T. C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ERZURUM İL MERKEZİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERDE YAŞAM KALİTESİ, ALGILANAN STRES DÜZEYİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Dr. Ercan ÖZYILDIRIM

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Zahide KOŞAN

ERZURUM-2015

İÇİNDEKİLER

ONAY ..... **İİİ**
TEŞEKKÜR ..... **İV**
ÖZET ..... **V**
ABSTRACT ..... **Vİİ**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **İX**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **Xİ**
1. GİRİŞ **1**
2. GENEL BİLGİLER **6**
2.1. Yaşam Kalitesi 6
2.1.1. Yaşam Kalitesi, Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Kavramı ve Tarihsel Gelişimi 6
2.1.1.1. Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması 8
2.1.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi 9
2.1.2.1. Araştırmamızda Kullanılan WHOQOL_BREF Ölçeği ve Özellikleri 11
2.1.3 Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Sağlık Hizmetlerinde Kullanımı 13
2.1.4. Hekimlerin Mesleki Özellikleri 18
2.1.5. Hekimlerde Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ile İlgili Yayımlanmış Araştırmalar 20
2.2. Stres 21
2.2.1. Stres Kavramı ve Stres Yanıtı 21
2.2.2. Stres Kaynakları 23
2.2.3. Stresin Belirtileri ve Sonuçları 25
2.2.4. Algılanan Stres Ölçeği (Perceived Stress Scale-PSS) ve Özellikleri 25
2.2.5. Stresle Başa Çıkma Yolları 26
2.2.6. Hekimlerde Algılanan Stres Ölçeği Kullanılarak Yapılmış Çalışmalar 26
3. GEREÇ VE YÖNTEM **28**
3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı 28
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 28
3.3. Araştırmanın Hipotezleri 28

3.4. Veri Toplama Yöntemi ve Ölçeklerin Özellikleri 29
3.5. İncelenen Değişkenler, Verilerin Analizi ve Değerlendirme 30
3.6. İzinler 31
3.7. Araştırmanın Süresi 31
4. BULGULAR 32
4.1. Kullanılan Ölçeklere Ait Güvenirlik Analizleri 32
4.2. Kullanılan Ölçeklere Ait Puanların Korelasyon Analizi 32
4.3. Hekimlere Ait Tanımlayıcı Bulgular 33
4.4. Hekimlerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi ve Stres Puanı ile İlişkisinin İncelenmesi 38
4.5. Hekimlere Ait Bazı Özelliklerin Yaşam Kalitesi Alan Puanları ve Algılanan Stres Puanı İle İlişkisinin Korelasyon Analizi İle İncelenmesi 47
4.6. Hekimlerin Yaşam Kalitesi ve Algılanan Stres Düzeyine Etki Eden Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 49
4.6.1. WHOQOL-Bref Ölçeği Alt Boyutlarına ve Algılanan Stres Düzeyine Etki Eden Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 49
5. TARTIŞMA 56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 72
KAYNAKLAR 79
EKLER 88
EK 1. Anket Formu 88
EK 2. Tez Kabul Tutanağı 93

ONAY

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 20.12.2013 tarih ve 226 sayılı yazısı ile **"Erzurum İl Merkezinde Görev Yapan Hekimlerde Yaşam Kalitesi, Algılanan Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi"** konulu tez konusunun araştırma görevlisi Dr. Ercan ÖZYILDIRIM tarafından çalışılması uygun görülmüştür. Seçilen konu incelenmek üzere Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığı'nca görüşülmüş ve 26.12.2013 tarih ve 1 nolu oturumunun 9 nolu kararı ile etik kurallara uygun görülmüştür. Çalışma Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı'nca 24.12.2013 tarih ve 7 sayılı oturumunun 47 nolu kararı ile tez çalışması olarak kabul edilmiştir.

TEŞEKKÜR

Eğitim süresi ve tezimin hazırlanmasında değerli katkılarından dolayı Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Asuman Güraksın'a, danışman hocam Yard. Doç. Dr. Zahide Koşan'a, Prof. Dr. Serhat Vançelik'e, Yard. Doç. Dr. Elif Okşan Çalıkoğlu'na, Yrd. Doç. Dr. Talat Ezmeci ve bende emeği olan diğer bölümlerdeki tüm hocalarıma saygılarımla teşekkürlerimi sunarım.

Dostluk ve yardımlarından dolayı araştırma görevlisi, sekreter, şoför ve hizmetli arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Canım annem, babam, kardeşlerim ve sevgili eşim ve oğluma maddi ve manevi desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

Dr. Ercan ÖZYILDIRIM

ÖZET

ERZURUM İL MERKEZİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERDE YAŞAM KALİTESİ, ALGILANAN STRES DÜZEYİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

DSÖ sağlığı, hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Bireylerin sağlık durumlarının değerlendirilmesinde klinik ve biyokimyasal parametrelerin yetersiz olması, sağlığın tanımına uygun olarak ruhsal, sosyal ve çevresel faktörlerin de değerlendirilmesini gerektirmiş böylece yaşam kalitesi kavramı ortaya çıkmıştır. Yaşam kalitesi kişinin yaşamından memnuniyetini ifade eden bir kavram iken, stres iç ve dış uyaranlara yanıtı şeklinde tanımlanmaktadır. Hekimler yoğun mesai yapmaları, gece çalışmak zorunda kalmaları ve mesleğin doğasından kaynaklanan zorluklar nedeniyle yoğun bir strese maruz kalmakta, bu durum yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmada amacımız Erzurum İl Merkezi'nde çalışan hekimlerin yaşam kalitesi ile algılanan stres düzeylerini saptamak, etkileyen faktörleri belirlemek ve buna yönelik öneriler geliştirmektir.

Çalışmamız Erzurum İl Merkezi'ndeki tüm kamu ve özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerde, 01/01/2013 - 01/06/2015 tarihlerinde yapılan tanımlayıcı kesitsel nitelikte bir araştırmadır. Örnek sayısı Açıkgöz'ün çevresel alan puanı (12.5±1.8) temel alınarak, evrenin bilindiği durumda (1196), %99 güven aralığında, %5 hata payı ile 598 olarak belirlenmiş ve 577'sine ulaşılmıştır (%96). Hekimler basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiş olup anket yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Anket formu sosyo demografik özelliklere ait sorular, WHOQOL_Bref Ölçeği ile Algılanan Stres Ölçeği'nden oluşmaktadır. Verilerin analizinde Student T Testi, Varyans Analizi (Tek Yönlü ANOVA), Pearson Korelasyon Analizi, Lojistik Regresyon Analizi yapılmıştır.

Hekimlerin bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puanları sırasıyla 14.2±2.5, 14.3±2.4, 13.9±2.6, 14.0±2.2 olup, algılanan stres puanı 26.7±7.3'tür. Kadın hekimlerin, bekarların, araştırma görevlilerinin, 8000 TL ve altında gelire

sahip hekimlerin, ailesine yeterli vakit ayıramayanların, kronik hastalığı olanların, kronik hastalıklı yakını bulunan hekimlerin yaşam kalitesi puanları düşük, stres puanları yüksektir. Araştırma görevlisi, uzman ya da öğretim görevlisi olmak, kronik hastalığın varlığı sosyal alan ve stres düzeyini, meslek seçimi hususunda doğru tercih yaptığını düşünmeme yaşam kalitesinin tüm alanları ile stres düzeyini, aileye yeterli vakit ayıramamak bedensel, çevresel alan ve stres düzeyini, aile içi ilişkinin kötü olması ruhsal ve sosyal alan düzeyini düşüren faktörler olarak bulunmuştur. Bunların dışında kadın olmak, spor yapmamak, tedavi alan yakının bulunması ruhsal alan, eşin hekim olmaması, uzman hekim olmak, 8000 TL ve altında gelire sahip olmak çevresel alan düzeyini düşüren faktörler olarak bulunmuştur.

Araştırma görevlileri, cerrah ve kadın hekimler başta olmak üzere hekimlerin iş koşullarının iyileştirilmesi, hekimlerin motivasyonunu artırıcı düzenlemelerin yapılması, kronik hastalıklı yakını bulunan hekimlerin hastalarına bakım merkezlerinin kurulması ve yaygınlaştırılmasının yaşam kalitesi ve algılanan stres düzeyine olumlu yansıyacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Yaşam kalitesi, WHOQOL_Bref Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği, Hekim, Erzurum

ABSTRACT

QUALİTY OF LİFE, PERCEİVED STRESS LEVEL AND INVESTİGATİON THE FACTORS AFFECTİNG AMONG THE PHYSİCİANS' WORKİNG IN ERZURUM PROVİNCE

WHO describes the health as being in physical, mental and social well-being rather than not having any disease or disability. Because of clinical and biochemical parameters are not sufficient to evaluate personal health status, there is a necessity to include mental, social and environment in the evaluation process. So that, the term of quality of life has emerged. Quality of life is a term which represents personal satisfaction of life; and stress is described as response to internal and external stimuli. Physicians are being faced with stres which resulted from night shifts, over time work and difficulties related to nature of working environment. This situation shave negative effect on their quality of life. The aim of the study is to determine the quality of life, percieved stres level, and also identify the factors affecting these parameters among the physicians' working in Erzurum province and eventually to propose solutions to solve these problems.

This is a descriptive, cross-sectional study which includes the physician working in goverment and private health facilities in Erzurum province in between 01/01/2013 - 01/06/2015. Sample numbers were found as 598 based on Acikgoz's environmental field score (12.5 ± 1.8), within %99 confidence interval, and with %5 error marginand 577 (%96) of them were reached. The sampled physicians were choosen by using simpler and randomised sampling method and survey was conducted with face-to-face interview technique. Survey form consists socio demographical questions, WHOQOL-Bref Scale and Perceived Stress Scale. The elicited data was analyzed by using Student T Test, One-Way ANOVA Test, Pearson Correlation Analysis and Logistic Regression Analysis tests.

The physicians's physical, mental, social and environmental scores were 14.2±2.5, 14.3±2.4, 13.9±2.6, 14.0±2.2 respectively and perceived stres score was 26.7 ± 7.3. The quality of life scores of female physicians, singles, residents, who has

income less than 8000 TL, who are not able to spend enough time with their families, with chronic health problems or having a relative with chronic illness were found lower and stress score of the these groups were higher. Being resident, attending or faculty and having a chronic illness affects social field and stres level; considering working in the wrong occupation affects all the parameters of the quality of life and stress levels; not sharing enough time with family affects physical, environmental fields and stres level and also having bad family relations affects mental and social field scores negatively. Also, being female, not exercising, having a relative with pyschiatric problems affect mental field; having a non-physician spouse, being an attending, having less than 8000 TL income decreased the environmental field levels.

Improving work conditions, making arrangements to motivate physicians, establishing nursing facilities to take care of physicians' relatives with chronic illnesses will improve quality of life and decrease perceived stress level of all physicians especially for residents, surgeons and female physicians.

Keywords: Quality of life, WHOQOL-Bref Scale, Perceived Stress Scale, Physician, Erzurum

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. WHOQOL-Bref Ölçeği'nin Özellikleri 13
Tablo 2. Sağlık Kuruluşlarındaki Risk Faktörleri 18
Tablo 3. Araştırma Düzenleme Planı ve Zaman Çizelgesi (2013– 2015) 31
Tablo 4. Yaşam Kalitesi ve Algılanan Stres Ölçeği'ne Ait Güvenirlik Analizi Bulguları 32
Tablo 5. Yaşam Kalitesi Alan Puanları ve Algılanan Stres Ölçeği Puanının Korelasyon Analizi Bulguları 33
Tablo 6. Hekimlerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı 33
Tablo 7. Hekimlerin Mesleğe İlişkin Özelliklerinin Dağılımı 35
Tablo 8. Katılımcıların Aile İçi İlişki Durumunun Dağılımı 36
Tablo 9. Hekimlerin Bazı Alışkanlıklara ve Hastalık Durumuna Göre Dağılımları .. 37
Tablo 10. Hekimlerin Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algılarının Dağılımı 38
Tablo 11. Hekimlerin WHOQOL_Bref Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı 39
Tablo 12. Hekimlerin Bazı Sosyo-demografik Özellikleri İle Yaşam Kalitesi ve Stres Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 40
Tablo 13. Hekimlerin Mesleki Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi ve Stres Puanlarının Dağılımı 43
Tablo 14. Aileye Yeterli Vakit Ayırma ve Aile İçi İlişki Durumuna Göre Yaşam Kalitesi ve Stres Puanlarının Dağılımı 45
Tablo 15. Hekimlere Ait Bazı Alışkanlıklar, Hastalık Durumu ve Bakımını Üstlendiği Hastanın Bulunma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi ve Stres Puanlarının Dağılımı 46
Tablo 16. Hekimlerin Bazı Özelliklerine Ait Korelasyon Analizi Bulguları 48
Tablo 17.Yaşam Kalitesi Bedensel Alan Alt Boyutuna Etki Eden Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (n=131) 50
Tablo 18. Yaşam Kalitesi Ruhsal Alan Alt Boyutuna Etki Eden Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (n=572) 51
Tablo 19. Yaşam Kalitesi Sosyal Alan Alt Boyutuna Etki Eden Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (n=389) 52

Tablo 20. Yaşam Kalitesi Çevresel Alan Alt Boyutuna Etki Eden Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (n=333)..... 53
Tablo 21. Algılanan Stres Düzeyi Puanı Grubu'na Etki Eden Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (n=314) 54

KISALTMALAR DİZİNİ

WHOQOL_Bref **:** Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu
YK **:** Yaşam Kalitesi
SİYK **:** Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
NHP **:** The Nottingham Health Profile
SF-36 **:** Short Form Health Survey
GS : Genel Sorular
PSS : Perceived Stress Scale
ASM **:** Aile Sağlığı Merkezi
TSM : Toplum Sağlığı Merkezi
VKİ : Vücut Kitle İndeksi
OR : Odds Ratio
GA : Güven Aralığı
Ref : Reference
P : Önemlilik Seviyesi

1. GİRİŞ

İnsanlık tarihi boyunca büyük kitlelerin ölümüne yol açan enfektif hastalıklar, aşılar ve antibiyotiklerin kullanılmaya başlanmasıyla, günümüzde daha çok ekonomik ve teknolojik açıdan geri kalan toplumların sorunu haline gelmiştir (1). Bu gelişmelerin sonucu olarak dünyanın birçok ülkesinde doğumda beklenen yaşam yılı artmıştır (2). Özellikle batı devletlerinde toplumların temel hak ve hürriyetler açısından güçlenmesi ve sosyoekonomik iyileşmeler insanların alım gücünü artırmış, daha fazla tüketim ve daha rahat bir yaşam olanağı sunmuştur. Bununla birlikte kimyasalların hayatın her yönünü kuşatması ve hazır gıdaların yaygınlaşmasına hareketsiz bir yaşamın eklenmesi beraberinde yeni sorunları getirmiştir. Bu sorunların en büyüğü şüphesiz kronik hastalıların yaygınlaşması olmuştur (3). Dünya genelinde yaşam sürelerinin uzaması olumlu bir gelişme olsa da kronik hastalık sıklığı ve komplikasyonlarda artışa neden olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada en çok ölüme neden hastalıklar sırasıyla iskemik kalp hastalığı, serebro vasküler hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, alt solunum yolu enfeksiyonu, trakeo branşial kanserlerdir. Ülkemiz için de benzer bir tablo söz konusudur (4).

Kronik hastalıkların ve komplikasyonlarının toplumda yaygın olarak bulunması yaşamın niteliği üzerinde daha çok kafa yorulmasını sağlamıştır (5). Çağdaş hekimlik anlayışının geldiği "hastalık yoktur, hasta vardır" yaklaşımı öznel değerlendirmenin göz ardı edilmemesi gerektiğini ortaya koymaktadır (5).

Klinik göstergeler karşılaşılan bazı durumları açıklamaya yetmemektedir. Örneğin kemoterapi alan bir hastanın beklenen yaşam süresindeki iyileşme her zaman tatmin edici olmamakta, yan etkiler yaşam süresinin uzamasının verdiği tatmini sınırlandırmaktadır. Hatta toplum içerisinde uzunca bir süre yatalak olarak yaşamını sürdüren kişilerin hayatlarının sonlanması birçok kişi tarafından "kurtuldu" olarak tanımlanabilmektedir. Buradan insanların uzun bir süre yaşamayı yeterli bulmadıklarını bununla birlikte sağlıklı ve daha kaliteli bir yaşamı da arzuladıkları anlaşılmaktadır.

Hekimlik mesleği ulaşılması en güç mesleklerden biridir. Hekim olmak isteyen bir bireyin ilk ve orta öğretim başarısının yüksek olması, bunun yanında üniversiteye giriş sınavında yüksek bir derece elde etmesi gerekmektedir. Bu gereklilikler hekim adayı açısından büyük bir stres kaynağı oluşturmaktadır. Uzun süren bir üniversite hayatı ve yoğun çalışma temposu daha hekim olmadan hekim adaylarını olumsuz etkilemektedir.

Sağlık çalışanları yoğun mesai yapmaları, nöbet tutmaları, gece de çalışmak zorunda kalmaları, geçici ya da kronik bir şekilde sağlık durumu bozulmuş bir topluluğa hizmet vermeleri vb. nedenlerden dolayı yoğun bir strese maruz kalmaktadır. Yüksek gelir ve statü toplumu hekimliğe özendirse de bazı hekimler yaşamından memnun olmadığını bildirmektedir (6). Bazı araştırmalarda bunun nedenleri yoğun iş yükü, kendisine ve ailesine yeterli vakit ayıramama, gelirin adaletsiz olması, performans sistemi, hastalar ve yakınlarıyla iletişim sorunları, hizmet verilen topluluğun eğitim düzeyinin düşük olması, hekimin eğitim düzeyinin yetersiz olması ve şiddet olarak belirlenmiştir. Bunun yanında sağlık çalışanları bulaşıcı hastalıklar açısından risk altındadır. Hastalardan veya laboratuvar kaynaklı birçok hastalık sağlık çalışanlarına bulaşabilmektedir. Tüberküloz, kırım kongo kanamalı ateşi, hepatit B ve C, HIV, influenza ve çeşitli biyolojik ajanlar bunlardan bazılarıdır (7). Hekimlerin sağlığını tehdit eden durumlar bunlarla sınırlı değildir. Bürokratik işlemler, kesiler, kazalar, sıcak ve soğuk maruziyeti, ayakta durma, ağırlık kaldırma, radyasyon, anestezi ve kanser ilaçları, antiseptik ve dezenfektan maddeler, solventler gibi çeşitli risk faktörleri de bulunmaktadır (7). Bahsi geçen riskler daha çok iş yeri kaynaklı risklerdir. Ailesine ve kendisine yeterli vakit ayıramayan bir hekim hem kendisini hem de ailesini ihmal etmekte, hastalıklara ve sosyal ilişkilerinin bozulmasına neden olmaktadır. Bu ve benzeri risk faktörleri değerlendirildiğinde hekimler üzerinde durulması gereken bir meslek grubu olarak karşımıza çıkmaktadır. Nitekim American Stres Enstitüsü hekimlik mesleğini riskli meslekler grubunda değerlendirmektedir (7).

Yaşam kalitesi kişinin yaşamdan memnuniyetini ifade eden bir kavramdır. Kişinin kendinden ve yaşam koşullarından memnuniyetine etki eden bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel faktörleri içermektedir. Bunlar değerler, kişisel hedefler,

aile yapısı, ekonomik durum, hava ve su kalitesi, eğitim, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım vb. öğelerdir (8, 9). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı, bireyin ve topluluğun bedensel ve ruhsal sağlık algısı olarak tanımlanabilir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kapsamına ağrıların bireyin yaşamına etkisi, yeterli gücünün kuvvetinin olup olmaması, yaşamdan keyif alma ve anlamlı bulma durumu, yeterli para ve zaman, ulaşım, güvenlik vb. faktörler girmektedir (8, 9). Aslına bakılacak olursa, bu iki kavramı birbirinden ayırmak çok zordur. Yaşam kalitesine etki eden hemen her faktör doğrudan ya da dolaylı bir şekilde sağlıkla ilgili yaşam kalitesini de etkilemektedir. Ancak iki kavram da kullanılmaktadır. Yaşam kalitesi ölçümü sağlık göstergelerine destek olarak geliştirilen bir araç olarak değerlendirilebilir. Bireylerin biyolojik ve ruhsal yapılarına ek olarak sosyal ve çevresel faktörlere yönelik olarak öznel algıların değerlendirildiği araçlardır. Yöneticilere birey ya da toplum hakkında bütüncül bir bilgi sunarlar. Kliniklerde kullanıldığında hastalar hakkında, sahada kullanımı durumunda ise toplumların sağlık algıları ve etki eden faktörler hakkında detaylı bilgi sağlar. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümü, klinik ya da toplumsal bir müdahaleyi çok boyutlu bir şekilde değerlendirme olanağı sunar.

Son dönemde önem kazanan bir konu da strestir. İnsanların dış ya da iç uyaranlara verdiği yanıt ya da bireyin fiziksel, mental ve emosyonel gerginlik hali olarak tanımlanmaktadır (10-13). Stres kişinin sağlığını ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Yaşam kalitesi de stres de aslında kişinin algısını ifade etmektedir. Örneğin aynı olay bazı kişilerde sağlıklarını bozacak derecede bir tepkiye yol açarken bazılarında düşük düzeyde bir gerilime neden olmaktadır. Aynı standartlar değişik özelliklere sahip kişilerde farklı sonuçlarla karşımıza çıkabilmektedir.

Gerek vücudumuz kaynaklı gerekse çevresel kaynaklı olan ve vücut bütünlüğünü tehdit eden her duruma karşı organizma benzer bir yanıt vermektedir. Bu yanıta stres yanıtı denmektedir (11-13). Emosyonel ve biyolojik boyutu olan bir yanıttır. Evlilik, terfi, doğum, para kazanma ve mezuniyet gibi olumlu çağrışımlar yapan faktörler iyi-faydalı stres (eustress) faktörleri olarak tanımlanırken, ayrılık, ceza, yaralanma, olumsuz duygular, parasal yetersizlikler ve iş zorlukları gibi olumsuz çağrışımlar yapan faktörler kötü-olumsuz stres (distress) faktörleri olarak tanımlanmaktadır (10). Akut strese yanıt savaş ya da kaç şeklinde olurken, maruz

kalınan stres kronikleştiğinde ya da stres kontrol edilemediğinde, tahribat gittikçe artmakta, mental ya da biyolojik kaynaklı birçok hastalığa neden olmaktadır (11-13). Koroner arter hastalığı birçok stres faktörünün bir araya gelmesiyle oluşan bir hastalıktır ve ölümlerin yarısının nedenini oluşturmaktadır.

Son zamanlarda artış gösteren iki stres faktörü hekime şiddet ve malpraktis davalarıdır. Bu durum özellikle acil servis hekimlerini ve cerrahları etkilemektedir (7).

Gerek dünya genelinde gerekse ülkemizde hekimlerin yaşam kalitesi ve stres düzeylerine yönelik çalışmalar az sayıdadır. Ege Bölgesi'nde anestezi ve reanimasyon bölümünde çalışan araştırma görevlilerinde yapılan çalışmada bedensel alan puanı 12.6 ± 1.9, ruhsal alan, 13.1 ± 2.4, sosyal alan 12.7 ± 3.1 ve çevresel alan puanı 12.5 ± 1.8 saptanmıştır. Ülkemizde yapılan ve araştırma görevlileri ile uzman hekimlerin dahil edildiği diğer çalışmada yaşam kalitesi alan puanları bedensel alan puanı15 ± 2.3, ruhsal alan 14.5 ± 2.3, sosyal alan 14.0 ± 2.8 ve çevre alan puanı 13.0 ± 2.0 bulunmuştur. Aynı çalışmada araştırma görevlilerinin tüm yaşam kalitesi alan puanları uzman hekimlerden, cerrahi bilimlerde çalışan hekimlerin çevresel alan puanı temel ve dahili bilimlerde çalışan hekimlerin puanından düşük bulunmuştur (6). Yurt dışı kaynaklı çalışmalar anestezi hekimlerinde yapılmıştır. Brezilya'da hekimlerde yapılan bir çalışmada anestezi hekimlerinin yaşam kalitesi alan puanları diğer hekimlerden anlamlı olarak düşük bulunmuştur (14). Diğer çalışmada ise kadın hekimlerin yaşam kalitesi alan puanları erkeklerden düşük bulunmuştur (15). Hekimlerde stres konusunda da az sayıda çalışma bulunmaktadır. Ülkemizde Algılanan Stres Ölçeği kullanılarak yapılan ve pratisyen hekimlerle uzman hekimlerin dâhil edildiği iki çalışmada algılanan stres puanları 27.2 ± 2.0 ve 30.0 ± 5.5 bulunmuştur (16, 17). Avusturalya'da acil serviste çalışan hekimlerle toplumun karşılaştırıldığı bir çalışmada hekimlerin stres düzeyi 24.6 ± 6.4 saptanmış ve toplum ortalamasıyla benzer bulunmuştur (18).

Hekimlerde yaşam kalitesi ve stres kavramı birbirini tamamlayan konulardır. Bu iki konunun birlikte çalışılması hekimlerin yaşam kalitesi ve stres düzeylerini, yaşam kalitesinin aksayan yönleri ile strese neden olan faktörlerin belirlenmesini

sağlayacak, bunlara yönelik öneriler getirme imkânı sunacaktır. Hekimlerin sağlığına ve yaşam kalitesine olumlu katkılar sağlayacaktır.

Bu çalışmada amacımız, hekimlerin yaşam kalitesi ile algılanan stres düzeylerini saptamak, etkileyen faktörleri belirlemek ve buna yönelik öneriler geliştirmektir.

.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşam Kalitesi

2.1.1. Yaşam Kalitesi, Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Kavramı ve Tarihsel Gelişimi

Kişinin mutluluğu ya da yaşamından hoşnut olması bir algının sonucudur. Yaşam kalitesi kavramı algıya dayandığından bu kavramı daha iyi anlamak için önce algı kavramını açıklamak uygun olacaktır. Schakter algıyı "bilginin alınması, yorumlanması, seçilmesi ve düzenlenmesi" olarak tanımlamıştır (19). Burada dikkat edilmesi gereken nokta, duyu organlarınca alınan uyarı ya da bilginin seçilmesi, yorumlanması ve düzenlenmesi işlevidir. Bu aşamalardan sonra uyarı ya da bilgi algıya dönüşmektedir. Bu işlev kişinin sosyo demografik özellikleri, kültürel özellikleri ve alışkanlıklarından etkilenmektedir.

Yaşama dair yüksek standartlara sahip kişilerin elbette yaşamından daha hoşnut olmasını bekleriz. Ancak bazı durumlarda birisi tarafından iyi olarak algılanan bir durum bir başkası tarafından kötü olarak algılanabilmektedir. Aynı şartlarda benzer ücretle çalışan hekimlerin iş yaşamı memnuniyeti bile farklılık gösterebilmektedir. Aynı durum tıbbi durumlar için de geçerlidir. Romatolojik hastalığı bulunan ve benzer klinik özelliklere sahip kişiler algıladıkları ağrı düzeyini farklı derecelendirebilmektedir. Bu durum algı farklılığı ile açıklanabileceği gibi Maslow'un "İhtiyaç Hiyerarşisi Teorisi" ile de açıklanabilir (20). Abraham Maslow insanların farklı zamanlarda ve durumlarda farklı ihtiyaçlarını ön plana çıkardıklarını tespit etmiştir. Bu teoriye insan önce fizyolojik (yiyecek, içecek, barınma vs.) ve güvenlik gereksinimini temin etmeye çalışmaktadır. Buna ulaştıktan sonra sosyal ihtiyaçları (bir topluluğa ait olma, sevgi vs.) öne çıkarken bundan sonra saygı görme (toplumda sayılma, sosyal statü vs), kişisel ilgi ve fikirlerini ortaya koyma gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla kişilerin bir ihtiyacı karşılaması onları belirli bir süre tatmin etse de sonra başka şeylerin ihtiyacını duymaya başladıklarını saptamıştır (20). Algıdaki farklılık nedenlerinden biri bu olabilir.

