

**T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi  
Doç. Dr. Ömer SALT

**TRAKYA BÖLGESİNDE ÇALIŞAN ACİL SERVİS  
DOKTORLARININ KALİTELİ YAŞAM ALGISİNİN  
BELİRLENMESİ**

**(Uzmanlık Tezi)**

**Dr. Tezer ÇİFTÇİ**

EDİRNE – 2020

## TEŞEKKÜR

Tez sürecimde bana destek olan emek sarf eden, kıymetli birikimlerini benimle paylaşan, ömrüm boyunca uzmanlık eğitimimde ve tezimde bana yaptığı mentorluğu asla unutmayacağım Tez Hocam Sayın Doç.Dr.Ömer SALT' a, öğrenmek ve eğitilmek üzere geldiğim TÜTF Acil Tıp Anabilim Dalında bana bunları sağlayan ve daha fazlası ağabeylik, dostluk yapan, zor günlerimde yanımda olan gönül borcu hissettiğim öğretim üyelerimiz, Anabilim Dalı Başkanım Sayın Prof.Dr.Mustafa Burak SAYHAN Hocam' a ve tekrar Sayın Doç.Dr.Ömer SALT Hocam' a, saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

43 yaşıma kadar süren uzun eğitim sürecimde desteklerini her zaman yanımda hissettiğim, hayallerimin peşinde koşmama destek olan, şevkatini eksik etmeyen, benimle üzümlüp, benimle sevinen, ailesini hayatının merkezine koyan, örnek aldığım, hem öğretmenim, hem babam Çetin ÇİFTÇİ'ye ve tekrar doktor olmam için bana güç veren fedakar annem Zühre ÇİFTÇİ' ye, her zaman yanımda olan canım kardeşim Aslıhan ÇİFTÇİ' ye minnet, saygı ve sevgiyle teşekkür ederim.

Desteğini, sevgisini, içimde hep hissettiğim çok kıymetlim Büşra ERBOĞA'ya, ailemizin değerlisi Murat İSTARMAKALI'ya, çalıştığım TÜTF Acil Tıp daki kıdemlim çömezim tüm arkadaş ve kardeşlerime, yaşamım boyunca bana emek harcayan tüm hocalarıma, yardımları için Fatma Betül ÖRS'e, tekrar doktor ve acil tıp uzmanı olup hayatla eğlenmemi sağlayan hayatıma değen herkese teşekkürü borç bilirim.

Son olarak da kadere, memleketim Edirne' de, olamadığım 20 seneden sonra uzmanlığımı burada yapmama izin verdiği için...

## İÇİNDEKİLER

<b>GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	1
<b>GENEL BİLGİLER</b> .....	3
<b>TABİP (DOKTOR) TANIMI</b> .....	3
<b>TRAKYA BÖLGESİNİN TANIMI</b> .....	3
<b>ACİL TIBBIN TANIMI VE ACİL SERVİSİN ÖNEMİ</b> .....	3
<b>YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI</b> .....	4
<b>YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ ÖLÇEKLER</b> .....	8
<b>TÜKENMİŞLİK KAVRAMI</b> .....	9
<b>DEPRESYON</b> .....	10
<b>ANKSİYETE</b> .....	13
<b>İŞ TATMİNİ</b> .....	15
<b>ACİL SERVİS YAPISI VE İŞLEYİŞİ</b> .....	17
<b>ACİL SERVİS DOKTORLARININ YAŞAM KALİTESİNE GENEL BAKIŞ</b> .....	18
<b>GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	19
<b>BULGULAR</b> .....	22
<b>TARTIŞMA</b> .....	50
<b>SONUÇLAR</b> .....	56
<b>ÖZET</b> .....	58
<b>SUMMARY</b> .....	60
<b>KAYNAKLAR</b> .....	62
<b>EKLER</b>	

## SİMGE VE KISALTMALAR

<b>ACEP</b>	: American College of Emergency Physician (Amerikan Acil Hekimleri Birliği).
<b>BKİ</b>	: Boy kilo indeksi
<b>DSM-V</b>	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşinci baskısı).
<b>EQ-5D</b>	: EuroQol Group -5D (EuroQol Batı Avrupa Araştırma Topluluğu Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği).
<b>HLSB 2</b>	: The Healty Life behavior Scale 2 (Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 2).
<b>MOS-SF-36</b>	: Medical Outcomes Study Questionnaire Short Form 36 Health Survey (Medical Outcomes Study tarafından geliştirilen, yaşam kalitesi ölçeği).
<b>PedsQL(ÇİYKÖ)</b>	: The Pediatric Quqlity of Life (Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği).
<b>WHO(DSÖ)</b>	: World Healt Organizatiom (Dünya Sağlık Örgütü).
<b>WHOQOL</b>	: The World Health Organization Quality of Life (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği).
<b>WHOQOL-100</b>	: The World Health Organization Quality of Life- Long Version (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Uzun Formu).

**WHOQOL-BREF TR** : The World Health Organization Quality of Life- short version in Turkish (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği -Kısa Formu Türkçe Versiyonu).

**WHOQOL-BREF** : The World Health Organization Quality of Life- Short Version (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu).



## GİRİŞ VE AMAÇ

Doktorlar karar vericiler olarak sağlık hizmetinde kilit noktadadır. Bu sebeple iyi bir sağlık organizasyonunun marjinal faydasının, doktorların bireysel marjinal faydalarından daha fazla olacağı savunulmaktadır.

Sağlık sektöru hizmet sektöru içindedir. Hizmet sektöründe, hizmet sunanların önemi çok önemli bir paya sahiptir. Sunulan sağlık hizmetini maksimize etmek için sağlık hizmeti sunanlardan maksimum fayda alınması gerekmektedir. Bunun için doktorların sürdürülebilir yaşam kalitesi düzeyleri gösterecekleri performansla yani hastaların alacağı sağlık hizmeti ile direkt ilişkili ve çok önemli bir paya sahiptir (1, 2, 3, 4, 5).

Yukarıdaki ifadede sürdürülebilir kavramı özellikle kullanılmış olup kişilerden bağımsız organizasyonel yapıya dikkat çekilmek istenmiştir. Kişiler değişince veya herhangi bir bireyi organizasyondan çekince sunulan hizmetin miktarı ve kalitesi değişmemelidir.

Sağlık hizmeti sunan işletmelerin, doktorların sürdürülebilir yaşam kalitesini en yüksek düzeyde tutup, verdiği sağlık hizmetindeki en büyük paylardan birini maksimize edecektir. Bu şekilde sağlık işletmesi sunacağı sağlık hizmetini ve sürdürülebilirliğini en üst düzeyde tutacaktır (1, 5).

Yazar yukarıdaki nedenlerden ve kariyerinin her iki alanı içermesinden dolayı “Acil Tıp Doktorlarının Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi” isimli konuyu araştırmak istemiştir.

Organizasyonu iyi yapılandırılmış sürdürülebilir bir sağlık işletmesi sunacağı dışsal fayda ile organizasyonu optimum şartlarda olmayan sağlık işletmesine göre bireye ve topluma daha faydalı olacaktır.

Burada içsel fayda ve dışsal fayda kavramını açıklamak gerekmektedir.

Yapılan projelerde elde edilen fayda içsel ve dışsal faydaların toplamından oluşmaktadır. İçsel fayda projeden elde edilen direkt faydadır. Dışsal fayda ise bir projeye içsel faydaya için yapılan maliyet sayesinde başka bir projede maliyete katlanmaksızın önceki projede yapılan yatırımın kullanılmasıdır.

Örneğin iyi bir acil organizasyonu optimum kaynak kullanıp diğer bölümlerden gereksiz konsültasyon istemeyecektir. Diğer bölümler ise bu sayede kendi poliklinik ve servislerine daha fazla kaynak ve zaman ayırabileceklerdir.

Yani acil tıp organizasyonuna yapılan yatırım sayesinde, diğer bilim dalları maliyetlerini düşürecek ve maliyet olmadan daha fazla fayda gösterebileceklerdir.

Bu sayede bireyler ve toplum daha fazla ve yüksek kalitede sağlık hizmeti alacaklardır (1, 5).

Her işletmenin sürdürülebilir bir yapıda olması için fayda ve maliyet analizini kullanması gerekmektedir. Sağlık işletmelerinin bilerek veya bilmeyerek belli çerçevede de bunu kullandığı gerçektir. Bu yüzden bu araştırmalar yıllar içinde daha da teşvik edilmiş ve artmıştır.

Hizmet üreten işletmelerin karlılığı ise sunduğu hizmetin kalitesi ile doğru orantılıdır. Hizmetin iyi olması için onu üreten işletme personelinin performansı optimize olmalıdır. Bu hizmet üreticilerinin performansı onların sağlığı ile direkt olarak bağlantılıdır. İnsan sağlığı denilince; sağlıkta en üst kurum olan DSÖ'nün tanımını düşünürsek, yaşam kalitesi yüksek bireyin hastalığı ve sakatlığı olmamalıdır. Aynı zamanda yaşam kalitesi yüksek insanın fiziksel, manevi ve sosyal olarak iyilik hali ise yüksek kalitede olmalıdır. İyilik hali yüksek kalitede olan bireyin sunacağı hizmetin de marjinal faydası daha fazla olacaktır (3,4).

Sağlık işletmeleri de dâhil olmak üzere tüm sektörlerin personellerinin yaşam kalitesini ön plana çıkartıp iyileştirmeyi istemelerinin sebebi de budur. Yüksek yaşam kalitesine sahip sağlık personeli yüksek performans gösterecek, işletmenin karlılığı artacak, sürdürülebilir bir işletme olacaktır (3).

Bu işletmeler hastalara daha fazla marjinal fayda içeren sağlık hizmeti sunacaklardır.

## **GENEL BİLGİLER**

### **TABİP (DOKTOR) TANIMI**

863 sayılı Resmi Gazete’de, 14.04.1928 tarih 1219 No.lu 1.madde, “Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanundur”. Buna göre, tabip olarak çalışmanın şartları şöyledir;

Türkiye Cumhuriyeti’nde tababet yapmak ve herhangi bir şekilde hasta tedavi edebilmek için Türkiye Tıp Fakültelerinden diploma almak ve Türk olmak gereklidir (yurt dışı denklikleri gibi istisnai durumlar diğer maddelerde belirtilmiştir.) (6).

