

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ANKARA'DA PEDIATRİ ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN
ÇALIŞMA YAŞAMI ÖZELLİKLERİ VE İŞLE İLGİLİ YAŞAM
KALİTESİ VE BİLİNÇLİ FARKINDALIK DÜZEYİ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Doç. Dr. Eda KARADAĞ ÖNCEL

**Epidemiyoloji Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ankara
2019**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ANKARA'DA PEDIATRİ ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN
ÇALIŞMA YAŞAMI ÖZELLİKLERİ VE İŞLE İLGİLİ YAŞAM
KALİTESİ VE BİLİNÇLİ FARKINDALIK DÜZEYİ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Doç. Dr. Eda KARADAĞ ÖNCEL

**Epidemiyoloji Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Sibel KIRAN**

**Ankara
2019**

ONAY SAYFASI

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ankara'da Pediatri Araştırma Görevlilerinin Çalışma Yaşamı
Özellikleri ve İşle İlgili Yaşam Kalitesi ve Bilinçli Farkındalık Düzeyi
Değerlendirilmesi

Öğrenci Adı: Eda Karadağ Öncel

Danışman: Doç. Dr. Sibel Kiran

Bu tez çalışması 29/08/2019 tarihinde jürimiz tarafından "Epidemiyoloji Programı"nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Banu Çakır
Hacettepe Üniversitesi TF Halk Sağlığı AD 

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Sibel Kiran
Hacettepe Üniversitesi TF Halk Sağlığı Enstitüsü 

Üye: Prof. Dr. Bahar Güçüz Doğan
Hacettepe Üniversitesi TF Halk Sağlığı AD 

Üye: Prof. Dr. Mine Esin Ocaktan
Ankara Üniversitesi TF Halk Sağlığı AD 

Üye: Prof. Dr. Mutlu Hayran
Hacettepe Üniversitesi TF Preventif Onkoloji AD 

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

18 Eylül 2019


Prof. Dr. Diclehan Orhan
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezimin aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

16/09/2019

Eda KARADAĞ ÖNCEL

¹“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internette paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Doç. Dr. Sibel KIRAN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Doç. Dr. Eda KARADAĞ ÖNCEL

TEŞEKKÜR

Epidemiyoloji Yüksek Lisans eğitimim süresince kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile gelişmemde her türlü yardım ve desteği sağlayan tez danışmanım sayın Doç. Dr. Sibel KIRAN'a saygı ve şükranlarımı sunarım.

Ayrıca, Epidemiyoloji Yüksek Lisans eğitim sürecinde katkıları bulunan ve bilimsel araştırmalara farklı bir bakış açısı geliştirmemi sağlayan başta Prof. Dr. Bahar GÜÇİZ DOĞAN olmak üzere tüm değerli hocalarıma,

Tezimin uygulama aşamasının ilgili hastanelerde yürütülmesindeki katkılarından dolayı Ankara'da pediatri eğitimi verilen hastanelerde görev yapan anabilim dalı başkanlarına, eğitim sorumlularına, veri toplama görevlisi hekim arkadaşlarıma,

Çalışmamın verilerinin istatistiksel olarak değerlendirme aşamalarında yardım ve desteklerini esirgemeyen Sayın Dr. Hande KONŞUK ÜNLÜ'ye,

Her daim yol gösterip, Epidemiyoloji Yüksek Lisansı yapmam için bana ilham veren ve desteğini esirgemeyen çok değerli hocalarım Prof. Dr. Mehmet CEYHAN, Prof. Dr. Ali Bülent CENGİZ ve Prof. Dr. Ateş KARA'ya,

Benden sevgi ve desteğini esirgemeyen, her zaman yanımda olan eşim Doç. Dr. Mehmet Yekta ÖNCEL'e, beni yetiştiren sevgili aileme ve tez döneminde beni anlayışla karşılayan canım kızım Defne'ye tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım.

Doç. Dr. Eda KARADAĞ ÖNCEL

ÖZET

Karadağ Öncel, E., Ankara’da Pediatri Araştırma Görevlilerinin Çalışma Yaşamı Özellikleri ve İşle İlgili Yaşam Kalitesi ve Bilinçli Farkındalık Düzeyi Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Epidemiyoloji Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019. Bilinçli farkındalık yargısız olarak mevcut anın farkındalığı olarak tanımlanır, iyilik hali ve çalışma yaşamı ile arasındaki ilişki son yıllarda farklı boyutları ile incelenmekte ve müdahalelere konu olmaktadır. Türkiye’de pediatri asistanlarında bilinçli farkındalık çalışılmamıştır ve iş ile kişisel yaşam arasındaki etkileşimin karmaşıklığı göz önüne alındığında bu etkileşimin değerlendirilmesi önemlidir. Bu kesitsel araştırmada Ankara'daki pediatri asistanlarının sosyodemografik özellikleri, sağlık durumu, iyilik durumu, işle ilgili yaşam kalitesi ve bilinçli farkındalık durumunun kişisel bildirim dayalı olarak ilgili ölçekler ve değişkenler doğrultusunda hazırlanan anket aracılığı ile araştırılmış ve bu özellikler arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Ankara'da altı üniversite ve dört eğitim ve araştırma hastanesinde eğitimine devam eden tüm pediatri asistanları demografik özellikler, sağlık durumu, iyilik durumu (Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu), iş baskısı (İsveç İş Yükü-Kontrolü-Destek Ölçeği), çalışma yaşamı kalitesi (İşle İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği) ve bilinçli farkındalık (Bilinçli Farkındalık Ölçeği) durumunu ölçen anket formları doldurmak üzere çalışmaya davet edilmiştir. Toplam 486 pediatri asistanından 355'i (tamamlanma yüzdesi 73) anket formlarını tamamlamıştır. Değişkenler içinde cinsiyet (kadın olma), düzenli alkol kullanımı, herhangi bir sağlık yakınması ve kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, gelir yeterliliği puanı düşük, toplam iyilik ve çalışma yaşamı kalitesi düşük olanlarda bilinçli farkındalık puanı daha düşük saptanmıştır. Pearson ve Spearman korelasyon katsayıları bilinçli farkındalık ve toplam iyilik puanı, çalışma yaşamı kalitesi puanı, iş kariyer memnuniyeti puanı ve çalışma koşulları puanları arasında düşük-orta düzeyde pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Bilinçli farkındalık, çalışma yaşamı kalitesi, iş baskısı, iyilik durumu, pediatri asistanı

ABSTRACT

Karadağ Öncel, E., Evaluation of Working Life Characteristics and Working Life Quality and Mindfulness Among Pediatric Residents in Ankara. Hacettepe University Graduate School of Health Science Epidemiology Program Master of Science Thesis, Ankara, 2019. Mindfulness, defined as non-judgmental-present-moment awareness, seems to be a relation between well-being and working life conditions has been examined with different extents and has been the subject of interventions. Mindfulness of pediatric residents has not been studied in Turkey, and given the complexity of interaction between work and personal life there is an importance to assess this interaction. In this cross-sectional study, it is aimed to investigate sociodemographic characteristics, health status, wellbeing, work-related quality of life and mindfulness among pediatric residents working in Ankara with questionnaire prepared in accordance with the related scales and variables based on personal notification, and to evaluate potential relations between these characteristics. Pediatric residents who were continuing education at six universities and four teaching and research hospitals in Ankara were invited to complete a survey assessing demographic characteristics, health status, wellbeing (The Mental Health Continuum Short Form), work strain (Swedish Demand-Control-Support Questionnaire), working life quality (Work Related Quality of Life Scale), and mindfulness (Mindful Attention Awareness Scale). Of the 486 pediatric residents, 355 of them completed the survey forms (completion 73%). In the study, gender (females), regular alcohol consumption, having health complaints and chronic illness, taking regular medication, low income adequacy score, low well-being score, low working life quality score had a significantly lower mean level of mindfulness score. Pearson's and Spearman's coefficient values indicated low-moderate positive correlation between mindfulness and well-being, working life quality, job and career satisfaction, working conditions scores.

Key Words: Job strain, mindfulness, residency of pediatrics, well-being, working life quality

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN SAYFASI	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiii
ŞEKİLLER	xiv
TABLolar	xv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sağlık Çalışanları	4
2.2. Pediatri Araştırma Görevlileri ve Çalışma Koşulları	4
2.3. Psikososyal Etkenler, İş Baskısı ve Değerlendirilmesi	8
2.4. İyi Olma Kavramı (Well-being) ve Değerlendirilmesi	13
2.5. Çalışma Yaşamı Kalitesi	16
2.6. Bilinçli Farkındalık Kavramı ve Değerlendirilmesi	22
3. GEREÇ ve YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Tipi	28
3.2. Araştırmanın Zamanı ve Yeri	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Dışlama Kriterleri	33

3.5. Araştırmanın Değişkenleri	33
3.5.1. Bağımsız Değişkenler	33
3.5.2. Bağımlı Değişken	34
3.6. Tanım ve Ölçütler	34
3.6.1. Bağımsız Değişkenlerle İlgili Tanım ve Ölçütler	34
3.6.2. Bağımlı Değişken ile İlgili Tanım ve Ölçütler	48
3.7. Veri Araçlarının Denenmesi, Pilot Uygulama ve Kalite Kontrol	48
3.8. Araştırmanın İnsan Gücü	49
3.9. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Elde Edilmesi	49
3.10. Etik Konular ve Kurumsal İzinler	50
3.11. Çıkar Çatışması/Çakışması	51
3.12. Araştırma Bütçesi	51
3.13. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analiz	51
4. BULGULAR	53
4.1. Araştırmanın Akış Şeması, Ulaşılabilirlik ve Tamamlanabilme Yüzdeleri	53
4.2. Tanımlayıcı Bulgular	54
4.2.1. Çalışanların Bazı Sosyodemografik Özellikleri ile İlgili Tanımlayıcı Bulguları	54
4.2.2. Çalışanların Sağlık Durumu ile İlgili Tanımlayıcı Bulguları	57
4.2.3. Çalışanların Çalışma Yaşamı Özellikleri ile İlgili Tanımlayıcı Bulguları	59
4.2.4. Çalışanların Çalışma Yaşamı Kalitesi ile İlgili Tanımlayıcı Bulguları	68
4.2.5. Çalışanların Bilinçli Farkındalık Durumu ile İlgili Tanımlayıcı Bulgular	74
4.3. Bağımlı Değişken ile Karşılaştırmalı Bulgular	74

4.3.1. Çalışanların Bazı Sosyodemografik Özellikleri ve Alışkanlıklarına Göre Bilinçli Farkındalık Durumlarının İncelenmesi	74
4.3.2. Çalışanların Bazı Sağlık Durumu Değişkenlerine Göre Bilinçli Farkındalık Durumlarının İncelenmesi	76
4.3.3. Çalışanların Bazı Çalışma Yaşamı Özelliklerine Göre Bilinçli Farkındalık Durumlarının İncelenmesi	77
4.3.4. Bilinçli Farkındalık Puanı ile Diğer Ölçeklerden Elde Edilen Puanların Korelasyon Analizi	78
5. TARTIŞMA	82
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	99
6.1. Sonuçlar	99
6.2. Öneriler	103
7. KAYNAKLAR	105
8. EKLER	118
EK-1: Tez Çalışması ile İlgili Etik Kurul İzini	
EK-2: Tez Çalışması Orijinallik Raporu	
EK-3: Ruh Sağlığı Sürekliliği Formu	
EK-4: Psikososyal Etkenler Bilgi Formu	
EK-5: İşle İlgili Yaşam Kalitesi Formu	
EK-6: Bilinçli Farkındalık Ölçeği	
EK 7: Sosyodemografik Özellikler Formu	
EK-8: Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumlardan Alınan İzinler	
EK-9: Erişime Açık Olmayan Anketler İçin Alınan İzinler	
EK-10: Katılımcıların Ruh Sağlığı Sürekliliği Formu'ndaki Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı	
EK-11: Katılımcıların Psikososyal Etkenler Bilgi Formu'ndaki Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı	

EK-12: Katılımcıların İşle İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde Önermelere
Verdikleri Yanıtların Dağılımı

9. ÖZGEÇMİŞ

142

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAP	Amerikan Pediatri Akademisi
ANOVA	Tek Yönlü Varyans Analizi (Analysis of variance)
BİFÖ	Bilinçli Farkındalık Ölçeği
ÇYK	Çalışma Yaşamı Kalitesi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EAH	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
EQ	Avrupa Yaşam Kalitesi (EuroQol, European Quality of Life)
GATA	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
ILO	Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization)
İİYKÖ	İşle İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği
KVH	Kardiyovasküler Hastalık
RSS-KF	Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu
TUK	Tıpta Uzmanlık Kurulu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
VKI	Vücut Kütle İndeksi
WHOQoL	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (The World Health Organization Quality of Life)
WRQoL	İşle İlgili Yaşam Kalitesi (Work Related Quality of Life)

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
4.1	Araştırmanın akış şeması	53
4.2	İsveç işyükü iş kontrolü ölçeği alt boyutları ile ilişkili değişkenlerin şemasal gösterimi	68
4.3	Bilinçli farkındalık puanı ile ilgili olası değişken ilişkileri	81

TABLOLAR

Tablo		Sayfa
1.1	Walton kriterlerine göre çalışma yaşamı kalitesinin özellikleri	21
3.1	Araştırmanın iş-zaman çizelgesi	28
3.2	Sosyodemografik özellikler ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçütleri, değişkenin kaynağı ve veri tipi, (2016)	36
3.3	Sağlık durumu ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçütleri, değişkenin kaynağı ve veri tipi, (2016)	37
3.4	İyilik durumu ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçütleri, değişkenin kaynağı ve veri tipi, (Ankara, 2016)	39
3.5	Çalışma yaşamı özellikleri ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçütleri, değişkenin kaynağı ve veri tipi, (2016)	41
3.6	İş kazası geçirme öyküsü ile ilgili tanım ve ölçütler, değişkenin kaynağı ve veri tipi, (2016)	42
3.7	İşin psikososyal özellikleri ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçütleri, değişkenin kaynağı ve veri tipi, (2016)	44
3.8	Çalışma yaşamı kalitesi ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçütleri, değişkenin kaynağı ve veri tipi, (2016)	47
3.9	Bağımlı değişken ile ilgili tanım ve ölçütler, değişkenin kaynağı ve veri tipi, (2016)	48
4.1.	Araştırma evreninde yer alan merkezlere göre ulaşılabilirlik dağılımı, (2016)	54
4.2	Pediyatri uzmanlık öğrencilerinin bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı, (2016)	55
4.3	Pediyatri uzmanlık öğrencilerinin yaş, vücut kütle indeksi, uyku saati ve uyku kalitesi puanı değişkenlerinin ortalama ve yaygınlık ölçütleri, (2016)	56
4.4	Pediyatri uzmanlık öğrencilerinin vücut kütle indeksi sonuçlarına göre kategorizasyonu, (2016)	56
4.5	Pediyatri uzmanlık öğrencilerinin bazı alışkanlıkları ile ilgili bulguların dağılımları, (2016)	57

4.6	Pediatric uzmanlık öğrencilerinin doktor tarafından tanısı konulmuş hastalıkları, sağlık yakınmaları ve kullandıkları ilaçların dağılımı, (2016)	58
4.7	Toplam iyilik puanı ve alt boyut puanlarının dağılımı	59
4.8	Pediatric uzmanlık öğrencilerinin bazı çalışma yaşamı özelliklerinin dağılımı, (2016)	60
4.9	Pediatric uzmanlık öğrencilerinin çalışma yaşamı özellikleri ile ilgili bazı değişkenlere ait ortalamalar ve yaygınlık ölçütleri, (2016)	60
4.10	Pediatric uzmanlık öğrencilerinin iş geliri ve algısı ile ilgili değişkenlere ait ortalamalar ve yaygınlık ölçütleri, (2016)	61
4.11	Pediatric uzmanlık öğrencilerinin son altı ayda geçirdikleri iş kazalarının dağılımı, (2016)	61
4.12	Pediatric uzmanlık öğrencilerinin işin psikososyal özelliklerine ait puan ortalamaları ve yaygınlık ölçütleri, (2016)	62
4.13	Pediatric uzmanlık öğrencilerinin bazı sosyodemografik özelliklerine göre işle ilgili psikososyal durum puanları ortalamalarının karşılaştırılması, (2016)	63
4.14	Pediatric uzmanlık öğrencilerinin bazı alışkanlıklarına ve uyku puanına göre işle ilgili psikososyal durum puanları ortalamalarının karşılaştırılması, (2016)	64
4.15	Pediatric uzmanlık öğrencilerinin bazı sağlık verileri ve iyilik durumu değişkenlerine göre işle ilgili psikososyal durum puanları ortalamalarının karşılaştırılması, (2016)	65
4.16	Pediatric uzmanlık öğrencilerinin çalışma yaşamı özelliklerine göre işle ilgili psikososyal durum puanları ortalamalarının karşılaştırılması, (2016)	67
4.17	Pediatric uzmanlık öğrencilerinin İşle İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin ve alt başlıklarından elde edilen puanlarının dağılımı ve yaygınlık ölçütleri, (2016)	69
4.18	Pediatric uzmanlık öğrencilerinin bazı sosyodemografik özelliklere göre çalışma yaşamı kalitesi puanları ortalamalarının karşılaştırılması, (2016)	70
4.19.	Pediatric uzmanlık öğrencilerinin bazı alışkanlıklarına ve uyku puanına göre çalışma yaşamı kalitesi puanları ortalamalarının karşılaştırılması, (2016)	71

4.20	Pediatri uzmanlık öğrencilerinin bazı sağlık durumu değişkenleri ve iyilik durumuna göre çalışma yaşamı kalitesi puanları ortalamalarının karşılaştırılması, (2016)	72
4.21	Pediatri uzmanlık öğrencilerinin çalışma yaşamındaki bazı değişkenlere göre çalışma yaşamı kalitesi puanları ortalamalarının karşılaştırılması, (2016)	73
4.22	Pediatri uzmanlık öğrencilerinin gelir algısına göre çalışma yaşamı kalitesi puanları ortalamalarının karşılaştırılması, (2016)	74
4.23	Pediatri uzmanlık öğrencilerinin Bilinçli Farkındalık Ölçeği'ndeki önermelere verdikleri yanıtların dağılımı, (2016)	75
4.24	Pediatri uzmanlık öğrencilerinin bazı sosyodemografik özellikler ve alışkanlıklara göre bilinçli farkındalık puanı ortalamalarının karşılaştırılması, (2016)	76
4.25	Pediatri uzmanlık öğrencilerinin bazı sağlık durumu özelliklerine göre bilinçli farkındalık puanı ortalamaları karşılaştırılması, (2016)	77
4.26	Pediatri uzmanlık öğrencilerinin bazı çalışma yaşamı özelliklerine göre bilinçli farkındalık puanı ortalamalarının karşılaştırılması, (2016)	78
4.27	Bilinçli Farkındalık Ölçeği'nden elde edilen puanın toplam iyilik puanı, psikososyal etkenler puanı ve işle ilgili yaşam kalitesi puanları ile korelasyonunun değerlendirilmesi, (2016)	79
4.28	Ölçeklerden elde edilen puan gruplarına göre bilinçli farkındalık puan ortalamalarının karşılaştırılması (2016)	80

1. GİRİŞ

Sağlık çalışanları toplumda sağlığı koruma ve geliştirmenin temelidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), birincil amacı iyi sağlığın sürdürülmesi olan ve bunun için çaba gösteren eylemlerde bulunan insanların tamamını sağlık çalışanı olarak kabul etmektedir (1). Hekimler sağlık sisteminin işleyişinde kritik role sahiptir. Türkiye nüfusunun yaklaşık yarısının 0-18 yaş arasında olduğu göz önüne alındığında, pediatri hekimleri sağlık çalışanları arasında özellikli önemdedir. Çocuk sağlığına ek olarak ebeveyn-çocuk-hekim iletişimi unsuru ile çalışma yaşamında ve hizmetin işlerliğinde pediatri hekimliği diğer tıp alanlarından farklılaşabilmektedir. “Araştırma görevlisi”, “uzmanlık öğrencisi doktor” diğer adıyla da “asistan hekimler” uzmanlık ana veya yan dallarından birinde uzman olarak yetiştirilmek amacıyla, öğrenim, eğitim, araştırma ve uygulama yapmak üzere atanan tıp doktorlarına verilen isimdir (2). Tıp eğitimi tarihsel gelişimi boyunca daha çok usta-çırak ilişkisi ile hiyerarşik bir düzende verilmektedir. Günümüzde tıpta uzmanlık komisyonu çalışmaları ve uluslararası standardizasyon ve akreditasyon doğrultusunda yapılandırılmış eğitimler devam etse de hem usta-çırak ilişkisi hem hiyerarşi sürmektedir (3). Araştırma görevlisi doktorlar, sürecin içinde hem öğrenme hem de hizmetin sürdürülmesinde görev aldıkları için daha uzun çalışma saatleri, sık tutulan nöbetler, bulunan kadro özellikleri ve çalışma saatine göre ücretlendirilmeyen çalışmalar nedeniyle stresi yüksek bir gruptur (4). Araştırma görevlisi doktorlara benzer çalışma koşullarında ve yüksek iş stresi ile çalışanlarda, baş etme ve çalışma yaşamı özelliklerinin iyileştirilmesi konularında farkındalık çalışmalarının önem taşıdığı bildirilmektedir (3, 5).

Stresle baş etme davranışlarının geliştirilmesinde “mindfulness” temelli terapi yaklaşımları bulunmaktadır. Bilinçli-farkındalık (mindfulness) genellikle “bir kişinin dikkatini o anda meydana gelmekte olanlara yargılamadan ve kabullenici bir şekilde odaklaması” olarak tanımlanmaktadır (6-8). Bilinçli-farkındalık, literatürde bireylerin acılarını azaltan, yaşamın zengin ve anlamlı boyutlarını görünür kılan deneyimlere (yaşantı) karşı gösterilen belirli bir tutum veya yaşamla ilişki içinde olmaya dönük bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (8). Bunun, her an yaşananların farkında olunması ve zihnin gereksiz kaygılar yaratabildiğini algılamaya dönük iç

görü kazandırabildiği belirtilmektedir. Kaygıların yaşantıları andan kopararak, yaşantıya ait süreci ve baş etme sürecini bozduğu vurgulanmaktadır (6, 9-13).

Bilinçli farkındalık düzeyinin değerlendirilmesi, farkındalığın artırılması için gereksinimi ortaya koyan temel basamaktır. Farkındalığın artırılması kişilerin hem çalışma hayatlarında işle ilgili riskler, durum değerlendirme ve korunma önlemleri konusunda görüş ve değerlendirme kapasitesi sağlayacak, hem de ekip çalışması, çatışma çözümü konularında gelişime olanak tanıyabilecektir. Çalışanın çalışma yaşamı özellikleri ile baş etmesinin ve mutlu ve verimli çalışmasına dönük temel unsurları algılaması, çözümlere katılımı ve iş-ev çatışmasının azaltılması, iş-ev rolleri uyumu ile yaşam bütünselliğini daha zengin kılacağı bildirilmektedir (9).

Bilinçli farkındalığın sağlık alanında birçok olumlu katkısı bilimsel olarak gösterilmiştir (7). Aslında bu etkinin daha az reaktif otonom sinir sisteminden (daha az stres hissetmek) geldiği görülmüştür. Sağlık çalışanlarında sıklıkla rastlanan kronik stres durumunun çeşitli çalışmalarda bozulmuş bağışıklık sistemi fonksiyonlarına, inflamasyona, kardiyovasküler risk faktörlerinde artışa ve depresyona neden olduğu gösterilmiştir (14, 15). Son yıllarda asistan hekimlerin sağlık ve iyilik durumlarının iyileştirilmesi ve stresin azaltılması için çeşitli öneriler geliştirilmektedir (3, 16, 17). Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) tüm üyeleri için sağlık ve iyilik durumları ile ilgili ulaşılabilir bir eğitim programı sağlamak için özel bir grup oluşturmuştur. Bu grup 2011 yılından itibaren 'Bütünleyici Tıp Bölümü' (Integrative Medicine) adı altında beslenme, fiziksel aktivite, sağlıklı uyku, stres yönetimi ve kişisel gelişim becerileri gibi temel konuları içeren koruyucu sağlık hizmetleri sunmaktadır (3). Sonuç olarak sağlık çalışanlarında stresin azaltılması amacıyla çeşitli "yaşam biçimi geliştirilmesi" yaklaşımları önerilmektedir. Bunlardan biri de bilinçli farkındalıktır. Farklı sağlık çalışanı gruplarında bilinçli farkındalık eğitimi ile stresin azaldığı, mental iyilik durumunun, empati yeteneğinin ve kişiler arasındaki iletişim becerilerinin arttığı saptanmıştır (17, 18).

Bu kesitsel analitik çalışmada;

Ankara merkezinde araştırma döneminde pediatri uzmanlık öğrencisi olarak çalışanların;

- Bazı sosyodemografik özelliklerinin tanımlanması
- Sigara ve alkol kullanımı gibi alışkanlıklarının tanımlanması
- Sağlık durumu ile ilgili özelliklerinin tanımlanması
- Çalışma yaşamı ile ilgili özelliklerin ve kişisel özelliklere göre dağılımının tanımlanması
- Bilinçli farkındalık durumlarının tanımlanması
- Bağımsız değişken ilişkilerinin incelenmesi
- Bazı kişisel, sağlık, çalışma yaşamı özellikleri ile bilinçli farkındalık puanı arasındaki ilişkilerin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Çalışanları

DSÖ'ne göre sağlık çalışanı “toplumun sağlığını iyileştirme, koruma ve geliştirme işiyle uğraşan tüm insanlar” olarak tanımlanmıştır (1). Bu açıdan bakıldığında ve tanım genişletildiğinde “hasta bir çocuğu iyileştirmeye çalışan anne veya sağlık işgücünde çalışan bakıcılar da” sağlık çalışanı olarak kabul edilebilmektedir (1). Türkiye’de sağlık personeli-T.C. Sağlık Bakanlığı’nca 22.05.2014 tarih ve 29007 no.lu Resmi Gazete’de yayınlanan “Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik” ile sağlık çalışanlarının mensup olduğu meslek grubu, iş ve görev tanımları yapılmıştır (19). Buna göre sağlık meslek mensupları; tabip ve uzman tabip, diş tabibi ve uzman diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire, klinik psikolog, fizyoterapist, fizyoterapi teknikeri, odyolog, odyometri teknikeri, diyetisyen, dil ve konuşma terapisti, podolog, sağlık fizikçisi, radyoterapi teknikeri, anestezi teknisyeni/teknikeri, tıbbi laboratuvar teknisyeni, tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri, tıbbi görüntüleme teknisyeni/teknikeri, ağız ve diş sağlığı teknikeri, diş protez teknikeri, tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri, ameliyathane teknikeri, adli tıp teknikeri, diyaliz teknikeri, perfüzyonist, eczane teknikeri, iş ve uğraşı terapisti (ergoterapist), iş ve uğraşı teknikeri (ergoterapi teknikeri), elektronörofizyoloji teknikeri, mamografi teknikeri, optisyen, acil tıp teknikeri, acil tıp teknisyeni, hemşire yardımcısı, ebe yardımcısı, sağlık bakım teknisyenidir. Aynı yönetmelikte diğer meslek mensupları olarak; psikolog, biyolog, çocuk gelişimcisi, sosyal çalışmacı/sosyal hizmet uzmanı, sağlık eğitimcisi/tıbbi teknolog, sağlık idarecisi, çevre sağlığı teknisyeni/teknikeri, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri, tıbbi sekreter ve biyomedikal cihaz teknikeri sayılmıştır (19).

2.2. Pediatri Araştırma Görevlileri ve Çalışma Koşulları

Sağlık işgücü verilerinin yer aldığı ‘Global Atlas of the Health Workforce’a göre tüm dünyada 9 milyonun üzerinde hekim görev yapmaktadır. Sağlık

çalışanlarının tamamı göz önünde bulundurulduğunda bu sayı 60 milyonu geçmektedir (20).

Türkiye’de lise eğitimi bittikten sonra üniversite giriş sınavında Tıp Fakültesi’ni kazanan öğrenciler 6 yıllık bir tıp eğitiminin ardından pratisyen hekim olmaya hak kazanırlar. Pratisyen hekimler istedikleri takdirde “Tıpta Uzmanlık Sınavı”na girebilir ve tercihleri doğrultusunda uygun olan kontenjanlara yerleştirilirler ve yerleştikleri uzmanlık alanında eğitim görürler. Bu eğitim Sağlık Bakanlığı Araştırma Hastaneleri, Tıp Fakültesi Hastaneleri ve Vakıf Üniversiteleri Hastanelerinde verilmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu’na (TÜİK) göre ülkemizde toplam 135.616 hekim görev yapmaktadır ve bunların 75251’ini uzman hekimler, 21.320’sini asistan hekimler oluşturmaktadır (21). 2010 yılında yayınlanan Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan gücü Durum Raporu’na göre tüm hekimlerin yaklaşık %16’sını pediatri uzmanları oluşturmaktadır (22). Bu pediatri uzmanlarının büyük kısmı T.C. Sağlık Bakanlığı’na bağlı bulunan hastanelerde, daha az kısmı özel hastane ve üniversite hastanelerinde görev yapmaktadır. Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği Sağlık İnsan Gücü Raporu’na göre Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği’ne bağlı olarak çalışan toplam 8201 ana dal asistan hekiminin 940’ı pediatri alanında görev yapmaktadır (23).

Sağlıklı yeni nesillerin yetişmesi amacıyla pediatri uzmanlık eğitiminin standart hale getirilmiş, çağdaş, uygulanabilir ve donanımlı eğitim programının oluşturulmasına ihtiyaç duyularak 2013 yılında Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) tarafından Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı yayınlanmış ve 2017 yılında güncellenmiştir (24). Bu kılavuz ile hedef, tüm pediatri eğitimi veren merkezlerde verilen eğitimin ve yapılan uygulamaların standardize edilmesidir. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları eğitimi bilinçli farkındalık gerektiren oldukça yoğun bir eğitim sürecidir. Bu yoğun eğitim sürecine rağmen çekirdek eğitimde sağlık çalışanı sağlığı ve çalışma yaşamında iyileştirilmesi ile ilgili bir başlık bulunmamaktadır. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi sürecinde farkındalıkların oluşması ve riskli durumların belirlenmesi gibi çalışan sağlığını etkileyen düzenlemelerin yapılması sağlık çalışanlarının sağlığına, ekip dinamiklerinin doğru bir biçimde düzenlenmesine ve sağlık çalışanlarının iş görev ve

sorumluluklarını daha iyi bir şekilde yaşama geçirmelerine ve bu süreçte stresle baş etmelerine katkı sağlayacaktır.

Toplam dört yıllık eğitim süresince bu müfredata göre bir pediatri araştırma görevlisinin mezuniyet sonrası aşağıda bulunan genel amaçları yerine getirebilmesi hedeflenmektedir (25, 26):

- “1.Toplumsal çocuk sağlığı göstergelerini bilir ve koruyucu hekimlik yaklaşımına sahip olur.
2. Çocuk haklarını bilir ve toplumda çocuğun savunuculuğunu yapar.
3. Tanı ve tedavi işlemlerinde kaynakları akılcı kullanır.
4. Etik ve hukuksal açıdan çocuk sağlığının temel kavramlarını irdeleyebilecek ve hastayı ve kendini koruyabilecek bilgiye sahip olur.
5. Soruna yönelik yaklaşım yapar, tedavi planlayabilir, öncelik ve önemlilikleri sıraya koyabilir.
6. Toplumda sık görülen çocukluk çağı hastalıklarının oluşum mekanizmalarını bilir, tanı ve tedavi yaklaşımını düzenler.
7. Sık kullanılan ilaçların yaşa göre dozlarını, etki ve yan etkilerini bilir.
8. Hastaneye yatış endikasyonlarını, hastayı yönlendirmeyi ve hasta nakil kurallarını bilir.
9. Hasta ve hasta yakını ile duyarlı ve iletişim kurar, aileyi bilgilendirme becerisini kazanır.
10. Soruna yönelik ayrıntılı ayrıntılı öykü alır, fizik muayene yapar, bulgularını değerlendirir, sentezleme, sunabilme ve epikriz/çıkış özeti yazabilme yeteneğine sahip olur.
11. Ekip çalışması becerisi geliştirir.
12. Araştırma yöntemleri ve bilimsel makale değerlendirme bilgi ve becerisine ulaşır.
13. Sürekli mesleki gelişim becerilerini kazanır” (25, 26).

Bu hedefler ışığında pediatri araştırma görevlilerinden temel ve klinik yetkinlikleri eş zamanlı ve uygun şekilde kullanarak uygulaması beklenmektedir. Bu yetkinliklerin kazanılabilmesi için öğrenme ve öğretim yöntemleri bu müfredata göre Yapılandırılmış Eğitim Etkinlikleri, Uygulamalı Eğitim Etkinlikleri ve

Bağımsız ve Keşfederek Öğrenme Etkinlikleri olarak üç grupta sınıflandırılmıştır. Yapılandırılmış Eğitim Etkinlikleri içinde sunum, seminer, olgu tartışması, makale tartışması, dosya tartışması, konsey, kurs yer almaktadır. Uygulamalı Eğitim Etkinlikleri yatan ve ayaktan hasta bakımı ile ilgilidir. Yatan hasta bakımında vizitler, nöbetler, girişim ve ameliyatlarda edinilen tecrübelerin günlük hayatta uygulamaya geçirilmesi beklenmektedir. Bağımsız ve Keşfederek Öğrenme Etkinlikleri ise yatan hasta takibinin yapılması, ayaktan hasta/materyal takibi, akran öğrenmesi, literatür okuma, araştırma ve öğretmedir. Bütün bu maddelerin yerine getirilmesini kapsayan eğitim sürecinin yoğunluğunun yanında insan fizyolojisini zorlayan iş yükü, çalışma saatlerinin uzunluğu, nöbet sayılarının fazlalığı, asistan sayısının yetersiz olması, eski yıllara göre hekimlik mesleğinde saygınlığın yitirilmesi, ücretteki yetersizlik, çalışma ortamındaki fiziksel yetersizlikler, yardımcı personel azlığı, merkezler arasında hem eğitim hem uygulama hem de teknik alt yapı olanakları açısından eşitsizlik olması gibi nedenler uzmanlık eğitimi sürecini daha zor kılmaktadır (25, 26). Bu sorunların yanında mesleğin insan hayatı odaklı olması, insan hayatı ile ilgili kararların ciddi sonuçları ile yüz yüze kalmak ve sürekli olarak hata yapma endişesi de çalışma koşullarını daha ağır hale getirmektedir. Hizmet gerekenin çocuk olması, öykü almadaki zorluklar, ebeveyn iletişimi ve çocuktaki belirti işaretleri ayırt etmede farkındalıklarının yüksek olması çocuklara tanı konulması ve izlemde önemli farklar yaratabilmektedir.

“Nöbet” çalışması, resmi olarak kabul edilen çalışma günleri (Pazartesi, Salı, Çarşamba, Perşembe, Cuma) ve çalışma saatleri (08.00- 17.00 / 07.00–16.00) dışında yer alan çalışma gün ve saatlerinde görev yapma durumu olarak tanımlanmaktadır (19). İdeal sağlıklı yaşam için gündüz aktif yaşamak ve gece uyuyarak vücudun dinlenmesi ve yenilemesinin sağlanması gereklidir. Uykunun erişkin çalışmalarında bedensel dinlenmeyi, hücre yenilenmesini ve organizmanın onarımını sağladığı ve hafızanın tazelenmesi ve öğrenme sürecinin hızlandırılmasında rol oynadığı da belirtilmektedir (27). Ancak nöbet tutan kişilerde normal uyku döngüleri bozulur ve bu da istenmeyen etkilere neden olabilir. Yapılan çalışmalarda asistan hekimlerin çalışma koşullarını en fazla etkileyen nedenlerden birinin nöbet tutma olduğu gösterilmiş, bu çalışmalarda asistan hekimler nöbet sayılarının kabul edilebilir düzeylerin üzerinde olduğunu belirtmişlerdir (25, 28). Ayrıca nöbet tutuyor olmanın

iş memnuniyetini de azaltan bir faktör olduğu gösterilmiştir (28, 29). Bununla birlikte asistan hekimlerin hastaların bakımında da yetkinlik kazanması için nöbet tutmaları TUK tarafından gerekli görülmektedir. Ancak bu konuda da güncellemeler yapılmıştır. Eğitim verilen merkezlere göre değişmekle birlikte geçmiş yıllarda asistan hekimler çalışma yaşamlarının ilk yılında genellikle ayda 14 nöbet (günaşırı nöbet) tutmakta iken, 26.04.2014 tarihinde Resmî Gazete’de çıkan Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği ile nöbet sayısı üç günde birden daha sık olmayacak şekilde düzenlenmiştir (30). Günümüzde asistan hekimler genellikle ilk yıl ayda 10 nöbet tutarak çalışma yaşamlarına başlamakta ve dört yıllık eğitim süresi içinde nöbet sayısı azalmakla birlikte asistanlar mezuniyete dek aralıklı olsa da nöbet tutmaya devam etmektedir.

2.3. Psikososyal Etkenler, İş Baskısı ve Değerlendirilmesi

Hekim yetkinliklerini tam anlamıyla uygulayabilmek için hekimin çalışma yaşamındaki sağlık ve çalışanın iyilik durumu çok önemlidir. Çalışma yaşamında sağlığı etkileyen işle ilgili etmenler içinde stres en önemlilerinden biridir (31). Stresin sağlık etkileri, işe devamsızlık, üretime etkileri yapılan çalışmalarda giderek artan biçimde gösterilmekte, etkileşimler ve nedensel ilişkiler ortaya konulmaya çalışılmaktadır. Stres, çalışma yaşamında “çalışana uygunluk” ilkesiyle birebir örtüşerek işin çalışana göre yeniden düzenlenmesi gerekliliklerini ön plana çıkarmakta ve diğer bütün iş sağlığı ile ilgili maruz kalım konularıyla ilişkilendirilebilmektedir. Bu durum konunun çok boyutlu ele alınması ve doğru etkileşimlerin ortaya konulmasına yardımcı olmak üzere araştırılması gereğini gündeme taşımıştır. Bütün çalışma yaşamı öğelerinden etkilenen bir durum olan stres, istenmeyen duyguları kontrol edilemeyen biçimde harekete geçiren, dengesizlik ve çaresizlikle karakterize edilen bir durumdur (31). Her meslek dalında olduğu gibi hekimler de çalışma yaşamları boyunca, sağlıklarını etkileyebilecek seviyede stres ile karşılaşmaktadırlar.

Stres, “algılanan talepler ile kaynakların ve bu taleplerle bireylerin başa çıkabilme kapasitesinin arasındaki dengesizliğin neden olduğu zararlı fiziksel ve duygusal yanıt” olarak tanımlanır. İşle ilgili stres, kişiyi normal fonksiyonlarından

uzaklaştıran, psikolojik ve/veya fiziksel özelliklerini değiştiren, işle ilgili faktörlerin sonucunda oluşan psikolojik bir durum veya işin gerekleri ile çalışanın yetenekleri, kaynakları ya da gereksinimleri arasında uyumsuzluk olduğunda ortaya çıkan, zararlı fiziksel ve duygusal cevaplar olarak tanımlanabilir. Strese neden olabilecek işyerine ait faktörlere “psikososyal tehlikeler (riskler)” denir. Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği ajansı, psikososyal riskleri, “işin ekonomik ve sosyal şartlarıyla birlikte, işin tasarlanması, düzenlenmesi ve yönetilmesine bağlı stres düzeyinin artmasına neden olan, fiziksel ve ruh sağlığında zamanla ciddi bozulmalara yol açan riskler” olarak tanımlamaktadır (32).

Küreselleşme, iş stresi etmenlerini özellikle gelişmekte olan ülkelerde daha ağır etkilemektedir. Uluslararası düzeyde artmış ekonomik geçiş, yabancı sermaye ve çok uluslu sektörel üretim, işlemler ve süreçlerin yaygınlaşması kapsamında incelendiğinde, ulusal düzeylerde, küçük ölçekli ve bağımsız işletmelerin çalışma koşullarının olumsuzluğu ve denetim sorunları, esnek üretim, esnek endüstri ilişkileri, esnek sözleşmeler, eşitsizlikler ve düşük gelir yanında çalışma yaşamında ortaya çıkan değişim gereksinimleri ele alınmaktadır. Özellikle geçiş sürecine bağlı ihtiyaç duyulan yeni teknolojiye uyum, ilgili teknoloji transferi ve işlemlere ait yetersiz eğitim, yüksek iş hızı ve iş güvencesizliği, uzun ve düzensiz çalışma saatleri, yeni teknoloji ile gelen yeni iş riskleri, düşük iş kontrolü ve yüksek iş gereklilikleri, düşük ücret ve sosyal destek yapısındaki değişimler, geçiş sürecine ait yetersiz yapılandırma ek stres kaynakları olarak ele alınmaktadır (33). Küreselleşme ile gelişmekte olan ülkelerde: yeni becerileri öğrenme gereksiniminde artma, yeni çalışma biçimlerine uyum zorlukları, yüksek üretim baskısı, zaman baskısı olan telaşlı işlerde artma, yüksek rekabet, iş güvencesizliğinde artma, ödemelerde azalma, iş arkadaşlarıyla geçirilen zamanda ve sosyalleşmede azalma sonucu, stres kaynaklarının yönetimi de zorlaşmaktadır.

Stresin sağlık üzerine etkisi kişinin verdiği yanıtı göre değişmektedir; bununla birlikte yüksek stres düzeyleri, yorgunluk, tükenmişlik, kaygı ve depresyon gibi zihinsel ve davranışsal bozuklukların yanı sıra kardiyovasküler hastalık ve kas-iskelet sistemi gibi sağlık ilişkili bozuklukların ortaya çıkmasına katkıda bulunabilir. Artan alkol ve uyuşturucu kullanımı, sigara, sağlıksız diyet, yetersiz uyku gibi

durumlar da iş yeri kazalarını ve bulaşıcı olmayan hastalıkların artışına neden olmaktadır.

Bazı çalışmalar, stresli çalışma koşullarının, sağlık risklerini artırabilecek zararlı yaşam tarzı davranışına doğrudan katkıda bulunarak çalışanların iyilik durumunu etkileyebileceğini ortaya koymuştur. Mevcut kanıtlar psikososyal risklerin (iş güvencesizliği, düşük kontrol, yüksek talep, emek-ödül dengesizliği), ve işle ilişkili stresin yüksek alkol tüketimi, fazla kilo, düşük egzersiz sıklığı, artmış sigara tüketimi ve uyku bozuklukları gibi sağlık-ilişkili riskli davranışları artırdığını göstermektedir (34). Kadın ve erkeklerde psikososyal risklere maruz kalımın sigara tüketimi üzerine farklı etkileri bulunmuştur; yüksek iş stresi, iş baskısı ve çalışma saatlerinin fazla olması sigara tüketimini artırırken, kadınlarda sigara kullanımı ile ilişkili psikososyal riskler yüksek talep (hem psikolojik hem de fiziksel) ve emek-ödül dengesizliği olarak tespit edilmiştir (35). İş yeri ilişkili psikososyal faktörlerin iş baskısı etkisinin azaltılması sigara kullanımı, alkol kullanımı, dengesiz beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız yaşam biçimi davranışlarını ve bulaşıcı olmayan hastalıkların sıklığının azaltılmasına katkı sağlayacak ve toplumun genel sağlık ve iyilik halini olumlu etkileyecektir. Bazı çalışmalarda uyku bozuklukları ile işle ilişkili psikososyal riskler (iş stresi, yüksek talep, düşük iş kontrolü, düşük sosyal destek, uzun çalışma saatleri, vardiyalı çalışma ve emek-ödül dengesizliği) arasında çift yönlü bir ilişki gösterilmiştir (36, 37).

Kardiyovasküler hastalık (KVH) küresel olarak en sık ölüm nedenlerinden biridir ve yaklaşık olarak 2012 yılında 17,5 milyon ölüme neden olduğu tahmin edilmektedir (yani, tüm ölümlerin yaklaşık olarak 1/3'ü) (38). Koroner arter hastalıklarının sıklığı mesleklere göre değişmektedir ve iş koşullarının bu durumda rol oynadığı düşünülmektedir (39). Genel olarak işyerinde stres yaşayanlarda, yaşamayanlara göre KVH riskinin %50 daha fazla olduğu bildirilmiştir. İşle ilişkili stres ile KVH arasında korelasyon olduğunu bildiren veriler olsa bile, aralarındaki doğrudan ilişkiyi belirten az sayıda veri vardır. Bu çalışmalarda artmış otonom sinir sistemi aktivitesinin (artmış kalp hızı), artmış kan basıncına bağlı artmış hipertansiyon, yüksek katekolamin ve kortizol seviyesi, azalmış fibrinolitik aktivite ve tromboza yatkınlık, sol ventrikül boyutlarında artış gösterilmiştir (40, 41). Çeşitli

kanıt düzeyi yüksek çalışmalarda da psikososyal riskler ile KVH arasında pozitif ilişki bildirilmiştir (41). İlişkili psikososyal risk faktörlerinin iş talepleri, düşük iş kontrolü, düşük destek, emek-ödül dengesizliği, iş güvencesizliği ve iş tatminsizliğidir (42). Uzun çalışma süreleri ve vardiyalı çalışmanın da KVH riskini artırdığı belirtilmiştir (43).