Algı biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve çevresel birçok faktörden etkilenmektedir. Yaşam kalitesi de bir algıyı ifade ettiğinden yüksek standartların dahi iyi olarak algılanması sınırlanabilmektedir. Yaşam kalitesini incelerken, yaşam kalitesi düzeyinin kişilerin yaşam standartlarını sübjektif bir şekilde değerlendirmelerinin bir sonucu olduğu akılda tutulmalıdır.

Yaşam kalitesi kavramını ilk olarak 1920 yılında ekonomi ile ilgili bir kitapta Pigou kullanmıştır (21, 22). İkinci dünya savaşı sonrasında Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığın tanımını fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olarak genişletmesi sağlığın ölçülmesi konusunda tartışmaları birlikte getirmiştir (21). Bilim insanları bu tanımlamanın muğlak olduğunu, özellikle sosyal iyilik halini ölçmenin zor olduğunu belirtmişlerdir (5, 23, 24).

Schuessler, Fisher veElkington1960 yılında aynı kavramı kullanmışlardır. Michigan Üniversitesi'nden Drewnowski ve Erickson 1970'te yaşam kalitesinin ölçülmesini eğitimin, sağlığın, ailenin, kişisel özelliklerin, işin, çevrenin ve ekonomik durumun bireylerin iyilik hali üzerine etkisinin incelenmesi olarak tanımlamıştır (21, 25-27). Yaşam kalitesi kavramı 1977 yılında Medline araştırma sisteminde anahtar kelime olarak görülmeye başlanmış, Albrecht 1966-1974 yıllarında 40 referansın yaşam kalitesi kavramı ile ilişkili olduğunu bildirirken 1986-1994yılları arasında bu rakam 10.000'e yükselmiştir (21, 25).

Yaşam kalitesi, yaşamı etkileyen faktörlerin etkilerinin bir sonucu olarak ortaya çıkan ve hayattan memnuniyeti ifade eden bir kavramdır (8). Birçok alt bileşeni bulunmakta olup sağlık, iş, konut, çevre, kültür, toplumsal değerler ve inançlar bunlardan bazılarıdır (8). Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini "bireyin amaçları, umutları, standartları ve endişeleri ile ilişkili olarak yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde kendi yaşamını algılaması" şeklinde tanımlamıştır (28-31).

Yaşam kalitesi geniş bir kavram olduğundan zamanla ölçüme ait problemler artmıştır. Ware 1987'de işin, evin, okulun ve komşuluk ilişkilerinin bireyin sağlığına ait özellikler olmadığını ve bu özelliklerin sağlık sistemlerinin amaçlarına yönelik iyi çevre şartları olduğunu ifade etmiştir (21, 32). Bundan sonra hastalıkların ve

tedavilerin bireylerin yaşamları üzerine etkilerinin değerlendirilmesinde sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı tercih edilmeye başlanmıştır ve bu konuda birden çok tanım yapılmıştır (21). Kaplan SİYK'i hastalık ve tedavinin bireyin işlevselliği ve yeti yitimi üzerine etkisi, Greer tanı ve tedavi sonrası fiziksel, duygusal ve sosyal iyilik hali olarak tanımlamışlardır (21, 33, 34). Eser sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramını bir bireyin ya da topluluğun bedensel ve ruhsal sağlık algısı olarak tanımlamıştır (8). Tanımlardan anlaşıldığı üzere sağlıkla ilgili yaşam kalitesi fiziksel, zihinsel, sosyal yönlerle birlikte kabiliyetler, ilişkiler, algılar, yaşam memnuniyeti ve iyilik halini içine alan bir kavram gibi görünmektedir (21).

SİYK kavramı yaşam kalitesi kavramından ayrılamayan, sağlıkçıların kendi alanlarına özel olarak ortaya koydukları, yaşam kalitesinin belirleyicilerinin sağlıkla ilgili faktörlerin oluşturduğu bir kavramdır (8). Yaşam kalitesinin sağlıkla ilgili olan yönlerini yaşam kalitesinin diğer belirleyicilerinden kesin sınırlarla ayırmak mümkün değildir. Çünkü birçok faktör uzaktan ya da yakından sağlıkla ilişkilidir (5). YK ve SİYK'nın önemi kişiden kişiye değişebilir. Örneğin sağlıklı biri için yaşam kalitesinin sağlıkla daha az ilgili bileşenleri (ekonomik durum, okul, güvenlik, sosyal statü) önemli olurken, kronik hastalığı olan biri için bedensel, ruhsal sağlık durumu gibi bileşenler önem kazanır (9). Toplumsal düzeyde sağlıkta yaşam kalitesi, sağlığı ilgilendiren faktörlerin (kaynaklar, politikalar, uygulamalar) toplum düzeyinde ele alındığı bir durumdur. Gelişmiş ülkelerde halk sağlığı sürveyans sistemlerinin bir parçası haline gelmiştir ve toplum sağlığının bir göstergesi olarak kullanılmaya başlanmıştır (8). Halk sağlığı düzeylerini objektif bir şekilde ortaya koyan geleneksel sağlık göstergelerinin alternatifi olarak değil tamamlayıcısı olarak ele alınmalıdır. Çünkü sağlıkta yaşam kalitesinde öz değerlendirme (self assessment) incelenir bu yüzden nesnellikten çok özneldir (8).

2.1.1.1. Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması

Yaşam Kalitesi 4 alanda (boyutta) ortaya çıkar. Bunlar;

1- Kişisel İçsel Alan (değerler, inançlar, kişisel hedefler, arzular, sorunlarla baş etme vb.)

2- Kişisel Sosyal Alan (aile yapısı, gelir durumu, toplumun tanıdığı olanaklar vb.)

3- Dışsal Doğal Çevre Alanı (hava, su kalitesi vb.)

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

2.1.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi

Yaşam kalitesi ölçümlerinin amacı kişilerin yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi, yaşamlarının niteliğine etki eden olumlu ya da olumsuz yönlerin ortaya konulması ve bir müdahalenin (tedavi, eğitim vs.) etkinliğinin değerlendirilmesidir (8, 9). Böylece yaşamın aksayan kısımlarına yönelik önlemler alınmasına yardımcı olunur.

Bilim adamları 1970'li yıllarda sağlık ve SİYK'yı ölçen ölçeklerin yapısı ve test edilmesi üzerine yoğunlaşmışlardır. Ölçümlerde sağlık profili ve hastaların tercihlerini dikkate alan bir yaklaşım ortaya koymuşlardır (21).

The Quality of Well Being Scale 1973 yılında geliştirilmiştir. Sağlık durumu ve tedavi çıktılarının değerlendirilmesinde değer yargılarını birleştiren, tercih ağırlıklı bir ölçektir (21). The Sickness İmpact Profile (SIP) 136 soru, 12 alandan oluşmakta ve hastalığın davranış üzerine etkilerini incelemektedir. Sağlık bakımının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir (21). Mc Master Health İndex Questionnaire Ölçeği'ni The Nottingham Health Profile Ölçeği'nin (NHP) geliştirilmesi izlemiştir. Bu ölçek 1980 yılından bu yana Avrupa'da geniş bir kullanım alanı bulmuştur. NHP'nin birinci bölümünde enerji düzeyi, ağrı, emosyonel tepkiler, uyku, sosyal izolasyon ve fiziksel yetenekler olmak üzere altı alan değerlendirilmektedir. İkinci bölümde iş, ev idaresi, sosyal hayat, kişisel ilişkiler, cinsel hayat, hobiler ve ilgi alanları, tatil durumları incelenmektedir (21, 35).

Ölçek geliştirme çalışmaları 1980 ve 1990 yıllarında da devam etmiştir. Önce Duke Health Profile ve Quality of Life İndex ölçekleri geliştirilmiştir. Duke Health Profile birinci basamakta kullanılmak üzere tasarlanmışken, QL-İndex Ölçeği

kanserli hastalarda geniş kapsamlı bir görüşmeyi içeren bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Health Utility İndex Ölçeği toplum tabanlı çalışmalarda sağlık maliyetinin bireysel olarak değerlendirildiği durumlarda kullanılmaktadır. Benzer şekilde Euro Qol Ölçeği sağlığın ekonomik olarak değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (21).

Short Form Health Survey (SF-36) 1992 yılında hazırlanmış olup günümüzde de sağlık durumunun ölçülmesinde dünyada en yaygın olarak kullanılan ölçeklerdendir. Sağlığın farklı 8 yönünü irdelemektedir. Geniş katılımlı sağlıklı veya hasta toplumsal çalışmalarda tercih edilmektedir (21). Geliştirilen son genel ölçek ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) ölçeğidir. Bu ölçekte bedensel, ruhsal, sosyal, çevresel alan, kişisel inanç ve bağımsızlık düzeyi boyutları ile dört adet genel soru bulunmaktadır. Birçok dile çevrilmiştir. Kişi perspektifinden hastalığın bireylerin yaşamları üzerine etkisini incelemektedir (21, 36). Kısa formu ise (WHOQOL-Bref) bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan ile iki genel sorudan oluşan bir ölçektir (36). Bu ölçekler de SF-36 gibi genel amaçlı ölçek olduklarından sağlıklı ve hasta topluluklarda kullanım alanı bulmuştur.

Literatüre bakıldığında bu ölçeklerin sağlıklı ve hasta toplulukların yanı sıra sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanıldığı görülmektedir. Bir sonraki aşamasının ise daha özel ölçekler geliştirilerek bazı hastalık ya da hastalık durumlarının değerlendirilmesidir (21).

Algılanan sağlık değerlendirmeleri içinde yer alan yeti yitimi ile SİYK birbirine benzer değerlendirmelerdir. Bu nedenle yeti yitimini ölçen gereçler SİYK ölçekleri içinde değerlendirilebilir. Yeti yetimi ile yaşam kalitesi ilişkisini bir örnekler açıklayacak olursak, merdiven çıkamamak bir yeti kaybının değerlendirilmesi iken, merdiven çıkamamanın kişinin yaşamının niteliği üzerine olan öznel etkisi yaşam kalitesidir (9).

Ölçekler kullanım amaçlarına göre 2'ye ayrılırlar.

1. **Genel amaçlı ölçekler:** Sağlıkla ilgili yeti yitimi ve genel rahatsızlık durumlarını sorgulayan ölçekler olmaları nedeniyle toplumun tüm kesimlerinde, tüm hastalıklar ve durumlarda, tıbbi girişimlerin değerlendirilmelerinde kullanılabilirler (9). Genel amaçlı ölçeklere örnek olarak SF-36, WHOQOL, Nothingam Sağlık Profili (NSP), Euro Qol İnstrument (EQ 5-D), Quality of Well-Being Scale, Health Utility İndex verilebilir (8, 9).

2. **Özel amaçlı ölçekler:** Bilim adamları bazı grupları, hastalıkları ya da durumları daha yakından incelemek amacıyla özel ölçekler geliştirmişlerdir. Bu ölçeklerin avantajı yapılan tıbbi girişime bağlı değişimi daha duyarlı ölçmeleri, daha ayrıntılı ve özel bilgi sunmaları, dezavantajı ise kişiyi bir bütün halinde değerlendirmesindeki sınırlılıklardır. Gruplara özel hazırlanmış ölçeklere örnek olarak, çocuklara özel geliştirilen Pedsqol, ergenlere yönelik KİNDLE ve yaşlılar için geliştirilen WHOQOL-OLD ölçekleri verilebilir. Hastalıklara özel olarak ise dermatoljiye özel DLQI, göz hastalıklarına yönelik VSQ25 ölçekleri örnek olarak verilebilir. Bunların dışında hemen her hastalığa (DM, epilepsi, romatoid artrit) ya da duruma özel (ağrı, cinsel işlev, emosyonel durum) ölçekler geliştirilmiştir (8, 9).

2.1.2.1. Araştırmamızda Kullanılan WHOQOL_BREF Ölçeği ve Özellikleri

WHOQOL_BREF Ölçeği'ni geliştirme çalışmaları, Dünya Sağlık Örgütü tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın Türkiye ayağını yürüten Eser ve ekibi, ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmasının gerekliliğini; Türk diline ve kültürüne uyarlanmış bir yaşam kalitesi ölçeğinin bulunmaması, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi sonuçlarını diğer ülkelerle karşılaştırılmaya imkân tanıyacak olması, Türkiye'de klinik tıp uygulamalarında hastanın tedaviye katılımına ve uyumuna katkısını artıracak bir araca ihtiyaç olması, hekimlerin uyguladıkları tıbbi girişimlerin hastanın yaşam kalitesini etkileme durumunu ölçmelerine imkân tanıması olarak açıklamaktadır (37).

WHOQOL Ölçeği orijinal formu bedensel, ruhsal, sosyal, çevresel alan, kişisel inanç ve bağımsızlık düzeyi boyutları ile dört adet genel sorudan oluşmaktadır (37). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması olan WHOQOL-100 TR (Uzun Form) Ölçeği

eklenen sosyal baskı alanına ait sorularla birlikte 103 sorudan oluşmaktadır (37). WHOQOL-Bref formu ise uzun formdan elde edilen ve 27 sorudan oluşan bir ölçektir. Orijinal formlarından Türkçe'ye uyarlanan WHOQOL 100 (Uzun form) ve WHOQOL-Bref (Kısa Form) Ölçeklerinin geçerli ve güvenilir olduğu bildirilmiştir (37). WHOQOL-Bref'e ait güvenirlik katsayıları (cronbach alfa katsayısı) bedensel alan için 0.83, ruhsal 0.66, sosyal 0.53 ve çevre alan için 0.73'tür. WHOQOL-Bref Ölçeği (Kısa Form) WHOQOL-100 TR Ölçeğinin (Uzun Form) yerine kullanılabilen, yeterli psikometrik özelliklere sahip ve klinik kullanıma uygun olduğu kaydedilmiştir (37).Ölçekte bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alan olmak üzere 4 boyut ve toplam 27 soru bulunmaktadır. Ölçek son iki haftadaki yaşam kalitesi düzeyini ölçmeye yönelik hazırlandığından katılımcıların ölçeği son iki haftadaki yaşantılarını temel alarak yanıtlamaları gerekmektedir. Genel yaşam kalitesi ve sağlık algısı birinci ve ikinci sorularda diğer sorulardan ayrı olarak irdelenmiştir. Kalan 25 soru yaşam kalitesi alan sorularından oluşmaktadır. Ölçeğin son sorusu ülkemize özel hazırlanmış olup "çevresel baskı" özelliğini sorgulamaktadır. Soruların her biri likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermekte ve seçenekler 1-5 arasında değer almaktadır. Ölçeğin puanlaması 100 puan veya 20 puan üzerinden olmak üzere iki türlü yapılabilmektedir. Çalışmalarda daha çok 4-20 puan hesaplaması tercih edildiğinden karşılaştırmayı kolaylaştırması açısından araştırmamızda da öyle hesaplanacaktır. Puan artışı yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir (37).

Ölçek 4 alandan oluşmaktadır. Alanlar ve her bir sorunun incelediği özellikler tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. WHOQOL-Bref Ölçeği'nin Özellikleri

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

2.1.3 Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Sağlık Hizmetlerinde Kullanımı

Kronik hastalığı bulunan bireylere uygulanan tıbbi bir müdahalenin etkisinin klinik ve laboratuvar göstergeleriyle değerlendirilmesi yetersiz kalmaya başlamıştır. Bu yetersizlik sağlıklı bireylerin sağlık durumlarının değerlendirmesinde de gözlenmektedir. Klinik muayene ve laboratuvar sonuçları normal olan ancak sağlık durumlarından şikâyetçi olan bireylerin varlığı bilinmektedir. Anamnez çoğu zaman bu durumu anlamamız için yeterli olmamakta, kişisel düşüncelerin sorulmasını

zorunlu kılmaktadır. Daha geniş ve özel bir sorgu aracına ihtiyacın artması hastaların sübjektif değerlendirmelerinin de sistematik şekilde tedavi sürecine dâhil edilmesini zorunlu kılmaktadır. Kişilerin maddi olanaklarının artması ve sosyal statülerinin güçlenmesi sağlık hizmetlerinde kendileriyle ilgili alınan kararlarda daha etkin rol almalarını sağlamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin temel amacı kişinin hastalığı ile ilgili duygularına ulaşmak, hastalığının günlük yaşamını ve etkinliklerini nasıl etkilediğini anlamak, hastanın ve hekimin iyileşme ile ilgili beklentilere nasıl ulaşacaklarını ortaya koymaktır. Bireylerin çoğu yakınmalarını ve hastalıklarının kendilerini nasıl etkilediğini aktarmaya gönüllüdür. Bu yüzden tedavi seçimi ve planlanması sürecinde aktif rol almak isterler (38).

Kişilerin maddi ve sosyal statülerinin artması, bireyselliğin ön plana çıkması, yaşam yılının artması ve toplumda kronik hastalıkların yaygınlaşması sağlık hizmetlerinde otoriter hekim rolünün kırılmasını sağlamış, sağlık hizmetleri uygulamaları hastalık odaklı bir yaklaşımdan hasta merkezli bir yaklaşıma dönüşmüştür. Hastaların öznel değerlendirmeleri önem kazanmış böylece tıp uygulamalarında biyomedikal parametreler kadar hastaya ait psiko sosyal parametreler de dikkate alınmaya başlamıştır (38). Bu durumda hastaların psiko sosyal değerlendirmelerinin sistematik bir şekilde, yani ölçeklerle değerlendirilme, kayda alınma zorunluluğu ortaya çıkmıştır.

Klinik uygulamalara bakıldığında hekimlerin genellikle kişilerin ölüm ve hastalık durumlarını dikkate alarak, klinik ve laboratuvar sonuçlarıyla teşhis ve tedavi yolunu izledikleri görülmektedir. Bu yaklaşım bilimsel olmasına karşın eksik yönleri bulunmaktadır. Her ne kadar iş yoğunluğu, hekimliğin doğasından kaynaklanan zorluklar vb. nedenlerden dolayı hasta ve yakınlarının tanı ve tedavi sürecine katılımının sınırlı olması ve hastaların özellikle psikolojik ve sosyal açıdan yetersiz şekilde ele alınması, sağlık hizmetlerinden tatmin düzeylerini olumsuz etkilemekte, tedavi başarısı ve sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmektedir.

Kronik hastalığı bulunan bireylerin uzun süre hastalığıyla birlikte yaşama

zorunluluğu, işlevselliği de değerlendirilmesi gereken bir parametre olarak ortaya koymuştur. İşlevsellik ile birlikte mutluluk ve esenlik, benzer ve tıbbi literatürdeki karşılığı ile ifade edecek olursak yaşam kalitesi sağlıkta değerlendirme parametresi olarak kabul edilmiştir (38).

Yaşam kalitesi saha ve klinik uygulamalarında yer bulmaya başlamıştır. Yaşam kalitesi ölçümleri gelişmiş bazı ülkelerde kliniklerde uygulanmaya başlamış olup ülkemizde yalnızca araştırmalarda tercih edilmektedir (8). Bunun çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Hekim başına düşen kişi sayısının fazlalığı, polikliniklerin yoğunluğundan hastalara yeterli sürenin ayrılamaması, toplumun eğitim durumunun yetersizliği, tıp eğitimi ve hekimlerin bu konuya yaklaşımlarına dair bazı sorunlar bu nedenlerin bazılarıdır.

Hasta hekim ilişkisinin incelendiği bir çalışmada hekimler hastayla görüşmelerinin %64'ünü tıbbi ve teknik konulara ayırırken %23'ünü yaşam kalitesi ile ilgili konulara ayırdığı bildirilmiştir. Hastalar aynı görüşmede konu dağılımını eşit yapmaya çalışmışlardır (38, 39). Hekimler yaşam kalitesi ve ölçümünü kabul etseler de klinik uygulamalarda pek karşılık bulmamaktadır. Hekimler bunu yaşam kalitesi verilerinin aşırı teknik ayrıntı içermesi, anlaşılmasının güç olması, iş yoğunluğu, hastaların doldurmaya yanaşmaması gibi nedenlerle açıklamışlardır. Hekimlerin rutin uygulamada yaşam kalitesi yerine işlevsellik durumunu sorguladıkları hatta laboratuvar parametrelerini daha çok dikkate aldıkları görülmektedir (38, 40).

Yaşam kalitesi, kişilerin ya da toplumların sağlık durumunu, hastalıkların sıklığını, prognozunu, iş verimini, diğer kişiler ve çevre ile ilişkisini yakından etkilediğinden halk sağlığı ya da toplum hekimliğinin önemli bir çalışma alanı olmuştur. Daha nitelikli bir sağlık hizmeti için bireylerin bir bütün halinde değerlendirilmesi zorunlu olduğundan, yaşam kalitesi ölçümleri halk sağlığının koruyucu yaklaşım ilkesini desteklemektedir (41).

Bireylerin sağlık açısından riskli davranışlarının önlenmesi eğitimle mümkün olabilmektedir. Bireylerin sağlıklı yaşam konusunda eğitilmesi yaşam kalitelerini yükselten önemli bir uygulama olarak halk sağlığı çalışmalarının ana bileşenini

oluşturmaktadır (41).

Toplum düzeyinde SİYK ölçümü, toplumun sağlık algısını ve fonksiyonel durumunu etkileyen kaynaklar, politikalar ve uygulamalarla ilgilidir. Toplumun sağlık hizmeti gereksiniminin belirlenmesi, yürütülen programların etkinliğinin ölçülmesi, belirli özelliklere sahip grupların toplumsal olanaklar ve hizmetlerden yararlanma düzeylerinin karşılaştırılması uygulanabileceği durumlardır (41, 42).

Yaşam kalitesi sağlık sorunlarının uzun ya da kısa süreli yeti yitimi durumunun etkilerini ölçmede yaralıdır. Böylece fiziksel, ruhsal ya da sosyal yönden sağlık durumu kötü olan grupların belirlenmesi ve izlenmesi, geleceğe dair daha iyi politikalar üretilmesi, sağlık programlarının maliyet-yarar ve maliyet-etkililik durumlarının değerlendirilmesini olanaklı kılar (41, 43).

Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerde halk sağlığı alanında yaşam kalitesi çalışmaları diğer alanlarda olduğu gibi araştırmadan öteye gitmemiştir. Oysa mevcut objektif sağlık değerlendirmelerine yardımcı olarak sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümlerinin eklenmesi, kişinin veya toplumun bir bütün olarak değerlendirilmesini, daha etkili politika ve müdahalelerin yapılmasını sağlayacaktır. Alınacak önlemlerle daha sağlıklı ve mutlu bir toplum hedefine daha kolay ulaşılacaktır.

Yaşam kalitesi ölçümlerinin geriatride kullanımı giderek artmaktadır. Yaşlılıkta yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktör kronik hastalıklardır. Organların fonksiyonlardaki fizyolojik gerilemeye ek olarak anjinal ağrı, üriner inkontinans, lokomotor rahatsızlıklar, görme ve duyma bozuklukları, mental sorunlar yaşam kalitesini etkilemektedir. Bunun yanında psikolojik ve sosyal problemler yaşlılıkta artmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümü mevcut durumun saptanmasını, düzenli ölçümlerle uzun süreli olarak kontrol altında tutulmasını sağlar. Yaşlılara sağlık hizmeti sunucularının da değerlendirilmesine olanak sunar (44).

Kronik solunum yolu hastalıklarında yaşam kalitesi genellikle tedavinin etkinliğini ve klinik sonuçları değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Başta astım

ve KOAH'ın değerlendirilmesi olmak üzere kronik solunum yolu hastalıklarına özel 30'a yakın ölçek bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda fizyolojik parametrelere ek olarak SİYK ölçümlerinin yararlı olduğu vurgulanmaktadır (45).

Kalp hastalıklarının tedavisinde olguların stabilize edilmesi, semptomların giderilmesi ve konforun sağlanması sağ kalım kadar önemlidir. Geleneksel ölçütler (nesnel)ile yaşam kalitesi ölçümünün (öznel) klinik uygulamalarda birlikte kullanımı daha etkili bir sağlık hizmeti sunumunu sağlayacaktır (46).

Benign prostatat hiperplazisi, idrar inkontinansı, ürolojik kanserler, genito üriner enfeksiyonlar yaşam kalisini etkileyen en sık ürolojik hastalıklardır. Uluslararası Konsensus Toplantısında (1991) benign prostat hiperplazili hastaların yakınmalarının değerlendirilmesinde yaşam kalitesinin de ölçülmesi önerilmiştir (47).

Psikiyatride yaşam kalitesini oluşturan boyutlar başka tanımlar altında dolaylı da olsa değerlendirilmiştir. Yeti yitimi, sosyal işlevsellik, sosyal uyum ve sosyal destek değerlendirmeleri tam olarak yaşam kalitesini yansıtmasa da, yaşam kalitesi kavramı ile ilişkili ve bazı boyutlarını ortaya koyan kavramlardır. Psikopatolojik durumlar kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu durumlardan en sık karşılaşılan hastalıklar depresyon, bipolar bozukluklar, anksiyete, obsesif kompulsif hastalıklar ve şizofrenidir. Yapılan çalışmalarda psikiyatik hastaların yaşam kalitesi düzeyleri sağlıklılardan düşük bulunmuştur. Bu nedenle yaşam kalitesinin değerlendirilmesi öncelikli olarak düşünülmelidir (48).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümünün önemli olduğu hasta gruplarından biri onkoloji hastalarıdır. Kanserin toplumdaki kötü algısına ciddi ağrı ve metabolik sorunların eklenmesi, fiziksel ve ruhsal açıdan kişide büyük bir travmaya neden olmaktadır. Yaşam yılı sayısının üzerinde daha çok durulan bu dönemde cerrahi ve kemoterapi tedavileriyle travma derinleşmekte, hastaların yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir. Onkoloji hastalarının yaşam kalitelerinin ölçümü tıbbi müdahalelerin etkisini değerlendirmede biyomedikal parametreler kadar önemlidir.

2.1.4. Hekimlerin Mesleki Özellikleri

Sağlık hizmetleri en eski hizmet sektörlerinden biridir ve geçmişten bu yana çeşitli riskleri barındırdığı bilinmektedir. Ülkemizde 2010 yılında 500000 sağlık çalışanı bulunmaktadır. Bu sayı sanayi alanındaki pek çok iş kolundan daha fazladır. Sağlık çalışanlarının büyük bölümünü hekimler ve hemşireler oluşturmaktadır. Hekimlerin 2010 yılında toplam sayısı 123000'dir. Bunların 64000'ini uzman hekimler oluşturmaktadır. Ülkemizde sağlık personelinin çoğu, 1500 dolayında hastane ile daha fazla sayıdaki aile sağlığı merkezinde çalışmaktadır (7).