### **TRAKYA BÖLGESİNİN TANIMI**

Trakya Bölgesinin Türkiye’de kalan kısmının yüz ölçümü 23.764 km<sup>2</sup>’dir. İsmi Traklardan almıştır. Traklar bu bölgeye Orta Asya’dan göç etmişlerdir. Trakya’nın Türkiye içindeki kısmı Marmara Bölgesi’ndedir. Tekirdağ, Edirne, Kırklareli illerinin hepsini, Çanakkale ve İstanbul’un bir kısmını kapsar. Anadolu Bölgesi’nden İstanbul ve Çanakkale Boğazı ayırır ve üç tarafı denizle çevrilidir. Trakya Türkiye’nin Avrupa kıtasındaki tek bölgesidir (7).

Çalışmamızda Trakya Bölgesi ifadesiyle Edirne, Çanakkale ve Tekirdağ illeri kastedilmektedir.

### **ACİL TIBBIN TANIMI VE ACİL SERVİSİN ÖNEMİ**

American College of Emergency Physician’ın (ACEP) açıkladığı üzere acil tıp hizmeti (8):

1) Tüm bireyler ulaşabilmelidir.

2) Acil servisten önce, acil ve diğer bölümler arasında tam ve sürekli bir uyum olmalıdır

3) Hastaların değerlendirilme süreçleri ve tedavileri en doğru ve hızlı şekilde yapılmalıdır.

4) Hastalar için gerekli bütün ihtiyaçlar acil servis içinde bulunmalıdır

5) Acil tıbbın tüm personeli iyi eğitilmiş, herkesle uyumlu olmalıdır.

6) Acil serviste zamanı iyi kullanmak hayat kurtarır.

7) Acil servisler yedi gün yirmi dört saat hizmet verirler.

8) Acil vakaların hepsi, önleme, hazırlık, tanı koyma ve uygulama olarak dört bölümden oluşmaktadır.

9) Herhangi bir acil vakasındaki ilk anlar kritiktir. Asıl nokta yapacaklarını bilmek, serin kanlı olmak, vakanın gerektirdiğini uygulamaktır.

10) Acil vakaların hastana öncesinde Acil Yardım Hattını(112) aramak hayattır.

Acil sağlık hizmetleri sağlık sektörünün temel direğidir. Gerektiğinde kimsesizlerin kimsesi, hastaların ise son kalesidir. Bu yüzden çalışanlarından maksimum verim alınması toplum için çok önemlidir. Bu doğrultuda acili yönetenler olarak doktorların yönetiminde sadece öğretim, teorik bilgi, mesleki tecrübe ve becerileri yeterli değildir. Doktorların sağlıklı olması onlardan alınacak iş performansı ile doğrudan ilgilidir.

## **YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI**

### **Yaşam Kalitesi Tanımı**

İlk olarak “yaşam kalitesi” terimi Long’un, “On the Quantity and Quality of Life” adını verdiği makalede 1960 da ortaya atılmıştır (9).

1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, WHO) sağlığı “Sadece hastalık veya sakatlığın olmaması olarak değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali.” olarak tanımladı (10).

Dünya Sağlık Örgütünün “sağlık” tanımı, yaşam kalitesiyle hemen hemen örtüşmektedir. Bu durumda yaşam kalitesinin içeriğini ortaya koymak gerekir.

Yaşam kalitesi hem nesnel hem öznel özellikler içerir. Yaşam kalitesinin bileşenleri, bireyin fiziksel ve psikolojik yönlerini, sosyal ilişkilerinin içeriğini, içinde bulunduğu çevrenin etkilerini içerir(10).

Yaşamdaki temel amaç hep en üst düzeye erişmek, yaşamın müsaade ettiği en mükemmel durumda olmaktır (11). Tanıma göre hedefe varan kişi yaşam kalitesinde en yükseğe ulaşacaktır (12).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu'nun 1993'de ki yaşam kalitesine ait tanım: "Bireyin yaşamını sürdürdüğü değer ve kültür normları çerçevesinde, beklentileri, hedefleri, standartları ve ilgi alanları ile ilgili hayattaki algılamasıdır." Şeklinde (11,13).

Yaşam kalitesinin çeşitli göstergeleri vardır. Bunlar, ekonomik, sosyal, psikolojik ve sağlıkla ilgili göstergelerdir.

Bireyin yaşam kalitesinin iyi durumda olması için ihtiyaçlarını karşılayabilmesi gerekmektedir. Ekonomik göstergeleri inceleyecek olursak, Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisindeki maddelerden bazılarıyla örtüşmektedir. Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisindeki maddeleri, kendini gerçekleştirme, saygın olma, sevgi(aidiyet), güvenlik içinde olma, fizyolojik ihtiyaçlarıdır.

İnsan kendini gerçekleştirmek için belli bir ekonomik maliyete katlanması gerekmektedir. Bu zamana ve maliyete sebep olmaktadır. Güvenlik için yine barınacağı yer gibi ihtiyaçlara yatırım yapması gerekir. Fizyolojik olarak iyi halde olması için belli bir satın alma gücüne sahip olmalı, besin tüketebilmeli, sağlık hizmeti satın alabilmedir. Bu yüzden kişinin yaşam kalitesi ekonomik göstergeleri ile doğrudan ilişkilidir.

Birey olarak satın alma gücü bunun iyi bir belirteçidir. Ülke olarak bakılacak olursa gayri safi milli hasıla, kişi başına düşen milli gelir, gelir dağılımı adaleti önemlidir. Aile olarak incelenecekse hanenin alım gücü ve hanedeki birey sayısı incelenebilir.

Kişinin yaşam kalitesindeki sosyal göstergeler bireyin toplumla olan çift taraflı etkileşimini içermektedir. Birey, kendini toplumun bir parçası olarak görüyor mu? Topluma sunulan olanaklara erişebiliyor mu? Kendini gerçekleştirebiliyor mu? Saygınlık ve itibar görüyor mu ? Gibi sorulara pozitif cevap verebiliyorsa sosyal olarak yaşam kalitesi olumlu yönde olacaktır (14).

Yaşam kalitesinin psikolojik göstergeleri yaşamdan aldığımız doyumla ilgilidir. Yaşam doyumunu ise psikolojik beklentilerin karşılanması ve karşılayabilme becerisi arasındaki dengenin kurulması ile sağlanır.

Psikolojik göstergeler sadece kişinin ruh haline yansımaz hemen veya bir süre sonra fizyolojisine de yansır. Örneğin iş hayatında stresli olan birinin bunu yansıtmaması ve kararlarının etkinliğini düşürmemesi söz konusu değildir. Aynı zamanda kişinin stresli hali kalp atım sayısını bile değiştirmektedir (14, 15).

Yaşam kalitesinin sağlıkla ilgili kısmı Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımında bulunan well being (iyilik hali) kavramının içindedir. Sadece hasta olmaması değil tam iyilik hali yaşam kalitesi için gerekmektedir. Tam bir iyilik hali için her bakımdan sağlıklı olması veya belli bir engeli, arazi, akut, kronik hastalığı varsa bunlara yönelik sağlık hizmetine ulaşabiliyor olması gerekmektedir (14).

**Sağlıkta Well Being (iyilik hali) kavramı:** Bireyin iyilik halinin bileşenleri sadece hastalık halinin olmaması değil yaşam kalitesini de kapsamaktadır. Sağlıkta iyilik hali yaşam kalitesi ile ölçülebilmektedir. Bunun için Dünya Sağlık Örgütü tarafından toplumun geneline uygulanabilen bir ölçek olan WHOQOL-BREF ve çeşitli toplum kategorilerine göre uygulanabilen birçok ölçek geliştirilmiştir.

Yaşam kalitesi ise kişinin fiziksel, ruhsal durumunu, toplumla ve bireylerle ilişkilerini, çevreyle etkileşim durumunu, tüm bunların kişinin işlevini nasıl, ne kadar etkilediğini içerir.

Kişinin iyilik halinin alt başlıklarını yakından incelersek bunlar (16, 17,18);

- a) Fiziksel iyilik hali: Bireylerin fiziki kapasitesinin ve vücut fonksiyonları
- b) Sosyal iyilik hali: Bireyin kişilerle sosyal olarak ve kültürel olarak iletişim, yeni fikirler üretebilme kapasitesi
- c) Psikolojik iyilik hali: Bireyin inancı, gelenekleri ve deneyimlerinin kapasitesi rol oynamaktadır.

Kişinin iyilik hali alt başlıkları bir araya gelerek kişilik gelişimini sağlar. Bunun sonucunda bireyin üst fonksiyon seviyelerinde olumlu seviyede olması sağlanır. Bu üst fonksiyon seviye maddeleri ise bireyin mutlu olması, refah seviyesini, yaşam kalitesini olumlu algılaması, bağımsız hissetmesi ve düşünebilmesidir (17,18).

Dünya Sağlık Örgütü kişinin olumlu özelliklerini “ruh sağlığı” tanımını yaparken öne çıkarmıştır. Bireyin iyilik hali, yeteneklerinin farkındalığı, hayatındaki karşılaşması muhtemel stresleri kompanse edebilmesi, üretebilmesi, etkin çalışabilmesi, topluma katkıda bulunabilmesi durumudur (16, 19).

İyilik halinin sağlanması durumunda birey kendini mutlu hisseder, özsaygısı artar, yaşamından memnun olur. İyilik halinin sağlanamaması sonucu birey ümitsiz, depresyonda, sıkıntı hissinde ve kızgın olur (19, 20)

İyilik hali kavramının incelenmesinde kullanılan bazı ölçekler vardır. Bunlar, Duygu Ölçeği (olumlu, olumsuz), Sosyal İyilik Ölçeği, genel Sağlık Envanteri, Yaşam Doyumu Ölçeği, Psikolojik İyi Olma Ölçeğidir. Bu ölçekler iyilik halinin sınırlı alt bileşenlerini ölçmektedir (21). Keyesle birlikte diğer bilim insanları tarafından oluşturulan Ruh Sağlığı

Sürekliliği Kısa Formu, iyilik halinin bileşenlerini öteki ölçeklere göre daha fazla içermektedir (22). Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formunun güvenilirliği ve geçerliliği, Demirci ve Arkadaşları tarafından 2014'te test edilmiş ve onaylanmıştır (21).

### **Yaşam Kalitesinin Tarihçesi**

Platon (MÖ 427-347) yaşam kalitesi ile ilgili olarak “hayatın değeri” kavramı ve yaşamın kalitatif mi kantitatif mi incelenmesi gerektiği üzerinde durmuştur. Ciddi hastalığı olan bir bireyin yaşanmaya değer bir hayatı olmayabileceğinden ve bunun sonucu olarak işine devam edemeyen bir marangozdan bahsetmiştir (23).

Aristo MÖ 384 – 322 yıllarında yaşamıştır. Yaşam kalitesinin ilk kaynaklarından biri olarak onun “Nikomakhos’a Etik”i kabul edilir. Eser de iyi yaşam kavramını ortaya atmıştır (24).