Kas iskelet sistemi bozuklukları, kısmen yüksek prevalansı ve buna bağlı yüksek maliyetleri nedeniyle iş sağlığı ve güvenliği araştırmalarında önemli bir yer tutmaktadır. Bu bozukluklar, ciddi uzun süreli ağrı ve fiziksel engelliliğin en yaygın nedenidir ve dünya üzerindeki yüz milyonlarca insanı etkilemektedir. Bazı araştırmalarda psikososyal risklerin ve işle ilgili stresin bu bozukluklarla ilişkisi araştırılmıştır ve farklı sektörlerde çalışan kişilerle yapılan epidemiyolojik çalışmalarda aralarındaki ilişki tekrar tekrar gösterilmiştir. Genel olarak, kas iskelet sistemi bozukluğu insidansının yüksek iş stres seviyelerinin algılanması, yüksek iş yükü ve talebi, düşük sosyal destek, düşük iş kontrolü, düşük mesleki memnuniyet ve iş monotonluğu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (44). Emek-ödül dengesizliği, meslektaş ve yöneticilerle iletişim problemleri ve iş yerinde şiddetin (özellikle taciz, zorbalık ve yıldırma) de bu bozukluklarla ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (45).

Tükenmişlik, iş durumlarının uzun vadeli etkilerinden kaynaklanan fiziksel, duygusal ve zihinsel yorgunluk hali olarak tanımlanmıştır (46). Tükenmişlik sendromu iş koşulları ve iş yerinde duygusal ve kişiler arası psikososyal risklere kronik maruz kalımlara verilen uzamış bir yanıt olarak açıklanmıştır. Duygusal tükenmenin, kişilere karşı negatif, insanlık dışı ve duyarsız tepkiler içinde olma, kişilik yitimi, işe katılımında azalma, kişisel başarı ve verimde düşüklük ile karakterize özellikleri bildirilmiştir (47). Ayrıca başağrısı, insomnia, uyku ve yeme bozuklukları, yorgunluk ve irritabilite, duygusal dengesizlik ve sosyal ilişkilerde katılık gibi non-spesifik semptomların da literatürde tükenmişlik ile ilişkilendirildiği saptanmıştır (48). Tükenmişlik sendromunun alkolizm, hipertansiyon ve miyokard infarktüsü ile ilişkisi yanında enerji azalması, uyku bozuklukları, nörovejetatif ve fonksiyonel şikayetler olarak vurgulanmıştır (34).

Depresyonun literatürde yaygın görülen bir mental bozukluk olduğu bildirilmiştir (49). DSÖ verilerine göre 2018 yılında dünyada hem kadın hem de

erkeklerde mental özürüllülüğe neden olan ve yaklaşık 350 milyon insanı etkileyen bir bozukluk olarak değerlendirilmiştir (49). Bozulmuş ruh hali, ilgi ve zevklerde azalma, enerji düşüklüğü, suçluluk duygusu veya azalmış öz değer, bozulmuş uyku veya iştah, düşük konsantasyon ile karakterize olup kronik ya da tekrarlayan hale gelebileceği ve günlük işlerin yapılma kapasitesinde önemli bozulmalara neden olabileceği tartışılmıştır (50). Depresyon yakınmaları, sıklıkla gerginlik, endişe ve artmış kan basıncı gibi fiziksel değişiklikler ile karakterize bir kaygı belirtileri ile birlikte ortaya çıkabileceği, anksiyete bozukluğu olan insanlarda da genellikle tekrarlayan müdahaleci düşünceler veya endişeler ve terleme, titreme, baş dönmesi veya taşikardi gibi fiziksel semptomlar olabileceği bildirilmiştir (51). Literatürde depresyon, çalışma yaşamında işgünü kayıplarına, verimlilik ve nitelik açısından kayıplara, kaza hastalık nedeniyle erken ölüme ve kronik kayıplara neden olarak değerlendirilmiştir (51, 52). Yaşlı işçilerde 2004 ve 2006 yıllarında yapılan bir çalışmada; işle ilgili stres yaşayan kişilerde depresyon riskinin maruz kalım süresi, cinsiyet ve çalışılan gruba göre değişmekle birlikte yaklaşık olarak dört kat arttığı saptanmıştır (52).

İş stresinin açıklanmasında farklı modeller kullanılmaktadır (53). En sık kullanılanlarından biri Karasek ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan iş yükü-iş kontrolü modelidir ve bu modele göre psikososyal iş yükü ve iş kontrolünün etkileşimi, iş stresi düzeyini belirlemektedir (54, 55). İş yükü; çalışma hızını da içeren işin yoğunluğunu ve güç gerektirme durumu, iş kontrolü; çalışanın beceri düzeyi ve bu becerileri kullanma olanaklarını ve aynı zamanda işini yapmasında karar verme süreçlerine katılımını göstermektedir. Yüksek iş yükü ve düşük iş kontrolü olan işlerde stres düzeylerinin yüksek olacağı gösterilmiştir (53, 56). İş kontrolünün yüksek olduğu durumlarda yüksek motivasyon, ustalık duygusu oluşmakta ve yüksek iş yükünün stres yaratan etkisi gözlenmemektedir. İş yerindeki sosyal çevrenin stres oluşumunda bağımsız bir değişken olduğu ve yüksek iş yükü-kontrol yokluğu ile birlikte sosyal desteğin bulunmaması halinde en kötü durumun olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle modelin iki boyutlu yapısına sosyal destek de eklenmiştir (57, 58). İş yükü-iş kontrolü ve sosyal destek modeline dayalı oluşturulan ölçeklerin iş stresinin açıklanmasında geçerli ve güvenilir oldukları saptanmıştır (54, 59). İsveç İş Yükü-Kontrol Ölçeği psikososyal iş stresi ölçümünde kullanılan,

geçerliği, güvenilirliği gösterilmiş bir ölçektir (58, 59). Ölçeğin üç ana alt bölümü vardır. İş yükü, iş kontrolü ve sosyal destek için sorular içermektedir. İş yükü için elde edilen toplam puanın iş kontrolü için elde edilen toplam puana bölünmesiyle elde edilen sayısal değer iş baskısını ifade etmektedir.

Bu araştırmanın Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Demiral ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır (60). Belediye işçileri ile yapılan bu çalışmada Türkçe iş yükü-iş kontrolü- sosyal destek anketinin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ve çalışan gruplar arasında farklı stres düzeylerinin ölçümüne duyarlı olduğu gösterilmiştir. Aynı ölçek Özyaman ve arkadaşları tarafından 2007 yılında özel hastanede çalışan hemşirelerde kullanılmış, iş güvencesizliğinin hemşirelerde anksiyete ve depresyon düzeyini arttırdığı gösterilmiştir (61). İş baskısı iş stresi hesaplamasının en temel öğesidir ve yüksek iş baskısı iş kontrolü azlığı ile birlikte stres olarak değerlendirilmektedir. İş stresi öğeleri olarak iş baskısı, iş kontrolü, beceri kullanımı, kararlara katılım ve sosyal destek ayrı ayrı da incelenebilmektedir (61).

2.4. İyi Olma Kavramı (Well-being) ve Değerlendirilmesi

İlk filozoflardan itibaren iyi olma kavramının ne anlama geldiği ve nasıl gerçekteleceğiyle ilgili görüşler ortaya konulmuştur. Aslında iyi olma kavramı çok boyutludur ve bireyin kendisinden memnun bir şekilde olumlu duygular yaşaması, diğer insanlarla iyi ilişkiler içinde olması, topluma aidiyet duygusuyla yaşamını sürdürmesi olarak tanımlanabilir (62). Günümüzde iyi olma durumunun fiziksel, psikolojik ve sosyal becerileri kapsayan bütünsel bir yapıya sahip olduğu belirtilmiştir (62-64). “Fiziksel iyi olma” en çok fark edilen ve anlaşılması en kolay olan değişkendir. Kişinin herhangi bir nedenden dolayı vücudun fonksiyon ve/veya fiziksel kapasitelerinde meydana gelen değişiklikler, çevresel faktörlere uyum sağlayamama, sağlıklı davranış geliştirmeme konularını içermektedir. “Psikolojik iyi olma” hali ise; kişinin korku, sinir, aşk, kıskançlık, suçluluk ve/veya eğlence, pişmanlık gibi kendi duygularıyla başa çıkması olarak tanımlanabilir. Psikolojik iyi olma hali üzerinde inanç, gelenek ve deneyimlerin etkili olabileceğini belirten çalışmalar bulunmaktadır (63, 64). “Sosyal iyi olma” hali ise kişinin karşısındaki

bireyler ile sosyal ve kültürel iletişim kurabilmesi ve üretken fikirler geliştirebilmesi olarak tanımlanmıştır. Sosyal iyi olma halinin iş, meslek, eğitim durumu, toplumsal doğrular ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (64). Bu bütüncül kurama göre iyi olma hali fiziksel, psikolojik, sosyal iyi olma hallerine ait alt komponentlerin birbirini destekleyerek kişinin gelişimini sağlamasını ve bu gelişim doğrultusunda mutluluk, refah, bağımsız düşünme, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık ve yaşam kalitesi gibi üst seviye fonksiyonları düzeyine çıkabilmesi olarak tanımlanmıştır (64,65).

İyi olma kavramı ile ilgili çalışmalar erken dönemde daha sık olarak psikolojik iyi olma durumu üzerinde olup, genellikle olumsuz duygular ve psikopatoloji ile ilgili idi. Bu nedenle de ruh sağlığı uzun yıllar boyunca hastalığın yokluğu olarak ifade edilmiştir (62, 66). Son yıllarda yapılan çalışmalarla aslında ruh sağlığını ifade ederken, sadece hastalık olmama durumu değil tam iyilik durumunu hedefleyen optimal iyilik durumundan bahsedilmekte ve olumlu özelliklerin tanımlanması da önerilmektedir. Maslow ve Rogers gibi psikologlar tarafından kişinin olumlu özellikleri, kendini gerçekleştirme yeteneği, yaşamdaki işlevselliği gibi konularda araştırmalar yapılmaya başlanmış ardından pozitif psikoloji akımının yaygınlaşması ile birlikte ivme kazanmıştır. Roger iyi olma halini tanımlarken sağlığın yanı sıra mutluluk ve refah seviyesi kelimelerini beraber kullanmıştır (67). Bu tanım 1980’lerde vücut, uzay algısı, zaman açısından kendisi ve çevresi ile barışık olma durumu olarak tanımlanmıştır (68); 1990’larda ise daha çok iyi olma durumu kendine güven, bir sosyal gruba katılabilme gibi yetilerin subjektif değerlendirmesi olarak belirtilmiştir (69). DSÖ, ruh sağlığını tanımlarken bireyin olumlu özelliklerini ön plana çıkarmaktadır. İyilik hali (well-being); “bireyin yeteneklerinin farkında olması, yaşamında karşılaştığı normal streslerle başa çıkabilmesi, üretken ve verimli bir şekilde çalışabilmesi ve topluma katkı sağlaması” olarak tanımlanmaktadır (62, 70). Ruh sağlığının sadece ruhsal hastalığın olmayışı değil, aynı zamanda olumlu duyguların varlığını (*duygusal iyi olma*), kişisel yaşamda (*psikolojik iyi olma*) ve toplum hayatında (*sosyal iyi olma*) pozitif işlevselliği içinde bulunduran bir kavram olduğu fikri giderek yaygınlaşmaktadır (62, 70, 71).

İyi olma durumu çok boyutludur, fakat ilk belirtisi kendini mutlu hissetme, yaşamdan memnuniyet ve özsaygıda artış gibi duygulardaki olumlu değişimlerdir. Tam tersi durumda genellikle kişi kendini sıkıntılı hisseder, depresyon, ümitsizlik ve

kızgınlık gibi duygular ortaya çıkar. İyi olma kavramı yaşamın önem arz eden boyutları arasında denge ve uyumu içeren bütünsel bir olgu olarak ele alınmaktadır. Birey beden ve ruhen sağlıklı olduğunu hissediyorsa, diğer insanlarla ve dünya ile barışık ise iyilik halinden söz edilebilir. Aynı zamanda sadece, bireyin mutlu olması, kendisini keyifli hissetmesi değildir, yaşamında ne yapmakta olduğunun ve kendisinde var olan potansiyelin farkında olması olarak incelenmektedir (70, 71).

Olumlu özelliklerin iyi olma kavramı ile olan ilişkisinin ortaya konulması ile çeşitli yaklaşımlar geliştirilmiştir. Keyes tarafından (72, 73) ruh sağlığı ile ilgili olumlu ve olumsuz durumların varlığı ile ilgili bir çerçeve oluşturulmuştur. Ruh sağlığı ve ruhsal hastalıklar birbirinden ayrı ancak birbiriyle ilişkili kavramlar olarak ele alınmaktadır. Ruhsal hastalığı olan bireylerde olumlu özelliklerin daha az yaşanması, yaşamdan aldığı zevk ve memnuniyetin daha az olması ya da ruhsal sağlığı yerinde olan bir bireyin olumlu davranışlarda bulunmak için yeterli çabayı göstermemesi söz konusu olabilmektedir. Bu doğrultuda ruh sağlığı sürekliliği kavramı ortaya atılmıştır ve ruh sağlığının “olumlu şeyler” ile ilgili durumlarına yönelik devam eden değerlendirmeleri, kategorik tanımlamaları ve psikopatolojinin olmadığı durumları tanımlamak için kullanılmaktadır (62). Ruh sağlığının varlığı pozitif duyguların ve pozitif işlevselliğin varlığı olarak tanımlanmış ve *iyilik hali* (flourishing) olarak ifade edilmektedir. Ruh sağlığının yokluğu pozitif duyguların ve işlevlerin yokluğunda ortaya çıkar ve *iyi olmama hali* (languishing) olarak tanımlanmıştır. Kişilerin iyi olma hali bu iki durumun arasındaki etkileşimle belirlenmektedir.

İyi olma kavramının değerlendirilmesinde kullanılan çeşitli ölçekler mevcuttur. Bunlardan bazıları Psikolojik İyi Olma Ölçekleri, Yaşam Doyumu Ölçeği, Olumlu ve Olumsuz Duygu Ölçeği, Genel Sağlık Envanteri, Sosyal İyi Olma Ölçeği’dir. Ancak bu ölçeklerin iyi olma durumunun sadece birkaç yönünü ölçtüğü bilinmektedir (74). Keyes ve arkadaşları (75) tarafından geliştirilen Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu (RSS-KF) (The Mental Health Continuum Short Form) ruh sağlığı sürekliliğini temsil eden duygusal, sosyal ve psikolojik iyi olma özelliklerini ölçen ve bireyin kendisi hakkında bilgi vermesine dayanan (self-report) bir ölçektir. Diğer ölçeklerden farklı olarak iyi olma kavramını çok boyutlu olarak incelemektedir. Ölçekteki 14 maddenin toplanmasıyla ruh sağlığı sürekliliği ile ilgili

toplam puan elde edilir. Ayrıca duygusal, sosyal ve psikolojik iyi olma alt ölçeklerinin puanlaması yapılabilmektedir. Ölçeğin her bir alt boyutundan alınan yüksek puanlar o alanla ilgili yüksek iyi olmayı ifade etmektedir.

Bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Demirci ve arkadaşları tarafından 2014 yılında genç erişkin grupta yapılan bir çalışma ile değerlendirilmiştir (74). Yaşları 18-27 arasında değişen toplam 365 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada Türkçe RSS-KF'unun geçerli ve güvenilir olduğu ortaya konulmuş ve akademik araştırmalarda kullanılabilir bir ölçme aracı olarak kullanılabilmesi gösterilmiştir. Bu çalışmada hekimlerin iyilik halini (wellbeing) değerlendirmede bu ölçek kullanılmıştır.

2.5. Çalışma Yaşamı Kalitesi

Uzun yıllardan beridir yaşamının temel amacı, en yüksek düzeye ulaşmak ve yaşamın izin verdiği en iyi duruma sahip olmak olarak tanımlanmıştır (76). Bu tanımlamaya göre hedefe ulaşan kişi en yüksek yaşam kalitesine ulaşmış olacaktır. DSÖ'nün 1948'de, sağlığı "yalnızca hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" olarak tanımlamasından sonra, bu tanımın tartışılan noktaları, değerlendirme kısıtlılıkları sağlığa ilişkin iyilik halinin ölçülebilmesi için, yaşam kalitesi kavramını gündeme getirerek bunun geliştirilebilmesi, ve bir sağlık çıktısı, değerlendirme aracı olarak sağlık hizmetleri uygulamaları ve araştırmalarında giderek artan bir önem kazanmıştır (77). Yaşam kalitesi kavramından ilk kez 1960 yılında Long tarafından '*On the Quantity and Quality of Life*' adlı makalede bahsedilmiştir (78). 1993 yılında ise DSÖ Yaşam Kalitesi (WHOQOL) grubu yaşam kalitesini; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanmıştır (76, 79). Ardından kültürler arası bir karşılaştırma yapabilmek, uluslararası geçerli ve güvenilir bir yaşam kalitesi değerlendirme aracı geliştirebilmek amacıyla DSÖ kapsamlı ve geniş çapta bir proje başlatmış ve ölçme araçları oluşturmuştur (80, 81). Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarının değerlendirilmesi için uygulanan ölçekler genel ve hastalığa özgü olmak üzere temel olarak iki gruba ayrılabilir. Genel ölçekler; geniş popülasyonda kullanılan, birçok hastalık ve sağlık durumunda uygulanabilen, genel ilgi alanlarını araştıran

ölçeklerdir. Bu ölçekler toplum ile farklı hastalık popülasyonlarını karşılaştırabilmeyi mümkün kılmaya faydalı geçerli ölçeklerdir. Ancak hastalığa özgü tasarlanmamış olduklarından bazı hastalık grupları için daha az duyarlı olabilirler ve özellikle yaşam kalitesindeki küçük değişiklikleri saptayamayabilirler. En yaygın kullanılanlar arasında; Hastalık Etki Ölçeği (Sickness Impact Profile), Duke Sağlık Ölçeği (Duke Health Profile), Tıbbi Sonuç Çalışması (Medical Outcome Study General Health Survey), Esenlik İndeksi (Index of Well-Being), Spritzer Yaşam Kalitesi İndeksi (Spritzer Quality of Life Index), WHOQOL, Medical Outcome Study SF-36 sayılabilir.

Hastalığa özgü ölçekler yaşam kalitesi üzerine belirli hastalık gruplarının, işlevsel bozuklukların ya da bir durumun etkisini araştırmak amacıyla tasarlanmışlardır. Bu ölçeklerin bir dezavantajı değerlendirilen sağaltımın tanımlanan hastalık durumuna özgü sağlık etkilerine odaklanması nedeniyle küçük değişimleri saptamadaki yetersizlikleridir. Ayrıca her ölçeğin skollama sistemi farklı olduğundan diğer skollama sistemleri ve farklı hastalıklar arasında karşılaştırma yapmak mümkün olamamaktadır. Bu ölçeklere örnek olarak; Pediatrik Astım Yaşam Kalitesi Anketi, McGill Ağrı Anketi, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Barthel Engellilik İndeksi sayılabilir.

Yaşam kalitesi ölçeklerinin oluşturulması ve geliştirilmesi uzun soluklu ve büyük emek gerektiren bir süreç olduğundan, geniş kitlelerce kabul görmüş, bu ölçeklerin farklı toplumlarda geçerliliği ve güvenilirliği çalışılarak kullanımı yaygınlaşmaktadır. Bu şekilde, farklı toplumlardan elde edilen verilerin karşılaştırılması da daha kolay hale gelmektedir. Ancak, başka toplumlar üzerinde geliştirilen ölçekleri farklı toplumların özelliklerini yansıtmayabilir ve bu ölçekler uygulanmadan önce toplumlararası kültürel farklılıklara dikkat edilmesi gerekir. Uluslararası düzeyde yaygın kullanılan bazı ölçeklerin Türkçe'ye çevrilip geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirilmesinin yapılması yönünde de çabalar vardır: SF36 ve WHOQOL-BREF Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlikleri çalışılmıştır (82, 83). Batı Avrupa Yaşam Kalitesi Araştırma Topluluğu olan EuroQol (EQ) grubu tarafından 1987 yılında geliştirilen EQ-5D, genel sağlık ölçeği yaşam kalitesini ölçmede kullanılan ölçeklerdendir. Ölçek yaşam kalitesini tanımlamada ve sağlık

durumuna niceliksel değer yüklemede kullanılan kısa, genel bir araçtır. Ölçeğe ilişkin katsayılar toplumsal değer algılarına dayalı olarak hesaplanmıştır. EuroQol grup tarafından 60'ı aşkın dile çevrilmiştir, bunlardan birisi de Türkçe'dir (84): 1990 yılında ilk defa yayınlanmış ve 1991 yılından beri de aynı özelliğini (5 boyut) korumaktadır (85). Birçok hastalıkta EQ-5D leği kullanılmıştır. Ölçek iki parçadan oluşmaktadır; EQ-5D indeks ölçek; hareket (mobility), öz-bakım (self-care), olağan aktiviteler (usual activities), ağrı/rahatsızlık (pain/discomfort) ve endişe/depresyon (anxiety/depression) olmak üzere beş boyuttan oluşur. Her bir boyuta verilen cevaplar; problem yok, biraz problem var ve majör problem olmak üzere 3 seçeneklidir. Sonuç olarak ölçekle 243 olası farklı sağlık sonucu tanımlanmaktadır. Ölçeğin 5 boyutundan -0,59 ile 1 arasında değişen indeks skor hesaplanarak değerlendirilmektedir. Skor fonksiyonunda 0 değeri ölümü, 1 değeri kusursuz sağlığı gösterirken negatif değerler bilinç kapalı, yatağa bağımlı olarak yaşamak vb. durumları göstermektedir. EQ-5D leği; bireylerin bugünkü sağlık durumları hakkında 0 ile 100 arası değerler verdikleri ve bunu bir termometre benzeri ölçek üzerinde işaretledikleri görsel analog ölçektir.

Genel yaşam kalitesi ölçümleri süreci, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi yanında, çalışma yaşamı kalitesi ve işle ilgili yaşam kalitesi gibi kavramlarla da ilişkilidir. Bu halk sağlığı ve bütünsel iş sağlığı yaklaşımı ile de örtüşmektedir. İş sağlığı yaklaşımı; çalışma yaşamında sağlığı olumsuz yönde etkileyen etmenlerin saptanması, sağlığa etkilerinin tanımlanması ve risklerin ortadan kaldırıldığı çalışma ortamları geliştirilmesi ile etkilenimin en az düzeye indirilmesini amaçlayan; sağlıkta iyilik halinin sağlanması ve geliştirilmesine yönelik bütün çalışmaları kapsamaktadır. Sağlık alışanlarının sağlığının bütünsel olarak incelenmesi, korunması ve geliştirilmesinin sağlık hizmetlerinin de iyileştirilmesine yardımcı olacağı öngörülebilmektedir. Sağlık alışanları, çalışma yaşamı özellikleri irdelendiğinde, normal mesai saatleri ve günleri dışında da çalışmak durumunda kalan, önemli görev ve sorumluluklara sahip, zamanla yarışan, yoğun stres ve baskı altında çalışan bir gruptur (4). Birçok sağlık çalışanı iş yerinde evinden daha fazla vakit geçirmektedir, bu nedenle çalışma ortamındaki birçok faktör çalışanların sağlığını doğrudan etkilemektedir ve bu etmenler de çalışma yaşamını belirlemektedir. Çalışma ortamı, fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikolojik etkenler, çalışma süresi,

çalışma gün ve zamanları, maaş, iş güvencesi ve sosyal güvenlik gibi çalışma koşulları, yönetim biçimi, iş organizasyonu, mesleki eğitim, istihdam, hizmet içi eğitimler ve sosyal destek gibi çalışma ilişkileri çalışma yaşamında maruz kalım ve sağlık ilişkili temel öğeler olarak ele alınmaktadır (86). Sağlık çalışanlarının çalışma yaşamını bozacak herhangi bir etken sadece sağlık çalışanlarının kendileri için değil aileleri, çalışma arkadaşları ve hizmet verdiği hastaları için de önemlidir. Bununla birlikte çalışma yaşamı sosyal yaşamın da önemli bir komponentidir ve ilgili literatürde birbirlerini etkilediği bildirilmiştir (25, 26, 48, 87, 88).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), sosyal adaletin ve uluslararası insan ve çalışma haklarının iyileştirilmesi için çalışan bir Birleşmiş Milletler ihtisas kuruluşudur. Örgüt, Sözleşme ve Tavsiye Kararları ile işçilerin hak ve menfaatlerini korumaya, çalışma hayatında genellikle daha fazla istismar edilen kadın ve çocuk işçileri özel koruma altına almaya, çocuk işçiliğini ortadan kaldırmaya çalışmaktadır. Örgütün temel dört hedefi çalışma yaşamında standartlar, temel ilke ve haklar geliştirmek ve gerçekleştirmek, kadın ve erkeklerin insana yakışır işlere sahip olabilmeleri için daha fazla fırsat yaratmak, sosyal koruma programlarının kapsamını ve etkinliğini artırmak ve üçlü yapıyı ve sosyal diyalogu güçlendirmektir (87). Çalışma yaşamı kalitesi (ÇYK) kavramının temelleri aslında 1950’li yıllarda atılmış, eksenini 1960’lı yıllarda “eşit işe eşit ücret yasası” ve “sivil haklar yasası” gibi yasalar oluşturmuştur. Daha sonra ÇYK kavramı ile ilgili çalışmalar özellikle iş güvenliği, çalışan sağlığı ve iş memnuniyeti alanlarında yoğunlaşmıştır. Günümüze kadar bu kavram çalışma yaşamı ile ilgili tüm alanlara yayılarak genişletilmiştir. ÇYK çok sayıda birbiri ile ilişkili öğeden oluşan bir kavramdır. Potansiyel ÇYK ile ilgili unsurlar çalışma yaşamı öğelerinin tümünü kapsayan geniş bir yaklaşımla ele alınabilir. Bu doğrultuda ÇYK çalışmalarının çoğunun üzerinde uzlaşmaya varıldığı unsurlar aşağıda belirtilmiştir (89):

“- Uygun, yeterli ve adil ücretlendirme: Standartları karşılamak için maaş, iç ve dış adalet, aynı işi yapan diğer çalışanlara benzer ücretler vermek, sosyal haklar ve ödemeler, çalışan hakları, emeklilik;

- Güvenli ve sağlıklı çalışma ortamı: Fiziksel çalışma koşulları (temizlik, aydınlanma, sıcaklık, kullanılan renkler), ergonomi, çalışma yeri güvenliği ve çalışma saatleri;
- Bireysel kapasitenin geliştirilmesi: otokontrol, özerklik, kapasite ve kabiliyeti geliştirme ve kullanma yeteneğini sağlama, iş planlaması ve çalışanlara süreç hakkında bilgi verme, işle ilgili yenilikleri takip etme yeteneğini geliştirme, yönetim desteği;
- Geliştirme ve güvenlik fırsatları: Kişisel ve mesleki gelişim, kariyer, teşvik ve gelişme fırsatları, iş güvenliği;
- Sosyal entegrasyon: iş birliği, örgütsel güven, aidiyet duygusu ve örgütsel bağlılık, ekip çalışması, iletişim, önyargı ve çatışmalar, kişiler arası iletişim ve mesafe;
- Anayasallaşma: kişisel dokunulmazlık, eşitlik hakkı, insan hakları, mahremiyet, konuşma ve ifade özgürlüğü, demokratik çevre, karar alma, hakların korunması ve savunması, sorumluluklar, iş yasaları;
- Toplam yaşam alanı: Bireyin iş, aile ve bireyin özel yaşamı arasındaki dengeyi içerir, çalışma saatleri, boş zaman, bireysel ve ailesine harcadığı zaman, rollerin ve sorumlulukların dengelenmesi, yer değiştirme vb.;
- Sosyal aidiyet: Örgütün sosyal sorumluluğu, organizasyonun çalışanlara etkisi, toplum ve çevre; kurumsal imaj, üretim, insan kaynakları, pazarlama vb., politikalar, şeffaflık, hesap verebilirlik, devam eden kampanyalar, kültürel ve sanatsal etkinlikler.”

Çalışma yaşamının kalitesinin ölçülmesinde, üretkenlik, verimlilik ve etkililik gibi performans ölçütleri de dahil olmak üzere; devamsızlık, kaza ve oranlar gibi istatistiksel göstergeler, geç kalma, çalışanlar arasındaki uyuşmazlıklar, çalışan sayısı, çalışanların önerileri; ışık, havalandırma, ısı, ses, toz, titreşim, görsel ve zihinsel yoğunlaşma gibi fiziksel çalışma ortamı ve koşulları ile mental konsantrasyon, fiziksel standartların sağlanması için araştırmalarda anketler, röportajlar ve gözlemler kullanılmıştır. Bu kapsamda, Walton tarafından 1970’li yıllarda geliştirilen (90) ve 2008’de Timossi ve arkadaşları tarafından güncellenen

(91) ÇYK özellikleri ile ilgili Walton kriterleri ve alt kriterleri Tablo 1.1 de listelenerek sunulmuştur.

Tablo 1.1. Walton kriterlerine göre çalışma yaşamı kalitesinin özellikleri, (2008)

Kriterler	Alt kriterler
Adil ve uygun ücretlendirme	Adil ücret, maaş dengesi, sonuçlara katılım, yan gelirlere
Güvenli ve sağlıklı çevre	İş yükü, haftalık seyahat, süreç teknolojisi, itibarlılık, yorgunluk
İnsan kapasitesinin geliştirilmesi	Otonomi, görevin önemi, çok katlılık, performans değerlendirme, verilen sorumluluk
Büyüme ve güvenlik	Mesleki büyüme, eğitimler, istifalar, çalışmalar için teşvik
Toplumsal entegrasyon	Ayrımcılık, kişilerarası ilişki, takım uzlaşması, fikirlerin değer kazanması
Anayasallaşma	Çalışanların hakları, ifade özgürlüğü, tartışma ve normlar, kişiliklere saygı
Toplam yaşam alanı	Aile rutininin etkisi, boş zaman olasılığı, iş ve dinlenme zamanı
Sosyal ilişki	İşin gurur kaynağı, kurumsal imaj, toplumsal entegrasyon, ürünlerin/hizmetlerin kalitesi, insan kaynakları politikası

Günümüzde ÇYK'sini değerlendirmekte kullanılan ve 'Work Related Quality of Life Scale- WRQoL' olarak isimlendirilen bir ölçek Van Laar ve arkadaşları tarafından sağlık çalışanlarında psikometrik özelliklerin geliştirilmesi ve test edilmesi amacıyla hazırlanmış olan bir ölçektir (92). Van Laar ve arkadaşları bu ölçeği ÇYK ile ilgili ölçekler arasında psikometrik olarak en geçerli ve güvenilir olanı olarak bildirmişlerdir. İngiltere'de sağlık çalışanları üzerinde hazırlanan bu ölçek diğer dillere de çevrilerek kullanılmaktadır. Toplam 23 maddeden oluşan bu ölçek 2003 yılında 953 sağlık çalışanına uygulanmıştır. Bu ölçek ile iş ve kariyer memnuniyeti, genel iyilik hali, ev-iş arayüzü, iş stresi, iş kontrolü, iş ve çalışma koşullarını değerlendiren altı ölçüm ile işle ilgili yaşam kalitesi değerlendirilebilmektedir ve yapılan analizler sonucunda bu ölçek geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Türkçe uyarlaması Duyan ve arkadaşları tarafından 288 çalışana uygulanarak elde edilmiştir (89). Bu uyarlamada İngilizce orijinalini geliştiren Van Laar'ın da önerisi ile çalışma yaşamından genel memnuniyeti gösteren

bir soru daha eklenerek 24 soruluk anket katılımcılara uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda ankette yer alan 1, 9 ve 20 numaralı soruların işlemediği görülmüş ve Türkçe uyarlamada 20 soruluk “İşle İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği” nin uygulanması önerilmiştir.

2.6. Bilinçli Farkındalık Kavramı ve Değerlendirilmesi

Bilinçli farkındalık (mindfulness), dikkatin anlık yaşantılara odaklanmasını ve içsel deneyimlerin gözlemlenmesini içeren bir zihin ve beden pratiği olarak ele alınmaktadır. Bütün bu içsel deneyimlerin, yargısızca ve kabullenmeyle gözlemlendiği bir süreç olarak incelenmektedir. Bilinçli farkındalık; farkındalık, kabul ve mevcut anın deneyimi olarak birbiri ile yakından ilişkili üç komponentten oluşmaktadır (93-95). Mevcut anın deneyimi, bilişsel ve bedensel duygular veya emosyonel durum gibi içsel uyarıları ve görüntüler, sesler, kokular gibi dışsal uyarıları içerdiği bildirilmiştir. Farkındalık o andaki gerçeklik ile en yakın ve doğrudan temas olarak ele alınmıştır. Kabul, devam eden olaylara ve deneyimlerine karşı kavrayışlı bir tavır olarak değerlendirilmiş ve bireyin, bastırmadan veya hareket etmeden tüm gerçeği gözlemlemeye ve tam olarak yaşamaya açık olarak kabul edilmiştir (93, 94).

İnsanlar bilinçsiz olarak o anın farkında olmayarak ‘umursamazlık (mindlessness)’ durumuna yakalanabilirler. Zihinleri geçmiş veya gelecekle ilgili düşüncelerle veya o anda neler olduğu ile ilgili fikirlerle meşgul olabilmektedir (95). Bir kişi bir deneyim yaşarsa, daha sonraki durumlarda birincil değerlendirme ve tepkisi kuvvetle önceki deneyimlerine bağlı olduğu düşünülmektedir. Bu da aslında insanların nadiren nesnelere ve olayları bütünüyle ve saf olarak algılamadığını göstermektedir (94). Tersine, farkındalık, insanların deneyimleri ve olayları olduğu gibi algılamalarına ve dikkatlerini yalnızca gözlemlenen gerçekler üzerine vermesini sağlamaktadır. Sonrasında da insanlar o andaki gerçekliğin farkına varabilmekte ve gerçek bir temas kurabilmektedir. Bazı meditasyon uygulamalarının yüksek bilinçli farkındalık ile ilişkili olduğu daha önceki pek çok kaynakta belirtilmiştir (8, 96). Bilinçli farkındalığın sadece bir meditasyon ürünü olmadığı vurgulanmaktadır (95,

97). Literatürde bir kişinin zihin ile gerçek dünya arasındaki doğal süreci anlamasına yardım eden bir yol olarak sunulmuştur (95). Bazı teorisyenler hayat tecrübelerine karşı açık veya kabullenici dikkati sağlayan psikoterapi stratejilerinin (psikodinamik, Gestalt ve bilişsel davranış terapileri) kişilerin bilinçli farkındalık düzeyini iyileştirdiğini savunmaktadır (97).

Bilinçli farkındalık kavramının yaklaşık 2500 yıl öncesine dayanan Budist psikolojisi ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir (7, 93). Ayrıca bu kavram çeşitli felsefik ve psikolojik gelenekler ile de ilişkilendirilmiştir. Bu geleneklerin Yunan felsefesi, Taoizm ve Hinduizm, Fenomenoloji, Varoluşçuluk ve Batı Avrupa natüralizmini içerdiği bildirilmiştir. Ek olarak literatürde psikolojide bazı bilişsel, davranışsal ve psikodinamik yaklaşımlar, öğrenme, gelişme ve zekâ ile de ilişkilendirilmiştir (97, 98).

Tarihsel açıdan farkındalık kavramına bakıldığında, 'Buda' öğretiminin çekirdeğini oluşturduğu bilinmektedir. Buda'nın, insanlara kendi zihin, beden ve deneyimlerini kullanmaya ve açgözlülük, nefret, gururluluk, cehalet, şüphe ve üzücü haberleri içeren altı temel zihinsel sıkıntı ile başa çıkmalarını sağlamalarını öğrettiği ifade edilmiştir (7). Çeşitli Budist gelenekleri birbirinden farklı olsa da bu geleneklerin hepsinde farkındalık kavramının yer aldığı bildirilmiştir (7). Budist bakış açısı ile farkındalık, kim olduğumuzu, dünyayı ve dünyadaki yerimizin nasıl gördüğümüzü sorgulayarak meditasyon yoluyla bilinçsizlik uykusundan uyanmamıza yardım ederek bilincimizdeki ve bilinçdışımızdaki tüm olasılıklara ulaşarak yaşayabilme imkânı sağlayabilmektedir. Meditasyon yapmak o an ne yapıyorsak tam anlamıyla bir ara vermek, tüm korku ve kaygılardan uzaklaşma hali olarak kabul edilmektedir. Meditasyon halinde insanların yaşadığı herhangi bir şeye sahip olma arzusu, rekabet, şiddetli ve endişeli koşuşturmalar ve başarıya hırsı gibi olumsuz duygular bulunmamaktadır. Meditasyon, içinde hiçbir hırs barındırmayan bir durum olup, ne kabul ne reddediş, ne umut, ne de korku içermektedir. Farkındalık durumunda, kişinin dikkati yargısız bir şekilde kendine odaklanmayı sağlamaktadır. Düşünce, duygu ve bedensel duyular yargılanmadan ve anlık yaşantının olağan ve geçici parçaları olarak izlenmektedir. Bu tür dikkat durumunun daha büyük

farkındalık, duruluk ve şimdiki an gerçekliğini kabul etmeyi beslediği kabul edilmektedir (8).

Bilinçli farkındalık becerileri olarak; yargısızlık, şimdiye odaklanmak, mesafe koyma, serbest bırakma ve kabullenme (99) durumları tanımlanmıştır. Bilinçli farkındalığın amacı ve zorluğu bu becerileri günlük hayata geçirmek olarak incelenmiştir. Önem verilen, belirli bir andan diğer bir ana geçerken kişinin ne yaptığını gerçekten biliyor olması durumu olarak ifade edilmiştir. Bu durum ile günlük hayatta alışılmış, otomatik ve uyumsuz davranışların azaltılmasının mümkün olacağı ifade edilmiştir (93). Gün boyunca farkındalığı yüksek tutmanın zor olması vurgulanmış ve bazı kişilerin bazı görevleri bilinçsiz, dikkatsiz veya bilinçaltı kaynaklı yaptıkları ifade edilmiştir. Dış fırçalama, su içme, yemek yeme, çamaşır veya bulaşık yıkama, yemek yapma, egzersiz yapma, ev temizleme, otobüse binme gibi işler bunlara örnek olarak tanımlanmıştır. Farkında olmanın, bu işleri hızlı yapmama veya birkaç işi aynı anda yapmama anlamına gelmediği, yerine bu işleri yaparken daha farkında olunması anlamı vurgulanmıştır. Çalışma yaşamında bu konuda kısıtlı araştırma bulunmaktadır.

Bilinçli farkındalık durumunun yaşamın birçok alanında olumlu katkıları olduğu bildirilmiştir. Fiziksel semptomların düzelmesine etkisi ile ilgili en çok ağrı ile başa çıkma çalışmaları vurgulanmıştır (94). Bilinçli farkındalığın bir komponenti olan dikkatini vermenin ağrı ile başa çıkmada diğer stratejilerden üstün olduğu gösterilmiştir (100). Fiziksel sağlık üzerine de bilinçli farkındalığın olumlu etkileri ile ilişkili çalışmalarda, bir andan diğer ana geçerken farkındalık pratikleri vücudun ve aklın sakin kalmasını sağladığı ve rahatlamaya yardımcı olduğu bildirilmiştir. Bu uygulama ile kişinin strese maruz kalma durumunda verdiği fizyolojik yanıtı azaltabileceği gösterilmiştir (101). Ayrıca bir çalışmada düzenli meditasyon ile kanser hücrelerinde iyileşme arasında bağlantı olduğu bildirilmiştir (102). Bir başka çalışmada ise 8 haftalık meditasyonun influenza aşısına karşı immun yanıtı anlamlı olarak artırdığı ve bilinçli farkındalık müdahalelerinin immun yanıtı güçlendirdiği belirtilmiştir (103).

Bilinçli farkındalığın davranışlar üzerine de olumlu etkileri bildirilmiştir. Kişinin bulunduğu andaki içsel ve dışsal uyarıları algımlarken objektif olması, günlük

deneyimlerinde daha esnek ve adaptif yanıtlar vermesini sağlayabilmektedir. Bu sayede tepkilerini otomatik, alışkanlıklara dayalı veya dürtüsel olarak vermek yerine, değerlerine, inanışlarına, hedeflerine veya ihtiyaçlarına göre verebilmektedir (104). Brown ve Ryan (8) bilinçli farkındalık ile davranışsal olarak kendi kendini düzenleme arasında pozitif ilişki olduğunu göstermiştir. Aynı grup Bilinçli Farkındalık Ölçeğini (BİFÖ) bireylerin zaman içindeki farkındalık sıklıklarını değerlendirmede kullanmışlardır. Katılımcılar arasında bilinçli farkındalığı yüksek kişilerin davranışlarının daha fazla farkında olduklarını ve davranışlarını düzenlemeye daha yatkın olduklarını göstermişlerdir.

Bilinçli farkındalığın uzun zamandır psikolojik iyi olma kavramı ile ilişkili olduğuna inanılmıştır (8). Yüksek BİFÖ skoru olanların iç deneyimlerini daha fazla algıladıkları ve olayların daha farkında oldukları gösterilmiştir. Yüksek farkındalık sahibi kişilerin daha az kaygılı ve daha az derin düşüncelere dalmış kişiler olduğu, yüksek puanlı kişilerin duygusal durumlarıyla daha uyumlu oldukları ve temel psikolojik gereksinimlerini daha rahat yerine getirebildikleri, bireyin kendi duygularını daha fazla farketme ve kabul etme yanı sıra, hoş olmayan duygu durumlarını düzeltme ve onarma becerilerinin daha iyi olduğu bildirilmiştir (8). Negatif duygu durum seviyesi yüksek kişilerin de daha düşük kabul ve bilinçli farkındalık becerilerine sahip olduğu başka araştırmalarda ortaya konulmuştur (105).

Duygusal düzenleme için bilinçli farkındalık müdahale çalışmaları umut verici görünmektedir. Bu müdahale çalışmaları ile stresli, dikkat dağınık ve derin duygusallığa neden olan düşüncelerde azalma olduğu, tüm zamanlarda pozitif duygu durumunda artış olduğu gösterilmiştir (106). Bilinçli farkındalık eğitimlerinin depresyon, anksiyete, sosyal fobi, yeme bozuklukları, ağrı ve stresin azaltılması gibi birçok semptomun düzeltilmesinde faydalı olduğu saptanmıştır (7, 93, 107). Hatta son çalışmalarda bilinçli farkındalık eğitimlerinin bu tür semptomların tedavisine olan etkilerine yoğunlaşmıştır. Türkiye’de yapılan bir çalışmada, bilinçli farkındalık temelli hazırlanan eğitim programının bireylerin depresyon ve stres düzeyleri üzerine etkisi araştırılmış, deney grubuna 8 oturumdan oluşan 75’er dakika süren bir program uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda deney grubundaki öğrencilerin depresyon ve stres puanlarının anlamlı düzeyde azaldığı, ayrıca kalıcılık ölçümleri de

depresyon ve stres puanlarının on hafta süresince devam ettiğini göstermiştir (99). İspanya’da sağlık çalışanlarında bilinçli farkındalık temelli bir müdahale çalışmasında tükenmişlik düzeyinin araştırıldığı randomize kontrollü bir çalışmada müdahale sonrasında total duygu durum bozukluğu ve bilinçli farkındalık skorlarında belirgin artış görülürken, tükenmişlik ve empati ölçeklerinde orta düzeyli bir artış saptanmıştır (108). Aynı çalışmada mesleki eğitimin bir parçası olarak bilinçli farkındalık temelli müdahale programlarının tükenmişliği azaltabileceği ve önleyebileceği, sağlık çalışanlarında pozitif tutumları geliştirebileceği, hastalar ile olan iletişimi güçlendirebileceği ve iyi olma durumuna olumlu etkiler yapabileceği belirtilmiştir. Bu çalışma paralelinde APA, pediatriklerin ve pediatri asistanlarında yüksek tükenmişlik prevalansı nedeniyle, bilinçli farkındalık temelli eğitimlerin önemini vurgulamış ve iyi olma halinin sağlanması ve sürdürülmesi için bu eğitimleri önermiştir (3, 5, 109).

Bireylerin temel bilinçli farkındalık durumunun ölçülmesi için Brown ve Ryan (8) 2003 yılında Bilinçli Farkındalık Ölçeği’ni geliştirmişlerdir. Bu ölçek günlük yaşamdaki anlık deneyimlerin farkında olmak, bu durumlara karşı dikkatli olma yönündeki genel eğilimi ölçen 15 maddelik bir ölçektir, tek faktörlü bir yapıya sahiptir ve tek bir toplam puan verir. Ölçekten alınan yüksek puanlar bilinçli farkındalığın yüksek olduğunu gösterir. Altılı likert tipi (1=hemen hemen her zaman, 2=çoğu zaman, 3=bazen, 4=nadiren, 5=oldukça seyrek, 6=hemen hemen hiçbir zaman) bir ölçektir. Bu ölçeğin Türkçe uyarlaması Özyeşil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (110). Türkçe çevirisi dil eşdeğerliği için hem İngilizceyi hem de Türkçeyi iyi derecede bilen ve çeviri konusunda profesyonel olan uzmanlar tarafından çevrilmiş, Selçuk Üniversitesi Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Yabancı Diller Bölümü İngilizce Öğretmenliği Anabilim Dalı’nda öğrenim gören öğrenciler iki gruba ayrılmış, ilk gruba önce orijinal BİFÖ ölçeği ve üç hafta sonra Türkçe uyarlaması, diğer gruba ise önce Türkçe’ye uyarlanmış BİFÖ ölçeği ve üç hafta sonra orijinal ölçek uygulanmıştır. Her iki grupta da ölçeğin orijinal İngilizce formu ile Türkçe formu arasında yüksek düzeyde pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r= 0,95, p < 0,001$ ve $r= 0,96, p < 0,0001$).

