algılaması (veya algılanan sağlık) bireyin sağlık durumundan etkilenen öznel değerlendirmedir (58, 59). Bazı insanlar bir veya daha çok kronik hastalık nedeniyle sıkıntı çekerken kendilerini sağlıklı saymakta, bazıları ise nesnel bir hastalık belirtisi yokken kendilerini hasta algılamaktadırlar.

b. İşlevsel durum (Functional status): Bireyin temel gereksinimlerini karşılamak, her zamanki rolünü, sağlık ve iyilik halini sürdürmek için günlük işlevlerini yerine getirmedeki yeterliliğidir (58, 60). İşlevsel kapasite, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal alanlardaki günlük işlevleri yerine getirmedeki en yüksek kapasitesini yansıtırken, işlevsel performans günlük yaşam akışı içindeki işlevleri içermektedir (59). Herkes tarafından iyi olarak değerlendirilen ancak kendisini hasta olarak gören bir kişinin kapasitesinden daha düşük işlevsel performansa sahip olabileceği üzerinde durulmaktadır (61).

c. Ruhsal durum (Mood): Ruhsal durum uzun ve kısa süreli streslere (örneğin sağlık durumundaki değişiklikler) verilen duygusal yanıtıdır. Bireyin dünyaya karşı gösterdiği yüzü olarak tanımlanabilir. Depresyon, anksiyete veya kızgınlık, fiziksel hastalıklar ile birlikte olabilen ve bireyin işlevsel performansını, sağlık algılarını ve yaşam kalitesini etkileyen duygusal durumlardır (59, 62, 63, 64).

d. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SİYK) (Health-Related Quality of Life): SİYK bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. SİYK sağlık hizmet durumunun alanına giren etkenlerle doğrudan ilişkisi nedeniyle yaşam kalitesinden ayrılmaktadır (61). Genel olarak SİYK değerlendirilmesi, sağlıkla ilgili değişkenlerin (örneğin hastalık veya tedavi), genelde (genel SİYK) veya belli bir hastalığı olanlarda (duruma özel SİYK) önemli olan yaşam olaylarıyla ilişkisini yansıtmaya çalışmaktadır (65, 66). Fitzpatric ve arkadaşları birçok yaşam kalitesi ölçeğini inceleyerek

bunların içerik ve yapılarını karşılaştırarak, bu ölçeklerin çoğunda ortak olarak bulunan yaşam kalitesi boyutlarını şöyle sıralamışlardır (67).

- Fiziksel fonksiyon; örneğin hareket kabiliyeti, özbakım
- Emosyonel fonksiyon; örneğin depresyon, anksiyete
- Sosyal fonksiyon; örneğin cinsel hayat, sosyal destek, sosyal ilişki
- Rol performans; örneğin iş hayatında ve günlük ev işlerinde
- Ağrı
- Diğer semptomlar; örneğin yorgunluk, bulantı, hastalığa özgün farklı semptomlar Yaşam kalitesinin ölçümlerinin tıpta kullanım alanları Fitzpatric ve arkadaşları tarafından şöyle sıralanmıştır;
- Bireysel hasta takibinde psiko -sosyal problemlerin kişisel düzeyde araştırılması ve takibi amacı ile,
- Sağlık hizmetlerinin veya tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi çalışmalarında,
- Klinik çalışmalarda,
- Sağlık planlayıcılarının ve sağlık ekonomistlerinin fiyat-fayda analizlerinde (67).

Her bir yaşam kalitesi alanındaki doyum, kişiden kişiye değişir, her bir alanın önemi de kişiden kişiye değişir ve yaşam kalitesini eşit olarak etkilemez. Bireyin yaşamını etkileyen boyutlardan her biri değerlendirmede yer almalıdır (68). Bugün dünyada kullanılan genel amaçlı ya da hastalığa öznel olarak geliştirilmiş çok sayıda anket bulunmaktadır. Bunlar işlevsel beceriyi, psiko-sosyal iyilik halini, sosyal desteği, yaşamdan memnuniyeti ve moral durumunu ölçen ve daha geniş anlamda sağlıklılık durumunu belirleyen anketler olarak sınıflandırılabilir (68).

#### **2.2.4.2 Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler**

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

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

- Hastalık Etki Ölçeği ( Sickness Impact Profile)
- Nottingham Sağlık Ölçeği (Nottingham Health Profile)
- McMaster Sağlık İndeks Anketi (McMaster Health Index Questionnaire)
- Tıbbi Sonuç Çalışması (Medical Outcome Study General Health Survey)
- Duke Sağlık Ölçeği (Duke Health Profile)
- Esenlik İndeksi (Index of Well-Being-IWB)
- Spritzer Yaşam Kalitesi İndeksi (Spritzer Quality of Life Index-SQLI)
- Dartmouth COOP Function Charts
- WHOQOL (World Health Organization Quality of Life)
- Medical Outcome Study SF-36 sayılabilir (57, 50, 49, 69, 70).

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

-Pediatrik Astım Yaşam Kalitesi Anketi (PAQLQ)

-McGill Ağrı Anketi

-Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS)

-Barthel Engellilik İndeksi sayılabilir.

Yaşam kalitesi ölçeklerinin oluşturulması ve geliştirilmesi yoğun emek gerektiren bir süreç olduğundan, başkaları tarafından geliştirilmiş, geçerliliği ve güvenilirliği denenmiş ölçeklerin değişik toplumlarda kullanımı yaygınlaşmaktadır. Ayrıca bu yolla farklı toplumlardan elde edilen verilerin karşılaştırılması da kolaylaşmaktadır. Bununla beraber, başka toplumlar üzerinde geliştirilen ölçekleri yeni toplumlara doğrudan uygulamadan önce dikkat edilmesi gereken bazı noktalar vardır. Ölçeklerin yeni toplum ve kültüre uyumlu hale getirilme sürecindeki iki önemli aşama; ölçek içeriklerinin, kavram ve dil açısından anlam eşitliğinin sağlanması ile ölçüm özelliklerinin toplum üzerinde denenmesidir (69, 70). Ülkemizde de uluslar arası düzeyde yaygın kullanılan bazı ölçeklerin Türkçe'ye çevrilip geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirilmesinin yapılması yönünde çabalar vardır. SF-36 (short form 36) ve WHOQOL-BREF (World Health Organisation

Quality of Life. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form) Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlikleri sınanmıştır (71).

WHOQOL-BREF TR (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form Türkçe Uyarlanmış Hali);

Dört alt alandan oluşmaktadır ;

1- Bedensel alan: Gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara veya tedaviye bağımlılık, canlılık, bitkinlik, bedensel hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme bölümlerinden oluşur.

2- Ruhsal Alan: Beden imgesi ve dış görünüşü; olumsuz duygular; benlik saygısı; olumlu duygular; maneviyat, din, kişisel inançlar, düşünme, öğrenme, bellek ve dikkat toplama bölümlerinden oluşur.

3- Sosyal ilişkiler alanı: Diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam bölümlerinden oluşur.

4- Çevre Alanı: Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik ve emniyet, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım, ulaşılabilirlik ve nitelik, ev ortamı, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ve bunlara katılabilme, fiziksel çevre ve ulaşım bölümlerinden oluşur.

### **2.2.5 Sağlık Personeli ve Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi göstergeleri başlıca; birey yada ailenin gereksinimlerini karşılama, çevre üzerinde denetim kurma, kendini geliştirebilme ve anlamlı yaşam sürdürebilme olarak sıralanabilir. Bütün bunları bütünleyen toplumsal ve çevresel nitelikler de kapsama alındığında çalışma koşulları, yaşanan çevre koşulları, hizmetlerden yararlanma ve toplumsal ilişkiler önem kazanmaktadır (71, 39).

Çalışma koşullarındaki iyileşme ve zorluklar genel yaşam koşullarını da etkilemektedir. Buna bağlı olarak işin insancillaştırılması her alanda yaşam koşullarının niteliğinin yükseltilmesini öngören yaşam kalitesinin temel ögesidir (72). Yoğun dikkat ve özen, teknik bilgi ve beceri gerektiren işlerde çalışıyor olma, bir süre sonra isteki verimlilik ve isteği olumsuz etkileyebilir (73). Çalışanların iş doyumunu meslek ve bireysel gelişimi, performans değerlendirilmesi, güdülenmesi ve verilen hizmetin kalitesi ile ilgilidir. Bu konuda çalışmalara gereksinim bulunmaktadır. Çalışanın moralini yüksek tutmak ve verilen hizmetlerin kalitesini korumak önemli bir yönetim ve eğitim sorunudur (39). Çalışanların iş dışındaki yaşamının da işe karşı takınacağı tutum üzerine olumlu etkilerinin olacağı öne sürülmektedir. En önemlilerinden biri aile yaşamıdır. Aile yaşamında mutlu olmayanlar genellikle işe karşı isteksiz ve kaygısızdırlar. Yaş ve cinsiyet de çalışma yaşamını etkilemektedir. Bireyin bedensel, maddi, bireysel, duygusal yaşam tarzı ve yaşı stres yaratan öğelerdir ve yaşam kalitesinin belirleyicilerindendir (74, 75, 39). Çağdaş yönetim anlayışında örgütün başarısında en önemli öge insan olarak kabul edilmektedir. İnsanlar yaşamları boyunca iş ve özel yaşantıları arasında denge aramaktadır. İnsana önem veren örgütler bireyin çağdaş yaşam koşulları içinde bulunmasına özen göstermelidir (76).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1 Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma, Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlık eğitimi alan hekimlerde iş stresi ve yaşam kalitesi arasındaki nedensellik ve etkileşimi araştırmak amacıyla yapılacak kesitsel bir çalışmadır.

#### **3.2 Araştırma Evreni ve Örneklem**

Bu araştırmanın evreni Ege Bölgesinde Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlık eğitimi veren kurumlarda eğitim almakta olan uzmanlık öğrencileridir. Örneklem seçilmeyecek, evrendeki bireylerin tümüne ulaşmak hedeflenmiştir.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına göre olmuştur.

#### **3.3 Araştırmanın değişkenleri**

Bu araştırmada hastalara tanımlayıcı özelliklerinin sorgulandığı bir anket formu ile Karasek modeli iş stresi ölçeği ve WHOQOL-BREF-TR yaşam kalitesi ölçekleri uygulanmıştır (Ek 1).