Sağlık çalışanın sağlığını belirleyen iki temel faktörden ilki çalışanın bireysel özellikleri, ikincisi ise iş yeri ortamındaki faktörlerdir. Hekimlerin bireysel özelliklerine bakıldığında tıp fakültelerine yüksek puanlar alarak girdikleri, yüksek eğitim düzeyi ve diplomalarına sahip oldukları, çalışan kadın oranının pek çok iş kolundan daha yüksek olduğu, birçok iş kolunda 50 yaşın üzerindeki kimseye pek rastlanmazken, hekimlerden 65 yaş üzerinde olanların bile aktif çalışmaya devam ettikleri görülmektedir (7).

Hekimler için iş yeri ortamı risklerinin başında mikroorganizmalar gelmektedir. Başta solunum yolu enfeksiyonu etkenleri olmak üzere pek çok enfeksiyon etkenine maruz kalma riski bulunmaktadır. Bunun dışına iş yeri ortamı birçok riski barındırmaktadır. Bunların başlıcaları tablo 2'de sunulmuştur (7).

Tablo 2. Sağlık Kuruluşlarındaki Risk Faktörleri (7)

Fizik-Ergonomik	Kimyasal	Biyolojik	Psiko-Sosyal
Gürültü	Solventler	Enfeksiyonlar	Vardiya
Vibrasyon	Anestezi ilaçları	Tbc	Gece çalışma
Sıcak-soğuk	Kanser ilaçları	HBV-HCV	Uzun süre çalışma
Kaza (kesi, batma)	Antibiyotikler	HIV	Stres
Radyasyon	Metal, Hg	Solunum sist.enf.	İş yükü
Ayakta durma	Temizlik		Şiddet
Ağırlık kaldırma	malzemeleri		

Bireysel faktörler ve tabloda sunulan risk faktörleri sağlık çalışanlarının sağlık durumlarını belirler. Sağlık çalışanlarında en sık görülen sağlık sorunları enfeksiyon hastalıklarıdır. Akut solunum yolu enfeksiyonları, Hepatit B,C ve HIV enfeksiyonları, tüberküloz bunların başlıcalarıdır. Fiziksel etkenler arasında radyasyon öne çıkmaktadır. Uzun süre ayakta durma, ağırlık kaldırma gibi ergonomik risk faktörleri kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarına yol açabilmektedir. Kaza riski önemli bir faktördür. Özellikle kesi ve iğne batması sık görülmektedir. Bunların dışında çeşitli ilaçlar ve kimyasallara maruziyet sonucu alerjik hastalıklar görülebilmektedir (7).

Hekimler gece çalışması ve vardiyalı çalışma şartları nedeniyle toplumla ilişkilerini sürdürmekte zorluk çekebilmektedirler. Hekimlerin psiko sosyal sorunlarını oluşturan faktörlerin başında uzun süre çalışma, gece çalışması ve sık tutulan nöbetler gelmektedir. Ailesine ve kendine yeterli vakit ayıramayan hekimlerin aile içi ilişkileri ve sağlık durumları bozulmaktadır. Bununla birlikte hastanın sorumluğunu taşıma, tedavi ve takip sırasındaki stres, ölümle sonuçlanan durumlarda duyulan üzüntü psiko sosyal sorunları artırır. Kırsal alanda çalışan hekimlerde yalnızlık başka bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunların dışında aşırı hasta yükü en önemli psiko sosyal risk faktörüdür. Kısa sürede çok sayıda hastaya bakmakla yükümlü olan hekimin hata oranı artmaktadır (7).

Acil servis başta olmak üzere hemen her tıp bilim dalının en önemli sorunlarından biri hekime yapılan şiddettir. Bu sözlü ya da fiziki taciz şeklinde olabilmektedir (7). Ne yazık ki toplumumuzun ve hekimlerin bir bölümü iletişim konusunda medeni seviyede değildir. Hukuki prosedürlerin çokluğu ve cezaların tatmin edici olmaması şiddeti tırmandırmaktadır. Hekimlerin önemli bir kısmı hukuki yollara başvurmamaktadır. Kurumsal takip ve koruma çalışmaları yeterli seviyede ve sistematik olmadığından uygulanan şiddet karşılıksız kalmaktadır. Bu nedenlerden dolayı hekimlerin güvenliği ile ilgili kaygıları gün geçtikçe artmaktadır.

2.1.5. Hekimlerde Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ile İlgili Yayımlanmış Araştırmalar

Dünyada ve ülkemizde sağlık çalışanlarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmalar bulunsa da yalnızca hekimlerin değerlendirildiği çalışmalar sınırlı sayıdadır. Sağlık çalışanlarında yapılan çalışmaların hemen hepsinde hekimler ayrı olarak değerlendirilmemiştir. Aynı çalışma ortamını paylaşsalar da iş yerindeki sorumluluk, iş yükü ve çalışma saatlerinin yoğunluğu, ekonomik ve statü açısından hekimler diğer sağlık çalışanlarından ayrılmaktadır. Dolayısıyla hekimlerin ayrı olarak değerlendirildiği çalışmalara ihtiyaç vardır. Aşağıda bu konuda bulunan çalışmalar özetlenecektir.

Ülkemizde hekimlerde WHOQOL_Bref Ölçeği kullanılarak yapılan ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin çalışıldığı ilk araştırma, Avcı'nın 2001 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi araştırma görevlileri ve uzmanlarında gerçekleştirdiği çalışmadır. Bu çalışmada yaşam kalitesi alan puanları temel tıp bilimlerinde çalışan hekimlerde, uzmanlarda ve evlilerde yüksek bulunmuştur (6).

İkinci araştırma Açıkgöz'ün 2012 yılında Ege Bölgesi'nde anestezi ve reanimasyon bilim dalında çalışan araştırma görevlilerinde yaptığı çalışmadır. Bu araştırmada yaşam kalitesi alan puanları literatürdeki düzeylerden düşük saptanmıştır (49).

Diğer çalışma katılımcıların büyük çoğunluğunu (%70) hekimlerin oluşturduğu Musaoğlu'nun çalışmasıdır. Bu tez çalışması 2007 yılında, Trakya Üniversitesi'nde çalışan öğretim elemanlarında gerçekleştirilmiştir. Erkeklerin yaşam kalitesi alan puanları kadınlardan yüksek bulunmuştur. Yaş, gelir durumu, toplam hizmet yılı arttıkça yaşam kalitesi alan puanlarının arttığı görülmüştür (50).

Tunç tarafından sağlık çalışanlarında gerçekleştirilen bu çalışma 2007 yılında yapılmıştır. Araştırmada kas iskelet sistemi bozuklukları ile yaşam kalitesi düzeylerinin ilişkisi incelenmiş, hekimlerin yaşam kalitesi düzeylerine ait bulgular yayın içerisinde ayrıca gösterilmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak Nottingham

Sağlık Profili (NHP) yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Sağlık çalışanlarının kas iskelet sistemi ile ilgili rahatsızlıklarının yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği bildirilmiştir (51).

Uluslararası literatür incelendiğinde hekimlerin yaşam kalitesi düzeylerinin WHOQOL_Bref Ölçeği kullanılarak değerlendirildiği çalışmaların az sayıda olduğu görülmüştür. Arenson-Pandikov'un Brezilya'da anestezi ve diğer branşlarda çalışan uzman hekimlerin yaşam kalitelerini karşılaştırdığı çalışması2007 yılında gerçekleştirilmiştir. Anestezi çalışanlarının yaşam kalitesi alan puanları düşük bulunmuştur (14). Benzer şekilde Brezilya'da anestezide çalışan hekimlerde yapılan bir çalışmada kadınların yaşam kalitesi erkeklerden düşük bulunmuş, aşırı iş yükünün yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bulunmuştur (15).

2.2. Stres

2.2.1. Stres Kavramı ve Stres Yanıtı

Stres hemen herkesin bildiği bir kavramdır. Halk arasında bu kavram daha çok olumsuz durumlar karşısındaki hoşa gitmeyen duygu ve düşünceleri, en çok da endişe durumlarını anlatmak için kullanılmaktadır. Bilimsel literatürde ise onlarca tanımlama bulmak mümkündür. Yine de bir fikir vermesi açısından bazı tanımlamaları şöyle sıralayabiliriz.

Stres kavramını ilk olarak 17. Yüzyılda fizikçilerin kullandığı bildirilmektedir. Aynı dönemde sosyal alanda da görülmeye başlanmış ve dert, keder, bela, felaket anlamlarında kullanılmıştır. Stres kavramı 18. Ve 19. Yüzyılda ise nesne, kişi ya da ruhsal durumlar için baskı, güç veya zor durum manalarında kullanılmıştır (12). Hans Selye 1930'da stresi bireyin herhangi bir uyaran karşısında gerekli uyumu sağlayabilmek için bedensel ve psikolojik olarak harekete geçmesi, Schermeron ise olağanüstü talepler, sınırlamalar veya fırsatlarla karşılaşıldığında yaşanan gerilim durumu olarak tanımlamıştır (11, 12). Iwancevich, Gibson ve Donelly ise stresi, kişi üzerinde aşırı psikolojik veya fiziksel baskılar yapan herhangi bir dış ve iç hareket, durum veya olayın organizmaya yansıyan sonucu şeklinde

tanımlamış ve uyuma yönelik bir davranış olduğunu belirtmiştir (11).

Stres günlük yaşamda kullandığımız gibi sıkıntı ve gerginlik durumlarında hissettiğimiz bir duygu durumu değildir. Stres, yeni durumlara adapte olmak için oluşturulan fiziksel bir tepki veya savunma mekanizmasıdır. Vücudun bütünlüğünü tehdit eden ya da strese neden olan faktörlerle başa çıkılamayacağı durumlarda endişe, kaygı, umutsuzluk, sıkıntı gibi duygular strese eşlik eder. Bunlar stres faktörüne yanıt olarak organizmada meydana gelen psişik değişikliklerdir (11-13).

Selye organizmanın stres faktörüne yanıtını "Genel Adaptasyon Sendromu" olarak tanımlamış ve açıklamıştır. Sendrom 3 dönemde incelenmektedir. Birinci dönem alarm dönemidir. Stresle karşılaşan organizmada korteks uyarılır. Bu uyarı limbik sistem üzerinden hipotalamusa ulaşır. Hipotalamustaki uyarı direk ya da hipofiz aracılığıyla böbrek üstü bezlerden kortizol ve adrenalin salınımını sağlar. Böylece sempatik sinir sistemi aktive olmuş olur. Stres yanıtında organizmadaki değişiklikler bu hormonlar aracılığıyla sağlanır. Stres yanıtı, kan basıncının ve kan şeker oranının artması, mide asidinin salınımının artması, vücut ısısı ve solunum derinliğinin yükselmesi ve zihinsel aktivitenin hızlanması şeklinde olur. Sonuçta direnç dönemine girilir. Organizma ikinci dönemde stres faktörüyle mücadele eder. Vücut dengesini korumaya çalışır. Bu dönemde organizmanın uyum yeteneği ve enerjisi dirençte büyük önem taşır. Direnç düzeyi cinsiyet, genetik ve çevresel faktörlerden etkilenir. Özellikle geçmiş tecrübeler direnci artırır. Stres faktörü ortadan kaldırılamayıp uzun sürdüğü durumlarda zamanla enerji azalır ve vücut tükenme dönemine girer. Tükenme dönemi genel adaptasyon sendromunun üçüncü dönemini oluşturmaktadır. Hormonların uzun süre etkileri sonucu kalp damar hastalıkları, ülser, bağışıklığın baskılanması ve enfeksiyon hastalıkları görülmektedir (12).

2.2.2. Stres Kaynakları

Yaşamda birçok stres kaynağı bulunmaktadır. Stres kaynakları 5 grupta incelenebilir (12).

1. **Bireyin Kendisinden Kaynaklanan Stres:** Kişinin fizyolojik ve biyolojik özelliklerinden kaynaklanır. Yaşam şartlarının ağırlığı, kişilik özelliklerinin strese yatkın olması, temel ihtiyaçların karşılanmasında yaşanan zorluklar ve ekonomik sıkıntılar bireysel strese neden olan durumlardır (12).

2. Ev ve Aile Yaşamından Kaynaklanan Stres: Aile sosyal, kültürel ve ekonomik yönleri olan sosyal bir sistemdir. Birçok zaman stresin azalmasını sağlayan bir kurumken bazı durumlarda stres kaynağı olabilmektedir. Ailede stres, bireyler arası günlük ilişkiler ile çevreden kaynaklanmaktadır. Özellikle iş yerinden eve getirilen sorunlar ailede önemli bir stres kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır. Kadının iş hayatında daha çok yer alması, erkeklerin ev işlerinin sorumluluğundaki isteksizlikleri, dayanışma içinde olmamaları stresi artırmaktadır. İş yerindeki sorumluluklar, ev işleri ve annelikten kaynaklanan sorumluluklar günümüzde kadınları stresli bir yaşama zorlamaktadır (12).

3. Eğitim ve Okul Yaşamından Kaynaklanan Stres: Sınavlar eğitim hayatının en önemli stres kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır**.** Bunun yanında harçlar, eğitim materyalleri, okul arkadaşları ve eğitimcilerle ilişkiler stres kaynağı olabilmektedir.

4. İş Hayatından Kaynaklanan Stres: İş yerleri, bireylerin vakitlerinin önemli bir kısmını geçirdiği ortamlardır. Çalışma saatlerinin uzun olması, vardiya usulü çalışma, fiziksel tehlikelerin varlığı, iş yükünün fazlalığı başlıca stres kaynaklarıdır. Her iş doğası gereği bazı zorlukları barındırmaktadır. İş yerinde rol ve sorumlukların çatışması, kişinin yetkisinin olmadığı boyutlarda hizmet beklentisi ya da yöneticilerce hizmete zorlanması önemli bir stres kaynağıdır. Mesleki gelişimdeki yetersizlikler, tatmin edici bir başarının yakalanamaması da stres faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Yöneticilerin çalışanların bireysel ihtiyaçlarını gözetmeden

sadece üretim odaklı ve empatiden yoksun yaklaşımları çalışanların stres düzeyini artırmaktadır. Çalışma ortamının fiziksel yetersizlikleri verimi düşürmekte ve stresi artırmaktadır (12). Ayrıca işsizlik endişesi de önemli bir stres kaynağıdır (12).

5. Çevreden Kaynaklanan Stres: Ekonomik koşulların yetersizliği, politika ve siyasi alandaki çatışmalar, teknolojinin hızla ilerlemesi ve buna uyumda yaşanan zorluklar, sosyal ve kültürel değişimler önemli çevresel stres kaynaklarıdır. Kırsaldan kente göçün artması hem göç edeni hem de göç edilen kentin sakinlerini olumsuz etkileyebilmekte, özellikle güvenlik ve uyum sorunlarını beraberinde getirmektedir (12).

Strese neden olan durumlar hekimlere göre değerlendirildiğinde, hekimlerin mesleklerinden kaynaklanan stres faktörleri şöyle sıralanabilir (11).

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

2.2.3. Stresin Belirtileri ve Sonuçları

Orta düzeyde stresin kişinin araştırma güdüsünü ve verimini artırdığına dair yayınlar bulunmakla birlikte uzun süreli veya yoğun strese maruziyet, akut veya kronik bazı hastalıklara yol açmaktadır (11). Hastalığa bağlı bulgular kişinin özelliklerine göre farklılık gösterebilmektedir. Bazı semptom ve belirtileri şöyle sıralayabiliriz:

1. Fiziksel semptom ve belirtiler: Tansiyon yükselmesi, sindirim bozukluğu, terleme, nefes darlığı, baş ağrısı, yorgunluk, alerji, mide bulantısı, mide ülseri vb.

2. Davranışsal semptom ve belirtiler: Uyuma isteği, uykusuzluk, iştahsızlık, aşırı yeme, sigara ve alkol kullanma vb.

3. Psikolojik semptom ve belirtiler: Gerginlik, geçimsizlik, işbirliğinden kaçma, sürekli endişe, yetersizlik duygusu, yersiz telaş vb.

Tüm bu semptom ve belirtilerin sonucu olarak verim düşüklüğü, işe devamsızlık, tükenme, kronik hastalıklar, intihar ve ölüm gibi sonuçlar ortaya çıkmaktadır (11).

2.2.4. Algılanan Stres Ölçeği (Perceived Stress Scale-PSS) ve Özellikleri

Algılan Stres Ölçeği 1983 yılında Prof. Dr. Sheldon Cohen tarafından geliştirilmiştir (52). Türk Toplumu'na uyarlama çalışması 2006 yılında Yerlikaya ve arkadaşları tarafından yapılmış olup geçerli ve güvenilir bulunmuştur (cronbach alfa: 0.84) (53). Ölçeğin metodolojik çalışmaları başka araştırmacılar tarafından da yapılmış, geçerli ve güvenilir bulunmuştur (54). Algılanan Stres Ölçeği bireyin hayatındaki bazı durumları ne derece stresli algıladığını ölçmek için tasarlanmıştır (54). Toplumun erişkin tüm kesimlerine uygulanabilir bir ölçektir. Ölçek son bir aydaki stres düzeyini ölçtüğünden, katılımcıların ölçekteki soruları bu dönemdeki durumlarını göz önünde bulundurarak yanıtlamaları gerekmektedir. Ölçek 14 sorudan oluşmakta ve seçenekler 0-4 arasında değer almaktadır. Ölçekteki seçenekler

hiçbir zaman (0) -- çok sık (4) şeklinde olup likert tipi yanıtlardan oluşmaktadır. Maddelerden olumlu ifade içeren 7'si tersten puanlanmaktadır. Ölçek 0-56 puan arasında değer almakta olup puanın artışı algılanan stres düzeyinin arttığını göstermektedir. Bu ölçeğin yanı sıra 10 ve 4 soruluk olmak üzere ölçeğin 2 formu daha bulunmaktadır (53, 54).

2.2.5. Stresle Başa Çıkma Yolları

Stresi önleme ya da azaltma girişimleri aynı zamanda yaşam kalitesinin artmasını sağlayacak faaliyetlerdir. Bunlar;

1. **Stresle Başa Çıkmada Bireysel Stratejiler:** Kaçamadığınız stresle yaşamayı öğrenme, mizah ve şakaya yaşamda yer verme, stresin avantajlarını kullanma, gevşeme ve solunum egzersizleri, dengeli beslenme, toplumsal destek, sosyal, kültürel ve sportif etkinliklere katılma, egzersiz, masaj, dua ve ibadet, zaman yönetimi vb. faaliyetleri artırmak stresi azaltmaktadır (11).

2. **Stresle Başa Çıkmada Örgütsel Stratejiler:** Destekçi bir örgütsel hava oluşturulması, iş zenginleştirilmesi, örgütsel rollerin belirlenmesi ve çatışmaların azaltılması, mesleki gelişim yollarının planlanması ve danışmanlık, iş yerinde olumlu bir ortam oluşturmak vb. faaliyetleri içermektedir (11).

2.2.6. Hekimlerde Algılanan Stres Ölçeği Kullanılarak Yapılmış Çalışmalar

Dünyada ve ülkemizde hekimlerde stresin çalışıldığı yayımlar çok az sayıdadır.

Gündoğdu'nun Adana'da birinci basamakta çalışan hekimlerde yaptığı tez çalışmasında yaş, gelir durumu, medeni durum ve nöbet tutma durumu algılanan stres puanını etki eden faktörler olarak bulunmuştur (2011) (16). Özyıldırım'ın Balıkesir İli'ndeki çalışmasında hekimlerin algıladıkları stres puanı yardımcı sağlık personelinden yüksek bulunmuştur (2014) (17).

Dış kaynaklı literatür incelendiğinde Algılanan Stres Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalardan ilki, Duffrin'in ABD'de çalışan aile hekimlerinde gerçekleştirdiği çalışmasıdır (2011). Bu çalışmada çalışmamızdan farklı olarak PSS-4 formu kullanılmıştır. Erkeklerin stres puanı kadın hekimlerden anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Aynı çalışmada medeni duruma ve çocuk sahibi olma durumuna göre stres düzeyleri benzer bulunmuştur (55).

Fransa'da 2012 yılında hekimlerde yapılan bir çalışmada, algılanan stres düzeyi orta ya da yüksek olan hekimlerin tükenmişlik düzeyleri yüksek bulunmuştur (56).

Waldman'ın Arjantin'de PSS-10 Ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada, kardiyolojide çalışan hekimlerin algıladıkları stres düzeyleri hekim olmayan popülasyondan yüksek saptanmıştır (2007) (57).

Diğer çalışma Morais'in2005 yılında Portekiz'de anestezi hekimlerindeki araştırmasıdır. Bu çalışmada hekimlerin algılanan stres düzeyleri yüksek tespit edilmiş, sosyo-demografik bazı özellikler ve iş ile ilişkili bazı faktörlerin stres algısını etkilemediği bulunmuştur (58).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Çalışmamız Erzurum il merkezinde 01/01/2013 - 01/06/2015tarihleri arasında yapılan tanımlayıcı kesitsel nitelikte bir araştırma olup tüm kamu ve özel sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmiştir. Bu kurumları; Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Palandöken Devlet Hastanesi, Nene Hatun Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Nihat Kitapçı Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi, Özel Erzurum Şifa Hastanesi, Özel Buhara Hastanesi, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve bağlı ASM ve TSM'leri, İl Sağlık Müdürlüğü ve 112 Komuta Merkezleri oluşturmaktadır.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Erzurum İl Merkezi'nde görev yapan tüm hekimler oluşturmuştur. İl Sağlık Müdürlüğü'nden elde edilen kayıtlara göre çalışmaya başlandığı tarihte hekim sayısı 1196'dır (59).Örneklem hesabı G-Power Programı v3.1 kullanılarak yapılmıştır. Örnek hesabında temel alınmak üzere Türkiye'de hekimlerde yapılan benzer çalışmalar taranmıştır ve bunlardan en düşük yaşam kalitesi düzeyine sahip çalışmanın Açıkgöz'ün çalışması olduğu belirlenmiştir (60). Bu çalışmada çevresel alan puanı 12.5±1.8 olup, örnek sayısı bu rakamlar temel alınarak hesaplanmıştır. Evrenin bilindiği durumda (1196), %99 güven aralığında, %5 hata payı ile örnek sayısı 598 olarak belirlenmiştir ve 577'ine (%96) uygulanmıştır. Hekimlerin 21'i çeşitli gerekçelerle çalışmaya katılmayı reddetmişlerdir. Örnekleme dahil edilen hekimler sağlık sistemi basamaklarına ve unvana göre tabakalandırılıp basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

Hekimlerin yaşam kalitesi düzeyi ve algılanan stres düzeyinin sosyo demografik özellikler, meslek ve iş hayatına ait özellikler, gelir ve aile içi ilişki durumu, alışkanlıklar ve hastalık durumuna göre farklılık gösterdiği düşünülmektedir. Buna göre;

1. Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine göre yaşam kalitesi ve algılanan stres düzeyi farklılık göstermektedir.

2. Hekimlerin meslek ve iş hayatına ait özelliklerine göre yaşam kalitesi ve algılanan stres düzeyi farklılık göstermektedir.

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

4. Hekimlerin alışkanlıkları ve hastalık durumuna göre yaşam kalitesi ve stres düzeyi farklılık göstermektedir.

5. Hekimlerin yaşam kalitesi düzeyi ile stres düzeyi arasında ilişki bulunmaktadır.

3.4. Veri Toplama Yöntemi ve Ölçeklerin Özellikleri

Anket formunun ön uygulaması Üniversite Hastanesi'nde çalışan 30 kişilik hekim grubuna yapılmıştır ve herhangi bir sorun olmadığı görülmüştür. Anket yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Yanıt süresi yaklaşık olarak 40 dakika ölçülmüştür.

Anket formunda birinci bölümdeki sorular hekimlerin sosyo demografik özelliklerine ilişkin sorulardan (28 soru) oluşmaktadır. İkinci bölümdeki sorular Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL_BREF) (27 Soru) ve Algılanan Stres Düzeyi Ölçeği'nden (14 Soru) oluşmaktadır (36, 53). Anket formunda toplam 69 soru bulunmaktadır.

WHOQOL_BREF Ölçeği Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilip Türk Toplumu'na uyarlaması Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (36). Ölçek geçerli ve güvenilir bulunmuştur (Cronbach alfa katsayıları bedensel alan için 0.83, ruhsal 0.66, sosyal 0.53 ve çevre alan için 0.73 idi). Ölçek toplumun erişkin tüm kesimlerine uygulanabilir bir ölçektir. Ölçekte bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alan olmak üzere 4 boyut ve toplam 27 soru bulunmaktadır. Ölçek son iki haftadaki yaşam kalitesi düzeyini ölçmeye yönelik hazırlandığından, katılımcıların ölçeği son iki haftadaki yaşantılarını temel alarak yanıtlamaları istenmiştir. Genel yaşam kalitesi algısı ve sağlık algısı 1. ve 2. sorularda irdelenmiştir. Kalan 25 soru yaşam kalitesi

alan sorularından oluşmaktadır. Ölçeğin son sorusu ülkemize özel hazırlanmış olup "çevresel baskı" özelliğini sorgulamaktadır. Soruların her biri likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermekte ve seçenekler 1-5 arasında puan almaktadır. Her bir alan puanı 4-20arasında değer almaktadır. Puan artışı yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir.

Algılan Stres Ölçeği 1983 yılında Prof. Dr. Sheldon Cohen tarafından geliştirilmiştir (52). Türk Toplumu'na uyarlama çalışması 2006 yılında Yerlikaya ve arkadaşları tarafından yapılmış olup geçerli ve güvenilir bulunmuştur (cronbach alfa: 0.84) (53). Toplumun erişkin tüm kesimlerine uygulanabilir bir ölçektir. Ölçek son bir aydaki stres düzeyini ölçtüğünden ölçekteki soruları katılımcıların son bir aydaki durumlarını göz önünde bulundurarak yanıtlamaları istenmiştir. Ölçek 14 sorudan oluşmakta ve seçenekler 0-4 arasında değer almaktadır. Ölçekteki seçenekler hiç-çok sık şeklinde olup likert tipi yanıtlardan oluşmaktadır. Ölçek toplam 0-56 puan arasında değer almakta olup puanın artışı algılanan stres düzeyinin arttığını göstermektedir.

3.5. İncelenen Değişkenler, Verilerin Analizi ve Değerlendirme

Çalışmada incelenen bağımlı ve bağımsız değişkenler aşağıdaki gibidir.

a) Bağımlı değişkenler: Hekimlerin yaşam kalitesi düzeyi ve algıladıkları stres düzeyidir.

b) Bağımsız değişkenler: Hekimlerin sosyo demografik özellikleri, aile içi ilişkileri, alışkanlıklar ve hastalık durumu ile ilgili değişkenlerinden oluşmaktadır.

Veri girişi ve istatistiksel analizler SPSS for Windows 20.00 programı aracılığı ile yapılmıştır. Analize dâhil edilen değişkenlerin normal dağılıma uyum durumu Kolmogorov Smirnov Testi ile, varyasyon homojenitesi Levene testi ile kontrol edilmiştir.

Verilerin tanımlanmasında sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

Hipotezlerin test edilmesinde Student T Testi, Varyans Analizi (Tek Yönlü ANOVA), Pearson Korelasyon Analizi, Lojistik Regresyon Analizi yapılmıştır.