Tatarkiewicz ise mutluluk ve mutluluk doyumunu incelemiş bunların yaşam kalitesinin bir çeşidi olarak incelemiştir (25).

Hipokrat'ta hastaların iyilik halinin en yükseğe çıkarılmasından bahsetmiştir (26).

Buradan anlaşılacağı üzere milattan önceden itibaren yaşam kalitesinin mutlulukla olan bağlantısı incelenmiştir.

Terim olarak yaşam kalitesinin ilk olarak Priestley'in Daylight on Saturday isimli eserinde kullanılmıştı. Bu eser 1943'te tamamlanmıştır ve Türkçe anlamı “Cumartesi Işıkları”dır (23). Yaşam kalitesinin ilk araştırmaları; 1973'te yayınlanmıştır (27).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ, WHO) 1948'deki tanımının ardından, sağlık alanında yaşam kalitesi ile ilgili olarak ilk araştırmalar 1973 yılında yayınlanmıştır.

### **Yaşam Kalitesinin Bileşenleri**

Bireyin yaşam kalitesinin bileşenleri (28, 29);

- a) Fiziki fonksiyonlarını
- b) Manevi durumunu
- c) Ailenin iç ve dış toplumsal ilişkilerini
- d) Çevresel etkilenme düzeylerini
- e) Bu durumun kişinin fonksiyonelliğini ne derecede değiştirdiğini içerir.

Yukarıdaki maddelerin birey tarafından nasıl algılandığı bireyin yaşam kalitesini oluşturmaktadır.

## YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ ÖLÇEKLER

İşletme, sosyal temelli stratejik yapıda sağlık hizmeti sunan bir işletme de olsa, her şeyin ölçülüp, değerlendirilip, karar verici mekanizmaya icra yapabilmesi için sunulmalıdır. Bu yüzden çeşitli ölçekler geliştirilmiştir.

Yaşam kalitesini genel olarak ölçen ölçeklerin yanında, belli bir hastalığı, çalışma hayatını, vb. inceleyen çeşitli alt başlıklara yönelik ölçekler vardır.

Genel yaşam kalitesine ait ölçeklerden en sık kullanılanlarını inceleyelim. WHOQOL-100, WHOQOL-BREF, WHOQOL-BREF TR, Spritzer Quality of Life Index (Spritzer Yaşam Kalitesi İndeksi), Medikal Outcome Study General Health Survey (Genel Sağlık Araştırması Tıbbi Sonuç Çalışması), Duke Health Profile (Duke Sağlık Ölçeği), Sickness Impact Profile (Hastalık Etki Ölçeği), Index of Well Being (Esenlik İndeksi, İyilik Hali Endeksi), Medikal Outcome Study SF-36(1992), EQ-5D Genel Sağlık Ölçeği (EuroQol Batı Avrupa Araştırma Topluluğunca 1987 de oluşturulmuştur), HLSB 2 The Healty Life behavior Scale Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 2, PedsQL The Pediatric Quality of Life (Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)) bazılarıdır. Bunlar gibi birçok sağlığı ilgilendiren yaşam kalitesi ölçeği geliştirilmiştir. Bazılarının ise Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (12, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37).

Dünya Sağlık Örgütü 1980 yılında, 2000 soru içinden bilimsel araştırmalarla 100 soru olarak Dünya Sağlık Örgütünün Yaşam Kalite Ölçeği olan WHOQOL-100'ü oluşturulmuştur. Daha sonra, WHOQOL-BREF 26 soruluk Dünya Sağlık Örgütünün Yaşam Kalite Ölçeğinin Kısa Formu oluşturulmuştur. Bu ölçeğin Türkçe geçerliliği çalışmalarında bir adet ulusal soru eklenip 27 soruluk Dünya Sağlık Örgütünün Yaşam Kalite Ölçeğinin Kısa Formu Türkçe versiyonunun (WHOQOL-BREF TR) son hali yayınlanmıştır (38).

SF-36 oluşturulduğundan beri 500'den fazla çalışmada, çoğu hasta gruplarına uygulanmıştır. Farklı boyutlar halinde sekiz maddede ölçer. Bunlar; fiziksel işlevsellik, sosyal işlevsellik, fiziksel işlevselliğe bağlı rol azalmaları, duygusal problemlere bağlı rol azalmaları, akıl sağlığı, enerjik/aktif olma, ağrı ve sağlığın genel olarak algılanmasıdır. Toplam 36 maddedir (39).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 2'de toplam 52 madde bulunmaktadır. Altı faktörü vardır. 1987 senesinde 48 soru olarak Walker tarafından ilk olarak geliştirilmiştir. 1996 da ise tekrar Walker ve arkadaşları tarafından son hali olan 52 madde olarak revize edilmiştir. Bu ölçeğin ilk halinin güvenilirlik ve geçerliliği Esin tarafından 1997 de yapılmıştır. Akça tarafından ise ikinci hali 1998 de yapılmıştır (40).

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ), yaş grubu 2-18 arasında olan çocukların yaşam kalitesini değerlendiren bir ölçektir. 1999 yılında Varni ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. PedsQL den Türkçeye çevrilmiştir. Dört alt formu vardır. Fizyolojik sağlık, duygusal ve sosyal işlevsellik, okul işlevselliği alanlarını sorgulamaktadır (37).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü, Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği, Çalışma Yaşam Kalitesi Ölçeği, Sağlık Personeline ait Çalışma Yaşamı Kalite Ölçeği, Çeşitli Hastalıklara Özel Yaşam Kalitesi Ölçekleri vb. gibi birçok yaşam kalitesi ölçeği geliştirilmiştir (41, 42).

Çeşitli hastalıklara özel olarak hastaların yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan daha özelleşmiş ölçekler mevcuttur. Bu ölçekler belli hastalıkların, arazların, bazı özel hallerin yaşam kalitesine etkisi üzerinde durmaktadırlar. Bunların zayıf noktaları, hastaları analiz ederken hastaların genel yaşam kalitesine değil daha çok hastalığın yaşam kalitesine etkisini inceledikleri için resmin bütününi kaçırabilmektedirler. Bunlardan bazıları Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, McGill Ağrı Anketi, Barthell Engellilik Endeksi, Pediatrik Astım Yaşam Kalitesi Anketidir.

Yaşam kalitesini çalışma yaşamı açısından da değerlendirmek gerekmektedir. Çünkü hayatımızın büyük bir bölümü çalışarak geçmektedir. Bununla ilgili olarak Scale- WRQoL, Work Related Quality of Life Scale (İşle İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği) Van Laar ve arkadaşları tarafından 2003 de geliştirilmiştir (12).

Yaşam kalitesi ile ilgili ölçekleri değerlendirirken sosyo demografik, coğrafi yapılar açısından dikkatli olunmalıdır. Kültür önemli bir değişkendir. Bunların ülkelere, toplumlara göre güvenilirlik ve geçerlilikleri mutlaka test edilmelidir. Örneğin EuroQol Batı Avrupa Araştırma Topluluğunca 1987 de oluşturulan EQ-5D Genel Sağlık Ölçeği Uzak Doğu'da uygulanırken test edilmelidir.

## **TÜKENMİŞLİK KAVRAMI**

Acil servisin çalışma koşullarının zorluğu ve yaşam kalitesinin düşük olduğu bireylerde ortaya çıkma ihtimalinin fazla olması nedeniyle tükenmişlik kavramını incelememiz gerekmektedir. Acil serviste çalışan hekimlerin tükenmişliğin tanımında geçen güç kaybı, yıpranma, işi gereği mortal durumlara duygusal olarak duyarsızlaşması gereği ve sonucu nedeniyle tükenmişlik kavramına değinmemiz önemlidir.

1974'de ilk kez Freudenberg tarafından tükenmişlik kavramı incelenmiştir. Yaptığı tanımında, yıpranma, başarısızlık, enerji, güç kaybı, bireyin kendi kaynakları üzerinde karşılanamayan beklentileri sonucu oluşan tükenme durumu olarak belirtmiştir (43, 44, 45).

Diğer bir tanımı ise Maslach ve arkadaşları yapmıştır. Şu an yaygın olarak en çok kabul gören tanım onlarındır. Tükenmişliği üç boyutlu olarak algılamışlardır. Genellikle insanlarla birebir direkt iletişim gerektiren işlerde çalışan insanlarda ortaya çıkmasının sık olduğunu söylemişlerdir. Tükenmişliğin üç boyutunu ise, duyarsızlaşma, duygusal olarak tükenme, bireysel başarıda azalma hissetme olarak tanımlamışlardır (45, 46) .

Tükenmişlikle ilgili birebir direkt iletişim gerektiren mesleklerde çalışanlarla ilgili ülkemizde de çalışmalar yapılmıştır. Öğretmenlerin, laborantların, doktorların, hemşirelerin, trafik polislerinin, satış elemanlarının tükenmişlik düzeyleri incelenmiştir. Araştırma sonucunda bu grupların tükenmişliğin üç boyutu olan enerjide, güç kaybında ve bireylerin kendi kaynakları üzerinde karşılanamayan beklentilerinde anlamlı bulgular saptanmıştır. Bu gruplarda alkol, medikal ilaç kullanımında, iş tatminsizliğinde, işten ayrılmada, psikosomatik rahatsızlıklarda artış mevcuttur. Bu yüzden iş ortamının iyileştirilmesi önemlidir. Buna yönelik çalışmalar hem bilimsel hem de sektörel olarak yapılmalıdır (44, 45, 47, 48, 49, 50).

Tükenmişlikle ilgili Dünyada ve Türkiye'de sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar alınmıştır. Temel etmenler ekonomik ve çalışma koşulları olarak tespit edilmiştir. Tüm gruplarda tükenmişliğin 3 boyutu anlamlı bulunmakla birlikte, şiddet olarak yüksekten daha düşüğe göre uzman hekimlerin en yüksek sonra pratisyen hekimlerin daha sonra da yardımcı sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri gelmektedir. Doktor öğretim üyesi olunca uzman hekimlerin tükenmişlik düzeyi düşmektedir (45,51,52,53).

## **DEPRESYON**

### **Tanım**

Sadece üzüntü veya üzüntü ve bunaltıyı aynı anda içeren duyguyla birlikte sosyofizyolojik fonksiyonlarda, konuşmada ve düşünmede azalma ile eş zamanlı karamsar duygu durumu, kendini küçük hissetme, istek ve güç kaybı ile giden hastalıktır (54).