Araştırmanın bağımlı değişkeni bireyin yaşam kalitesi boyutlarının (bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel) düzeyidir. Diğer tüm değişkenler (iş stresi de dahil olmak üzere) bağımsız değişkendir.

Tanımlayıcı bölümde yaş, cinsiyet, medeni hal, çocuk sayısı, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, yaşadığı evde kiracı ya

da ev sahibi olduğu, uyku kalite ve süresi, iş yerine ulaşım güçlüğü yaşayıp yaşamadığı, gelir algısı, eğitim yılı, günlük çalışma saati, haftalık çalışma saati, aylık nöbet sayısı, nöbet izni olup olmadığı, eşlik eden hastalık sorgulanmıştır.

### **3.4 Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli**

Bu çalışma için 06/2012 ve 09/2012 tarihleri arasında, Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlık eğitimi alan hekimlere yüz yüze araştırma hakkında bilgi verilmiş ve çalışma öz yanıtlama anket yöntemiyle uygulanmış, eğitim kurumlarında kurulmuş olan seçim sandığı benzeri sandıklardan belirli aralıklarla anketler toplanmıştır.

### **3.5 Verilerin Değerlendirilmesi**

Veri analizinde SPSS 15.0 kullanılmış, Yaşam Kalitesi puanları normal dağılım göstermediğinden dolayı normal skorları kullanılarak Blom formula ile dağılım kendi içinde sıralanmış ve median skordan ikiye ayrılmıştır. Median skorun üzerinde kalanlar iyi yaşam kaliteli, altında kalanlar düşük yaşam kalitesini ifade etmektedir.

Benzer durum İş stresi ölçeği puanlarında da uygulanmış, ölçek puanları tertillerine ayrılmıştır. Sonra birinci tertil için düşük, ikinci tertil için orta, üçüncü tertil için yüksek sınıflaması yapılmıştır.

### **3.6 Analitik Çözümleme**

Tek değişkenli analizde students t testi uygulanmıştır. Çok değişkenli analizde ise lojistik regresyon analizi ve lineer regresyon analizi yapılmıştır.

Yaşam kalitesi median değerden ikiye (yüksek, kötü) ayrılmıştır. Böylece dikotom veri oluşturulmuştur. Böylece yaşam kalitesinin lojistik regresyon analizi ile diğer değişkenlerden ne kadar etkilendiği analiz edilmiştir.

Lojistik Regresyon analizinde herbir yaşam kalitesi boyutu için iki farklı model oluşturulmuştur. Birinci model tek değişkenli analizden anlamlı çıkan değişkenler modele dahil edilerek yapılmıştır. İkinci modelde iş stresi boyutları tek değişkenlide anlamlı sonuç vermesede model içerisine dahil edilmiştir.

Lojistik regresyon analizi sonuçları olasılıklar oranı (odds ratio) ve %95 güven aralığında sunulmuştur.

Yaşam kalitesi bağımlı değişkenini diğer değişkenlerin ne oranda etkilediğini araştırmak için lineer regresyon analizi yapılmıştır.

Lineer Regresyon analizi yapılmış, sonuçları belirleme katsayısı ( $R^2$ ) ve p değerleri verilmiştir.

## 4. BULGULAR

### 4.1 Tanımlayıcı bulgular

Çalışmamızın evrenindeki Ege Üniversitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Celal Bayar Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, İzmir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi ve Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Tıpta uzmanlık öğrencileri toplam 111 kişiydi, çalışmamıza 106 kişi katıldı; 2 kişi doğum izninde, 3 kişide çalışmaya katılmak istemediği için çalışmaya alınmadı.

Çalışmamıza katılanların % 40.6' sı 29 yaş altında, % 46.2' si 30-34 yaş aralığındaydı. % 11.3' ünün kronik veya psikiyatrik hastalığı mevcuttu. % 54.7' si kadın, %55.7' yalnız yaşıyordu. %72,6'sının çocuğu yoktu. % 34.9' u halen sigara içmekte, % 66' sı ara sıra % 21.7' si sürekli alkol almaktadır. % 71.7' si kiracıydı (Tablo 1)

**Tablo 1.** Araştırmaya katılanların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı.

Değişkenler	Sayı	Yüzde
<b>Kronik veya psikiyatrik hastalık varlığı</b>		
Evet	12	11,3

Hayir	94	88,7
<b>Yaş</b>		
25-29	43	40,6
30-34	49	46,2
35+	14	13,2
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	48	45,3
Kadın	58	54,7
<b>Medeni durum</b>		
Birlikte	47	44,3
Yalnız	59	55,7
<b>Çocuk varlığı</b>		
Yok	77	72,6
Var	29	27,4
<b>Sigara içme durumu</b>		
Hic icmedim	41	38,7
Biraktim	28	26,4
İciyorum	37	34,9
<b>Alkol alım durumu</b>		
Almam	13	12,3
Ara sıra alırım	70	66,0
Sürekli alırım	23	21,7
<b>Yaşadığı evdeki durumu</b>		
Kiraci	76	71,7
Kendi evim	30	28,3

Çalışma yaşamıyla ilgili sorulardaysa; % 82.1' i yeterli süre ve nitelikte uyuyamuyordu. İş yerine ulaşım güclüğü bazen yaşayanlar % 59.4, sürekli yaşayanlar % 29.2 oranındaydı. % 52.8' i aylık gelirin giderlerini karşılamadığını belirtti. Çalışmaya katılanların % 36.8' i anesteziyoloji uzmanlık eğitiminin ilk 2 yılında, % 46.2' si ilk 4 yılında, % 17' si 4 yıl üzerindedir. % 85' i haftada 45 saat üzerinde çalışıyor ve % 89.6' sı 6 ve üzerinde nöbet tutuyordu (Tablo 2).

**Tablo 2.** Araştırmaya katılanların çalışma yaşamı özelliklerine ilişkin dağılımı.

Değişkenler	Sayı	Yüzde
<b>Uyku süre ve niteliği yeterli mi</b>		
Evet	19	17,9
Hayir	87	82,1
<b>İş yerine ulaşım güçlüğü</b>		
gucluk yasiyorum	12	11,3
bazen yasiyorum	63	59,4
Yasamiyorum	31	29,2
<b>Aylık gelir gideri karşılıyor mu</b>		
Evet	50	47,2
Hayir	56	52,8
<b>Anesteziyolojide çalışma süresi</b>		
0-24 ay	39	36,8
24-48 ay	49	46,2
48 +	18	17,0
<b>Haftalık çalışma süresi</b>		
41- 45 saat	15	14,2
45 saat ve ustü	91	85,8
<b>Aylık nöbet sayısı</b>		
0- 5 nobet	11	10,4
6 +	95	89,6

Araştırmaya katılanların her birinin WHOQOL ölçeğinin bedensel , ruhsal, sosyal ve çevresel alan puanları hesaplanmıştır (Tablo 3). Ruhsal alan puanları ortalaması en yüksek ve çevre alan puanları ortalaması ise en düşük olarak bulunmuştur. İş stresi boyutlarında ise iş yükü boyutu en yüksek ortalamaya, karar serbetisi ise en düşük ortalamaya sahipti. İş gerilimi boyutu ise beceri ve karar serbetisinin oranından hesaplanmıştır.

**Tablo 3.** Araştırmaya katılanların yaşam kalitesi alan puanları ve iş stresi boyutlarından elde ettiği puanların dağılımı.

Değişkenler	Ortalama	Standart sapma	Ortanca	En düşük değer	En yüksek değer
<b>Yaşam Kalitesi Alanları</b>					
Bedensel Alan	12.6	1.9	13.1	8.0	17.1
Ruhsal Alan	13.1	2.4	13.3	4.6	17.3
Sosyal Alan	12.7	3.1	13.3	4.0	20.0
Çevresel alan	12.5	1.8	12.9	6.7	16.9
<b>İş Stresi boyutları</b>					
İş yükü	87.1	13.2	88.8	0.0	100.0
İş üzerinde kontrol	57.1	17.5	55.5	16.6	100.0
Beceri	69.7	16.9	69.7	22.2	100.0
Karar serbestisi	44.6	27.2	33.3	0.00	100.0
İş Gerilimi <sup>a</sup>	1.38	0.32	1.37	0.55	2.44
Sosyal Destek	51.2	20.9	51.2	0.00	100.0

<sup>a</sup>İş gerilimi iş yükünün beceriye oranıdır.

Yaşam kalitesi puanları median değerden ikiye ayrılmış ve yüksek ve düşük olarak sınıflanmıştır. Buna göre demografik ve iş yaşamıyla ilgili sorulara verilen yanıtlar gösterilmiştir (Tablo 4).

**Tablo 4.** Yaşam kalitesi puanları median değer in üstünde olanların demografik sorulara verdikleri yanıtlara göre yüzde dağılımı

	Fiziksel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan
Değişkenler	Yüksek YK %	Yüksek YK %	Yüksek YK %	Yüksek YK %
<b>Kronik hast. Varlığı</b>				
Evet	33.3	33.3	25.0	33.3
Hayır	57.4	43.6	57.4	54.3
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	52.1	29.2	52.1	41.7
Kadın	56.9	53.4	55.2	60.3
<b>Alkol kullanımı</b>				
Almam	61.5	30.8	61.5	53.8

Ara sıra alırım	58.6	50.0	52.9	60.0
Sürekli alırım	39.1	26.1	52.2	26.1
<b>Aylık nöbet sayısı</b>				
0-5 nöbet	81.8	63.6	54.5	45.5
6 + nöbet	51.6	40.0	53.7	52.6
<b>Sigara içme durumu</b>				
Hiç içmedim	57.3	48.8	63.4	61.0
Bıraktım	53.6	46.4	50.0	42.9
İçiyorum	48.6	32.4	45.9	48.6
<b>Uyku süre ve niteliği yeterli mi</b>				
Evet	78.9	73.7	63.2	63.2
Hayır	49.4	35.6	51.7	49.4
<b>İş yerine ulaşım güçlüğü</b>				
Güçlük yaşıyorum	41.7	8.3	33.3	16.7
Bazen yaşıyorum	52.4	47.6	57.1	57.1
Yaşamıyorum	64.5	45.2	54.8	54.8
<b>Aylık gelir giderini karşılar</b>				
Evet	60.0	56.0	62.0	62.0
Hayır	50.0	30.4	46.4	42.9
<b>Haftalık çalışma süresi</b>				
41- 45	60.0	46.7	60.0	46.7
45 saat ve üstü	53.8	41.8	52.7	52.7

#### 4.1 Çözümleyici Bulgular

##### 4.2.1 Tek Değişkenli Çözümleyici Bulgular

Araştırmaya katılanların demografik verileri ve iş yaşamı koşulları ile yaşam kalitesi alanları arasındaki ilişki sınanmıştır (Tablo 5).