Ölçeğin yapı geçerliğinin saptanması için açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi çalışmaları bağımsız örneklemeler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Yapı geçerliğinin tespit edilmesi için açıklayıcı faktör analizi, Selçuk Üniversitesi Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi ve Teknik Eğitim Fakültesi'nden 289 öğrenciyle yapılmıştır. Yapı geçerliğinin tespit edilmesi için doğrulayıcı faktör analizi, yine aynı okuldan 278 öğrenciyle yürütülmüştür. Anketin madde-toplam korelasyonu analizi ve Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı hesaplanması, 284 öğrenci ile yapılmıştır. Güvenirlik çalışması ise 122 öğrenci üzerinde test- tekrar test işlemi ile yapılmıştır ve ölçek 3 hafta arayla 2 kez uygulanmıştır. Buna göre güvenilirlik katsayısı $r = 0,86$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak BİFÖ'nin geçerlik ve güvenilirlik sonuçları ile bu ölçeğin yüksek düzeyde geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu gösterilmiş, Türk kültürüne uyarlanan ölçeğin, bireyin davranışlarındaki bilinçli farkındalığı belirlemeye yönelik elverişli araçlardan biri olabileceği belirtilmiştir (111).

Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Eğitim Fakültesi, Fen Fakültesi, Güzel Sanatlar Fakültesi ve İktisadi-İdari Bilimler Fakültesi'nde eğitim gören öğrencilerde BİFÖ'nün kullanıldığı, bilinçli farkındalık düzeyi ile stresle başa çıkma biçimlerinin depresyon, anksiyete ve stres belirtileriyle ilişkisini araştıran bir araştırmada; bilinçli farkındalık ile kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı gibi aktif stresle başa çıkma yöntemleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (112). Aynı çalışmada; bilinçli farkındalık ile kendini suçlayıcı yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım gibi depresyon, anksiyete, stres ve pasif stresle başa çıkma yöntemleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki bildirilmiştir (112). Bu çalışmada sağlık çalışanlarında giriş bölümünde belirtilen amaçlar doğrultusunda bilinçli farkındalık düzeyleri incelenecektir

Ankara Türkiye'nin başkenti olup nüfusu 5.346.518 olan ve bu nüfusta çocuk yaş grubunun yaklaşık olarak 1.100.000 olduğu bir büyükşehirdir. Pediatri eğitimi il merkezinde yer alan dördü devlet üniversitesi olmak üzere 6 üniversite ve dört Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütülmüştür. Araştırmanın yürütüldüğü yerler; Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi olmak üzere dört devlet üniversitesi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi olmak üzere iki vakıf üniversitesi, Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Hastanesi, Dr. Sami Ulus Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi olmak üzere dört eğitim ve araştırma hastanesidir.

Hacettepe Tıp Fakültesinin kuruluşu kabul edilen Çocuk Sağlığı Kürsüsü, 2 Şubat 1954 tarihinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesine bağlı olarak Prof. Dr. İhsan Doğramacı tarafından kurulmuştur. Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Enstitüsü ve Hastanesi olarak 1957 yılında Hacettepe'de çalışmaya başlamıştır. 1958 yılında eğitim ve öğretim faaliyetleri, araştırma çalışmaları yapılmaya başlanmış, aynı yıl hastalara hizmet vermek amacıyla kamu hizmetine geçmiştir. Çocuk hastanesi 1994 yılında "İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi" olarak adlandırılmıştır. Bu köklü kuruluş ilk çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanını 1960 yılında vermiştir, o günden bugüne kadar yüzlerce pediatri hekimini tıp camiasına kazandırmıştır (113).

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı ilk olarak Ankara Numune Hastanesi içerisinde 15'i bulaşıcı hastalıklar olmak üzere 36 çocuk yatağı alınarak Çocuk Kliniği oluşturularak kurulmuştur. Ardından 14.7.1945 tarihinde Çocuk Hastalıkları Kliniği'ne Prof. Dr. Albert Eckstein direktör olarak görevlendirilmiştir, daha sonra bu görevi Dr. Bahtiyar Demirağ üstlenmiştir. 1963 yılında Çocuk Kliniği Numune Hastanesi bünyesinden ayrılarak müstakil bir klinik haline gelmiştir. 1963-1981 yılları arasında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinin modern Çocuk Hastanesi olması yönünde gerekli girişimlerde bulunulmuş, birçok yan dal eğitim kliniğinin dahil olması ile günümüzdeki haline gelmiştir. 2013 yılında tamamen bir çocuk hastanesi şeklinde planlanmış olan yeni hastane binası açılmış ve günümüzde hizmet ve eğitim vermeye devam etmektedir (114).

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi bünyesinde Tıp Fakültesinin 1979 tarihinde yapılan ilk yönetim kurulu toplantısında kurulmuştur. Anabilim Dalı başkanlığına ilk atanan öğretim üyesi Prof. Dr. Neşet Bilaloğlu'dur. Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Tıp Fakültesi'nin 1982 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi adını almasıyla birlikte, 1982 yılında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı'na Doç. Dr. Rana Olguntürk atanmıştır. Yıllar içerisinde birçok yan dal eğitim kliniğinin açılması ile günümüzdeki haline ulaşmıştır, bu süre içinde pek çok pediatri hekimi buradan ihtisas almıştır (115).

Osmanlı padişahı II. Mahmut'un 14 Mart 1827'de açtığı Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'nin yıllar içerisinde sadece eğitimin veren bir kurum olmasının yanı sıra tedavi hizmeti verebilecek bir hastane yapılmasına karar verilmiş ve Topkapı Sarayı bahçesindeki eski Gülhane Askeri Rüştiye Okulu binası bu amaçla modern bir hastane olarak yeniden düzenlenmiştir. Bugünkü Gülhane'nin temelleri burada atılmış ve 30 Aralık 1898'de "Gülhane Seririyat Hastanesi" adıyla hizmet vermeye başlamıştır. İstanbul Tıp Fakültesi'nin kuruluşunda Gülhane, 1909'da öğretim üyelerinin çoğunluğunu vererek katkı sağlamıştır. Gülhane Hastanesi, İstanbul'un işgali döneminde (1918-1923) Gümüşsuyu'na nakledilmiş ve Kurtuluş Savaşı döneminde burada hizmete devam etmiş, işgal bittikten sonra eski binalarına geri dönmüştür. II. Dünya Savaşı'nın başlaması ile birlikte Gülhane'nin Ankara'ya taşınmasına karar verilmiş ve 1941'de "Gülhane Askeri Tababet Okulu ve Hastanesi" adı ile Ankara'nın Cebeci semtindeki asker hastanesi binalarında hizmete başlamıştır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin kurulması aşamasında da Gülhane önemli görevler üstlenmiştir, Gülhane bünyesinde ve kurucu kadrosundaki 14 profesörden 11'i 1945 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görevlendirilmiştir. Gülhane, 1947'den itibaren Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) ismini almış ve 1952'ye kadar Ankara Tıp Fakültesi ile ortak faaliyet yürütmüştür. 1952'de Bahçelievler'deki binasına nakledilmiş, 1963'te Etlik'te modern bir hastane kompleksi inşa edilmesine karar verilmiş ve Gülhane 1971'de bu yeni binaya nakledilmiştir. Halen kullanılmakta olan bu tesisler gelişerek ve büyüyerek hizmet vermeye devam etmektedir. Gülhane, 1980 yılında Gülhane Askeri Tıp Fakültesi'nin açılması ile birlikte asker hekim yetiştirme görevini de

üstlenmiştir. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, GATA bünyesinde 1957 tarihinde kurulmuştur ve çok sayıda askeri hekim yetiştirmiştir. 2016 yılına kadar Genelkurmay Başkanlığı'na bağlı olarak çalışan GATA günümüzde Sağlık Bilimleri Üniversitesi bünyesinde hizmet vermektedir ve eğitim faaliyetlerine devam etmektedir (116).

Başkent Üniversitesi, Prof. Dr. Mehmet Haberal tarafından 1994 yılında kurulmuştur. 1994-1995 eğitim-öğretim yılında Tıp Fakültesi (Tıpta Uzmanlık Eğitimi) eğitim-öğretim faaliyetlerine başlamıştır. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı çocuk sağlığı ile ilgili hizmet ve araştırma görevlerini Ankara'da bulunan merkez hastane dışında, İstanbul, Adana, Konya, Alanya'daki Uygulama ve Araştırma Hastaneleri ile birlikte gerçekleştirmektedir. İlk pediatri uzmanını 2001 yılında veren merkez, günümüze kadar 70 pediatri uzmanı yetiştirmiştir (117).

Ufuk Üniversitesi, 2002-2003 eğitim-öğretim yılında eğitim vermeye başlamıştır. Tıp Fakültesi için Balgat'ta 260 yataklı Dr. Rıdvan Ege Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi hizmete girmiştir. 2006 yılında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı kurulmuştur ve çocuk uzmanı yetiştirmeye başlamıştır (118).

Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Hastanesi ilk olarak 1972 yılında SSK Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı çocuk kliniği olarak hizmete başlamıştır. 1995 yılında SSK Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi olarak kurulmuş, 19.02.2005 tarihinde SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devriyle birlikte Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak ismi değişmiştir. 2009 yılında bugün ki adını almıştır ve yüzlerce pediatri hekimi yetiştirmiştir (119).

Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 'Ankara Çocuk Hastanesi' adıyla 1950'li yıllarda faaliyete geçmiştir. Hastaneye adını veren Dr. Sami Ulus'un kişisel gayretleri ve büyük özverileri ile bugünkü hastane binası yapılarak 150 yatak kapasitesi ile 1963 yılında hizmet vermeye başlamıştır. 1965 yılında Dr. Sami Ulus'un vefatıyla bugün ki adını almıştır. 40 yıllık çocuk sağlığı ve hastalıkları deneyimi ile Türkiye'nin bu alandaki en büyük ve en

yetkin sağlık kurumlarından biridir. Her yıl 20'den fazla pediatri uzmanı yetiştirmektedir (120).

Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1957 yılında 'Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi' adıyla kurulmuştur. 1954 yılında Alman ve Fransız mühendislerin denetiminde inşa edilmeye başlanmış, hastanenin projesi Fransız mimar Jean Volter tarafından çizilmiştir. Başlangıçta 120 yatak kapasitesi ile hizmete giren hastane şu an 468 yatak kapasitesine sahiptir. Ekim 1999 tarihinde Çocuk Kliniği kurularak ardından pediatri ihtisası verilmeye başlanan merkezden çok sayıda pediatri uzmanı tıp camiasına kazandırılmıştır (121).

Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2005 yılında hizmete girmiştir ve Türkiye'nin en büyük ilçesi olan Keçiören ilçesinde hizmet veren Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesidir. Aynı yıl pediatri kliniği kurularak uzman doktor yetiştirmeye başlamıştır (122).

Ankara'da yer alan bu hastanelerde sadece Ankara ve çevresindeki illere değil tüm Türkiye'den gelen hastalara hizmet verilmektedir. Hasta yükünün yoğun olduğu bu hastaneler aynı zamanda pediatri eğitimi konusunda da ölkemizdeki örnek merkezlerdendir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara'da bulunan pediatri uzmanlık eğitimi veren tüm kurumlarda Ekim 2016'da çalışan 486 pediatri uzmanlık öğrencisi oluşturmaktadır.

Araştırmada örnek seğıilmemiş amaç kapsamında dahil edilme ve dışlanma kriterleri gözetilerek tanımlanan evrene ulaşılması planlanmıştır. Hedeflenen evrendeki tüm katılımcılara ulaşılmaya çalışılmıştır; en az iki kez gidilerek katılımcılar çalışmaya davet edilmiştir.

3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Dâhil edilme kriterleri

- Ankara’da bulunan ve pediatri eğitimi verilen hastanelerde Ekim 2016 tarihinde ihtisas yapıyor olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek

Dışlama kriterleri

- Uzman olarak çalışanlar (uzman olmuş ancak henüz ataması yapılmadığından mevcut hastanede çalışmaya devam eden hekimler)
- Rotasyoneler (başka bir hastanede pediatri ihtisası yaparken rotasyona gelen asistan hekimler)
- Yan dal eğitimi alanlar

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımsız değişkenler

- Bazı sosyo demografik özellikler ve alışkanlıklar ile ilgili değişkenler:

- ✓ Yaş
- ✓ Cinsiyet
- ✓ Vücut kütle indeksi (VKİ)
- ✓ Medeni durum
- ✓ Evde kimlerle birlikte yaşadığı
- ✓ Kişisel alışkanlıklar
 - Sigara içme durumu
 - Alkollü içecek tüketme durumu
 - Egzersiz yapma durumu
- ✓ Günlük yaklaşık uyku süresi (saat)
- ✓ Öz değerlendirmeye göre uyku kalitesi puanı

-Sağlık durumu ile ilgili değişkenler:

- ✓ Doktor tarafından tanı konulmuş hastalığı olma durumu
- ✓ Sağlık yakınması olma durumu
- ✓ Sürekli ilaç kullanma durumu

✓ İyilik durumu ve boyutları (sosyal, duygusal, psikolojik)

- *Çalışma yaşamı özellikleri ile ilgili değişkenler:*

✓ Çalışılan kurum (üniversite/eğitim ve araştırma hastanesi olarak)

✓ Çalışma süresi

✓ Daha önceden başka bir kurumda çalışma durumu

✓ Günlük görülen hasta sayısı

✓ Haftalık toplam çalışma saati

✓ Nöbet tutma durumu

✓ Nöbet sayısı (aylık)

✓ İş geliri

✓ Gelir yeterliliği puanı ([1-en kötü, 10-en iyi])

✓ Maaş memnuniyet puanı ([1-en kötü, 10-en iyi])

✓ İş kazası geçirme öyküsü ve son altı aydaki sayısı

✓ İşin psikososyal özellikleri: İş yükü, iş kontrolü, iş baskısı ve sosyal destek

✓ İşle ilgili yaşam kalitesi ve alt boyutları (iş ve kariyer memnuniyeti, genel iyilik hali, ev-iş ara yüzü, iş stresi, iş kontrolü, çalışma koşulları)

3.5.2. Bağımlı Değişken

Bilinçli farkındalık düzeyi

3.6. Tanım ve Ölçütler

3.6.1. Bağımsız Değişkenlerle İlgili Tanım ve Ölçütler

Sosyodemografik özelliklerle ilgili değişkenlere ait tanım ve ölçütler:

Yaş; beyana dayalı doğum tarihi ölçüt alınarak hesaplanmış ve ortalama, ortanca ve minimum-maksimum ile sunulmuştur ve ortanca değer altı ve üstü olarak kategorize edilmiştir.

Cinsiyet; beyan edilen cinsiyet yüzde dağılımı kategorik incelenmiştir

VKİ; beyana dayalı kilo ve boy bilgisinden hesaplanarak VKİ'yi 19'un altında olanlar zayıf, 19-24,99 arasında olanlar normal, 25-29,99 arasında olanlar fazla kilolu ve 30'un üzerinde olanlar obez olarak belirtilmiştir (123).

Medeni durum; detaylı durum yüzde dağılımı ile tanımlayıcı olarak sunulmuş, kategorik analizlerde evli ve bekar olarak iki grupta incelenmiştir.

Katılımcıların evde kimlerle birlikte yaşadığı; birlikte yaşama dağılımı yüzde ile sunulmuştur. Yalnız ve aile/arkadaşlar ile birlikte olarak iki grupta incelenmiştir.

Kişisel alışkanlıklar; bu kısımda sigara içip içmediği ve içiyor ise günde adedi ve sigara içme süresi kaydedilmiş, sigara içme durumu sıklık olarak sunulmuş, miktarlar ortalama ve standart sapma değerleri ile tanımlayıcı olarak ve ayrıca paket yıl hesaplanarak sunulmuştur. Paket yıl günde içilen sigara miktarı 20'ye bölünerek elde edilen sayının kullanılan yıl ile çarpılması ile elde edilmiştir.

Alkollü içecek tüketip tüketmediği miktar ve süre aralığı olarak incelenmiş, karşılaştırmalarda düzenli alkollü içecek tüketip tüketmediği ölçüt alınarak iki kategoride incelenmiştir.

Düzenli egzersiz yapma ölçütü haftada en az üç gün yarım saatten daha uzun süreli egzersiz yapmak ve yapmamak şeklinde incelenmiştir.

Uyku alışkanlığı günlük yaklaşık ortalama uyku saati ve kişisel algıya dayalı uyku kalitesi puanı (1-en düşük, 10-en yüksek) ölçüt alınmış, ortalama, ortanca ve en küçük-en büyük ile ifade edilmiş, karşılaştırmalarda ortanca altı ve üstü olarak kategorize edilerek incelenmiştir.

Sosyodemografik özellikler ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçütleri, değişkenin kaynağı ve veri tipi Tablo 3.2'de görülmektedir.

Tablo 3.2. Sosyodemografik özellikler ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçütleri, değişkenin kaynağı ve veri tipi, (2016)

Değişken adı	Tanım/Ölçüt	Değişken kaynağı	Değişken veri tipi
Cinsiyet	Katılımcının cinsiyeti	Sosyodemografik form (beyana dayalı)	Dikotom
Yaş (yıl)	Beyan edilen doğum tarihine göre hesaplanan yaş Ortanca yaş altı ve üstü	Sosyodemografik form (beyana dayalı)	Sürekli Dikotom
Vücut kütle indeksi (VKİ)	Vücut ağırlığının, metre olarak boyun karesine bölümü Vücut ağırlığının, metre olarak boyun karesine bölümü ile elde edilen sayının <19 olması zayıf, 19-24,9 olması normal, 25-30 olması fazla kilolu, >30 obez olması	Sosyodemografik form (beyana dayalı) Sosyodemografik form (beyana dayalı)	Sürekli Ordinal
Medeni durum	Kişinin evli olma durumu	Sosyodemografik form (beyana dayalı)	Dikotom
Evde kimlerle birlikte yaşadığı	Kişinin evde yalnız yaşama durumu	Sosyodemografik form (beyana dayalı)	Dikotom
Sigara kullanımı	Hayatının herhangi bir döneminde sigara içme durumu Paket/ yıl	Sosyodemografik form (beyana dayalı)	Dikotom Sürekli
Düzenli alkol tüketimi	Miktarına bakılmaksızın düzenli alkol tüketme durumu	Sosyodemografik form (beyana dayalı)	Dikotom
Egzersiz yapma durumu	Haftada 3 kez yarım saati geçen düzenli egzersiz yapma durumu	Sosyodemografik form (beyana dayalı)	Dikotom
Günlük uyku saati	Yaklaşık bir gecede uyuma süresi	Sosyodemografik form (beyana dayalı)	Sürekli
Uyku kalitesi puanı	Kişinin uyku kalitesinin yeterliliğini değerlendirdiği puan [1 (en düşük)-10 (en yüksek)]	Sosyodemografik form (beyana dayalı)	Ordinal

Sağlık durumu ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçütleri:

Hastalık, yakınma ve ilaç kullanma durumu; hastalık varlığı ölçütü, doktor tarafından tanı konulmuş hastalık varlığı olarak incelenmiş ve en sık görülen hastalık grupları tanımlayıcı olarak sunulmuştur, karşılaştırmalarda hastalık olup olmasına

göre kategorik olarak incelenmiştir. Benzer biçimde sağlık yakınması varlığı kategorik olarak değerlendirilmiş ve en sık görülen yakınmalar tanımlayıcı olarak sunulmuştur. Sürekli kullanılan ilaç varlığı kişisel beyana dayalı olarak alınmış, yüzde dağılım olarak sunulmuştur, Ayrıca kullanılan ilaçlar etken maddelerine göre temel gruplara ayrılmış ve buna göre yüzde dağılım olarak sunulmuştur. Bilinçli farkındalık puanı ile karşılaştırmalar hastalık ve yakınması olan ve olmayan gruplar arasında yapılmıştır.

Sağlık durumu ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçütleri, değişken kaynağı ve veri tipi özellikleri Tablo 3.3’de sunulmuştur. Ek 1’de Sosyodemografik ve kişisel özelliklere ait form sunulmuştur.

Tablo 3.3. Sağlık durumu ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçütleri, değişkenin kaynağı ve veri tipi, (2016)

Değişken adı	Tanım/Ölçüt	Değişken kaynağı	Değişken veri tipi
Hastalık varlığı durumu	Doktor tarafından tanı konulmuş hastalık varlığı	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Dikotom
Hastalık adı	Tanı konulan hastalığın adı	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Nominal
Sağlık yakınması varlığı	Sağlıkla ilgili herhangi bir yakınması olması durumu	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Dikotom
Sağlık yakınması adı	Sağlık yakınması adı	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Açık Nominal
İlaç kullanma durumu	Sürekli kullanılan ilaç varlığı	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Dikotom
Kullanılan ilaç grupları	Kullanılan ilaçların etken maddelerine göre temel grubu	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Açık Nominal

İyilik durumu (well-being); ölçütüne temel olan ölçek, bütünsel sağlık kavramı temelinde insan yaşamını etkileyen tüm faktörleri içinde barındıran öğelerin

tamamının etkilediği varsayımı ile Keyes ve arkadaşları (72) tarafından geliştirilmiş, Türkçe’de geçerlik ve güvenilirliği çalışılmış, ruh sağlığı sürekliliğini temsil eden 14 madde ile 3 alt ölçekten oluşan likert tipi bir ölçektir Ruh sağlığı sürekliliği kısa formu olarak adlandırılmaktadır (Ek 3) elde edilen puanlar üzerinden, iyi olma, normal ve iyi olmama durumları tanımlanmıştır. Ölçekte yer alan 1, 2, 3. maddeler duygusal iyi olma; 4, 5, 6, 7, 8. maddeler sosyal iyi olma; 9, 10, 11, 12, 13, 14. maddeler psikolojik iyi olma alt boyutu olarak belirlenmiştir. Ölçeğin soru formunda “son bir ay boyunca aşağıdaki duyguları ne sıklıkla hissettiniz” şeklinde bir ifade bulunmaktadır ve 6’lı likert ölçeği formatında düzenlenmiştir (0-Hiçbir Zaman–5-Her gün). Ölçekten alınabilecek puan 0 ile 70 arasında değişmektedir. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekte yer alan duygusal iyi olma, sosyal iyi olma ve psikolojik iyi olma alt boyut maddelerine verilen yanıtlara karşılık gelen puanların toplamı kullanılmıştır ve ortalama, ortanca ve minimum-maksimum değerleri ile sunulmuştur. Orijinal çalışmada ölçek iç tutarlılık katsayısı (*Cronbach’s-alpha*) 0,900 bildirilmiştir. Pediatri uzmanlık eğitimi alanlar için ölçeğin iç tutarlılık katsayısı Türkçe uyarlama çalışması ile uyumlu biçimde 0,918 saptanmıştır.

Bu çalışmada geçerlilik güvenilirliği çalışılmış olan ölçekten elde edilen toplam iyilik puanı, ve alt boyutları olan “duygusal iyi olma”, “sosyal iyi olma” ve “psikolojik iyi olma” puanları iyilik durumu ölçütü olarak incelenmiştir. Elde edilen puanlar sürekli veri olarak ortalama, ortanca, 1. ve 3. çeyrek, en küçük-en büyük ile ifade edilmiştir. Toplam iyilik puanı sürekli değişken olarak bilinçli farkındalık puanı ile korelasyon analizine katılmıştır. Toplam iyilik puanı ortanca altı ve üstü alınarak kategorik değişken olarak incelenmiştir. İyilik durumu ile ilgili değişkenlere ait özetlenen tanım/ölçütler, değişken kaynağı ve veri tipi özellikleri Tablo 3.4’de sunulmuştur.

Tablo 3.4. İyilik durumu ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçütleri, değişkenin kaynağı ve veri tipi (2016)

Değişken adı	Tanım/Ölçüt	Değişken kaynağı	Değişken veri tipi
İyilik durumu	İyi olma, duygusal iyi olma boyutundaki üç ifadeden birinde “neredeysse her gün” ya da “her gün” ifadelerini işaretleyen ve psikolojik ve sosyal iyi olma boyutundaki on bir ifadeden altısında “neredeysse her gün” ya da “her gün” ifadelerini işaretleme durumu İyi olmama, duygusal iyi olma boyutundaki üç ifadeden birinde “hiçbir zaman” ya da “bir ya da iki kez” ifadelerini işaretleyen ve psikolojik ve sosyal iyi olma boyutundaki on bir ifadeden altısında hiçbir zaman” ya da “bir ya da iki kez” ifadelerini işaretleme durumu Normal ruh hali yukarıdakiler dışında kalan durum	Beyana dayalı RSS-KF ölçeği Ek. 3	Ordinal
Toplam iyilik	Kişinin hesaplanan 70 puan üzerinden alınan toplam iyilik puanı Ortanca iyilik puanı altı ve üstü	Beyana dayalı RSS-KF ölçeği	Sürekli Dikotom
Duygusal iyi olma	Kişinin hesaplanan duygusal iyi olma puanı; 15 puan üzerinden	Beyana dayalı RSS-KF ölçeği (1, 2, 3. maddelerden elde edilen)	Sürekli
Sosyal iyi olma	Kişinin hesaplanan sosyal iyi olma puanı; 25 puan üzerinden	Beyana dayalı RSS-KF ölçeği (4, 5, 6, 7, 8. maddeler sosyal iyi olma)	Sürekli
Psikolojik iyi olma	Kişinin hesaplanan psikolojik iyi olma puanı; 36 puan üzerinden alınan puan	Beyana dayalı RSS-KF ölçeği (9, 10, 11, 12, 13, 14. maddeler)	Sürekli

Çalışma yaşamı özellikleri ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçütleri:

Tablo 3.4.A’da ve Tablo 3.4.B’de çalışma yaşamı özellikleri ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçütleri, değişkenin kaynağı ve veri tipi özet tablosu sunulmuştur.

Çalışılan kurumlar; üniversite ve eğitim ve araştırma hastanesi (EAH) olarak kurumlara dağılım tanımlayıcı olarak yüzde dağılımı ile sunulmuş, karşılaştırmalı analizlerde üniversite ve EAH olarak iki grupta incelenmiştir.

İş yerine ulaşım; hangi araç ile ulaşımın sağlandığı tanımlayıcı olarak incelenmiş ve yüzde dağılım sunulmuştur. Veri kayıpları nedeniyle analizlere katılmamıştır.

Çalışma süresi; ortalama, ortanca ve minimum-maksimum değerleri ile tanımlayıcı olarak incelenmiş, haftalık toplam çalışma saati karşılaştırmalı analizlerde ≤ 56 ve > 56 olmak üzere iki grupta incelenmiş ve sunulmuştur.

Bulunduğu hastanede ne kadar süredir çalıştığı; ortalama, ortanca ve minimum-maksimum değerleri ile tanımlayıcı olarak incelenmiş, karşılaştırmalarda kıdemli asistan hekim olarak kabul edilen eğitim süresinin ≤ 2 ve > 2 yıl olma durumu şeklinde incelenmiş ve sunulmuştur.

Nöbet tutma durumu; var ve yok olarak yüzde dağılım ile, bir ayda tutulan nöbet sayısı ortalama, ortanca ve minimum-maksimum değerleri ile tanımlayıcı olarak incelenmiş ve sunulmuştur.

İşten elde edilen aylık gelir, yaklaşık aylık gelir olarak ortalama, ortanca ve minimum-maksimum değerleri ile tanımlayıcı olarak incelenmiştir.

İş geliri algısı, kişinin yaptığı iş ile elde ettiği aylık gelirin değerlendirildiği (maaş memnuniyet puanı) ve işinden elde ettiği gelirin yeterliliği (gelir yeterliliği puanı) ile ilgili görüşünü rakamsal olarak derecelendirmesine dayalı olarak incelenmiştir (1 ile 10 puan arasında). Çalışma koşulları ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçütleri, değişkenin kaynağı ve veri tipi Tablo 3.5’de sunulmuştur.

Tablo 3.5. Çalışma yaşamı özellikleri ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçütleri, değişkenin kaynağı ve veri tipi, (2016)

Değişken adı	Tanım/Ölçüt	Değişken kaynağı	Değişken veri tipi
Çalışılan kurum	Kişinin üniversite hastanesinde çalışma durumu EAH ve Üniversite hastanesinde çalışma durumu	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Tanımlayıcı nominal Dikotom
Çalışma süresi	Kişinin mevcut iş yerinde çalışma süresi	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Sürekli
Haftalık çalışma saati	Kişinin 1 hafta içinde iş yerinde çalıştığı saat	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Sürekli
Nöbet tutma durumu	Kişinin hastanede nöbet tutma durumu	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Dikotom
Nöbet sayısı	Kişinin bir ayda tuttuğu nöbet sayısı	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Sürekli
İş geliri	Kişinin ortalama aylık geliri	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Sürekli
Gelir yeterliliği puanı	Kişinin aylık gelirinin ihtiyaçlarına göre yeterliliğini değerlendirmesi [1 (en düşük)-10 (en yüksek)]	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Sürekli
Maaş memnuniyet puanı	Kişinin aylık geliri ile ilgili görüşlerini değerlendirdiği puan [1 (en düşük)-10 (en yüksek)]	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Sürekli

İş kazası geçirme durumu; beyana dayalı olarak son bir yıldaki iş kazası öyküsü var ve yok olarak iki grupta yüzde dağılımı ile ifade edilmiştir. İş kazası geçirme öyküsü ile ilgili tanım ve ölçütler, değişkenin kaynağı ve veri tipi Tablo 3.6'da sunulmuştur.

Tablo 3.6. İş kazası geçirme öyküsü ile ilgili tanım ve ölçütler, değişkenin kaynağı ve veri tipi, (2016)

Değişken adı	Tanım/Ölçüt	Değişken kaynağı	Değişken veri tipi
İş kazası geçirme öyküsü	İş kazası geçirme durumu Kişinin son 6 ayda geçirdiği iş kazası sayısı	Kişisel bilgiler formu (beyana dayalı)	Dikotom Sürekli

İşin psikososyal özelliklerini değerlendirme ölçütü olarak kullanılan; iş yükü, iş kontrolü, iş baskısı ve sosyal destek puanları 17 sorudan oluşan temelde üç ana alt grup içeren Türkçe’de geçerlik ve güvenilirliği çalışılmış 17 sorudan oluşan İsveç İş Yükü- Kontrol-Destek Anketi (Psikososyal Etkenler Bilgi Formu) ile elde edilmiştir (59) (Ek 4). İş yükü için 5, iş kontrolü için 6 ve sosyal destek için 6 soru içermektedir. İş kontrolünün ölçümünde kullanılan 6 sorunun dördü beceri kullanımı, ikisi karar serbestliği alt başlıklarından oluşmaktadır. İş yükü, beceri kullanımı ve karar serbestliği alt bölümleri için yanıt seçenekleri “sıklıkla, bazen, nadiren ve hiçbir zaman” yanıtlarından oluşmaktadır. Sosyal destek için ise “tamamen katılıyorum, kısmen katılıyorum, kısmen katılmıyorum ve tamamen katılmıyorum” seçenekleri vardır. Ölçeğin değerlendirilmesinde yanıt seçenekleri 1-4 arasında kodlanarak, her bir alt bölümün puanlarının toplanması ile ilgili alt bölümün toplam skoru elde edilmektedir. Beceri kullanımı ve karar serbestliği için elde edilen puanların toplanması ile iş kontrolü toplam skoru elde edilmektedir. Yüksek puanlar yüksek iş yükü, yüksek iş kontrolü ve yüksek sosyal desteği göstermektedir. Bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Demiral ve arkadaşları tarafından belediye işçilerinde Psikososyal Etkenler Bilgi Formu ile yapılmıştır (60). Türkçeye geçerlilik çalışmasında iş yükü, iş kontrolü ve sosyal destek için iç tutarlılık katsayısı sırasıyla 0,680, 0,520 ve 0,770 bulunmuştur. Bu çalışmada ise pediatri araştırma görevlileri için ise iş yükü için iç tutarlılık katsayısı 0,451, iş kontrolü için 0,507 ve sosyal destek için 0,827 saptanmıştır. İş yükü için bulunan iç tutarlılık katsayısı Türkçe uyarlamasına göre daha düşükken, iş kontrolü için benzer, sosyal destek için ise yüksek saptanmıştır.

- **İş yükü;** işin yoğunluğunu, zaman baskısını ve çalışma hızını, işi yerine getirirken güç gerektirme durumlarını ifade eder. İş yükünün

değerlendirilmesinde İsveç İş Yükü-Kontrol-Destek Ölçeğinden iş yükünü ifade sorulara (ilk 5 soru, 4. soru hesaplamaya kodu ters çevrilerek katılmıştır) verilen yanıtlara karşılık gelen puanların toplamı kullanılmıştır.

- **İş kontrolü;** kişinin yaptığı işteki becerisi ile çalışma ortamının bu beceriyi kullanma konusunda kişiye ne kadar imkân tanıdığı, bilgi ve becerileri doğrultusunda bir iş bir görev yerine getirilirken işin yapılış şekline karar verme gibi kendini güvende ve değerli hissedebileceği karar verme serbestliğine sahip olup olmadığını ifade eder. İş kontrolünün değerlendirilmesinde İsveç İş Yükü-Kontrol-Destek Ölçeğinden beceri kullanımı ve karar serbestliğini ifade sorulara verilen yanıtlara karşılık gelen puanların toplamı kullanılmıştır. Elde edilen puanlar ortalama, ortanca ve minimum-maksimum değerleri ile sunulmuştur (Kararlara katılım ve beceri kullanımı soruları, 9. soru hesaplamaya kodu ters çevrilerek katılmıştır).
- **İş baskısı;** iş yükü-kontrol modeline göre iş baskısının düzeyi iş yükü ve iş kontrolünün etkileşimine göre belirlenmektedir. İş baskısı değerlendirilmesinde İsveç İş Yükü-Kontrol-Destek Ölçeğinden iş yükü için elde edilen toplam puanın iş kontrolü için elde edilen toplam puana bölünmesiyle elde edilen sayısal değer kullanılmıştır. Elde edilen değer ortalama, ortanca ve minimum-maksimum değerleri ile sunulmuştur. Ayrıca iş baskısı yüksek, iş kontrolü düşük grup iş stresi yüksek grup olarak tanımlanmaktadır, ancak bu çalışmada iş yaşamı kalitesi ölçeği stres alt boyutu olduğu için bu ölçeğin yalnızca iş baskısı boyutu kullanılmıştır.
- **Sosyal destek;** kişinin iş yerindeki ortamın, üstleri ve iş arkadaşları ile ilişkisinin değerlendirilmesini sağlar ve yüksek puanlar kişinin sosyal desteğinin yüksek olduğunu ifade eder. Sosyal desteğin değerlendirilmesinde, İsveç İş Yükü-Kontrol-Destek Ölçeğinden

sosyal destek bölümünü ifade eden maddelere verilen yanıtlara karşılık gelen puanların toplamı kullanılmıştır.

Elde edilen puanlar ortalama, ortanca, 1.ve 3. çeyrek, en küçük-en büyük olarak sunulmuştur. İşin psikososyal özellikleri ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçütleri, değişkenin kaynağı ve veri tipi Tablo 3.7’de sunulmuştur.

Tablo 3.7. İşin psikososyal özellikleri ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçütleri, değişkenin kaynağı ve veri tipi, (2016)

Değişken adı	Tanım/Ölçüt İsveç İş Yükü Ölçeği	Değişken kaynağı	Değişken veri tipi
İş yükü	Kişinin elde edilen iş yükü puanı (İsveç İş Yükü Ölçeğinin iş yükü bölümündeki 5 maddeden elde edilen) - Ortanca iş yükü puanı altı ve üstü	Beyana dayalı Psikososyal Etkenler Bilgi Formu 1-5. sorular	Sürekli Dikotom
İş kontrolü	Kişinin elde edilen iş kontrolü puanı (İsveç İş Yükü Ölçeğinin iş kontrolü bölümündeki 6 maddeden elde edilen) - Ortanca iş kontrolü puanı altı ve üstü	Beyana dayalı Psikososyal Etkenler Bilgi Formu 6-9. sorular	Sürekli Dikotom
İş baskısı	Kişinin iş yükü puanının iş kontrolü puanına bölünmesi ile elde edilen puan - 1’in altı düşük iş baskısı, 1ve üstü yüksek iş baskısı	Hesaplanan iş yükü ve iş kontrolü puanı	Sürekli Dikotom
Sosyal destek	Kişinin elde edilen sosyal destek puanı (İsveç İş Yükü Ölçeğinin sosyal destek bölümündeki 6 maddeden elde edilen) - Ortanca sosyal destek puanı altı ve üstü	Beyana dayalı Psikososyal Etkenler Bilgi Formu 11-17. sorular	Sürekli Dikotom

Çalışma yaşamı kalitesi; orijinali WRQoL olan ve Van Laar ve arkadaşları tarafından sağlık çalışanlarında psikometrik özelliklerin geliştirilmesi ve test edilmesi amacıyla hazırlanan İYKÖ ile değerlendirilmiştir (Ek 5). Anketin orijinali 23 sorudan oluşmaktadır ve iş ve kariyer memnuniyeti, genel iyilik hali, ev-iş arayüzü, iş stresi, iş kontrolü, iş ve çalışma koşulları olmak üzere 6 alt grubu vardır (92). Türkçe uyarlaması Duyan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (89). Ankette

her bir soru 5'li likert (kuvvetle katılıyorum-katılıyorum-tarafsız-katılmıyorum-kuvvetle katılmıyorum) olarak ifade edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ankette yer alan 1, 9 ve 20 numaralı soruların işlemediği görülmüş ve Türkçe uyarlamasında 20 soruluk anketin daha uygun olacağı belirtilmiştir. Ayrıca ölçekte 7 ve 19 numaralı sorularda ters puanlama yapılmıştır. Orijinal Türkçeye geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında 20 soruluk anketin iç tutarlılık katsayısı 0,890 bildirilmiştir. Pediatri uzmanlık eğitimi alanlarda ölçeğin iç tutarlılık katsayısının 0,900 olduğu ve Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması ile uyumlu olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada geçerli ve güvenilir bulunan 20 soruluk ölçekten elde edilen toplam puan ile değerlendirilmiş olup ortalama, ortanca, 1.ve 3. çeyrek, en küçük-en büyük olarak sunulmuştur (Ek 5). Karşılaştırmalı analizlerde sürekli veri olarak korelasyon analizinde, kategorik değişken olarak kategorik karşılaştırmalarda incelenmiştir.

Çalışma yaşamı kalitesine temel ölçüt olan ölçek ve alt boyut puanları aşağıda sunulmuştur; yüksek puanlar ilgili boyut için yüksek memnuniyeti, iyilik durumunu, ev-iş arasındaki uyumu ve stresi ifade ettiği kabul edilmiştir.

- **İş ve kariyer memnuniyeti** için elde edilen puanlar ortalama, ortanca ve minimum-maksimum değerleri ile sunulmuştur. Kişinin yetenek ve becerilerini kullanma fırsatını, yeni beceriler geliştirmesini, kariyer fırsatlarının ve birim yöneticisi tarafından takdir edilme durumlarının değerlendirilmesini sağlayan iş kariyer memnuniyeti için, yüksek puanlar kişinin iş kariyer memnuniyetinin yüksek olduğunu ifade eder. İş ve kariyer memnuniyetinin değerlendirilmesinde İİYK ölçeğinin 3, 8, 11 ve 18. maddelerine verilen yanıtlara karşılık gelen puanların toplamı kullanılmıştır.
- **Genel iyilik hali** için elde edilen puanlar ortalama, ortanca ve minimum-maksimum değerleri ile sunulmuştur. Kişinin mevcut anda kendini iyi hissetmesinin, hayatından memnun olma durumunun, işlerinin yolunda gitmesinin ve son zamanlardaki genel memnuniyet durumunun değerlendirilmesini sağlar, yüksek puanlar kişinin genel iyilik halinin yüksek olduğunu ifade eder. Genel iyilik halinin

değerlendirilmesinde İİYK ölçeğinin 4, 10, 15, 17 ve 21. maddelerine verilen yanıtlara karşılık gelen puanların toplamı kullanılmıştır.

- **Ev-iş ara yüzü** için elde edilen puanlar ortalama, ortanca ve minimum-maksimum değerleri ile sunulmuştur. Kişinin işvereni ve birim yöneticisinin aile hayatı ile ilgili yeterli olanakları sağlaması, çalışma koşullarının kişisel hayatına uyumunun değerlendirilmesini sağlar, yüksek puanlar kişinin ev-iş ara yüzünün uyumlu olduğunu ifade eder. Ev- iş ara yüzünün değerlendirilmesinde İİYK ölçeğinin 5, 6 ve 14. maddelerine verilen yanıtlara karşılık gelen puanların toplamı kullanılmıştır.
- **İş stresi** için elde edilen puanlar ortalama, ortanca ve minimum-maksimum değerleri ile sunulmuştur. Kişinin iş ortamında kendini baskı altında hissetmesi ve aşırı derecede stres yaşaması durumunun değerlendirilmesini sağlar, yüksek puanlar yüksek iş stresini ifade eder. İş stresinin değerlendirilmesinde İİYK ölçeğinin 7. ve 19. maddelerine verilen yanıtlara karşılık gelen puanların toplamı kullanılmıştır.
- **İş kontrolü** için elde edilen puanlar ortalama, ortanca ve minimum-maksimum değerleri ile sunulmuştur. Kişinin çalışma alanı ile ilgili durumlarda karar sürecine katkı sunabilme durumunu, fikirlerini dile getirebilmesi ve fikirlerinin çalışma alanında değişikliğe neden olabilme durumlarını ifade eder. İş kontrolünün değerlendirilmesinde İİYK ölçeğinin 2., 12. ve 23. maddelerine verilen yanıtlara karşılık gelen puanların toplamı kullanılmıştır.
- **Çalışma koşulları** için elde edilen puanlar ortalama, ortanca ve minimum-maksimum değerleri ile sunulmuştur. Kişinin işverenin verimliliği artırmak için sağladığı koşulları, iş yerindeki güven ortamını ve çalışma koşullarından memnuniyeti ifade eder. İş ve çalışma koşullarının değerlendirilmesinde İİYK ölçeğinin 13., 16. ve

22. maddelerine verilen yanıtlara karşılık gelen puanların toplamı kullanılmıştır.

Çalışma yaşamı kalitesi ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçütleri, değişkenin kaynağı ve veri tipi Tablo 3.8’de sunulmuştur.

Tablo 3.8. Çalışma yaşamı kalitesi ile ilgili değişkenlerin tanım ve ölçütleri, değişkenin kaynağı ve veri tipi, (2016)

Değişken adı	Tanım/Ölçüt	Değişken kaynağı	Değişken veri tipi
	İşle İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği		
Çalışma yaşamı kalitesi	- Kişinin elde edilen çalışma yaşamı kalitesi puanı, 100 puan üzerinden alınan puan - Ortanca çalışma yaşamı kalitesi puanı altı ve üstü	Beyana dayalı İYK formu	Sürekli Dikotom
İş-kariyer memnuniyeti	Kişinin iş kariyer memnuniyeti puanı, 15 puan üzerinden alınan puan - Ortanca iş kariyer memnuniyeti puanı altı ve üstü	Beyana dayalı İYK formu (8, 11 ve 18. sorulara verilen yanıtlardan elde edilen)	Sürekli Dikotom
Genel iyilik hali	Kişinin genel iyilik hali puanı , 25 puan üzerinden alınan puan - Ortanca genel iyilik puanı altı ve üstü	Beyana dayalı İYK formu (4, 10, 15, 17 ve 21. sorulara verilen yanıtlardan elde edilen)	Sürekli Dikotom
Ev-iş arayüzü	Kişinin ev-iş arayüzü puanı, 15 puan üzerinden alınan puan - Ortanca ev-iş ara yüzü puanı altı ve üstü	Beyana dayalı İYK formu (5, 6 ve 14. sorulara verilen yanıtlardan elde edilen)	Sürekli Dikotom
İş stresi	Kişinin iş stresi puanı, 10 puan üzerinden alınan puan - Ortanca iş stresi puanı altı ve üstü	Beyana dayalı İYK formu (7 ve 19. sorulara verilen yanıtlardan elde edilen)	Sürekli Dikotom
İş kontrolü	Kişinin iş kontrolü puanı, 15 puan üzerinden alınan puan - Ortanca iş kontrolü puanı altı ve üstü	Beyana dayalı İYK formu (2, 12 ve 23. sorulara verilen yanıtlardan elde edilen)	Sürekli Dikotom
Çalışma koşulları	Kişinin iş ve çalışma koşulları puanı, 15 puan üzerinden alınan puan - Ortanca çalışma koşulları puanı altı ve üstü	Beyana dayalı İYK formu (13, 16 ve 22. sorulara verilen yanıtlardan elde edilen)	Sürekli Dikotom

3.6.2. Bağımlı Değişken ile İlgili Tanım ve Ölçütler

Bilinçli farkındalık durumu; anketten elde edilen toplam puana göre incelenmiştir (Tablo 3.9). Bilinçli farkındalık puanı kişinin günlük yaşamdaki anlık deneyimlerinin farkında ve bunlara karşı dikkatli olma yönündeki genel eğilimini ölçen Brown ve Ryan (8) tarafından geliştirilen, 15 maddelik likert tipi bir ölçek olan BİFÖ ile yapılmıştır. Ölçekten alınan yüksek puanlar bilinçli farkındalığın yüksek olduğunu göstermektedir ve maddelere verilen yanıtlar 6 dereceli (1-hemen hemen her zaman, 2-çoğu zaman, 3-bazen, 4-nadiren, 5-oldukça seyrek, 6-hemen hemen hiçbir zaman) olarak ifade edilmiştir (Ek 6). Bu ölçeğin Türkçe'ye geçerlik ve güvenirliği Özyeşil ve arkadaşları tarafından değerlendirilmiştir (110, 111). Mevcut çalışmada da Türkçe'ye geçerliği ve güvenirliği uygun olan bu ölçek kullanılmıştır, iç tutarlılık katsayısı 0,800 ve test-tekrar test korelasyon ile 0,860 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmada pediatri uzmanlık eğitimi alanlarda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması ile benzer olarak, 0,813 saptanmıştır.