### **Depresyonun Sınıflandırması**

Depresyonun alt tipleri şunlardır (55):

Majör depresif bozukluk, sadece bir atak

Majör depresif bozukluk, tekrarlayıcı

Distimik bozukluk, inatçı depresif bozukluk

Yıkıcı duygudurum regülasyon bozukluğu

Madde ve ilaca bağlı depresif bozukluk

Premenstrüel disforik bozukluk

Başka tıbbi durumla ilgili depresif bozukluk

Başka belirlenmiş depresif bozukluk

Belirlenmemiş depresif bozukluk

Bu çalışmada depresyonun alt tiplerinden ciddi sağlık sorunlarına yol açması sebebiyle major depresyon incelenecektir.

### **Major Depresyon Kavramı**

Üzüntülü, çökkün zaman zaman bunalımlı bir duygu durumu major depresyona eşlik eder. Konuşmada, düşüncede, fizyolojik ve psikomotor fonksiyonlarda azalma spesifiktir. Major Depresyon, bu belirtilenlerle birlikte güçsüzlük, değersizlik, karamsarlık, yetersizlik ve isteksizlik içeren duygu ve düşünceler görülen sendromdur (56, 57).

**Major Depresyon DSM-V tanı kriterleri:** Major depresyon tanı kriterleri DSM-V'e göre şunları içermelidir (57, 58):

A) İki hafta süresince işlevsellikte değişiklikle birlikte, duygu durumunda çökkünlük ya da ilgide kayıp veya zevk alamama ve aşağıdaki dokuz maddeden beş veya daha çoğunun olması gerekir.

i) Çoğunlukla her gün ve hemen hemen tüm gün boyunca duygu durumunun çökkün olması

ii) Çoğunlukla her gün ve hemen hemen tüm gün boyunca tüm etkinliklere karşı zevk ve ilgi kaybı olması

iii) Herhangi bir diyet programı olmaksızın kilo alımı ve kaybı olması

iv) Çoğunlukla her gün çok uyuma veya uyuyamama

v) Çoğunlukla her gün psikolojik ve motor fonksiyonlarda yavaşlama veya ajitasyon olması

vi) Çoğunlukla her gün enerji azlığı veya bitkinlik olması

vii) Çoğunlukla her gün suçluluk ve değersiz hissetme olması

viii) Çoğunlukla her gün odaklanma ve düşünme kararsızlığı ve azalması

ix) Sürekli ölme düşüncesi, tasarlayarak veya tasarlamayarak kendini öldürme düşüncesi, girişimi

- B) Bu belirtiler klinik olarak belirgin sıkıntıya, mesleki veya toplumsal açıdan işlevsellik bozulmasına sebep olmaktadır.
- C) Bu belirtiler tıbbi bir altyapıya veya madde kullanmaya bağlı olmamalıdır.
- D) Bu süreç tanımlı veya tanımlanmamış psikozla, şizofreni kapsamında, şizoaffektif bozukluk, şizofrenimsi bozukluk, sanrı bozukluğu ile daha uyumlu bir şekilde açıklanmamalıdır.
- E) Hipomani veya mani dönemi geçirilmemiş olmalı.

### **Depresyon Risk Faktörleri**

Depresyonun etiolojisindeki birçok risk faktörleri vardır. Bu risk faktörleri şunlardır:

**Yaş:** Depresyon daha çok 30-45 yaşları arasında yeni vaka olarak görülmektedir. 45 yaş üstünde yeni vaka insidansı çok görülmemekle birlikte tanı almış hastaların semptomları artmaktadır (59, 60).

**Cinsiyet:** Kadınlarda depresyon görülme sıklığı ülkemizde ve yurt dışında yapılan epidemiyolojik çalışmalarda erkeklere oranla iki kat daha fazladır (60, 61).

**Medeni durum:** Epidemiyolojik olarak dul, boşanmış bireylerde depresyon sıklığı artmaktadır. Örneğin boşanmış erkeklerdeki bir çalışmada ilk altı ayda depresyon daha sık görülmektedir. Bekarlarda evlilere göre de daha sık görülmektedir. Yine mutsuz evlilikler de risk faktörüdür(60, 61).

**Genetik ve aile ile ilgili faktörler:** Biyolojik soy ağcında depresyon görülenlerde, dizigotlara göre monozigot ikizlerde, evlat edinenlerin biyolojik anne babasında depresyon görülenlerde major depresyon insidansları yüksek bulunmuştur. Çevresel ve genetik etmenlerin depresyon etkileşimine ilişkin çalışmalar yeterli değildir (60,62-65).

**Çocukluğun erken dönemi:** Yapılan çalışmalarda erken dönem çocuklukta sevgi, olumlu duygu durumları depresyonu önlemektedir. Ebeveynlerin ayrı olması ise risk faktörüdür (60, 66).

**Çocukluk dönemi:** Çocukluk döneminde depresyon görülmesi kişilik gelişimi ve sosyal ilişki geliştirme becerisi için çok önemlidir. Bebeklerde depresyon sıklıkla görülür. Bu

bakım verenle (biyolojik veya profesyonel) bebek arasındaki problemi gösterir. Bu problem genelde ölüm, ayrılık, bağıllık sorunu olmaktadır (60, 66).

### **Depresyon Nedenleri**

Depresyon nedenlerine ait alt başlıklar şu şekildedir (55).

**Biyolojik nedenler:** Depresyon hastalarının kan idrar sıvılarında hormon enzim ve bazı maddelerin anlamlı ölçüde farklı olduğu belirlenmiş ve buna yönelik tedaviler uygulanmaktadır.

**Genetik nedenler:** Ailesinde depresyon görülenlerde hastalık insidansı artmaktadır. Tek yumurta ikizinde depresyon görülenlerde hastalık görülme ihtimali yarı yarıyadır.

**Psikososyal nedenler:** Araştırmalarda stresörlerin depresyonun oluşumunu tetiklediği ancak sonraki atakların stresöre ihtiyacı olmadığı, stresör olmasa da sonraki atakların oluştuğu ortaya çıkmıştır.

### **Depresyonun Belirtileri**

Depresyonun belirtileri DSM-V Major Depresyon Kriterlerindeki alt başlıklardır. Bu belirtiler şu başlıklar altında da incelenir (60, 67).

- Bilişsel Belirtiler
- Duygusal Belirtiler
- Davranışsal Belirtiler
- Fizyolojik Belirtiler

## **ANKSİYETE**

### **Tanım**

İçsel, sebepsiz sıkıntı, korku, kaygı kötü bir şey olacak endişesi sonucu yaşanan olumsuz duygu olarak tanımlanır. Bireyin yaşamını tehdit edebilir veya sadece tehdit algısı olabilir. Bu tepki içsel veya dışsal tehlike veya tehlike beklentilerine yöneliktir (68).

Latince “angare” ‘den türemiştir. Tercümesi boğulma, tıkanmadır (69).

Tehlike ile karşılaştınca ortaya çıkan anksiyete olumsuz bir durumla başa çıkma durumudur. Anksiyetenin uzun sürmesi, şiddetli olması kişiyi olumsuz etkileyebilir. Bu da psikiyatrik sorunlar yaratabilir. Anksiyete birçok psikiyatrik sorunla beraber olabilir ve organik bozuklukların da klinik semptomu olabilir (70).

Yapılan çalışmalarda yaklaşık olarak toplumda dörtte bir oranında tespit edilmiştir (71). Bu nedenle en sık görülen psikiyatrik rahatsızlıktır (72).

Anksiyete ile ortaya çıkan fizyolojik ve psikiyatrik belirtiler tehlike ortadan kalkınca da devam edebilir. Her bireyde anksiyete bulguları o bireye özgüdür.

### **Anksiyete Bozuklukları Alt Tipleri**

- Yaygın Anksiyete Bozukluğu,
- Panik bozukluk(Agorafobili ve Agorafobisiz),
- Travma Sonrası Stres Bozukluğu,
- Özgül Fobi,
- Sosyal Fobi.

Bu çalışmada anksiyete bozukluklarının alt tiplerinden sık görülmesi ve tanı konamadığı için gözden kaçması nedeniyle sadece yaygın anksiyete bozukluğu incelenecektir.

### **Yaygın Anksiyete Bozukluğu**

Bireylerde belli olaya karşı sürekli olan normalden fazla anksiyete, gerginlik ve korku hissedilmesidir. Heyecan, dikkatsizlik, huzursuzluk, aşırı yorgunluk hissetme, uyku bozuklukları, kas gerginliği de görülebilir (73).

**Yaygın anksiyete bozukluğunun nedenleri:** Etiyolojisi tam olarak ortaya konamamakla birlikte aşağıdaki maddelerin etken olabileceği üzerinden görüşler bulunmaktadır (74).

- Çevresel etmenler
- Genetik
- Psikoanalitik görüş: İd ego, süper egonun çatışmasından oluşabilir.
- Bilişsel görüş: Yaygın anksiyete bozukluğu olan bireylerde belirsizliğe toleransları yoktur. Tam tersine bireylerin başa çıkma yöntemi olarak gören bir görüşte mevcuttur.

- Nörotransmitterler: Serotonin ve bunun yolakları ile ilgili patolojiler mevcut olabilir.

**Yaygın anksiyete bozukluğu DSM 5'e göre tanı kriterleri:** Yaygın anksiyete bozukluğunun DSM 5'de ki tanı kriterleri şöyledir (58):

- A. 6 ay ve daha fazla süren, çoğunlukla her gün olan, birçok olay ve etkinlikle ilgili normalden fazla anksiyete ve üzüntü hissetme.
- B. Birey için üzüntüsünü kontrol etmek zordur.
- C. Son altı ay içinde çoğunlukla her zaman aşağıdaki altı maddeden üçü veya daha fazlası mevcuttur. Çocuk hastalarda tek madde olması kafidir.
  - 1) Huzursuz hissetme, aşırı heyecan duyma veya endişeli olma
  - 2) Normalden çabuk yorulma
  - 3) Uyku bozukluğu
  - 4) İrritabilite
  - 5) Düşünce yoğunlaştırılmasında zorluk, zihnin durmuş gibi olması
  - 6) Kasların gergin olması
- D. Kaygı üzüntü ve fizyolojik belirtiler klinik olarak belli bir sıkıntıya ve işlevsellikte azalmaya yol açmaktadır.
- E. Yaygın anksiyete bozukluğu madde kullanımıyla veya diğer bir sağlık sorununa ilişkin bir fizyolojik problemle açıklanmamalıdır.
- F. Yaygın anksiyete bozukluğu diğer bir psikiyatrik hastalıkla daha iyi açıklanmamalıdır.

## **İŞ TATMİNİ**

### **Tanım**

İş tatmini bireyin işini yapmasının sonucu olacak ihtiyaçlarını karşılayabilme beklentisi ve bunun algı durumudur (75).