**Tablo 5.** Yaşam kalitesi alanları ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki

	Fiziksel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan
Değişkenler	Ki-kare (p)	Ki-kare (p)	Ki-kare (p)	Ki-kare (p)
<b>Kronik hast. Varlığı</b>	2.49 (0.11)	0.46 (0.50)	4.5 (0.30)	1.8 (0.10)
<b>Cinsiyet</b>	0.2 (0.60)	6.3 (0.01)*	0.10 (0.75)	3.67 (0.05)*
<b>Medeni durum</b>	0.79 (0.77)	0.17 (0.67)	0.12 (0.91)	0.29 (0.58)
<b>Çocuk varlığı</b>	0.14 (0.70)	1.40 (0.23)	1.28 (0.25)	0.79 (0.37)
<b>Alkol kullanımı</b>	2.91 (0.23)	4.88 (0.87)	0.36 (0.83)	7.99 (0.01)*
<b>Anesteziye çalışma süresi</b>	2.51 (2.28)	0.71 (0.70)	0.28 (0.86)	0.73 (0.69)
<b>Aylık nöbet sayısı</b>	3.63 (0.05)*	2.25 (0.12)	0.03 (0.95)	0.20 (0.65)
<b>Sigara içme durumu</b>	1.21 (0.54)	2.37 (0.30)	2.60 (0.27)	2.42 (0.29)
<b>Yaşadığı evdeki durum</b>	0.47 (0.49)	3.46 (0.63)	0.14 (0.70)	0.03 (0.85)
<b>Uyku süre ve niteliği yeterli mi</b>	5.48 (0.01)*	9.24 (0.01)*	0.83 (0.36)	1.17 (0.27)
<b>İş yerine ulaşım güçlüğü</b>	2.16 (0.33)	6.50 (0.03)*	2.31 (0.31)	6.76 (0.03)*
<b>Aylık gelir giderini karşılar</b>	1.06 (0.30)	7.11 (0.01)*	2.57 (0.10)	3.87 (0.05)*
<b>Haftalık çalışma süresi</b>	0.19 (0.65)	0.12 (0.72)	0.27 (0.60)	0.19 (0.66)

\* P < 0.05 (İstatistiksel olarak anlamlı)

Bayan cinsiyete sahip olma ile yaşam kalitesinin çevresel alanı arasında anlamlı ilişki saptanmış, bayanların çevresel alan yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur.

Sürekli alkol alanların çevresel alan yaşam kalitesi anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.

Aylık 6 ve üzerinde nöbet tutanların fiziksel alan yaşam kalitesi anlamlı oranda düşük bulunmuştur.

Uykusunun süresi ve niteliği yeterli olmayanların fiziksel ve ruhsal alan yaşam kaliteleri anlamlı oranda düşük bulunmuştur.

İş yerine ulaşım güçlüğü yaşayanların ruhsal ve çevresel alan yaşam kaliteleri anlamlı oranda düşüktür.

Aylık gelirleri giderlerini karşılamayanların ruhsal alan ve çevresel alan yaşam kaliteleri anlamlı oranda düşüktür.

**Tablo 6.** İş stresi yaşam kalitesi ilişkisi

	Bedensel alan (yüksek-düşük)		Ruhsal alan (yüksek-düşük)		Sosyal alan (yüksek-düşük)		Çevre alanı (yüksek-düşük)	
	Ort. Farkı	P	Ort. Farkı	p	Ort. Farkı	P	Ort. Farkı	P
İş yükü	-0,295	0,909	-2,481	0,341	-2,892	0,263	-2,175	0,399
Beceri	0,902	0,787	-0,134	0,968	3,545	0,286	1,660	0,617
Karar serbestisi	10,536	0,047	6,715	0,212	14,727	<b>0,005*</b>	14,260	<b>0,007*</b>
Kontrol	5,719	0,095	3,291	0,343	9,136	<b>0,007*</b>	7,960	<b>0,019*</b>
İş gerilimi	-0,095	0,134	-0,072	0,263	-0,184	<b>0,003*</b>	-0,140	<b>0,026*</b>
Sosyal destek	4,107	0,318	5,414	0,191	11,308	<b>0,005*</b>	8,831	<b>0,030*</b>

\* P < 0.05 (İstatistiksel olarak anlamlı)

İş stresi yaşam kalitesi ilişkisi Students T testi ile sınanmıştır (Tablo 6). Yaşam kalitesi karar serbestisi, iş üzerinde kontrol, iş gerilimi ve sosyal destek boyutları yaşam kalitesinin sosyal ve çevresel alanı ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Bu tek değişkenli sonuca göre yaşam kalitesi iyi olanların düşük düzeyde olanlara göre karar serbestisi, iş üzerinde kontrol ve sosyal destek puanları daha yüksek, iş gerilimi puanları daha düşüktür.

#### 4.2.2 Çok Değişkenli Çözümleyici Bulgular

#### 4.2.2.1 Lojistik Regresyon Analizi Kullanılarak Bulunan Sonuçlar

Yaşam kalitesinin lojistik regresyon analizi ile diğer değişkenlerle ilişkisi analiz edilmiştir.

**Tablo 7.** Yaşam kalitesi bedensel alanı etkileyen etmenler, çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçları

Değişkenler	Model 1		Model 2	
	Beta	OR (%95 GA)	Beta	OR (%95 GA)
Aylık Nöbet Sayısı (<5 / 6+ nöbet)	0,857	2,36(0,43-12,96)	1,026	2,79(0,51-15,33)
Uyku yeterliliği (evet/hayır)	1,047	2,85(0,81-10,00)	,961	2,62(0,73-9,40)
Karar Serbestisi	-0,013	0,99(0,97-1,00)		
İş gerilimi			,596	1,81(0,46-7,21)
Sosyal destek			-,006	0,99(0,97-1,02)

*Beta: Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisini gösteren katsayı*

*OR (%95 GA): Olasılıklar oranı (Odds Ratio) ve %95 güven aralığı*

*Model 1: Tek değişkenli analizde anlamlı bulunan bağımsız değişkenler ile oluşturulmuş çözümleme modeli.*

*Model 2: Tek değişkenli analizde anlamlı bulunan ve iş stresi ölçeğinde iş gerilimi ve sosyal destek bağımsız değişkenleri ile oluşturulmuş çözümleme modeli.*

Araştırmaya katılanların yaşam kalitesi bedensel alanı ile anlamlı düzeyde ilişkili bir değişken bulunamamıştır (Tablo 7).

**Tablo 8.** Yaşam kalitesi ruhsal alanı etkileyen etmenler, çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçları

Değişkenler	Model 1		Model 2	
	Beta	OR (%95 GA)	Beta	OR (%95 GA)
Uyku yeterliliği (evet/hayır)	1.68	<b>5.38 (1.53- 18.93)</b>	1.72	<b>5.58 (1.52- 20.515)</b>
İş yerine ulaşım güçlüğü yaşama (Yaşıyorum)	1.93	6.92 (0.72- 66.49)	1.90	6.67 (0.69- 64.493)
İş yerine ulaşım güçlüğü yaşama (Bazen Yaşıyorum)	-0.45	0.63 (0.24- 1.66)	-0.47	0.62 (0.24- 1.65)

Gelir gideri karşılama durumu (evet/hayır)	0,83	2.29 (0.96- 5.50)	0.79	2.21 (0.91- 5.36)
İş gerilimi			-0.17	0.84 (0.19- 3.73)
Sosyal deste			-0.01	0.10 (0.97- 1.02)

*Beta: Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisini gösteren katsayı*

*OR (%95 GA): Olasılıklar oranı (Odds Ratio) ve %95 güven aralığı*

*Model 1: Tek değişkenli analizde anlamlı bulunan bağımsız değişkenler ile oluşturulmuş çözümlene modeli.*

*Model 2: Tek değişkenli analizde anlamlı bulunan ve iş stresi ölçeğinde iş gerilimi ve sosyal destek bağımsız değişkenleri ile oluşturulmuş çözümlene modeli.*

Yaşam kalitesi ruhsal alanını uyku yeterliliği anlamlı oranda etkilemektedir. Yeterli süre ve nitelikte uyuyabilenlerin yaşam kalitesi ruhsal alan puanı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 8).

**Tablo 9.** Yaşam kalitesi sosyal alanı etkileyen etmenler, çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçları

Değişkenler	Model 1		Model 2	
	Beta	OR (%95 GA)	Beta	OR (%95 GA)
Cinsiyet (erkek/bayan)	-0.13	0.88 (0.40- 1.94)	-0.10	0.90 (0.40- 2.05)
Karar serbestisi	<b>-0.02</b>	<b>0.98 (0.96- 0.99)</b>		
İş gerilimi			<b>1.59</b>	<b>4.90 (1.16- 20.76)</b>
Sosyal deste			-0.02	0.98 (0.96- 1.00)

*Beta: Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisini gösteren katsayı*

*OR (%95 GA): Olasılıklar oranı (Odds Ratio) ve %95 güven aralığı*

*Model 1: Tek değişkenli analizde anlamlı bulunan bağımsız değişkenler ile oluşturulmuş çözümlene modeli.*

*Model 2: Tek değişkenli analizde anlamlı bulunan ve iş stresi ölçeğinde iş gerilimi ve sosyal destek bağımsız değişkenleri ile oluşturulmuş çözümlene modeli.*

Yaşam kalitesi sosyal alanını iş gerilimi ve karar serbestisi anlamlı oranda etkilemektedir. İş gerilimi düşük olanların yaşam kalitesi sosyal alan puanı daha yüksek bulunmuştur. Karar serbestisi olanların da yaşam kalitesi sosyal alan puanı yüksek bulunmuştur (Tablo 9).