Tablo 3.9. Bağımlı değişken ile ilgili tanım ve ölçütler, değişkenin kaynağı ve veri tipi, (2016)

Değişken adı	Tanım/Ölçüt	Değişken kaynağı	Değişken veri tipi
Bilinçli farkındalık puanı	Kişinin elde edilen bilinçli farkındalık puanı Maksimum 90 puan üzerinden alınan toplam puan	Beyana dayalı BİFÖ	Sürekli

3.7. Veri Araçlarının Denenmesi, Pilot Uygulama ve Kalite Kontrol

Verilerin elde edilmesinde değişkenler ve ölçütleri doğrultusunda hazırlanan veri toplama formu ve ilgili ölçekler kullanılmıştır. Veri toplama formunun kişisel bildirimine dayalı olarak ön çalışması Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri AD'nda Eylül 2016 tarihinde görev yapan 15 pediatri yan dal araştırma görevlisine uygulanmıştır, ilgili kişiler ortak bir toplantı salonunda tez sahibinin gözetiminde

anket formlarını doldurmuşlar, salonda bulunan kutuya isimsiz olarak anket formlarını kapalı zarf içinde atmışlardır. Ayrıca ön çalışmada yan dal araştırma görevlilerine boş A4 kağıt dağıtılarak anlaşılamayan ifade ve soruların yazılması istenmiştir. Elde edilen ön sonuçlara göre anket formlarında gerekli düzenlemeler yapılarak veri tabanı hazırlanmıştır, ardından veri toplama aşamasına geçilmiştir. Ön çalışmaya katılan hekimler tarafından anket formlarının yaklaşık olarak 20-25 dakikada doldurulabildiği ve soruların anlaşılır olduğu belirtilmiştir. Pilot uygulamaya katılan hekimler araştırma dışı bırakılmıştır.

Çalışmaya dahil olan merkezlerde anket formlarının kapalı zarflar içinde katılımcılara ulaştırılması ve yine kapalı zarf içinde teslim alınarak kapalı kutulara atılması her merkezde bulunan veri toplama görevlileri tarafından sağlanmıştır. Veri giriş ve analizleri tek kişi tarafından gerçekleştirilmiştir.

3.8. Araştırmanın İnsan Gücü

Araştırmanın tez danışmanı olan Doç. Dr. Sibel Kıran planlama, uygulama, değerlendirme ve yazım aşamasında, tez sahibi olan Dr. Eda Karadağ Öncel planlama, uygulama, veri girişi, değerlendirme ve yazım aşamasında görev almıştır. Araştırmanın yapıldığı merkezlerde anabilim dalı başkanı veya eğitim sorumlusu tarafından belirlenen bir pediatri hekimi veri toplama görevlisi olarak çalışmada yer almıştır. Tez sahibi tarafından bu pediatri hekimleri; araştırmanın amacı, veri toplama formlarının içeriği ve cevaplama şekli gibi konularda bilgilendirilmiştir. Görevli hekimler, anket formlarının katılımcılara kapalı zarf ile ulaştırılması, bu kapalı zarfların kutularda toplanmasını ve tez sahibine anket formlarının teslim edilmesi aşamalarında katkı sağlamışlardır.

3.9. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Elde Edilmesi

Bilgilendirilmiş onam ve çalışmaya katılma onayı sayfasına ek olarak, veri toplama aracı iki bölümden oluşmuştur: İlk bölümde, değişkenler doğrultusunda hazırlanan veri toplama formu ve ikinci bölümde değişkenlerde tanımlanan ölçeklere ait standart formlara yer verilmiştir. Araştırma veri toplama formu 26 sorudan oluşan, bağımsız değişkenlerde yer alan ve standart ölçeklere dayanmayan

araştırmacı tarafından hazırlanan özellikleri içeren bir formdur ve bir örneği Ek 7’de sunulmuştur. İkinci bölümde tanım ve kriterlerde ifade edilen, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlikleri gösterilmiş, kullanımda olan standart soru formları kullanılarak incelenen değişkenlere ait sorulara yer verilmiştir. Bu ölçekler; 14 madde ve 3 alt ölçekten oluşan RSS-KF (Ek 3), 17 sorudan ve 3 alt bölümden oluşan psikososyal etkenler bilgi formu (Ek 4), 20 sorudan ve 6 alt bölümden oluşan İYKÖ (Ek 5), 15 maddeden oluşan BİFÖ (Ek 6) Bölüm 7’de sunulmuştur.

Hedeflenen evrendeki tüm katılımcılara ulaşılmaya çalışılmıştır, tez sahibi veya veri toplama görevlisi hekimler tarafından katılımcılar en az iki kez çalışmaya davet edilmişler ve ulaşılamayan ya da çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kişiler çalışma dışı bırakılmıştır. Anketlerin anonimliği ve geldiği yer açasından da gizliliği veri toplama görevlileri tarafından veri toplama aşamasında kapalı kutular ve isimsiz zarfların kullanımı ile sağlanmıştır. Anketler katılımcılara kapalı bir zarf içerisinde iletilmiştir ve yine kapalı zarf içerisinde isimsiz olarak kapalı kutular içerisine atılarak teslim alınmıştır. Veri toplama görevlisi hekimlerin veri toplama süreci ve formlarına ilişkin soruları tez sahibi tarafından cevaplanmıştır. Bilgilendirilmiş gönüllü onam formları anketlerle birlikte katılımcılara verilmiş ve imza karşılığında teslim alınmıştır.

3.10. Etik Konular ve Kurumsal İzinler

Araştırmada uluslararası etik kurallara ve Helsinki Bildirgesi İlkeleri’ne uyulmuş, katılımcıların bilgilendirilmiş onam ve çalışmaya katılma onayları yazılı olarak istenmiş ve bu sayfalar anketlerden ayrılarak veri gizliliği sağlanmıştır. Çalışma verilerinin sunumunda kurumsal detayların gizliliğinin korunması için hangi verinin hangi kurumdan geldiği konusunda kurumlar kodlanarak işlenmiştir.

Araştırmanın yürütüldüğü kurumlarda her bir merkezden izin alınmış (Ek 8) ve etik kurul başvurusunda tüm bu merkezlerden alınan izinler Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı’na sunulmuştur. Araştırma için 13.07.2016 tarihli ve GO 16/441-22 sayılı Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı (Ek 1) alınmıştır.

Ayrıca çalışmada kullanılan, literatürde kullanıma açık olarak sunulmamış ölçekler için ilgili araştırmacılardan e-posta yoluyla izin alınmıştır (Ek 9).

3.11. Çıkar Çatışması/Çakışması

Araştırmacıların bu çalışmanın yürütülmesindeki süreçlerin herhangi birinde yer alan unsurlarla ilgili herhangi çıkar çatışması ve çakışması bulunmamaktadır, çalışmanın akademik tarafsızlıkla yürütülmesine özen gösterilmiştir (Bknz. beyan formu).

3.12. Araştırma Bütçesi

Araştırma bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır (kırtasiye giderleri 450 TL) ve herhangi bir kurum, kuruluş ve kişiden maddi destek alınmamıştır.

3.13. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analiz

Elde edilen anketler bilgisayar ortamında IBM SPSS Statistics (Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp) programına aktarılmıştır, verinin analize hazırlanması süreci araştırmacılar tarafından yapılmıştır, araştırma temel çıktısı ile ilgili olan ve değerlendirilemeyecek eksik veriler dışlanmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri (PP Plot)) ve analitik yöntemlerle ($n > 50$ olduğu için Kolmogorov-Smirnov testi ile) incelenmiştir. Tanımlayıcı veriler, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak, sürekli değişkenler için ortalama±standart sapma, 1. ve 3. çeyrek, ortanca (en küçük-en büyük değerleri) verilerek yapılmıştır. Ölçeklerden elde edilen normal dağılıma sahip puanlar bağımsız iki grup arasındaki karşılaştırmalar bağımsız gruplarda t testi (*Independent samples t-test*), normal dağılım göstermeyen puanlar *Mann-Whitney U* testi ile karşılaştırılmıştır. İki'den çok grubun karşılaştırılmasında normal dağılıma sahip değerlerin standart sapma veya varyansları homojen ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Koşullar sağlanmadığında Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için karşılaştırmalar Pearson ki-kare testi, 2x2 düzende Fisher'in kesin testi kullanılarak yapılmıştır. Çalışmada p değeri 0,05 olarak alınmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlığı Cronbach's alfa katsayıları ile değerlendirilmiştir. Ruh sağlığı sürekliliği kısa formu ve İYKÖ için iç tutarlılık katsayısı 0,900 saptanmıştır. Psikososyal Etkenler Bilgi Formu'nun alt ölçekleri olan iş yükü, iş kontrolü için ve sosyal destek için sırasıyla iç tutarlılık katsayısı 0,451, 0,507 ve 0,827 saptanmıştır. BİFÖ'nün iç tutarlılık katsayısı 0,813 saptanmıştır.

Bilinçli farkındalık puanı ile diğer anketlerden elde edilen puanların korelasyon katsayıları ve istatistiksel anlamlılıkları normal dağılım gösterenler için, Pearson korelasyon analizi, normal dağılım göstermeyenler için Spearman korelasyon analizi ile hesaplanmıştır. Korelasyonun derecesi, korelasyon katsayısı (r) ile ifade edilmiştir. Korelasyon katsayısı 0,05-0,30 arasında olduğunda düşük veya önemsiz korelasyon; 0,30-0,40 olduğunda düşük-orta derecede korelasyon, 0,40-0,60 arasında olduğunda orta derecede korelasyon, 0,60-0,70 olduğunda iyi derecede korelasyon, 0,70-0,75 arasında olduğunda çok iyi derecede korelasyon ve 0,75-1,00 arasında olduğunda mükemmel korelasyon olarak kabul edilmiştir (124).

Araştırmanın temel hipotezi:

H₀: Çalışma yaşamı kalitesi puan grupları arasında bilinçli farkındalık puanı ortalamaları arasında fark yoktur

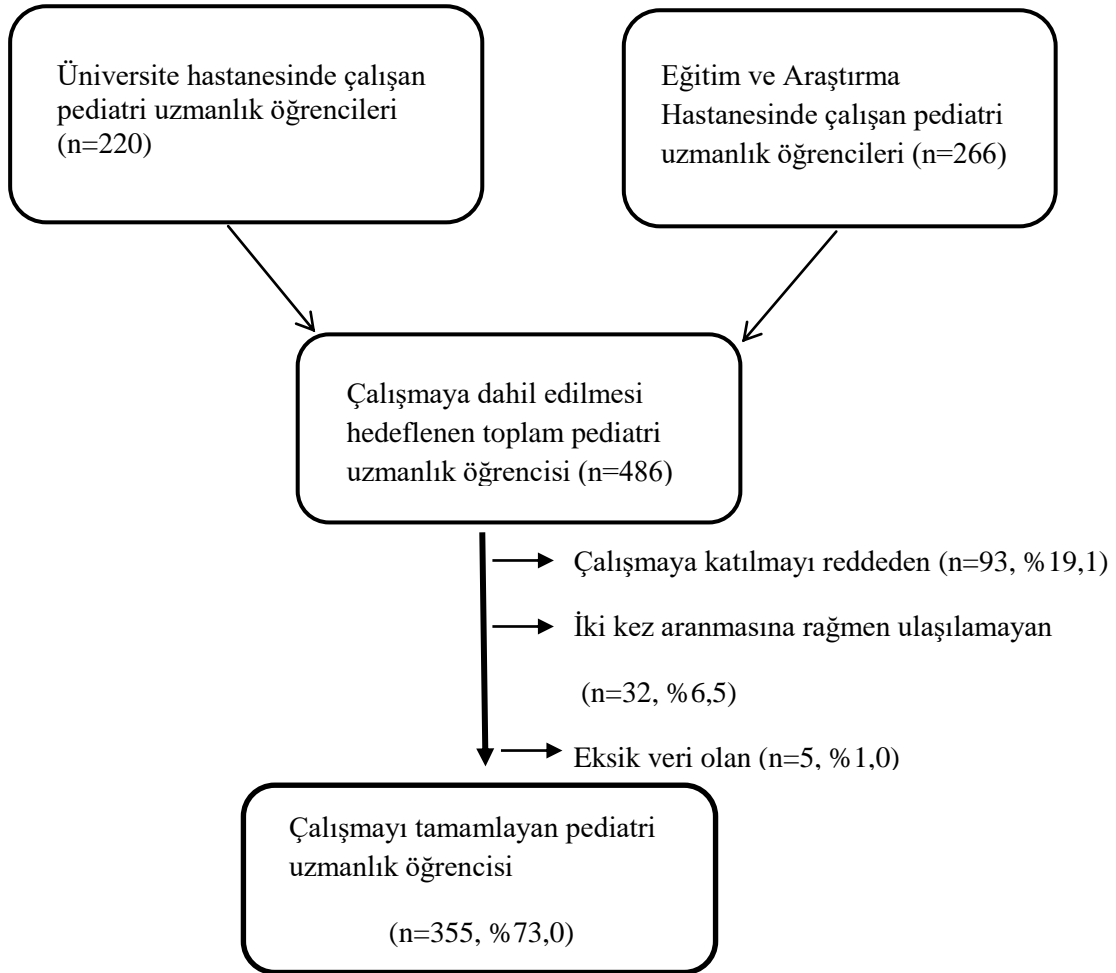
Alt hipotezler:

- 1.H₀: Sosyodemografik özellik alt grupları arasında bilinçli farkındalık düzeyi yüksek ya da düşük olması yönünden fark yoktur
2. H₀: Sağlık özellik alt grupları arasında bilinçli farkındalık düzeyi yüksek ya da düşük olması yönünden fark yoktur
3. H₀: Çalışma yaşamı özellikleri grupları arasında bilinçli farkındalık düzeyi yüksek ya da düşük olması yönünden fark yoktur şeklinde incelenmiştir.

4. BULGULAR

4.1.Araştırmanın Akış Şeması, Ulaşılabilirlik ve Tamamlanabilme Yüzdeleri

Araştırmanın yapıldığı tarihte görev yapan toplam 486 asistan hekimin %19,1'i (n=93) çalışmaya katılmayı reddetmiştir; %6,5'ine (n=32) farklı zamanlarda iki kez aranmasına rağmen ulaşılamamıştır; %1,0'ı (n=5) ise çalışmaya katılmayı kabul etmesine rağmen anket sorularını yanıtlamadığı için çalışma dışı bırakılmıştır. Sonuç olarak bu araştırma 355 kişide yürütülmüştür. Araştırmanın akış şeması Şekil 4.1'de özetlenmiştir.



Şekil 4.1. Araştırmanın akış şeması

Araştırma hedef grubunun 355'ine ulaşılmıştır (%73,0). Ankara'da pediatri eğitimi verilen altı üniversite hastanesi ve dört eğitim ve araştırma hastanesindeki hedef kişi sayısı ve ulaşılabilirlik yüzdesi Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Araştırma evreninde yer alan merkezlere göre ulaşılabilirlik dağılımı, (2016)

Merkezler	Hedef sayı	Ulaşılabilen sayı	Yüzde (%)
Üniversite 1	103	74	71,8
Üniversite 2	51	41	80,3
Üniversite 3	43	32	74,4
Üniversite 4	10	9	90,0
Üniversite 5	7	6	85,7
Üniversite 6	6	6	100,0
Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1	105	70	66,6
Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2	99	70	70,7
Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3	39	26	66,6
Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4	23	21	91,3
Toplam	486	355	73,0

Araştırmanın tanımlayıcı bulguları değişkenler doğrultusunda gruplandırılarak çalışanların bazı sosyodemografik özellikleri ile ilgili bulguları, sağlık durumu ile ilgili bulguları, çalışma yaşamı özellikleri ile ilgili bulguları, çalışma yaşamı kalitesi ile ilgili bulguları ve bilinçli farkındalık ile ilgili bulguları olarak alt başlıklarda sunulmuştur. Çalışma yaşamı özellikleri içerisinde işin psikososyal özellikleri de değerlendirilmiştir. Ardından karşılaştırmalara ait bulgular çalışanın bazı sosyodemografik özellikleri ve alışkanlıklarına, bazı sağlık durumu değişkenlerine, bazı çalışma yaşamı özelliklerine göre bilinçli farkındalık bulguları olarak sunulmuştur.

4.2. Tanımlayıcı Bulgular

4.2.1. Çalışanların Bazı Sosyodemografik Özellikleri ile İlgili Tanımlayıcı Bulguları

Araştırmaya katılanların bazı sosyodemografik bulguları Tablo 4.2'de özetlenmiştir. Çalışanların %72,7'si (n=258) kadın, %27,3'ü (n=97) erkektir. Medeni durum incelendiğinde; %54,9'unun (n=195) bekar, %44,5'inin (n=158) evli, %0,6'sının (n=2) boşanmış olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan pediatri uzmanlık öğrencilerinin, %62,8'inin (n=223) ailesi ile, %28,2'sinin (n=100) yalnız,

%7,3'ünün (n=26) arkadaşlarıyla, %1,7'sinin (n=6) diğer kişilerle birlikte yaşadığı saptanmıştır. Katılımcıların %14,7'sinin (n=52) çocuk sahibi olduğu; %12,6'nın (n=45) bir, %1,9'unun (n=7) iki çocuğu olduğunu bildirmiştir.

Tablo 4.2. Pediatri uzmanlık öğrencilerinin bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı, (2016)

Bazı sosyodemografik özellikler (n=355)	n	%
Cinsiyet		
Kadın	258	72,7
Erkek	97	27,3
Medeni durum		
Bekar	195	54,9
Evli	158	44,5
Boşanmış	2	0,6
Evde kimlerle birlikte yaşadığı		
Ailesi ile	223	62,8
Yalnız	100	28,2
Arkadaş	26	7,3
Diğer	6	1,7
Çocuk sahibi olma durumu		
Evet	52	14,7
Hayır	303	85,3

Araştırma grubunda, yaş ortalaması $27,7 \pm 2,4$ yıl; ortanca 27,0 (en küçük-en büyük değerleri; 23,0-41,0) saptanmıştır. (Tablo 4.3). Anket formlarında kilo ve boy sorularını yanıtlayan 345 kişinin ortalama VKİ'i $23,2 \pm 3,6$; ortanca VKİ'i 22,6 (en küçük-en büyük değerleri; 16,7-37,9) hesaplanmıştır (Tablo 4.3). Bu sonuçlara göre katılımcıların en sık olarak %67,0'sinin (n=238) normal, en az sıklıkta %4,2'sinin (n=15) obez olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Çalışanların bildirdikleri yaklaşık günlük uyku saat ortalaması $6,3 \pm 1,0$; ortancası 6 (en küçük-en büyük değerleri; 3,0-10,0) saat ve günlük uyku kalitesi puanı ortalaması $4,8 \pm 2,1$; ortancası ise 5,0 (en küçük-en büyük değerleri; 1,0-10,0) puan olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Pediatri uzmanlık öğrencilerinin yaş, vücut kitle indeksi, uyku saati ve uyku kalitesi puanı değişkenlerinin ortalama ve yaygınlık ölçütleri, (2016)

Değişken	n	Ortalama±SS	Ortanca (1. ve 3. çeyrek)	En küçük- en büyük
Yaş (yıl)	355	27,7±2,4	27 (26,0-29,0)	23,0-41,0
Vücut kütle indeksi (kg/m ²)	345	23,2±3,6	22,6 (20,5-29,0)	16,7-37,9
Uyku saati (günlük)	355	6,3±1,0	6,0 (6,0-7,0)	3,0-10,0
Uyku kalitesi puanı	355	4,8±2,1	5,0 (3,0-6,0)	1,0-10,0

Tablo 4.4. Pediatri uzmanlık öğrencilerinin vücut kütle indeksi gruplarına dağılımı, (2016)

Vücut kütle indeksi kategorizasyonu	n	%
Zayıf	18	5,8
Normal	238	67,0
Fazla kilolu	74	20,8
Obez	15	4,2
Toplam	345	100,0

Sigara ve alkol alışkanlığı irdelendiğinde; katılımcıların %73,5'inin (n=261) hiç sigara içmediği, %5,9'unun (n=21) içip bıraktığı, %11,8'inin (n=42) ara sıra sigara içtiği ve %6,2'sinin (n=31) sürekli sigara içtiği saptanmıştır. Sürekli sigara içen ve ara sıra sigara içtiğini belirten kişilerin %79,5'i (n=58) 'kaç yıldır günlük kaç sigara tükettiklerini' bildirmiştir; bu kişilerde paket yılı ortalaması 2,4±2,2; ortanca 2,0 (en küçük-en büyükler değerler: 0,1-10,0) saptanmıştır. Araştırma görevlilerinin, %7,8'i (n=28) düzenli alkol kullandıklarını bildirmişlerdir (Tablo 4.4).

Düzenli egzersiz yapma durumu incelendiğinde; düzenli egzersiz yapanların %14,1 (n=50), ve en sık yapılan egzersizlerin de sırasıyla yürüyüş (21/50, %42), pilates (5/50, %10), yüzme (3/50, %6) ve koşma (3/50, %6) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Pediatri uzmanlık öğrencilerinin bazı alışkanlıkları ile ilgili bulguların dağılımları, (2016)

Bazı alışkanlıklar (n=355)	n	%
Sigara içme durumu		
Hiç içmemiş	261	73,5
İçmiş, bırakmış	21	5,9
Ara sıra içiyor	42	11,8
Sürekli içiyor	31	8,7
Düzenli alkol kullanımı		
Evet	28	7,9
Hayır	327	92,1
Düzenli egzersiz yapma		
Evet	50	14,1
Hayır	305	85,9

4.2.2. Çalışanların Sağlık Durumu ile İlgili Tanımlayıcı Bulguları

Araştırmaya katılan pediatri asistanlarının %39,2'si (n=139) doktor tarafından tanı konulmuş bir hastalığı olduğunu, %50,4'ü (n=179) herhangi bir sağlık yakınması olduğunu bildirmiştir. Bildirilen, doktor tarafından tanı konulmuş hastalıklar incelendiğinde; en sık alerjik rinit, alerjik konjunktivit ve astım gibi alerjik hastalıklar olduğu, ardından gastrit ve irritabl barsak hastalığı gibi gastrointestinal sistem hastalıkları, anemi ve tromboz gibi hematolojik hastalıklar, Hashimoto tiroiditi gibi otoimmün hastalıklar olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Bildirilen duyu durum ilişkili hastalıklar %14,3 iken, bu hastalıkların en sık anksiyete bozukluğu ve depresyon olduğu saptanmıştır. Herhangi bir sağlık yakınması varlığı sorgulandığında; %50,4'ünün (n=179) sağlık yakınması olduğu; en sık görülen yakınmaların kas-eklem ağrısı, baş ağrısı, uyku bozukluğu ve uyuklama hali olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Asistan hekimlerin %18,0'inin düzenli ilaç kullandığı, en sık kullanılan ilaçların antidepresanlar, levotiroksin ve alerjik hastalıklar için inhaler ve topikal ilaçlar ve antihistaminikler olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Pediatri uzmanlık öğrencilerinin bildirdikleri doktor tarafından tanısı konulmuş hastalıkları, sağlık yakınmaları ve kullandıkları ilaçların dağılımı, (2016)

Özellikler	n	%
Kronik hastalık		
Yok	216	60,8
Var	139	39,2
Hastalık grupları (n=139)		
Alerjik hastalıklar	39	28,0
Gastrointestinal sistem hastalıkları	26	18,7
Hematolojik hastalıklar	25	17,9
Otoimmün hastalıklar	23	16,5
Duygudurum ilişkili hastalıklar	20	14,3
Sağlık yakınması		
Yok	176	49,5
Var	179	50,5
Yakınma (n=179)		
Kas-eklem ağrıları	98	54,7
Baş ağrısı	91	50,8
Uyku bozukluğu	87	48,6
Uyuklama hali	42	23,4
Düzenli ilaç kullanımı		
Yok	291	81,9
Var	64	18,1
İlaç grupları (n=64)		
Antidepresan	14	21,8
Levotiroksin	14	21,8
Antihistaminik/inhaler-topikal steroid	13	20,3

İyilik durumunun değerlendirildiği RSSKF’nda bulunan önermelere verilen yanıtlara göre (Ek 10) katılımcıların iyi olma durumları değerlendirildiğinde; %64,8’inin (n=230) normal, %16,1’inin (n=57) iyi, %19,2’sinin (n=68) iyi olmadığı saptanmıştır. İyi olma puanının ortalaması $32,6 \pm 13,0$ (en küçük-en büyük; 1,0-64,0), duygusal iyi olma puanı $7,7 \pm 3,4$, sosyal iyi olma puanı $8,9 \pm 5,0$, psikolojik iyi olma

puanı $15,9\pm 6,2$ olarak saptanmıştır. Tablo 4.7’de toplam iyilik puanı ve ait boyut puanlarının dağılımı görülmektedir.

Tablo 4.7. Toplam iyilik puanı ve alt boyut puanlarının ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri

Değişken	Ortalama \pm SS	Ortanca (1. ve 3. çeyrek)	En küçük-en büyük
Toplam iyilik puanı	32,6 \pm 13,0	33 (24,0-42,0)	1,0-64,0
Duygusal iyi olma puanı	7,7 \pm 3,5	8,0 (5,0-11,0)	0-15,0
Sosyal iyi olma puanı	8,9 \pm 5,0	8,0 (5,0-12,0)	0-23,0
Psikolojik iyi olma puanı	15,9 \pm 6,3	16,0 (11,0-21,0)	0-29,0

4.2.3. Çalışanların Çalışma Yaşamı Özellikleri ile İlgili Tanımlayıcı Bulguları

Araştırmaya katılan pediatri uzmanlık öğrencilerinin %44,8’inin (n=159) üniversite hastanelerinde, %55,2’sinin (n=196) EAH’nde çalıştığı saptanmıştır. Çalışanların işe ulaşmaları için hangi aracı kullandıkları sorgulandığında; %53,0’ünün (n=188) iş yerlerine ulaşmalarını kendi araçları ile sağlamakta olduğu, %27,0’sinin (n=96) yürüyerek, %17,5’inin (n=62) toplu taşıma araçları ile ve %2,6’sının (n=9) diğer ulaşım araçları ile iş yerine gittiği saptanmıştır (Tablo 4.8).

Günlük çalışma süresi ortalama $9,0\pm 3,5$ saat, haftalık çalışma saati ise ortalama $78,2\pm 25,3$ saat olarak bildirilmiştir. Katılımcıların %75,7’sinin haftalık çalışma saatinin 56’nın üzerinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8). Pediatri uzmanlık öğrencilerinin buldukları hastanedeki çalışma süresinin ortalaması $1,9\pm 1,2$ yıldır. Kıdemlilik sınırı olarak alınan 2 yıl üzerinde çalışma %50,2 olarak saptanmıştır (Tablo 4.8). Katılımcıların %94,4’ünün (n=335) buldukları hastanelerde nöbet tuttuğu (Tablo 4.8) ve ortalama nöbet sayısının ayda $7,7\pm 2,7$ olduğu saptanmıştır. Tablo 4.9’da çalışma yaşamı özellikleri ile ilgili bazı değişkenlere ait ortalamalar ve yaygınlık ölçütleri özetlenmiştir.

Tablo 4.8. Pediatri uzmanlık öğrencilerinin bazı çalışma yaşamı özelliklerinin dağılımı, (2016)

	n=355	%
Hastaneye ulaşım		
Kendi aracı ile	188	53,0
Yürüyerek	96	27,0
Toplu taşıma araçları ile	62	17,5
Diğer	9	2,6
Mevcut hastanede çalışma süresi		
≤2 yıl	177	49,9
>2 yıl	178	50,1
Haftalık çalışma saati		
≤56	86	24,2
>56	269	75,8
Nöbet tutma		
Hayır	20	5,6
Evet	335	94,4

Tablo 4.9. Pediatri uzmanlık öğrencilerinin çalışma yaşamı özellikleri ile ilgili bazı değişkenlerin ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri, (2016)

Özellikler	n	Ortalama±SS	Ortanca (1. ve 3. çeyrek)	En küçük- en büyük
Günlük çalışma süresi (saat)	353	9,0±3,5	9,0 (8,0-10,0)	7,0-36,0
Haftalık çalışma süresi (saat)	348	78,2±25,3	80,0 (60,0-96,0)	10,0-160,0
Şu anki iş yerinde çalışma süresi (yıl)	355	1,9±1,2	2,0 (0,5-3,0)	0,1-5,0
Nöbet sayısı (ayda)	335	7,7±2,7	8,0 (6,0-10,0)	1,0-15,0

Pediatri asistan hekimlerinin yaklaşık aylık olarak elde ettikleri gelir ortalama 5276±927 tl olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların gelir yeterliliğini değerlendirdikleri puanlamada (1-hiç yetmiyor, 10-rahat yetiyor) ortalama puan 6,5±2,2 saptanmıştır. Aldıkları maaş ile ilgili memnuniyetlerini değerlendirdikleri puanlamada (1-en kötü, 10-en iyi) ortalama puan 4,5±2,3 saptanmıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Pediatri uzmanlık öğrencilerinin iş geliri ve algısı ile ilgili değişkenlerin ortalama, ortanca değerleri ve yaygınlık ölçütleri, (2016)

Özellikler	n	Ortalama±SS	Ortanca (1. ve 3. çeyrek)	En küçük-en büyük
İş geliri (aylık TL)	352	5276,0±927,0	5300,0 (5000,0-6000,0)	2000,0-7000,0
Gelir yeterliliği puanı	355	6,5±2,2	7,0 (5,0-8,0)	1,0-10,0
Maaş memnuniyet puanı	355	4,5±2,3	5,0 (3,0-6,0)	1,0-10,0

Son altı ay içinde katılımcıların %32,6'sının (n=117) iş kazası geçirdiği, bunlar %30,1'inin (n=107) iğne batması, %5,9'unun (n=21) kayma, %3,9 (n=14) düşme olduğu saptanmıştır (n mükerrer). Kaza türleri açık uçlu olarak değerlendirildiğinde; yanıt verenler içinde, %0,9'u (n=3) sözel şiddete maruz kalma %0,3'ü (n=1) elektrik çarpması, %0,3'ü (n=1) flakon kırarken elinin kesilmesi, %0,3'ü (n=1) senkop geçirme, %0,3'ü (n=1) yüzüne kan-balgam sıçramasını kaza öyküsü olarak bildirilmiştir (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Pediatri uzmanlık öğrencilerinin son altı ayda geçirdikleri iş kazalarının dağılımı, (2016)

	n	%
İş kazası		
Yok	238	60,8
Var	117	39,2
Belitilen iş kazaları (n=mükerrer)		
İğne batması	107	30,1
Kayma	21	5,9
Düşme	14	3,9
Sözel şiddete maruz kalma	3	0,9
Elektrik çarpması	1	0,3
Flakon kırarken elinin kesilmesi	1	0,3
Senkop geçirme	1	0,3
Yüzüne kan-balgam sıçraması	1	0,3

İşin psikososyal özellikleri değerlendirildiğinde; iş yükü puanı ortalaması $16,5\pm 1,8$ (en küçük-en büyük; 10-20), iş kontrolü puanı $16,4\pm 3,4$ (en küçük-en büyük; 8-48), iş baskısı $1,05\pm 0,3$ (en küçük-en büyük; 0,4-2,5) ve sosyal destek puanı $17,1\pm 3,6$ (en küçük-en büyük; 6-24) saptanmıştır (Tablo 4.12). Psikososyal Etkenler Bilgi Formu'na verilen yanıtlar Ek 11'de detaylı olarak sunulmuştur.

Tablo 4.12. Pediatri uzmanlık öğrencilerinin işin psikososyal özelliklerine ait puan ortalamaları ve yaygınlık ölçütleri, (2016)

Psikososyal özellikler	n	Ortalama \pm SS	Ortanca (1. ve 3. çeyrek)	En küçük- en büyük
İş yükü puanı	355	$16,5\pm 1,8$	17,0 (15,0-18,0)	10,0-20,0
İş kontrolü puanı	355	$16,4\pm 3,4$	17,0 (15,0-18,0)	8,0-48,0
İş baskısı	355	$1,0\pm 0,3$	1,0 (0,8-1,1)	0,4-2,5
Sosyal destek puanı	355	$17,1\pm 3,6$	17,0 (15,0-20,0)	6,0-24,0

Bazı sosyodemografik değişkenler ve çalışma yaşamı özelliklerinin işin psikososyal özellikleri ile karşılaştırılması

Bazı sosyodemografik özellikler ile iş yükü arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; cinsiyet, medeni durum ve evde yalnız yaşaması durumu grupları arasında iş yükü puanı ortalaması anlamlı farklı değildir. Ancak çocuğu olmayanlarda iş yükü puanı $16,6\pm 1,8$; olanlarda ise $15,8\pm 2,0$ saptanmıştır ve aradaki fark anlamlıdır ($p=0,005$) (Tablo 4.13). Uyku puanı 5 ve altında olanlarda iş yükü puanı daha yüksek saptanırken, iş baskısı da daha yüksek olarak saptanmıştır, her iki durum için fark anlamlıdır ($p=0,003$ ve $p=0,021$). Cinsiyet, medeni durum, evde yaşadığı kişiler grupları arasında iş kontrolü ve iş baskısı puanları açısından fark yoktur ancak çocuk sahibi olmayanlarda iş baskısı puanı ortalama $1,07\pm 0,30$ iken, çocuk sahibi olanlarda $0,96\pm 0,23$ saptanmıştır, aradaki fark anlamlıdır ($p=0,010$). Cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, evde yalnız yaşanması durumlarına göre sosyal destek puan ortalamaları arasında fark saptanmamıştır (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Pediatri uzmanlık öğrencilerinin bazı sosyodemografik özelliklerine göre işle ilgili psikososyal durum puanları ortalamalarının karşılaştırılması, (2016)

	İş yükü ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)	İş kontrolü ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)	İş baskısı ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)	Sosyal destek ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)
Cinsiyet				
Kadın (n=258)	16,5±1,8 16,5 (10-20)	16,4±3,5 17,0 (9-48)	1,05±0,28 1,00 (0,42-2,22)	17,0±3,5 17,0 (6-24)
Erkek (n=97)	16,4±2,0 17,0 (10-20)	16,4±3,1 17,0 (8-23)	1,05±0,34 0,95 (0,56-2,50)	17,5±3,9 17,0 (6-24)
<i>p</i> *	0,901	0,345	0,444	0,220
Medeni durum				
Bekar (n=197)	16,6±1,8 17,0 (10-20)	16,5±3,7 17,0 (8-48)	1,06±0,31 1,00 (0,42-2,50)	17,1±3,9 17,0 (6-24)
Evli (n=158)	16,3±1,9 16,0 (10-20)	16,3±2,9 16,0 (9-24)	1,04±0,28 1,00 (0,50-2,22)	17,2±3,2 17,0 (6-24)
<i>p</i> *	0,159	0,570	0,708	0,889
Kimlerle yaşadığı				
Yalnız (n=100)	16,7±1,7 17,0 (12-20)	16,7±4,3 17,0 (9-48)	1,05±0,28 1,00 (0,42-2,50)	16,8±3,9 17,0 (6-24)
Aile/arkadaş (n=255)	16,4±1,9 17,0 (10-20)	16,3±2,9 17,0 (8-24)	1,06±0,30 1,00 (0,50-2,50)	17,2±3,5 17,0 (6-24)
<i>p</i> *	0,193	0,446	0,911	0,496
Çocuk sahibi olma				
Hayır (n=303)	16,6±1,8 17,0 (10-20)	16,3±3,5 17,0 (8-48)	1,07±0,30 1,00 (0,42-2,50)	17,1±3,7 17,0 (6-24)
Evet (n=52)	15,8±2,0 16,0 (11-20)	16,9±2,8 17,0 (11-23)	0,96±0,23 0,94 (0,58-1,82)	17,2±3,3 17,0 (11-24)
<i>p</i> *	0,005	0,152	0,010	0,948

* Karşılaştırmalar Mann Whitney U test ile yapılmıştır

Düzenli egzersiz yapan ve yapmayalarla, sigara içen ve içmeyenler ve düzenli alkol kullanan ile kullanmayan grupların; iş yükü, iş kontrolü, iş baskısı ve sosyal destek puanları arasındaki fark anlamlı saptanmamıştır. Düzenli alkol kullananlarda iş yükü puanı 17,1±1,8; kullanmayanlarda 16,4±1,8; sosyal destek puanı kullananlarda 15,7±3,9; kullanmayanlarda 17,2±3,6 olsa da, her iki durum için puanlar arasındaki fark anlamlı değildir (sırasıyla $p=0,054$ ve $p=0,052$). Katılımcıların bazı alışkanlıklarına ve uyku puanlarına göre işle ilgili psikososyal durum puanları ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.14’de sunulmuştur.

Tablo 4.14. Pediatri uzmanlık öğrencilerinin bazı alışkanlıklarına ve uyku puanına göre işle ilgili psikososyal durum puanları ortalamalarının karşılaştırılması, (2016)

	İş yükü ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)	İş kontrolü ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)	İş baskısı ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)	Sosyal destek ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)
Sigara içme durumu				
Hiç içmemiş (n=261)	16,3±1,9 17,0 (10-20)	16,8±2,8 17,0 (9-48)	1,01±0,26 1,00 (0,42-2,22)	16,6±3,7 17,0 (6-24)
İçiyor/içmiş (n=94)	16,4±2,0 17,0 (10-20)	16,3±3,1 16,0 (8-24)	1,06±0,32 1,00 (0,50-2,50)	16,5±4,1 16,0 (6-24)
<i>p</i> *	0,629	0,787	0,624	0,060
Düzenli alkol kullanımı				
Yok (n=327)	16,4±1,8 16,0 (10-20)	16,5±3,4 17,0 (9-48)	1,04±0,28 1,00 (0,42-2,22)	17,2±3,6 17,0 (6-24)
Var (n=28)	17,1±1,8 18,0 (14-20)	15,6±3,5 16,0 (8-22)	1,18±0,43 1,13 (0,68-2,50)	15,7±3,9 16,0 (6-24)
<i>p</i> *	0,054	0,288	0,107	0,052
Düzenli egzersiz yapma				
Hayır (n=305)	16,5±1,7 17,0 (10-20)	16,4±3,4 17,0 (9-48)	1,06±0,29 1,00 (0,42-2,22)	17,2±3,4 17,0 (6-24)
Evet (n=50)	16,2±2,2 16,0 (10-20)	16,3±3,1 17,0 (8-23)	1,05±0,34 0,95 (0,58-2,22)	16,5±4,5 17,0 (6-24)
<i>p</i> *	0,427	0,964	0,366	0,350
Uyku puanı				
≤5 (n=216)	16,7±1,8 17,0 (10-20)	16,2±3,6 17,0 (8-48)	1,08±0,31 1,00 (0,42-2,50)	17,1±3,7 17,0 (6-24)
>5 (n=139)	16,1±1,8 16,0 (10-20)	16,6±3,1 17,0 (10-24)	1,01±0,27 0,94 (0,50-2,00)	17,2±3,5 17,0 (6-24)
<i>p</i> *	0,003	0,069	0,021	0,523

* Karşılaştırmalar Mann Whitney U test ile yapılmıştır

Sağlık durumu ile ilgili değişkenler ile iş yükü arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; herhangi bir kronik hastalığı bulunanlarda bulunmayanlara göre iş yükü, iş kontrolü, iş baskısı ve sosyal destek puanları benzer saptanmıştır. Sağlık yakınması olanlarda iş yükü puanı 16,7±1,8, olmayanlarda 16,2±1,8; iş baskısı puanları yakınması olanlarda 1,09±0,32, olmayanlarda 1,02±0,27 saptanmıştır ve aradaki fark anlamlıdır (sırasıyla; p=0,008, p=0,021). İş kontrolü ve sosyal destek puanları sağlık yakınması olan ve olmayanlarda benzer saptanmıştır. Düzenli ilaç

kullananlarda kullanmayanlara göre iş yükü puanı ortalaması daha yüksektir ancak aralarındaki fark anlamlılık sınırındadır ($p=0,050$). Düzenli ilaç kullananlarda iş baskısı puanı $1,11\pm 0,35$ iken, kullanmayanlarda $1,04\pm 0,28$ saptanmıştır, aradaki fark anlamlıdır ($p=0,018$); ancak gruplarda iş kontrolü ve sosyal destek puanları benzer saptanmıştır. İyilik durumu kategorileri arasında psikososyal durum puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Tablo 4.15’de katılımcıların bazı sağlık verileri ve iyilik durumu kategorilerinin psikososyal durum ile ilgili puanları ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir.

Tablo 4.15. Pediatri uzmanlık öğrencilerinin bazı sağlık verileri ve iyilik durumu değişkenlerine göre işle ilgili psikososyal durum puanları ortalamalarının karşılaştırılması, (2016)

	İş yükü ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)	İş kontrolü ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)	İş baskısı ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)	Sosyal destek ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)
Kronik hastalık				
Yok (n=216)	16,4±1,9 16,0 (10-20)	16,3±3,6 16,0 (8-48)	1,06±0,31 1,00 (0,42-2,50)	17,1±3,6 17,0 (6-24)
Var (n=139)	16,6±1,7 17,0 (10-20)	16,5±3,0 17,0 (9-23)	1,05±0,27 1,00 (0,56-2,11)	17,1±3,7 17,0 (6-24)
<i>p*</i>	0,384	0,254	0,951	0,745
Sağlık yakınması				
Yok (n=176)	16,2±1,8 16,0 (11-20)	16,7±3,8 17,0 (9-48)	1,02±0,27 0,95 (0,42-2,22)	17,3±3,4 17,0 (7-24)
Var (n=179)	16,7±1,8 17,0 (10-20)	16,1±2,9 17,0 (8-22)	1,09±0,32 1,00 (0,56-2,50)	17,0±3,8 17,0 (6-24)
<i>p*</i>	0,008	0,148	0,021	0,430
Düzenli ilaç kullanımı				
Yok (n=291)	16,4±1,9 16,0 (10-20)	16,5±3,4 17,0 (9-48)	1,04±0,28 1,00 (0,42-2,22)	17,2±3,5 17,0 (6-24)
Var (n=64)	16,9±1,5 17,0 (13-20)	16,1±3,3 17,0 (8-23)	1,11±0,35 1,06 (0,67-2,50)	16,9±4,0 17,5 (6-24)
<i>p*</i>	0,050	0,439	0,018	0,481
İyilik durumu				
İyi olma (n=57)	16,6±1,6 17,0 (13-20)	16,2±2,9 17,0 (9-22)	1,07±0,29 1,00 (0,67-2,22)	16,8±3,6 17,0 (6-23)
Normal (n=230)	16,3±1,8 16,0 (10-20)	16,4±3,7 17,0 (8-48)	1,05±0,30 1,00 (0,42-2,50)	17,1±3,6 17,0 (6-24)
İyi olmama (n=68)	16,7±1,9 17,0 (10-20)	16,4±2,7 17,0 (9-22)	1,06±0,28 1,00 (0,56-2,11)	17,6±3,7 18,0 (6-24)
<i>p**</i>	0,253	0,966	0,631	0,296

*Karşılaştırmalar Mann Whitney U testi ile yapılmıştır, **Karşılaştırmalar Kruskal Wallis testi ile yapılmıştır

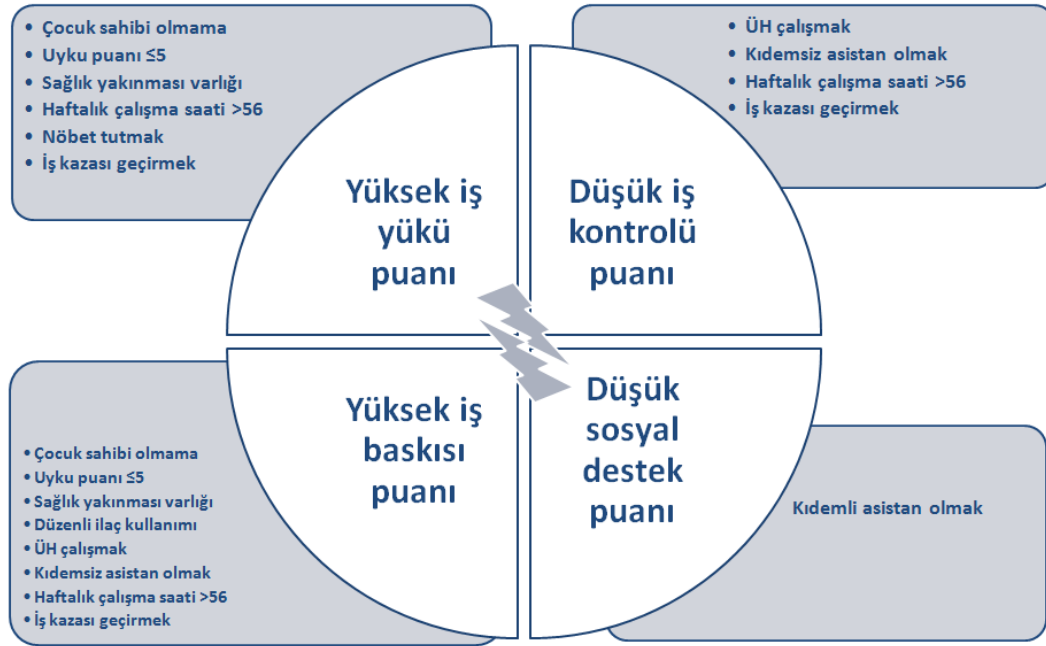
Pediatric uzmanlık öğrencilerinin üniversite hastanesinde ya da EAH'nde çalışma durumlarına göre iş yükü puanı arasındaki fark anlamlı saptanmamıştır, ancak haftalık çalışma saati 56'nın üzerinde olanlarda, nöbet tutanlarda ve iş kazası geçirenlerde, çalışma saati az olanlara, nöbet tutmayanlara ve iş kazası geçirmeyenlere göre iş yükü puanı daha yüksektir; ortalamalar arasındaki fark anlamlıdır (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,039$ ve $p=0,015$). İş geliri, gelir yeterliliği puanı ve maaş memnuniyet puanı grupları arasında iş yükü puanı benzer saptanmıştır. EAH'nde çalışanlarda iş kontrolü puanı üniversite hastanesinde çalışanlara göre yüksektir ve aradaki farkın anlamlı olduğu ($p=0,001$) ve iş baskısının da daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,001$). Kıdemli olarak çalışan asistan hekimlerde kıdemsizlere göre iş kontrolü puanı daha yüksekken, iş baskısı puanı daha düşük saptanmıştır ve ortalamalar arasındaki fark anlamlıdır (sırasıyla $p=0,025$ ve $p=0,007$). Haftalık çalışma saati 56'nın üzerinde olanlarda iş baskısı puanı ortalama $1,09\pm 0,31$ iken, olmayanlarda $0,94\pm 0,20$ saptanmıştır, iş kontrolü puanı ise sırasıyla $16,2\pm 3,6$ ve $17,3\pm 2,6$ saptanmıştır, aradaki farklar anlamlıdır (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,003$). Nöbet tutanlar ile tutmayanlarda iş kontrolü ve iş baskısı puanları benzerdir. İş kazası geçirenlerde geçirmeyenlere göre iş baskısı puanı daha yüksek iken, iş kontrolü puanı daha düşüktür, aradaki fark anlamlı saptanmıştır (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,004$). Gelir yeterliliği ve maaş memnuniyet puanının yeterli ve yetersiz olması durumuna göre iş kontrolü ve iş baskısı puanları arasında anlamlı fark yoktur. EAH'nde çalışanlar ile üniversite hastanelerinde çalışanların sosyal destek puanları arasındaki fark anlamlı bulunmazken, kıdemli asistan hekimlerde kıdemsizlere göre sosyal destek puanı arasındaki fark anlamlı saptanmıştır ($p=0,007$). Haftalık çalışma saati 56'nın üzerinde olanlarda, nöbet tutanlarda, iş kazası geçirenlerde diğer gruplara göre sosyal destek puanları arasındaki farkın istatistiksel anlamlı olmadığı saptanmıştır. Tablo 4.16'da çalışma yaşamı özelliklerine göre işin psikososyal durum puanları ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir.