İş tatmini düzeyi yüksek çalışanlarla düşük çalışanlar arasında davranış farklılıkları mevcuttur. Olumlu etkisi işe odaklanma, daha iyi hizmet vermedir. Olumsuz etkileri ise işe devamın bozulması, işletmenin turnover hızında yükselme, hizmet kalite ve kantitesinin düşmesi, performansta düşme, kurumsal sorunlar ve ekip problemleridir (76).

## İş Tatmini Kuramları

**Maslow kuramı:** Maslow'a göre birey gereksinimi olan, gereksinimlerini doyuma ulaştırmaya güdülenen bir canlıdır. Bu güdüleri şu alt başlıklarda açıklar (77):

- Gereksinimler davranışı tetikler.
- Bu gereksinimlerin önemi karmaşık gereksinimlerden temel gereksinimlere doğru artar.
- En düşük gereksinim giderilince sıradaki gereksinime odaklanılır.

Maslow'a göre açıklanan gereksinimler hiyerarşisi temelden karmaşığa doğru şu şekildedir (78):

- Fizyolojik
- Güvence
- Sevgi- Aidiyet
- Saygı
- Kendini gerçekleştirme.

**Frederick Herzberg kuramı:** Herzberg'e göre iş tatmini kavramıyla ilgili olumlu kuramlar iş tatminine katkıda bulunurken, olumsuz (ki Hijyen etmenleri olarak adlandırır) etmenler iş tatminsizliğini engeller, iş tatmini oluşturmaz. Buna çift etki kuramı denir. Ancak iş tatmininin zıddı iş tatminsizliği değildir. Bu kuram kısıtlı örnek içermesi eleştirilerine maruz kalmıştır (78).

**Clayton Alderfer kuramı:** ERG kuramı da denmektedir. Existence (var olma, temel gereksinim), relatedness (ait olma, sosyal olarak ilişki ihtiyacı), Growth (gelişme, kişisel ilişki gereksinimi) İngilizce kelimelerinden kodlanmıştır (78).

Aynı seviyedeki gereksinim tatmin edilince daha fazlası talep edilir. Alt seviye gereksinimi ne kadar tatmin edilirse bir üst seviye gereksinimlerine talep o kadar artar. Üst düzey gereksinimi tatmin edilmedikçe alt düzey gereksinimine talep o kadar artar (78).

**Wroom kuramı:** Beklenti kuramı da denir. Bireyi çalışmaya güdüleyen etmen, beklentisi ve kazanacaklarıdır. İnsanların çalışması iki sebebe bağlıdır. Güdüsel ve ekonomik sebepler insanları çalışmaya iter (78).

**Porter ve Lawyer kuramı:** Bu kuramda performans ve ödül kavramları üzerinde durulmuştur (78).

### **İş Tatminiyle İlgili Etmenler**

Bireysel ve örgütsel etmenler olarak iş tatmini etmenleri iki ana başlıkta incelenir (79).

Çalışanın Bireysel Etmenleri şunlardır:

- Cinsiyeti
- Yaşı, hizmet yılı
- Statüsü
- Sosyokültürel çevresi
- Yeteneği ve zekası
- Meslek ve eğitim Düzeyi
- Kişisel özellikleri

Çalışanın Örgütsel Etmenleri şunlardır:

- Ödül ve gelir
- Fiziki şartlar
- İşin Özelliği
- Hiyerarşik ilişkiler
- Sosyal ortam
- Terfi adaleti ve ihtimali
- Karar verici mekanizmaya dahilîyet
- Yönetim ve Adalet

Sağlık çalışanlarında iş tatmini olması kalitatif ve kantitatif olarak hastalara daha iyi hizmet vermelerini sağlar

### **ACİL SERVİS YAPISI VE İŞLEYİŞİ**

Acil servisin yapısı ve işleyişi adından da anlaşılacağı üzere ivedilikle yönetilmesi gereken işleri içermektedir. Sağlık sektöründe olmasından dolayı insan hayatı söz konusu olduğundan hata oranının minimumda kalması gerekmektedir.

Gelen hastaların kaybetmeyi en son göze alacakları şey olan hayatları söz konusudur. Bu hastaların hasta psikolojisi olarak adlandırdığımız bir ruh haline girmelerine sebep olmaktadır. Bu da onları daha sabırsız, gergin, zaman zaman ajite, agresif bir tutum içine sokmaktadır. Hekimler için hastaların bu ruh hali başlı başına bir risk faktörüdür.

Hastaların acil servise gelme sebepleri hem acil bir sağlık durumundan hem de bazen diğer kliniklerden are bulamamalarıdır. Bu aresizlik her hastane özelindeki yönetim ve diğer klinik branşlardaki mikro çevreyle ilgili sorunlar olabilir. Diğer bir sebep ise sağlık sistemi politikalarını yaratan, yöneten, düzenleyen makro evre ile de ilgili olabilir.

Bunlara rnek vermek gerekirse, yeterli tıbbi donanımı olmayan, hastalarını kliniğine değil gereksiz yere acil servise yönlendiren, vb. sorunları olan diğer klinik branşlar, acil servisin karşılaştığı mikro çevreye ait örnek sorunlardır. Sağlık kuruluşları arasında basamak olarak sevk zincirine uyulmaması, 3. basamak sağlık kuruluşlarına 3. basamak sağlık hizmeti gerektirmeyen hastaların başvurusunun kısıtlandırılmaması, sağlıkta şiddet kanunlarının içeriğinin ve uygulanışının caydırıcı olmaması makro çevreye ait sorunlara örnektir.

Acil servisin işleyişinin, hayati hastaların hizmeti alabilmesi için devam etmesi gerekmektedir. Yani yedi gün yirmi dört saat hizmet vermesi gerekmektedir (80).

Yönetim ve organizasyon sorunları sebebiyle yönetimden destek görememe ve çatışma, konsltanlarla çatışma sonucu hastalarla karşı karşıya acil servis hekiminin kalmasına sebep olmaktadır.

4 saat içinde tanısı belli olan hastaların yatırılması zorunluluğu olmasına karşı diğer bölümlerin hasta yatırmaya olan dirençleri olabilmektedir(80).

Bazı servislerde 24 saatlik çalışma hekimlerin uyku düzenlerini, hayatlarını ve sağlıklarını etkilemektedir.

Tüm bunlar hekimlerin yaşam kalitelerini de etkilemektedir. Hastaların aldığı hizmetin karar verici mekanizması olan hekimlerin, yaşam kalitesi düzeyi de direkt olarak hastaların aldığı hizmetin kalitesini de etkilemektedir.

### **ACİL SERVİS DOKTORLARININ YAŞAM KALİTESİNE GENEL BAKIŞ**

Hekimlerin kendi kişisel özelliklerine ait risk faktörleri çeşitli derecede yaşam kalitelerine etki etmektedir. Bunun yanında bireysel olmayan, işin içeriğinden ve çalışma çevresinden kaynaklanan diğer etmenler de mevcuttur.

Yukarıda da belirtilen sebepler dolayısıyla hekimlerin yaşam kalitesi olarak olumsuz etmenlerle diğer mesleklere göre daha fazla maruz kalacağı aşıkardır.

## **GEREÇ VE YÖNTEMLER**

Bu araştırma, Trakya Bölgesi acil servislerinde çalışan doktorların yaşam kalite düzeylerini, algılarını ve yaşam kalitelerine etki eden etmenleri belirlemek amacıyla kesitsel bir çalışma olarak düzenlendi. Trakya Bölgesi acil servis doktorlarından anket çalışmasına tamamen gönüllü olarak katılımları istendi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi 17.02.2020 tarihli TÜTF-BAEK 2020/90 protokol no.lu etik kurulu onayı (Ek-1) ile başlanan anket çalışmamızda 01 Nisan 2020 ile 15 Haziran 2020 tarihleri arasında toplam 199 acil servis doktoruna anket (Ek-2) yöntemi uygulandı.

Anket çalışmasına gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nu imzalayan acil servis doktorları ile yüz yüze görüşme sağlanarak veriler toplandı. Katılımcılardan kimlik bilgileri istenmedi.

Çalışmada kullanılan anket araştırmacı tarafından dört sayfa olarak hazırlandı. Anket içeriğinde, sosyo-demografik özellikler, çocuk varlığı, sayısı ve cinsiyetleri, iş yaşamı (çalışma süresi, çalışma ortamı memnuniyeti, işte verimlilik), sağlık durumu (tanı konmuş hastalık, ilaç kullanımı), sağlık algısı, sağlık davranışları (sigara ve alkol kullanımı, kan basıncı, şeker ve kolesterol ölçtürme, hepatit b aşısı olma) ve yaşam kalitesi hakkında toplam 48 soru yer almakta idi.

### **YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ**

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen WHOQOL-100 anketinin kısa versiyonu olan WHOQOL-BREF anketi kullanıldı. WHOQOL-BREF, 1999 yılında Eser ve ark. tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türkçe'ye uyarlandı (38). WHOQOL-BREF (TR) ölçeği, toplam 27 sorudan

oluşmaktadır. İlk iki soru sağlık durumu hakkında genel sorulardır. Son soru ise Türkiye'ye özel eklenmiş, çevresel baskıyı irdeleyen bir sorudur. Bunlar dışında kalan 25 soru yaşam kalitesi fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevresel alan puanlarını hesaplamada kullanılmaktadır. Alanların soru içerikleri Tablo X'te paylaşıldı.

#### WHOQOL-BREF (TR) ölçeği alanları ve alan içerikleri

Alanlar	Alan içerikleri
Fiziksel sağlık alanı	Gündelik işleri yürütebilme İlaçlara ve tedaviye bağımlılık Canlılık ve bitkinlik Hareketlilik Ağrı ve rahatsızlık Uyku ve dinlenme Çalışabilme gücü
Psikolojik alan	Beden imgesi ve dış görünüş Olumlu ve olumsuz duygular Benlik saygısı Maneviyat, din, kişisel inançlar Düşünme, öğrenme, bellek ve dikkatini toplama
Sosyal ilişkiler alanı	Diğer kişilerle ilişkiler Sosyal destek Cinsel yaşam
Çevresel alan	Maddi kaynaklar Fiziksel güvenlik ve emniyet Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım Ulaşılabilirlik ve nitelik Ev ortamı Yeni bilgi ve beceri edinme fırsatı, Dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları Fiziksel çevre (kirlilik, gürültü, trafik, iklim) Ulaşım

Ölçekteki soruların her biri 5'li likert tipindedir. Fiziksel sağlık alan puanı 7, psikolojik alan puanı 6, sosyal ilişkiler alan puanı 3 ve çevresel alan puanı 8 sorunun toplanmasıyla elde edilmektedir. Alan puanları 20 veya 100 puan üzerinden skorlanır. Hangi skor aralığının kullanılacağı araştırmacının tercihine bırakılmıştır. Türkiye'de yaşam kalitesi

yaygın olarak 20 üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçek puanlarında artış oldukça yaşam kalitesi de artmaktadır.