**Tablo 10.** Yaşam kalitesi çevresel alanı etkileyen etmenler, çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçları

Değişkenler	Model 1		Model 2	
	Beta	OR (%95 GA)	Beta	OR (%95 GA)
Cinsiyet (erkek/bayan)	-0.57	0.56 (0.21- 1.50)	-0.63	0.53 (0.20- 1.40)
Alkol alımı (ara sıra alırım)	-0.68	0.52 (0.13- 1.94)	-0.85	0.43 (0.11- 1.64)
Alkol alımı (sürekli alırım)	0.71	2.04 (0.38- 11.01)	0.39	1.47 (0.27- 7.90)

İş yerine ulaşım güçlüğü yaşama (Yaşıyorum)	2.07	7.91 (1.21- 51.37)	1.93	6.91 (1.10- 43.72)
İş yerine ulaşım güçlüğü yaşama (Bazen Yaşıyorum)	-0.02	0.98 (0.98- 0.37)	-0.08	0.92 (0.35- 2.40)
Gelir gideri karşılama durumu (evet/hayır)	0.32	1.38 (0.37- 2.58)	0.21	1.23 (0.49- 3.10)
Karar Serbestisi	-0.03	0.97 (0.95- 0.99)		
İş gerilimi			1.37	3.96 (0.87- 18.00)
Sosyal destek			-0.02	0.98 (0.96- 1.01)

*Beta: Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisini gösteren katsayı*

*OR (%95 GA): Olasılıklar oranı (Odds Ratio) ve %95 güven aralığı*

*Model 1: Tek değişkenli analizde anlamlı bulunan bağımsız değişkenler ile oluşturulmuş çözümlenebilir model.*

*Model 2: Tek değişkenli analizde anlamlı bulunan ve iş stresi ölçeğinde iş gerilimi ve sosyal destek bağımsız değişkenleri ile oluşturulmuş çözümlenebilir model.*

Yaşam kalitesi çevresel alanını iş yerine ulaşım güçlüğü ve karar serbestisi anlamlı oranda etkilemektedir. İş yerine ulaşım güçlüğü yaşayanların yaşam kalitesi çevresel alan puanı düşük bulunmuştur. Karar serbestisi olanların ise yaşam kalitesi çevresel alan puanı yüksek bulunmuştur (Tablo 10).

#### 4.2.2.2 Lineer Regresyon Analizi Kullanılarak Bulunan Sonuçlar

Yaşam kalitesinin diğer değişkenlerden ne oranda etkilendiğini analiz etmek için lineer regresyon analizi yapılmıştır;

**Tablo 11.** Yaşam kalitesi fiziksel alanını lineer regresyon yöntemi indirgenmiş son modele göre etkileyen etmenler

Değişken	R Square	P
Yeterli süre ve nitelikte uyku	0.16	0.01*
Aylık nöbet sayısı		0.02*
Yaş		0.07*

\* P< 0.05 istatistiksel olarak anlamlı

Yaşam kalitesi bedensel alanı yeterli süre ve nitelikte uyku, aylık nöbet sayısı ve yaş anlamlı oranda etkilemektedir. Bu etkenler yaşam kalitesi fiziksel alanını % 16 oranında etkilemektedir (Tablo 11).

**Tablo 12.** Yaşam kalitesi ruhsal alanını lineer regresyon yöntemi indirgenmiş son modele göre etkileyen etmenler

Değişken	R Square	P
Yeterli süre ve nitelikte uyku	0.11	0.01*
İş yerine ulaşım güçlüğü		0.04*

\* P< 0.05 istatistiksel olarak anlamlı

Yaşam kalitesi ruhsal alanı yeterli süre ve nitelikte uyku ve iş yerine ulaşım güçlüğü anlamlı oranda etkilemektedir. Bu etkenler yaşam kalitesi ruhsal alanını % 11 oranında etkilemektedir (Tablo 12).

**Tablo 13.** Yaşam kalitesi sosyal alanını lineer regresyon yöntemi indirgenmiş son modele göre etkileyen etmenler

Değişken	R Square	P
Sosyal destek	0.15	0.01*
Aylık nöbet sayısı		0.02*
Yaş		0.02*

\* P< 0.05 istatistiksel olarak anlamlı

Yaşam kalitesi sosyal alanını, iş stresi sosyal destek alt bölümü, aylık nöbet sayısı ve yaş istatistiksel olarak anlamlı oranda etkilemektedir. Bu etkenler yaşam kalitesi sosyal alanını % 15 oranında etkilemektedir (Tablo 13).

**Tablo 14.** Yaşam kalitesi çevresel alanını lineer regresyon yöntemi indirgenmiş son modele göre etkileyen etmenler

Değişken	R Square	P
Sosyal destek	0.16	0.04*
İş yükü		0.02*
İş yerine ulaşım güçlüğü		0.04*

\* P< 0.05 istatistiksel olarak anlamlı



Yaşam kalitesi çevresel alanını, iş stresi sosyal destek ve iş yükü alt bölümü ve iş yerine ulaşım güçlüğü istatistiksel olarak anlamlı oranda etkilemektedir. Bu etkenler yaşam kalitesi sosyal alanını % 16 oranında etkilemektedir (Tablo 14).

## 5. TARTIŞMA

Doktorlar iş ve kişisel yaşam arasında daha iyi bir denge aramaktadır. Çok azı profesyonel kariyeri uğruna kişisel yaşamını harcamayı göze alabilmektedir (77, 78, 79). Tıp kariyerini bırakan genç hekimlerin büyük bir kısmının nedeni son yıllardaki gelir düşüşüdür (80). Diğer akademisyenlerle karşılaştırıldığında ömür boyu eğitim yatırım getirisi oldukça düşüktür. Bunun yerine geniş tıp bilimi içinde tıp kariyerine son veren hekimler, tıp bilişimi, ilaç firmaları ve sağlık yönetimini tercih etmektedirler (77, 81, 82, 83)

Rekabet tabanlı ortamlarda iş tatmini, doktorları geren mesleki ilkelerden vazgeçmeye zorlanma, klinik kararlar üzerinde kontrol kaybı ve tüketen idari işler nedeniyle azalmıştır. Söz konusu nedenler, doktorların tıp dışında bir kariyer için katkıda bulunmuş olabilir (77).

BMA cohort çalışmasına göre mezuniyetinden 9 yıl sonra % 5 doktor tıp dışında bir kariyer seçmiştir. Almanyada tıp fakültesi mezunlarının dörtte biri doktorluk yapmamaktadır (77).

Birçok batı ülkesinde son yıllarda doktorluk mesleğinin sevecen imajı medyada yer alan düşüncesiz eleştirel nitelikteki bakış açısıyla lekelenmiştir(77, 84, 85, 86). Sağlıkın yükselen maliyetleri için çoğunlukla doktorlar suçlanmaktadır. Maliyetleri kontrol altına almaya yönelik bürokratlar giderek doktorların hasta bakım kapsamını sınırlandırmaya çalışmaktadır (77, 87, 83). Çeşitli makalelerde belirtildiği gibi hekimlerin iş hayatı memnuniyetleri birçok açıdan azalmaktadır (77, 81, 88).

Hekimlik yaşamında uzmanlık öğrenciliği dönemi, zorlu, stresli, uzun bir eğitim süreci ve uzun çalışma saatleri nedeniyle stresli bir dönemdir. Uzmanlık öğrencisi hekimlerin şikâyetçi olduğu temel

konular olarak iki-üç günde bir tutulan nöbetler, iş yüklerinin fazlalığı, hekim dışı personelin yapması gereken çok sayıda işi kendilerinin yapması ve hizmet sunumundan eğitime zaman ayıramamasıdır. Ayrıca hem özel hayatları, hem de ders çalışabilmek adına boş zaman bulamamaktadırlar.

Anestezi doktorları, birçok uzmanlık alanından farklı olarak, ameliyathanede ve yoğun bakım birimlerinde kritik durumlara karşılaşmaktadırlar. Ağır hastalıklar ve ölüm, ileri teknoloji ürünü aletlerin kullanımı ve diğer meslek gruplarından takdir almamaları yanında, uzun çalışma saatleri, kendilerine gece ve gündüz gereksinim duyulması, iş yükü ve ekonomik belirsizlik stresin düzeyini artırmaktadır. Her gün hastaların yaşama dair stresleri, yaşam endişelerini hissetmek, bunun dışında sürekli kapalı ortamlarda, ameliyathanelerde yaşamak iş stresini artırmaktadır. Ayrıca ameliyathaneler yüksek teknolojilerle donatılıp, atık gazlardan kurtulmaya çalışılsa da, kapalı ortam oluşu, gün ışından mahrum kalma ve atık gazların varlığı, ayrıca ilave streslerin varlığı nedeniyle son derece yıpratıcı bir ortamdır.

Bu çalışma yukarıda sözü edilen durumlara dikkat çekmek ve iş stres düzeyinin yaşam kalitesine etkisini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanlık öğrencilerinin öznel yaşam kalite düzeyi incelenmiş, bunu etkileyen etmenlerden iş stresi ile ilişki boyutu ve etkileşimi ortaya konmaya çalışılmıştır.

Sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi ve çeşitli meslek gruplarına ait iş stresini irdeleyen birçok araştırma mevcuttur. Uludağ Üniversitesinde yapılan bir çalışmada hastanedeki tüm uzmanlık öğrencileri ve uzman hekimlerin yaşam kalitesi düzeyleri bizimle aynı anket formu kullanılarak araştırılmıştır (6). Benzer şekilde Taksim Eğitim Araştırma Hastanesinde sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi

düzeyleri araştırılmıştır (13). İş stresi düzeylerini belirlemek için yine sağlık çalışanlarında ve başka mesleklerde de çalışmalar vardır (89).

Sözü geçen bu çalışmalarda, bizim çalışmamızda olduğu gibi yaşam kalitesi düzeyini ve iş stresi düzeyini birlikte araştırıp aralarındaki ilişkiyi ve nedenlerini ortaya koymaya yönelik bir yaklaşım yoktur. Ayrıca çalışmamıza katılımın yüksek olması, evrenimizdeki anestezi uzmanlık öğrencilerinin iş stresi ve yaşam kalitesi düzeylerini yansıtması açısından önemini artırmıştır. Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlık öğrencilerinin sorunlarına çözüm arama noktasında, olaya daha bütüncül bakabilmek amacıyla yaşam kalitesi ve iş stresi ilişkisi ele alınmıştır.