Tablo 4.16. Pediatri uzmanlık öğrencilerinin çalışma yaşamı özelliklerine göre işle ilgili psikososyal durum puanları ortalamalarının karşılaştırılması, (2016)

	İş yükü ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)	İş kontrolü ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)	İş baskısı ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)	Sosyal destek ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)
Çalıştığı kurum				
ÜH (n=159)	16,6±1,8 17,0 (10-20)	15,8±4,0 16,0 (9-48)	1,11±0,33 1,06 (0,42-2,22)	17,1±3,8 17,0 (6-24)
EAH (n=196)	16,4±1,8 16,0 (10-20)	16,8±2,7 17,0 (8-23)	1,01±0,26 0,94 (0,56-2,50)	17,2±3,5 17,0 (6-24)
<i>p</i> *	0,270	0,001	0,001	0,987
Mevcut kurumda çalışma süresi (yıl)				
≤2 (n=177)	16,6±1,8 17,0 (10-20)	16,0±3,9 16,0 (8-48)	1,10±0,32 1,00 (0,42-2,50)	17,7±3,5 18,0 (6-24)
>2 (n=178)	16,3±1,9 16,0 (10-20)	16,8±2,8 17,0 (9-24)	1,01±0,26 0,95 (0,50-2,22)	16,6±3,7 17,0 (6-24)
<i>p</i> *	0,083	0,025	0,007	0,007
Haftalık çalışma süresi (saat)				
≤56 (n=86)	15,7±1,9 16,0 (10-20)	17,3±2,6 18,0 (12-24)	0,94±0,20 0,89 (0,50-1,50)	16,9±3,7 17,0 (6-24)
>56 (n=269)	16,7±1,7 17,0 (10-20)	16,2±3,6 16,0 (8-48)	1,09±0,31 1,00 (0,42-2,50)	17,2±3,6 17,0 (6-24)
<i>p</i> *	<0,001	0,003	<0,001	0,674
Nöbet tutma				
Yok (n=20)	15,7±1,7 16,0 (10-19)	16,9±2,8 17,0 (12-23)	0,95±0,20 0,92 (0,56-1,42)	16,9±3,2 17,0 (11-23)
Var (n=335)	16,5±1,8 17,0 (10-20)	16,4±3,4 17,0 (8-48)	1,06±0,30 1,00 (0,42-2,50)	17,1±3,7 17,0 (6-24)
<i>p</i> *	0,039	0,444	0,143	0,628
Gelir yeterliliği puanı				
≤5 (n=114)	16,7±1,9 17,0 (10-20)	16,4±2,6 17,0 (8-24)	1,05±0,28 1,00 (0,50-2,50)	16,7±4,1 16,5 (6-24)
>5 (n=241)	16,4±1,8 16,0 (10-20)	16,5±3,7 17,0 (9-48)	1,05±0,31 1,00 (0,42-2,22)	17,3±3,4 17,0 (6-24)
<i>p</i> *	0,063	0,901	0,563	0,100
Maaş memnuniyet puanı				
≤5 (n=237)	16,5±1,7 17,0 (10-20)	16,5±2,7 17,0 (8-24)	1,03±0,26 1,00 (0,50-2,50)	17,0±3,8 17,0 (6-24)
>5 (n=118)	16,2±1,9 17,0 (10-20)	16,2±4,5 17,0 (9-48)	1,10±0,36 1,00 (0,42-2,22)	17,4±3,2 18,0 (6-24)
<i>p</i> *	0,942	0,301	0,386	0,128
İş kazası				
Yok (n=238)	16,3±1,9 16,0 (10-20)	16,8±3,5 17,0 (9-48)	1,01±0,26 0,95 (0,42-2,22)	17,1±3,7 17,0 (6-24)
Var (n=117)	16,8±1,5 17,0 (13-20)	15,6±3,1 16,0 (8-22)	1,14±0,34 1,06 (0,67-2,50)	17,1±3,5 17,0 (6-24)
<i>p</i> *	0,015	0,004	<0,001	0,903

*Karşılaştırmalar Mann Whitney U testi ile yapılmıştır

İsveç iş yükü iş kontrolü ölçeği alt boyutları ile ilişkili değişkenlerin şemasal gösterimi Şekil 4.2’de sunulmuştur.



Şekil 4.2. İsveç iş yükü iş kontrolü ölçeği alt boyutları ile ilişkili değişkenlerin şemasal gösterimi

4.2.4. Çalışanların Çalışma Yaşamı Kalitesi ile İlgili Tanımlayıcı Bulguları

İşle İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği’nde yer almayan ancak sorulması ölçeği geliştiren yazar tarafından önerilen iş yaşamından genel memnuniyeti belirten “çalışma hayatımın genel kalitesinden memnunum” önermesine katılımcıların %2,8’i (n=10) kesinlikle katıldığını, %14,6’sı (n=52) katıldığını, %29,6’sı (n=105) tarafsız olduğunu, %29’u (n=103) katılmadığını, %23,9’u (n=85) kesinlikle katılmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların İİYKÖ’ne verdikleri yanıtlar Ek 12’de sunulmuştur. Ölçeğin iş ve kariyer memnuniyeti, genel iyilik hali, ev-iş ara yüzü, iş stresi, iş kontrolü, iş ve çalışma koşullarını gösteren alt başlıklarından elde edilen puanlar ve yaygınlık ölçütleri Tablo 4.17’de özetlenmiştir.

Tablo 4.17. Pediatri uzmanlık öğrencilerinin İşle İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt başlıklarından elde edilen puanlarının dağılımı ve yaygınlık ölçütleri, (2016)

	n	Ortalama±SS	Ortanca (%25-75)	En küçük- en büyük
Toplam İYK ölçeği puanı	355	53,2±13,3	54,0 (44,0-62,0)	21,0-95,0
Alt ölçekler				
- İş-kariyer memnuniyeti	355	11,7±2,9	12,0 (10,0-14,0)	4,0-20,0
- Genel iyilik hali	355	13,9±3,9	14,0 (12,0-17,0)	5,0-25,0
- Ev-iş arayüzü	355	7,3±2,7	7,0 (5,0-9,0)	3,0-15,0
- İş kontrolü	355	8,0±2,3	8,0 (6,0-10,0)	3,0-14,0
- İş stresi	355	5,2±2,0	5,0 (4,0-6,0)	2,0-10,0
- Çalışma koşulları	355	7,6±2,7	8,0 (6,0-9,0)	3,0-15,0

Bazı sosyodemografik değişkenler ve çalışma yaşamı özellikleri ile çalışma yaşamı kalitesi puanlarının karşılaştırılması

Bazı sosyodemografik özellikler, alışkanlıklar ve uyku puanına göre çalışma yaşamı kalitesi puanları ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.18 ve Tablo 4.19'da sunulmuştur. Erkeklerde, evlilerde, ailesi/arkadaşları ile birlikte yaşayanlarda, çocuk sahibi olanlarda; kadınlara, bekarlara, evde yalnız yaşayanlara ve çocuk sahibi olmayanlara göre çalışma yaşamı kalitesi toplam puanı daha yüksektir, aradaki fark anlamlıdır (sırasıyla $p=0,036$, $p=0,001$, $p=0,035$, $p=0,045$). Evlilerde ve çocuk sahibi olanlarda; bekar ve çocuğu olmayanlara göre iş-kariyer memnuniyeti puanı yüksektir ve aradaki fark anlamlı saptanmıştır (sırasıyla $p=0,003$ ve $p=0,038$). Evlilerde, ailesi/arkadaşları ile yaşayanlarda, çocuk sahibi olanlarda, düzenli egzersiz yapanlarda ve düzenli alkol kullanmayanlarda; bekarlara, evde yalnız yaşayanlara, çocuk sahibi olmayanlara, düzenli egzersiz yapmayanlara ve düzenli alkol kullananlara göre genel iyilik hali alt grubu puanı daha yüksektir ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,038$, $p=0,041$, $0,042$ ve $0,025$). Evli ve çocuk sahibi olanlarda; bekar ve çocuk sahibi olmayanlara göre ev-iş ara yüzü uyumu puanı daha yüksekken, aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,030$ ve $p=0,030$). Erkeklerde, bekarlarda, ailesi/arkadaşları ile yaşayanlarda ve düzenli alkol kullanmayanlarda; kadınlara, evlilere, evde yalnız yaşayanlara ve düzenli alkol kullananlara göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır

(sırasıyla $p=0,016$, $p=0,016$, $p=0,005$ ve $p=0,015$). Bekarlarda çalışma koşulları puanının evlilere göre daha düşük olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,010$). İncelenen sosyodemografik özelliklerine ait gruplarda iş stresi puanları arasında fark saptanmamıştır.

Tablo 4.18. Pediatri uzmanlık öğrencilerinin bazı sosyodemografik özelliklere göre çalışma yaşamı kalitesi puanları ortalamalarının karşılaştırılması, (2016)

	Toplam ÇYK puanı ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)	İş-kariyer memnuniyeti ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)	Genel iyilik hali ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)	Ev-iş arayüzü ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)	İş stresi ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)	İş kontrolü ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)	Çalışma koşulları ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)
Cinsiyet							
Kadın (n=258)	52,3±13,0 53,0 (21-95)	11,6±3,1 12,0 (4-20)	13,8±4,0 14,0 (5-25)	7,2±2,7 7,0 (3-15)	5,1±1,9 5,0 (2-10)	7,8±2,2 8,0 (3-14)	7,5±2,7 7,0 (3-15)
Erkek (n=97)	55,1±12,0 56,0 (23-87)	12,0±2,7 12 (5-19)	14,4±3,8 14,0 (5-20)	7,5±2,7 7,0 (3-13)	5,3±2,1 5,0 (2-10)	8,4±2,5 9,0 (3-13)	7,8±2,8 8,0 (3-15)
p^*	0,036	0,401	0,053	0,369	0,118	0,016	0,501
Medeni durum							
Bekar (n=197)	51,3±13,1 50,0 (21-95)	11,3±2,9 12,0 (4-20)	13,5±3,9 14,0 (5-25)	7,0±2,6 7,0 (3-15)	5,0±2,0 5,0 (2-10)	7,7±2,3 9,0 (3-14)	7,2±2,7 8,0 (3-15)
Evli (n=158)	55,6±13,2 57,0 (24-90)	12,2±3,0 12,0 (4-19)	14,4±3,9 14,0 (5-24)	7,7±2,8 8,0 (3-15)	5,4±1,9 5,0 (2-10)	8,3±2,4 8,0 (3-13)	8,0±2,8 7,0 (3-15)
p^*	0,001	0,003	0,038	0,030	0,600	0,016	0,010
Kimlerle yaşadığı							
Yalnız (n=100)	51,4±11,3 50,0 (23-95)	11,3±2,9 12,0 (4-17)	13,3±3,8 14,0 (5-24)	6,9±2,5 7,0 (3-13)	5,0±2,0 5,0 (2-10)	7,4±2,4 7,0 (3-13)	7,2±2,7 7,0 (3-13)
Aile/arkadaş (n=255)	53,9±12,9 56,0 (21-90)	11,8±2,9 12,0 (4-20)	14,2±4,0 14,0 (5-25)	7,4±2,8 7,0 (3-15)	5,3±2,0 5,0 (2-10)	8,2±2,3 8,0 (3-14)	7,8±2,7 8,0 (3-15)
p^*	0,035	0,144	0,041	0,173	0,969	0,005	0,090
Çocuk sahibi olma							
Hayır (n=303)	52,6±13,5 53,0 (21-95)	11,5±2,9 12,0 (4-20)	13,8±4,0 14,0 (5-25)	7,2±2,7 7,0 (3-15)	5,1±2,0 5,0 (2-10)	7,9±2,3 8,0 (3-13)	7,5±2,7 7,0 (3-15)
Evet (n=52)	56,6±11,6 57,5 (31-90)	12,6±2,9 12,0 (6-19)	15,1±3,3 15,0 (5-24)	8,1±2,6 8,0 (3-15)	5,7±1,9 5,0 (2-10)	8,3±2,4 8,5 (3-14)	8,2±2,8 8,0 (3-15)
p^*	0,045	0,038	0,023	0,030	0,941	0,363	0,136

*Karşılaştırmalar Mann Whitney U testi ile yapılmıştır

Tablo 4.19. Pediatri uzmanlık öğrencilerinin bazı alışkanlıklarına ve uyku puanına göre çalışma yaşamı kalitesi puanları ortalamalarının karşılaştırılması, (2016)

	Toplam ÇYK puanı	İş-kariyer memnu- niyeti	Genel iyilik hali	Ev-iş ara yüzü	İş stresi	İş kontrolü	Çalışma koşulları
	ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)	ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)	ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)	ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)	ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)	ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)	ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)
Sigara içme durumu							
Hiç içmemiş (n=261)	52,9±13,3 55,0 (21-95)	11,6±3,0 12,0 (5-19)	13,7±4,0 14,0 (5-25)	7,3±2,7 5,0 (2-12)	5,2±1,9 5,0 (2-10)	7,9±2,3 8,0 (3-14)	7,5±2,7 7,0 (3-15)
İçiyor/ içmiş (n=94)	54,0±13,2 53,5 (24-90)	11,9±2,8 12,0 (4-20)	14,6±3,8 14,0 (5-24)	7,3±2,6 8,0 (3-14)	5,0±2,1 5,0 (2-10)	8,1±2,3 8,0 (3-13)	7,8±2,9 8,0 (3-15)
<i>p</i> *	0,536	0,797	0,079	0,890	0,605	0,677	0,537
Düzenli egzersiz yapma							
Hayır (n=305)	52,7±13,5 53,0 (21-95)	11,7±2,9 12,0 (4-19)	13,7±4,0 14,0 (5-24)	7,2±2,6 7,0 (3-15)	5,2±2,0 5,5 (2-10)	7,9±2,4 8,0 (3-14)	7,5±2,7 7,0 (3-15)
Evet (n=50)	56,5±11,9 57,0 (32-84)	11,9±3,0 12,0 (5-20)	15,1±3,4 15,0 (9-25)	7,8±3,0 8,0 (3-15)	5,2±1,9 5,0 (2-10)	8,5±2,0 9,0 (4-12)	8,2±2,8 8,0 (3-15)
<i>p</i> *	0,053	0,507	0,042	0,200	0,077	0,094	0,082
Düzenli alkol kullanımı							
Yok (n=327)	53,6±13,2 55,0 (21-95)	11,8±2,9 12,0 (4-20)	14,1±3,9 14,0 (5-25)	7,4±2,7 7,0 (3-15)	5,3±2,0 4,0 (2-7)	8,1±2,3 8,0 (3-14)	7,7±2,8 8,0 (3-15)
Var (n=28)	48,4±13,5 46,0 (24-69)	10,6±3,2 11,0 (4-16)	12,4±3,8 12,0 (5-19)	6,5±2,6 6,0 (3-11)	4,2±1,5 5,0 (2-10)	6,9±2,4 6,5 (3-11)	6,8±2,4 6,0 (3-12)
<i>p</i> *	0,071	0,063	0,025	0,120	0,805	0,015	0,105
Uyku puanı							
≤5 (n=216)	53,0 (21-81)	12,0 (4-19)	14,0 (5-23)	7,0 (3-15)	5,0 (2-10)	8,0 (3-13)	7,0 (3-15)
>5 (n=139)	56,0 (22-95)	12,0 (4-20)	14,0 (5-25)	7,0 (3-15)	5,0 (2-10)	8,0 (3-14)	8,0 (3-15)
<i>p</i> *	0,248	0,502	0,569	0,957	0,853	0,225	0,380

*Karşılaştırmalar Mann Whitney U testi ile yapılmıştır

Bazı sağlık durumu değişkenlerine göre çalışma yaşamı kalitesi puanları ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.20’de sunulmuştur. Sağlık yakınması olmayanlarda iş kontrolü puanı 8,3±2,3; olanlarda ise 7,7±2,3 saptanmıştır ve aradaki fark anlamlıdır (p=0,026). Diğer sağlık durumu gruplarına göre çalışma yaşamı ve alt ölçeklerinden elde edilen puanların benzer olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.20. Pediatri uzmanlık öğrencilerinin bazı sağlık durumu değişkenleri ve iyilik durumuna göre çalışma yaşamı kalitesi puanları ortalamalarının karşılaştırılması, (2016)

	Toplam ÇYK puanı ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)	İş-kariyer memnuniyeti ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)	Genel iyilik hali ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)	Ev-iş arası yüzü ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)	İş stresi ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)	İş kontrolü ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)	Çalışma koşulları ortalama±SS ortanca (en küçük-en büyük)
Kronik hastalık							
Yok (n=216)	53,8±12,9 56,0 (21-95)	11,8±2,9 12,0 (4-19)	14,0±3,8 14,0 (5-24)	7,3±2,6 7,0 (3-15)	5,2±1,9 5,0 (2-10)	8,1±2,3 8,0 (3-13)	7,7±2,7 8,0 (3-15)
Var (n=139)	52,3±13,9 51,0 (24-90)	11,5±3,1 12,0 (4-20)	13,8±4,2 14,0 (5-25)	7,3±2,9 7,0 (3-15)	5,1±2,1 5,0 (2-10)	7,7±2,4 8,0 (3-14)	7,4±2,8 7,0 (3-15)
<i>p</i> *	0,211	0,448	0,389	0,695	0,747	0,064	0,126
Sağlık yakınması							
Yok (n=176)	54,1±12,7 56,0 (21-95)	12,0±2,8 12,0 (4-18)	14,0±3,9 14,0 (5-24)	7,5±2,7 8,0 (3-14)	5,5±2,0 5,0 (2-10)	8,3±2,3 8,0 (3-13)	7,7±2,7 8,0 (3-15)
Var (n=179)	52,3±13,8 51,0 (22-90)	11,4±3,1 12,0 (4-20)	13,9±3,0 14,0 (5-25)	7,1±2,7 7,0 (3-15)	4,9±1,9 5,0 (2-10)	7,7±2,3 8,0 (3-14)	7,5±2,8 8,0 (3-14)
<i>p</i> *	0,155	0,067	0,877	0,099	0,127	0,026	0,435
Düzenli ilaç kullanımı							
Yok (n=291)	53,5±13,4 55,0 (21-95)	11,7±2,9 12,0 (4-19)	13,9±3,9 14,0 (5-24)	7,3±2,7 7,0 (3-15)	5,3±1,9 4,0 (2-8)	8,0±2,3 8,0 (3-14)	7,6±2,7 8,0 (3-15)
Var (n=64)	51,7±12,8 51,0 (24-79)	11,9±3,0 12,0 (4-20)	13,9±4,3 14,0 (5-25)	7,1±2,8 7,0 (3-12)	4,7±2,2 5,0 (2-10)	8,0±2,3 8,0 (3-12)	7,5±2,8 7,0 (3-15)
<i>p</i> *	0,313	0,794	0,674	0,495	0,511	0,863	0,582
İyilik durumu							
İyi olma (n=57)	53,2±13,0 53,0 (24-87)	11,7±2,9 12,0 (5-17)	13,8±4,3 14,0 (5-24)	7,3±2,6 7,0 (3-14)	5,3±2,0 5,0 (2-10)	8,1±2,3 8,0 (3-12)	7,4±2,8 7,0 (3-13)
Normal (n=230)	53,9±13,3 55,0 (21-95)	11,8±2,9 12,0 (4-20)	14,2±3,8 14,0 (5-25)	7,3±2,7 7,0 (3-15)	5,2±1,9 5,0 (2-10)	8,1±2,3 8,0 (3-14)	7,7±2,8 8,0 (3-15)
İyi olmama (n=68)	50,9±13,1 52,0 (22-74)	11,2±3,1 12,0 (4-16)	13,4±4,1 14,0 (5-23)	7,2±2,7 7,0 (3-12)	5,1±2,0 5,0 (2-9)	7,6±2,3 8,0 (3-13)	7,3±2,6 7,0 (3-12)
<i>p</i> **	0,453	0,426	0,405	0,944	0,939	0,407	0,663

*Karşılaştırmalar Mann Whitney U testi ile yapılmıştır, **Karşılaştırma Kruskal Wallis testi ile yapılmıştır

Çalışma yaşamındaki bazı değişkenlere göre çalışma yaşamı kalitesi puanları ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.21 ve Tablo 4.22’de sunulmuştur. Haftalık çalışma saati 56’nın üzerinde olanlarda daha az çalışma saatleri olanlara göre toplam ÇYK puanının, iş kariyer memnuniyeti puanının ve genel iyilik puanının daha düşük olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,020$, $p=0,013$ ve $p=0,037$).

Tablo 4.21. Pediatri uzmanlık öğrencilerinin çalışma yaşamındaki bazı değişkenlere göre çalışma yaşamı kalitesi puanları ortalamalarının karşılaştırılması, (2016)

	Toplam ÇYK puanı ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)	İş-kariyer memnuniyeti ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)	Genel iyilik hali ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)	Ev-iş ara yüzü ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)	İş stresi ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)	İş kontrolü ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)	Çalışma koşulları ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)
Çalıştığı kurum							
ÜH (n=159)	53,3±13,6 53,0 (21-90)	11,8±3,0 12,0 (4-20)	13,8±4,1 14,0 (5-25)	7,2±2,6 7,0 (3-15)	5,1±2,0 5,0 (2-10)	8,0±2,3 8,0 (3-14)	7,6±2,8 7,0 (3-15)
EAH (n=196)	53,1±13,0 55,0 (23-95)	11,7±2,9 12,0 (4-18)	14,1±3,8 14,0 (5-24)	7,4±2,8 7,0 (3-15)	5,2±2,0 5,0 (2-10)	8,0±2,4 8,0 (3-13)	7,6±2,7 8,0 (3-15)
p^*	0,985	0,982	0,446	0,517	0,177	0,842	0,810
Mevcut kurumda çalışma süresi (yıl)							
≤2 (n=177)	52,4±12,8 52,0 (23-95)	11,6±2,9 12,0 (4-19)	13,6±3,9 14,0 (5-24)	7,2±2,7 7,0 (3-14)	5,2±2,0 5,0 (2-10)	7,8±2,4 8,0 (3-13)	7,5±2,6 7,0 (3-15)
>2 (n=178)	54,0±2,8 56,0 (21-90)	11,8±3,0 12,0 (4-20)	14,3±4,0 14,0 (5-25)	7,4±2,7 7,0 (3-15)	5,2±1,9 5,0 (2-10)	8,2±2,3 8,0 (3-14)	7,7±2,9 8,0 (3-15)
p^*	0,185	0,261	0,237	0,746	0,170	0,181	0,618
Haftalık çalışma süresi (saat)							
≤56 (n=86)	56,4±12,7 58,0 (24-90)	12,4±2,8 13,0 (5-17)	14,9±4,0 14,0 (5-24)	7,7±2,6 8,0 (3-13)	5,6±2,0 5,0 (2-10)	8,3±2,1 9,0 (3-14)	7,9±2,9 8,0 (3-15)
>56 (n=269)	52,4±13,3 53,0 (21-95)	11,5±2,9 12,0 (4-20)	13,7±3,9 14,0 (5-25)	7,2±2,7 7,0 (3-15)	5,1±2,0 6,0 (2-10)	7,6±2,7 8,0 (3-13)	7,6±2,7 8,0 (3-15)
p^*	0,020	0,013	0,037	0,170	0,057	0,178	0,482
Nöbet tutma							
Yok (n=20)	52,2±8,4 53,0 (37-67)	11,6±2,9 12,0 (6-17)	15,0±3,8 14,5 (7-24)	7,2±2,1 7,5 (3-11)	5,4±1,6 5,0 (2-10)	8,0±1,6 8,5 (5-10)	7,7±2,5 7,5 (3-13)
Var (n=335)	53,3±13,5 54,0 (21-95)	11,7±3,0 12,0 (4-20)	13,9±4,0 14,0 (5-25)	7,3±2,7 7,0 (3-15)	5,2±2,0 5,0 (2-8)	8,0±2,4 8,0 (3-14)	7,6±2,8 8,0 (3-15)
p^*	0,653	0,721	0,278	0,874	0,982	0,944	0,760
İş kazası							
Yok (n=238)	54,0±13,4 56,0 (21-95)	11,8±3,0 12,0 (4-19)	14,1±4,0 14,0 (5-24)	7,3±2,6 7,0 (3-15)	5,3±2,0 5,0 (2-10)	8,1±2,3 8,0 (3-14)	7,8±2,8 8,0 (3-15)
Var (n=117)	51,6±12,9 50,0 (25-87)	11,5±2,8 12,0 (4-20)	13,6±3,9 14,0 (5-25)	7,2±2,8 8,0 (3-15)	4,9±1,9 5,0 (2-10)	7,7±2,4 8,0 (3-12)	7,3±2,7 7,0 (3-15)
p^*	0,104	0,223	0,338	0,578	0,735	0,088	0,070

*Karşılaştırmalar Mann Whitney U testi ile yapılmıştır

Gelir yeterliliği ve maaş memnuniyet puanlarına göre çalışma yaşamı kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki farklar anlamlı saptanmamıştır (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. Pediatri uzmanlık öğrencilerinin gelir algısına göre çalışma yaşamı kalitesi puanları ortalamalarının karşılaştırılması, (2016)

	Toplam ÇYK puanı ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)	İş-kariyer memnu- niyeti ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)	Genel iyilik hali ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)	Ev-iş ara yüzü ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)	İş stresi ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)	İş kontrolü ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)	Çalışma koşulları ortalama± SS ortanca (en küçük- en büyük)
Gelir yeterliliği puanı							
≤5 (n=114)	54,1±14,1 56,0 (22-95)	11,5±3,1 12,0 (4-19)	14,0±4,1 14,0 (5-24)	7,3±2,7 7,0 (3-15)	5,4±2,2 6,0 (2-10)	7,9±2,4 8,0 (3-13)	7,6±2,9 7,0 (3-15)
>5 (n=241)	52,8±11,8 53,0 (21-90)	11,8±2,9 12,0 (4-20)	13,9±3,9 14,0 (5-25)	7,3±2,7 7,0 (3-15)	5,1±1,9 5,0 (2-10)	8,0±2,3 8,0 (3-14)	7,6±2,7 8,0 (3-15)
<i>p</i> *	0,317	0,295	0,718	0,989	0,724	0,746	0,895
Maaş memnuniyet puanı							
≤5 (n=237)	53,9±13,5 56,0 (21- 95)	11,7±3,0 12,0 (4-19)	14,0±4,0 14,0 (5-23)	7,4±2,7 7,0 (3-15)	5,2±2,0 5,0 (2-10)	8,1±2,4 8,0 (3-13)	7,7±2,8 8,0 (3-15)
>5 (n=118)	51,9±12,8 51,5 (23- 90)	11,6±2,9 12,0 (4-20)	13,8±3,9 14,0 (5-25)	7,1±2,8 7,0 (3-15)	5,0±1,9 5,0 (2-10)	7,8±2,3 8,0 (3-14)	7,8±2,3 7,0 (3-15)
<i>p</i> *	0,153	0,433	0,343	0,378	0,868	0,332	0,436

*Karşılaştırmalar Mann Whitney U testi ile yapılmıştır

4.2.5. Çalışanların Bilinçli Farkındalık Durumu ile İlgili Tanımlayıcı

Bulgular

Bilinçli farkındalık ölçeğinden elde edilen bilinçli farkındalık puanının ortalaması 54,3±12,0 (en küçük-en büyük: 20,0-90,0) saptanmıştır. Bilinçli farkındalık düzeyinin katılımcıların %47,8’inde yüksek, %52,1’inde düşük olduğu değerlendirilmiştir. “Gideceğim yere, yolda olup bitenle dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim.” önermesine katılımcıların %31,5’i çoğu zaman yanıtını vermiştir. “Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum.” önermesine katılımcıların %21,1’inin oldukça seyrek, %20,3’ünün hemen hemen hiçbir zaman yanıtını verdiği saptanmıştır. Ölçekte yer alan soruların 10’una katılımcıların büyük kısmının “bazen” yanıtını verdiği saptanmıştır. Katılımcıların BİFÖ’ye verdikleri yanıtlar Tablo 4.23’de sunulmuştur.

Tablo 4.23. Araştırmaya katılan pediatri uzmanlık öğrencilerinin Bilinçli Farkındalık Ölçeği'ndeki önermelere verdikleri yanıtların dağılımı, (2016)

	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Oldukça seyrek	Hemen hemen hiçbir zaman
1. Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.	3,4	15,2	42,8	14,9	15,8	7,9
2.Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırarım veya dökerim.	2,8	9,6	19,4	19,2	26,8	22,3
3.Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.	2	8,2	35,2	23,1	25,9	5,6
4.Gideceğim yere, yolda olup bitenle dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim.	12,4	31,5	22,3	14,4	13,2	6,2
5.Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır.	4,2	16,3	20,6	19,7	23,7	15,5
6.Bir kişinin ismini, bana söyledikten hemen sonra unuturum.	9,9	23,1	24,5	17,7	19,4	5,4
7.Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatige bağlanmış gibi yapıyorum.	7	25,1	31,5	18,3	14,4	3,7
8.Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm.	3,9	19,2	31,8	18,9	19,4	6,8
9.Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şuan ne yapıyor olduğumun farkında olmam.	4,8	11,5	25,1	25,1	24	9,6
10.İşleri veya görevleri ne yaptığının farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım.	5,4	14,9	29	23,1	18	9,6
11.Kendimi bir kulağımla birini dinlerken; aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum.	9,9	25,6	28,7	16,6	14,9	4,2
12.Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşırıyorum.	4,8	6,8	16,1	14,6	28,7	29
13.Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum.	11,3	22,8	31,3	16,3	14,4	3,9
14. Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum.	3,4	10,7	31,5	22	27,3	5,1
15. Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum.	8,2	13,8	20	16,6	21,1	20,3

Önermelere verilen yanıtlar % dağılım olarak ifade edilmiştir.

4.3. Bağımlı Değişken ile Karşılaştırmalı Bulgular

4.3.1. Çalışanların Bazı Sosyodemografik Özellikleri ve Alışkanlıklarına Göre Bilinçli Farkındalık Puanlarının İncelenmesi

Bazı sosyodemografik özelliklere ve alışkanlıklara göre bilinçli farkındalık puanı ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 4.24); bilinçli farkındalık puan ortalamalarının erkeklerde kadınlara göre ve düzenli alkol almayanlarda düzenli alkol alanlara göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,048$ ve $p=0,037$).

Tablo 4.24. Araştırmaya katılan pediatri uzmanlık öğrencilerinin bazı sosyodemografik özellikler ve alışkanlıklara göre bilinçli farkındalık puanı ortalamalarının karşılaştırılması, (2016)

	Ortalama±SS	Ortanca (1. ve 3. çeyrek)	En küçük-en büyük	<i>p</i> *
Cinsiyet				0,048
Kadın	53,5±11,7	53,0 (46,0-62,0)	20,0-90,0	
Erkek	56,3±12,5	56,0 (48,0-65,0)	22,0-85,0	
Medeni durum				0,075
Bekar	53,3±12,0	53,0 (46,0-61,0)	20,0-90,0	
Evli	55,6±11,8	56,0 (47,0-63,0)	27,0-88,0	
Kimlerle yaşadığı				0,277
Yalnız	53,2±11,8	53,5(46,0-61,0)	21,0-90,0	
Aile/arkadaş	54,7±12,1	54,0 (46,0-63,0)	20,0-88,0	
Çocuk sahibi olma				0,173
Hayır	53,9±11,9	54,0 (46,0-62,0)	20,0-90,0	
Evet	56,4±12,1	57,5 (47,5-65,5)	27,0-78,0	
Sigara içme durumu				0,633
Hiç içmemiş	54,5±11,6	54,5 (47,0-62,0)	20,0-90,0	
İçmiş/içiyor	53,8±12,9	52,0 (45,0-62,0)	22,0-85,0	
Düzenli alkol kullanımı				0,037
Yok	54,7±11,8	54,0 (46,0-62,0)	20,0-90,0	
Var	49,7±13,3	50,5 (38,0-58,5)	22,0-79,0	
Düzenli egzersiz yapma				0,520
Hayır	54,1±12,1	54,0 (46,0-62,0)	20,0-90,0	
Evet	55,3±10,8	56,0 (48,0-62,0)	22,0-79,0	
Uyku puanı				0,217
≤5	53,6±11,6	53 (46,0-61,5)	20,0-90,0	
>5	55,3±12,5	56,0 (47,0-63,0)	21,0-88,0	

* Karşılaştırmalar bağımsız gruplarda *t* testi ile yapılmıştır

4.3.2. Çalışanların Bazı Sağlık Durumu Değişkenlerine Göre Bilinçli Farkındalık Puanlarının İncelenmesi

Bazı sağlık durumu özelliklerine göre bilinçli farkındalık puanı ortalamalarının incelendiğinde (Tablo 4.25); kronik hastalığı bulunanlarda puanın $52,6 \pm 11,9$; bulunmayanlarda $55,3 \pm 11,9$ olduğu; sağlık yakınması olanlarda $52,8 \pm 12,4$; olmayanlarda $55,8 \pm 11,4$ olduğu, düzenli ilaç kullananlarda $51,3 \pm 11,4$; kullanmayanlarda $54,9 \pm 12,0$ olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,038$, $p=0,023$ ve $p=0,027$). İyi olma durumu grupları arasında bilinçli farkındalık puanları arasında farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.25. Araştırmaya katılan pediatri uzmanlık öğrencilerinin bazı sağlık durumu özelliklerine göre bilinçli farkındalık puanı ortalamaları karşılaştırılması, (2016)

Sağlık durumu özellikleri	Ortalama \pm SS	Ortanca (1. ve 3. çeyrek)	En küçük-en büyük	p
Kronik hastalık				0,038*
Yok	$55,3 \pm 11,9$	56,0 (47,5-63,0)	21,0-90,0	
Var	$52,6 \pm 11,9$	52,0 (45,0-60,0)	20,0-81,0	
Sağlık yakınması				0,023*
Yok	$55,8 \pm 11,4$	56,0 (48,0-63,0)	21,0-88,0	
Var	$52,8 \pm 12,4$	52,0 (44,0-61,0)	20,0-90,0	
Düzenli ilaç kullanımı				0,027*
Yok	$54,9 \pm 12,0$	55,0 (47,0-63,0)	20,0-90,0	
Var	$51,3 \pm 11,4$	50,0 (44,0-59,5)	22,0-81,0	
İyilik durumu				0,561**
İyi olma	$55,9 \pm 12,0$	55,0 (48,0-62,0)	20,0-90,0	
Normal	$54,0 \pm 12,4$	54,0 (45,0-62,0)	21,0-88,0	
İyi olmama	$54,1 \pm 10,2$	52,0 (46,5-59,5)	36,0-81,0	

* Karşılaştırmalar bağımsız gruplarda t testi ile yapılmıştır, **Karşılaştırma tek yönlü varyans analizi ile yapılmıştır

4.3.3. Çalışanların Bazı Çalışma Yaşamı Özelliklerine Göre Bilinçli Farkındalık Puanlarının İncelenmesi

Üniversite hastanesinde çalışan asistan hekimlerde bilinçli farkındalık puanı $53,0 \pm 12,2$; EAH'nde çalışanlarda ise $55,3 \pm 11,7$ saptanmıştır, ancak aradaki fark anlamlı değildir ($p=0,077$). Kıdemli asistan olanlarda, haftalık çalışma saati 56'dan fazla olanlarda, nöbet tutanlarda diğer gruplara göre bilinçli farkındalık puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Gelir yeterliliği puanı 5'in üzerinde olanlarda, 5 ve altında olanlara göre bilinçli farkındalık puanı daha yüksek ve aradaki

fark anlamlı iken ($p=0,005$), iş geliri 5000 TL'nin altında olanlarda, maaş memnuniyet puanı ≤ 5 olanlarda diğer gruplara göre bilinçli farkındalık puanlarının benzer olduğu saptanmıştır (Tablo 4.26).

Tablo 4.26. Araştırmaya katılan pediatri uzmanlık öğrencilerinin bazı çalışma yaşamı özelliklerine göre bilinçli farkındalık puanı ortalamalarının karşılaştırılması, (2016)

	Ortalama \pm SS	Ortanca (1. ve 3. çeyrek)	En küçük-en büyük	p^*
Çalıştığı kurum				
Üniversite hastanesi	53,0 \pm 12,2	52,0 (45,0-61,0)	20,0-90,0	0,077
EAH	55,3 \pm 11,7	55,5 (47,0-63,0)	22,0-88,0	
Mevcut kurumda çalışma süresi (yıl)				
≤ 2	53,5 \pm 12,3	52,0 (46,0-62,0)	20,0-90,0	0,217
> 2	55,1 \pm 11,6	54,5 (46,0-62,0)	23,0-85,0	
Haftalık çalışma süresi (saat)				
≤ 56	54,6 \pm 11,3	54,0 (45,0-63,0)	28,0-83,0	0,768
> 56	54,1 \pm 12,1	54,0 (46,0-62,0)	20,0-90,0	
Nöbet tutma				
Yok	53,9 \pm 13,0	55,5 (45,0-63,5)	27,0-79,0	0,885
Var	54,3 \pm 11,9	54,0 (46,0-62,0)	20,0-90,0	
Gelir yeterliliği puanı				
≤ 5	51,7 \pm 11,9	52,0 (45,0-59,0)	20,0-83,0	0,005
> 5	55,5 \pm 11,8	55,0 (47,0-63,0)	27,0-90,0	
Maaş memnuniyet puanı				
≤ 5	54,4 \pm 11,4	54,0 (46,0-61,0)	20,0-88,0	0,884
> 5	54,2 \pm 13,1	54,0 (45,0-63,0)	21,0-90,0	
İş kazası				
Yok	55,0 \pm 11,8	54,0 (47,0-63,0)	21,0-90,0	0,096
Var	52,8 \pm 12,2	52,0 (45,0-60,0)	20,0-78,0	

* Karşılaştırmalar bağımsız gruplarda t testi ile yapılmıştır

4.3.4. Bilinçli Farkındalık Puanı ile Diğer Ölçeklerden Elde Edilen Puanların Korelasyon Analizi

Bilinçli farkındalık ölçeğinden elde edilen puanlar ile diğer ölçeklerden elde edilen puanlar arasındaki korelasyon incelendiğinde (Tablo 4.27); toplam iyilik puanı ile bilinçli farkındalık puanı arasında düşük-orta dereceli pozitif bir korelasyon saptanmıştır ($p<0,001$ ve $r=0,376$). İşle ilgili yaşam kalitesinden elde edilen toplam puan, iş-kariyer memnuniyeti, çalışma koşulları ve genel iyilik puanları ile bilinçli

farkındalık puanı arasında düşük-orta dereceli pozitif bir korelasyon olduğu saptanmıştır (tüm değerler için $p < 0,001$ ve sırasıyla $r = 0,333$, $r = 0,333$, $r = 0,328$ ve $r = 0,314$).

Tablo 4.27. Bilinçli Farkındalık Ölçeğinden elde edilen puanın toplam iyilik puanı, psikososyal etkenler puanı ve işle ilgili yaşam kalitesi puanları ile korelasyonunun değerlendirilmesi, (2016)

BİFÖ puan korelasyonu	Korelasyon katsayısı	<i>p</i> değeri
İyilik (well-being)		
Toplam iyilik puanı	0,376	<0,001*
İşin psikososyal özellikleri		
İş yükü puanı	-0,173	0,001**
İş kontrolü puanı	0,151	0,004**
İş baskısı puanı	-0,184	<0,001**
Sosyal destek puanı	0,173	0,001**
İşle İlgili Yaşam Kalitesi		
Toplam puan	0,333	<0,001**
İş ve kariyer memnuniyeti puanı	0,333	<0,001**
Genel iyilik hali puanı	0,314	<0,001**
Ev-iş arayüzü puanı	0,263	<0,001**
İş stresi puanı	-0,213	<0,001**
İş kontrolü puanı	0,256	<0,001**
Çalışma koşulları puanı	0,328	<0,001**

* Pearson korelasyon analizi, ** Spearman korelasyon analizi

İncelenen değişkenlerden kadın olmanın, düzenli alkol kullanımının, kronik hastalık ve sağlık yakınması varlığının, düzenli ilaç kullanımının ve gelir yeterliliği puanının düşük olmasının bilinçli farkındalık puanı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ölçeklerden ve alt boyutlarından elde edilen puanlar ortanca altı ve ortanca üzeri olacak şekilde gruplanarak, ilgili değişkenlere göre bilinçli farkındalık puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 4.28); toplam iyilik puanı, işle ilgili yaşam kalitesi ve iş stresi dışındaki çalışma yaşamı kalitesi alt boyutlarında yüksek puanlı gruplarda düşük puanlı gruplara göre bilinçli farkındalık puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır ve aradaki fark anlamlıdır (tüm karşılaştırmalar için $p < 0,001$). İş yükü, iş baskısı ve iş stresi yüksek gruplarda düşük olan gruplara göre bilinçli farkındalık puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır ve aradaki fark anlamlıdır (sırasıyla $p = 0,012$, $p = 0,002$ ve $p < 0,001$). İş kontrolü ve sosyal destek puanları yüksek olan gruplarda düşük olanlara göre bilinçli farkındalık puan

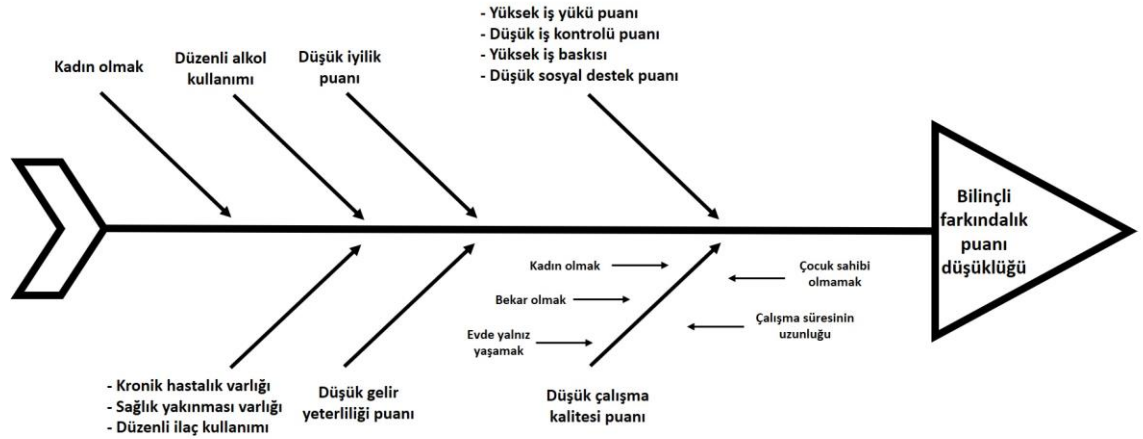
ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır, aradaki fark anlamlıdır ($p=0,022$ ve $0,004$).