3.6. İzinler

Araştırma amaç ve kapsamını içeren bilgi formu hazırlanmış, ilgili birimlere gönderilmiştir. Araştırma ile ilgili etik izin (26.12.2013 tarih ve 1 nolu oturumunun 9 nolu kararı) Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan, idari izinler (24.12.2013 tarih ve 7 sayılı oturumunun 47 nolu kararı) Dâhili Tıp Bilimleri Bölüm Kurulu'ndan uygulamaya dair izinler Atatürk Üniversitesi Rektörlüğü, Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden alınmıştır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına göre sağlanmış olup, toplanan bilgilerin araştırmanın amacı dışında kullanılmayacağı anket formunda belirtilmiştir.

3.7. Araştırmanın Süresi

Tablo 3. Araştırma Düzenleme Planı ve Zaman Çizelgesi (2013– 2015)

	2013						2014						2015		
	Ocak – Şubat	Mart - Nisan	Mayıs - Haziran	Temmuz - Ağustos	Eylül - Ekim	Kasım Aralık	Ocak - Şubat	Mart - Nisan	Mayıs - Haziran	Temmuz - Ağustos	Eylül - Ekim	Kasım Aralık	Ocak - Şubat	Mart - Nisan	Mayıs - Haziran
KONUNU BELİRLENMESİ LİTERATÜR TARAMASI															
PLANLAMA AŞAMASI Ön denemenin yapılması, Gerekli izinlerin alınması, Anket formunun hazırlanması															
UYGULAMA AŞAMASI Veri toplama, veri işleme															
ANALİZ AŞAMASI Verilerin analizi, yorumlanması															
YAZIM AŞAMASI Araştırma raporunun yazımı, basımı, raporun ilgili yerlere sunumu															

4. BULGULAR

Araştırma bulguları altı bölüm halinde sunulmuştur. Birinci bölümde ölçeğin güvenirliğine ilişkin bulgular, ikinci bölümde ölçeklerin korelasyon analizi sonuçları, üçüncü bölümde araştırmaya katılan hekimlere ilişkin tanıtıcı bilgiler, dördüncü bölümde yaşam kalitesi alan puanları ile algılanan stres puanının bağımsız değişkenlerle ilişkisi, beşinci bölümde değişkenlerin korelasyon analiz sonuçları, altıncı bölümde hekimlerin yaşam kalitesi alan puanı grupları ile stres puanı grubuna etki eden etmenlere yönelik lojistik regresyon analizi sonuçları sunulmuştur.

4.1. Kullanılan Ölçeklere Ait Güvenirlik Analizleri

Yaşam kalitesi ölçeği güvenirlik katsayıları 0.67-0.82 arasında değerler almıştır. Algılanan stres düzeyi ölçeği güvenirlik katsayısı 0.87 bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4. Yaşam Kalitesi ve Algılanan Stres Ölçeği'ne Ait Güvenirlik Analizi Sonuçları

Ölçek Alt Boyutları	Cronbach-Alpha Değerleri
Bedensel Alan	0.80
Ruhsal Alan	0.82
Sosyal Alan	0.67
Çevresel Alan	0.82
Algılan Stres Ölçeği	0.87

4.2. Kullanılan Ölçeklere Ait Puanların Korelasyon Analizi

Yaşam kalitesi alan puanlarının birbirleriyle anlamlı olarak yüksek derecede pozitif yönde korelasyon gösterdiği, stres puanı ile ise sosyal alanın negatif yönde orta derecede, diğer yaşam kalitesi alan puanlarının yüksek derecede negatif yönde korelasyon gösterdiği saptanmıştır. İkili tüm korelasyon analizlerinde $p<0.001$ bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 5. Yaşam Kalitesi Alan Puanları ve Algılanan Stres Ölçeği Puanının Korelasyon Analizi Bulguları

	Bedensel	Ruhsal	Sosyal	Çevre	Algılanan Stres Ölçeği
Bedensel	1				
Ruhsal	0.68*	1			
Sosyal	0.56*	0.65*	1		
Çevre	0.65*	0.67*	0.59*	1	
Algılanan Stres Ölçeği	-0.56*	-0.62*	-0.48*	-0.55*	1

*** p<0.001**

4.3. Hekimlere Ait Tanımlayıcı Bulgular

Çalışmaya 359'u erkek (%62) ve 218'i kadın (%38) olmak üzere 577 hekim katılmıştır. Çalışmaya katılan kişiler hedeflenen örnek toplumun (598) %96'sını oluşturmaktadır. Hekimlerin yaş ortalamaları ve standart sapmaları 36.1±8.0 olup, %51.5'i 30-40 yaş arasındadır. VKİ ortalamaları 25.5±3.6 olup %52.6'sı fazla kilolu ya da obez bulunmuştur. Katılımcıların %75'i evli ve evli olanların %82'sinin eşi çalışmaktadır. Eşi çalışan hekimlerin %61'i hekimle, %14'ü öğretmenle evli olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin %43.8'inin 8001TL ve üzerinde gelire sahip olduğu, %67.1'inin ev ve %93.1'inin araba sahibi olduğu saptanmıştır. Hekimlerin %62'si çocuk sahibidir ve ortalama çocuk sayıları 2.0±0.8 olarak bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 6. Hekimlerin Bazı Sosyo demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellik		Sayı	Yüzde
Yaş (n=565)			
≤29		123	21.3
30-39		276	47.8
≥40		166	28.8
Ort±SS= 36.1±8.0	Ortanca= 35.0	Min. Değer= 22.0	Max. Değer= 65.0
Cinsiyet (n=577)			
Erkek		359	62.2
Kadın		218	37.8
Boy (cm)			
Ort±SS= 170.2±8.3	Ortanca=170.0	Min. Değer=149.0	Max. Değer=196.0

Tablo 6. (devam)

Özellik		Sayı	Yüzde
Kilo (kg)			
Ort±SS= 74.3±13.9	Ortanca=75.0	Min. Değer = 43.0	Max. Değer = 140.0
VKİ (n=571)			
Düşük kilolu		6	1.0
Normal		259	44.9
Fazla kilolu		246	42.6
Obez		60	10.4
Ort±SS= 25.5±3.6	Ortanca=25.0	Min. Değer = 18.0	Max. Değer = 41.0
Medeni Durum (n=563)			
Evli		433	75.0
Bekâr		123	21.3
Dul / Boşanmış		7	1.2
Evlilik Süre (n=397)			
0-5 yıl		117	20.3
6-15 yıl		181	31.4
16 yıl ve üzeri		99	17.2
Ort±SS= 10.7± 7.6	Ortanca=9.0	Min. Değer = 0.5	Max. Değer = 37.0
Aylık Gelir (n=565)			
3000-5000		118	20.5
5001-8000		194	33.6
8001 ve üzeri		253	43.8
Ev Varlığı (n=573)			
Evet		387	67.1
Hayır		186	32.2
Otomobil Varlığı (n=575)			
Evet		537	93.1
Hayır		38	6.6
Eş Çalışma Durumu (n=423)			
Evet		354	61.4
Hayır		69	13.7
Eş Mesleği (n=354)			
Doktor		216	61.0
Öğretmen		50	14.0
Hekim Dışı Sağ. Per.		25	7.0
Mühendis		16	5.0
Diğer		47	13.0
Çocuk Durumu (n=453)			
Evet		359	62.2
Hayır		94	16.3
Çocuk Sayısı			
1 Çocuk		95	16.5
2 Çocuk		179	31.0
3 ve üzeri çocuk		81	14.0
Ort±SS= 2.0±0.8	Ortanca=2.0	Min. Değer = 1.0	Max. Değer = 4.0

Hekimlerin mesleğe ilişkin özelliklerinin dağılımları Tablo 7'de verilmiştir.

Hekimlerin %46.3'ünün Sağlık Bakanlığı'nda, %47.5'inin üniversitede ve %6.1'inin özel hastanelerde çalıştığı belirlenmiştir. Katılımcıların %15.5'i birinci basamak, %13.7'si ikinci basamak ve %70.7'si üçüncü basamakta çalışmaktadır. Çalışmaya dahil edilen hekimlerin %35.9'unu (207) uzman hekimler ve %17.2'sini (99) öğretim üyeleri oluşturmuştur. Öğretim üyelerinin %41.4'ünü yardımcı doçent, %24.1'ini doçent ve %34.5'ini profesör doktorlar oluşturmuştur. Katılımcıların %43.7'si dahili bilimlerde, %30.8'i cerrahi bilimlerde ve %7.5'i temel bilimlerde çalışmaktadır. Çalışmaya katılanların mesleklerindeki ortalama çalışma süreleri 11.2±8.0 yıl olup, %45.9'u 6-15 yıl bandındadır. Hekimlerin %55'inin nöbet tuttuğu, ortalama nöbet sayılarının6.3±3.7 olduğu, nöbet tutanların %56.4'ünün 6 ya da üzeri sayıda nöbet tuttuğu belirlenmiştir. Hekimlerin %11.1'i yönetici olarak çalıştığını belirtmiş olup, %38.3'ü meslek seçimi hakkında doğru tercih yaptığını düşünmektedir.

Tablo 7. Hekimlerin Mesleğe İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Kurum (n=576)		
1.Üniversite	274	47.5
2.Sağlık Bakanlığı	267	46.3
3.Özel sağlık işletmeleri	35	6.1
Çalışılan Kurumun Basamağı (n=576)		
1.Basamak sağlık kurumu	89	15.5
2.Basamak sağlık kurumu	79	13.7
3.Basamak sağlık kurumu	408	70.7
Mesleki Konumu (n=577)		
Pratisyen	102	17.7
Araştırma görevlisi	169	29.3
Uzman	207	35.9
Öğretim üyesi	99	17.2
Öğretim üyesi (n=87)		
Yardımcı doçent doktor	36	41.4
Doçent doktor	21	24.1
Profesör doktor	30	34.5
Çalışma Alanı (n=473)		
Dahili bilimler	252	43.7
Cerrahi bilimler	178	30.8
Temel tıp bilimleri	43	7.5

Tablo 7. (devam)

Özellik		Sayı	Yüzde
Toplam çalışma süresi (yıl) (n=569)			
0-5 yıl		154	26.7
6-15 yıl		265	45.9
16 yıl ve üzeri		150	26.0
Ort±SS=11.2 ±8.0	Ortanca=10.0	Min. Değer = 0.1	Max. Değer= 42.0
Şu anki kurumda çalışma süresi (yıl) (n=564)			
0-5 yıl		452	78.3
6-15 yıl		76	13.2
16 yıl ve üzeri		36	6.2
Ort±SS= 4.3± 5.5	Ortanca=2.6	Min. Değer = 0.1	Max. Değer= 42.0
Nöbet Tutma Durumu (n=576)			
Evet		318	55.1
Hayır		259	44.9
Nöbet Sayısı (n=280)			
1-5 nöbet		122	43.6
6 nöbet ve üzeri		158	56.4
Ort±SS= 6.3±3.8	Ortanca=6.0	Min. Değer = 0.5	Max. Değer = 21.0
Yönetsel Görev (n=577)			
Evet		64	11.1
Hayır		513	88.9
Meslek Seçimi Hakkında Düşünce (n=577)			
Doğru seçim yaptığımı düşünüyorum		221	38.3
Bazen yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum		279	48.4
Yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum		77	13.3

Katılımcıların aile içi ilişki durumunun dağılımını Tablo 8'de incelenmiştir.

Hekimlerin %61.9'u ailesine yeterli vakit ayıramadığını belirtmiş olup, %58.9'u aile içi ilişkilerini "yüksek düzeyde" olarak nitelendirmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların Aile İçi İlişki Durumunun Dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Aileye Yeterli Vakit Ayırma (n= 574)		
Evet	217	37.6
Hayır	357	61.9
Aile İçi İlişki (n=573)		
Düşük düzeyde	15	2.6
Orta düzeyde	218	37.8
Yüksek düzeyde	340	58.9

Hekimlerin bazı alışkanları ile hastalık durumuna göre dağılımları Tablo 9'da gösterilmiştir.

Katılımcıların %20.5'i sigara kullandığını belirtmiştir. Hekimlerin 13.4±7.0 yıldır sigara kullandığı, günde ortalama 15.6±8.1 adet sigara tükettiği, %7.8'inin alkol kullandığını belirlenmiştir. Hekimlerin %17.2'si düzenli spor yaptığını belirtmişlerdir. Katılımcıların %15.6'sının son iki hafta içinde hastalık geçirdiği belirlenmiştir. Hekimlerin kronik hastalık sıklığının %18.6 olduğu, en çok görülen hastalıkların sırasıyla hipotiroidik hastalıklar, HT ve DM olduğu saptanmıştır. Hekimlerin %13.2'si kronik hastalığı olan bir yakınının bakımını üstlendiğini, %15.4'ü de psikiyatrik tedavi alan bir yakınının olduğunu belirtmiştir.

Tablo 9. Hekimlerin Bazı Alışkanlıklara ve Hastalık Durumuna Göre Dağılımları

Özellik	**Sayı**	**Yüzde**
Sigara Kullanma Durumu (n=572)		
Halen içiyorum	118	20.5
Bıraktım	91	15.8
Hiç içmedim	363	62.9
Sigara Kullanma Yılı (n=116)		
0-5 yıl	19	16.4
6-15 yıl	59	50.9
16 yıl ve üzeri	38	32.8
Ort±SS=13.4 ±7.0 Ortanaca=14.0	Min. Değer= 1.0	Max. Değer = 37.0
Günde İçilen Sigara Adedi (n=115)		
1-19 adet	52	45.2
20 adet ve üzeri	63	54.8
Ort±SS= 15.6±8.1 Ortanca=20.0	Min. Değer = 1.0	Max. Değer = 40.0
Alkol Kullanma Durumu (n=573)		
Evet	45	7.8
Hayır	528	91.5
Düzenli Spor (n=574)		
Evet	99	17.2
Hayır	475	82.3
Son 2 Hafta İçinde Hastalık Geçirme (n=574)		
Evet	90	15.6
Hayır	484	83.9
Kronik Hastalık Sıklığı (n=571)		
Evet	106	18.4
Hayır	465	80.6

Tablo 9. (devam)

Özellik	Sayı	Yüzde
Bakımı Üstlenilen Kronik Hastalıklı Yakının Varlığı (n=575)		
Var	76	13.2
Yok	499	86.5
Psikiyatrik Tedavi Alan Yakının Varlığı (n=575)		
Var	89	15.4
Yok	486	84.2

4.4. Hekimlerin Sosyo demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi ve Stres Puanı ile İlişkisinin İncelenmesi

WHOQOL-BREF Ölçeği'nin 1. ve 2. soruları genel yaşam kalitesi ile sağlık algısını değerlendirmeye yöneliktir. Yaşam kalitesini hekimlerin %47.1'i "ne iyi, ne kötü", %35.4'ü "oldukça iyi" olarak değerlendirmiştir. "Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz" sorusunu katılımcıların %46.3'ü "epeyce hoşnut" olarak yanıtlamıştır. Katılımcıların yaşam kalitesi ve sağlık algısına yönelik verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Hekimlerin Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algılarının Dağılımı

S1. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?			S2. Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?		
	Sayı	Yüzde		Sayı	Yüzde
Çok kötü	24	4.2	Hiç hoşnut değil	10	1.7
Biraz kötü	56	9.7	Çok az hoşnut	50	8.7
Ne iyi, ne kötü	272	47.1	Ne hoşnut, ne de değil	198	34.3
Oldukça iyi	204	35.4	Epeyce hoşnut	267	46.3
Çok iyi	21	3.6	Çok hoşnut	52	9.0

Hekimlerin yaşam kalitesi ve stres ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Hekimlerin WHOQOL_Bref Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı

	Ortalama±SS	**Ortanca**	**Min. - Mak. Değer**
Bedensel Alan	14.2±2.5	14.3	4.6 – 20.0
Ruhsal Alan	14.3±2.4	14.7	5.3 – 20.0
Sosyal Alan	13.9±2.6	14.7	4.0 – 20.0
Çevresel Alan	14.0±2.2	14.2	4.9 – 19.1
Algılan Stres Ölçeği	26.7±7.3	26.0	4.0 – 55.0

Hekimlere ait bazı sosyo-demografik özelliklerin yaşam kalitesi ve algılanan stres puanı ile ilişkisi Tablo 12'de incelenmiştir.

Yaş gruplarına göre bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.01$). Yapılan ileri analizlerde bedensel ve çevresel alanlarda 40 yaş ve üzeri grubun puanının diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Ruhsal alandaki farklılığın 40 yaş ve üzeri grup ile 29 yaş ve altı grup arasındaki ilişkiden kaynaklandığı, 40 yaş ve üzeri grubun puanının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur.

Erkek hekimlerin bedensel ve ruhsal alan puanlarının kadın hekimlerden anlamlı olarak yüksek olduğu (sırasıyla $p<0.05$, $p<0.001$), stres puanının ise anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$).

Hekimlerin vücut kitle indeksine göre yaşam kalitesi ve stres puanları benzer bulunmuştur.

Hekimlerin medeni durumlarına göre ruhsal, sosyal, çevresel alan ve algılanan stres puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.01$, $p<0.01$, $p<0.05$, $p<0.01$). Anlamlı saptanan yaşam kalitesi alan puanlarının tümünde evlilerin puanının yüksek olduğu ve farklılığın evliler ile bekârlar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir (sırasıyla $p<0.01$, $p<0.01$, $p<0.05$, $p<0.01$).

Evlilik süresine göre bedensel alan puanları 16 yıl ve üzeri evli olanlarda yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılık 16 yıl ve üzeri evli olan hekimlerle 0-5 yıl evli olanlardan kaynaklanmaktadır.

Gelir düzeyi ile yaşam kalitesi ve stres puanları karşılaştırıldığında; 8001 TL ve üzeri gelire sahip hekimlerin bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanları anlamlı olarak yüksek saptanırken ($p<0.001$), sosyal alan puanları benzer bulunmuştur. Geliri 8001 TL ve üzeri olan hekimlerin stres puanı anlamlı olarak diğer gelir gruplarına göre düşük bulunmuştur ($p<0.01$). Farklılığın 8001 TL ve üzeri gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Ev ya da araba sahibi olan hekimlerin yalnızca çevresel alan puanları yüksek düzeyde ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$, $p<0.05$).

Eşi çalışan hekimlerin bedensel ve ruhsal alan puanı çalışmayanlardan anlamlı olarak düşük saptanmış olup ($p<0.01$), diğer alan puanları ve stres puanı benzer bulunmuştur. Eşi hekim olarak çalışanların çevresel alan puanı ise eşi diğer mesleklerde çalışanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.01$).

Çocuk sahibi olma durumuna göre tüm yaşam kalitesi alan puanları ve stres puanı benzer, birden fazla çocuk sahibi olan hekimlerin tek çocuk sahibi olanlara göre bedensel alan puanı yüksek saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 12. Hekimlerin Bazı Sosyo-demografik Özellikleri İle Yaşam Kalitesi ve Stres Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Özellik	Bedensel Alan Puanı Ort±SS	Ruhsal Alan Puanı Ort±SS	Sosyal Alan Puanı Ort±SS	Çevresel Alan Puanı Ort±SS	Algılanan Stres Ölçeği Puanı Ort±SS
Yaş					
≤29	13.9±2.7	13.8±2.9	13.9±2.7	13.6±2.2	27.6±7.5
30-39	14.0±2.5	14.3±2.3	13.7±2.8	13.9±2.2	26.8±7.1
≥40	14.8±2.4	14.8±2.2	14.1±2.3	14.6±1.9	25.8±7.4
	F=5.5, p<0.01	**F=5.9,p<0.01**	F=1.1, p>0.05	**F=8.2,p<0.001**	F=2.2,p>0.05
Cinsiyet					
Erkek	14.4±2.5	14.6±2.4	14.0±2.6	14±2.3	26±7.1
Kadın	13.9±2.6	13.8±2.5	13.6±2.6	14±2.0	27.7±7.5
	t=2.5, p<0.05	**t=3.8,p<0.001**	t=1.7,p=0.08	t=-0.2, p>0.05	**t=-2.7, p<0.01**

Tablo 12. (devam)

Özellik	Bedensel Alan Puanı Ort±SS	Ruhsal Alan Puanı Ort±SS	Sosyal Alan Puanı Ort±SS	Çevresel Alan Puanı Ort±SS	Algılanan Stres Ölçeği Puanı Ort±SS
VKİ					
Düşük kilolu	14.2±3.4	14.7±2.5	13.8±2.7	15.1±3.3	27.2±7.8
Normal	14.2±2.6	14.2±2.5	13.8±2.7	14.0±2.1	27.0±7.4
Fazla kilolu	14.2±2.5	14.3±2.4	13.7±2.6	13.9±2.3	26.4±7.1
Obez	14.3±2.2	15.0±2.2	14.7±2.4	14.3±2.1	25.5±7.0
	F=0.3, p>0.05	F=2.1,p>0.05	F=2.1,p>0.05	F=1.0,p>0.05	F=0.8,p>0.05
Medeni Durum					
Evli	14.3±2.5	14.5±2.3	14.1±2.6	14.1±2.2	26.2±7.0
Bekâr	13.8±2.6	13.6±2.8	13.2±2.8	13.6±2.3	28.5±8.0
Dul / Boşanmış	14.6±1.6	13.4±1.0	13.7±2.3	13.5±1.4	27.4±2.9
	F=1.7, p= 0.18	**F=7.6,p<0.01**	**F=4.9,p<0.01**	**F=3.2,p<0.05**	**F=4.7,p<0.01**
Evlilik Süresi					
0-5 yıl	14.0±2.8	14.2±2.6	14.1±3.1	13.9±2.4	26.3±8.1
6-15 yıl	14.3±2.4	14.5±2.2	14.0±2.4	14.0±2.0	26.6±6.2
16 yıl ve üzeri	14.9±2.2	14.8±2.0	14.1±2.5	14.5±2.0	25.3±7.5
	F=3.8, p<0.05	F=1.8 ,p>0.05	F=0.3,p>0.05	F=2.5,p>0.05	F=1.0, p>0.05
Aylık Gelir					
3000-5000	13.6±2.7	13.8±2.9	13.6±3.1	13.3±2.6	27.8±8.4
5001-8000	13.9±2.4	14.0±2.5	13.8±2.6	13.7±2.0	27.3±6.9
8001 ve üzeri	14.6±2.4	14.7±2.0	14.2±2.4	14.6±1.9	25.6 ±6.8
	F=8.1p<0.001	**F=7.8p<0.001**	F=2.3 p>0.05	**F=17.4p<0.001**	**F=5.2p<0.01**
Ev Varlığı					
Evet	14.3±2.5	14.4±2.4	14.0±2.5	14.3±2.0	26.4 ±7.2
Hayır	13.9±2.7	14.1±2.6	13.7±2.8	13.4±2.4	27.3± 7.6
	t=1.8 p>0.05	t=1.6 p>0.05	t=1 p>0.05	**t=4.2 p<0.001**	t=-1.3p>0.05
Araba Varlığı					
Evet	14.2±2.5	14.3±2.4	13.9±2.6	14.1±2.2	26.5 ±7.2
Hayır	14.0±2.6	13.8±2.9	13.2±3.1	13.1±2.4	28.3 ±8.7
	t=0.6 p>0.05	t=1.0 p>0.05	t=1.7p>0.05	**t=2.5 p<0.05**	t=-1.5p>0.05
Eş Çalışma Durumu					
Evet	14.1±2.6	14.4±2.3	14.0±2.6	14.1±2.1	26.5±6.9
Hayır	15.0±2.3	15.1±2.1	14.3±2.6	14.3±2.3	24.8±7.6
	t=-2.7, p<0.01	**t=-2.7,p<0.01**	t=-1.1,p>0.05	t=-0.9,p>0.05	t=2.0,p>0.05
Eş Mesleği					
Doktor	14.2±2.6	14.4±2.2	14.1±2.4	14.3±2.0	26.4±6.6
Diğer Meslekler	14.0±2.6	14.3±2.5	13.8±2.8	13.6±2.3	26.9±7.6
	t=0.6, p>0.05	t=0.6,p>0.05	t=1.2,p>0.05	**t=2.8,p<0.01**	t=-0.7,p>0.05
Çocuk Durumu					
Evet	14.3±2.4	14.6±2.2	14.0±2.4	14.1±2.1	26.1±6.8
Hayır	14.3±2.9	14.3±2.7	14.4±3.0	14.1±2.3	26.3±8.0
	t=-0.1, p>0.05	t=1.0, p>0.05	t=-1.5,p>0.05	t=0.4,p>0.05	t=-0.3, p>0.05
Çocuk sayısı grupları					
1 Çocuk	13.7±2.5	14.4±2.4	13.5±2.8	13.8±2.2	26.6±6.9
2 Çocuk	14.5±2.4	14.8±2.0	14.1±2.4	14.2±2.0	25.6±6.4
3 ve üzeri çocuk	14.5±2.4	14.3±2.2	14.3±2.0	14.4±2.1	26.8±7.6
	F=3.2, p<0.05	F=1.8,p>0.05	F=2.5,p>0.05	F=1.6,p>0.05	F=1.1, p>0.05

Hekimlerin mesleki özelliklerine göre yaşam kalitesi ve stres puanları ile ilişkisi Tablo 13'te gösterilmiştir.

Çalışılan kurum ve kurumun basamağına göre bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan ile stres puanları benzer bulunmuştur.

Mesleki konumuna göre bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanları istatistiksel olarak farklı iken ($p<0.001$), sosyal alan puanları benzer bulunmuştur. Araştırma görevlilerinin bedensel ve ruhsal alan puanları diğer gruplardan anlamlı olarak farklı bulunmuştur ($p<0.01$). Öğretim üyelerinin ve pratisyen hekimlerin çevresel alan puanları uzmanlardan (sırasıyla $p<0.01$, $p<0.05$) ve araştırma görevlilerinden ($p<0.001$, $p<0.01$) yüksek olup, fark anlamlıdır. Mesleki konuma göre stres puanı istatistiksel olarak anlamlı olup, farklılık pratisyen hekimlerle araştırma görevlilerinin puanları arasındaki farktan kaynaklanmıştır ($p<0.05$).

Öğretim üyesi unvanına göre tüm yaşam kalitesi ve stres puanları benzer bulunmuştur.

Çalışma alanına göre katılımcıların bedensel ve çevresel alan puanları istatistiksel olarak anlamlı olup ($p<0.05$), diğer alan puanları benzerdir. Yapılan ileri analizlerde farklılığın cerrahi bilimlerden kaynaklandığı, bu alandaki yaşam kalitesi puanlarının diğer gruplardan düşük düzeyde olduğu görülmüştür.

Meslekte çalışma yılına göre 16 yıl ve üzeri çalışanların bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanları diğer gruplardan anlamlı ve yüksek düzeydedir (sırasıyla $p<0.01$, $p<0.01$, $p<0.05$). Bedensel ve çevresel alandaki farklılık 16 yıl ve üzeri çalışan gruptan, ruhsal alandaki farklılık 16 yıl ve üzeri çalışan grup ile 0-5 yıl arasında çalışan gruptan kaynaklanmıştır. Şu anki kurumunda 16 yıl ve üzeri çalışan hekimlerin çevresel alan puanı diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek düzeyde olup ($p<0.05$), ileri analizde farklılığın bu grup ile 0-5 yıl arasında çalışan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır.