Çalışmamızın evrenini oluşturan Ege Üniversitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Celal Bayar Üniversitesi, İzmir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi ve İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi uzmanlık eğitimi alan Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanlık Öğrencileri ülkemizde Ege bölgesinde yer alan büyük çaplı eğitim ve araştırma hastanelerini temsil etmekte idi. Katılımcıların yarısı 30- 34 yaş aralığında olup, çoğu kadındı ve çocuk sahibi değildi. Yalnız yaşayanlar çoğunlukta idi ve çoğu ara sıra alkol alıyordu.

Çalışmaya katılanların tamamına yakını yeterli süre ve nitelikte uyuyamıyor, büyük bir kısmı iş yerine ulaşmakta ara sıra da olsa güçlük çekiyordu. Yarısından fazlası iki yıldan uzun süredir Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlık eğitimi alıyor, tamamına yakını aylık altı ve üzeri sayıda nöbet tutuyordu.

Çalışmamızda yaşam kalitesi tüm alt alanlarında puan ortalamaları literatüre göre Uludağ Üniversitesinde yapılan uzmanlık öğrencisi ve uzmanlarda yaşam kalitesi değerlendirmesindeki tüm

hastane uzmanlık öğrencisi puan ortalamasının altında kalmıştır (6). Yani Anesteziyoloji uzmanlık öğrencilerinin yaşam kalitesi düzeyi tüm tıp alanlarının uzmanlık öğrencisi ve uzmanlarının yaşam kalitesi düzeylerinden düşüktü.

Türkiye'de yapılan diğer yaşam kalitesi araştırmalarına bakıldığında, araştırmaya katılanların bedensel alan puanları Uludağ üniversitesi uzmanlık öğrencilerinden, SEAŞ işçilerinden, tekstil fabrikası işçilerinden ve Manisa'daki ebe-hemşireler ve sağlık ocaklarında çalışan personelden düşük; kamu sektörü büro çalışanlarından, hemşirelerinkinden ise yüksek bulunmuştur (6, 12, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96). Bunun sebebi Anesteziyoloji ve Reanimasyon bölümünün bedensel alan puanının düşüklüğü çalışma saatlerinin uzunluğu, nöbet sayısının çokluğu olabilir. Çalışma evrenini genç sağlıklı insanların oluşturması ise diğer bazı meslek gruplarına göre bedensel alan ile ilgili avantaj sağlamış olabilir.

Ruhsal alan puanları da diğer araştırmalardan elde edilen puanlara göre daha düşüktür (6, 12, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96). Ruhsal alan; beden imgesi ve dış görünüş, benlik saygısı, maneviyat, din, kişisel inançlar, düşünme, öğrenme, bellek ve dikkat toplama bölümlerinden oluşur. Ruhsal alan puanlarının diğer araştırmalarda bulunan sonuçlara göre nispeten düşük olması, ameliyathane ve yoğun bakım gibi kapalı ortamlarda sürekli dikkat isteyen ve acil durumların sıklığı, riski ve hatta sürekli ölüm gibi kötü bir durumla karşı karşıya olmak nedeniyle olabilir.

Sosyal alan puanları da diğer araştırmalardan (6, 12, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96) elde edilen puanlara göre daha düşüktür. Sosyal alan puanı; Diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam bölümlerinden oluşur. Sosyal alan puanının diğer araştırmalardakinden düşük bulunmasının sebebi sürekli ameliyathane ve yoğun bakım gibi

kapalı ortamlarda çalışılması, boş zamanların azlığı, arkadaşlık ve aile ilişkilerine yeterli zaman ayıramama olabilir.

Çevre alan puanları da diğer araştırmalardan (6, 12, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96) elde edilen puanlara göre daha düşüktür. Çevre alan puanı, maddi olanaklar, fiziksel güvenlik, ev ortamı, ulaşım, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatı, dinlenme ve boş zamanları değerlendirme fırsatından oluşmaktadır. Çevre alan puanlarının diğer araştırmalarda bulunan sonuçlara göre nispeten düşük olması, maddi kaynakların yetersizliği, yoğun iş yükü ve uzun çalışma saatleri nedeniyle dinlenme ve boş zamanlarını değerlendirme ve yeni bilgi, beceri edinme olanağının kısıtlı olmasıyla bağlantılı olabilir.

Çalışmamızda iş stresi tüm alt alanlarda literatürdeki diğer çalışanlara göre daha yüksekti (89, 97). Aynı iş stresi ölçeği kullanılan İzmir Konak Belediyesi çalışanlarında yapılan bir çalışmada sağlık yöneticilerinin iş stres alt birim ortalamaları bizim bulgularımızdan daha düşüktü (89). Anestezi uzmanlık öğrencilerinde yapılan bir çalışmada “Algılanan stres düzeyi” testine göre genel olarak orta ve yüksek düzeyde stresli bulunmuş; iş yükünün yoğunluğu ve anestezinin hata kabul etmeyen yüksek riskli bir branş olmasının neden gösterilebileceği ileri sürülmüştür (97). Bizim çalışmamızda Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlık öğrencilerinin iş stresinin yüksek oluşu yoğun çalışma saatleri, aylık nöbet sayısının çokluğu, sürekli ağır hastalıklar ve ölümle karşılaşmak, kendilerine gece ve gündüz ihtiyaç duyulması, iş yükü ve ekonomik belirsizlik ve Anesteziyolojinin getirdiği sürekli dikkat ve sorumluluk duygusu olabilir.

Çalışmamızda bayan cinsiyete sahip olma ile yaşam kalitesinin çevresel alanı arasında anlamlı ilişki saptanmış, bayanların çevresel alan yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Oysa literatürde aynı ölçekle anlamlı fark bulunamamış (uludağ) farklı ölçekler kullanılan

çalışmalarda erkeklerin yaşam kalitesinin daha iyi olduğu saptanmıştır (6, 98, 99, 92, 100, 101,102, 103, 104, 105). Bu bulgu bölgesel, sosyal, kültürel, yaşla ilişkili olabileceği gibi tesadüfe de dayanıyor olabilir. Daha geniş katılımcılardan oluşan başka çalışmalarla da desteklenmelidir.

Sürekli alkol alanların çevresel alan yaşam kalitesi anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Büyük olasılıkla ruhsal, sosyal ve çevresel alanla ilgili destek beklenerek kullanılan alkolün aslında bu hedeflere ulaştırmadığı, tam tersine özellikle de çevresel alanda yaşam kalitesini azalttığı çalışmamızın dikkat çeken bulgularındandır.

Bu çalışmada aylık 6 ve üzerinde nöbet tutanların fiziksel alan yaşam kalitesi anlamlı oranda düşük bulunmuştur. Bu yaşam kalitesinin fiziksel alanını %16 oranında etkilemektedir. Hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada farklı yaşam kalitesi ölçeği kullanılmış, vardiya sisteminin çalışmamızın sonucuna benzer şekilde fiziksel alanı olumsuz olarak etkilediği gösterilmiştir (106). Anestezi uzmanlık öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada gece nöbetlerinde, uzun süre uykusuz kalındığı, fazla iş yükü ile çalışıldığı ve nöbet sonrasında çalışmaya devam etmelerinin, insan sağlığıyla uğraşmaları sırasında hata yapma açısından risk teşkil etmekte olabileceği, gece boyu süren uykusuzluk hali ile dikkat azalması ve bilişsel işlevlerdeki performansın düşmesi arasında belirgin bir ilişki saptandığı gösterilmiştir (5, 107). Başka bir çalışmada ise gece boyu süren uykusuzluk hali ile dikkat azalması ve bilişsel işlevlerdeki performansın düşmesi arasında belirgin bir ilişki saptanmıştır (97, 107). Bizim bulgumuz da bahsedilen çalışmalardaki gerekçelere dayandırılabilir.

Çalışmamızda uyku süresi ve niteliği yeterli olmayanların fiziksel ve ruhsal alan yaşam kaliteleri anlamlı oranda düşük bulunmuştur. Bu sonuç literatürle uyumludur. Acil servis uzmanlık öğrencilerinde yapılan

bir çalışmada uyku yoksunluğunun yorgunluk, iş kapasitesi azalması, bıkkınlığa yol açtığı ve uzmanlık ğrencilerinin uyku ilacı kullanımıyla bunun üstesinden gelmeye çalıştıkları gösterilmiştir (106, 108). Yaşam kalitesindeki bu düşüşün sebebi nöbet sayısının çokluğu ve gece çalışmanın sirkadiyen ritmi bozması ve uykusuzluğun dikkat eksikliğine ve sürekli dikkat isteyen bir işte anksiyeteye neden olması olabilir.

İş yerine ulaşım güclüğü yaşayanlar ve aylık gelirleri giderlerini karşılamayanların ruhsal alan ve çevresel alan yaşam kaliteleri anlamlı oranda düşüktür. Farklı yaşam kalitesi ölçeğiyle yapılan çalışmada algılanan ekonomik durum yaşam kalitesinin mental sağlık bölümünü etkilemekte fiziksel sağlık bölümünü etkilememektedir. Bu bizim çalışmamızla uyumlu bir sonuç olarak değerlendirilebilir (103, 105, 109)

Yaşam kalitesi iyi olanların karar serbestisi ve iş üzerinde kontrol imkanları daha yüksek bulunmuş; ayrıca sosyal desteklerinin de daha yüksek olması dikkat çekmiştir. Sosyal destek almak, işte karar serbestisine sahip olmak ve kendi işleri üzerinde kontrol hakkı elde etmek yaşam kalitesini yükseltmektedir. İş geriliminin az oluşu da yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyen bir diğer faktördür. Bu güne kadar literatürde bu bulguları araştırmış olan başka bir çalışmaya rastlamadık. Verilerimizin tartışılabilmesi için benzer verilerin artması gerekmektedir.

Bu çalışmanın, her bireyin öznel stresini ve yaşam kalitesini ölüyor olması ve herhangi durumda öznel düşünceleri ölçmek gibi kişisel verileri ölçmesi kısıtlılıkları arasındadır. Bununla birlikte bu sorunlar ve ilişkili faktörleri tespit için iyi bir araçtır. Ayrıca alışma Ege bölgesindeki hekimler üzerinde ve sadece Anestezi uzmanlık öğrencileri üzerinde yapılmıştır. Farklı bölgelerde ve her uzmanlık



dalı için bu tür araştırmalar yapıp meta analiz çalışmasıyla farklılık ve benzerlikleri ortaya konarak daha kapsamlı çözüm önerileri ortaya konabilir.