Tablo 4.28. Ölçeklerden elde edilen puan gruplarına göre bilinçli farkındalık puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Farkındalık puan ortalaması	<i>p</i> değeri*
Toplam iyilik puanı		<0,001
<33	50,6±11,5	
≥33	57,8±11,4	
İşin psikososyal özellikleri		
İş yükü		0,012
<17	55,9±11,5	
≥17	52,7±12,2	
İş kontrolü		0,022
<17	52,7±12,0	
≥17	55,7±11,8	
İş baskısı		0,002
<1	55,6±11,4	
≥1	51,3±12,8	
Sosyal destek		0,004
<17	52,2±12,1	
≥17	55,9±11,6	
İşle İlgili Yaşam Kalitesi		
Toplam puan		<0,001
<54	49,7±11,1	
≥54	58,7±11,2	
İş ve kariyer memnuniyeti		<0,001
<12	49,7±11,0	
≥12	58,7±11,2	
Genel iyilik hali		<0,001
<14	49,7±11,2	
≥14	57,6±11,3	
Ev-iş arayüzü		<0,001
<7	50,9±11,9	
≥7	56,8±11,4	
İş stresi		<0,001
<5	57,2±13,3	
≥5	52,3±10,5	
İş kontrolü		<0,001
<8	50,4±10,8	
≥8	56,9±12,0	
Çalışma koşulları		<0,001
<8	50,2±10,9	
≥8	58,4±11,6	

* Karşılaştırmalar bağımsız gruplarda *t* testi ile yapılmıştır

Bilinçli farkındalık puanı ile ilgili olası değişken ilişkileri Şekil 4.2’de sunulmuştur.



Şekil 4.3. Bilinçli farkındalık puanı ile ilgili olası değişken ilişkileri

Araştırmanın temel hipotezi olan “ H_0 : Çalışma yaşamı kalitesi puan grupları arasında bilinçli farkındalık puanı ortalamaları arasında fark yoktur” reddedilmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma Ankara’da pediatri eğitimi verilen altı üniversite hastanesi ve dört eğitim ve araştırma hastanesinde toplam 355 asistan hekimin sosyodemografik özellikleri, alışkanlıkları, çalışma yaşamı özellikleri ve bilinçli farkındalık düzeylerinin analiz edildiği kesitsel bir anket çalışması olarak; %73 tamamlanma ile gerçekleştirilmiştir. Asistan hekimler daha uzun çalışma saatleri, yoğun hasta yükü, sık tutulan nöbetler, çalışma saatine göre ücretlendirilmeyen çalışmalar nedeniyle stresi yüksek bir grubu oluşturmaktadır (3,4). Bu grup gibi zor çalışma koşullarında ve yüksek iş stresi ile çalışanlarda, baş etme ve çalışma yaşamı özelliklerinin iyileştirilmesinde farkındalık çalışmalarının önem taşıdığı bilinmektedir (7, 9). Bu araştırma ile bilinçli farkındalık durumu ile ilişkili bazı sosyodemografik, alışkanlıklar, sağlık iyilik durumu ve çalışma yaşamı özellikleri ve kalitesi kapsamında olası faktörler incelenmiştir.

Türkiye’de kadınların iş gücüne katılımı birçok alanda düşük olsa da, bazı sektörlerde kadın istihdamının yoğun olduğu bilinmektedir. Sağlık sektörü de kadın istihdamının fazla olduğu sektörlerden biridir (21, 125). T.C. Sağlık Bakanlığı’nın 2015 yılı istatistiklerine göre tüm sektörlerde (T.C. Sağlık Bakanlığı, üniversite, özel sektör vb.) çalışan hekim sayısı 141.259, hemşire sayısı 152.803, ebe sayısı 53.086, diğer sağlık personeli sayısı 145.943’dir (21). Sağlık sektöründe istihdam edilenlerin çoğunluğu kadındır. OECD verilerine göre Türkiye’deki doktorlar içinde kadınların sıklığı %40’tır (126) ve özellikle temel ve dahili bilimlerde sıklık daha yüksektir. Araştırmada elde edilen verilere göre de pediatri eğitimi alan asistan hekimlerin büyük bölümünü kadınlar oluşturmuştur (%72,7); ABD’nde de sıklığı yıllara göre değişmekle birlikte pediatristlerin büyük kısmının kadın cinsiyette olduğu bildirilmiştir (127).

Ankara’da pediatri uzmanlık eğitimi verilen hastanelerde 355 asistan hekim ile yapılan çalışmada yaş ortalaması $27,7 \pm 2,4$ yıldır ve yaş aralığının 23 ile 41 arasında değiştiği saptanmıştır. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi EAH’nde uzmanlık eğitimi alan 117 asistan hekimle yapılan çalışmada; araştırmaya katılan asistan hekimlerin yaş aralığının 26-34 arasında olduğu bildirilmiştir (25). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde ve Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Hastanesi'nde çalışmakta olan asistan hekimlerle yapılan çalışmalarda da, asistan hekimlerin çoğunluğunun 26-30 yaş arasında olduğu ve yaklaşık olarak ortanca değerlerin çalışmamızla benzer olduğu dikkati çekmiştir (128, 129); bu bulgu tıp eğitimi süresinin uzun olması, mecburi hizmet yükümlüğünün yerine getirilmesi, tıpta uzmanlık sınavının zorluğu gibi birçok sebeple uzmanlık eğitimine hekimlerin geç yaşta başladığı lehine değerlendirilmiştir.

Çalışmada katılımcıların %73,5'inin hiç sigara içmediği ve %6,3'ünün sürekli sigara içtiği saptanmıştır. Ülkemizde yapılan 22 çalışmanın derlemesinde hekimlerde sigara içme sıklığı %31,9-70,0 arasında değişirken, erkek hekimlerde %33,3-64,5, kadın hekimlerde ise %13,6-72,2 olarak bildirilmiştir (130). Hekimlerin tıp dallarına göre sigara içme sıklığı incelendiğinde; bazı çalışmalar dahili ve cerrahi birimler arasında fark bulamazken, Salepçi ve arkadaşları cerrahi bilim dallarında çalışan hekimlerde sigara içme sıklığını daha yüksek değerlendirmişlerdir (131). Sigara ile mücadelede önemli görev üstlenen göğüs hastalıkları hekimleri arasında sigara içme sıklığı Erbaycu ve arkadaşları tarafından düşük bulunurken, Kosku ve arkadaşları Toraks Derneği üyesi olan göğüs hastalıkları dal hekimlerinde %35,3 olarak saptamışlardır (132, 133). Hekimler arasında sigara içme sıklığının ülkemizde gelişmekte olan ülkelerle benzer olmasına karşın, gelişmiş ülkelerde sigara içme oranları farklılık göstermektedir (130). Çalışmada da diğer çalışmalara göre sigara içme sıklığı düşüktür, ancak ara sıra sigara içenler de dahil edildiğinde yaygınlık %18'i bulmaktadır, bu da diğer çalışmalara yakın düzeydedir.

Düzenli egzersiz yapma sıklığı bu araştırma grubunda %14,1 saptanmıştır. Erciyes Üniversitesi'nde dahili, cerrahi ve temel bilimlerde görev yapan asistan hekimlerle yapılan çalışmada bu sıklık %12,5 bulunurken (129), Düzce Üniversitesi'nde görev yapanlarda %21,3 olarak bildirilmiştir (25). Gülhane Askeri Tıp Akademisi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada spor yapma sıklığı %71,8 saptanmıştır (134). Aynı çalışmada spor yapan öğrencilerin sınıflara dağılımı incelendiğinde; birinci sınıftan son sınıfa doğru gidildikçe, spor yapma sıklığının azaldığı tespit edilmiştir ve tıp fakültesinde sınıf ile ders yükünün artması ve derslerin zorlaşmasının birbirine paralel şekilde ilerlediğine dayanarak, spora ayrılan zamanın son sınıfa yaklaştıkça gitgide azalmasının, spor yapma sıklığını

etkilediği şekilde değerlendirilmiştir. Asistan hekimlerde egzersiz sıklığının düşük olması da benzer nedenlerle açıklanabilir ayrıca belirtilen çalışmada katılımcıların büyük kısmının erkeklerden oluşmasının da spor yapma sıklığı ile ilişkili olabileceği yönünde yorumlanmıştır.

Çalışmada yer alan asistan hekimlerin %39,2'si doktor tarafından tanı konulmuş bir hastalığı olduğunu belirtilmiştir. Çeler ve arkadaşlarının Düzce Üniversitesi'nde görev yapan asistan hekimlerde 2014 yılında yaptıkları çalışmalarında kronik hastalık sıklığı %8,0 saptanmış, çalışma popülasyonunun temel, cerrahi ve dahili bilimler asistanları olduğu belirtilmiştir (25). Bu çalışmada kronik hastalık sıklığının diğer çalışmalara göre yüksek çıkmasının tüm dünyada giderek artış gösteren alerjik hastalık sıklığı bildirimine bağlı olabileceği (hastalığı olanların %28'inde) lehine değerlendirilmiştir. Katılımcıların%14,3'ü doktor tanılu duygu durum ilişkili hastalıklar bildirmiştir ve en sık anksiyete bozukluğu ve depresyon tanısının konulduğu saptanmıştır. Bir başka çalışmada da benzer olarak üniversite hastanesinde çalışan hekimlerde depresyon sıklığı %27,4 olarak saptanmış ancak asistan hekimlerde bu sıklığın %40,8 olduğu, çalışma popülasyonunda anksiyete sıklığı %18,9 iken, asistan hekimlerde anksiyete sıklığının %20,3 olduğu belirtilmiştir (135). İlgili çalışmada sağlık çalışanlarında anksiyete ve depresyon Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Hekimlerde HAD ve Beck Ölçekleri ile yapılan çalışmalarda anksiyete sıklığı %22-29, depresyon sıklığı ise %19-31 bildirilmiştir (135). Başka bir çalışmada asistan hekimlerde antidepresan kullanım sıklığı %9 olduğu bildirilmiştir (25). İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapan her beş asistan hekimden biri tıpta uzmanlık eğitimi süresince karşılaştıkları zorluk ve sorunlarla mücadele edebilmek için tıbbi yardım almak zorunda olduğunu (psikolojik destek, psikotrop ilaç kullanımı gibi) bildirmiştir (136). Bu çalışmada depresyon ve anksiyete sıklığının (%2,5 ve %2,8) düşük olmasının nedeninin bu tanılarla ilgili çalışmalardaki tarama ölçekleri ile değil bir hekim tarafından konulmuş olması kriterine göre bildirim dayalı değerlendirilmiş olmasına dayandırılmıştır. Bu çalışmada pediatri asistan hekimlerinde sağlık yakınmaları sorgulandığında; yarısının kas ve eklem ağrısı şikayetlerinin olduğu saptanmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan asistan hekimlerin de dahil edildiği bir çalışmada; kas ve eklem problemi

sıklığı benzer olarak %47,5 sıklığında bildirilmiştir, bu sıklık asistan hekimlerde daha yüksektir, boyun ve bel ağrısı en sık yakınma olarak vurgulanmıştır (137). Hekimler çalışma koşulları nedeniyle kas ve eklem sorunları açısından risk grubu olarak bilinmektedir (137). Çalışma sırasındaki uygun olmayan postural adaptasyonlar, ağır çalışma koşulları, iş alışkanlıkları ve ergonomik olmayan düzenlemeler mesleki problemleri ortaya çıkarmaktadır. Çalışma sırasında belli bir postürün uzun süre devam ettirilmesi, stabilize ve manipüle edici kuvvetlere bağlıdır. Çalışırken bu postürün sürekliliği için oluşan statik kas yüklenmesi, yorgunluğa ve kas gücünün azalmasına neden olmaktadır. Postür kişinin mekanik yeterliliği ve fizyolojik fonksiyonları ile doğrudan ilişkilidir. Dilek ve arkadaşlarının 2016 yılında hekimler arasında yürüttüğü çalışmada kas-iskelet probleminin hekimlerde ergonomik olarak uygun şartlarda çalışmamaları ve psikolojik stres düzeylerindeki yüksekliğe bağlı olarak daha fazla geliştiği bildirilmiştir (137). İlgili araştırmada kas eklem şikayetlerinin sıklığı incelendiğinde; yaklaşık her dört kişiden birinde bulunduğu saptanmıştır.

Uygun bir sağlık hizmeti verilebilmesi için sağlık çalışanlarının ruh sağlıklarının da iyi olması önemlidir. Sağlık sektöründe çalışan hekimler, hemşireler, teknisyenler, temizlik personelleri gibi gruplarda iyi olma durumuna etki edebilecek risk faktörleri araştırılmıştır (138). Bu araştırmalarda tanımlanan bazı psikososyal riskler uzun çalışma saatleri, rijit hiyerarşik yapı, takdir edilme ve ödül sistemlerinin bulunmaması, yetersiz personel desteği, bilgilendirme yetersizliği, üstleri tarafından yeterli destek alınamaması, vardiya usulü çalışma saatleri, nöbet tutulması, düzensiz iş saatleri, şiddet ve ayrımcılık, iletişim ve etkileşim güçlükleridir. Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu'na verilen yanıtlarla elde edilen iyi olma durumuna bakıldığında; katılımcıların %64,8'inin (n=230) normal, %16,1'inin (n=57) iyi, %19,2'sinin (n=68) iyi olmadığı saptanmıştır. Araştırmamızda katılımcıların verdiği yanıtlarla elde edilen duygusal, sosyal ve psikososyal iyi olma puanları sırasıyla $7,7\pm 3,4$, $8,9\pm 5,0$ ve $15,9\pm 6,2$ saptanmıştır. Baylina ve arkadaşlarının Portekiz'de sağlık çalışanlarında yaptıkları araştırmada (138); elde edilen puanların bu çalışmaya göre göre daha yüksek olduğu, bu durumun çalışmaya hekim dışında hemşireler, teknisyenler, psikologlar gibi diğer sağlık çalışanlarının dahil edilmesine bağlı olabileceği yönünde değerlendirilmiştir.

Çalışmada katılımcıların önemli sağlık yakınmalarından biri uyku bozukluğu ve uyuklama halidir, sıklıkları sırasıyla %48,6 ve %23,4'dür, günlük uyku saati ortalaması $6,3 \pm 1,0$, uyku puanı ortalaması ise $4,8 \pm 2,1$ saptanmıştır. Akpınar ve arkadaşlarının çalışmasında asistan hekimlerde düzenli uyku yapamayanların sıklığı %65,4 olarak bildirilmiştir (129). Eyüpoğlu ve arkadaşlarının Eskişehir Osmangazi Üniversitesi'nde görev yapan asistan hekimlerde Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği'ni (PUKÖ) kullanarak uyku kalitesinin ve uyku kalitelerine etki edebilecek faktörlerin değerlendirildiği araştırmalarında; uyku süresi çalışmamıza benzer şekilde $6,41 \pm 1,15$ saat saptanmıştır, PUKÖ puan ortalamaları $6,75 \pm 3,08$ olarak değerlendirilmiş, %75,7'sinin uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır (139). Çalışmamızdaki ortalama uyku süresi, Steptoe ve arkadaşlarının çalışması ile ülkemizde Türk Uyku Tıbbı Derneği (TUTD)'nin Erişkin Toplumun Uyku Epidemiyolojisi Araştırması'nın ilk sonuçlarından daha düşük saptanmıştır (140, 141). Bu sonuçlara dayanarak, asistan hekimlerin genel topluma göre uykuya daha az zaman ayırdıkları lehine değerlendirme yapılmıştır. Uyku kaybı ve yorgunluk, diğer sosyal aktiviteleri etkileyebileceği gibi tıpta uzmanlık eğitimi alan hekimlerde motivasyon eksikliğine neden olmakla birlikte performanslarını ve eğitimlerini de etkileyebilmektedir (142). Tüm bu veriler ışığında asistan hekimlerde uyku kalitesinin artırılmasının hem günlük hayata hem de iş hayatına olumlu katkılar yapabileceği yönünde değerlendirme yapılmıştır. Düzenli uykunun erişkinlerde bedensel dinlenmeyi, hücre yenilenmesini ve organizmanın onarımını sağladığı, hafıza ve öğrenme sürecinde de önemli rol oynadığı bilinmektedir. Nöbet usulü çalışan kişilerde normal uyku döngüsü bozulmaktadır. Asistan hekimlerin büyük kısmı seçtikleri branşlara göre değişmekle birlikte; özel sağlık sorunları, ileri gebelik haftaları ve küçük bebeklerinin bulunması durumları dışında nöbet tutmaktadır. Çünkü asistan hekimlerin hastaların bakımında yetkinlik kazanması için nöbet tutmaları TUK tarafından da gerekli görülmektedir (22). Eğitim verilen merkezlere göre değişmekle birlikte günümüzde pediatri eğitimine yeni başlayan asistan hekimlerde nöbet sayısı ayda 10'dur. Bu araştırmada asistan hekimlerde nöbet sayısının aylık ortalaması $7,7 \pm 2,7$ saptanmıştır ve ayda maksimum tutulan nöbet sayısının 15 olduğu, asistanların %94,4'ünün nöbet tuttuğu saptanmıştır. Bir üniversite hastanesinde psikiyatri asistanlarında yapılan bir çalışmada asistanların %85,7'sinin nöbet tuttuğu,

ortalama nöbet sayısının 5,8 olduğu bildirilmiştir (143). Temel, dahili ve cerrahi bilimlerde çalışan asistan hekimlerde nöbet sıklığının en fazla cerrahi bölümlerde olduğu ($8,7\pm 2,2$) ve bunu dahili bilimlerin ($6,8\pm 2,2$) izlediği bildirilmiştir (25). İzmir’de bulunan üniversite ve EAH’nde görev yapan pediatri asistan hekimlerinde yapılan Anıl ve arkadaşlarının çalışmasında (144); aylık nöbet sayısının çalışmamız sonuçlarına benzer şekilde ortalama $8,0\pm 2,9$ olduğu saptanmıştır.

New York’da yaşayan ünlü ve zengin bir avukat olan Sidney Zion’un kızı Libby Zion’un (4 Ekim 1984) ölümü sonrasında ABD’nde asistan hekimlerin haftada 80 saatten fazla çalışmasını ve tek seferde 24 saat üzerinde nöbet tutmasını engelleyen yasalar devreye girmiştir, ardından ABD’nde Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi Akreditasyon Konseyi’nin (Accreditation Council for Graduate Medical Education), aldığı karar sonrasında en son 2011 yılında asistan hekimlerin toplam haftalık çalışma saati 80 saat ile ve nöbetleri en fazla 16 saat ile sınırlı olacak şekilde yeniden düzenlenmiştir (145). Aynı kuruluş, 2017 yılında yayınladığı bildirme ile asistan hekimlerin iyilik halini ön plana koymuş ve çeşitli yaptırımlar getirmiştir. Asistanların depresyon ve tükenmişlik ile karşı karşıya olduklarını ve fakültelerin asistanlara iş yeri güvenliğinin sağlanması, psikolojik destek sağlanması, istirahat fırsatı ve nöbet ertesi eve dönüşün güvenli şekilde sağlanması gibi konularda gerekli tedbir ve uygulamaların yapılmasını zorunlu kılmıştır (146). Ülkemizde, Tabipler Birliği’nin araştırmasına göre (147), her üç asistan hekimden ikisi hafta içi günde 9-12 saat çalışmaktadır. Yine aynı çalışmaya göre her dört asistandan üçünde, çalışma saatlerinin sosyal hayatlarını olumsuz etkilediği saptanmıştır. Amerikan Pediatri Akademisi’nin hem hastanede çalışan hem de muayenehane hekimliği yapan 1010 pediatrişte yaptığı anket çalışmasında; pediatristlerin haftalık çalışma saatinin 45 saat olduğu ve haftalık 76 hasta baktıkları saptanmıştır (148). Çalışmamızda haftalık ortalama çalışma saatinin 78,2 olduğu; bu sürenin Amerika’da görev yapan hekimlere göre çok daha uzun olduğu dikkati çekmiştir.

Asistanların meslekteki memnuniyetlerini nöbet tutma, çalışma saatleri ve bakılan hasta sayısı dışında etkileyebilecek bir diğer önemli konu maaşlarının yeterliliğidir. Çalışmamıza katılan asistan hekimlerin çalışmanın yapıldığı tarihlerde ortalama aylık gelirleri 5276 ± 927 TL saptanmıştır, en düşük maaş 2000 TL iken, en

yüksek 7000 TL olarak bildirilmiştir. Aylık olarak elde ettikleri gelirdeki farklılığın asistan hekimlerin maaşları dışında tutulan nöbetlerden elde ettikleri gelirin farklılık göstermesi ve yabancı uyruklu asistanların sadece nöbet parası alıyor olmalarının etkilemiş olması şeklinde değerlendirilmiştir. Asistanların gelir yeterlilik puanları incelendiğinde; katılımcıların tamamının gelir durumlarını 5 ve üzerinde yani yeterli olarak tanımladığı, ancak maaşlarının memnuniyet puanlarının ortalama $4,5 \pm 2,3$ olduğu dikkati çekmiştir. Tan ve arkadaşlarının çalışmasında (128); asistan hekimlerin %72,2'sinin elde ettikleri gelirin yetersiz olduğunu bildirdiği, aynı çalışmada elde ettiği geliri yüksek bulanlarda iş doyumunun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Maddi açıdan tatmin olamamış, aldığı risk ile orantılı karşılık göremeyen hekim risk alma aşamasında da gereken cesareti ve gayreti gösteremeyebilir. Her ne kadar bu kutsal mesleğin insani ve vicdani tatmin boyutu olsa da; verilen emek, bu yolda harcanan zaman göz önüne alındığında diğer meslek gruplarının gerisinde kalmaktadır (149). Günümüzde hekimin elde ettiği gelir eğitim süreleri ve aldığı riskler göz önüne alınarak kıyaslanınca; birçok meslek grubundan daha düşük olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (4). Buna dayanarak asistan hekimlerin elde ettikleri aylık gelirin artırılması ile yaptıkları iş memnuniyetinin de artabileceği sonucuna ulaşılabilir.

Ülkemizde ve tüm dünyada hekimler yoğun stres altında görev yapmaktadırlar, asistan hekimler hem çalışma süresinin uzunluğu, hem nöbet usulü çalışma hem de çalışma ortamındaki hiyerarşi nedeniyle strese daha fazla maruz kalmaktadırlar (3-5). Çalışmamızda iş baskısının değerlendirilmesi için kullanılan 'Psikososyal Etkenler Bilgi Formu'na verilen yanıtlardan elde edilen puanlara göre iş yükü puanı ortalama $16,5 \pm 1,8$, iş kontrolü $16,4 \pm 3,4$, iş baskısı $1,05 \pm 0,3$ ve sosyal destek puanı $17,1 \pm 3,6$ saptanmıştır. Her ne kadar bu ölçeğin iş yükü ve iş kontrolü için iç tutarlılık katsayısı yüksek olmasa da; elde edilen puanlar literatürdeki diğer çalışmalar ile benzer saptanmıştır (150-152). Denizli İli Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanları'nda yapılan çalışmada iş yükü puanı ortalama $16,8 \pm 1,8$, iş kontrolü $18,9 \pm 0,1$, iş baskısı $0,91 \pm 0,0$ saptanmıştır (150). Asistan hekimlerin ve klinisyenlerin dahil edildiği bir başka çalışmada; asistan hekimlerde iş yükü ortanca 17, iş kontrolü 16 ve iş baskısı 1,1 bildirilmiştir ve klinisyenlere göre asistan hekimlerde iş baskısı istatistiksel anlamlı yüksek saptanmıştır (151). Çalışmamızda cinsiyet, medeni

durum ve evde yalnız yaşanması grupları ile iş yükü puanı arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ve sonuçlar yapılan diğer çalışmalar ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir (150, 151), ancak diğer çalışmalarda belirtilmemiş olan çocuk sahibi olmama durumunun iş yükünü artırdığı saptanmıştır. Bu durum için çocuk sahibi olanlarda evde de artmış olan sorumluluk ve zorluklarla başa çıkmayı başarabilmekle ilişkili olabileceği değerlendirilmiştir. İzmir'den bildirilen bir çalışmada; çalışmamıza benzer şekilde kronik hastalık olanlarda olmayanlara göre iş yükü puanı arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanırken (151), çalışmamızda sağlık yakınması olanlarda ve uyku puanı 5 ve altında olanlarda diğer gruba göre iş yükü puanı daha yüksektir ve aradaki fark anlamlı saptanmıştır. İş yükünü yapılan işin yoğunluğu, hızı ve ağırlığı etkileyebileceği sonucuna dayanarak (59), sağlık yakınması olanlarda ve düzenli uyuyamayanlarda iş yükü puanının daha yüksek olabileceği yönünde değerlendirme yapılmıştır. Düzenli ilaç kullananlar ile kullanmayanlar arasında iş yükü puanı farkı anlamlı bulunmasa da; anlamlılık sınırında olması sağlık yakınması olanlarda ilaç kullanımının daha fazla olmasına bağlı olabileceğini akla getirmiştir. Katılımcıların üniversite hastanesinde ya da EAH'nde çalışmaları, kıdemli veya kıdemsiz olma durumlarında iş yükü puanları arasında fark olmadığı dikkati çekmiştir. Haftalık çalışma saati 56'nın üzerinde olanlarda, nöbet tutanlarda ve iş kazası geçirenlerde diğer gruba göre iş yükü puanları arasındaki fark anlamlı saptanmıştır. Tür ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (151); özellikle gece shiftinde çalışanlarda bizim çalışmamıza benzer şekilde iş yükü puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Sağlık çalışanlarında yapılan çalışmalarda iş kontrolünün hekimlerde diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğu, uzman hekimlerde ise asistan hekimlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (151). İş kontrolü yüksek saptanan çalışanların daha yaratıcı, daha motive oldukları ve ağır çalışma koşullarında yaşanan stresi daha hafif düzeyde hissettikleri saptanmıştır (53, 152). Çalışmamızda da kıdemli asistan hekimlerde ve EAH'nde çalışanlarda iş kontrolü puanı kıdemsiz olanlara ve üniversite hastanesinde çalışanlara göre yüksektir ve aradaki farkın anlamlı olduğu, Tür ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonuçları ile uyumlu olduğu saptanmıştır (151) ve beklendiği üzere bu gruplarda iş baskısı daha düşük değerlendirilmiştir. Sosyal destek puanına bakıldığında; ortalamasının $17,1 \pm 3,6$ olduğu, elde edilen puanların Atasoy ve

arkadaşlarının sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmaya göre daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (153). Aynı çalışmada; hekimlerde diğer sağlık çalışanlarına göre sosyal desteğin daha yüksek olduğu, öğrenim düzeyleri yükseldikçe sosyal desteğin çalışanların karşılaştıkları stresin çözümünde etkili olacağına daha fazla inanıldığı vurgulanmıştır (153). Tür ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (151); ortanca sosyal destek puanının asistan hekimlerde 17 olduğu bildirilmiştir ve çalışma grubumuzda elde edilen puan ile benzer saptanmıştır. Aynı çalışmada uzmanlarda asistan hekimlere göre sosyal destek puanı daha yüksek saptanmıştır ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı değerlendirilmiştir, bizim çalışmamızda ise kıdemli asistan hekimlerde sosyal destek puanının kıdemsiz olanlara göre daha düşük olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu durum ölçekte yer alan soruların özellikle çalışma ortamında verilen desteği yansıtmasına ve kıdemsiz asistanlarda desteğin daha fazla olmasına bağlı olabilir. Düzenli alkol kullananlarda kullanmayanlara göre sosyal destek puanı daha düşük saptanmıştır, çalışma ortamında yeteri kadar desteklenmeyen asistan hekimlerin alkol kullanımına eğilimli olması bu durumu açıklayabilmektedir.

Asistan hekimlerin ağır iş yükü altında ve uzun çalışma saatleri süresince çalıştıkları ve bu nedenle de özel hayatı ve iş hayatı arasındaki dengeyi sağlamakta zorlanmaları doğrultusunda; işle ilgili yaşam kalitelerinin düşük olması beklenmektedir (3-5). Bu araştırma ile ülkemizde ilk kez pediatri asistanlarında İYKÖ ile çalışma yaşamı kalitesi değerlendirilmiştir. ‘Çalışma hayatımın genel kalitesinden memnunum’ önermesine katılımcıların verdikleri yanıtlara göre, katılımcıların yarısından fazlasının çalışma hayatının genel kalitesinden memnun olmadığı saptanmıştır. ABD’nde genel cerrahi asistanlarında çalışma yaşamı kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada; kadın asistanlarda toplam çalışma yaşamı kalitesi puanının erkeklerden daha düşük olduğu bildirilmiştir (154). Bu çalışmada benzer şekilde kadınlarda ÇYK puanının daha düşük olduğu saptanmıştır. Zubair ve arkadaşlarının çalışmasında yer alan sonuçlara göre; kadın asistan hekimlerde iş kontrolü ve çalışma koşulları puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiş ancak çalışmamızda böyle bir sonuç elde edilmemiş, erkeklerde kadınlara göre iş kontrolü puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (154). Genel cerrahi asistanlarında evli/ilişkisi olması durumunda ev iş ara yüzü uyumunun daha iyi

olduğu bildirilmiştir (154), çalışmamızda ise evli olanlarda bekarlara göre ev iş ara yüzü uyumu dışında ÇYK toplam puanının ve diğer alt ölçek puanlarının da daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çocuk sahibi olanlarda olmayanlara göre toplam puanın, iş kariyer memnuniyeti puanının, genel iyilik hali puanının, ev iş ara yüzü ve iş stresi puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürdeki diğer çalışmalarda çocuk sahibi olanlarda olmayanlara göre toplam puanın ve diğer alt ölçeklerden elde edilen puanlar arasında fark olmadığı dikkati çekmiştir (154-156). Ülkemizde hemşirelerde yapılan bir tez çalışmasında; sigara, alkol hatta kafeinli içecekler ile ÇYK puanı arasında ilişki olmadığı gösterilmiştir (157). Bu çalışmada da benzer şekilde sigara ve alkol kullananlarda kullanmayanlara göre toplam ÇYK ve alt ölçek puanlarının farklı olmadığı saptanmıştır. Ayrıca düzenli egzersiz yapma ve uyku puanının düşük/yüksek olma gruplarında ölçek puanları arasında fark olmadığı saptanmıştır.

Sağlık; çalışanlar için kendini ve çevresini güdüleyen ve çalışma yaşamının bütün öğeleri ile uyumlu biyopsikososyal optimum bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (158). Bu nedenle aslında çalışanların iş yaşamı ve çalışma koşulları çalışanları sağlığını doğrudan etkileyebilmektedir. Ayrıca kronik hastalık varlığı ve sağlık yakınması gibi sağlıkla ilişkili durumlar da çalışma yaşamı kalitesini etkileyebilmektedir. İranlı hemşirelerde yapılan bir çalışmada; mevcut hastalık sayısının çalışma yaşamı kalitesi puanını olumsuz etkilediği gösterilmiştir (156). Bu çalışmada ise sağlık durumu özellik gruplarında hem toplam ÇYK puanı hem de alt ölçek puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Çalışma yaşamı özelliklerine göre ÇYK hem hekimlerde hem de hemşirelerde araştırılmıştır. Özellikle yayınlarda asistanlık süresinin, gece şifinde çalışma durumunun ve ağır çalışma koşullarının ÇYK puanları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (154-157). Zubair ve arkadaşlarının çalışmasında asistanlık süresinin uzun olması yani kıdemli olma durumunun özellikle iş kariyer memnuniyeti puanını olumlu yönde etkilediği saptanırken (154), tersine Drolet ve arkadaşları kıdemli olma durumunun hayat kalitesini olumsuz etkilediğini göstermişlerdir (159). Çalışmamızda ise kıdemli olup olmama durumuna göre ÇYK puanı arasındaki farkın anlamlı olmadığı dikkati çekmiştir. Beklendiği üzere çalışmamızda uzun çalışma saatleri bulunanlarda bulunmayanlara göre ÇYK toplam puanı ve iş kariyer

memnuniyeti puanları düşük saptanmıştır. Somsila ve arkadaşlarının Tayland'lı asistanlarda yaptıkları çalışmalarında; haftalık çalışma süresi 80 saat ve üzerinde olanlarda ve ayda 8 şiften daha fazla çalışanlarda ÇYK'nin negatif yönde ilişkili olduğu bildirilmiştir (160). Ancak çalışmamızda nöbet tutanlarda tutmayanlara göre ÇYK ve alt ölçek puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır, bu durum çalışmaya dahil edilen asistanların tamamına yakınının nöbet tutmasına bağlı olmasından kaynaklanabilir. Çalışma yaşamı kalitesini etkileyebilecek bir diğer önemli nokta gelir algısıdır. Çünkü hekimlerin zor ve uzun çalışma saatlerine rağmen ihtiyaçlarına yetecek düzeyde maaş almadıkları bildirilmiştir (109). Ancak çalışmamızda hem gelir yeterliliği puanı hem de maaş memnuniyet puanının düşük veya yüksek olmasının ÇYK toplam ve alt ölçek puanlarında fark yaratmadığı saptanmıştır. Araştırmamızda diğer araştırmalardan farklı olarak iş kazası geçirenlerde geçirmeyenlere göre ÇYK puanları arasındaki fark araştırılmıştır; ancak anlamlı fark elde edilmemiştir.

İnsanların olayları olduğu gibi algılamalarını ve mevcut gerçeklere dikkatlerini vermelerini sağlayan bilinçli farkındalık kavramı günümüzde giderek daha popüler hale gelmektedir. Özellikle 2000'li yıllardan sonra bu kavramın önemi anlaşılmış, 2000 yılında konu ile ilgili yayın sayısı 10 iken, sadece 2018 yılında bu konu ile ilgili 842 uluslararası yayın bildirilmiştir (161). Yapılan çalışmalar göstermektedir ki; bilinçli farkındalığın günlük hayata dahil edilmesi kişinin yaşamına çok ciddi olumlu katkılar sağlayabilmektedir. Özellikle yüksek stres ve baskı altında çalışan gruplarda daha faydalı olduğu gösterilmiştir (6-13, 15, 17, 18). Çalışmada bu nedenle yüksek stres altında çalıştığı kabul edilen asistan hekimlerdeki bilinçli farkındalık düzeyi araştırılmıştır. Ülkemizde özellikle üniversite öğrencilerinde bilinçli farkındalık düzeyinin araştırıldığı çalışmalar giderek artış göstermektedir (110, 162, 163), ancak asistan hekimlerde yapılmış bir araştırma bulunmamıştır. Pamukkale Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde öğrenim gören 322 hemşire öğrencinin bilinçli farkındalık düzeyinin değerlendirildiği araştırmada; ortalama puan $60,1 \pm 11,4$ saptanmıştır (162). Özyeşil ve arkadaşlarının (110) Selçuk Üniversitesi eğitim, mühendislik, mimarlık ve edebiyat bölümü öğrencileri ile yapmış olduğu çalışmada, bilinçli farkındalık puan ortalaması $57,9 \pm 11,5$, Kocarslan ve arkadaşlarının konservatuar, eğitim, güzel sanatlar, sanat ve tasarım fakülteleri

öğrencilerinde yaptıkları çalışmada (163), bilinçli farkındalık ortalama puanı $59,0 \pm 11,1$ olarak bildirilmiştir. Bu çalışmalarda elde edilen bilinçli farkındalık puanının çalışmamızda elde edilene göre ($54,3 \pm 12,1$) daha yüksek olduğu saptanmıştır ve üniversite öğrencilerinde farkındalığın asistan hekimlerden daha yüksek olduğu yönünde değerlendirme yapılmıştır.

Cinsiyet ile bilinçli farkındalık puanı arasındaki farkın anlamlı olmadığını bildiren çalışmalar bulunmakla birlikte (162, 163); Arslan tarafından elektronik ortamda (Google form), 2018 Mayıs ayında, yaşları 22-67 arasında katılımcıların %64'ünün kadın olduğu, toplam 194 kişinin dahil edildiği çalışmada (164); kadınlarda bilinçli farkındalık puanı daha yüksek saptanırken, araştırmamızda erkeklerde kadınlara göre bilinçli farkındalık puanı daha yüksek saptanmıştır. Cinsiyetler arası farklılığın birden fazla açıklaması olabilir. Toplumsal cinsiyet, duygularla temasın kabul edilirliliği, araştırılan çalışma popülasyonu noktasında cinsiyetler arası farklılık görülebilmektedir.

Hastalık ve sağlık yakınması varlığı, düzenli ilaç kullanımı gibi sağlık özelliklerinin kişinin yaşamını ve mutlu olma durumunu doğrudan etkilediği düşünüldüğünde; bilinçli farkındalık puanını da etkilemesi beklenen bir durumdur. Goodman ve Schorling (17) tarafından sağlık çalışanlarında yapılan araştırmada; mutluluk ve farkındalık arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca katılımcılardaki sık hastalık ve yakınmalardan olan depresyon ve anksiyete bozukluğunun dolaylı olarak bilinçli farkındalık puanını etkilemiş olabileceği bildirilmiştir. Özellikle bilinçli farkındalık temelli eğitimler ve müdahalelerinin depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine yaptığı olumlu etki özellikle bu tür yakınmaları olan kişilere önerilir hale gelmiştir (164, 165). Brown ve Ryan (8), farkındalığın psikolojik iyi oluş üzerindeki rolünü inceledikleri çalışmada; farkındalığın olumlu duygulanım alt boyutu ile pozitif yönde anlamlı, olumsuz duygulanım alt boyutu ile ise negatif yönde anlamlı ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Bilinçli farkındalık kavramına yönelik araştırmalar, pozitif psikolojinin popülerleşmesiyle birlikte artış göstermiştir. Pozitif psikolojinin etkisi; kendisini patolojiye ve hastalık belirtilerine odaklanmak yerine, olumluya ve istenene yönelmek olarak göstermektedir. Bir düşünce sistemi olarak bilinçli farkındalık, pek çok farklı medikal duruma yönelik uygulamalı tekniklere zemin

oluşturmaktadır. Araştırmalar bu tür uygulamalı tekniklerin kronik ağrı, immunitenin güçlendirilmesi, sigara, alkol, madde bağımlılığı, uyku bozuklukları, hastalık semptomlarının ve sonuçlarının iyileştirilmesi, depresyon ve anksiyete semptomlarının azaltılması, kognitif fonksiyonların iyileştirilmesi, motivasyonun artırılması, psikososyal ilişkilerin düzeltilmesi gibi birçok alanda kullanıldığını ve etkili olduğunu göstermektedir (165). İngiltere’de üniversite öğrencilerinde bilinçli farkındalık becerilerinin mental sağlığın iyileştirilmesindeki etkisini göstermek amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışmada; müdahale grubunda strese karşı dirençte ve mental sağlığın iyileşmesinde olumlu sonuçlar elde edilmiştir (166). Hollanda’da asistan hekimlerde yapılan bilinçli farkındalık temelli müdahaleli randomize kontrollü çalışmada; özellikle duygusal tükenme düzeyi yüksek olan grupta müdahale sonrasında orta seviyeli bir iyileşme sağlandığı, kişisel ilişkilerin ve endişe durumunun iyileştirilmesi, farkındalık becerilerinin artırılması, kendi kendine nezaket ve perspektifin artırılması gibi olumlu katkılar sağladığı gösterilmiştir (167). Katılımcılarımızda kronik hastalık ve sağlık yakınması bulunması ve düzenli ilaç kullanılması durumlarında bilinçli farkındalık puanlarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Tüm bu sonuçlar ile birlikte incelendiğinde, kişilerin sağlık durumlarının iyileştirilmesinin bilinçli farkındalık puanı ve düzeyine olumlu katkı sağlayabileceği değerlendirilmiştir.

Bilinçli farkındalığın düzenli alkol kullanımı ve ilişkili durumları etkilediğine dair çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bir çalışmada daha geniş bir bilinçli farkındalık olan kendine öz anlayışın (self-compassion) çocukluk çağında kaotik bir aile yaşantısına ve ergen ve yetişkinlerde anksiyete ve depresyona bağlı geliştiği ve bu durumun bilinçli farkındalığı etkileyerek negatif sağlık sonuçlarına katkıda bulunduğu bildirilmiştir (168). Farkındalık dürtüsellik ile negatif ilişkili olduğundan bazı alışkanlıkları ve bağımlılık durumunu açıklayabilmekte ve riskli sağlık durumu davranışlarını öngörebilmektedir. Birlikte ele alındığında, erken advers deneyimlerin farkındalık becerilerindeki eksikliklere yol açabileceği ve bunun sonucunda olumsuz sonuçların yaşanmasına ve daha muhtemel bir şekilde alkol tüketme ihtimalinin artmasına neden olabileceği saptanmıştır (168). Brett ve arkadaşları üniversite öğrencilerinde olumsuz deneyimlerin artmasının ve farkındalığın düşük olmasının alkol tüketimini ve sonuçlarını artırdığını, bilinçli farkındalığın alkol tüketiminde

önemli bir gösterge olduğunu bildirmişlerdir (169). Aynı grup alkol müdahale çabaları içinde bilinçli farkındalık becerilerinin artırılmasının kişinin alkol tüketimini azaltabileceğini vurgulamıştır. Araştırmamızda her ne kadar düzenli alkol kullanan katılımcı sayısı düşük olsa da sonuçlar göstermiştir ki; düzenli alkol kullananlarda farkındalık daha düşüktür. Elde edilen bu sonuç yapılan diğer çalışmalarla da benzer saptanmıştır (168, 169).

Araştırmamızda katılımcıların gelir yeterliliği düşüncesinin bilinçli farkındalığı olumlu yönde etkilediği dikkati çekmiştir. Azak ve arkadaşlarının çalışmasında (162), orta düzeyde geliri olan öğrencilerin bilinçli farkındalık puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kocaarslan ve arkadaşlarının çalışmasında (163) ise sosyoekonomik durumu düşük olan öğrencilerin bilinçli farkındalık düzeylerinin de daha düşük olduğu bildirilmiştir. Bunun nedeni ekonomik düzeyleri daha yüksek öğrencilerin kendini geliştirme olanaklarına daha rahat ulaşabilmesi olarak yorumlanmıştır (163). Ekonomik güçlüğü beraberinde yaşam zorlukları getirmesi ve bu durumun kişinin kaygısını ve umutsuzluğunu artırmasının bilinçli farkındalık puanında azalmaya yol açabileceği düşünülmüştür. Bu sonuçlardan yola çıkarak asistanların gelir yeterliliğinin artırılması bilinçli farkındalık puanı ve düzeylerinin artırılmasına katkı sağlayabilir.

Çalışma yaşamı kalitesinin bilinçli farkındalık ile ilişkili olduğu araştırmamızın en önemli çıktılarından biridir. Aslında çalışma yaşamı kalitesi içerisinde değerlendirilen iş-kariyer memnuniyeti, iyilik hali, ev iş arayüzü uyumu, çalışma koşulları, iş stresi ve kontrolü durumlarının her biri tek başına bilinçli farkındalık puanı ile ilişkili saptanmıştır. Azalan iş memnuniyeti ve mutluluk, profesyonel sağlık bakımı ortamını bozarak, çalışanların iş doyumunu ve ev-iş arayüzü uyumunu azaltmaktadır, tüm bu durumlar sağlık çalışanlarının iyi hasta bakımını ve kişinin iyilik durumunu olumsuz yönde etkilemektedir (8, 17). Aslında, sağlık hizmeti veren kişilerde işyerinde algılanan stres gibi olumsuz algılar hasta bakımını olumsuz yönde etkilemektedir (170). Önceki çalışmalar, maneviyat, sosyal destek ve beslenme, kişisel duygusal ve fiziksel ihtiyaçların farkındalığı ve egzersiz yapma gibi kişisel alışkanlık ve davranışların sağlık profesyonellerinde mutluluğu ve genel iyilik halini olumlu yönde etkilediğini göstermiştir (12, 13, 16, 17, 170). Aslında çalışanın iş yaşamını etkileyebilecek çok sayıda etmen vardır, bu

etmenlerden en önemlisi iş stresidir. Çalışmamızda da iş stresi puanının bilinçli farkındalık puanı ile negatif korele olduğu ($r=-213$, $p<0,001$) gösterilmiştir. Bilinçli farkındalık temelli eğitimler ile kişi, duygu regülasyonunu sağlayarak kendini daha rahat ifade edebilmekte ve anlayabilmektedir. Bu durum kişinin yaşam kalitesini artırmaya fayda sağlamaktadır. Yapılan araştırmaların sonucunda bilinçli farkındalık programları ile empatide artış, depresif düşüncelerde ve hallerde azalma, stres düzeyinde azalma sağlanabilmektedir (9, 12, 13). Aslında kişilerin hem iş stresinin azaltılması hem de diğer çalışma yaşamı kalitesini etkileyen öğelerde iyileşme sağlanmasının bilinçli farkındalık temelli eğitimlerle mümkün olabileceği değerlendirilmiştir. Ev iş arayüzü uyum puanının da bilinçli farkındalık durumu etkilediği dikkati çekmiştir. Bilinçli farkındalığı yüksek kişiler negatif tecrübelerle karşı daha fazla tolerans gösterebilir ve duygusal dalgalanmaları daha az sıklıkta olan bireylerdir. Yapılan çalışmalarda farkındalığı yüksek olan çiftlerde eşinin mükemmel olmadığını kabullenme daha sık ve negatif duygulardan etkilenme daha düşük sıklıkta saptanmıştır (171). Çalışmamızda evli bireylerde ev iş arayüzü uyumu puanı daha yüksek saptanmıştır, bu durum dolaylı olarak bilinçli farkındalığı etkilemiş olabilir.