Nöbet tutan hekimlerin nöbet tutmayanlardan tüm yaşam kalitesi alan

puanlarının düşük (bedensel ve çevre alan için p<0.001, ruhsal ve sosyal alan için p<0.01), stres puanının yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Nöbet sayısı 6 ve üzeri olan hekimlerin bedensel ve ruhsal puanı 1-5 nöbet tutan hekimlerden düşük (p<0.01), algılanan stres düzeyi puanı ise yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Yöneticilik görevi olan hekimlerin ruhsal alan puanı ile yönetici olmayanların puanı arasındaki fark önemli olup, diğerleri benzerdir (p<0.05).

Katılımcıların hekimlik mesleğini seçme hakkındaki düşüncelerine göre tüm yaşam kalitesi alan puanları ile stres puanlarının istatistiksel olarak farklı olduğu saptanmıştır (p<0.001). Doğru seçim yaptığını düşünenlerin bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puanları diğer iki gruptan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.001). Bazen yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum diyenlerin ruhsal ve çevresel alan puanları yanlış seçim yaptığını düşünenlerden anlamlı ve yüksek olarak bulunmuştur (p<0.01, p<0.05).

Hekimlerin meslek seçimi hakkındaki düşüncelerine göre doğru seçim yaptığını düşünen hekimler en az stres puanına sahip olup, tüm gruplar arasında giderek artan düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0.001). Yanlış tercih yaptığını düşünenlerin stres puanı bazen yanlış seçim yaptığını düşünenlerden yüksek düzeyde ve anlamlıdır (p<0.05).

Tablo 13. Hekimlerin Mesleki Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi ve Stres Puanlarının Dağılımı

Özellik	Bedensel Alan Puanı Ort±SS	Ruhsal Alan Puanı Ort±SS	Sosyal Alan Puanı Ort±SS	Çevresel Alan Puanı Ort±SS	Algılanan Stres Ölçeği Puanı Ort±SS
Kurum					
Üniversite	14.0±2.6	14.1±2.6	13.9±2.7	14.0±2.3	27.2 ±7.5
Sağlık Bakanlığı	14.3±2.4	14.5±2.3	13.8±2.7	14.0±2.1	26.2 ±7.1
Özel hastane	14.9±2.5	14.7±2.1	14.0±2.2	14.3±2.1	26.1 ±6.8
	F=2.7,p>0.05	F=2.3,p>0.05	F=0.1,p>0.05	F=0.3,p>0.05	F=1.3,p>0.05
Çalışılan kurumun basamağı					
1.Basamak sağlık kurumu	14.8±2.6	14.6±2.6	14.3±2.9	15.5±2.2	25.6 ±8.4
2.Basamak sağlık kurumu	14.3±2.6	14.4±2.2	13.5±2.5	13.8±2.3	27.3 ±7.1
3.Basamak sağlık kurumu	14.1±2.5	14.2±2.5	13.8±2.6	13.9±2.2	26.8 ±7.1
	F=2.9,p>0.05	F=1.1,p>0.05	F=1.9,p>0.05	F=2.8,p>0.05	F=1.2,p>0.05

Tablo 13. (devam)

Özellik	Bedensel Alan Puanı Ort±SS	Ruhsal Alan Puanı Ort±SS	Sosyal Alan Puanı Ort±SS	Çevresel Alan Puanı Ort±SS	Algılanan Stres Ölçeği Puanı Ort±SS
Mesleki konumu					
Pratisyen	14.7±2.6	14.6±2.5	14.3±2.8	14.5±2.2	25.4 ±8.1
Araşt. Görevlisi	13.5±2.7	13.6±2.8	13.7±3.0	13.5±2.4	27.8 ±7.8
Uzman	14.3±2.3	14.5±2.1	13.8±2.5	13.8±2.0	26.7±6.7
Öğretim üyesi	14.7±2.3	14.8±2.0	14.0±2.0	14.7±1.8	25.9 ±6.4
	F=7.7,p<0.001	**F=7.9,p<0.001**	F=1.5,p>0.05	**F=9.4,p<0.001**	**F=2.9p<0.05**
Öğretim üyesi unvanı					
Yard.doçent	14.5±2.7	14.5±2.1	14.2±2.0	14.5±2.1	26.4±6.6
Doçent	15.1±2.1	15.0±1.6	13.8±1.7	15.2±1.3	26.0±4.4
Profesör	14.3±2.0	14.8±2.2	14.0±2.1	14.6±1.9	25.6±7.5
	F=0.8,p>0.05	F=0.4,p>0.05	F=0.4,p>0.05	F=1.0, p>0.05	F=0.1,p>0.05
Çalışma Alanı					
Dahili bilimler	14.2±2.5	14.3±2.4	13.9±2.7	14.0±2.1	26.5 ±7.3
Cerrahi bilimler	13.7±2.6	14.0±2.5	13.5±2.5	13.5±2.3	27.5 ±6.5
Temeltıp bilimleri	14.7±2.2	14.4±2.2	13.7±2.3	14.4±1.7	27.2 ±6.0
	F=3.9,p<0.05	F=0.8,p>0.05	F=1.0,p>0.05	**F=4.4,p<0.05**	F=1.0,p>0.05
Meslekte çalışma süresi					
0-5 yıl	13.9±2.7	13.9 ±2.8	13.9±3.0	13.7±2.3	27.4 ±7.4
6-15 yıl	14.0±2.5	14.2±2.3	13.7±2.6	13.9±2.2	26.6±7.2
16 yıl ve üzeri	14.8±2.3	14.8±2.3	14.1±2.2	14.5±1.9	26.0±7.3
	F=6.9,p<0.01	**F=5.4,p<0.01**	F=1.3,p>0.05	**F=5.1,p<0.01**	F=1.6,p>0.05
Şu anki kurumdaki çalışma süresi					
0-5 yıl	14.1±2.6	14.2 ±2.5	13.9±2.7	14.5±2.1	26.8 ±7.3
6-15 yıl	14.6±2.4	14.3±2.4	13.6±2.6	15.2±1.3	26.6±7.7
16 yıl ve üzeri	14.3±2.1	14.7±2.0	13.7±2.3	14.6±1.9	26.1±7.5
	F=1.4,p>0.05	F=0.6,p>0.05	F=0.7,p>0.05	**F=3.2,p<0.05**	F=0.2,p>0.05
Nöbet Tutma Durumu					
Evet	13.8±2.6	14.0±2.6	13.6±2.8	13.6±2.3	27.2±7.4
Hayır	14.7±2.7	14.7±2.7	14.2±2.4	14.4±2.0	26.0±7.1
	t=-4.4,p<0.001	**t=-3.2,p<0.01**	**t=-2.7,p<0.01**	**t=-4.4,p<0.001**	**t=2.0,p<0.05**
Nöbet sayısı					
1-5 nöbet	14.4±2.4	14.5±2.1	13.7±2.5	13.9±2.1	26.2±7.5
6 ve üzeri nöbet	13.4±2.8	13.7±2.9	13.7±3.1	13.4±2.8	27.9±7.0
	t=-3.4,p<0.01	**t=-2.7,p<0.01**	t=-0.1,p>0.05	t=1.5,p>0.05	**t=-2.0,p<0.05**
Yönetsel Görev					
Evet	14.4±2.6	15.0±2.3	13.9±2.4	13.6±2.3	26.2±6.7
Hayır	14.2±2.5	14.2±2.5	13.9±2.6	14.4±2.0	26.7±7.4
	t=0.6,p>0.05	**t=2.5, p<0.05**	t=-0.1,p>0.05	t=1.6, p>0.05	t=-0.5p>0.05
Meslek Seçimi Hakkında Düşünce					
Doğru seçim yaptığımı düşünüyorum	15.0±2.3	15.3±2.0	14.7±2.5	14.7±1.9	24.3±7.2
Bazen yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum	13.8±2.5	13.9±2.4	13.5±2.6	13.7±2.1	26.6±6.6
Yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum	13.3±2.6	12.9±2.6	12.8±2.7	13.0±2.6	30.1±7.7
	F=25.0p<0.001	**F=40.0p<0.001**	**F=20.0p<0.001**	**F=26.0p<0.001**	**F=25.0p<0.001**

Aileye yeterli vakit ayırma ve aile içi ilişki durumuna göre yaşam kalitesi ve stres puanlarının incelenmesi Tablo 14'te gösterilmiştir.

Ailesine yeterli vakit ayırdığını belirten hekimlerin tüm yaşam kalitesi alan puanları anlamlı olarak yüksek ve stres puanı anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0.001$).

Aile içi ilişki durumunu "yüksek düzeyde" olarak belirten hekimlerin yaşam kalitesi alan puanları diğer iki gruptan anlamlı olarak yüksek saptanırken ($p<0.001$), stres puanı düşük düzeyde ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Farklılığa neden olan grubun aile içi ilişkisini "yüksek düzeyde" olarak belirten hekimler olduğu görülmüştür. Aile içi ilişkisini "orta düzeyde" olarak niteleyenlerin yalnız çevresel alanı puanı "düşük düzeyde" olarak belirtenlere göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 14. Aileye Yeterli Vakit Ayırma ve Aile İçi İlişki Durumuna Göre Yaşam Kalitesi ve Stres Puanlarının Dağılımı

Özellik	Bedensel Alan Puanı Ort±SS	Ruhsal Alan Puanı Ort±SS	Sosyal Alan Puanı Ort±SS	Çevresel Alan Puanı Ort±SS	Algılanan Stres Ölçeği Puanı Ort±SS
Aileye Yeterli Vakit Ayırma					
Evet	15.3±2.0	15.1±2.1	14.6±2.4	15.0±1.8	24.2±6.6
Hayır	13.5±2.6	13.8±2.5	13.4±2.7	13.4±2.2	28.2±7.3
	t=9.6,p<0.001	**t=6.3,p<0.001**	**t=5.1,p<0.001**	**t=9.3,p<0.001**	**t=-6.5p<0.001**
Aile İçi İlişki					
Düşük düz.	12.5±3.1	12.0±4.2	13.1±3.5	11.9±3.5	30.1±7.6
Orta düz.	13.2±2.5	13.4±2.4	12.9±2.6	13.2±2.2	28.9±7.1
Yüksek düz.	14.9±2.3	15.0±2.2	14.5±2.4	14.6±1.9	25.1±7.0
	F=37.1p<0.001	**F=41.1p<0.001**	**F=27.9 p<0.001**	**F=37.2 p<0.001**	**F=21.6 p<0.001**

Hekimlere ait bazı alışkanlıklar, hastalık durumu ve bakımını üstlendiği hastanın bulunma durumuna göre yaşam kalitesi ve stres puanlarının dağılımı Tablo 15'te gösterilmiştir.

Sigara kullanma durumu, sigara içme süresi ve adedi ile alkol kullanma durumuna göre hekimlerin yaşam kalitesi ve algılanan stres puanları benzer bulunmuştur.

Düzenli spor yapan hekimlerin tüm yaşam kalitesi alan puanları yapmayanlardan anlamlı olarak yüksek, stres puanları düşük bulunmuştur (bedensel ve ruhsal alan için $p<0.001$, sosyal, çevresel alan ve algılanan stres düzeyi için $p<0.01$).

Son iki hafta içinde hastalık geçiren hekimlerin bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanları düşük (bedensel alan için $p<0.001$, ruhsal ve çevresel alan için $p<0.01$), sosyal alan puanları benzer ve stres puanları yüksek düzeyde bulunmuştur ($p<0.01$).

Kronik hastalığı bulunan hekimlerin bedensel, ruhsal ve sosyal alan puanları düşük düzeyde saptanırken ($p<0.01$, $p<0.05$, $p<0.05$), çevresel alan ve stres puanları benzer bulunmuştur.

Bakımını üstlendiği kronik hastalıklı yakını bulunan hekimlerin bedensel alan ve sosyal alan puanları anlamlı olarak düşük ($p<0.05$), ruhsal ve çevre alan puanları benzer bulunmuştur. Stres puanı ise yüksek düzeydedir ($p<0.05$). Psikiyatrik tedavi alan yakını bulunan hekimlerin bedensel ve ruhsal alan puanı anlamlı olarak düşük ($p<0.05$, $p<0.01$), sosyal ve çevre alan puanları benzerdir. Stres puanı ise anlamlı olarak yüksektir ($p<0.01$).

Tablo 15. Hekimlere Ait Bazı Alışkanlıklar, Hastalık Durumu ve Bakımını Üstlendiği Hastanın Bulunma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi ve Stres Puanlarının Dağılımı

Özellik	Bedensel Alan Puanı Ort±SS	Ruhsal Alan Puanı Ort±SS	Sosyal Alan Puanı Ort±SS	Çevresel Alan Puanı Ort±SS	Algılanan Stres Ölçeği Puanı Ort±SS
Sigara Kullanma Durumu					
Halen içiyorum	13.8±2.6	14±2.5	13.8±2.8	13.7±2.2	27.5±7.0
Bıraktım	14.6±2.3	14.5±2.3	14.0±2.6	14.0±2.1	25.3±6.8
Hiç içmedim	14.2±2.6	14.4±2.5	13.9±2.6	14.1±2.2	26.7±7.5
	F=2.4p>0.05	F=1.4p>0.05	F=0.2p>0.05	F=1.0p>0.05	F=2.5p>0.05
Sigara Kullanma Yılı					
0-5 yıl	14.0±2.9	14.5±2.0	14.2±2.4	13.0±2.1	26.3±5.5
6-15 yıl	13.5±2.7	13.7±2.8	13.7±3.0	13.6±2.4	27.9±7.0
16 yıl ve üzeri	14.4±2.1	14.4±2.0	13.8±2.3	14.3±1.9	27.3±7.8
	F=1.7,p>0.05	F=1.5,p>0.05	F=0.3,p>0.05	F=2.5,p>0.05	F=0.4,p>0.05
Günde İçilen Sigara Adedi					
1-19 adet	13.7±2.6	14.0±2.4	13.6±2.8	13.6±2.3	27.6 ±6.1
20 adet ve üzeri	13.9±2.5	13.9±2.5	13.8±2.7	13.9±2.2	27.6±7.9
	t=-0.5,p>0.05	t=0.2,p>0.05	t=-0.3,p>0.05	t=-0.8p>0.05	t=0.1,p>0.05

Tablo 15. (devam)

Özellik	Bedensel Alan Puanı Ort±SS	Ruhsal Alan Puanı Ort±SS	Sosyal Alan Puanı Ort±SS	Çevresel Alan Puanı Ort±SS	Algılanan Stres Ölçeği Puanı Ort±SS
Alkol Kullanma Durumu					
Evet	14.1±2.6	14.3±2.7	14.0±2.8	13.6±2.5	25.1 ±5.5
Hayır	14.2±2.5	14.3±2.4	13.9±2.6	14.0±2.2	26.8±7.4
	t=-0.2,p>0.05	t=-0.8,p>0.05	t=0.2,p>0.05	t=-1.1,p>0.05	t=-1.5,p>0.05
Düzenli Spor					
Evet	15.2±2.2	15.4±2.1	14.4±2.2	14.6±1.9	24.9 ±6.6
Hayır	14.0±2.5	14.1±2.5	13.8±2.7	13.9±2.2	27.0±7.4
	t=4.4,p<0.001	**t=4.9,p<0.001**	**F=2.7,p<0.01**	**t=3.3,p<0.01**	**t=-2.7,p<0.01**
Son İki Hafta İçinde Hastalık Geçirme					
Evet	12.9±2.9	13.4±2.8	13.4±3.1	13.4±2.6	28.9±7.4
Hayır	14.4±2.4	14.4±2.3	13.9±2.5	13.9±2.5	26.3±7.2
	t=-4.5p<0.001	**t=-3.3 p<0.01**	t=-1.7 p>0.05	**t=-3.0 p<0.01**	**t=3.1 p<0.01**
Kronik Hastalık Varlığı					
Evet	13.4±2.6	13.9±2.5	13.4±2.6	14.0±2.3	27.2±7.9
Hayır	14.4±2.5	14.4±2.4	14.0±2.6	14.0±2.1	26.5 ±7.1
	t=-3.4,p<0.01	**t=-2.0,p<0.05**	**t=-2.0p<0.05**	t=-2.1,p>0.05	t=0.8, p>0.05
Bakımı Üstlenilen Kronik Hastalıklı Yakının Varlığı					
Var	13.6±2.7	14.0±2.8	13.2±3.0	13.6±2.6	28.5 ±8.3
Yok	14.3±2.5	14.3±2.4	14.0±2.6	14.1±2.1	26.4±7.1
	t=-2.1,p<0.05	t=-1.1,p>0.05	**t=-2.5p<0.05**	t=-1.7,p>0.05	**t=2.4,p<0.05**
Psikiyatrik Tedavi Alan Yakının Varlığı					
Var	13.7±2.5	13.4±2.4	13.5±2.8	13.7±2.2	29.2 ±8.2
Yok	14.3±2.5	14.5±2.4	13.9±2.6	14.1±2.2	26.2±7.0
	t=-2.0,p<0.05	**t=3.6,p<0.001**	t=-1.5,p>0.05	t=-1.6,p>0.05	**t=3.6,p<0.001**

4.5. Hekimlere Ait Bazı Özelliklerin Yaşam Kalitesi Alan Puanları ve Algılanan Stres Puanı İle İlişkisinin Korelasyon Analizi İle İncelenmesi

Hekimlerin yaşam kalitesi ölçeği ile algılanan stres düzeyi ölçeğinden aldığı puanların bazı değişkenlerle korelasyon analizi sonuçları Tablo 16'da gösterilmiştir.

Yaş değişkeninin bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanları ile pozitif yönde ($p<0.01$), stres puanı ile negatif yönde korelasyon gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Vücut kitle indeksinin ruhsal ve sosyal alan ile pozitif yönde ($p<0.05$), algılanan stres puanı ile negatif yönde korelasyon gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Hekimlerin evlilik süresi ile bedensel alan puanının pozitif yönde korelasyon gösterdiği bulunmuştur ($p<0.01$).

Hekimlerin meslekte toplam çalışma süresinin bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanları ile pozitif yönde korelasyon gösterdiği tespit edilmiştir (sırasıyla $p<0.01$, $p<0.01$, $p<0.05$). Şu an çalıştıkları kurumdaki toplam çalışma süresi ile çevresel alan puanı arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Nöbet sayısı ile bedensel alan puanının negatif yönde korelasyon gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Sigara kullanma yılı çevre alan puanıyla pozitif yönde korelasyon gösterirken ($p<0.05$), sigara kullanma adedi ile yaşam kalitesi ve stres puanları arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Tablo 16. Hekimlerin Bazı Özelliklerine Ait Korelasyon Analizi Bulguları

		Bedensel Alan	**Ruhsal Alan**	**Sosyal Alan**	**Çevresel Alan**	**Algılanan Stres Puanı**
Yaş	r	**0.13**	**0.14**	0.02	**0.13**	**-0.09**
	p	**p<0.01**	**p<0.01**	p>0.05	**p<0.01**	**p<0.05**
Evlilik süresi	r	**0.14**	0.10	-0.01	0.07	-0.07
	p	**p<0.01**	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Çocuk sayısı	r	0.09	-0.03	0.09	0.07	0.03
	p	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Meslekte çalışma süresi	r	**0.12**	**0.12**	-0.01	**0.01**	-0.07
	p	**p<0.01**	**p<0.01**	p>0.05	**p<0.05**	p>0.05
Şu anki kurumda çalışma süresi	r	0.03	0.05	-0.01	**0.10**	-0.03
	p	p>0.05	p>0.05	p>0.05	**p<0.05**	p>0.05
Nöbet sayısı	r	**-0.15**	-0.1	0.01	-0.05	0.04
	p	**p<0.05**	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Sigara / yıl	r	0.07	0.06	-0.08	**0.22**	-0.01
	p	p>0.05	p>0.05	p>0.05	**p<0.05**	p>0.05
Sigara / adet	r	0.06	-0.02	-0.03	0.08	0.01
	p	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05

4.6. Hekimlerin Yaşam Kalitesi ve Algılanan Stres Düzeyine Etki Eden Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

İki kategorili bağımlı bir değişkene etki eden faktörlerin bir model aracılığıyla gösterilmesinde Lojistik Regresyon Analizi uygulanmıştır. Modele dâhil edilen değişkenlerin ortak özellikleri, çalışmamızda tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmaları, literatürde yaşam kalitesi ve stres düzeyine etki eden ya da edebilecek faktörler olmalarıdır. Niceliksel bağımlı değişkenlerin ikili kategorik değişkenlere dönüştürülmesi verilerin ortancadan ikiye bölünmesi şeklinde olmuştur. Yaşam kalitesi lojistik regresyon analizlerinde düşük puan 1, yüksek puan ise 0 şeklinde kodlanmıştır. Stres puanı grubunda ise yüksek puan 1, düşük puan 0 şeklinde kodlanmıştır.

4.6.1. WHOQOL-Bref Ölçeği Alt Boyutlarına Etki Eden Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Yaşam kalitesi bedensel alanına etki eden faktörleri belirlemek amacıyla oluşturulan modele yaş, vki, evlilik süresi, çalışma alanı, nöbet sayısı, meslek seçimi hakkında düşünce, aileye yeterli vakit ayırma ile aile içi ilişki değişkenleri alınmıştır. Modelin bedensel alan puan grubunu genel olarak tahmin gücü %84, yüksek bedensel alan puanını tahmin etme oranı (özgüllük) %70, düşük bedensel alan puanını tahmin etme oranı (duyarlılık) %92'dir. Modele alınan değişkenlerden "meslek seçimi hakkında düşünce, aileye vakit ayırma ve aile içi ilişki" değişkenleri bedensel alan düzeyine etki eden değişkenler olarak belirlenmiştir. Hekimlik mesleğini seçmekle doğru tercih yaptığını belirten hekimlere göre "bazen yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum" diyen hekimlerin düşük bedensel alan düzeyi riski 3.2, "yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum" diyen hekimlerin 14.0 kat yüksek bulunmuştur. Ailesine yeterli vakit ayıramayan hekimlerin düşük bedensel alan puanı risk i5.6 kat yüksek bulunmuştur (Tablo 17)

Tablo 17.Yaşam Kalitesi Bedensel Alan Alt Boyutuna Etki Eden Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (n=131)

Kategori	OR (% 95 G.A.)	P
Yaş		
	1.2 (0.9– 1.4)	p>0.05
Vücut kitle indeksi		
	0.9 (0.8 – 1.0)	p>0.05
Evlilik süresi		
	0.9 (0.7 – 1.0)	p>0.05
Çalışma alanı		
Dahili bilimler	1.0 (Ref.)	
Cerrahi bilimler	0.6 (0.2 – 1.8)	p>0.05
Temel tıp bilimleri	2.6 (0.2 – 34.4)	p>0.05
Nöbet sayısı		
	1.2 (0.9 – 1.3)	p>0.05
Meslek seçimi hakkında düşünce		
Doğru seçim yaptığımı düşünüyorum	1.0 (Ref.)	
Bazen yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum	3.2 (1.1 – 8.9)	**p<0.05**
Yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum	14.0 (2.7 – 72.8)	**p<0.01**
Aileye yeterli vakit ayırma		
Evet	1.0 (Ref.)	
Hayır	5.6 (2.0 – 15.9)	**p<0.01**
Aile içi ilişki		
Yüksek düzeyde	1.0 (Ref.)	
Orta düzeyde	6.0 (0.4– 94.7)	p>0.05
Düşük düzeyde	1.3 (0.1 – 18.8)	p>0.05
Nagelkerke R^2 değeri: 0.48 -2 Likelihood (olasılıklar katsayısı) değeri: 114		

Yaşam kalitesi ruhsal alanına etki eden faktörleri belirlemek amacıyla oluşturulan modele cinsiyet, meslek seçimi hakkında düşünce, aile içi ilişki, düzenli spor yapma ile psikiyatrik tedavi alan yakını bulunma değişkenleri alınmıştır. Modelin ruhsal alan düzeyini genel olarak tahmin gücü %68, yüksek ruhsal alan düzeyini tahmin etme oranı (özgüllük) %45, düşük ruhsal alan puanını tahmin etme oranı (duyarlılık) %83 bulunmuştur. Modele alınan değişkenlerin tamamının ruhsal alan düzeyine anlamlı olarak etki eden değişkenler olduğu belirlenmiştir. Buna göre kadınların düşük ruhsal düzeyine sahip olma riski erkeklerden 2.1 kat yüksek bulunmuştur. Hekimlik mesleğini seçme konusunda doğru tercih yaptığını düşünenlere göre bazen yanlış seçim yaptığımı düşünenlerin düşük ruhsal alan düzeyi riski2.7, yanlış seçim yaptığımı düşünen hekimlerin5.1 kat yüksek

bulunmuştur. Aile içi ilişkisini "kötü düzeyde" olarak belirten hekimlerin düşük ruhsal alan düzeyi riski "iyi düzeyde" olanlara göre 2.8 kat yüksek bulunmuştur. Düzenli spor yapmayanlar yapanlara göre 2.2 kat düşük ruhsal alan düzeyi riskine sahipken, psikiyatrik tedavi alan yakını bulunan hekimlerde risk psikiyatrik tedavi alan yakını bulunmayanlara göre2.4 kat daha yüksektir (tablo 18).

Tablo 18. Yaşam Kalitesi Ruhsal Alan Alt Boyutuna Etki Eden Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (n=572)

Kategori	**OR (% 95 G.A.)**	**P**
Cinsiyet		
Erkek	1.0 (Ref.)	
Kadın	2.1 (1.4 – 3.2)	**p<0.001**
Meslek seçimi hakkında düşünce		
Doğru seçim yaptığımı düşünüyorum	1.0 (Ref.)	
Bazen yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum	2.7 (1.8 – 4.0)	**p<0.001**
Yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum	5.1 (2.6 – 9.8)	**p<0.001**
Aile içi ilişki		
Yüksek	1.0 (Ref.)	
Orta	2.7 (0.8– 9.4)	p>0.05
Düşük	2.8 (2.0 – 4.2)	**p<0.001**
Düzenli spor		
Evet	1.0 (Ref.)	
Hayır	2.2 (1.4 – 3.6)	**p<0.01**
Psikiyatrik tedavi alan yakını bulunan		
Hayır	1.0 (Ref.)	
Evet	2.4 (1.4 – 4.2)	**p<0.01**
Nagelkerke R^2 değeri: 0.25 -2 Likelihood (olasılıklar katsayısı) değeri: 650		

Yaşam kalitesi sosyal alanına etki eden faktörleri belirlemek amacıyla oluşturulan modele vücut kitle indeksi, evlilik süresi, mesleki konum, meslek seçimi hakkında düşünce, aile içi ilişki, bakımı üstlenilen kronik hastalıklı yakını bulunma değişkenleri alınmıştır. Modelin sosyal alan düzeyini genel tahmin gücü %71, yüksek sosyal alan düzeyini tahmin etme oranı %44, düşük sosyal alan düzeyini tahmin oranı ise %87'dir. Modele alınan değişkenlerden mesleki konum, meslek seçimi hakkında düşünce, aile içi ilişki ve bakımı üstlenilen kronik hastalığı olan yakın varlığı yaşam kalitesi sosyal alanına anlamlı olarak etki eden faktörler olarak bulunmuştur. Pratisyen hekimlere göre araştırma görevlilerinin düşük sosyal alan düzeyine sahip olma riski 2.5, uzman hekimlerin 3.2, öğretim üyelerinin 2.9 kat

yüksektir. Hekimlik mesleğini seçme konusunda doğru tercih yaptığını düşünenlere göre bazen yanlış seçim yaptığını düşünenlerin düşük ruhsal alan düzeyi riski1.7, yanlış tercih yaptığını düşünenlerin 4.4 kat yüksek bulunmuştur. Aile içi ilişkisini "düşük düzeyde" olarak niteleyen hekimlerin düşük ruhsal alan düzeyi riski "yüksek düzeyde" olarak belirtenlerden 2.4 kat yüksek bulunmuştur. Bakımı üstlenilen kronik hastalığı bulunan yakın varlığı, olmayanlara göre hekimlerin düşük sosyal alan puanı riskini 2.3 kat yüksek artırmıştır (Tablo 19).