## 6. SONUÇ

Hekimlerin önceki dönemlere göre hastalara daha fazla zaman harcamalarına rağmen, tıp sistemine yönelik kamu ve hasta beklentileri artmış ve idari kontroller artarak mesleki özerklik erozyona uğratılmış ve zaman baskısı artmıştır (77).

Uzmanlık öğrenciliği eğitiminde objektif bir gelişim sağlayabilmek için bilimsel araştırmalara gereksinim vardır. Doktorların hasta bakım seviyeleri ve yaşam kaliteleri basamak basamak artırılabilir. Uzmanlık eğitimi verimi birçok farklı yoldan artırılabilir bunlar; direkt teknolojinin doğru kullanımı, yenilikçi programlar yapılması ve yardımcı personel desteğinin artırılması olabilir. Gelecekteki çalışmalar bu yöntemlerle uzmanlık öğrencilerinin yorgunluklarını azaltarak daha iyi hasta bakımı sağlayabilir. Yüksek iş yükü ve düşük iş kontrolü olan işlerde stres düzeyleri yüksektir. İş kontrolünün yüksek olduğu durumlarda yüksek motivasyonla, ustalık duygusu oluşmakta ve yüksek iş yükünün stres yaratan etkisi gözlenmemektedir. Ayrıca iş yerindeki sosyal çevrenin stres oluşumunda bağımsız bir değişken olduğu ve yüksek iş yükü-kontrol yokluğu ile birlikte sosyal desteğin bulunmaması halinde en kötü durumun oluştuğu bilinmektedir. Çalışmamıza göre, iş stresini azaltmak yaşam kalitesini artıracaktır. İş stresi, iş gerilimi yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Oysa karar serbestisi (iş üzerinde kontrol) ve sosyal destek yaşam kalitesini artırmaktadır. Anestezi uzmanlık öğrencilerinin yaşam kalitesini artırmak için iş yükünü azaltılması, işte karar serbestisinin artırılması ve ihtiyaç duydukları sosyal desteğin sağlanması olumlu adımlar olacaktır.

## 7. ÖZET

Çalışanların yaşama ve çalışma koşullarına ilişkin sorunların giderilmesi sağlık hizmetinin aksaklıklarının azaltılması açısından önemlidir. Bunun için sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik çalışmaların yapılması gerekliliği ortaya çıkmış ve son zamanlarda önemle üzerinde durulmaya başlanmıştır.

Bu çalışmada diğer tıp branşlarına göre daha ağır koşullarda çalıştığı öngörülen anestezi uzmanlık öğrencilerinin yaşam kalitesi ve iş stresi ile ilgili verilerin toplanması ve analizi planlanmış; stresi azaltmak ve yaşam kalitesini iyileştirmek için sonraki çalışmalara yol gösterici olabilmek amaçlanmıştır.

Bu araştırmanın evreni Ege Bölgesinde Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlık eğitimi veren kurumlarda eğitim almakta olan uzmanlık öğrencileridir. Katılımcılara tanımlayıcı özelliklerinin sorgulandığı bir anket formu ile Karasek modeli iş stresi ölçeği ve WHOQOL-BREF-TR yaşam kalitesi ölçekleri uygulanmıştır. Bu çalışma için 06/2012 ve 09/2012 tarihleri arasında, Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlık eğitimi alan hekimlere yüz yüze araştırma hakkında bilgi verilmiş ve çalışma öz yanıtlama anket yöntemiyle uygulanmış, eğitim kurumlarında kurulmuş olan seçim sandığı benzeri sandıklardan belirli aralıklarla anketler toplanmıştır.

Ege Üniversitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, İzmir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi ve Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Tıpta uzmanlık öğrencileri toplam 111 kişiydi, çalışmamıza 106 kişi katıldı.

Elde edilen verilerin istatistiksel analizlerinde karar serbestisi, iş üzerinde kontrol, iş gerilimi ve sosyal destek boyutları yaşam kalitesinin sosyal ve çevresel alanı ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Bu tek değişkenli sonuca göre yaşam kalitesi iyi olanların düşük düzeyde olanlara göre iş gerilimi puanları daha düşüktür.

Aylık 6 ve üzerinde nöbet tutanların fiziksel alan yaşam kalitesi anlamlı oranda düşük bulunmuştur. Bu yaşam kalitesinin fiziksel alanını %16 oranında etkilemektedir.

Çalışmamızda yaşam kalitesi tüm alt alanlarında puan ortalamaları literatüre göre Uludağ Üniversitesinde yapılan uzmanlık öğrencileri ve uzmanlarda yaşam kalitesi değerlendirmesindeki tüm hastane uzmanlık öğrencileri puan ortalamasının altında kalmıştır.

Çalışmamızda iş stresi tüm alt alanlarda literatürdeki diğer çalışanlara göre daha yüksekti. Çalışmamızda Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlık öğrencilerinin iş stresinin yüksek oluşu yoğun çalışma saatleri, aylık nöbet sayısının çokluğu, sürekli ağır hastalıklar ve ölümlerle karşılaşmak, kendilerine gece ve gündüz ihtiyaç duyulması, iş yükü ve ekonomik belirsizlik ve Anesteziyolojinin getirdiği sürekli dikkat ve sorumluluk duygusu olabilir.

Çalışmamızda elde edilen sonuçlara göre, iş stresini azaltmak yaşam kalitesini artıracaktır. İş stresi, iş gerilimi yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Oysa karar serbestisi (iş üzerinde kontrol) ve sosyal destek yaşam kalitesini artırmaktadır. Anestezi uzmanlık öğrencilerinin yaşam kalitesini artırmak için iş yükünün azaltılması, işte karar serbestisinin artırılması ve ihtiyaç duydukları sosyal desteğin sağlanması olumlu adımlar olacaktır.

## 8. SUMMARY

Solving the problems of living and working conditions of employees is important to reduce the hitch of health care. Because of this; the studies, which analyze the quality of life of health care providers are niggling in these days.

In this study, we plan to obtain and analyze data of the anesthesiology residents living conditions and work stress. The anesthesiology residents are predicted that they have more heavy duty according to other branches. The aim of this study is to guide the other studies which can reduce the stress and improve the living conditions.

The universe of this study is the residents of anesthesiology and reanimation at the aegean region. We implement the participants a survey which query the defining characteristics, Karasek Standard working stress and WHOQOL-BREF-TR life quality tests. Between 06/2012 and 09/2012 we inform the residents of anesthesiology and reanimation about the study face to face. The study is done by responding to self-survey method. There were the ballot boxes at the educational institutions and at regular intervals we collected the surveys.

There were 111 residents from Ege University, Dokuz Eylül University, İzmir Tepecik training and research Hospital, İzmir Atatürk training and research Hospital and Bozyaka training and research Hospital and 106 residents joined this study.

At the statistical analysis of the obtained data there were significant correlation between the freedom to decide, control over the

business, work-related stress, dimensions of social support and quality of life. The people who have better life quality have low working stress.

The residents which have shifts more than 6 in a month, have low physical life quality and these effects the quality of life at %16 ratio.

At our study the all the regions of life quality tests were below average according the study which was done by Uludağ University.

At our study work stress was higher according to other studies. That was caused by the long working hours, higher number of shifts per month, most time experience with severe illness and death, the need for them at night and day, workload, economic uncertainty and a sense of responsibility of anesthesiology.

According to the results obtained in this study; reduce job stress will improve the quality of life. Work-related stress has negative impact on quality of life. The freedom to decide and social support improve the quality of life. To improve the quality of life of residents of anesthesia; reducing the workload, increasing the freedom of decision at work and provision of social support they need would be correct.

## 9. EKLER

### 8.1 Anket Formu

#### ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON UZMANLIK EĞİTİMİ ALAN HEKİMLERDE İŞ STRESİ DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİNİN ETKİLEŞİMİ VE NEDENSELLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

##### SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU 1

1. Kendi özgür iradenizle bu formu doldurmayı kabul ediyor musunuz?

KABUL EDİYORUM

2. Herhangi bir kronik veya psikiyatrik hastalığınız var mı?

Evet

Hayır

3. Yaş

25-29 yaş

30-34 yaş

35-39 yaş

40 yaş ve üstü

4. Cinsiyet

Erkek

Kadın

5. Medeni durumunuz nedir?

Evli

Bekar

Boşanmış/Eşini kaybetmiş

6. Çocuğunuz var mı?

- Yok
- Bir
- Birden fazla

7. Sigara içme durumunuz nedir?

- Hiç sigara içmedim
- Sigarayı bıraktım
- Halen sigara içiyorum

8. Alkol kullanma durumunuz nedir?

- Hiç almadım
- Ara sıra alırım
- Sürekli alırım
- Eskiden alırdım, şu an almıyorum

9. Yaşadığınız evdeki durumunuz nedir?

- Kiracı
- Kendi evim

10. Yeterli süre ve nitelikte uyuyabiliyor musunuz?

- Evet
- Hayır

11. İş yerine ulaşmada güçlük yaşıyor musunuz?