Bilinçli farkındalık puanında düşüklük ile ilişkili olan çalışma yaşamı kalitesi puanı düşüklüğünün kadın olmak, bekar olmak, evde yalnız yaşamak, çocuk sahibi olmamak ve çalışma sürelerinin uzun olması gibi değişkenlerle ilişkili olduğu saptanmıştır. Bir diğer ilişkili olan değişken iş yükü puanının da çocuk sahibi olmama, uyku puanında düşüklük, sağlık yakınması varlığı, haftalık çalışma saatlerinin uzunluğu, nöbet tutma ve iş kazası geçirme gibi durumlarla ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada bilinçli farkındalık puanı ile ilişkili saptanan diğer değişkenler kadın olmak, kronik hastalık varlığı, sağlık yakınması varlığı, düzenli ilaç kullanımı ve gelir yeterliliği puanının düşük olmasıdır. Çalışma kesitsel bir çalışma olduğundan bu değişkenler arasında temporal ilişki çalışılmamıştır. İlişkilerin nedensel olup olmadığı eldeki mevcut bilgilere göre gruplanmıştır ve direkt ilişkiler dışında kalanlar zamanla yeni bilgiler ışığında değişiklik gösterebilir. Elde edilen sonuçlar nedensellik açısından sonraki çalışmalarda detaylı irdelenmelidir.

Teknolojinin gelişimine paralel olarak bilinçli farkındalık temelli eğitim programları da insanların daha kolay ulaşabileceği hale gelmiştir. Mak ve arkadaşlarının mental iyi olma ve psikolojik stresin azaltılması üzerine farkındalık temelli, kendine öz anlayış (self compassion) ve kognitif davranışsal psikoeğitim programları olarak mobil üç farklı uygulamayı değerlendirdikleri çalışmada; her üç uygulamanın da mental iyi olma ve psikolojik stresin azaltılması üzerine olumlu etkisi olduğu saptanmıştır (172). Araştırmamızın sonuçlarının da ortaya koyduğu gibi bilinçli farkındalık puanı ve düzeyi, iyilik puanı ve düzeyi ile ilişkilidir; bilinçli farkındalık temelli programların farkındalığı artırmasının yanı sıra asistan hekimlerde iyilik puanını da artıracak şekilde değerlendirilmiştir. Uzun çalışma saatleri ve çok sayıda nöbeti bulunan asistan hekimlerin meditasyon benzeri uygulamalı eğitimler için yeterli vakti olamayabileceğine dayanarak, bu mobil uygulama programlarının hem kolay uygulanabilirliği hem de kolay ulaşılabilirliği nedeniyle gelecekteki araştırmalarda kullanılabilirliği değerlendirilmesi yapılmıştır.

Bu araştırmada incelenmemiş olsa da, çalışanlarda tükenmişlik düzeyinin hem iyilik durumu hem de bilinçli farkındalığı etkileyebileceği saptanmıştır (5, 17, 46, 47, 155). Bu nedenle sağlık çalışanlarında tükenmişlik durumuna bilinçli farkındalık temelli eğitimlerin etkisi çok sayıda araştırmada değerlendirilmiştir. Bu eğitimlerin sağlık çalışanlarında tükenmişliği azalttığı, iş doyumunu artırdığı ve hasta bakımını iyileştirdiği bildirilmiştir (5, 17). Goodman ve arkadaşlarının bir üniversite hastanesinde görev yapan 93 sağlık çalışanında yaptıkları müdahaleli araştırmada 8 hafta süreyle haftada 2,5 saatlik bilinçli farkındalık temelli eğitim ile hem hekimlerde hem de diğer sağlık çalışanlarında duygusal tükenmenin ve depersonalizasyonun azaldığı ayrıca kişisel başarının arttığı saptanmıştır (17). Bu eğitimlerin sürekli verilmesi ile hem tükenmişlik skorlarında hem de psikolojik iyilik hallerinde düzelme sağlanması beklendiğinden özellikle sağlık çalışanları gibi yüksek stres altında çalışan kişilere bu eğitimler önerilmiştir (17). Çalışanlarda iş yükü ve baskısı, iyilik durumu ve bilinçli farkındalığın ortak olarak birçok faktörden etkilendiği ve bu durumların birbirini etkilediği hem bizim çalışmamızda hem de yapılmış diğer çalışmalarla ortaya konulmuştur (5, 6, 8, 11-13, 17, 18, 53, 56, 68, 86, 94, 99). Daha önce yapılan araştırmalar ışığında; farkındalığı yüksek olan bireylerin, bütün dikkatini geçmiş pişmanlıklar veya gelecek kaygılarına değil, o anda yapmakta

olduğu işe yönlendirmeyi başarabilen, ilgilendiği işle bütünleşip akış yaşayabilen ve hayatta karşılaştıkları olumsuz, stres yaratan ya da acı veren olayları yargılamadan değerlendirebilen ve yine yargılamadan kabullenebilen kişiler olduğu, bu bireylerin yaptıkları işi daha kolay idame ettirdikleri ve keyif aldıkları söylenebilir. Bu sayede hem iyilik durumlarının daha iyi olduğu hem de iş baskısı ve stresinin de daha düşük olacağı lehine değerlendirme yapılabilir.

Araştırmanın kısıtlılıkları değerlendirildiğinde, hedeflenen evrenin %73'üne ulaşılabilmıştır, bu durum çalışma sonuçlarını etkilemiş olabilir. Örneklemin sadece Ankara'da bulunan ve pediatri eğitimi verilen hastanelerde eğitim alan asistan hekimlerden oluşması; sonuçların ülkemiz verilerini yansıtması bakımından yetersiz olabilir ve bu durum bulguların diğer illerdeki pediatri asistan hekimlerine genellenmesini de engellemektedir. Araştırma verilerinin büyük kısmı hastane ortamında araştırmacının veya veri toplama görevlisinin gözetiminde toplanmıştır, ancak kullanılan ölçüm araçlarının kendi bildirimine dayalı olmasının her katılımcı için bir yanlılık yaratabileceği unutulmamalıdır. Bilinçli farkındalık kavramı, meditasyon uygulaması temelinde ele alınan ve meditasyon sırasında yoğun olarak yaşanan bir deneyim olduğu için, literatürde, kavramın ortak bir tanımının yapılması aşamasında zorluklar yaşandığı bildirilmiştir. Bu nedenle 'Bilinçli Farkındalık Ölçeği' maddelerinin, katılımcıların bu becerisini yeterince yordayamaması da olası görülmektedir ve bunun araştırma bulgularını etkilemiş olabilir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması 2011 yılında yapılmıştır her ne kadar çalışma sayısı giderek artış gösteriyor olsa da; ülkemizde bu anket ile yapılan araştırmalar yetersizdir (7, 9, 162-164). Türkiye'de bilinçli farkındalık ile çeşitli klinik değişkenler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların artırılmasının, ölçeğin Türkçe versiyonunun bilinçli farkındalık düzeyini yansıtmadaki yeterliliğini daha fazla test edebilmek açısından da yararlı olacağı ön görülmüştür. Ayrıca araştırmada kullanılan tüm ölçeklerin Türkiye'de geliştirilmemiş ancak Türk kültürüne sonradan uyarlanmış ölçekler olmasının da sonuçları etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

1. Bu araştırmada Ankara’da pediatri uzmanlık eğitimi verilen altısı üniversite, dördü eğitim ve araştırma hastanesi olmak üzere on merkezde görev yapan pediatri asistan hekimlerinin bazı sosyodemografik, sağlık ve çalışma yaşamı özelliklerinin belirlenmesi ve bilinçli farkındalık düzeyi ile ilişkileri incelenmiştir. Araştırmanın yapıldığı dönemde görev yapan 486 pediatri asistan hekiminin 355’ine (%73) ulaşılmıştır.
2. Araştırmanın temel hipotezi olan çalışma yaşamı kalitesi puan grupları arasında bilinçli farkındalık puan ortalamaları yönünden fark yoktur hipotezi reddedilmiştir.
3. Yaş ortalaması $27,7 \pm 2,4$ yıl; ortanca 27,0 (en küçük-en büyük; 23,0-41,0) saptanmıştır.
4. Katılımcıların %72,7’si kadın, %27,3’ü erkek; %54,9’unun bekar, %44,5’inin evli, %0,6’sının boşanmış olduğu saptanmıştır. Evlerinde kimlerle birlikte yaşadığı sorgulandığında; %62,8’inin ailesi ile, %28,2’sinin yalnız, %7,3’ünün arkadaşlarıyla, %1,7’sinin diğer kişilerle birlikte yaşadığı, %14,7’sinin çocuk sahibi olduğu saptanmıştır.
5. Günlük uyku saati ortalama $6,3 \pm 1,0$; ortanca 6 (6-7; 3-10) saat, günlük uyku kalitesi puanı; ortalama $4,8 \pm 2,1$; ortanca 5 (3-6; 1-10) puan saptanmıştır.
6. Sigara alışkanlığı değerlendirildiğinde; %73,5’inin hiç sigara içmediği, %5,9’unun içip bıraktığı, %11,8’inin ara sıra sigara içtiği ve %6,2’sinin sürekli sigara içtiği saptanmıştır. Sürekli sigara içen ve ara sıra sigara içtiğini belirten kişilerin %79,5’i ‘kaç yıldır günlük kaç sigara tükettiklerini’ belirtmiştir; bu kişilerde paket yılı ortalama $2,4 \pm 2,2$; ortanca 2,0 (en küçük-en büyük 0,1-10) saptanmıştır. Katılımcıların %6,2’si düzenli alkol kullandığını bildirmiştir.
7. Düzenli egzersiz yapma sıklığı %14,1 saptanmıştır; en sık yapılan egzersizlerin yürüyüş, pilates, yüzme ve koşma olduğu bildirilmiştir.
8. Katılımcıların %39,2’si kronik hastalığı olduğunu, %50,4’ü herhangi bir sağlık yakınması olduğunu bildirmiştir. En sık bildirilen hastalıklar alerjik

hastalıklar, gastrointestinal sistem hastalıkları, hematolojik hastalıklar ve otoimmün hastalıklardır. Duygu durum ilişkili hastalıklar %5,6'sında (n=20) saptanırken, bunlar arasında en sık anksiyete bozukluğu ve depresyon olarak bildirilmiştir. En sık görülen yakınmaların kas-eklem ağrısı, baş ağrısı, uyku bozukluğu ve uyuklama hali olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %18,0'inin düzenli ilaç kullandığı, en sık kullanılan ilaçların antidepresanlar, levotiroksin ve alerjik hastalıklar için inhaler ve topikal ilaçlar ve antihistaminikler olduğu bildirilmiştir.

9. İyi olma durumları değerlendirildiğinde; %64,8'inin normal, %16,1'inin iyi, %19,2'sinin iyi olmadığı saptanmıştır. İyi olma puanının ortalaması $32,6 \pm 13,0$ (en küçük-en büyük 1,0-64,0), duygusal iyi olma puanı $7,7 \pm 3,4$, sosyal iyi olma puanı $8,9 \pm 5,0$, psikolojik iyi olma puanı $15,9 \pm 6,2$ saptanmıştır.
10. Pediatri uzmanlık öğrencilerinin %44,8'i üniversite hastanelerinden, %55,2'si EAH'nden araştırmaya katılmıştır. Günlük çalışma süresi ortalama $9,0 \pm 3,5$ saat, haftalık çalışma saati ise ortalama $78,2 \pm 25,3$ saat saptanmıştır. Katılımcıların %75,7'sinin haftalık çalışma saatinin 56'nın üzerinde olduğu, %94,4'ünün (n=335) buldukları hastanelerde nöbet tuttuğu ve ortalama nöbet sayısının ayda $7,7 \pm 2,7$ olduğu saptanmıştır. Asistan hekimlerin %50,2'sinin kıdemli asistan olduğu yani buldukları hastanede 2 yıldan daha uzun süredir çalıştığı saptanmıştır.
11. Pediatri asistan hekimlerinin aylık olarak elde ettikleri gelir ortalama 5276 ± 927 tl, gelir yeterliliği puanı ortalama puan $6,5 \pm 2,2$, maaş yeterliliği puanı $4,5 \pm 2,3$ saptanmıştır.
12. Son altı ay içinde katılımcıların %32,6'sının iş kazası geçirdiği, en sık bildirilenlerin iğne batması, kayma, düşme olduğu saptanmıştır.
13. İşin psikososyal özelliklerinin değerlendirilmesinde; iş yükü puanı ortalama $16,5 \pm 1,8$ (en küçük-en büyük 10-20), iş kontrolü puanı $16,4 \pm 3,4$ (en küçük-en büyük 8-48), iş baskısı $1,05 \pm 0,3$ (en küçük-en büyük 0,4-2,5) ve sosyal destek puanı $17,1 \pm 3,6$ (en küçük-en büyük 6-24) saptanmıştır. Çocuğu olmayanlarda, uyku puanı 5 ve altında olanlarda, sağlık yakınması olanlarda, haftalık çalışma saati 56'nın üzerinde olanlarda, nöbet tutanlarda ve iş kazası

geçirenlerde diğer gruplara göre iş yükü puanı arasındaki fark anlamlı saptanmıştır. Ayrıca düzenli ilaç kullananlarda kullanmayanlara göre iş yükü puanı arasındaki fark anlamlılık sınırında saptanmıştır. İncelenen sosyodemografik ve sağlık özellik gruplarına göre iş kontrolü puanı arasında fark olmadığı, EAH'nde çalışanlarda, kıdemli asistanlarda, haftalık çalışma saati 56'nın altında olanlarda ve iş kazası geçirmeyenlerde; üniversite hastanesinde çalışanlara, kıdemsiz asistanlara, haftalık çalışma saati az olanlara ve iş kazası geçirenlere göre iş kontrolü puanı arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Çocuk sahibi olmayanlarda, uyku puanı 5 ve altında olanlarda, sağlık yakınması olanlarda, üniversite hastanesinde çalışanlarda, çömez asistan hekim olanlarda, haftalık çalışma saati 56'nın üzerinde olanlarda ve iş kazası geçirenlerde diğer gruplara göre iş baskısı puanı arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır.

14. Çalışma yaşamı kalitesinin genel olarak değerlendirilmesi için 'çalışma hayatımın genel kalitesinden memnunuz' önermesine katılımcıların %2,8'i (n=10) kesinlikle katıldığını, %14,6'sı (n=52) katıldığını, %29,6'sı (n=105) tarafsız olduğunu, %29'u (n=103) katılmadığını, %23,9'u (n=85) kesinlikle katılmadığını bildirmiştir.
15. Erkeklerde, evlilerde, ailesi/arkadaşları ile birlikte yaşayanlarda, çocuk sahibi olanlarda kadınlara, bekarlara, evde yalnız yaşayanlara ve çocuk sahibi olmayanlara göre çalışma yaşamı kalitesi toplam puanı yüksek saptanmıştır, aradaki fark anlamlıdır. Evlilerde ve çocuk sahibi olanlarda; bekar ve çocuğu olmayanlara göre iş-kariyer memnuniyeti puanı yüksektir ve farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Evlilerde, ailesi/arkadaşları ile yaşayanlarda, çocuk sahibi olanlarda, düzenli egzersiz yapanlarda ve düzenli alkol kullanmayanlarda; bekarlara, evde yalnız yaşayanlara, çocuk sahibi olmayanlara, düzenli egzersiz yapmayanlara ve düzenli alkol kullananlara göre genel iyilik hali alt grubu puanı daha yüksektir ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Evli ve çocuk sahibi olanlarda; bekar ve çocuk sahibi olmayanlara göre ev-iş ara yüzü uyumu puanı daha yüksekken, aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Bekarlarda çalışma koşulları puanının evlilere göre daha düşük olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Sağlık

yakınması olmayanlarda iş kontrolü puanı $8,3\pm 2,3$; olanlarda ise $7,7\pm 2,3$ saptanmıştır ve aradaki fark anlamlı saptanmıştır. Haftalık çalışma saati 56'nın üzerinde olanlarda daha az çalışma saatleri olanlara göre toplam ÇYK puanının, iş kariyer memnuniyeti puanının ve genel iyilik puanının daha düşük olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır.

16. Bilinçli farkındalık puanının erkeklerde ve düzenli alkol almayanlarda; kadınlara ve düzenli alkol alanlara göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı bulunanlarda puanın $52,6\pm 11,9$; bulunmayanlarda $55,3\pm 11,9$ olduğu; sağlık yakınması olanlarda $52,8\pm 12,4$; olmayanlarda $55,8\pm 11,4$ olduğu, düzenli ilaç kullananlarda $51,3\pm 11,4$; kullanmayanlarda $54,9\pm 12,0$ olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Gelir yeterliliği puanı 5'in üzerinde olanlarda, 5 ve altında olanlara göre bilinçli farkındalık puanı daha yüksek saptanmıştır. Bu araştırmada değerlendirilen çalışma yaşamı değişkenlerinin hiçbiri ile bilinçli farkındalık puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır.
17. Toplam iyilik puanı ile bilinçli farkındalık puanı arasında düşük-orta dereceli pozitif bir korelasyon saptanmıştır. İşle ilgili yaşam kalitesinden elde edilen toplam puan, iş-kariyer memnuniyeti, çalışma koşulları ve genel iyilik puanları ile bilinçli farkındalık puanı arasında düşük-orta dereceli pozitif bir korelasyon elde edilmiştir. İş stresi puanı ile bilinçli farkındalık puanları arasında düşük negatif bir korelasyon saptanmıştır.
18. Toplam iyilik puanı, işle ilgili yaşam kalitesi ve iş stresi dışındaki çalışma yaşamı kalitesi alt boyutlarında yüksek puanlı gruplarda düşük puanlı gruplara göre bilinçli farkındalık puan ortalaması daha yüksektir, aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. İş yükü, iş baskısı ve iş stresi yüksek gruplarda düşük olan gruplara göre bilinçli farkındalık puan ortalaması daha düşüktür ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. İş kontrolü ve sosyal destek puanları yüksek olan gruplarda düşük olanlara göre bilinçli farkındalık puan ortalamaları daha yüksektir ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

1. Bu araştırmada bilinçli farkındalık ile ilgili incelenen, kronik hastalık ve sağlık yakınması varlığı, düzenli ilaç kullanımını gibi sağlık durumu değişkenleri ile ilişkisinin gösterilmiş olmasına dayalı olarak, bilinçli farkındalık ve kişilerin sağlık durumları ilişkisini inceleyen çalışmalara temel hipotez olarak incelenmesi önerilir.
2. İş baskısının özellikle haftalık çalışma saatlerinin uzun olması, nöbet tutulması, iş kazası geçirilmesi gibi çalışma yaşamı değişkenleri ile ilişkili olmasına dayanarak; pediatri asistanlarının çalışma saatlerinin düzenlenmesi, nöbet sayılarının azaltılması, iş kazalarının önlenmesine yönelik tedbirlerin alınması gibi çalışma koşullarında düzenlemeler ile iş baskısının değişiminin gösterilebileceği çalışmalar önerilir.
3. İş baskısı, iyilik ve bilinçli farkındalık arasındaki ilişkilerin nedensellik ve kafa karıştırmacıların belirlenerek tekrar incelenmesi önerilir.
4. İş yükünün bilinçli farkındalık düzeyi ile ilişkisi olmasına dayanarak, bilinçli farkındalık düzeyini artırmak için yoğun çalışma saatlerinin azaltılması, efor gerektiren durumlarda asistan hekimlerin daha az çalıştırılması gibi uygulamaların faydalı olabileceği düşünülmüştür.
5. Yalnız yaşamak, bekar olmak, çocuk sahibi olmamak gibi sosyodemografik özelliklerin çalışma yaşamı kalitesi puanı ile ilişkisi olması nedeniyle, pediatri uzmanlık öğrencilerinde sosyal desteğin artırılması ve huzurlu bir ev hayatının sağlanması için çalışma yaşamı uyum düzenlemelerinin dikkate alınması önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. WHO. Occupational health A manual for primary health care workers [İnternet]. 2001 [Erişim Tarihi Aralık 2016]. Erişim adresi: http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehemhealthcareworkers.pdf?ua=1
2. Gün İ, Öztürk A, Öztürk Y. Erciyes Üniversitesi tıp fakültesi intern doktorlarının tıp eğitimine ve tıpta uzmanlık sınavına bakışlarının değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim*. 2004;19(2):154-8.
3. McClafferty H, Brown OW; Section on Integrative Medicine; Committee on Practice And Ambulatory Medicine; Section on Integrative Medicine. Physician health and wellness. *Pediatrics*. 2014;134(4):830-5.
4. Özkan C. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Tükenmişlik Sendromunu Etkileyen Faktörler [Uzmanlık tezi]. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2012.
5. McClafferty H, Brooks AJ, Chen MK, Brenner M, Brown M, Esparham A, et al. Pediatric Integrative Medicine in Residency Program: Relationship between Lifestyle Behaviors and Burnout and Wellbeing Measures in First-Year Residents. *Children (Basel)*. 2018;5(4):1-16.
6. Carmody J, Baer RA, L B Lykins E, Olendzki N. An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *J Clin Psychol*. 2009;65(6):613-26.
7. Ludwig DS, Kabat-Zinn J. Mindfulness in medicine. *JAMA*. 2008;300(11):1350-2.
8. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003; 84(4):822-48.
9. Gu J, Strauss C, Bond R, Cavanagh K. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clin Psychol Rev*. 2015;37:1-12.
10. Duchemin AM, Steinberg BA, Marks DR, Vanover K, Klatt M. A small randomized pilot study of a workplace mindfulness-based intervention for surgical intensive care unit personnel: effects on salivary α -amylase levels. *J Occup Environ Med*. 2015;57(4):393-9.
11. Asuero AM, Queraltó JM, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Rodriguez-Blanco T, Epstein RM. Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial. *J Contin Educ Health Prof*. 2014;34(1):4-12.
12. Burton A, Burgess C, Dean S, Koutsopoulou GZ, Hugh-Jones S. How Effective are Mindfulness-Based Interventions for Reducing Stress Among Healthcare Professionals? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Stress Health*. 2017;33(1):3-13.

13. Smith SA. Mindfulness-based stress reduction: an intervention to enhance the effectiveness of nurses' coping with work-related stress. *Int J Nurs Knowl*. 2014;25(2):119-30.
14. Silverman MN, Sternberg EM. Glucocorticoid regulation of inflammation and its functional correlates: from HPA axis to glucocorticoid receptor dysfunction. *Ann N Y Acad Sci*. 2012;1261:55-63.
15. Chrousos GP. Stress and disorders of the stress system. *Nat Rev Endocrinol*. 2009;5(7):374-81
16. Ebrahimi S, Kargar Z. Occupational stress among medical residents in educational hospitals. *Ann Occup Environ Med*. 2018;30:51.
17. Goodman MJ, Schorling JB. A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *Int J Psychiatry Med*. 2012;43(2):119–128.
18. Rakel D, Fortney L, Sierpina VS, Kreitzer MJ. Mindfulness in medicine. *Explore (NY)*. 2011;7(2):124-126.
19. Resmi Gazete. Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik. [İnternet]. 2014. [Erişim Tarihi Aralık 2016]. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.htm>
20. WHO. Health worker occupational health [İnternet]. 2006. [Erişim Tarihi Aralık 2016]. Erişim adresi: https://www.who.int/occupational_health/topics/hcworkers/en/
21. TÜİK. Hekim Sayısı, Hekim Başına Düşen Kişi Sayısı ve Hekim Başına Hasta Müracaat Sayısı. [İnternet]. 2018. [Erişim Tarihi Mart 2018]. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>
22. YÖK. Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu [İnternet]. 2010. [Erişim Tarihi Aralık 2016]. Erişim adresi: http://www.yok.gov.tr/documents/10279/30217/turkiyede_saglik_egitimi/3eef8efe-9fbe-4e66-bc05-15262a6ec747
23. Sağlık Bakanlığı Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu [İnternet]. 2014. [Erişim Tarihi Aralık 2018]. Erişim adresi: <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/315cb2f4de78496aaf18df410e770ca4.pdf>
24. Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) tarafından Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı. [İnternet]. 2017. [Erişim Tarihi Aralık 2017]. Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/14425,cocuksagligivehastaliklarimufredatv21pdf.pdf?0>
25. Çeler A, Kara İH, Baltacı D, Çeler H. Tıp Fakültesi’ndeki Araştırma Görevlilerinde Depresyon Düzeyinin İş Doyumu ile İlişkinin İncelenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2015;7(3):125-33.

26. Gültekin BK, Söylemez A, Dereboy IF, Çiçek C. Ege ve Adnan Menderes Tıp Fakültelerinde Uzmanlık Eğitimi-Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Bakış Açısı ile. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2006;7(2):17-21.
27. Bilazer FN, Konca GE, Uğur S, Uçak H. (Türk Hemsireler Derneği Yönetim Kurulu Üyeleri), Erdemir F, Çıtak E. (Türk Hemsireler Derneği Üyeleri) Türkiye’de Hemsirelerin Çalışma Kosulları, Odak ofset matbaacılık, Ankara, 2008.
28. Yaşan A, Essizoglu A, Yalçın M, Özkan M. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlilerinde İş Memnuniyeti, Anksiyete Düzeyi ve İlişkili Etmenler. Dicle Tıp Dergisi, 2008;35(4):228-33.
29. Aslan SH, Gürkan SB, Alparslan ZN. Tıpta uzmanlık öğrencisi hekimlerde tükenme düzeyleri. Türk Psikiyatri Dergisi 1996;7:39-45.
30. Resmi Gazete. Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği [İnternet]. 2014. [Erişim Tarihi Aralık 2016]. Erişim adresi: <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7.5.19629&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=t%C4%B1pta%20ve%20di%C5%9F%20hekimli%C4%9Findetuey-2014.pdf#>
31. Cox T. “Work Related Stress” in: ABC of Occupational and Environmental Medicine Eds: Snashall D and Patel D, Second Ed. BMJ publishing books, p.41-44, (2004).
32. EU-OSHA (2012), European Agency for Safety and Health at Work, Management of occupational safety and health: analysis of data from the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER), Publications Office of the European Union, Luxembourg (<https://osha.europa.eu/en/>)
33. WHO. Stress at the workplace [İnternet]. 2014. [Erişim Tarihi Aralık 2016]. Erişim adresi: https://www.who.int/occupational_health/topics/stressatwp/en/
34. Workplace Stress: A collective challenge pdf – ILO. [İnternet]. 2016. [Erişim Tarihi Aralık 2018]. Erişim adresi: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466547.pdf
35. Radi S, Ostry A, Lamontagne AD. Job stress and other working conditions: Relationships with smoking behaviors in a representative sample of working Australians. Am J Ind Med. 2007;50(8):584-96.
36. Åkerstedt T, Nordin M, Alfredsson L, Westerholm P, Kecklund G. Predicting changes in sleep complaints from baseline values and changes in work demands, work control, and work preoccupation--the WOLF-project. Sleep Med. 2012;13(1):73-80.
37. Magnusson Hanson LL, Chungkham HS, Åkerstedt T, Westerlund H. The role of sleep disturbances in the longitudinal relationship between psychosocial working conditions, measured by work demands and support, and depression. Sleep. 2014;37(12):1977-85.

38. WHO. Cardiovascular diseases (CVDs). [İnternet]. 2018. [Erişim Tarihi Aralık 2018]. Erişim adresi: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
39. Hemingway H, Marmot M. Evidence based cardiology: psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies. *BMJ*. 1999;318(7196):1460-7.
40. Sultan-Taïeb H, Chastang JF, Mansouri M, Niedhammer I. The annual costs of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to job strain in France. *BMC Public Health*. 2013;13:748.
41. Eller NH, Netterstrøm B, Gyntelberg F, Kristensen TS, Nielsen F, Steptoe A, Theorell T. Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. *Cardiol Rev*. 2009;17(2):83-97.
42. Aboa-Éboulé C, Brisson C, Maunsell E, Bourbonnais R, Vézina M, Milot A, et al. Effort-reward imbalance at work and recurrent coronary heart disease events: a 4-year prospective study of post-myocardial infarction patients. *Psychosom Med*. 2011;73(6):436-47.
43. Puttonen S, Härmä M, Hublin C. Shift work and cardiovascular disease - pathways from circadian stress to morbidity. *Scand J Work Environ Health*. 2010;36(2):96-108.
44. Deeney C, O'Sullivan L. Work related psychosocial risks and musculoskeletal disorders: potential risk factors, causation and evaluation methods. *Work*. 2009;34(2):239-48.
45. Takaki J, Taniguchi T, Hirokawa K. Associations of workplace bullying and harassment with pain. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(10):4560-70.
46. Schaufeli WB, Greenglass ER. Introduction to special issue on burnout and health. *Psychol Health*. 2001;16(5):501-10.
47. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422.
48. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care*. 2007;13(5):482-8.
49. WHO. Depression. [İnternet]. 2018. [Erişim Tarihi Aralık 2018]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
50. WFMH. Mental Health in the Workplace [İnternet]. 2017. [Erişim Tarihi Aralık 2018]. Erişim adresi: <https://wfmh.global/wp-content/uploads/wfmh-annual-report>
51. American Psychological Association. APA Reports [İnternet]. 2016. [Erişim Tarihi Aralık 2018]. Erişim adresi: <https://www.apa.org/pubs/info/reports/2015-report.pdf>
52. Siegrist J, Lunau T, Wahrendorf M, Dragano N. Depressive symptoms and psychosocial stress at work among older employees in three continents. *Global Health*. 2012;8:27.

53. Levi L, Bartley M, Marmot M, Karasek R, Theorell T, Siegrist J, et al. Stressors at the workplace: theoretical models. *Occup Med.* 2000;15(1):69-106.
54. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, BongersP, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol* 1998; 3 (4):322 -55.
55. Karasek R, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *Am J Public Health*1981;71(7):694-705.
56. Peterson CL. Work factors and stress: a critical review. *Int J Health Serv* 1994; 24 (3):495-519.
57. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of arandom sample of the Swedish working population. *Am JPublic Health* 1988;78(10):1336-1342 .
58. Johnson JV, Hall EM, Theorell T. Combined effects ofjob strain and social isolation on cardiovascular diseasemorbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scand J Work Environ Health* 1989;15(4):271-279.
59. Sanne B, Torp S, Mykletun A, Dahl AA. The SwedishDemand-Control-Support Questionnaire (DCSQ): factorstructure, item analyses, and internal consistency in a large population. *Scand J Public Health* 2005;33 (3):166-174.
60. Demiral Y, Ünal B, Kılıç B, Soysal A, Bilgin AC, Uçku R, ve ark. İş Stresi Ölçeğinin İzmir Konak Belediyesi'nde Çalışan Erkek İşçilerde Geçerlik ve Güvenilirliğinin İncelenmesi. *Toplum hekimliği bülteni* 2007;26(1):11-18.
61. Özyaman FB. Hemşirelerde iş güvencesi algısı ve anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi. *İş Sağlığı [Doktora tezi]* 2007.
62. Akın A, Demirci İ, Yıldız E, Gediksiz E, Eroglu, N. The short form of the Scales of Psychological Well-being (SPWB-42): The validity and reliability of the Turkish version. *International Counseling and Education Conference 2012 (ICEC 2012), May, 3-5, İstanbul, Turkey.*
63. Diener E, Oishi S, Lucas R. Subjective Well-Being: The Science of Happiness and Life Satisfaction. *Oxford Handbook of Positive Psychology, Chapter 17*
64. Christiansen C, Baum C. *Occupational Therapy Performance, Participation and Well-Being, (3.baskı).* 2004
65. Diener E, Seligman MEP. Very happy people. *Psychological Science*, 2002; 13:81-84.
66. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: Anintroduction. *American Psychologist*, 2000;55(1): 5-14.
67. Roger PM. *Roger's New Treasurus of Synonyms and Antonyms.* Number of Nine Publishing Company, London. 1972.

68. Johnson J. Wellness and occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*. 1986;40(11):753-758.
69. War P. The measurement of well-being and other aspects of mental health. *Journal of Occupational Psychology*. 1990;63:193-210.
70. Westerhof GJ, Keyes CLM. Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*. 2010;17: 110-9.
71. Lamers SMA, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET, ten Klooster PM, Keyes CLM. Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*. 2010;67:99- 110.
72. Keyes CLM. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*. 2002;43:207-222.
73. Keyes CLM. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005;73:539-48.
74. Demirci İ, Akın A. Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu'nun Geçerliliği ve Güvenirliği. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2015;1(48):49-64.
75. Keyes CLM, Wissing M, Potgieter JP, Temane M, Kruger A, van Rooy S. Evaluation of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF) in Setswana speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2008;15:181-92.
76. Carr J A, Gibson B, Robinson P G. Measuring of life is quality of life determined by expectations or experience. *BMJ* 2001;322:1240-3.
77. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* 1996;334(13):835-40.
78. Long PH. On the quantity and quality of life. *Medical Times* 1960;88:613-9.
79. Eser E. Sağlıkla İlgili Yaşam kalitesi ölçeklerinin kültürel uyarlaması. *Sağlıkta Birikim Dergisi* 2006;1(2):6-8.
80. Saxena S, Carlson D, Billington R, Orley J. The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-BREF): the importance of its items for cross-cultural research. *Quality of Life Research*. 2001;10:711-21.
81. Skevington SM, Lofty 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 WHOQOL-Group. *Quality of Life Research*. 2004;13(2):299-310.
82. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fisek G, Ölmez N, Memiş A. "Kısa Form-36'nın Türkçe Versiyonunun Güvenirliği ve Geçerliliği". *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999;12:102-106.
83. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in Psikometrik Özellikleri. *3P Dergisi*, 1999;7(2):23-40.

84. EQ-5D instruments – EQ-5D. [İnternet]. 2016. [Erişim Tarihi Aralık 2018]. Erişim adresi: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/available-eq-5d-versions/>
85. EuroQol Group. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990;16(3):199-208
86. Kıran S. Sağlık Çalışanlarında Mesleksel Etkenlerle Karşılaşma Düzeyleri ve Hastalık/Yakınma İle İlişkisinin Değerlendirilmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. [Doktora Tezi] İzmir, 2003.
87. ILO. ILO'nun Görevi ve Hedefleri [İnternet]. 2018. [Erişim Tarihi Aralık 2018]. Erişim adresi: www.ilo.org/ankara/about-us/WCMS_372872/lang--tr/index.htm
88. Nowrouzi B, Giddens E, Gohar B, Schoenenberger S, Bautista MC, Casole J. The quality of work life of registered nurses in Canada and the United States: a comprehensive literature review. *Int J Occup Environ Health*. 2016;22:341-58.
89. Duyan EC, Aytaç S, Akyıldız N, van Laar D. Measuring Work Related Quality of Life and Affective Well-being in Turkey. *Mediterranean Journal of Social Sciences*. 2013;4:105-16.
90. Walton RE. Quality of working life: what is it?. *Sloan Management Review*. 1973;15:11-21.
91. Timossi L, Pedroso B, Francisco A, Pilatti L. Evaluation of QWL: An Adaptation from the Walton's QWL Model. XIV International Conference On Industrial Engineering and Operations Management. 2008; Rio de Janeiro. Brazil.
92. Van Laar DL, Edwards JA, Easton S. The Work-Related Quality of Life (QoWL) scale for Healthcare Workers. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 60:325-33.
93. Baer RA, Sauer S. Mindfulness and Cognitive Behavioral Therapy: A Commentary on Harrington and Pickles. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2009;23:324-32.
94. Brown K, Ryan R, Creswell J. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 2007;18:211-37.
95. Germer CK, Siegel R, Fulton P. (Eds.). *Mindfulness and psychoNyanaponika Therapy*. 2nd edition. New York: Guilford Press. 2016.
96. Thompson BL, Waltz J. Everyday mindfulness and mindfulness meditation: Overlapping constructs or not? *Personality and Individual Differences* 2007; 43:1875-85.
97. Brown KW, Ryan MR. Perils and Promise in Defining and Measuring Mindfulness: Observations From Experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2004;11:242-8.
98. Walsh R, Shapiro SL. The meeting of meditative disciplines and Western psychology: a mutually enriching dialogue. *Am Psychol*. 2006;61:227-39.

99. Volkan Demir. Bilinçli Farkındalık Temelli Hazırlanan Eğitim Programının Bireylerin Depresyon ve Stres Düzeyleri Üzerine Etkisi. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü. [Yüksek Lisans Tezi]. 2014.
100. Cioffi D. Beyond attentional strategies: cognitive-perceptual model of somatic interpretation. *Psychol Bull.* 1991;109:25-41.
101. Barnes VA, Treiber FA, Turner JR, Davis H, Strong WB. Acute effects of transcendental meditation on hemodynamic functioning in middle-aged adults. *Psychosom Med.* 1999;61:525-31.
102. Yu T, Tsai HL, Hwang ML. Suppressing tumor progression of in vitro prostate cancer cells by emitted psychosomatic power through Zen meditation. *Am J Chin Med.* 2003;31:499-507.
103. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med.* 2003;65:564-70.
104. Wenk-Sormaz H. Meditation can reduce habitual responding. *Altern Ther Health Med.* 2005;11:42-58.
105. McKee L, Zvolensky MJ, Solomon SE, Bernstein A, Leen-Feldner E. Emotional-vulnerability and mindfulness: a preliminary test of associations among negative affectivity, anxiety sensitivity, and mindfulness skills. *Cogn Behav Ther.* 2007;36:91-101.
106. Chang VY, Palesh O, Caldwell R, Glasgow N, Abramson M, Luskin F, et al. The effects of a mindfulness based stress reduction program on stress, mindfulness self efficacy, and positive states of mind. *Stress and Health.* 2004; 20:141-7.
107. Schreiner I, Malcolm JP. The Benefits of Mindfulness Meditation: Changes in Emotional States of Depression, Anxiety, and Stress. *Behaviour Change.* 2008;25:156-68.
108. Asuero AM, Queraltó JM, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Rodriguez-Blanco T, Epstein RM. Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial. *J Contin Educ Health Prof.* 2014;34:4-12.
109. Taylor M, Hageman JR, Brown M. A Mindfulness Intervention for Residents: Relevance for Pediatricians. *Pediatr Ann.* 2016;45:373-6.
110. Zümra Özyeşil. Üniversite Öğrencilerinin Öz-Anlayış Düzeylerinin Bilinçli Farkındalık Kişilik Özellikleri ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. [Doktora Tezi]. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bilim Dalı. 2011.
111. Özyeşil Z, Arslan C, Kesici Ş, Deniz ME. Bilinçli Farkındalık Ölçeği'ni Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Eğitim ve Bilim Dergisi* 2011;160(36):224-35.
112. Esra Ülev. Üniversite Öğrencilerinde Bilinçli Farkındalık Düzeyi İle Stresle Başa Çıkma Tarzının Depresyon, Kaygı ve Stres Belirtileriyle İlişkisi. [Yüksek

- Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı. 2014.
- 113.Hacettepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Tarihçe. [İnternet]. 2017. [Erişim Tarihi Haziran 2019]. Erişim adresi: <http://www.cocuksagligi.hacettepe.edu.tr/tarihce.shtml>
- 114.Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Tarihçe. [İnternet]. 2016. [Erişim Tarihi Haziran 2019]. Erişim adresi: <http://cocuksagligi.medicine.ankara.edu.tr/hakkinda/>
- 115.Gazi Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Tarihçe. [İnternet]. 2016. [Erişim Tarihi Haziran 2019]. Erişim adresi: <https://hastane.gazi.edu.tr/tr/bolumler/cocuk-sagligi-ve-hastaliklari-anabilimdali>
- 116.Gülhane'nin Kurumsal Tarihçesi. [İnternet]. 2017. [Erişim Tarihi Haziran 2019]. Erişim adresi: <https://gulhanetip.sbu.edu.tr/GenelBilgiler/Tarihce>
- 117.Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Tarihçe. [İnternet]. 2019. [Erişim Tarihi Haziran 2019]. Erişim adresi: <http://tip.baskent.edu.tr/kw/genel.php?birim=600&id=9860>
- 118.Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Tarihçe. [İnternet]. 2018. [Erişim Tarihi Haziran 2019]. Erişim adresi: http://www.ufuk-ridvanege.edu.tr/sub_page/hakkimizda.html
- 119.Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Hastanesi Tarihçe. [İnternet]. 2017. [Erişim Tarihi Haziran 2019]. Erişim adresi: <http://www.ankaracocuk.gov.tr/hastanemiz-tarihcesi/>
- 120.SBÜ Ankara Dr.Sami Ulus Kadın Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Tarihçesi. [İnternet]. 2019. [Erişim Tarihi Haziran 2019]. Erişim adresi: <https://samiuluskdch.saglik.gov.tr/TR,144318/tarihce.html>
- 121.SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Tarihçesi. [İnternet]. 2018. [Erişim Tarihi Haziran 2019]. Erişim adresi:<https://ankaraeah.saglik.gov.tr/TR,19992/tarihcemiz.html>
- 122.SBÜ Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Tarihçesi. [İnternet]. 2018. [Erişim Tarihi Haziran 2019]. Erişim adresi: <https://akeah.saglik.gov.tr/TR,161134/tarihce.html>
- 123.TC. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi [İnternet]. 2017. [Erişim Tarihi Aralık 2018]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Diyabet/diyabet-rehberleri/Obezite-ve-Diyabet-Klinik-Rehberi.pdf>
124. Hayran M, Hayran M. Sağlık Araştırmaları İçin Temel İstatistik. Ankara: Arf Ofset; 2011.
125. Akan V. Birey ve toplum. İ. Sezal (Ed.),Sosyolojiye giriş. Martı Kitap ve Yayınevi. 2003.

126. Küçük A, Süleklı HE, Mortaş A. OECD Avrupa Birliğisağlık istatistikleri ve Türkiye. Ankara: Sağlık BakanlığıTürkiye Kamu Hastaneleri Kurumu. 2015.
127. Spector ND, Cull W, Daniels SR, Gilhooly J, Hall J, Horn I, et al. Gender and generational influences on the pediatric workforce and practice. *Pediatrics*. 2014;133:1112-21.
128. Tan MN, Özçakar N, Kartal M. Uzmanlık Eğitiminde Mesleki Memnuniyet. *Marmara Medical Journal* 2012;25:20-5.
129. Akpınar F, Borlu A, Şarlı M ve ark. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde ihtisas yapan asistanların yaşam biçimleri ve karşılaştıkları sorunlar. *TAF Prev Med Bull* 2008;7:311-6.
130. Öztürk Ö. Sağlık çalışanları ve sigara. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.* 2009;16(2):32-8.
131. Salepçi B, Fidan A, Çağlayan B, Torun E, Durmuş N, Aktürk AÜ, Sur H. İstanbul'da genel bir eğitim hastanesinde çalışanların sigara hakkındaki bilgileri, davranışları ve sigara içme oranları. *Solunum* 2006;8(4):156-62.
132. Erbaycu AE, Aksel N, Çakan A, Özsöz A. İzmir ilinde sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları. *Toraks Dergisi* 2004;5(1):6-12.
133. Kosku N, Kosku M, Çıkırıkçioğlu U, Tümer ZÖ. Toraks Derneği üyelerinin sigara konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Toraks Dergisi* 2003;4(3):223-30.
134. Türker T, Koçak N, İstanbulluoğlu H, Yıldırım AO, Kır T, Açıkkel C, Kılıç S. Tıp fakültesi öğrencilerinin spor yapma alışkanlıkları ve spor yaralanmalarının değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Derg* 2011;53:94-8.
135. Demiral Y, Akvardar Y, Ergör A, Ergör G. Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerde İş Doyumunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2006;20(3):157-64.
136. Yılmaz Y, Uçar E, Ertin H. Tıpta Uzmanlık Eğitimi ve Asistan Hekimlerin Sorunlarının İrdelenmesi: Bir Anket Çalışması. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2019;18(54):21-9.
137. Dilek B, Korkmaz F, Baş G, Deniz B, Yılmaz N, Doğan S, et al. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerde Kas İskelet Sistemi Problemleri ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2016;30:25-30.
138. Baylina P, Barros C, Fonte C, Alves S, Rocha Á. Healthcare Workers: Occupational Health Promotion and Patient Safety. *J Med Syst*. 2018;42(9):159.
139. Eyüpoğlu A, Ünlüoğlu İ, Bilgin M, Bilge U. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Görevlisi Hekimlerin Uyku Kalitelerinin ve Uyku Kalitelerine Etki Edebilecek Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 2018 (basımda).
140. Türkiye'de Erişkin Toplumda Uyku Epidemiyolojisi Araştırması İlk Sonuçları. *Türk Uyku Tıbbı Derneği Yayını*; 2010.