Tablo 19. Yaşam Kalitesi Sosyal Alan Alt Boyutuna Etki Eden Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (n=389)

Kategori	**OR (% 95 G.A.)**	**P**
Vücut kitle indeksi		
	0.9 (0.9 – 1.0)	p>0.05
Evlilik süre		
	1.0 (0.9 – 1.1)	p>0.05
Mesleki konum		
Pratisyen	1.0 (Ref.)	
Araştırma görevlisi	2.5 (1.2 – 5.3)	**p<0.05**
Uzman	3.2 (1.7 – 5.9)	**p<0.001**
Öğretim üyesi	2.9 (1.4 – 5.8)	**p<0.01**
Meslek seçimi hakkında düşünce		
Doğru seçim yaptığımı düşünüyorum	1.0 (Ref.)	
Bazen yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum	1.7 (1.0 – 2.7)	**p<0.05**
Yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum	4.4 (2.1 – 9.6)	**p<0.001**
Aile içi ilişki		
Yüksek düzeyde	1.0 (Ref.)	
Orta düzeyde	(–)	p>0.05
Düşük düzeyde	2.4 (1.4 – 3.9)	**p<0.01**
Bakımı üstlenilen kronik hastalıklı yakını bulunan		
Hayır	1.0 (Ref.)	
Evet	2.3 (1.1 – 4.9)	**p<0.05**
Nagelkerke R^2 değeri: 0.20 -2 Likelihood (olasılıklar katsayısı) değeri: 450		

Yaşam kalitesi çevre alanına etki eden faktörleri belirlemek amacıyla oluşturulan modele eş mesleği, mesleki konum, meslek seçimi hakkında düşünce, aile gelir durumu, ailenin eve sahip olma durumu ve aileye yeterli vakit ayırma değişkenleri alınmıştır. Modelin çevre alan düzeyini genel olarak tahmin gücü %68, yüksek çevresel alan düzeyini tahmin etme oranı (özgüllük) %58, düşük çevresel alan düzeyini tahmin etme oranı (duyarlılık) %76 bulunmuştur. Modele alınan

değişkenlerden eş mesleği, mesleki konum, meslek seçimi hakkında düşünce, aile gelir durumu ve aileye yeterli vakit ayırma değişkenleri yaşam kalitesi çevre alanına anlamlı olarak etki eden faktörler olarak bulunmuştur. Eşi diğer mesleklerde çalışanların hekim olanlardan düşük çevresel alanı düzeyi riski 2.0 kat yüksektir. Pratisyen hekimlere göre uzmanların düşük çevresel alan düzeyine sahip olma riski 2.3 kat yüksek bulunmuştur. Hekimlik mesleğini seçmekle doğru tercih yaptığını düşünenlere göre yanlış tercih yaptığını düşünen hekimlerin düşük çevresel alan düzeyi riski 2.9 kat daha yüksektir. Geliri 8001 TL ve üzeri olan hekimlere göre 3000-5000 TL olanların düşük çevresel alan düzeyi riski 3.4, 5001-8000 TL olan hekimlerin 2.3 kat yüksektir. Ailesine yeterli vakit ayıramadığını belirten hekimlerin, yeterli vakit ayırdığını belirtenlere göre düşük çevresel alan düzeyi riski 3.5 kat yüksek bulunmuştur (Tablo 20).

Tablo 20. Yaşam Kalitesi Çevresel Alan Alt Boyutuna Etki Eden Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (n=333)

Kategori	**OR (% 95.0 G.A.)**	**P**
Eş meslek		
Doktor	1.0 (Ref)	
Diğer meslekler	2.0 (1.2 – 3.3)	**p<0.05**
Mesleki konum		
Pratisyen	1.0 (Ref.)	
Araştırma görevlisi	0.9 (0.4 – 2.1)	p>0.05
Uzman	2.3 (1.2 – 4.5)	**p<0.05**
Öğretim üyesi	1.6 (0.7 – 3.6)	p>0.05
Meslek düşünce		
Doğru seçim yaptığımı düşünüyorum	1.0 (Ref.)	
Bazen yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum	1.3 (0.7 – 2.2)	p>0.05
Yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum	2.9 (1.3 – 6.2)	**p<0.01**
Aile gelir durumu		
8001 ve üzeri	1.0 (Ref.)	
5001-8000	2.3 (1.3 – 4.1)	**p<0.01**
3000-5000	3.4 (1.4 – 9.3)	**p<0.05**
Aile ev		
Hayır	1.0 (Ref.)	
Evet	1.4 (0.8 – 2.4)	p>0.05
Aileye yeterli vakit ayırma		
Evet	1.0 (Ref.)	
Hayır	3.5 (2.1 – 5.8)	**p<0.001**
Nagelkerke R^2 değeri: 0.25 -2 Likelihood (olasılıklar katsayısı) değeri: 389		

Algılanan stres düzeyine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla oluşturulan modele evlilik süresi, eş mesleği, mesleki konum, meslek seçimi hakkında düşünce, aileye yeterli vakit ayırma, kronik hastalığı bulunan yakının varlığı, psikiyatrik tedavi alan yakının varlığı değişkenleri alınmıştır. Modelin algılanan stres düzeyini genel olarak tahmin gücü %68, yüksek stres düzeyini tahmin etme oranı (duyarlılık) %66, düşük stres düzeyini tahmin etme oranı (özgüllük) %69 bulunmuştur. Modele alınan değişkenlerden meslek düşünce, aileye yeterli vakit ayırma ve bakımı üstlenilen kronik hastalığı bulunan yakın varlığı değişkenleri algılanan stres düzeyine anlamlı olarak etki eden faktörler olarak bulunmuştur. Modele göre mesleki konum değişkeni stres düzeyine etki eden bir faktör olarak bulunmamasına karşın (p=0.07) kategoriler arası karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar saptanmıştır. Pratisyen hekimlere göre araştırma görevlilerinin yüksek stres düzeyine sahip olma riski 2.7, uzmanların 2.2, öğretim üyelerinin 2.4 kat daha yüksek bulunmuştur. Hekimlik mesleğini seçmekle doğru tercih yaptığını düşünenlere göre bazen yanlış tercih yaptığını düşünen hekimlerin yüksek stres düzeyi riski 2.1, yanlış tercih yaptığını düşünenlerin 6.4 kat daha yüksektir. Ailesine yeterli vakit ayıramadığını belirten hekimlerin yüksek stres düzeyine sahip olma riski ailesine yeterli vakit ayırdığını belirtenlere göre 2.0 kat yüksektir. Bakımını üstlendiği kronik hastalığı bulunan yakını olan hekimlerin yüksek stres düzeyi riski olmayanlara göre1.7 kat daha yüksek saptanmıştır (tablo 21).

Tablo 21. Algılanan Stres Düzeyi Puanı Grubu'na Etki Eden Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi İle İncelenmesi (n=314)

Kategori	**OR (% 95.0 G.A.)**	**P**
Evlilik süresi		
	0.9 (0.9 – 1.0)	p>0.05
Eş meslek		
Hekim	1.0 (Ref.)	
Diğer meslekler	1.2 (0.7 – 2.0)	p>0.05
Mesleki konum		
Pratisyen	1.0 (Ref.)	
Araştırma görevlisi	2.7 (1.1 – 6.4)	**p<0.05**
Uzman	2.2 (1.1 – 4.5)	**p<0.05**
Öğretim üyesi	2.4 (1.1 – 5.4)	**p<0.05**
Nöbet tutma		
Hayır	1.0 (Ref.)	
Evet	1.2 (0.7 – 2.0)	p>0.05

Tablo 21. (devam)

Meslek seçimi hakkında düşünce		
Doğru seçim yaptığımı düşünüyorum	1.0 (Ref.)	
Bazen yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum	2.1 (1.2 – 3.7)	**p<0.01**
Yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum	6.4 (2.9 – 14.2)	**p<0.001**
Aileye yeterli vakit ayırma		
Evet	1.0 (Ref.)	
Hayır	2.0 (1.2 – 3.3)	**p<0.01**
Kronik hastalığı bulunan yakının varlığı		
Hayır	1.0 (Ref.)	
Evet	4.6 (1.8 – 11.6)	**p<0.01**
Psikiyatrik tedavi alan yakının varlığı		
Hayır	1.0 (Ref.)	
Evet	1.7 (0.8 – 3.5)	p>0.05
Nagelkerke R^2 değeri: 0.22 -2 Likelihood (olasılıklar katsayısı) değeri: 377		

5. TARTIŞMA

Araştırma Erzurum İl Merkezi'nde çalışan hekimlerde (577) yapılmıştır. WHOQOL_Bref Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği'nin güvenirlik bulguları, yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının birbirleriyle ve stres ölçeği ile korelasyon analizi bulguları, Ölçeklerden alınan puanların bağımsız değişkenlerle ilişkisi ve regresyon analizi bulguları mevcut literatürle karşılaştırılmıştır.

Araştırmada kullanılan WHOQOL_Bref yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel alanına ait güvenirlik katsayısı (Cronbach-Alpha katsayısı) 0.80, ruhsal alan için 0.82, sosyal alan için 0.67, çevresel alan için 0.82 bulunmuştur. Algılanan Stres Düzeyi Ölçeği güvenirlik katsayısı ise 0.87'dir (Tablo 4). Çalışmamızda saptanan yaşam kalitesi ölçeğine ait güvenirlik katsayıları, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 23 ülkeye ait verilerin değerlendirildiği araştırmada saptanan güvenirlik katsayıları ile benzer bulunmuştur (bedensel alan:0.82, ruhsal alan:0.81, sosyal alan:0.68, çevresel alan:0.80). Eser'in Türkçe'ye uyarladığı bu ölçeğin sonuçları ile karşılaştırıldığında ise bedensel alan için benzer, ruhsal, sosyal ve çevresel alan için yüksek bulunmuştur (sırasıyla 0.83, 0.66, 0.53, 0.72) (36, 61). Bu da ölçeklerin hekimlerin yaşam kalitesi düzeyini ölçmede güvenilir olduğunu göstermektedir (62-66).

Çalışmamızda stres ölçeği güvenilir bulunmuştur (cronbach-alpha katsayısı: 0.87) (Tablo 4). Güvenirlik katsayısı ölçeği geliştiren Cohen'in çalışması ve Türkçe'ye uyarlamasını yapan Yerlikaya'nın çalışma sonuçlarıyla benzerdir (sırasıyla cronbach-alpha katsayıları: 0.84, 0.84) (52, 53).

Yaşam kalitesi alan puanları ile stres puanının birbirleriyle ilişkileri incelendiğinde; yaşam kalitesi alan puanlarının birbirleriyle pozitif yönde, stres puanı ile ise negatif yönde korelasyon gösterdiği saptanmıştır (Tablo 5). Gholami'nin İran'da tüm sağlık çalışanlarında yaptığı araştırmada, yaşam kalitesi alan puanlarının birbiriyle pozitif yönde korelasyon gösterdiği saptanmıştır (67). Gholami'nin çalışması yaşam kalitesi bulgularımızı destekler niteliktedir.

Yaşam kalitesi alan puanlarının algılanan stres düzeyi ile ilişkisinde ise

negatif korelasyon söz konusudur (Tablo 5). Yaşam kalitesi yüksek olan hekimlerin stres düzeyi anlamlı olarak azalmaktadır.

Çalışmaya 359'u erkek (%62) ve 218'i kadın (%38) olmak üzere 577 hekim katılmıştır. Hekimlerin yaş ortalamaları ve standart sapmaları 36.1±8.0 olup, %47.8'i 30-39 yaş arasındadır (Tablo 6). Koşan'ın Erzurum'da tüm hekimlerde yaptığı çalışmada yaş ortalaması 34.4±7.7'dir (68). Musaoğlu'nun tüm akademisyenlerdeki çalışmasında yaş ortalaması 33.9±7.3 bildirilmiştir (50). Sivas'ta tüm hekimlerde yapılan bir çalışmada 31-40 yaş arasındaki grupta yer alan hekimlerin oranı %46'dır (69). Bu sonuçlar bulgularımızla benzerdir.

Hekimlerin VKİ ortalamaları 25.5±3.6 olup %52.6'sı fazla kilolu ya da obez bulunmuştur (Tablo 6). Manisa'da tüm sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada fazla kilolu ya da obezlerin oranı %37.8'dir (70). Farklılığın nedeni bölgesel faktörler olabilir.

Katılımcıların %75'i evli ve evli olanların %82'sinin eşi çalışmaktadır. Eşi çalışan hekimlerin %61'i hekimle, %14'ü öğretmenle evli olduğunu belirtmiştir (Tablo 6). Koşan'ın Erzurum'da tüm hekimlerde ve Aras'ın birinci basamakta çalışan hekimlerde yaptığı çalışmalarda evlilerin oranı sırasıyla %72.9 ve %70.7, eşin çalışma oranları %76.1 ve %76.4, eşi hekim olanların oranı %54.0 ve 40.6 bildirilmiştir (68, 71). Ülkemizde tüm sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada evlilerin oranı %75.0saptanmıştır (72). Bu oranlar bulgularımızla uyumludur.

Çalışmamızda gelir durumu 8001 TL ve üzerinde (üst gelir düzeyi) olanların oranı %43.8 saptanmış olup %67.1'i ev ve %93.1'i otomobil sahibidir (Tablo 6). Koşan'ın 2009 yılında ilimizde yaptığı çalışmada diğer gelir gruplarına göre üst gelir grubunda (4001 TL ve üzeri) olanların oranı %44.0 olup bulgularımızla uyumludur (68). Musaoğlu'nun 2007 yılında Edirne'de akademik personelde yaptığı çalışmada üst gelire (3500 TL ve üzeri) sahip olanların oranı %24.3'tür (50). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 2008 yılında tüm sağlık personelinde yapılan bir çalışmada üst gelire (5000 TL ve üzeri) sahip olanların oranı %10.4 bulunmuştur (72). Bulgularımız Koşan'ın çalışma sonuçlarıyla benzer, Musaoğlu ve Bakanlık

çalışmasından farklıdır. Nedeni çalışılan grupların farklı olmasıdır. Koşan ve Aras'ın çalışmasında ev sahibi olan hekimlerin oranı sırasıyla %42.8 ve %54.1 ve araba için %81.6 ve %88.6'dır (68, 71). Ev ve araba sahibi olma oranları çalışmamızdan düşüktür. Farklılığın nedeni birinci basamak hekimlerinin gelir düzeyinin artmasından kaynaklanabilir.

Hekimlerin %62'si çocuk sahibidir ve ortalama çocuk sayıları 2.0±0.8, ortanca 2.0 olarak bulunmuştur (Tablo 6). Bu oran ve ortanca sayısı literatürle uyumludur (68, 71).

Çalışmamızda katılımcıların %17.7'sini pratisyen hekimler, %29.3'ünü araştırma görevlileri, %35.9'unu uzman hekimler ve %17.2'sini öğretim üyeleri oluşturmaktadır (Tablo 7). Koşan'ın ilimizdeki çalışmasında pratisyen hekimlerin oranı %29.1, araştırma görevlileri %27.4, uzman %25.5 ve öğretim üyelerinin 18.0'dır (68). Araştırma görevlisi ve öğretim üyelerinin oranlarının benzer, pratisyen ve uzman hekimlerin oranlarının farklı olduğu görülmektedir. Farklılığın nedeni Koşan'ın çalışmasının kırsalı da kapsaması ve kırsalda çalışan hekimlerin çoğunluğunun pratisyen hekimlerden oluşması olabilir.

Çalışmamızda hekimlerin %55'inin nöbet tuttuğu, ortalama nöbet sayılarının 6.3±3.7 ve ortanca nöbet sayısının 6.0 olduğu, nöbet tutanların %56.4'ünün 6 ya da üzeri sayıda nöbet tuttuğu belirlenmiştir (Tablo 7). Koşan'ın benzer popülasyondaki çalışmasında nöbet tutanların oranı %57.1, ortanca nöbet sayısı 6.0 ve ayda 6 ve üzeri nöbet tutan hekimlerin oranının %43.7 olduğu bildirilmiştir (68). Açıkgöz'ün çalışmasında ayda 6 ve üzeri nöbet tutanların oranı %89.6'dır (49). Bulgularımızdan nöbet tutanların oranı ve sayısı Koşan'ın çalışması ile benzerlik gösterirken, 6 ve üzeri nöbet tutanların oranı Koşan'ın çalışmasından yüksek Açıkgöz'ün çalışmasından düşüktür. Farklılığın nedeni Koşan'ın çalışmasının kırsalda çalışan hekimleri de kapsaması ve Açıkgöz'ün çalışmasının yalnızca araştırma görevlilerini kapsaması olabilir.

Çalışmamızda meslek seçimi konusunda doğru tercihte bulunduğunu düşünen hekimlerin oranı %38.3'tür (Tablo 7). Koşan'ın ve Aras'ın ilimizdeki çalışmalarında

bu oranlar sırasıyla %47.5 ve %31.7'dir (68, 71). Sonucumuz Koşan'ın çalışmasından düşük, Aras'ın çalışmasından yüksektir. Koşan'ın çalışmasından farklılığın nedeni sağlık sistemindeki değişiklik, Aras'ın çalışmasından farklılığı ise bu çalışmanın yalnızca birinci basamakta çalışan hekimleri kapsaması olabilir.

Araştırmamızda hekimlerin %61.9'u ailesine yeterli vakit ayıramadığını belirtmiş olup, %58.9'u aile içi ilişkilerini iyi olarak nitelendirmiştir (Tablo 8).Çalışmamızda ayda 6 ve üzeri sayıda nöbet tutan hekimlerin oranı %56.4'tür (Tablo 7). Bu bulgu sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Katılımcıların %20.5'i sigara ve %7.8'inin alkol kullandığı, sigara kullanan hekimlerin günde ortalama 15.6±8.1 adet sigara tükettiği belirlenmiştir (Tablo 9). İlimizde 2008 ve 2011 yılında yapılan iki çalışmada sigara kullanma oranları sırasıyla %29.5 ve %32.5, alkol kullanma oranları %19.4 ve %10.2 saptanmıştır. Günde tüketilen sigara adedi 2008 yılında gerçekleştirilen çalışmada 17.6±10.9'dur (68, 71). Malatya'da 1997 yılında yapılan bir çalışmada hekimlerin sigara kullanma oranı %46.0 olarak bildirilmiştir (73). Açıkgöz'ün 2012 yılında anestezi ve reanimasyon bilim dallarında görev yapan araştırma görevlilerinde yaptığı çalışmada sigara ve düzenli alkol kullananların oranı sırasıyla %34.9 ve %21.1 bildirilmiştir. Bu sonuçlar bulgularımızdan farklıdır. Sigara ve alkol kullanma oranları ile günde tüketilen sigara adedinin ilimizde zamanla yarı yarıya azaldığı görülmektedir. Bu sonucun oluşmasında Sağlık Bakanlığı'nca başlatılan sigara bırakma kampanyaları ile2008 yılında çıkarılan 5727 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun'la kapalı ortamlarda sigara içilmesinin yasaklanmasının etkisi olabilir.

Hekimlerin %17.2'si düzenli spor yaptığını belirtmişlerdir (Tablo 9). Bu oran bölgemizde yapılan çalışma sonuçlarıyla (%19.0, %20.7) uyumludur (68, 71).

Çalışmamızda hekimlerin kronik hastalık sıklığı %18.6, kronik ya da psikiyatrik hastalığı olan bir yakınının bakımını üstlenen hekimlerin oranı sırasıyla %13.2 ve %15.4 saptanmıştır (Tablo 9). Kronik hastalık sıklığı Koşan'ın ve Aras'ın çalışmalarında sırasıyla %11.0 ve %11.8 bildirilmiştir (68, 71). Bu oran Açıkgöz'ün

çalışmasında ise %11.3'tür (49). Açıkgöz'ün çalışmasındaki farklılığın nedeni araştırma görevlilerinde yapılması ve bu grubun daha genç bir populasyonu temsil etmesi olabilir. Ancak aynı yorum ilimizde yapılan çalışmalar için yapılamamaktadır. Çünkü çalışma grubumuzun yaş ortalaması (36.1± 8.0) Koşan ve Aras'ın çalışma grubunun yaş ortalamasıyla (sırasıyla 34.4±7.7 ve 34.0±5.7**)** benzer görülmektedir. Bu durumda 2008 yılından bu yana zamanla kronik hastalık sıklığının hekimlerde arttığı yorumu yapılabilir. Diğer değişkenlerle ilgili literatüre rastlanmamıştır.

Hekimlerin WHOQOL_Bref Ölçeğinde "Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?" sorusuna yanıtları incelendiğinde, yarıya yakın kısmının (%39.0) yaşam kalitesini iyi olarak nitelediği, bu oranın ulusal çalışmalardaki oranlardan (Avcı-Bursa %21.9, Kaya-Ankara %16.0) yüksek, uluslararası bir çalışmadaki orandan (Andrade-Brezilya %46.9) düşük olduğu görülmektedir (Tablo 10) (6, 74, 75). Kaya ve Avcı'nın çalışmalarında katılımcıların yaşam kalitelerini çalışmamızdaki sonuçlardan daha düşük oranda (sırasıyla %16, %22) iyi olarak nitelemelerinin nedeni Kaya'nın çalışmasının acil sağlık çalışanlarında, Avcı'nın çalışmasının araştırma görevlilerinin ağırlıklı olduğu bir grupta yapılmasından kaynaklanabilir (6, 74). Çünkü acil ve anestezi ve reanimasyon bilim dalları stresli ve yoğun bilim dallarının başında gelmektedir. Literatürde anesteziyoloji bilim dalında çalışan hekimlerin ve araştırma görevlilerinin yaşam kalitesi puanlarının diğer hekim gruplarından düşük olduğu bildirilmiştir (6, 14). Andrade'nin çalışması da anestezi ve reanimasyon bilim dalı çalışanlarında yapılmasına rağmen yaşam kalitesini iyi olarak niteleyenlerinin oranının çalışmamızdan yüksek olmasının nedeni grupların farklı olması, çalışma şartlarının (nöbet tutanların oranı çalışmamızda %55, Andrade'nin çalışmasında %25)ülkemizdeki koşullardan farklı olmasından kaynaklanabilir.

Hekimlerin WHOQOL_Bref Ölçeğinde "Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?" sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde, çalışmamızda sağlığından hoşnut olan %55.3 bulunmuştur (Tablo 10).Bulgularımız Avcı'nın (%67.4) ve Kaya'nın çalışma sonuçlarıyla (%20.0) farklılık göstermektedir (6, 74). Farklılığın nedeni çalışılan grupların farklı olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda WHOQOL_Bref Ölçeği bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puanları sırasıyla 14.2±2.5; 14.3±2.4; 13.9±2.6; 14.0±2.2 bulunmuştur (Tablo 11). Çalışmamıza ait bedensel alan puanı Özyıldırım'ın Balıkesir'de pratisyen ve uzman hekimlerde gerçekleştirdiği çalışma sonucuyla (14.4±2.3) benzer, Açıkgöz'ün Manisa'da araştırma görevlilerinde yaptığı çalışmadaki sonuçtan (12.6±1.9) yüksek, Avcı'nın Bursa'da araştırma görevlileri ve uzman hekimlerde gerçekleştirdiği araştırmadaki sonuçtan (15.0±2.3) düşüktür (6, 17, 49).Araştırmamıza ait ruhsal alan puanı literatürle karşılaştırıldığında Özyıldırım ve Avcı'nın puanıyla (sırasıyla 14.2±2.5; 14.5±2.3) benzer, Açıkgöz'ün çalışmasından (13.1±2.4) yüksektir (6, 17, 49). Çalışmamızdaki sosyal alan puanı (13.9±2.6) Avcı'nın çalışma sonucu (14.0±2.8) ile benzer, Özyıldırım ve Açıkgöz'ün sonuçlarından (sırasıyla 13.2±2.9; 12.7±3.1) yüksektir (6, 17, 49). Farklılık çalışılan grupların farklılığından kaynaklanabilir.

Araştırmamıza ait çevresel alan puanı Özyıldırım, Açıkgöz ve Avcı'ya ait çalışma sonuçlarından (sırasıyla 13.4±2.2; 12.5±1.8; 13.0±2.0) yüksektir (6, 17, 49). Farklılığın nedeni grupların farklılığı ile güvenlik, fiziksel çevre ve ulaşım gibi çevresel faktörler olabilir. Bunun yanında diğer çalışmalara göre çalışma grubumuzun daha yüksek mesleki konuma sahip hekimleri de içermesi, ilimizde çalışan hekimlerin gelir durumunun diğer üç çalışmadaki hekimlere göre daha yüksek olması olabilir.

Çalışmamızda algılanan stres puanı (26.7±7.3) ulusal çalışma sonuçları ile karşılaştırıldığında Gündoğdu'nun Adana'da pratisyen ve uzman hekimlerde gerçekleştirdiği çalışma sonucu (27.2±8.0) ile benzer, Özyıldırım'ın Balıkesir'de pratisyen ve uzman hekimlerde gerçekleştirdiği çalışma sonucundan (30.0±5.5) düşüktür (16, 17). Uluslararası çalışmalarda saptanan algılanan stres puanlarından Fransa'da gerçekleştirilen çalışma sonucu (Lesage-Fransa 26.2± SS) ile benzer diğerlerinden ise (Morais-Portekiz 24.0±6.9; Taylor-Avusturalya 24.6±6.4) ise yüksektir (18, 56, 76). Özyıldırım'ın çalışmasında stres puanının yüksek saptanmasının nedeni çalışılan grupların farklı mesleki konumdaki hekimleri içermesi ve bu çalışmanın kırsalda çalışan hekimleri de kapsaması olabilir. Çalışmamızda saptanan stres puanının uluslararası çalışmalardaki sonuçlardan

yüksek saptanmasının nedeni çalışılan hekim gruplarının konumlarının farklı olması batı ülkelerinde sosyoekonomik faktörlerin ülkemize oranla daha yüksek olmasından kaynaklanabilir.

Yaş gruplarına göre bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanları arasında anlamlı fark olup yapılan analizlerde bedensel ve çevresel alan puanları 40 yaş ve üzeri grupta yüksek olup diğer gruplardan anlamlı olarak yüksektir. Ruhsal alan puanı 40 yaş ve üzeri grupta yüksek olup farklılık bu grup ile 29 yaş ve altı grup arasındaki ilişkiden kaynaklanmaktadır (Tablo 12). Korelasyon analizinde hekimlerin yaşı arttıkça bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanlarının anlamlı olarak arttığı görülmüştür. Hekimlerin stres puanı ile ilgili olarak yaş gruplarına göre ilişki olmadığı ancak yapılan analizde yaş arttıkça algılanan stres puanının anlamlı olarak azaldığı görülmüştür (Tablo 16). Edirne'de çoğunluğunu hekimlerin oluşturduğu öğretim üyelerinde yapılan bir çalışmada bedensel ve çevresel alan puanlarının yaşla arttığı saptanmıştır (50). Portekiz'de çoğunluğunu hekimlerin oluşturduğu bir çalışmada ise yaş gruplarına göre yaşam kalitesi alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (15). Ulusal çalışmada yaşla bedensel ve çevresel alan puanlarının artması bulgularımızı desteklerken, ruhsal alan puanının değişmemesi sonuçlarımızdan farklıdır. Farklılığın nedeni çalışılan grupların farklı olması olabilir. Uluslararası çalışma sonucu ile farklılığın nedeni ise bu çalışmanın tüm sağlık çalışanlarında yapılması ve sosyokültürel farklılıklar olabilir. Çalışmamızda hekimlerin yaş gruplarına göre algılanan stres düzeyleri arasında fark olmayıp Gündoğdu'nun çalışma sonuçlarıyla benzerdir (16).