- Güçlük yaşıyorum
- Bazen yaşıyorum
- Yaşamıyorum

12. Aylık geliriniz giderlerinizi karşılıyor mu?

- Evet
- Hayır

13. Anesteziyolojide çalışma süreniz nedir?

- 6 aydan az
- 7 – 12 ay
- 13 – 24 ay
- 25 – 36 ay
- 37 – 48 ay
- 48 – 60 ay

14. Günlük çalışma süreniz nedir?

- 8 saat altı



8 saat ve üstü

15. Haftalık çalışma süreniz nedir?

40 saat ve altı

41 – 45 saat

46 saat ve üstü

16. Aylık nöbet tutma durumunuz nedir?

Nöbet tutmuyorum

1 - 5

6 - 10

11 - 16

17. Nöbet izniniz var mı?

Evet

Hayır

## KARASEK MODELİ İŞ STRESİ ÖLÇEĞİ

### PSİKOSOSYAL ETKENLER BİLGİ FORMU

	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiç
<b>İY1.</b> İşinizde çok hızlı çalışmak zorunda mısınız?	4	3	2	1
<b>İY2.</b> İşinizde çok yoğun çalışmak zorunda mısınız?	4	3	2	1
<b>İY3.</b> İşiniz çok fazla kuvvet (efor) gerektirir mi?	4	3	2	1
<b>İY4.</b> İşinizde, işinizle ilgili görevleri yetiştirecek kadar zamanınız oluyor mu?	4	3	2	1
<b>İY5.</b> İşinizde sizden birbiriyle çelişen işler istenir mi?	4	3	2	1
<b>BK6.</b> İşinizde yeni birşeyler öğrenme olasılığı var mıdır?	4	3	2	1
<b>BK7.</b> İşiniz yüksek düzeyde beceri veya uzmanlık gerektirir mi?	4	3	2	1
<b>BK8.</b> İşinizde sizden yenilikler yapmanız beklenir mi?	4	3	2	1
<b>BK9.</b> İşinizde her gün aynı şeyleri mi yaparsınız? İşiniz monoton mudur?	4	3	2	1

<b>KO10.</b> İşinizi NASIL yapacağınız konusunda karar vermede sizin seçim hakkınız var mı?	4	3	2	1
<b>KO11.</b> İşinizde NE yapacağınıza karar vermede sizin seçim hakkınız var mıdır?	4	3	2	1
	Kesinlikle katılıyor m	Kısmen katılıyor m	Kısmen katılmıyo rum	Kesinlik le katılmıyo rum
<b>SD12.</b> Çalıştığım yerde sakin ve hoş bir ortam var	4	3	2	1
<b>SD13.</b> Çalıştığım yerde birbirimizle iyi geçiniriz	4	3	2	1
<b>SD14.</b> İşyerinde çalışanlar beni destekler	4	3	2	1
<b>SD15.</b> Kötü günümdeysem işyerindekiler durumumu anlarlar	4	3	2	1
<b>SD16.</b> Üstlerimle ilişkilerim iyidir	4	3	2	1
<b>SD17.</b> İş arkadaşlarımla çalışmak hoşuma gider	4	3	2	1

## WHOQOL-BREF-TR YAŞAM KALİTEİ ÖLÇEĞİ

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz.

Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

ÖRNEK SORU Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

### SORULAR

1 Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

Oldukça kötü	Biraz kötü	Ne iyi ne kötü	Çok iyi	Çok çok iyi
1	2	3	4	5

2 Sağlığınızdan ne kadar honutsunuz?

Hiç hoşnut değilim	Ne hoşnut ne değil	Çok az hoşnut	Hoşnut	Epeyce çok hoşnut
1	2	3	4	5

WHOQOLBREF(TR) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürüm

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

3 Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

4 Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

5 Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

6 Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

7 Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

8 Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

9 Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

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

10 Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

11 Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

12 Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

13 Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

14 Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

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

15 Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?

Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1	2	3	4	5

16 Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim	Ne hoşnut ne değil	Çok az hoşnut	Hoşnut	Epeyce çok hoşnut
1	2	3	4	5

17 Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim	Ne hoşnut ne değilim	Çok az hoşnutum	Hoşnutum	Epeyce çok hoşnutum
1	2	3	4	5

18 Görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim	Ne hoşnut ne değilim	Çok az hoşnutum	Hoşnutum	Epeyce çok hoşnutum
1	2	3	4	5

19 Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim	Ne hoşnut ne değilim	Çok az hoşnutum	Hoşnutum	Epeyce çok hoşnutum
1	2	3	4	5

20 Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim	Ne hoşnut ne değilim	Çok az hoşnutum	Hoşnutum	Epeyce çok hoşnutum
1	2	3	4	5

21 Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim	Ne hoşnut ne değilim	Çok az hoşnutum	Hoşnutum	Epeyce çok hoşnutum
1	2	3	4	5

22 Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim	Ne hoşnut ne değilim	Çok az hoşnutum	Hoşnutum	Epeyce çok hoşnutum
1	2	3	4	5

23 Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim	Ne hoşnut ne değilim	Çok az hoşnutum	Hoşnutum	Epeyce çok hoşnutum
1	2	3	4	5

24 Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim	Ne hoşnut ne değilim	Çok az hoşnutum	Hoşnutum	Epeyce çok hoşnutum
1	2	3	4	5

25 Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim	Ne hoşnut ne değilim	Çok az hoşnutum	Hoşnutum	Epeyce çok hoşnutum
1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

26 Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?

Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
1	2	3	4	5

27 Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

.....

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

.....

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

YARDIMLARINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER.

WHOQOLBREF(TR) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürüm



## 8. KAYNAKLAR

- 1-Lourenao LG, Moscardini AC, Soler G. Health and quality of life of medical residents. Rev Assoc Med Bras 2010; 56(1): 81-90
- 2-Ríos A, Sánchez F, Gascón J, et al. Influence of Residency Training on Personal Stress and Impairment in Family Life: Analysis of Related Factors Med Princ Pract 2006;15:276–280.
- 3-Mumford E: Stress in the medical career. J Med Educ 1983; 58: 436–437.
- 4-Leproult R, Colecchia EF, Berardi AM et al. Individual differences in subjective and objective alertness during sleep deprivation are stable and unrelated. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol 2003; 284: 280-90.
- 5-Yavařcaouđlu B, Aydın B, Karatař EG, ve ark. Anestezi Asistanlarında Nöbetin Bilişsel İşlevler ve Ruhsal Durum Üzerine Etkisi Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi 2007; 33 (2) 75-79.
- 6-Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesinde alışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi 2004; 30 (2) 81-85.
- 7-Testa MA, Simonson DC: Assessment of quality-of-life outcomes. New England Journal of Medicine 1996; 334(13):835-40.

- 8-Carr JA, Higginson IJ. Measuring quality of life are quality of life measures patient centered. BMJ 2001; 322: 1357-60.
- 9-Jenney EMJ, Campbell S. Measuring quality of life. Archives of Disease Childhood 1997; 77: 347-50.
- 10-The WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Social Science and Medicine 1998; 46 (12):1569-85.
- 11-Carr J A, Gibson B, Robinson P G: Measuring of life is quality of life determined by expectations or experience. BMJ 2001; 322: 1240-3.
- 12-Eser SY, Fidaner H, Fidaner C, ve ark. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. 3P Dergisi 1999 ;7: 5-13 (Ek 2).
- 13-Koltarla S. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. Tez J İstanbul; Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi 2008.
- 14-Şahin N. Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi (Kırıkkale Devlet ve SSK Hastaneleri Örneği ), Yüksek Lisans Tezi, Ankara; Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2001.
- 15-Vara S. Yoğun Bakım Hemşirelerinde İş Doyumu ve Genel Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir; Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 1999
- 16-Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve Başa çıkma Yolları. İstanbul: Remzi Kitabevi. 10. Basım, 1990.
- 17-Selye H. The Stress of Life, rev. ed. New York: McGraw Hill 1978.
- 18-Ersever, OG. Stresin Ruh Hastalılığıyla İlişisini İçeren Çok Faktörlü Kavramsal Bir Model, H.Ü. Edebiyat Fakültesi Dergisi, 1985, 33-39.
- 19-Özer, AK. Ben Değeri Tiryakiliği. Varlık Yayınları. İstanbul,1988.
- 20-Armacost R. High School Student Stress and the Role of Counselors. The School Counselor. Vol: 38 (Nov), 1990, 105-112.

- 21-Norfolk D. İş Hayatında Stres". Form Yayınları. Çev: Leyla Serdaroğlu. İstanbul:1989
- 22-Geçtan E. Çağdaş Yaşam ve Normal dışı Davranışlar. Ankara: Maya matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti, 1982.
- 23-Coleman, J.C, Broen WE. Abnormal Psychology and Modern Life. (4th ed.). Glenview, Ill: Scott, Foresman and Company, 1972.
- 24-Levi, L. Work stress. Eur. Bull. Environ. Health, 1, 9, 1992.
- 25-Levine, S., Scotch N. Social Stress. Chicago: Aldine. 1970.
- 26-Welford, A T. Stress and performance. London: Taylor & Francis. 1974
- 27-Clegg, A. Occupational Stress İn Nursing: A Review Of The Literatures. Journal Of Nursing Management 2001; 9: 101-6.
- 28-Luthans, F. Organizational Behaviour, İstanbul: Literatür Yayıncılık, 1994.
- 29-Ceylan A,Ulutürk Y H. Rol Belirsizliği, Rol Çatışması, İş Tatmini ve Performans Arasındaki İlişkiler, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, C:7, S:1, 2006, ss. 48-58.
- 30-Akıncı Z. Turizm Sektöründe İşgören İş Tatminini Etkileyen Faktörler: Beş Yıldızlı Konaklama İşletmelerinde Bir Uygulama, Akdeniz Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, S:4, 2002,ss. 1-25.
- 31-Boswell CA. Work Stres And Job Satisfaction Fort He Community Health Nurse. Journal Of Community Health Nursing 1992; 9(4): 221-7.
- 32-Freudenberger H. The Staff Burnout Syndrome İn Alternative Institutions. Psychother.Theory Res. Pract. 1975; (2): 73-82.
- 33-Maslach C, Jackson S, Leiter M. Maslach Burnout Inventory. (3rd. Ed.). Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press, 1996.
- 34-Firth-Cozens J, Roy L. Stress in Health Professionals. Proffession-Payne, John Wiley and Sons Ltd,1997
- 35-Şahin N. Stresle Başa Çıkma-Olumlu Bir Yaklaşım Türk Psikologlar Derneği Yayınları: 2 Ankara,1986

- 36-Chambers R, Wall D. Stresses, Coping Mechanisms and Job Satisfaction in General Practitioner (Registrars. British Journal of General Practice), 1996, 46, 343-348.
- 37-Eski S. Miyokart Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi, Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 1999.
- 38-Kızılcı S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 1997.
- 39-Şahin N. Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi (Kırıkkale Devlet ve SSK Hastaneleri Örneği ), Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2001.
- 40-Pınar R. Tedavisine Devam Eden Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Durumluluk Kaybı Düzeyleri, Çınar Dergisi, 2:2, s:50-52 1996.
- 41- Testa M. Simonson D. "Assessment of Quality-of-life Outcomes", New England Journal of Medicine; 334(13):835-40, 1996.
- 42-Tatarkewicz W. Analysis of Happiness, PWN-Polish Scientific Publishers 1976.
- 43-Senol Y. Yaşam Kalitesi Ölçütlerinde Taraf Tutma: Cevap Kayması. TAF Preventive Medicine Bulletin,; 5 (5):382- 389, 2006.
- 44-Felce P, Perry J. Exploring current conceptions of quality of life: In Brown I, Renwick R, Nagler M, editors. Quality of life in health promotion and rehabilitation, Sage Pub;1996
- 45-Özkan S. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BFEF. Psikiyatri, Psikoloji, Psikoformokoloji dergisi, 7:2, 5-13, 1999.
- 46-The WHOQOL Group. "What Quality of Life". World Health Forum. 17:354-356, 1996.