141. Steptoe A, Peacey V, Wardle J. Sleep Duration and Health in Young Adults. *Archives of Internal Medicine*. 2006; 166(16):1689-92.
142. Papp KK, Stoller EP, Sage P, Aikens JE, Owens J, Avidan A, et al. The effects of sleep loss and fatigue on resident-physicians: a multi-institutional, mixed-method study. *Acad Med*. 2004;79(5):394-406.
143. Yaşan A, Eşsizoglu A, Yalçın M, Özkan M. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlilerinde İş Memnuniyeti, Anksiyete Düzeyi ve İlişkili Etmenler. *Dicle Tıp Dergisi* 2008;35(4):228-33.
144. Anıl M, Yurtseven A, Yurtseven İ, Ülgen M, Anıl AB, Helvacı M, ve ark. Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerinde tükenmişlik ve iş doyum düzeylerinin değerlendirilmesi. *Türk Pediatri Ars* 2017;52:66-71.
145. Pastores SM, O'Connor MF, Kleinpell RM, Napolitano L, Ward N, Bailey H, et al. The Accreditation Council for Graduate Medical Education resident duty hour new standards: History, changes, and impact on staffing of intensive care units. *Crit Care Med*. 2011;39:2540-9.
146. Accreditation Council for Graduate Medical Education. ACGME Common Program Requirements. Revised June 2017. [İnternet]. 2017. [Erişim Tarihi Kasım 2018]. Erişim adresi: http://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/CPRs_2017-07-01.pdf
147. Sayek İ, Aktan AÖ, Demir T, Özyurt A. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Raporu. Birinci Baskı: Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları. 2015
148. American Academy of Pediatrics Division of Health Services Research. Pediatricians' Life and Career Experiences [İnternet]. 2018. [Erişim Tarihi Aralık 2018]. Erişim adresi: https://www.aap.org/en-us/Documents/surveys_periodic81_ES_PLACES.pdf
149. Tanrıverdi H, Teker Ç. Eğitim Hastanelerinde Asistan Doktorların Klinik İş Yükleri Bakımından Performans Ölçütlerinin Karşılaştırılması. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 2010;1(1):114-36.
150. Kuh M. Denizli İli Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarında İş Yükü kontrolü, İşe Yabancılaşma ve Tükenmişlik Sendromu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. [Uzmanlık Tezi]. Denizli: Pamukkale Üniversitesi. 2017
151. Tür FÇ, Toker İ, Şaşmaz CT, Hacı S, Türe B. Occupational stress experienced by residents and faculty physicians on night shifts. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2016;22 (1):24-34.
152. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Hoch CC, Yeager AL, Kupfer DJ. Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh sleep quality index (PSQI). *Sleep*. 1991;14:331-8.
153. Atasoy A, Yorgun S. Sağlık Çalışanlarında İş Gerilimi ve İş Stres Düzeyinin Değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 2013;6(2):71-88.
154. Zubair MH, Hussain LR, Williams KN, Grannan KJ. Work-Related Quality of Life of US General Surgery Residents: Is It Really so Bad? *J Surg Educ*. 2017;74(6):138-46.

155. Puranitee P, Stevens FFCJ, Pakakasama S, Plitponkarnpim A, Arj-Ongvallibhakara S, Busari JO, Heeneman S, van Mook WNKA. Exploring burnout and the association with the educational climate in pediatric residents in Thailand. *BMC Med Educ.* 2019;19(1):245.
156. Abbasi M, Zakerian A, Akbarzade A, Dinarvand N, Ghaljahi M, Poursadeghiyan M, Ebrahimi MH. Investigation of the Relationship between Work Ability and Work-related Quality of Life in Nurses. *Iran J Public Health.* 2017;46(10):1404-1412.
157. Kaya N. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Çalışma Yasamı Kalitesi ve Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi. [Yüksek Lisans]. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi; 2011.
158. WHO. Mental health: a state of well-being [İnternet]. 2014. [Erişim Tarihi Kasım 2018]. Erişim adresi: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
159. Drolet BC, Sangisetty S, Tracy TF, Cioffi WG. Surgical residents' perceptions of 2011 Accreditation Council for Graduate Medical Education duty hour regulations. *JAMA Surg.* 2013;148(5):427-33.
160. Somsila N, Chaiear N, Boonjaraspinyo S, Tiamkao S. Work-Related Quality of Life among Medical Residents at a University Hospital in Northeastern Thailand. *J Med Assoc Thai.* 2015;98(12):1244-53.
161. American Mindfulness Research Association Resources and Services. [İnternet]. 2019. [Erişim Tarihi Haziran 2019]. Erişim adresi: <https://goamra.org/resources/>
162. Azak A. Hemşirelik Öğrencilerinin Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2018;15(3):170-6.
163. Kocaarslan B. Profesyonel muzik eğitiminde bilinçli farkındalık, öğrenme stratejileri ve öğrenme stilleri [Doktora tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2016.
164. Arslan I. Bilinçli Farkındalık, Depresyon ve Algılanan Stres Arasındaki İlişki. *Birey ve Toplum.* Güz 2018; 8(16). 73-86.
165. Creswell JD. Mindfulness Interventions. *Annu. Rev. Psychol.* 2017;68:1-26.
166. Galante J, Dufour G, Vainre M, Wagner AP, Stochl J, Benton A, et al. A mindfulness-based intervention to increase resilience to stress in university students (the Mindful Student Study): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet Public Health.* 2018;3(2):72-81.
167. Verweij H, van Ravesteijn H, van Hooff MLM, Lagro-Janssen ALM, Speckens AEM. Mindfulness-Based Stress Reduction for Residents: A Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med.* 2018;33(4):429-36.
168. Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity.* 2010;9(3):225-40.

169. Brett EI, Espeleta HC, Lopez SV, Leavens ELS, Leffingwell TR. Mindfulness as a mediator of the association between adverse childhood experiences and alcohol use and consequences. *Addict Behav.* 2018;84:92-8.
170. Weiner EL, Swain GR, Wolf B, Gottlieb M. A qualitative study of physicians' own wellness promotion practices. *Western Journal of Medicine.* 2001;174:9.
171. Kappen G, Karremans JC, Burk WJ, Buyukcan-Tetik A. On the Association Between Mindfulness and Romantic Relationship Satisfaction: the Role of Partner Acceptance. *Mindfulness (NY).* 2018;9(5):1543-56.
172. Mak WW, Tong AC, Yip SY, Lui WW, Chio FH, Chan AT, Wong CC. Efficacy and Moderation of Mobile App-Based Programs for Mindfulness-Based Training, Self-Compassion Training, and Cognitive Behavioral Psychoeducation on Mental Health: Randomized Controlled Noninferiority Trial. *JMIR Ment Health.* 2018;5(4):60.

8. EKLER

EK-1



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 692

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 13 TEMMUZ 2016 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2016/14
Proje No : GO 16/441 (Değerlendirme Tarihi : 13.07.2016)
Karar No : GO 16/441- 22

Üniversitemiz Halk Sağlığı Enstitüsü öğretim üyelerinden Doç. Dr. Sibel KIRAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu ve Uzm. Dr. Eda Karadağ ÖNCEL'in yüksek lisans tezi olan, GO 16/441 kayıt numaralı ve "Ankara'da Pediatri Araştırma Görevlilerinin Çalışma Yaşamı Özellikleri ve İşle İlgili Yaşam Kalitesi ve Bilinçli Farkındalık Düzeyi Değerlendirilmesi" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|--|---|
| 1. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Başkan) | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Üye) | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA (Üye) | İZİNLİ
12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM (Üye) | İZİNLİ
13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye) | İZİNLİ
14. Yrd. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye) |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye) | 17. Öğr. Gör. Meltem ŞENGELEN (Üye) |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye) | İZİNLİ
18. Av. Meltem ONURLU (Üye) |

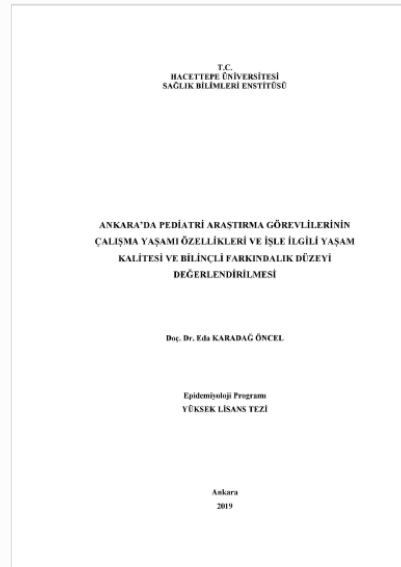


Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Eda Karadağ Öncel
Ödev başlığı: Epimiyoloji Yüksek Lisans TEz
Gönderi Başlığı: ANKARA'DA PEDIATRİ ARAŞTIRMA.
Dosya adı: Eda Karadağ Öncel-17EYLÄLTEZ.d...
Dosya boyutu: 14.71M
Sayfa sayısı: 159
Kelime sayısı: 36,158
Karakter sayısı: 245,026
Gönderim Tarihi: 17-Eyl-2019 11:12AM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1174335563



ANKARA'DA PEDIATRİ ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN ÇALIŞMA YAŞAMI ÖZELLİKLERİ VE İŞLE İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ VE BİLİNÇLİ FARKINDALIK DÜZEYİ DEĞERLENDİRİLMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 18	% 16	% 8	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 3
2	DEMİRCİ, İbrahim and AKIN, Ahmet. "The Validity and Reliability of the Mental Health Continuum Short Form", Ankara Üniversitesi, 2015. Yayın	% 1
3	MAZICIOĞLU, M.Mümtaz, KAYNAR, Leylagül, ÇETİN, Aysun, MUMCUOĞLU, Haluk, SARAYMEN, Rcep and KARADAĞ, Özkan Kaan. "Endüstriyel kurşuna maruz kalmanın pıhtılaşma sistemi üzerine etkileri", Erciyes Üniversitesi, 2008. Yayın	% 1
4	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1

acikerisim.selcuk.edu.tr:8080

RSSKF

EK-3

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koyunuz.

Son 1 ay boyunca ne kadar sıklıkla aşağıdaki duyguları hissettiniz?	Hiçbir Zaman	Bir ya da iki kez	Yaklaşık haftada bir	Yaklaşık haftada 2-3 defa	Neredeyse her gün	Her gün
(0) Hiçbir Zaman						
(1) Bir ya da iki kez						
(2) Yaklaşık haftada bir						
(3) Yaklaşık haftada 2-3 defa						
1. Mutlu hissettim.	0	1	2	3	4	5
2. Yaşamla ilgilendiğimi hissettim.	0	1	2	3	4	5
3. Memnun hissettim.	0	1	2	3	4	5
4. Topluma katkıda bulunmak için önemli bir şeyler yaptığımı hissettim.	0	1	2	3	4	5
5. Bir topluluğa ait olduğumu (arkadaşlar, okul, mahalle) hissettim.	0	1	2	3	4	5
6. Toplumun benim gibi insanlar için daha iyi bir yer haline geldiğini hissettim.	0	1	2	3	4	5
7. İnsanların temelde iyi olduğunu hissettim.	0	1	2	3	4	5
8. Toplumun çalışma şeklinin bana anlamlı geldiğini hissettim.	0	1	2	3	4	5
9. Kişiliğimin birçok yönünü sevdiğimi hissettim.	0	1	2	3	4	5
10. Günlük hayatın sorumluluklarını yerine getirmekte başarılı olduğumu hissettim.	0	1	2	3	4	5
11. Diğer insanlarla sıcak ve güvene dayalı bir ilişkim olduğunu hissettim.	0	1	2	3	4	5
12. Yaşadığım deneyimlerin beni gelişmeye ve daha iyi bir insan olmaya zorladığını	0	1	2	3	4	5
13. Düşüncelerime ya da fikir ve görüşlerimi ifade edişime güvendiğimi hissettim.	0	1	2	3	4	5
14. Yaşamımın bir yönü ve amacı olduğunu hissettim.	0	1	2	3	4	5

PSİKOSOSYAL ETKENLER BİLGİ FORMU

	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiç
İY1. İşinizde çok hızlı çalışmak zorunda mısınız?	4	3	2	1
İY2. İşinizde çok yoğun çalışmak zorunda mısınız?	4	3	2	1
İY3. İşiniz çok fazla kuvvet (efor) gerektirir mi?	4	3	2	1
İY4. İşinizde, işinizle ilgili görevleri yetiştirecek kadar zamanınız oluyor mu?	4	3	2	1
İY5. İşinizde sizden birbiriyle çelişen şeyler istenir mi?	4	3	2	1
BK6. İşinizde yeni şeyleri öğrenme olasılığı var mıdır?	4	3	2	1
BK7. İşiniz yüksek düzeyde beceri veya uzmanlık gerektirir mi?	4	3	2	1
BK8. İşinizde sizden yenilikler yapmanız beklenir mi?	4	3	2	1
BK9. İşinizde her gün aynı şeyleri mi yaparsınız? İşiniz monoton mudur?	4	3	2	1
KO10. İşinizi NASIL yapacağınız konusunda karar vermede sizin seçim hakkınız var mı?	4	3	2	1
KO11. İşinizde NE yapacağınıza karar vermede sizin seçim hakkınız var mıdır?	4	3	2	1
	Kesinlikle katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
SD12. Çalıştığım yerde sakin ve hoş bir ortam var	4	3	2	1
SD13. Çalıştığım yerde birbirimizle iyi geçiniriz	4	3	2	1
SD14. İşyerinde çalışanlar beni destekler	4	3	2	1
ST15. Kötü günümdeysen işyerindekiler durumumu anlarlar	4	3	2	1
SD16. Üstlerimle ilişkilerim iyidir	4	3	2	1
SD17. İş arkadaşlarımla çalışmak hoşuma gider	4	3	2	1

İŞLE İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ FORMU

	Kuvvetle Katılıyorum*	Katılıyorum*	Tarafsız*	Katılmıyorum*	Kuvvetle Katılmıyorum*
2. Çalışma alanımda düşüncelerimi ifade edebiliyorum ve değişimlere etki edebiliyorum					
3. İşimde kendi yeteneklerimi kullanma fırsatım var.					
4. Kendimi şu anda iyi hissediyorum					
5. İşverenim, aile yaşantımdaki gibi işime uyum sağlamam için gereken kolaylığı ve esnekliği sağlar.					
6. Şu anki çalışma saatlerim/düzenim kişisel koşullarıma uyuyor.					
7. İşteyken genelde kendimi baskı/stres altında hissediyorum.					
8. Amirim, yaptığım iyi işin hakkını bana verir.					
10. Hayatım beni tatmin ediyor.					
11. İşimde yeni beceriler geliştirmek için destek görüyorum.					
12. Kendi çalışma alanımda <u>beni</u> ilgilendiren kararlar alınırken, karar alma sürecine dahil oluyorum.					
13. İşverenim işimi etkili şekilde yapabilmem için gerekenleri temin ediyor.					
14. Amirim aktif şekilde esnek çalışma saatlerini/düzenlerini destekliyor.					
15. Bir çok yönden hayatım ideale yakın.					
16. Güvenli bir çevrede çalışıyorum.					
17. Genelde işler benim için yolunda gidiyor.					
18. İşimdeki kariyer olanakları beni tatmin ediyor.					
19. Genellikle iş yerinde kendimi haddinden fazla stresli hissediyorum.					
21. Her şey düşünüldüğünde, son zamanlarda kendimi epey mutlu hissediyorum.					
22. Çalışma koşullarım tatmin edicidir.					
23. Çalışma alanımdaki insanları etkileyen kararlar alınırken, karar alma sürecine dahil oluyorum.					

EK-6

BİFÖ

Açıklama: Aşağıda sizin günlük deneyimlerinize ilgili bir dizi durum verilmiştir. Lütfen her bir maddenin sağında yer alan 1 ile 6 arasındaki ölçeği kullanarak her bir deneyimi ne kadar sık veya nadiren yaşadığınızı belirtiniz. Lütfen deneyimizin **ne olması gerektiğini değil, sizin deneyiminizi gerçekten neyin etkilediğini** göz önünde bulundurarak cevaplayınız. Lütfen her bir maddeyi diğerlerinden ayrı tutunuz. **1'in her zaman, 6'nın hiçbir zaman olduğuna dikkat ediniz.**

	1 Hemen hemen her zaman	2 Çoğu zaman	3 Bazen	4 Nadiren	5 Oldukça Seyrek	6 Hemen hemen hiçbir zaman
16. Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.						1 2 3 4 5 6
17. Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırırım veya dökerim.						1 2 3 4 5 6
18. Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.						1 2 3 4 5 6
19. Gideceğim yere, yolda olup bitenlere dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim.						1 2 3 4 5 6
20. Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır.						1 2 3 4 5 6
21. Bir kişinin ismini, bana söylendikten hemen sonra unuturum.						1 2 3 4 5 6
22. Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatiğe bağlanmış gibi yapıyorum.						1 2 3 4 5 6
23. Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm.						1 2 3 4 5 6
24. Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şuan ne yapıyor olduğumun farkında olmam.						1 2 3 4 5 6
10. İşleri veya görevleri ne yaptığımın farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım.						1 2 3 4 5 6
11. Kendimi bir kulağımla birini dinlerken; aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum.						1 2 3 4 5 6
12. Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşırıyorum.						1 2 3 4 5 6
13. Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum.						1 2 3 4 5 6
14. Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum.						1 2 3 4 5 6
15. Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum.						1 2 3 4 5 6

Ankara’da Pediatri Araştırma Görevlilerinin Çalışma Yaşamı Özellikleri ve İşle İlgili Yaşam Kalitesi Ve Bilinçli Farkındalık Düzeyi Değerlendirilmesi

Sayın Katılımcı,

Sağlık çalışanları gibi yüksek iş stresi ile çalışanlarda, baş etme ve çalışma yaşamı özelliklerinin iyileştirilmesinde farkındalık çalışmaları önem taşımaktadır.

Bilinçli-farkındalık (mindfulness) genellikle bir kişinin dikkatini şu anda meydana gelmekte olanlara yargılamadan ve kabullenici bir şekilde odaklaması olarak tanımlanır. Bilinçli-farkındalık, acılarımızı azaltan ve yaşamımızı zengin ve anlamlı kılan, yaşantılarımıza karşı gösterilen belirli bir tutum veya yaşamla ilişki içinde olmanın bir yoludur. Bunu her an yaşantılarımızın farkında olmamız ve zihnimizin nasıl gereksiz kaygılar yarattığını anlamamız için iç görü kazanmamızı sağlayarak gerçekleştirir.

Bilinçli farkındalığın düzeyinin değerlendirilmesi, farkındalığın artırılmasının temel basamağıdır. Farkındalığın artırılması hem çalışma hayatlarında işle ilgili riskler, korunma önlemleri konusunda farkındalık sağlayacak, ekip çalışması, çatışma çözümü konularında gelişime olanak tanıyabilecektir. Çalışanın daha mutlu ve verimli çalışmalarını sağlayarak hem de iş ev uyumu, özel hayatlarını daha zengin kılacağı belirtilmektedir.

Bu çalışmada Ankara’da pediatri araştırma görevlilerinin çalışma yaşamı özellikleri ve işle ilgili yaşam kalitesi ve bilinçli farkındalık düzeyi değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Araştırmaya katılım bilgilendirilmiş olur ve gönüllülük esasına dayalı olarak yürütülecektir. Verdiğiniz bilgiler araştırmacılar dışında kimse ile paylaşılmayacak, bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz

Uzm. Dr. Eda Karadağ Öncel; Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD; tel no: 1166/ 0532 4044977
Doç. Dr. Sibel Kıran; Halk Sağlığı Enstitüsü, tel no: 3144/05336624501

- 1) Doğum yılınızı yazınız:
- 2) Cinsiyetinizi belirtiniz: 1. Erkek 2. Kadın
- 3) Medeni durumunuz nedir?
 1. Bekar 2. Evli 3. Boşanmış 4. Eşi ölmüş 5. Eşinden ayrı yaşıyor

- 4) Evinizde kiminle/kimlerle yaşıyorsunuz?
1. Yalnız yaşıyorum 2. Ailemle birlikte 3. Arkadaşlarımla 4. Diğer.....
- 5) Çocuğunuz var mı? 0. Yok 1. Var ise kaç tane olduğunu yazınız:
.....
- 6) Çalıştığınız kurum
 1) Üniversite hastanesi 2) Eğitim araştırma hastanesi
- 7) Şimdiki işinizde kaç yıldır çalışıyorsunuz?.....
- 8) Günde kaç saat çalışıyorsunuz?.....saat/gün
- 9) Haftada toplam kaç saat çalışıyorsunuz?.....saat/hafta
- 10) Nöbet tutuyor musunuz? 0. Hayır 1. Evet (...../ayda)
- 11) Vardiya çalışması yapıyor musunuz?
0. Yapmıyorum 1. Yapıyorum (vardiya dönüşümünüzü ne kadar sürelerde bir yapıyorsunuz?.....)
- 12) Gerektiğinde mesai dışı çağırılma (icap) şeklinde gece çalışması ya da fazla mesai yapıyor musunuz?
0. Yapmıyorum 1. Yapıyorum (yapıyor iseniz ayda kaç kez:)
- 13) İş yerine ulaşımınızı nasıl sağlıyorsunuz?
1. Yürüyerek 2. Toplu taşıma araçları 3. Servis 4. Kendi aracı
5. Diğer.....
- 14) İşinizden elde ettiğiniz aylık gelir?(yaklaşık olarak).....TL
- 15) İşinizden elde ettiğiniz gelir harcamalarınıza yetiyor mu? (1=hiç yetmiyor, 10 =rahat yetiyor olarak puanlarsanız kaç puan verirsiniz?)
1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
- 16) Aldığınız maaş konusundaki memnuniyetinizi nasıl değerlendirirsiniz? (en düşük 1 puan olmasına göre 10 puan üzerinden kaç puan verirdiniz)
1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

17) Düzenli egzersiz yapar mısınız? (Haftada 3 kez yarım saati geçen tempolu aktivite düzenli egzersiz kabul edilmektedir, bunu gözeterek yanıtlayınız)

0. Hayır

1. Evet (yaptığınız egzersizi ve süresini belirtiniz...../.....)

18) Kilonuz ve boyunuz nedir? VA:.....kg Boy:cm

19) Doktor tarafından tanı konulmuş bir hastalığınız var mı?

1. Hayır

2. Evet ise hastalığınız nedir aşağıdaki hastalık bölümüne X ile işaretleyin.....

20) Sağlık yakınmanız var mı? 1. Hayır

2. Evet ise hastalığınız nedir aşağıdaki hastalık bölümüne X ile işaretleyin.....

Çalışma yaşamı boyunca ve buradaki işi süresince doktor tarafından tanısı konmuş hastalıklarınız nelerdir?				Sağlıkla ilgili yakınmaları olup olmadığı: Burada çalıştığı sürede sürekli olan ya da sık periyotlarla tekrarladığını düşündüğünüz sağlıkla ilgili yakınmalarınız nelerdir?: listede yer almayan yakınmalar eklenecek			
Hastalık	var	Hastalık	var	yakınma	var	yakınma	var
Hepatit A, D, E,		Herpes simplex		Baş dönmesi		Karın ağrısı	
Hepatit B		Kontakt dermatit		Baş ağrısı		Kabızlık	
Hepatit C		Egzema		Uyku bozukluğu		İshal	
HIV		Psoriasis		Gözlerde sulanma, kaşıntı		Göğüs ağrısı	
Astım		Varicella zoster(zona)		Gözlerde kızarıklık		Ellerde uyuşma,	
Tbc		Diyabet		Burun kanama		Ayaklarda uyuşma	
KOAH		Koroner arter hastalığı		Burun akıntısı		Sık idrar, çok idrar	
Kronik sinüzit		Aritmi		Kulak ağrısı		Gece idrara çıkma	
Kronik farenjit		Hipertansiyon		Kulakta çınlama		Koyu renkli idrar	
Allerjik rinit vb		Tendinit vb		İşitme güçlüğü		Sürekli Uyuklama hali	
Sitomegalovirus		İnfertilite öyküsü-tedavisi		Ses kısıklığı		Bel ağrısı	
Vestibüler nörit		Konjenital anomalili çocuk		Boğaz ağrısı		Boyun ağrısı	
İşitme kaybı		Düşük öyküsü-ölü bebek		Öksürük		Sırt ağrısı	
Allerjik konjonktivit		Endikasyonlu küretaj		Balgam		Kas eklem ağrısı	
Menier		Varis		Hırıltılı soluma		Eklemlerde şişme kızarıklık	
Anemiler		Tromboz		Nefes darlığı		Unutkanlık	
Ülser		Kanserler:		Çarpıntı		Cilt döküntüsü	
Gastrit				Bulantı-kusma		Bacaklarda şişme	
Spastik kolit		Disk hernisi		Diğer:		Diğer:	
İrriabl kolon		Karpal tunel sendromu					
Diğer:		Anksiyete bozukluğu					
		Depresyon					
		Diğer:					

21) Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı?

0. yok 1. var (belirtiniz:)

22) Günde ortalama kaç saat uyursunuz?

23) Uyku kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz? (en düşük 1 puan olmasına göre 10 puan üzerinden kaç puan verirdiniz?)

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

24) Sigara içiyor musunuz?

0. Hiç içmedim 1. İçtim, bıraktım 2. Ara sıra içiyorum

3. Sürekli içiyorum

→ Sigara kaç yıl içtiniz ya da kaç yıldır içiyorsunuz? yıl

→ Günde kaç adet içtiniz ya da içiyorsunuz? Günde adet

25) Düzenli alkol alır mısınız?

1. Hayır

2. Evet ise aşağıdaki tabloda (belirtiniz.....)

İçecek	Tek seferde miktar	Günde kaç kez
Bira, şarap gibi fermente içkiler (bir ölçü: bir bira bardağı, bir yarım kadeh kadeh şarap)		
Viski, rakı, gibi distile içkiler (bir ölçü: tek rakı, tek viski vb)		

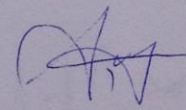
26) Son altı ayda iş yerinde hiç kazası ya da kaza benzeri durum geçirdiniz mi?

	0) <input type="checkbox"/> Hayır geçirmedim	1) <input type="checkbox"/> evet ise kaç kez?
<input type="checkbox"/> Düşme		
<input type="checkbox"/> İğne batması vb		
<input type="checkbox"/> Kayma		
<input type="checkbox"/> Diğer ise ne olduğunu yazınız:.....		

16.06.2016

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'na,

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı'ndan Uzm. Dr. Eda Karadağ Öncel ve Halk Sağlığı Enstitüsünden Doç. Dr. Sibel Kıran tarafından yürütülecek olan "Ankara'da Pediatri Araştırma Görevlilerinin Çalışma Yaşamı Özellikleri ve İşle İlgili Yaşam Kalitesi ve Bilinçli Farkındalık Düzeyi Değerlendirilmesi" konulu bir araştırma yapılması planlanmaktadır. Planlanan araştırma tarafımda uygun görülmüş olup, Anabilim dalımızdan gerekli izin alınmıştır.

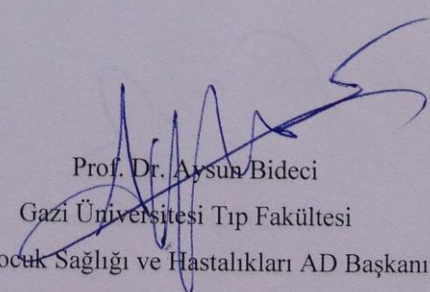


Prof. Dr. Semra Atalay
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Başkanı

16.06.2016

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'na,

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı'ndan Uzm. Dr. Eda Karadağ Öncel ve Halk Sağlığı Enstitüsünden Doç. Dr. Sibel Kıran tarafından yürütülecek olan "Ankara'da Pediatri Araştırma Görevlilerinin Çalışma Yaşamı Özellikleri ve İşle İlgili Yaşam Kalitesi ve Bilinçli Farkındalık Düzeyi Değerlendirilmesi" konulu bir araştırma yapılması planlanmaktadır. Planlanan araştırma tarafımda uygun görülmüş olup, Anabilim dalımızdan gerekli izin alınmıştır.


Prof. Dr. Aysun Bideci
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Başkanı

14.06.2016

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'na,

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı'ndan Uzm. Dr. Eda Karadağ Öncel ve Halk Sağlığı Enstitüsünden Doç. Dr. Sibel Kıran tarafından yürütülecek olan "Ankara'da Pediatri Araştırma Görevlilerinin Çalışma Yaşamı Özellikleri ve İşle İlgili Yaşam Kalitesi ve Bilinçli Farkındalık Düzeyi Değerlendirilmesi" konulu bir araştırma yapılması planlanmaktadır. Planlanan araştırma tarafımda uygun görülmüş olup, Anabilim dalımızdan gerekli izin alınmıştır.

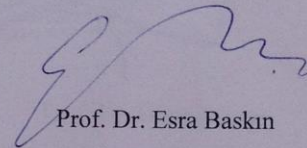
Prof. Dr. Faysal Gök

Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Başkanı

17.06.2016

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'na,

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı'ndan Uzm. Dr. Eda Karadağ Öncel ve Halk Sağlığı Enstitüsünden Doç. Dr. Sibel Kıran tarafından yürütülecek olan "Ankara'da Pediatri Araştırma Görevlilerinin Çalışma Yaşamı Özellikleri ve İşle İlgili Yaşam Kalitesi ve Bilinçli Farkındalık Düzeyi Değerlendirilmesi" konulu bir araştırma yapılması planlanmaktadır. Planlanan araştırma tarafımda uygun görülmüş olup, Anabilim dalımızdan gerekli izin alınmıştır.

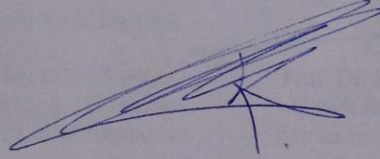


Prof. Dr. Esra Baskın
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Başkanı

21.06.2016

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'na,

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı'ndan Uzm. Dr. Eda Karadağ Öncel ve Halk Sağlığı Enstitüsünden Doç. Dr. Sibel Kıran tarafından yürütülecek olan "Ankara'da Pediatri Araştırma Görevlilerinin Çalışma Yaşamı Özellikleri ve İşle İlgili Yaşam Kalitesi ve Bilinçli Farkındalık Düzeyi Değerlendirilmesi" konulu bir araştırma yapılması planlanmaktadır. Planlanan araştırma tarafınca uygun görülmüş olup, Anabilim dalımızdan gerekli izin alınmıştır.



Prof. Dr. Ümit Sancık
Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Başkanı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 73799008

16/06/2016

Konu: Araştırma İzni/

Uzm. Dr. Eda KARADAĞ ÖNCEL

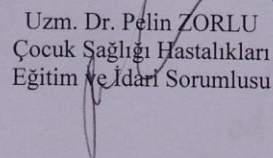
DR. SAMİ ULUS KADIN DOĞUM, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ EĞİTİM PLANLAMA KURULU
16/06/2016 günü saat 10:00' da toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalında Uzm. Dr. Eda Karadağ ÖNCEL ve Halk Sağlığı Enstitüsünden Doç. Dr. Sibel KIRAN tarafından yürütülecek olan "Ankara'da Pediatri Araştırma Görevlilerinin Çalışma Yaşamı Özellikleri ve İşle İlgili Yaşam Kalitesi ve Bilinçli Farkındalık Düzeyi Değerlendirilmesi" konulu araştırma isteği Hastanemiz Eğitim Planlama Kurulunca uygun bulunmuştur.


BAŞKAN

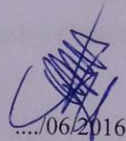
Uzm. Dr. Eyüp SARI
Başhekim Yardımcısı

BAŞKAN YARDIMCISI


Uzm. Dr. Pelin ZORLU
Çocuk Sağlığı Hastalıkları
Eğitim ve İdari Sorumlusu


ÜYE

Prof. Dr. Zehra AYCAN
Çocuk Endokrinolojisi
Eğitim ve İdari Sorumlusu

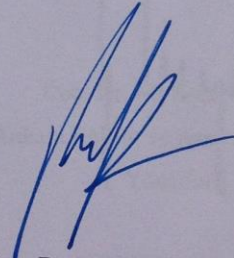

16/06/2016

Uzm. Dr. Eyüp SARI
Hastane Yöneticisi V.

15.06.2016

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'na,

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı'ndan Uzm. Dr. Eda Karadağ Öncel ve Halk Sağlığı Enstitüsünden Doç. Dr. Sibel Kıran tarafından yürütülecek olan "Ankara'da Pediatri Araştırma Görevlilerinin Çalışma Yaşamı Özellikleri ve İşle İlgili Yaşam Kalitesi ve Bilinçli Farkındalık Düzeyi Değerlendirilmesi" konulu bir araştırma yapılması planlanmaktadır. Planlanan araştırma tarafımda uygun görülmüş olup, hastanemiz yönetiminden gerekli izin alınmıştır.



Doç. Dr. Murat Kızılgün

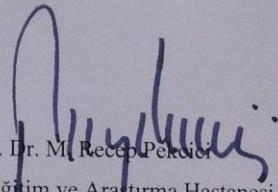
Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

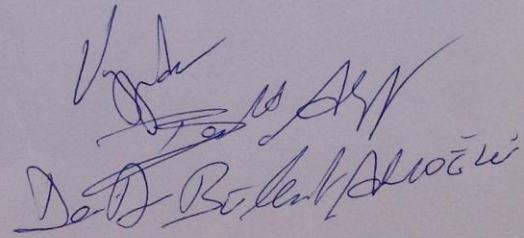
Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticisi

21.06.2016

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'na;

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı'ndan Uzm. Dr. Eda Karadağ Öncel ve Halk Sağlığı Enstitüsü'nden Doç. Dr. Sibel Kıran tarafından yürütülecek olan 'Ankara'da Pediatri araştırma Görevlilerinin Çalışma Yaşamı Özellikleri ve İşle İlgili Yaşam Kalitesi ve Bilinçli Farkındalık Düzeyi Değerlendirmesi' konulu bir araştırma yapılması planlanmaktadır. Planlanan araştırma hastanemiz tarafından uygun görülmüş olup, Yöneticiliğimizden ve Pediatri Kliniği'nden gerekli izin alınmıştır.

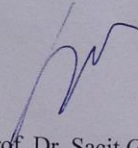

Doç. Dr. M. Recep Pekici
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Yöneticisi


Doç. Dr. Bulent Alioğlu

15.06.2016

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'na,

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı'ndan Uzm. Dr. Eda Karadağ Öncel ve Halk Sağlığı Enstitüsünden Doç. Dr. Sibel Kıran tarafından yürütülecek olan "Ankara'da Pediatri Araştırma Görevlilerinin Çalışma Yaşamı Özellikleri ve İşle İlgili Yaşam Kalitesi ve Bilinçli Farkındalık Düzeyi Değerlendirilmesi" konulu bir araştırma yapılması planlanmaktadır. Planlanan araştırma tarafımda uygun görülmüş olup, Anabilim dalımızdan gerekli izin alınmıştır.



Prof. Dr. Sacit Günbey

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Sorumlusu



Eda Karadağ Öncel <dredakaradag@gmail.com>

WRQoL

Emin Cihan Duyan <eminci@gmail.com>
Alıcı: dredakaradag@gmail.com

19 Ocak 2017 14:53

Merhaba,

Elbette kullanabilirsiniz...

Makale ve Ölçek soruları ekte. 1, 9 ve 20. soruları çıkarıyoruz. 5 li likert cevaplıyoruz. 24. soru kontrol sorusu

Soru noları olan CFA modelinin jpeg halini ekte bulabilirsiniz. Faktörler orada yazılı.

Başka bir şey gerekirse istediğiniz zaman irtibata geçebilirsiniz..
Kolay gelsin
Selamlar

--

Emin Cihan Duyan (PhD)
Assistant Professor of Management and Work Psychology
Anadolu University

Yrd. Doç. Dr. Emin Cihan DUYAN
Anadolu Üniversitesi Yunus Emre Kampüsü
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü
Yönetim ve Çalışma Psikolojisi Anabilim Dalı
ESKİŞEHİR - TÜRKİYE
T: 0 222 335 05 80 - 3245

Katılımcıların Ruh Sağlığı Sürekliliği Formu'ndaki Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı

	0 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)
1. Mutlu hissettim.	3,4	16,6	21,1	30,7	23,9	4,2
2. Yaşamla ilgilendiğimi hissettim.	6,2	21,1	21,1	23,9	22,3	5,4
3. Memnun hissettim.	5,4	16,3	25,4	26,5	22,3	4,2
4. Toplumda katkıda bulunmak için önemli bir şeyler yaptığımı hissettim.	8,7	20,3	19,2	26,8	17,7	7,3
5. Bir topluluğa ait olduğumu (arkadaşlar, okul, mahalle) hissettim.	9,6	19,7	14,1	24,5	21,7	10,4
6. Toplumun benim gibi insanlar için daha iyi bir yer haline geldiğini hissettim.	42,8	27,9	11,8	10,1	4,8	2,5
7. İnsanların temelde iyi olduğunu hissettim.	20,8	35,8	21,7	13,2	7	1,4
8. Toplumun çalışma şeklinin bana anlamlı geldiğini hissettim.	37,2	31,8	14,4	9,9	6,2	0,6
9. Kişiliğimin birçok yönünü sevdiğimi hissettim.	5,4	16,6	22,8	25,6	24,2	5,4
10. Günlük hayatın sorumluluklarını yerine getirmekte başarılı olduğumu hissettim.	4,5	14,6	16,3	29,3	30,7	4,5
11. Diğer insanlarla sıcak ve güvene dayalı bir ilişkim olduğunu hissettim.	5,4	15,5	18,3	27,9	27,6	5,4
12. Yaşadığım deneyimlerin beni gelişmeye ve daha iyi bir insan olmaya zorladığını hissettim.	8,2	17,2	18,9	23,1	25,1	7,6
13. Düşüncelerime ya da fikir ve görüşlerimi ifade edişime güvendiğimi hissettim.	8,2	13,5	18,3	29	27,3	3,7
14. Yaşamımın bir yönü ve amacı olduğunu hissettim.	9,9	20,3	16,9	24,2	20,3	8,5

(0) Hiçbir zaman, (1) Bir yada iki kez, (2) Yaklaşık haftada bir, (3) Yaklaşık haftada 2-3 defa, (4) Neredeyse her gün, (5) Her gün.

EK-11

**Katılımcıların Psikososyal Etkenler Bilgi Formu'ndaki Önermelere Verdikleri
Yanıtların Dağılımı**

	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiç
İY1. İşinizde çok hızlı çalışmak zorunda mısınız?	88,5	9,9	1,7	-
İY2. İşinizde çok yoğun çalışmak zorunda mısınız?	90,1	9,6	0,3	-
İY3. İşiniz çok fazla kuvvet (efor) gerektirir mi?	48,7	31,5	18,6	1,1
İY4. İşinizde, işinizle ilgili görevleri yetiştirecek kadar zamanınız oluyor mu?	10,7	29	44,5	15,8
İY5. İşinizde sizden birbiriyle çelişen şeyler istenir mi?	31	50,1	17,2	1,7
BK6. İşinizde yeni şeyleri öğrenme olasılığı var mıdır?	37,7	44,5	16,1	1,7
BK7. İşiniz yüksek düzeyde beceri veya uzmanlık gerektirir mi?	4,2	19,2	46,8	29,9
BK8. İşinizde sizden yenilikler yapmanız beklenir mi?	26,8	40,6	22,8	9,9
BK9. İşinizde her gün aynı şeyleri mi yaparsınız? İşiniz monoton mudur?	4,2	19,2	46,8	29,9
KO10. İşinizi NASIL yapacağınız konusunda karar vermede sizin seçim hakkınız var mı?	9,6	41,1	32,1	17,2
KO11. İşinizde NE yapacağınıza karar vermede sizin seçim hakkınız var mıdır?	7,9	36,9	36,9	18,3
	Kesinlikle katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
SD12. Çalıştığım yerde sakin ve hoş bir ortam var	7,6	34,4	20,6	37,5
SD13. Çalıştığım yerde birbirimizle iyi geçiniriz	30,4	51,8	13,2	4,5
SD14. İşyerinde çalışanlar beni destekler	22	57,2	17,7	3,1
ST15. Kötü günümdeysen işyerindekiler durumumu anlarlar	17,2	47,3	23,4	12,1
SD16. Üstlerimle ilişkilerim iyidir	36,9	45,4	12,1	5,6
SD17. İş arkadaşlarımla çalışmak hoşuma gider	31	56,1	9,9	3,1

**Katılımcıların İşle İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde Önermelere Verdikleri
Yanıtların Dağılımı**

	Kuvvetle Katılıyorum*	Katılıyorum*	Tarafsız*	Katılmıyorum*	Kuvvetle Katılmıyorum*
2. Çalışma alanımda düşüncelerimi ifade edebiliyorum ve değişimlere etki edebiliyorum	20 (5,6)	150 (42,3)	100 (28,2)	66 (18,6)	19 (5,4)
3. İşimde kendi yeteneklerimi kullanma fırsatım var.	22 (6,2)	113 (31,8)	100 (28,2)	82 (23,1)	38 (10,7)
4. Kendimi şu anda iyi hissediyorum	20 (5,6)	61 (17,2)	87 (24,5)	112 (31,5)	75 (21,1)
5. İşverenim, aile yaşantımdaki gibi işime uyum sağlamam için gereken kolaylığı ve esnekliği sağlar.	23 (6,5)	34 (9,6)	80 (22,5)	129 (36,3)	89 (25,1)
6. Şu anki çalışma saatlerim/düzenim kişisel koşullarıma uyuyor.	22 (6,2)	63 (17,7)	96 (27)	123 (34,6)	51 (14,4)
7. İşteyken genelde kendimi baskı/stres altında hissediyorum.	22 (6,2)	105 (29,6)	104 (29,3)	72 (20,39)	52 (14,6)
8. Amirim, yaptığım iyi işin hakkını bana verir.	22 (6,2)	105 (29,6)	104 (29,3)	72 (20,3)	52 (14,6)
10. Hayatım beni tatmin ediyor.	17 (4,8)	102 (28,7)	128 (36,1)	71 (20)	37 (10,4)
11. İşimde yeni beceriler geliştirmek için destek görüyorum.	14 (3,9)	85 (23,9)	126 (35,5)	79 (22,3)	51 (14,4)
12. Kendi çalışma alanımda <u>beni</u> ilgilendiren kararlar alınırken, karar alma sürecine dahil oluyorum.	14 (3,9)	74 (20,8)	113 (31,8)	109 (30,7)	45 (12,7)
13. İşverenim işimi etkili şekilde yapabilmem için gerekenleri temin ediyor.	18 (5,1)	52 (14,6)	110 (31)	115 (32,4)	60 (16,9)
14. Amirim aktif şekilde esnek çalışma saatlerini/düzenlerini destekliyor.	25 (7)	48 (13,5)	81 (22,8)	98 (27,6)	103 (29)
15. Birçok yönden hayatım ideale yakın.	17 (4,8)	49 (13,8)	99 (27,9)	108 (30,4)	82 (23,1)

16. Güvenli bir çevrede çalışıyorum.	24 (6,8)	55 (15,5)	79 (22,3)	103 (29)	94 (26,5)
17. Genelde işler benim için yolunda gidiyor.	9 (2,5)	84 (23,7)	139 (39,2)	81 (22,8)	42 (11,8)
18. İşimdeki kariyer olanakları beni tatmin ediyor.	12 (3,4)	75 (21,1)	132 (37,2)	87 (24,5)	49 (13,8)
19. Genellikle iş yerinde kendimi haddinden fazla stresli hissediyorum.	23 (6,5)	49 (13,8)	65 (18,3)	135 (38)	83 (23,4)
21. Her şey düşünüldüğünde, son zamanlarda kendimi epey mutlu hissediyorum.	16 (4,5)	65 (18,3)	127 (35,8)	96 (27)	51 (14,4)
22. Çalışma koşullarım tatmin edicidir.	18 (5,1)	61 (17,2)	103 (29)	100 (28,2)	73 (20,6)
23. Çalışma alanımdaki insanları etkileyen kararlar alınırken, karar alma sürecine dahil oluyorum.	21 (5,9)	34 (9,6)	77 (21,7)	113 (31,8)	110 (31)

* n (%) olarak ifade edilmiştir. İş-kariyer memnuniyetini 3, 8, 11 ve 18. sorular; genel iyilik halini 4, 10, 15, 17 ve 21. sorular; ev-iş arayüzünü 5,6 ve 14. sorular; iş stresini 7 ve 19. sorular; iş kontrolünü 2, 12 ve 23. sorular; iş ve çalışma koşullarını 13, 16 ve 22. sorular göstermektedir.

9. ÖZGEÇMİŞ



Doç. Dr. Eda KARADAĞ ÖNCEL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik SUAM

Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

2005 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları alanında ihtisasını 2010 yılında Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde tamamladı. 2010-2013 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı'nda yan dal ihtisasını tamamladı. 2013-2017 yılları arasında aynı hastanede Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı olarak görev yaptı.

2017 yılında Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik SUAM'nde Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı olarak göreve başladı, 2018 Nisan ayında doçent doktor ünvanını aldı. 2018 yılından itibaren Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik SUAM Çocuk Enfeksiyon Kliniği Eğitim Görevlisi olarak görev yapmaktadır.

Dr. Karadağ Öncel'in 54'ü uluslararası indekslerde olmak üzere 100'ün üzerinde bilimsel makalesi bulunmaktadır. Atıf sayısı 473 ve h-endeksi 12'dir.

Evli ve bir kız annesidir.