Erkek hekimlerin bedensel ve ruhsal alan puanları kadınlardan yüksek, stres puanı düşük olup lojistik regresyon analizinde kadın hekimlerin düşük ruhsal alan düzeyine sahip olma riski erkeklerden 2.1 kat yüksektir (Tablo 12, 18). Yapılan bazı ulusal ve uluslararası çalışmalarda erkek hekimlerin tüm yaşam kalitesi puanları kadınlarla benzer bulunmuştur (6, 14, 50, 77-79). Calumbi'nin çalışmasında erkek hekimlerin beden ve sosyal alan sonuçları çalışmamızdan farklı ruhsal ve çevresel alan sonuçları benzerdir (15). Calumbi erkeklerin ruhsal alan puanının yüksek olmasını modern kadının üzerindeki yükün artması olarak belirtmiş bunun da kadının duygularını, benlik saygısını, beden görünümünü olumsuz etkilediğini vurgulamıştır

(15).Çalışmamızda erkek ve kadınların yaşam kalitesi ölçeği bedensel ve ruhsal alan sorularına verdiği yanıtlar incelendiğinde, kadınların anlamlı olarak daha ağrılı bir yaşam sürdürmesi, yaşamını sürdürmek için gücünü kuvvetini erkeklerden daha az oranda yeterli görmesi kadınlardaki bedensel alan puanı düşüklüğünü, kadınların yaşamlarını daha az oranda anlamlı bulması, dikkatini toplamada daha başarısız olması, bedensel görünümünü daha az oranda kabullenmesi, kendinden daha az hoşnut olması ve daha sık olarak hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapıldığının belirlenmesi ruhsal alan puanının düşük düzeyde olmasını açıklamaktadır. Çalışmamızda cinsiyete göre algılanan stres düzeyi incelendiğinde erkek hekimlerin algılanan stres puanı düşük bulunmuştur (Tablo 12). Portekiz'de hekimlerde yapılan bir çalışmada cinsiyete göre algılanan stres düzeyi benzer olup çalışma sonuçlarımızdan farklıdır (58). Toplumumuzda ataerkil kültürün baskın olması ve buna bağlı olarak kadının evdeki rolünün ağır olması farklılığın nedeni olabilir. Ayrıca çalışmamızda kadın hekimlerin bedensel ve ruhsal alan puanlarının düşük bulunmasına neden olan durumların stresi olumsuz yönde etkilediğini düşünmekteyiz.

VKİ gruplarına göre yaşam kalitesi tüm alt boyutları ve stres puanı benzer bulunmuştur (Tablo 12).Yaşam kalitesi ile VKİ'nin ilişkisinin değerlendirildiği iki çalışma mevcuttur. Hekimlerin de dâhil edildiği, sağlık çalışanlarında yapılan ve farklı yaşam kalitesi ölçeklerinin (NSP ve SF36) kullanıldığı iki çalışmada, VKİ gruplarına göre yaşam kalitesi düzeyleri benzer bildirilmiştir (51, 78). Bu sonuçlar bulgularımızı desteklemektedir.

Evli hekimlerin ruhsal, sosyal ve çevresel alan puanları bekâr hekimlerden yüksek, stres puanı düşük bulunmuştur. Dul/boşanmışların yaşam kalitesi ve stres puanları evliler ve bekârlarla benzerlik göstermektedir (Tablo 12). Avcı'nın çalışma sonuçları bulgularımızı desteklemekte iken Açıkgöz'ün çalışmasında medeni duruma göre yaşam kalitesi düzeyleri benzer bulunmuştur (6, 49). Literatürde evliliğin eşlere sosyal destek sağladığı, bu yüzden evli hekimlerin yaşam kalitelerinin yüksek olduğu bildirilmektedir (6). Medeni duruma göre ölçek sorularına verilen yanıtlar incelendiğinde evlilerin yaşam kalitelerini daha iyi bulduğu, yaşamaktan daha çok keyif aldıkları, yaşamlarını daha anlamlı buldukları, cinsel yaşamlarından daha

hoşnut oldukları ve daha az oranda hüzün, ümitsizlik, bunaltı ve çökkünlük gibi duygulara kapıldıkları görülmüştür. Bu durumların ruhsal, sosyal ve çevresel alan puanlarını artırdığını ve stres düzeyini düşürdüğünü düşünmekteyiz. Ulusal ve uluslararası çalışmalarda hekimlerin medeni durumlarına göre algılanan stres düzeyleri benzer bulunmuştur (16, 55, 57, 58). Çalışmamızdaki sonuçlardan farklılığın nedeni çalışılan grupların farklı olması ve sosyokültürel farklılıklar olabilir.

Yaşam kalitesi bedensel alan düzeyi evlilik süresi 16 yıl ve üzeri olan hekimlerde en yüksek olup, farklılık 16 yıl ve üzeri olan hekimlerle 5 yıl ve altı olanlardan kaynaklanmaktadır (Tablo 12). Evlilik süresi ile bedensel alan puanı arasında pozitif yönde korelasyon bulunmaktadır (Tablo 16). Bu konuda literatüre rastlanmamıştır. Evlilik süresi 5 yıldan az olan hekimler genç hekimler grubunu oluşturmaktadır. Bu grubun iş yükü özellikle araştırma görevlisi olarak çalışanlarda yüksektir. Kronik yorgunluk ve uykusuzluğun gençlerin bedensel alan puanını düşürdüğü kanaatindeyiz.

Geliri 8001 TL ve üzeri olan hekimlerin bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanları anlamlı olarak yüksek, stres puanı düşüktür. Geliri 8001 TL ve üzeri olanlara göre düşük çevresel alan düzeyi riski 3000-5000 TL olanların 3.4, 5001-8000 TL olan hekimlerin 2.3 kat yüksektir (Tablo 12,22). Açıkgöz'ün çalışmasında aylık geliri giderini karşılayan hekimlerin ruhsal ve çevresel alan puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (49). Yıldırım'ın tüm sağlık çalışanlarında gerçekleştirdiği bir çalışmada ekonomik sorunların çevresel alan puanını diğer değişkenlerden bağımsız olarak düşürdüğü bildirilmiştir (80). Ergen'in hekimlerin dâhil edildiği, sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada katılımcıların gelir durumu yükseldikçe çevresel alan puanının arttığı, Gholami'nin benzer bir populasyondaki çalışmasında ruhsal ve çevresel alan puanının yükseldiği bildirilmiştir (67, 77). Adana'da birinci basamakta çalışan hekimlerde yapılan bir çalışmada, geliri yüksek olan hekimlerin algılanan stres puanları düşük bildirilmiştir (16). Bu sonuçlar bulgularımızı desteklemektedir. Ölçek sorularına verilen yanıtlar incelendiğinde iyi bir gelire sahip olma durumunun çalışabilme, uyku ve dinlenme, benlik saygısı, olumlu duygular, beden algısı, maddi geliri, fiziksel güvenlik ve ulaşımı, ev ortamı, dinlenme ve boş zamanı değerlendirme

gibi yaşam kalitesi faktörlerini olumlu, stres düzeyini olumsuz etkilediği görülmektedir.

Ev ya da araba sahibi olan hekimlerin çevresel alan puanı anlamlı olarak yüksek, stres puanı önemsiz bulunmuştur (Tablo 12). Ev ya da araba sahibi olma durumu özellikle ev ortamı, maddi gelir, fiziksel güvenlik ve ulaşım gibi çevresel alanı doğrudan etkileyen bir özellik gösterdiğinden çevresel alan puanını olumlu etkilemiş olabilir. Bu konuda literatür bulunamamıştır.

Eşi çalışmayan hekimlerin bedensel ve ruhsal alan puanları yüksek, stres puanı benzer bulunmuştur (Tablo 12). Eşi çalışmayan erkek bir hekimin özellikle evdeki sorumluluğu azalmaktadır. Ölçeklere sorularına verilen yanıtlar incelendiğinde bu durum hekimin uyku, dinlenme ve beslenme durumunu, canlılığını, hareketliliğini olumlu etkilemektedir. Sağlıklı bir bünyeye sahip, sorumluluğu ve aile içi iş yükü az olan hekimin ailesine daha fazla vakit ayırabileceğini, bu nedenle olumsuz duygularının azalacağını, maneviyat, kişisel inançlara daha fazla vakit ayıracağını, kafasının daha rahat olacağını, düşünme, öğrenme ve bellek durumlarının olumlu etkileneceği kanaatindeyiz. Bu durumlar eşi çalışmayan hekimlerin bedensel ve ruhsal yaşam kalitesine olumlu katkıda bulunabilir.

Eşi hekim olanların ise çevresel alan puanı yüksek bulunmuştur. Lojistik regresyon analizinde eşi diğer mesleklerde çalışan hekimlerin düşük çevresel alan düzeyine sahip olma riski eşi hekim olanlardan 2.0 kat yüksektir (Tablo 12, 22). (Tablo 12). Bu konuda literatüre rastlanmamıştır. Araştırmamızda eşi hekim olanların, eşi hekim olmayanlardan daha yüksek gelire sahip olduğu saptanmıştır. Yüksek gelirin eşi hekim olarak çalışanların ev ortamını, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatlarını, güvenliğini, fiziksel çevre ve ulaşımını olumlu etkileyeceğini düşünmekteyiz. Bu özelliklerin eşi hekim olarak çalışanların çevresel puanının yüksekliğini açıkladığı kanaatindeyiz.

Çocuk sahibi olmak hekimlerin yaşam kalitesi ve stres puanlarını etkilememektedir (Tablo 12). Bu bulgular literatürle uyumludur (16, 49, 55, 58).

Birden fazla çocuğa sahip olan hekimlerin tek çocuk sahibi olanlardan bedensel alan puanı yüksek, diğer yaşam kalitesi alan puanları ve stres puanı benzer bulunmuştur (Tablo 12).

Çalışılan kurum ve çalışılan kurumun basamağına göre yaşam kalitesi ve algılanan stres puanları benzerdir (Tablo 13). Yaşam kalitesi konusunda literatüre rastlanmamıştır. Portekiz'de yapılan bir çalışmada üniversitede çalışan hekimlerle özel sektörde çalışan hekimlerin stres puanları çalışmamızda olduğu gibi diğer hekimlerle benzerdir (58).

Çalışmamızda mesleki konuma göre yapılan analizde, araştırma görevlilerinin bedensel ve ruhsal alan puanları pratisyen, uzman ve öğretim üyelerinden düşük olup ruhsal alan puanı benzerdir. Araştırma görevlisi ve uzman hekimlerin çevresel alan puanı pratisyen hekim ve öğretim üyelerinden düşük bulunmuştur. Mesleki konuma göre sosyal alan puanı benzerdir. Araştırma görevlilerinin algılanan stres puanı diğerleriyle aynı, pratisyen hekimlerden anlamlı olarak yüksektir (Tablo 13). Lojistik regresyon analizinde pratisyen hekimlere göre araştırma görevlilerinin düşük sosyal alan düzeyine sahip olma riski 2.5, uzmanların 3.2, öğretim üyelerinin 2.9 kat yüksektir. Benzer şekilde pratisyen hekimlere göre uzmanların düşük çevresel alan düzeyine sahip olma riski 2.3 kat yüksek bulunmuştur (Tablo 19, 20). Pratisyen hekimlere göre araştırma görevlilerinin yüksek stres düzeyine sahip olma riski 2.7,uzmanların 2.2, öğretim üyelerinin 2.4 kat daha yüksek bulunmuştur (Tablo 21). Avcı'nın çalışmasında araştırma görevlilerinin tüm yaşam kalitesi alan puanları uzman hekimlerden düşük olup sosyal ve çevresel alan dışındaki araştırma görevlisi ve uzmanlara ait bulgularımızı desteklemektedir. Aynı çalışmada yapılan lojistik regresyon analizinde araştırma görevlilerinin yaşam kalitesi bedensel alan düzeyinin uzmanlardan düşük olması bedensel alanla ilgili sonuçlarımızı destekler niteliktedir (6). Avcı'nın araştırmasında araştırma görevlisi olarak çalışma durumunun sosyal alan puanını diğer değişkenlerden bağımsız olarak düşürdüğü rapor edilmiştir (6, 49). Bu sonuç yaşam kalitesi sosyal alan ile ilgili lojistik regresyon analizi bulgularımızı destekler niteliktedir. Musaoğlu'nun çalışmasında araştırma görevlilerinin ruhsal ve çevresel alan puanları diğer unvana sahip kişilerden düşük saptanmış olup bulgularımızla benzer, bedensel alanda fark bulunmaması sonuçlarımızdan farklıdır

(50).Bulgularımızın Avcı'nın araştırmasındaki sosyal ve çevresel alan sonuçlarından farklılığının nedeni bölgesel farklılıklar olabilir. Musaoğlu'nun çalışmasındaki farklılığın nedeni ise Musaoğlu'nun çalışma grubunun hekim dışı araştırma görevlilerini de içermesi olabilir. Mesleki konuma göre stresle ilgili literatüre rastlanmamıştır.

Öğretim üyesi unvanına göre yaşam kalitesi ve stres puanları benzer bulunmuştur (Tablo 13). Musaoğlu'nun çalışma sonuçları yaşam kalitesi bulgularımızı desteklemektedir (50).

Çalışma alanına göre cerrahi bilimlerde çalışan hekimlerin bedensel ve çevresel alan puanları temel ve cerrahi bilimlerde çalışanlardan düşük, ruhsal ve sosyal alan puanları benzerdir (Tablo 13). Avcı'nın araştırmasında cerrahi bilimlerde çalışan hekimlerde çevresel alan puanı diğerlerinden düşük, diğer yaşam kalitesi alan puanları benzer bulunmuştur (6). Çevresel alan puanı sonuçları bulgularımızı desteklerken, bedensel alan farklılığı bölgemizdeki iş yükünün fazlalığından kaynaklanabilir (4). Çalışma alanına göre stres düzeyleri benzer bulunmuştur.

Meslekte çalışma süresi 16 yıl ve üzeri olan hekimlerin bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanları diğerlerinden yüksek olup yapılan korelasyon analizinde meslekte çalışma süresi arttıkça hekimlerin bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanlarının arttığı görülmüştür (Tablo 13, 16). Şu anki kurumunda 16 yıl ve üzeri çalışan hekimlerin çevresel alan puanı 5 yılın altında çalışan gruptan anlamlı olarak yüksek olup yapılan korelasyon analizinde şu anki kurumda çalışma süresi arttıkça çevresel alan puanının yükseldiği saptanmıştır (Tablo 13, 16). Musaoğlu'nun araştırmasında katılımcıların toplam çalışma süresi ile şu anki kurumdaki çalışma yılları arttıkça bedensel ve çevresel alan puanlarının yükseldiği saptanmıştır (50). Bedensel ve çevresel alan sonuçları bulgularımızı desteklemekte olup ruhsal alandaki farklılığın nedeni Musaoğlu'nun çalışmasının tüm akademik personeli kapsaması ve bölgesel farklılık olabilir. Açıkgöz'ün çalışmasında ise çalışma süresine göre bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan düzeyleri benzer bulunmuştur. Sonuçlarımızdan farklılığın nedeni Açıkgöz'ün çalışmasının yalnız anestezi ve reanimasyon bilim dalında eğitim alan araştırma görevlilerini kapsaması olabilir

(49). Meslekte çalışma yılı arttıkça tecrübenin artması, mesleğe adaptasyonun sağlanması ve gelir artışıyla açıklanabilir. Meslekte çalışma süresinin stres puanını etkilemediği saptanmıştır. Morais'in Portekiz'de anestezi ve reanimasyon bölümünde çalışan hekimlerde gerçekleştirdiği çalışmanın sonuçları bulgumuzu desteklemektedir (58).

Nöbet tutan hekimlerin tüm yaşam kalitesi alan puanları düşük, stres puanları yüksektir (Tablo 13). Ergen'e ait, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada nöbet tutanların bedensel ve ruhsal alan puanları düşük bulunmuştur (77). Ergen'e ait çalışma sonuçları bedensel ve ruhsal alanla ilgili bulgularımızı desteklerken, sosyal ve çevresel alandaki farklılığın nedeni bu çalışmanın tüm sağlık çalışanlarını kapsaması olabilir.

Ayda 6 ve üzeri nöbet tutan hekimlerin bedensel ve ruhsal alan puanları düşük, stres puanı yüksek olup yapılan korelasyon analizinde nöbet sayısı arttıkça bedensel alan puanının düştüğü belirlenmiştir (Tablo 13, 16). Açıkgöz'ün anestezi hekimlerinde gerçekleştirdiği araştırmasında ayda 6 ve üzeri nöbet tutan hekimlerin bedensel alana ait yaşam kalitesi düzeyi düşük olarak bildirilmiş olup diğer yaşam kalitesi düzeyleri benzer bulunmuştur (49). Açıkgözün çalışmasında bedensel alan sonuçları bulgularımızı desteklerken diğer sonuçlar farklıdır. Farklılığın nedeni bu çalışmada yaşam kalitesi alt boyutlarına ait puanların ikiye ayrılıp düşük ve yüksek olarak kodlandıktan sonra analiz edilmesi şeklindeki yaklaşımın analizin sonucunu etkilemesi olabilir.

Yönetsel görevi olan hekimlerin ruhsal alan puanı yüksek, diğer yaşam kalitesi alanları ile stres puanı benzerdir (Tablo 13). Yönetsel görevde bulunmak riskli ve stresli olsa da hekimlerin benlik saygısı, olumlu duygulara sahip olma, düşünme ve öğrenme gibi psikolojik faktörleri olumlu etkileyebilir. Literatürde hekimlerde yönetsel görevle yaşam kalitesi ve stres düzeyinin irdelendiği çalışmalara rastlanmadığından karşılaştırma yapılamamıştır.

Meslek seçimi konusunda doğru seçim yaptığını düşünen hekimlerin bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puanları, "yanlış" ve "bazen yanlış" seçim

yaptığını düşünen hekimlerden yüksek, algılanan stres puanları düşük bulunmuştur. Bazen yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerin ruhsal ve çevresel alan puanları yanlış seçim yaptığını düşünenlerden yüksek saptanırken, bedensel ve sosyal alan puanları benzer, algılanan stres puanları düşük bulunmuştur. Doğru seçimden yanlış seçime doğru yaşam kalitesi puanları lineer bir düşüş, stres puanları lineer bir artış göstermiştir (Tablo 13).Hekimlik mesleğini seçmekle doğru tercih yaptığını düşünen hekimlere göre bazen yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerin düşük bedensel, ruhsal ve sosyal alan düzeyi riski sırasıyla3.2; 2.7; 1.7;yüksek stres düzeyi riski 2.1 kat daha fazladır. Doğru tercih yaptığını düşünen hekimlere göre yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerin düşük bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan düzeyi riski sırasıyla 14.0; 5.1; 4.4; 2.9 kat yüksek, algılanan stres düzeyinin yüksek olma riski 6.4 kat daha fazladır (Tablo 17,18,19,20,21). Çalışmamızda meslek seçimine göre ölçekteki sorulara verilen yanıtlar incelendiğinde meslek seçimi konusunda doğru tercihte bulunduğunu düşünenlerin diğer hekimlerden daha yüksek oranda gelire sahip olduğu, yaşamaktan keyif aldığı, kendinden memnun olduğu, yaşamını anlamlı bulduğu, kendini güvende hissettiği, bedensel görünümünü kabullendiği, diğer kişilerle iyi ilişkiler kurduğu, yaşadığı evin koşullarından ve ulaşımdan hoşnut olduğu belirlenmiştir. Bu analiz sonuçları üstteki bulgularımızı doğrulamaktadır. Bu konuda literatür olmadığından karşılaştırma yapılamamıştır.

Ailesine yeterli vakit ayıramadığını belirten ve aile içi ilişkisini "iyi düzeyde" olarak nitelemeyen hekimlerin tüm yaşam kalitesi alan puanları düşük, algılanan stres puanı yüksek bulunmuştur (Tablo 14).Ailesine yeterli vakit ayıramayan hekimlerin düşük bedensel, çevresel alan puanı riski sırasıyla 5.6 ve 3.5 kat, stres düzeyinin yüksek olma riski 2.0 kat daha fazladır. Aile içi ilişkisini kötü olarak belirten hekimlerin düşük ruhsal ve sosyal alan düzeyi riski iyi olanlara göre sırasıyla 2.8 ve 2.4 kat daha yüksektir (Tablo 17,18,19,20,21). Çalışmamızda ailesine yeterli vakit ayıramadığını belirten hekimlerin oranı %61.0, aile içi ilişkisini orta ya da kötü olarak niteleyenlerin oranı %40.0'dır. Arenson Pandikow'un çalışmasında ağır iş yükü ve çalışma saatlerinin fazlalığının başta araştırma görevlileri olmak üzere birçok hekimi olumsuz etkilediği vurgulanmaktadır (14). Andrade çalışmasında yoğun iş yükünün hekimlerin %61.0'nın dinlenme zamanını kısıtladığını ve yaşam

kalitelerini olumsuz etkilediğini belirtmiştir (75). Bu sonuçlar bulgularımızı desteklemektedir. Aile içi ilişki durumuna göre yaşam kalitesi ve stresin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda sigara ve alkol kullanma durumuna göre hekimlerin yaşam kalitesi ve stres düzeyleri benzerdir. Sigara kullanma adedi ile yaşam kalitesi ve stres arasında ilişki bulunmamıştır. Sigara kullanma yılı arttıkça çevresel alan puanının yükseldiği görülmüştür (Tablo 15,16). Açıkgöz'ün çalışmasında sigara kullanma durumuna göre yaşam kalitesi alan puanları arasında fark bulunmamıştır. Alkol kullanma durumuna göre ise alkol kullananlarda çevresel alan puanı düşük, diğer yaşam kalitesi alan puanları benzerdir (49). Ergen'e ait, hekimlerin de dahil edildiği sağlık çalışanlarında yapılan araştırmada sigara kullanma durumuna göre tüm yaşam kalitesi alan puanları arasında fark yok iken, alkol kullanan hekimlerin çevresel alan puanı yüksek, diğer yaşam kalitesi puanları benzer bulunmuştur (77). Araştırma gruplarının Açıkgöz'de araştırma görevlilerinden Ergen'de tüm sağlık çalışanlarından oluşması farklılığın nedeni olabilir.

Spor yapan hekimlerin tüm yaşam kalitesi alan puanları yüksek, stres puanı düşüktür. Spor yapmayan hekimlerin yapanlara göre düşük ruhsal alan düzeyi riski 2.2 kat yüksektir (Tablo 15,18). Ergen'e ait, tüm sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada spor yapanların bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanları yüksek bulunmuştur (77). Bu sonuç sosyal alan dışındaki bulgularımızı desteklemektedir. Egzersizin kardiyo vasküler sistem başta olmak üzere, solunum, metabolik sistem, iskelet ve kas sistemi ve sindirim sistemi üzerine olumlu etkisi bilinmektedir. Bunun yanında mental sağlığa ve stresle baş etmede olumlu etkileri bulunmaktadır (12, 13).Bu durum spor yapan hekimlerin yaşam kalitesinin tüm alan puanlarının yüksek ve stres puanının düşük bulunmasını açıklamaktadır.

Son iki haftada hastalık geçiren hekimlerin bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanları düşük, stres puanı yüksektir. Bu konuda literatüre rastlanmamıştır.

Kronik hastalığı bulunan hekimlerin bedensel, ruhsal ve sosyal alan düzeyleri düşük, stres puanı benzerdir (Tablo 15). Açıkgözün çalışmasında kronik hastalık

varlığının yaşam kalitesi düzeyini etkilemediği bildirilmiştir (49). Gholami'nin İran'da gerçekleştirdiği çalışmasında kronik hastalık varlığının tüm yaşam kalitesi alan puanlarını düşürdüğü bildirilmiştir (67). Açıkgöz'ün bedensel, ruhsal ve çevresel alan sonuçları, Gholami'nin ise çevresel alan sonuçları bulgularımızdan farklıdır. Açıkgöz'ün çalışmasından farklılığın nedeni bu çalışmanın daha genç popülasyonda yürütülmesi nedeniyle kronik hastalık sıklığının az oranda (%11) görülmesi ile açıklanabilir. Gholami'nin çalışma sonuçlarından farklılığın nedeni ise bu çalışmanın tüm sağlık çalışanlarını içermesi ve bölgesel farktan kaynaklanabilir.

Bakımını üstlendiği kronik hastalığı bulunan yakını olan hekimlerin bedensel ve sosyal alan puanları düşük, stres puanı yüksektir. Psikiyatrik tedavi alan yakını bulunan hekimlerin bedensel ve ruhsal alan puanı düşük, stres puanı yüksektir (Tablo 15). Bakımı üstlenilen kronik hastalıklı yakını bulunan hekimlerin, olmayanlara göre düşük sosyal alan düzeyi riski 2.3, yüksek stres düzeyi riski 1.7 kat yüksektir. Psikiyatrik tedavi alan yakını bulunan hekimlerde düşük ruhsal alan düzeyi riski, psikiyatrik tedavi alan yakını bulunmayanlara göre 2.4 kat daha yüksektir (Tablo 18,19,21). Bu değişkenlerle yaşam kalitesi ve stres düzeyinin incelendiği literatür bulunamamıştır. Başka birinin bakımını üstlenmek kişiler üzerinde olumsuz etkiler oluşturmaktadır. Fiziki yorgunluğun yanında kişinin ruhsal durumunu olumsuz etkilemekte, kendine ayırdığı vakti sınırlamakta, iş yerinde izin ve verimlilik sorunlarına yol açmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Erzurum İl Merkezi'nde görev yapan hekimlerde gerçekleştirilen çalışmaya 359'u erkek (%62) ve 218'i kadın (%38) olmak üzere toplam 577 hekim katılmıştır.

- Hekimlerin yaş ortalamaları 36.1±8.0 olup %51.5'i 30-40 yaş arasındadır.

- VKİ ortalamaları 25.5±3.6 olup %52.6'sı fazla kilolu ya da obez bulunmuştur.

- Katılımcıların %75'i evli ve evli olanların %82'sinin eşi çalışmaktadır. Eşi çalışan hekimlerin %61'i hekimle, %14'ü öğretmenle evli olduğunu belirtmiştir.

- Hekimlerin %43.8'inin 8001TL ve üzerinde gelire sahip olduğu, %67.1'inin ev ve %93.1'inin araba sahibi olduğu saptanmıştır.

- Hekimlerin %62'si çocuk sahibidir ve ortalama çocuk sayıları 2.0±0.8 olarak bulunmuştur.

- Hekimlerin %55'inin nöbet tuttuğu, ortalama nöbet sayılarının 6.3±3.7 olduğu, nöbet tutanların %56.4'ünün 6 yada üzeri sayıda nöbet tuttuğu belirlenmiştir.