### **İSTATİSTİKSEL ANALİZ**

Verilerin normal dağılımları Shapiro-Wilk testi ile sınıandı. İki grubun karşılaştırmasında normal dağılımlarına bağlı olarak Student t veya Mann Whitney-U, ikiden fazla grubun karşılaştırmasında ise tek yönlü varyans analizi veya Kruskal Wallis testi uygulandı. İkiden fazla grupların karşılaştırılmasında fark bulunması halinde tek yönlü varyans analizinde Tukey, Kruskal Wallis testinde Dunn Post-hoc testleri ile farkı yaratan gruplar belirlendi. İki nicel türde değişkenin ilişkisi, normal dağılan değişkenler için Pearson, normal dağılmayanlar için Spearman korelasyon katsayısına bakılarak incelendi. Tanımlayıcı istatistik olarak nicel değişkenler için ortalama ve standart sapma, ortanca ve çeyrekler açıklığı ile minimum-maksimum değer verilirken nitel değişkenler için sıklık ve yüzde verildi. Tüm istatistiksel analizlerde IBM SPSS (23.0) paket programı kullanıldı. Elde edilen bulgular 0,05 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

## BULGULAR

Trakya Bölgesi'nde çalışmakta olan toplam 199 acil servis doktorlarından toplanan veriler üzerinde analizler gerçekleştirildi.

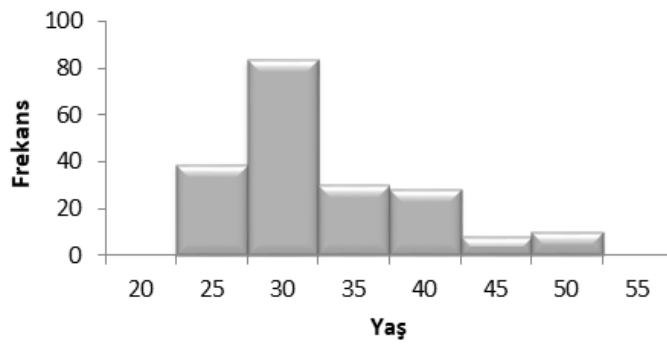
### TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

**Tablo 1. Acil servis doktorlarının yaşı**

	Ortalama±ss	Medyan (ÇA)	Minimum-Maksimum
Yaş (Yıl)	31±6,5	29 (9)	23-50

ss: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler açıklığı.

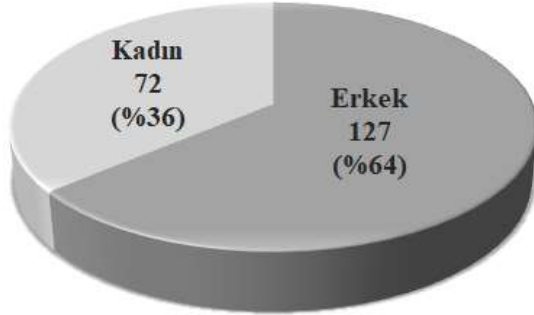
Çalışmada yer alan acil servis doktorlarının yaşları 23 ile 50 arasında değişmekte olup yaşları ortalaması 31±6,5, medyanı 29 (9) olarak hesaplandı (Tablo 1).



**Şekil 1. Yaş değişkenine ilişkin histogram grafiği**

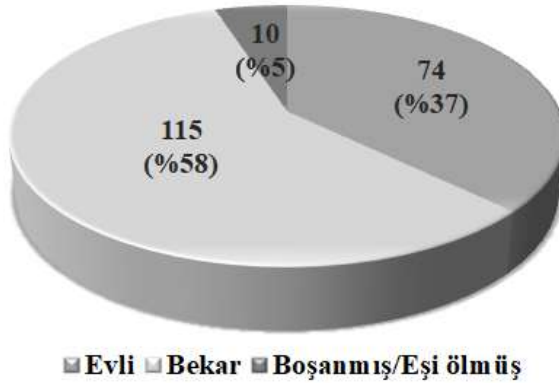
Çalışmaya katılan kişilerin yaşları dağılımını Şekil 1'de gösterilmektedir.

Çalışmadaki acil servis doktorlarının 72 (%36)'si kadın, 127 (%64)'sinin erkek olduğu görüldü. Katılımcıların, cinsiyete göre dağılımları ile ilgili veriler Şekil 2'te gösterilmektedir.



Şekil 2. Cinsiyete göre katılımcıların dağılım grafiği

Acil servis doktorlarının, medeni durumlarına göre ele alındığında, 74 (%37) kişinin evli, 115 (%58) kişinin bekar ve 10 (%5) kişinin ise boşanmış veya eşi ölmüş olduğu görüldü (Eşi ölmüş iki kişiyi istatistiksel analizlere dahil edebilmek amacıyla bu grup ile boşanmış kişiler grubu birleştirildi.). Katılımcıların medeni durumlarına yönelik elde edilen bulgular Şekil 3'te gösterilmektedir.



Şekil 3. Medeni duruma göre katılımcıların dağılım grafiği

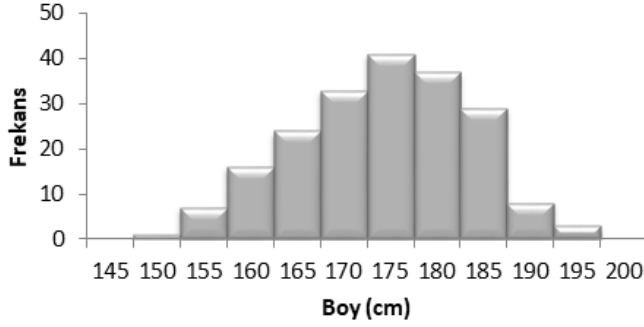
Tablo 2. Acil servis doktorlarının boy, kilo ve BKİ özellikleri

	Ortalama±ss	Medyan (ÇA)	Minimum-Maksimum
Boy (cm)	172,7±9	174 (22)	150-194
Kilo (kg)	75,9±15,7	76 (13)	46-125
BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	25,3±4	24,8 (5,24)	17,3-36,3

ss: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler açıklığı.

Yapılan çalışmada acil servis doktorlarının boy uzunlukları 150 cm ile 194 cm arasında değişmekteydi. Boy ortalamaları 172,7±9 cm'ydi. Acil servis doktorlarının vücut

ağırlıkları 46 kg ile 125 kg arasındaydı. Vücut ağırlığı ortalamaları  $75,9 \pm 15,7$  kg'dı. Boy kilo indeksleri  $17,3 \text{ kg/m}^2$  ile  $36,3 \text{ kg/m}^2$  arasında değişmekteydi ve ortalamaları  $25,3 \pm 4 \text{ kg/m}^2$ 'ydi. (Tablo 2).



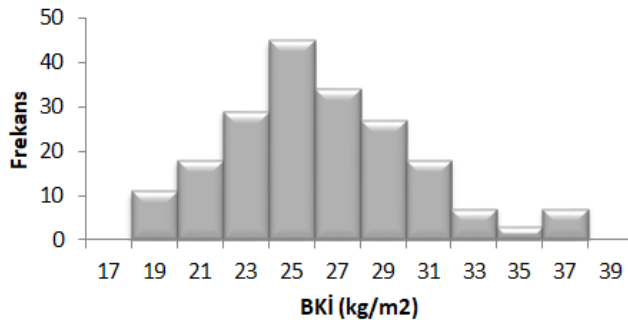
**Şekil 4. Boy (cm) değişkenine ilişkin histogram grafiği**

Katılımcıların boy uzunluklarının dağılımı Şekil 4'te gösterilmektedir. Şekilde katılımcıların boy uzunluklarının normal dağıldığı gösterilmektedir. Normallik sınavasında uygulanan test sonucu da boy değişkeninin normal dağıldığını gösterdi ( $p=0,060$ ).



**Şekil 5. Kilo (kg) değişkenine ilişkin histogram grafiği**

Katılımcıların vücut ağırlıklarının dağılım grafiği Şekil 5'te gösterilmektedir.



**Şekil 6. BKİ (kg/m²) değişkenine ilişkin histogram grafiği**

Katılımcıların boy kilo indekslerinin dağılımı Şekil 6’da gösterilmektedir.

**Tablo 3. Acil servis doktorlarının çocuk sahibi olmaya yönelik özellikleri**

Değişkenler	n	%
<b>Çocuk</b>		
Yok	140	70,4
Var	59	29,6
<b>Çocuk sayısı</b>		
1	35	60,3
2 veya 3	23	39,7
<b>Cinsiyete göre çocuk mevcudiyeti</b>		
Sadece kız	21	36,2
Sadece erkek	30	51,7
Hem kız hem erkek	7	12,1

Çalışmada yer alan acil servis doktorları arasında çocuk sahibi olmayanların sayısı 140 olup örneklem içindeki yüzdesi %70,4’tü. Çocuk sahibi olan 59 (%29,6) kişi vardır. Çocuk sahibi olanların içinde 35 kişinin bir çocuğu, 23 kişinin 2 veya 3 çocuğu vardı (Üç çocuğu olan 2 kişi için istatistiksel analizlerde kullanılması amacıyla iki çocuğu olanlar ile birleştirme yoluna gidildi.). Üç çocuktan fazla çocuğu olan acil servis doktoru yoktu. Çocuğu olan 59 kişiden 21 (%36,2) kişinin sadece kız, 30 (%51,7) kişinin sadece erkek, 7 (%12,1) kişinin ise hem kız hem erkek çocuğu bulunmaktaydı (Tablo 6).

**Tablo 7. Acil servis doktorlarının kurum unvanları**

Unvan	n	%
Pratisyen doktor	127	63,8
Araştırma görevlisi doktor	40	20,1
Uzman doktor	27	13,6
Öğretim üyesi	5	2,5

Acil servis doktorlarından pratisyen olanları 127 (%63,8) kişiydi. Araştırma görevlisi sayısı 40 (%20,1), uzman doktor sayısı 27 (%13,6)’ydi. Son olarak öğretim üyesi sayısı 5 olup %2,5 oran ile örneklemdeki sayıca en düşük unvan grubunu oluşturmaktaydı (Tablo 7).