- 47-Pınar R. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi, Aylık Aktüel Tıp Dergisi, 9:9, 117-123, 1997.
- 48-Campbell A. The Sence of wellbeing in America, Marc Graw Hill (Pub)., New York, 1981.
- 49-Campbell A. The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions, Russe Sage (Pub)., New York, 1970.
- 50-Şahin H. Eski Bir Kavram Yeni Bir Ölçüt: Yaşam Kalitesi, Toplum ve Hekim, Cilt 12, Sayı 77:40-46
- 51-Bilgin N. Bireylerce Algılanan Şekliyle Yaşam Kalitesi, Seminer, 3. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları 1985.
- 52-Atkinson T. Public Perceptions of The Quality of Life, Perceptive Canada III. Statistics Canada. Ottawa, 1981
- 53-Flanagan J.C. Measurement of Quality of Life: Current State of The Art, Arch Phys Med Rehabil;63:56-59, 1982.
- 54-Campbell A. Subjective measures of Well-being, Am sychologist;31:117-124, 1976.
- 55-Cox DR. Quality of Life Assesement: Can We Keep It Simple, JR Statist Sac.;155:353-393, 1992.
- 56-Fidan D. Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Kavramı ve Ölçüm Yöntemleri, Sağlık ve Toplum 13:3 Temmuz-Eylül, 2003.
- 57-Eser E. Türkler için sağlık ve sosyal bilim araştırmalarında kullanılan linert tipi yanıt ölçekleri: WHOQOL Türkçe versiyonu yanıt skalaları sonuçları, 3P Dergisi Özel Sayısı: 7:(Ek:2), 1999.
- 58-Muldoon MF, Barger SD, Flory JD et al. What are Quality of Life measurements measuring?. BMJ;316:542, 1998.
- 59-Wilson IB, Cleraly PD. Linking clinical variables with health related quality of life. JAMA;59, 1995.
- 60-Leidy NK. Functional status and the forward progress of merry go-rounds. Toward a coherent analytical framework. Nurse Res;43:196, 1994.

- 61-Flanagan JC. A research approach to improving our quality of Life. Am Psychocol;33:138, 1978.
- 62-Fries JF, Singh G. The hierarchy of patient outcomes. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Second Edition, Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996. p.33.
- 63-Anderson KL. The Effects of Cronic Obstructive Pulmonary Disease on Quality of Life. Nurse Res Health;18: 547, 1995..
- 64-Moody L, McCormick K, Williams A. Disease and symptom severity, functional status and quality of life in chronic bronchitis and emphysem. J Behav Med;13: 297, 1990.
- 65-Ware JE. The Status of Health Assesment 1994. An Rev Pub Health;16: 327, 1995.
- 66-Tesla MA, Nackley JF. Methods for Quality of Life Studies. An Rev Public Health;15: 535, 1994.
- 67-Fitzpatrick R. Quality of Life Measures in Health Care, Applications and Issues in Assesment BMJ 305:1074-1077, 1992.
- 68-Taşçı S. Kronik Böbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yaşam Kaliteleri, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1998.
- 69-Quality of Life Instruments Database. Erisim: <http://www.qolid.org>.
- 70-Bellamy N. Principles of Outcame Assessment In Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, eds. Rheumatology, Toronto: Mosby,;893-905, 2003.
- 71-Gitmez AS, Çopur H. Toplumsal Gelişmenin Ölçülmesi; Yaşam Niteliği Göstergeleri, II. Ulusal Sosyal Bilimler Kongresi, Ankara, 1980.
- 72-Schulze N. Yaşam Kalitesini Yükselten temel Unsur Olarak işin insancillaştırılması, 6.Ergonomi Kongresi, Ankara, 1998.
- 73-Başer M. Hemşirelerin Motivasyonunun Değerlendirilmesi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik-Ebelik Eğitim ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu, 1998.

- 74-Eren E. Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi. Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul, 2000.
- 75-Örnek H. Çalışma Hayatı ve Stres, SSK Bülteni, Kasım-Aralık, 1997.
- 76-Serbest F. İş Yaşamı Niteliği, Verimlilik Dergisi, 2000.
- 77-Buddeberg-Fischer B, Dietz C, Klaghofer R. Swiss residents' arguments for and against a career in medicine. *BMC Health Services Research* 2006, 6:98
- 78-Theorell T. Changing society: changing role of doctors. The stresses must not be allowed to get too great. *BMJ* 2000, 320:1417-1418.
- 79-Dumelow C, Littlejohns P, Griffiths S: Relation between a career and family life for English hospital consultants: qualitative, semistructured interview study. *BMJ* 2000, 320:1437-1440.
- 80-Hasler N. Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2001 und 2002. *Schweizerische Ärztezeitung* 2006, 87:87-93.
- 81-Murray A, Montgomery JE, Chang H, Rogers WH, Inui. Thomas, Gelb Safran D. Doctor discontent. A comparison of physician satisfaction in different delivery system settings. *Journal of General Internal Medicine* 2001, 16:451-459.
- 82-Magee M, Hojat M. Impact of health care system on physicians' discontent. *Journal of Community Health* 2001, 26:357-365.
- 83-Stoddard JJ, Hargraves JL, MReed M, et al. Managed care, Professional autonomy, and income. Effects on physicians career satisfaction. *Journal of General Internal Medicine* 2001, 16:675-684.
- 84-Cohen JJ. Our compact with tomorrow's doctors. *Academic Medicine* 2002, 77:475-480.
- 85-Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *British Medical Journal* 2002, 324:835-838.

- 86-Ham C, Alberti KG. The medical profession, the public, and the government. *British Medical Journal* 2002, 324:838-842.
- 87-Landon BE, Reschovsky J, Blumenthal D: Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997- 2001. *The Journal of the American Medical Association* 2003, 289:442-449.
- 88-Kopetsch T: The medical profession in Germany: past trends, current state and future prospects. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales* 2004, 44:43-70.
- 89-Demiral Y, Ünal B, Kılıç B. İş Stresi Ölçeğinin İzmir Konak Belediyesi'nde Çalışan Erkek İşçilerde Geçerlik ve Güvenilirliğinin İncelenmesi. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2007; 26, 1.
- 90-Baydur H. Soma elektrik üretim ve ticaret anonim şirketi tesislerinde çalışan işçilerde bazı sosyodemografik faktörlerle yaşam kalitesinin ilişkisi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2001.
- 91-Baydur H, Taşpınar A, Bolsoy N, Özbaşaran F. Kamu sektörü büro çalışanlarında sağlığı geliştirici davranışlar ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 8-10 Nisan 2004, İzmir, Program ve Özet Kitabı 2004;39.
- 92-Saatli G, Eser E, Pala T, Göngür N. Hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. 8. Halk Sağlığı Günleri 23-25 Haziran 2003, Sivas, Bildiri Özetleri 2003; 235.
- 93-Demirkıran E, Dalli D, Eser E. Quality of life nurses and midwives and related socioeconomic factors. 7. Halk Sağlığı Günleri 11-13 Eylül 2001, Eskişehir, Özet Kitabı 2001; 39.
- 94-Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması 1999. Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Manisa: Emek Matbaası; 2001.
- 95-Çeçen D, Eser E, Baydur H. Bir işyerinde çalışan işçilerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi



- Sempozyumu, 8-10 Nisan 2004, İzmir, Program ve Özet Kitabı 2004;62.
- 96-Ay S, Güngör N, Özbaşaran F. Manisa il merkezinde sağlık ocaklarında çalışan personelin yaşam kalitesi ve bunu etkileyen sosyo-demografik faktörler. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 8-10 Nisan 2004, İzmir, Program ve Özet Kitabı 2004;66.
- 97-Sarıcaoğlu F, Akıncı SB, Gözaçan A. Gece ve Gündüz Vardiya Çalışmasının Bir Grup Anestezi Asistanının Dikkat ve Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2005; 16(2):106-112
- 98-The WHOQOL Group. What quality of life. World Health Forum.1996; 17:354-6.
- 99-Kaya M, Piyal B. Ankara'da 112 acil yardım hizmetlerinde çalışan personelin öznel yaşam kalitelerinin sosyo-demografik özellikler yönünden yaşam kalitesi ait alanlarına göre değerlendirilmesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 8-10 Nisan 2004, İzmir, Program ve Özet Kitabı 2004;61.
- 100- Wang X, Matsuda N, Ma H, Shinfuku N. Comparative study of quality of life between the Chinese and Japanese adolescent populations. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2000; 54:147-52.
- 101- Borglin G, Jakobsson U, Edberg A, Hallberg I R. Selfreported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. International Journal of Nursing Studies 2004;1-12.
- 102- Asada Y, Ohkusa Y. Analysis of health-related quality of life (HRQL), its distribution by income in Japan, 1989 and 1998. Social Science and Medicine 2004; 59:1423-33.
- 103- Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. DEUHYO ED 2009, 2 (4), 145-154

- 104- Castillion PG, Sendio AR, Baneges JR, et al. Differences in quality of life women and men in the older population of Spain. *Social Science & Medicine*, 2005; 60, 1229-1240.
- 105- Whang LL, Shen Y. Chinese SF-36 health survey: Translation, cultural adaptation, validation, and normalisation. *Journal Epidemiology and Community Health*, 2003; 57 (4), 259-261.
- 106- Selvi Y, Güzel Özdemir P, Özdemir O. Sağlık çalışanlarında Vardiyalı Çalışma Sisteminin Sebep Olduğu Genel Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010;23:238-243
- 107- Leproult R, Colecchia EF, Berardi AM et al. Individual differences in subjective and objective alertness during sleep deprivation are stable and unrelated. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol* 2003; 284: 280-90.
- 108- Handel DA, Raja A, Lindsell CJ. The use of sleep aids among Emergency Medicine residents: a webbased survey *BMC Health Services Research* 2006, 6:136
- 109- Ay S, Güngör N, Özbaşaran F. Manisa Devlet Hastanesi göğüs kliniğinde yatan hastaların sosyodemografik özelliklerinin ve yaşam kalitelerinin incelenmesi. 2004: 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Bildiri Kitabı, Poster No:16, İzmir