- Hekimlerin %11.1'i yönetici olarak çalıştığını belirtmiş olup, %38.3'ü meslek seçimi hakkında doğru tercih yaptığını düşünmektedir.

- Hekimlerin %61.9'u ailesine yeterli vakit ayıramadığını belirtmiş olup, %58.9'u aile içi ilişkilerini iyi olarak nitelendirmiştir.

- Katılımcıların %20.5'i sigara kullandığını belirtmiştir. Hekimlerin 13.4±7.0 yıldır sigara kullandığı, günde ortalama 15.6±8.1 adet sigara tükettiği, %7.8'inin alkol kullandığını belirlenmiştir.

- Hekimlerin %17.2'si düzenli spor yaptığını belirtmişlerdir.

- Hekimlerin kronik hastalık sıklığının %18.6 olduğu, en çok görülen hastalıkların sırasıyla hipotiroidik hastalıklar, HT ve DM olduğu saptanmıştır.

- Hekimlerin %13.2'si kronik hastalığı olan bir yakınının bakımını üstlendiğini, %15.4'ü de psikiyatrik tedavi alan bir yakınının olduğunu belirtmiştir.

- Hekimlerde yaşam kalitelerini iyi algılayanların oranı %39.0'dır.

- Hekimlerde sağlık durumundan memnun olanların oranı %55.3'tür.

- Katılımcıların yaşam kalitesi alan puanları bedensel alan 14.2±2.5, ruhsal alan 14.3±2.4,sosyal alan 13.9±2.6,çevresel alan14.0±2.2 bulunmuştur. Stres puanı ise 26.7±7.3'tür.

- Hekimlerin yaşam kalitesi alan puanları arttıkça algılanan stres puanı azalmaktadır.

- Hekimlerin yaşı arttıkça bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanları artmakta, stres puanı azalmaktadır.

- Kadın hekimlerin bedensel ve ruhsal alan puanları (sırasıyla 13.9±2.6, 13.8±2.5) erkeklerden (sırasıyla 14.4±2.5, 14.6±2.4) düşük, stres puanları yüksektir (kadın 26.0±7.1, erkek 27.7±7.5). Kadın hekimlerin düşük ruhsal alan düzeyine sahip olma riski erkeklerden 2.1 kat yüksektir.

- Hekimlerin VKİ değeri arttıkça ruhsal ve sosyal alan puanları yükselmekte, stres puanı düşmektedir.

- Evli hekimlerin ruhsal, sosyal ve çevresel alan puanları bekârlardan yüksek, stres puanı düşüktür.

- Evlilik süresi arttıkça bedensel alan puanı yükselmektedir.

- Geliri 8001 TL ve üzeri olan hekimlerin diğer gelir gruplarına göre

bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanları yüksek, stres puanı düşüktür. Geliri 8001 TL ve üzeri olan hekimlere göre 3000-5000 TL olanların düşük çevresel alan düzeyi riski 3.4, 5001-8000 TL olan hekimlerin 2.3 kat yüksektir.

- Ev ya da araba sahibi olan hekimlerin çevresel alan puanı yüksektir.

- Eşi çalışmayan hekimlerin bedensel ve ruhsal alan puanları yüksektir. Eşi hekim olarak çalışanların ise çevresel alan puanı yüksektir. Eşi diğer mesleklerde çalışan hekimlerin düşük çevresel alan düzeyine sahip olma riski eşi hekim olanlardan 2.0 kat yüksektir.

- Çocuk sahibi olan hekimlerle olmayanların yaşam kalitesi ve stres puanları benzer ancak birden fazla çocuk sahibi olan hekimlerin tek çocuk sahibi olanlara göre bedensel alan puanı yüksektir.

- Araştırma görevlilerinin tüm yaşam kalitesi alan puanları düşük, stres puanı yüksektir. Pratisyen hekimlere göre araştırma görevlilerinin düşük sosyal alan düzeyine sahip olma riski 2.5, uzmanların 3.2, öğretim üyelerinin 2.9 kat yüksektir. Pratisyen hekimlere göre uzmanların düşük çevresel alan düzeyine sahip olma riski 2.3 kat yüksektir. Pratisyen hekimlere göre araştırma görevlilerinin yüksek stres düzeyine sahip olma riski 2.7, uzmanların 2.2, öğretim üyelerinin 2.4 kat daha yüksektir.

- Cerrahi bilimlerde çalışan hekimlerin bedensel ve çevresel alan puanları diğer gruplardan düşüktür.

- Meslekte çalışma süresi arttıkça hekimlerin bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanları artmaktadır. Şu anda çalıştığı kurumdaki çalışma süresi arttıkça çevresel alan puanı yükselmektedir.

- Nöbet tutan hekimlerin tüm yaşam kalitesi alan puanları düşük, stres puanı yüksektir. Ayda 6 ve üzeri sayıda nöbet tutan hekimlerin bedensel ve ruhsal alan puanları düşük, stres puanı yüksektir. Nöbet sayısı arttıkça bedensel alan puanı

düşmektedir.

- Yönetsel görevi olan hekimlerin ruhsal alan puanı yüksektir.

- Hekimlik mesleğini seçme hususunda doğru seçim yaptığını düşünenlerin "bazen yanlış" ya da "yanlış" seçim yaptığını düşünenlere göre bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puanları yüksek, stres puanı düşüktür. Bazen yanlış seçim yaptığını düşünenlerin yanlış seçim yaptığını düşünenlere göre ruhsal ve çevresel alan puanları yüksek, stres puanı düşüktür. Hekimlik mesleğini seçmekle doğru tercih yaptığını düşünen hekimlere göre bazen yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerin düşük bedensel, ruhsal ve sosyal alan düzeyi riski sırasıyla 3.2; 2.7; 1.7 yüksek stres düzeyi riski 2.1 kat daha yüksektir. Doğru tercih yaptığını düşünen hekimlere göre yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerin düşük bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan düzeyi riski sırasıyla 14.0, 5.1, 4.4, 2.9 kat yüksek, algılanan stres düzeyinin yüksek olma riski 6.4 kat daha fazladır.

- Ailesine yeterli vakit ayıramadığını belirten hekimlerin tüm yaşam kalitesi alan puanları düşük, stres puanı yüksektir. Ailesine yeterli vakit ayıramayan hekimlerin düşük bedensel ve çevresel alan puanı riski sırasıyla 5.6 ve 3.5 kat, stres düzeyinin yüksek olma riski 2.0 kat daha fazladır.

- Aile içi ilişkisini "yüksek düzeyde" olarak niteleyen hekimlerin tüm yaşam kalitesi alan puanları yüksek, stres puanı düşüktür. Aile içi ilişkisini "orta düzeyde" olarak niteleyenlerin çevresel alanı puanı "düşük düzeyde" olarak belirtenlere göre yüksektir. Aile içi ilişkisini kötü olarak niteleyen hekimlerin düşük ruhsal ve sosyal alan düzeyi riski iyi olanlara göre sırasıyla 2.8 ve 2.4 kat daha yüksektir.

- Sigara kullanma yılı arttıkça çevresel alan puanı yükselmektedir.

- Spor yapan hekimlerin tüm yaşam kalitesi alan puanları yüksek, stres puanı düşüktür. Spor yapmayan hekimlerin yapanlara göre düşük ruhsal alan düzeyi riski 2.2 kat yüksektir.

- Son iki haftada hastalık geçiren hekimlerin bedensel, ruhsal ve çevresel alan puanları düşük, stres puanı yüksektir.

- Kronik hastalığı bulunan hekimlerin bulunmayanlara göre bedensel, ruhsal ve sosyal alan puanları düşüktür.

- Kronik hastalıklı yakını bulunan hekimlerin bedensel ve sosyal alan puanları düşük, stres puanı yüksektir. Kronik hastalığı bulunan yakını olan hekimlerin, olmayanlara göre düşük sosyal alan puanı riski 2.3, yüksek stres düzeyi riski 1.7 kat fazladır.

- Psikiyatrik tedavi alan yakını bulunan hekimlerin bedensel ve ruhsal alan puanları düşük, stres puanı yüksektir. Psikiyatrik tedavi alan yakını bulunan hekimlerin olmayanlara göre düşük ruhsal alan düzeyi riski 2.4 kat daha yüksektir.

Öneriler

Hekimlerin iş yükünün ağır olması, genellikle gece de çalışmak zorunda olmaları ve mesleksel riskleri de göz önüne alındığında, yaşam kalitesi ve algıladıkları stres düzeylerinin tespiti, izlemi ve belirlenen risk faktörlerine yönelik alınması gereken iyileştirici uygulamalar önem taşımaktadır. Buna göre;

- Kadın hekimlerin ev ve iş yükünün azaltılması yönünde; iş koşullarının iyileştirilmesi, kadın hekimlere aile içi desteğin sağlanması konusunda Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nca destekleyici programların uygulanması,

- Araştırma görevlileri ile 29 yaş ve altındaki hekimlerin motivasyonunu artırıcı düzenlemelerin (eğitim başta olmak üzere ücret, izin, kongre ve sempozyumlara katılım gibi uygulamalar) yapılması, iş koşullarının düzeltilmesi,

- Cerrahi branşlarda çalışan hekimlerin bedensel ve ruhsal alanla ilgili yaşam kalitesini artırmaya yönelik olarak yeterli sayıda istihdamın sağlanması gibi önlemlerin alınması,

- Nöbetlere yönelik mevzuatın hekimlerin yaşam kalitesini ve stres düzeyini olumsuz etkilemeyecek şekilde düzenlenmesi,

- Kişilerin meslek seçimi ve mesleki konumlarına karar verirken kişilik yapılarını ve beklentilerini göz önünde bulundurmaları,

- Cerrahi branşlarda çalışan erkek hekimler başta olmak üzere hekimlere sigara bırakma konusunda eğitimler yapılması ve toplumda rol model oldukları noktasına dikkat çekilmesi,

- Sporun yaşam kalitesi, stres ve vücut kitle indeksi üzerindeki olumlu etkisi göz önüne alınarak, kurum içinde ve dışında spor için uygun ortamların oluşturulması ve organizasyonlarının yapılması, hekimlerin bu konuda teşvik edilmesi,

- Bakımını üstlendiği kronik hastalığı ya da psikiyatrik tedavi alan yakını bulunan hekimlerin hastalarına, uygun donanımlı merkezlerin ihtiyaca cevap verecek şekilde kurulması ve yaygınlaştırılması hekimlerin yaşam kalitesi ve stres düzeyine olumlu yansıyacaktır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organisation (WHO). The 10 leading causes of death by country income group (2012) (03.03.2015). Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index1.html.

2. World Health Organisation (WHO). Life expectancy Data by country (03.03.2015). Available from: http://apps.who.int/gho/data/node.main.688.

3. World Health Organisation (WHO). The top 10 causes of death (03.03.2014). Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/.

4. Bora Başara B, Güler C, Yentür GK, Birge B, Pulgat E, Mamak Ekinci B. Sağlık İstatistiği Yıllığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara. 2012.

5. Fidaner C. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kavramı: Bir Giriş Denemesi. 1 Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 8-10 Nisan 2004 İzmir. 2004.

6. Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;30 (2):81-5.

7. Bilir N, Yıldız AN. Sağlık Personelinin Mesleksel Riskleri. İş Sağlığı ve Güvenliği (3 Baskı). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2014.

8. Eser E. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri ve Ölçümü. Sağlıkta Birikim Dergisi.1 (2).

9. Eser E. Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü. 1 Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 8-10 Nisan 2004 İzmir.

10. Stress: The American Institute of Stress; [22.04.2015]. Available from: http://www.stress.org/daily-life/#.

11. Pehlivan Aydın İ. İş Yaşamında Stres. Ankara: Pegem A Yayıncılık; 2002.

12. Bozkurt T, Uğul M, Turpoğlu Çelik A, ve ark. Stres. İstanbul: İstanbul Kültür Üniversitesi Yayınları; 2010.

13. Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve Başaçıkma Yolları. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2004.

14. Arenson-Pandikow HM, Oliviera LT, Bortolozzo CR, Petry S, Schuch TF. Perception of quality of life among anesthesiologists and non-anesthesiologists. Rev Bras Anestesiol. 2012;62 (1):52-5.

15. Calumbi RA, Amorim JA, Maciel CM, Damazio Filho O, Teles AJ. Evaluation of the quality of life of anesthesiologists in the city of Recife. Rev Bras Anestesiol. 2010;60 (1):42-51.

16. Gündoğdu P. Birinci Basamakta Çalışan Hekimlerin Stres Algısı ve Bu Algının Yaşam Kalitesi İle İlişkisi- Uzmanlık Tezi: Çukurova Üniversitesi; 2012.

17. Özyıldırım E, Erden F, Arslan M, Cüce C, Ertür H, Baydar İ. BALIKESİR İLİNDE 1.BASAMAK SAĞLIK KURULUŞU ÇALIŞANLARINDA YAŞAM KALİTESİ, ALGILANAN STRES DÜZEYİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ. 17 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi - Poster Bildiri - Edirne 2014.

18. Taylor DM, Pallant JF, Crook HD, Cameron PA. The psychological health of emergency physicians in Australasia. Emergency Medicine. 2004;16 (1):21-7.

19. Schakter D. 2011 11.03.2015. Available from: http://tr.wikipedia.org/wiki/Alg%C4%B1#cite_ref-1.

20. Maslow A. A Theory of Human Motivation. Psychological Review. 1943;50:370-96.

21. Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? Journal of clinical epidemiology. 1999;52 (4):355-63.

22. Pigou AC. Some aspects of welfare economics. The American Economic Review. 1951:287-302.

23. Güler Ç, Acar Vaizoğlu S. Çevre Sağlığı. In: Güler Ç, Akın L, editors. Halk Sağlığı Temel Bilgiler II Cilt. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012.

24. Last JM. Quotations From John M. Last, Çev: Çağatay Güler. Ankara: Yazıt Yayıncılık; 2007.

25. Albrecht GL. Subjective health assessment. Measuring health and medical outcomes. 1994:7-26.

26. Schuessler KF, Fisher GA. Quality of life research and sociology. Annual Review of Sociology. 1985:129-49.

27. Erikson R, Feichtner R. Welfare as a planning goal. acta sociologica. 1974:273-88.

28. group W. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social science & medicine. 1995;41 (10):1403-9.

29. Group TW. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Social science & medicine. 1998;46 (12):1569-85.

30. Group W. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychological medicine. 1998;28 (03):551-8.

31. TOP MŞ, ÖZDEN SY, SEVIM ME. Psikiyatride yaşam kalitesi. Düşünen Adam Dergisi. 2003;16 (1):18-23.

32. Ware JE. Standards for validating health measures: definition and content. Journal of chronic diseases. 1987;40 (6):473-80.

33. Kaplan RM. Quality of life measurement. Measurement strategies in health psychology New York: Wiley. 1985:115-46.

34. Greer S. The psychological dimension in cancer treatment. Social science & medicine. 1984;18 (4):345-9.

35. AKSAKALLI E, TURAN Y, ŞENDUR ÖF. İnme Rehabilitasyonunda Son Durum Skalaları. Türk Fiz Tıp Rehab Derg. 2009;55 (168-172).

36. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, E G. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. 3P Dergisi. 1999;7:23-40.

37. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in Psikometrik Özellikleri. 3P Dergisi. 1999;7 (Ek.2).

38. Aydemir Ö. Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Klinik Uygulamalarda Kullanımı. Sağlıkta Birikim Dergisi. 2006;1 (2).

39. Detmar S, Muller M, Wever L, et. a. The Patient Physician Relationship. Patient-Physician Comunication During Outpatient Palliative Treatment Visits JAMA. 2001 (285):1351-157.

40. Morris J, Perez D, McNoe B. The Use of Quality of Life Data in Clinical Practice. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. 1998 (7):85-91.

41. Aslan D. Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Nitelikli Yaşam: Yaşam Kalitesi. In: Güler Ç, Akın L, editors. Halk Sağlığı Temel Bilgiler IIICilt. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012.

42. http://www.dicle.edu.tr/Contents/8c442d91-9150-4cd9-b498-763f579372f4.pdf.

43. Paksoy Erbaydar N. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi. In: Güler Ç, Akın L, editors. Halk Sağlığı Temel Bilgiler IIICilt. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2012. p. 1903-7.

44. Kurtuluş Z, Yıldız H, Pınar R. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Geriatride Kullanımı. Sağlıkta Birikim Dergisi. 2006;1 (2):21-6.

45. Yorgancıoğlu A. Solunum Hastalıklarında Yaşam Kalitesi ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketleri. Sağlıkta Birikim Dergisi. 2006;1 (2):27-35.

46. Şekuri C. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kardiyovasküler Hastalıklarda Kullanımı. Sağlıkta Birikim Dergisi. 2006;1 (2):64-70.

47. Müezzinoğlu T. Ürolojide Sağlıkta Yaşam Kalitesi. Sağlıkta Birikim Dergisi. 2006;1 (2):83-93.

48. Akdede BB. Psikiyatrik Bozukluklar ve Yaşam Kalitesi. Sağlıkta Birikim Dergisi. 2006;1 (2):94-8.

49. Açıkgöz MB. ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON UZMANLIK EĞİTİMİ ALAN HEKİMLERDE İŞ STRESİ VE YAŞAM KALİTESİNİN NEDENSELLİĞİ VE ETKİLEŞİMİNİN ARAŞTIRILMASI. Manisa: CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ; 2012.

50. Musaoğlu Z. Trakya Üniversitesi Öğretim Elemanlarının Sağlıkla İlintili Yaşam Kalitesi - Uzmanlık Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2008.

51. Tunç P. Sağlık Çalışanlarında Kas İskelet Sistemi Bozuklukları İle İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler - Yüksek Lisans Tezi Ankara: Başkent Üniversitesi; 2008.

52. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. Journal of health and social behavior. 1983:385-96.

53. Yerlikaya E. E, İnanç B. Algılanan Stres Ölçeği'nin (ASÖ) Türkçe Çevirisinin Psikometrik Özellikleri. IX Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi 2007;Çeşme-İzmir.

54. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç, editors. Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Güvenirlik ve Geçerlik Analizi. Yeni Symposium; 2013.

55. Duffrin C, Larsen L. The effect of primary care fellowship training on career satisfaction, happiness and perceived stress. Postgraduate medical journal. 2014:postgradmedj-2012-131512.

56. Lesage F-X, Berjot S, Altintas E, Paty B. Burnout Among Occupational Physicians: A Threat to Occupational Health Systems?—A Nationwide Cross-sectional Survey. Annals of occupational hygiene. 2013:met013.

57. Waldman SV, Diez JC, Arazi HC, Linetzky B, Guinjoan S, Grancelli H. Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina. Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry. 2009;33 (4):296-301.

58. Morais A, Maia P, Azevedo A, Amaral C, Tavares J. Stress and burnout among Portuguese anaesthesiologists. European Journal of Anaesthesiology (EJA). 2006;23 (5):433-9.

59. Erzurum Sağlık Müdürlüğü Aktif Personel Dağılımı. 07.10.2013.

60. Açıkgöz MB. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanlik Eğitimi Alan Hekimlerde İş Stresi ve Yaşam Kalitesinin Nedenselliği ve Etkileşiminin Araştırılması. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. 2012.

61. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. 2004;13 (2):299-310.

62. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. International Journal of Medical Education. 2011;2:53-5.

63. Thompson ER. Individual entrepreneurial intent: Construct clarification and development of an internationally reliable metric. Entrepreneurship Theory and Practice. 2009;33 (3):669-94.

64. Cronbach L. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951;16 (3):297-334.

65. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951;16 (3):297-334.

66. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. Psychometrika. 1937;2 (3):151-60.

67. Gholami A, Jahromi LM, Zarei E, Dehghan A. Application of WHOQOL-BREF in measuring quality of life in health-care staff. International journal of preventive medicine. 2013;4 (7):809.

68. Koşan Z. Erzurum'da Çalışan Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyi ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi - Uzmanlık Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi 2010.

69. Cirhinlioğlu Z. SİVAS'TA HEKİM-HASTA İLİŞKİLERİ-II. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2001;25 (1):49-79.

70. Karadeniz G, Yanıkkerem E, Sarıcan E, Bülez A, Arıkan Ç, Esen A. Manisa ili sağlık çalışanlarında metabolik sendrom riski. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2007;2 (6):13-24.

71. Aras A. ERZURUM İL GENELİNDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINDA GÖREV YAPAN HEKİMLERİN TÜKENMİŞLİK SENDROMU İLE İŞ DOYUMU DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER. Tez. 2012.

72. Akdağ R, Mollahaliloğlu S, Kosdak M, S T. Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi BaĞkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara. 2010.

73. Güneş G, Pehlivan E, Eğri M, Genç M. Turgut Özal Tıp Merkezi Hekim, hemşire ve tıp öğrencilerinde sigara İçme sıklığı. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi. 1997;4 (4).

74. Kaya M. Assessment of “Subjective Quality of Life” of Health Workers Who Work in 112 Emergency Aid Services in Ankara. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Yüksek Lisans Tezi. 2002.

75. Andrade ANM, de Albuquerque MAC, Andrade ANM. Assessment of the Stress Level of Anesthesiologists of the Sergipe Anesthesiologists Cooperative. Brazilian Journal of Anesthesiology. 2011;61 (4):486-94.

76. Morais A, Maia P, Azevedo A, Amaral C, Tavares J. Stress and burnout among Portuguese anaesthesiologists. European journal of anaesthesiology. 2006;23 (5):433-9.

77. Ergen A, Tanrıverdi O, Kumbasar A, Arslan E, Atmaca D. Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesi Üzerine Kesitsel Bir Çalışma. Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tip Bulteni. 2011;49 (1).

78. Kürklü S. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarında Fiziksel Aktivite Düzeyinin Yaşam Kalitesine Olası Etkilerinin İncelenmesi-Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Türk Hava Kurumu Üniversitesi; 2014.

79. Tzeng DS, Chung WC, Lin CH, Yang CY. Effort-reward imbalance and quality of life of healthcare workers in military hospitals: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res. 2012;12:9.

80. YILDIRIM A, HACIHASANOĞLU R. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. Journal of Psychiatric Nursing. 2011;2 (2):61-8.

EKLER

EK 1. Anket Formu

ERZURUM İL MERKEZİNDE GÖREV YAPAN HEKİMLERDE YAŞAM KALİTESİ, ALGILANAN STRES DÜZEYİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Değerli meslektaşım,

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

Dr. Ercan ÖZYILDIRIM

Anket Numarası: ……

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1- Yaşınız: ……

2- Cinsiyetiniz: 1- Erkek 2- Kadın

3- Boyunuz? …….

4-Kilonuz?…….

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

1- Evli (…….yıl) 2- Bekâr 3- Dul / Boşanmış

6- Eşiniz çalışıyor mu?

1- Evet (Mesleği …….....) 2- Hayır

7- Çocuğunuz var mı?

1- Evet (Sayısı .....……) 2- Hayır

8- Şu anki unvanınız?

1- Pratisyen 2-Araştırma görevlisi 3-Uzman 4-Öğretim üyesi(……)

9- Çalışma alanınız nedir? **(Pratisyen hekimler 10.Soruya geçecektir)**

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

10- Çalıştığınız iş yeri?

1- Aile Sağlığı Merkezi
2- Toplum Sağlığı Merkezi
3- Devlet hastanesi
4- Bölge Araştırma hastanesi
5- Özel hastane/poliklinik
6- Üniversite

11- Meslekteki toplam çalışma süreniz: …….ay ……..yıl

12- Şu anki kurumda çalışma süreniz ……ay ……,,….yıl

13- Nöbet tutuyor musunuz?

1- Evet …….. gün/ay 2-Hayır

14- Yöneticilik göreviniz var mı?

1- Evet 2- Hayır

15- Hekimlik mesleğini seçmeniz konusundaki düşünceleriniz:

1- Doğru seçim yaptığımı düşünüyorum.

2- Bazen yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum.

3- Yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum.

16- Ailenizin şu andaki toplam aylık geliri ne kadardır?

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

17-Ailenize ait eviniz var mı?

1- Var 2-Yok

18-Ailenize ait arabanız var mı?

1- Var 2-Yok

19- Ailenizle birlikte yeterli vakit geçirebiliyor musunuz?

1- Evet 2-Hayır

20-Aile içi ilişkilerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

1- Kötü 2-Orta 3-İyi

21- Sigara içiyor musunuz?

1- Halen içiyorum 2-Bıraktım 3-Hiç içmedim

22-Halen sigara içenler cevaplayacak!

1- Kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz? ……

2- Kaç adet: ……./gün

23-Alkol kullanıyor musunuz?

1- Evet 2-Hayır

24- Düzenli olarak spor yapar mısınız?

1- Evet 2-Hayır

25- Son 2 haftadır, bir hastalık geçirdiniz mi?

1- Evet 2-Hayır

26- Kronik bir hastalığınız var mı?

1- Evet (tanı: ……..) 2- Hayır

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

1- Var 2- Yok

28-Şu anda yakın ilişkide bulunduğunuz şahıslardan psikiyatrik tedavi alan var mı?

1- Var 2- Yok

WHOQOL-BREF(TR)

Türkçe Ulusal Kısa Sürüm

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Algılanan Stres Ölçeği

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

	HİÇ	NEREDEYSE HİÇ	BAZEN	SIKÇA	ÇOK SIK
1. Son bir ay içinde, beklenmedik şekilde gerçekleşen olaylardan dolayı ne sıklıkta üzüldünüz?					
2. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi hissettiniz?					
3. Son bir ay içinde kendinizi ne sıklıkta, gergin ve stresli hissettiniz?					
4. Son bir ay içinde, yaşamınızdaki can sıkıcı durumlarla ne sıklıkta başarılı bir biçimde baş ettiniz?					
5. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızda meydana gelen önemli değişikliklerle etkili bir biçimde başa çıktığınızı hissettiniz?					
6. Son bir ay içinde ne sıklıkta, kişisel sorunlarınızla baş etme yeteneğinizden emin oldunuz?					
7. Son bir ay içinde ne sıklıkta, işlerin istediğiniz gibi gittiğini hissettiniz?					
8. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yapmak zorunda olduğunuz her şeyin üstesinden gelemeyeceğinizi düşündünüz?					
9. Son bir ay içinde yaşamınızdaki rahatsız edici olayları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki olaylara hâkim olduğunuzu hissettiniz?					
11. Son bir ay içinde, kontrolünüz dışında gerçekleşen şeylerden dolayı ne sıklıkta öfkelendiniz?					
12. Son bir ay içinde ne sıklıkta, üstesinden gelmek zorunda olduğunuz şeyler üzerinde düşündünüz?					
13. Zamanınızı nasıl geçirdiğinizi son bir ay içinde ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
14. Son bir ay içinde ne sıklıkta, güçlüklerin, üstesinden gelemeyeceğiniz kadar çoğaldığını hissettiniz?					

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

HALK SAĞLIĞI
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

ERZURUM İL MERKEZİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERDE YAŞAM KALİTESİ, ALGILANAN STRES DÜZEYİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Dr. Ercan ÖZYILDIRIM

Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi : 08.09.2011
Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi : 06.10.2015
Uzmanlık Sınavı Tarihi : 06.10.2015
Tez Danışmanı :Yrd. Doç. Dr. Zahide KOŞAN
Jüri üyesi : Prof. Dr. Asuman GÜRAKSIN
Jüri üyesi : Yrd. Doç. Dr. Talat EZMECİ

Prof. Dr. Asuman GÜRAKSIN
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

EKİM - 2015
ERZURUM