**Tablo 8. Acil servis doktorlarının çalıştıkları kurumlar**

Kurum	n	%
Devlet hastanesi	150	75,4
Üniversite hastanesi	45	22,6
Özel hastane	4	2

Acil servis doktorlarının %75,4 (150)'ü devlet hastanesinde çalışmaktaydı. Üniversite hastanelerinde 45 (%22,6) kişi görev yapmaktaydı. Özel hastane çalışanı ise 4 (%2) kişiydi (Tablo 8).

**Tablo 9. Acil servis doktorlarının çalıştıkları kurum ve unvanlarına ilişkin çapraz tablo**

Unvan	Kurum			Toplam
	Devlet hastanesi	Üniversite hastanesi	Özel hastane	
<b>Pratisyen</b>	123 (%96,9)	0	4 (%3,1)	127
<b>Araştırma görevlisi</b>	0	40 (%100)	0	40
<b>Uzman</b>	27 (%100)	0	0	27
<b>Öğretim üyesi</b>	0	5 (%100)	0	5
<b>Toplam</b>	150	45	4	199

Devlet hastanesinde araştırma görevlisi ve öğretim üyesi yoktu. Üniversite hastanelerinde pratisyen ve uzman doktor çalışmamaktaydı. Özel hastanede öğretim üyesi ve uzman doktor mevcut değildi. Örneklemdeki 127 pratisyenin 123 (%96,9)'ü devlet hastanesinde çalışırken 4 (%3,1)'ü özel hastanede görev yapmaktaydı (Tablo 9).

**Tablo 10. Acil servis doktorlarının acil serviste çalıştıkları süre**

Çalışma süresi	n	%
<b>1 yıldan az</b>	54	%27,1
<b>1-3 yıl</b>	52	%26,1
<b>3-5 yıl</b>	29	%14,6
<b>5-10 yıl</b>	26	%13,1
<b>10 yıl ve üstü</b>	38	%19,1

Anket sorularında katılımcılardan çalışma süresini yıl cinsinden yazması istendi. Analizde, nicel türdeki çalışma süresi değişkeni, belirli aralıklarla gruplara ayrılarak ele alındı. Çalışmaya katılan acil servis doktorlarının acil serviste çalıştıkları sürelerine göre örneklemdeki dağılım oranları, 1 yıldan az süredir çalışanlar için %27,1 (54), 1-3 yıl arasında çalışanlar için %26,1 (52), 3-5 yıl arasında çalışanlar için %14,6 (29), 5-10 yıl arasında çalışanlar için %13,1 (26) ve son olarak 10 yıl ve daha fazla süredir acil serviste görev yapanlar için bu oran %19,1 (38) şeklindeydi (Tablo 10).

**Tablo 11. Acil servis doktorlarının gelir durumları**

Gelir durumu	n	%
<b>Gelir giderden az</b>	23	11,6
<b>Gelir gider eşit</b>	104	52,3
<b>Gelir giderden fazla</b>	72	36,2

Acil servis doktorlarından 23 kişi (%11,6) gelirlerinin giderlerinden az olduğunu beyan etti. Gelirinin giderine eşit olduğunu söyleyen katılımcı sayısı 104 (%52,3)'tü. Katılımcılardan 72 (%36,2) kişi ise gelirinin giderinden fazla olduğunu ifade etti (Tablo 11).

**Tablo 12. Acil servis doktorlarının iş yaşamında verimlilik algıları**

<b>İş yaşamında verimlilik</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Evet</b>	100	50,3
<b>Hayır</b>	16	8,0
<b>Kısmen</b>	83	41,7

Çalışmada, kişilerin kendilerini iş yaşamındaki verimliliklerine göre değerlendirmeleri istendi ve %50,3 (100) oranında kişinin kendisini verimli bulduğu belirlendi. Daha sonra gelen en yüksek oran ise %41,7 (83) ile kendilerini kısmen verimli bulduklarını söyleyen kişilerde görüldü. Kendisini verimli bulmayan %8 (16) oranındaki kişiler ise örneklemdaki en küçük payı oluşturdu (Tablo 12).

**Tablo 13. Acil servis doktorlarının çalışma ortamlarına yönelik değerlendirmeleri**

<b>Çalışma ortamı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Çok iyi</b>	6	3
<b>İyi</b>	74	37,2
<b>Orta</b>	94	47,2
<b>Kötü</b>	19	9,5
<b>Çok kötü</b>	6	3

Acil servis doktorlarının çalışma ortamlarını değerlendirdikleri cevapların dağılımı; %3 (6) oranında çok iyi, %37,2 (74) oranında iyi, %47,2 (94) oranında orta, %9,5 (19) oranında kötü ve %3 (6) oranında çok kötü şeklinde oldu (Tablo 13).

**Tablo 14. Acil servis doktorlarının sigara içme alışkanlıkları**

<b>Sigara</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Halen içiyorum</b>	81	40,7
<b>Bıraktım</b>	26	13,1
<b>Hiç içmedim</b>	92	46,2

Çalışmaya katılan katılımcılardan 81 kişi (%40,7) halen sigara içerken 26 (%13,1) kişi sigarayı bıraktığını ifade etti. Daha önce hiç içmediklerini söyleyenler ise 92 (%46,2) kişiydi (Tablo 14).

**Tablo 15. Acil servis doktorlarının alkol tüketme davranışları**

<b>Alkol</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hiç tüketmem</b>	46	23,1
<b>Yılda 1-2 kez</b>	34	17,1
<b>Ayda 2-3 kez</b>	67	33,7
<b>Haftada 1 kez</b>	29	14,6
<b>Haftada 2-3 kez</b>	19	9,5
<b>Her gün</b>	4	2

Alkol tüketme davranışlarına göre acil servis doktorları incelendiğinde, katılımcılardan 46 (%23,1) kişinin hiç tüketmediği belirlenirken 34 (%17,1) kişinin yılda 1-2 kez, 67 (%33,7) kişinin ayda 2-3 kez, 29 (%14,6) kişinin haftada 1 kez, 19 (%9,5) kişinin haftada 2-3 kez, 4 (%2) kişinin ise her gün alkol tükettiği tespit edildi (Tablo 15).

**Tablo 16. Acil servis doktorlarının tanı konulan hastalıkları**

<b>Hastalık tanısı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hayır</b>	162	81,4
<b>Evet</b>	37	18,6
Şeker	3	1,5
Yüksek tansiyon	10	5
Kalp	1	0,5
Depresyon	12	6
Tiroid	15	7,5
Anksiyete	3	1,5

Çalışmaya katılan acil servis doktorları arasından 162 (%81,4) kişide tanı konulan bir hastalık bulunmazken örnekleme geri kalan 37 (%18,6) kişinin tanı konulmuş hastalığı mevcuttu. Hastalıkların türlerine göre katılımcıların dağılım oranları; şeker hastalığı için %1,5 (3), yüksek tansiyon için %5 (10), kalp hastalığı için %0,5 (1), depresyon hastalığı için %6 (12), tiroid hastalığı için %7,5 (15) ve anksiyete hastalığı için %1,5 (3) olarak belirlendi (Tablo 16).

**Tablo 17. Acil servis doktorlarının ilaç kullanımları**

<b>Düzenli ilaç kullanımı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hayır</b>	168	84,4
<b>Evet</b>	31	15,6
Antitroid	14	7
Antihipertansif	5	2,5
Antidepresan	12	6
Antidiyabetik	2	1
Kan sulandırıcı	1	0,5

Acil servis doktorlarının %84,4 (168)'ü herhangi bir ilaç kullanmadığını belirtti. Geri kalan %15,6 (31) oranındaki kişilerin ise en az bir ilacı düzenli olarak kullandığı tespit edildi. Kullanılan ilaçların türlerine göre kişilerin dağılım oranları; tiroid ilacı için %7 (14), antihipertansif ilaç için %2,5 (5), antidepresan ilaç için %6 (12), antidiabetik ilaç için %1 (2) ve kan sulandırıcı ilaç için %0,5 (1) şeklindeydi (Tablo 17).

**Tablo 18. Acil servis doktorlarının hepatit b aşısı olma durumları**

Hepatit B aşısı	n	%
Evet	159	79,9
Hayır	10	5
Emin değilim	30	15,1

Katılımcılardan hepatit b aşısı olanlar 159 (%79,9), hepatit b aşısı olmayanlar 10 (%5) ve hepatit b aşısı olup olmadığını kesin olarak bilmeyenler 30 (%15,1) kişiydi (Tablo 18).

**Tablo 19. Acil servis doktorlarının kendi sağlık durumlarına yönelik algısı**

Sağlık durumu	n	%
Çok iyi	24	12,1
İyi	126	63,3
Orta	44	22,1
Kötü	5	2,5
Çok kötü	0	0,0

Çalışmada kişilerin kendi sağlık durumları sorulduğunda, acil servis doktorlarından 24 (%12,1) kişi çok iyi, 126 (%63,3) kişi iyi, 44 (%22,1) kişi orta ve 5 (%2,5) kişi ise kötü olarak durumlarını değerlendirdi. Sağlık durumunu “çok kötü” olarak değerlendiren olmadı (Tablo 19).

**Tablo 20. Acil servis doktorlarının kan basınçlarını en son ne zaman ölçtükleriyle ilgili tanımlayıcı istatistikler**

Kan basıncı ölçümü	n	%
6 ay içinde	102	51,3
6 ay -1 yıl içinde	50	25,1
1-3 yıl içinde	29	14,6
3 yıl ve üstü	11	5,5
Hiç ölçmedim	7	3,5

Kan basınçlarını ölçturmelerine göre örneklem incelendiğinde, katılımcılardan son 6 ay içinde ölçtüren 102 (%51,3), 6 ay ila bir yıl arasında ölçtüren 50 (%25,1), 1 yıl ile 3 yıl

arasında ölçtüren 29 (%14,6), 3 yıl ve üzeri bir zamanda ölçtüren 11 (%5,5) kişi bulunurken kan basıncını hiç ölçtirmeyen 7 (%3,5) kişi mevcuttu (Tablo 20).

**Tablo 21. Acil servis doktorlarının kan şekerlerini en son ne zaman ölçtirdüklerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler**

Kan şekeri ölçümü	n	%
6 ay içinde	84	42,2
6 ay -1 yıl içinde	48	24,1
1-3 yıl içinde	40	20,1
3 yıl ve üstü	12	6
Hiç ölçmedim	15	7,5

Acil servisteki doktorların en son ne zaman kan şekerlerini ölçtirdüklerine yönelik araştırmada elde edilen bulgular; son 6 ay içinde ölçtüren 84 (%42,2), 6 ay ile bir yıl arasında ölçtüren 48 (%24,1), 1 yıl ile 3 yıl arasında ölçtüren 40 (%20,1), 3 yıl ve üzeri bir zamanda ölçtüren 12 (%6) ve hiç ölçtirmeyen 15 (%7,5) kişinin olduğunu gösterdi (Tablo 21).

**Tablo 22. Acil servis doktorlarının kan kolesterol düzeylerini en son ne zaman ölçtirdüklerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler**

Kolesterol ölçümü	n	%
6 ay içinde	45	22,6
6 ay -1 yıl içinde	35	17,6
1-3 yıl içinde	55	27,6
3 yıl ve üstü	34	17,1
Hiç ölçmedim	30	15,1

Katılımcıların kan kolesterol düzeylerini ölçüm zamanlarına yönelik araştırmada, son 6 ay içinde ölçtüren 45 (%22,6), 6 ay ile bir yıl içinde ölçtüren 35 (%17,6), 1 yıl ile 3 yıl arasında ölçtüren 55 (%27,6), 3 yıl ve üzerinde ölçtüren 34 (%17,1) kişinin olduğu bilgisine ulaşılrken, hiç ölçtirmeyen kişi sayısı 30 (%15,1) olarak belirlendi (Tablo 22).

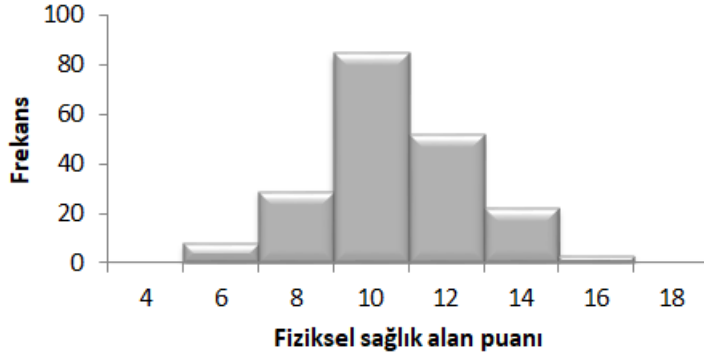
**Tablo 23. Yaşam kalitesi alt parametrelerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler**

	Ortalama±ss	Medyan (ÇA)	Minimum-Maksimum
Fiziksel sağlık	9,7±2	10 (2,1)	4,29-14,29
Psikolojik	12±2,2	12,5 (2,5)	5-17,5
Sosyal ilişkiler	11,9±3,7	11,7 (5)	0-20
Çevresel	12,3±2,4	12,5 (3,1)	3,75-19,38

ss: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler açıklığı.

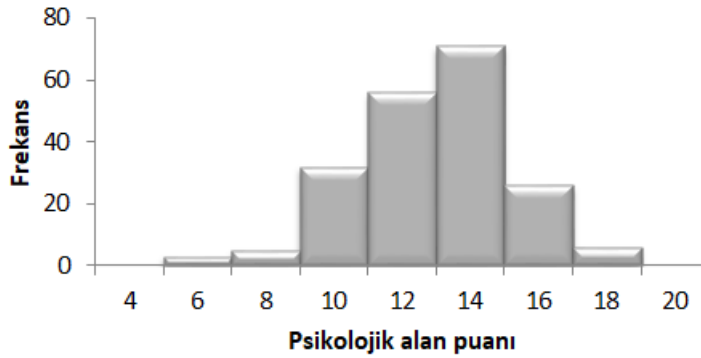
Trakya Bölgesi'nde çalışan acil servis doktorlarının WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeğinin alt parametre puanları hesaplandı. Fiziksel sağlık alanında katılımcıların puanları

4,29-14,29 arasında değişmekte olup ortalaması  $9,7\pm 2$  olarak bulundu. Katılımcıların 5-17,5 aralığında değişen psikolojik alan puanlarının ortalaması  $12\pm 2,2$  olarak elde edildi. Sosyal ilişkiler alanında katılımcıların puanları 0-20 aralığında değişirken ortalaması  $11,9\pm 3,7$  olarak tespit edildi. Çevresel alanda elde edilen puanların ortalamasının  $12,3\pm 2,4$ , en küçük puanın 3,75, en büyük puanın 19,38 olduğu görüldü (Tablo 23).



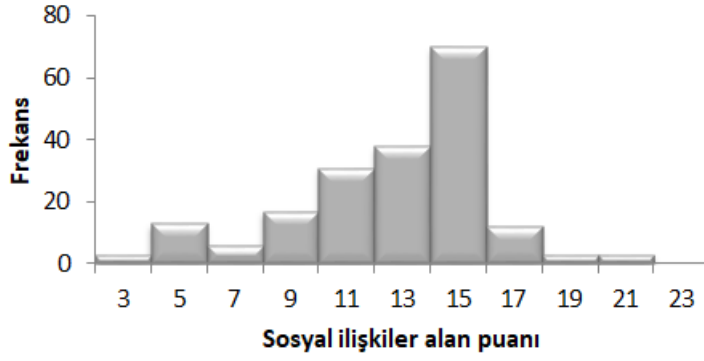
**Şekil 7. Yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alan puanına ilişkin histogram grafiği**

Katılımcıların yaşam kalitesinin alt parametrelerinden olan fiziksel sağlık alan puanlarının dağılımı Şekil 7’de gösterilmektedir. Şekilde fiziksel sağlık alan puanlarının normale yakın bir dağılım gösterdiği görüldü.



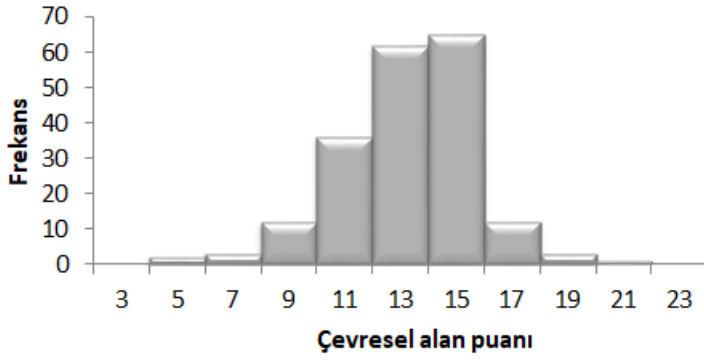
**Şekil 8. Yaşam kalitesinin psikolojik alan puanına ilişkin histogram grafiği**

Katılımcıların yaşam kalitesinin alt parametrelerinden olan psikolojik alan puanlarının dağılımı Şekil 8’de gösterilmektedir.



**Şekil 9. Yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler alan puanına ilişkin histogram grafiği**

Katılımcıların yaşam kalitesinin alt parametrelerinden olan sosyal ilişkiler alan puanlarının dağılımı Şekil 9’da gösterilmektedir.



**Şekil 10. Yaşam kalitesinin çevresel alan puanına ilişkin histogram grafiği**

Katılımcıların yaşam kalitesinin alt parametrelerinden olan çevresel alan puanlarının dağılımı Şekil 10’da gösterilmektedir. Şekilde çevresel alan puanlarının normal dağıldığı görüldü. Uygulanan normallik testi sonucu da normal dağılımı destekledi ( $p=0,062$ ).

## YAŞAM KALİTESİ ANALİZLERİ

**Tablo 24. Yaşa göre yaşam kalitesinin alt parametreleri analizi**

		Fiziksel sağlık	Psikolojik	Sosyal ilişkiler	Çevresel
Yaş	r	0.013	-0.099	-0.114	0.013
	p	0.852	0.162	0.109	0.856

r: Korelasyon katsayısı.

Trakya bölgesi acil servis doktorlarından oluşan katılımcıların yaşları ile yaşam kalitesi alt parametreleri arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadı. Bu nedenle yaş ile yaşam kalitesi alt parametreleri olan fiziksel sağlık, psikoloji, sosyal ilişkiler ve çevresel alanların arasında anlamlı doğrusal bir ilişkiden söz edilememektedir (Tablo 24).

**Tablo 25. Cinsiyete göre yaşam kalitesinin alt parametreleri**

Cinsiyet		Fiziksel sağlık	Psikolojik	Sosyal ilişkiler	Çevresel
<b>Kadın</b> (n=72)	Ort±ss	10,2±2	12,2±2	12,2±3,8	12,4±2,4
	Med(ÇA)	10,7 (2,1)	12,5 (2,5)	11,7 (5)	12,5 (3,1)
	Min-Maks	4,29-14,29	5,83-17,5	1,67-20	3,75-19,38
<b>Erkek</b> (n=127)	Ort±ss	9,4±1,9	12±2,3	11,7±3,6	12,3±2,5
	Med(ÇA)	9,3 (2,1)	11,7 (2,5)	11,7 (5)	12,5 (3,1)
	Min-Maks	5-14,29	5-17,5	0-18,33	5-18,13
<b>Z</b>		-2,809	-0,598	-0,720	-0,112
<b>p</b>		0,005	0,550	0,472	0,911

ss: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler açıklığı.

Acil serviste çalışan doktorların cinsiyetleri arasında yaşam kalitesi alt parametreleri açısından farklılıkları analiz edildi. Analiz sonucunda fiziksel sağlık alan puanlarında kadın ve erkek çalışanlar arasında anlamlı farklılık görülürken psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevresel alan puanlarında farklılığa rastlanmadı ( $Z=-2,809$ ,  $p=0,005$ ;  $Z=-0,598$ ,  $p=0,550$ ;  $Z=-0,720$ ,  $p=0,472$ ;  $Z=-0,112$ ,  $p=0,911$ ). Elde edilen bulgular, kadınların erkeklere göre fiziksel sağlık düzeylerinin daha yüksek olduğunu gösterdi. Katılımcıların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi alt parametrelerin karşılaştırmasından ulaşılan tüm bulgulara Tablo 25'te yer verildi.

**Tablo 26. Medeni duruma göre yaşam kalitesinin alt parametreleri analizi**

Medeni durum		Fiziksel sağlık	Psikolojik	Sosyal ilişkiler	Çevresel
<b>Evli</b> (n=74)	Ort±ss	9,9±1,8	12,4±1,9	12,4±3	12,7±2
	Med(ÇA)	10 (2,3)	12,5 (1,7)	11,7 (5)	13,1 (2,5)
	Min-Maks	6,43-14,29	7,5-16,67	5-18,33	8,75-17,5
<b>Bekar</b> (n=115)	Ort±ss	9,5±2	11,9±2,3	11,8±3,8	12,3±2,5
	Med(ÇA)	10 (2,1)	11,7 (2,5)	11,7 (5)	12,5 (3,1)
	Min-Maks	4,29-13,57	5-17,5	0-20	6,25-19,38
<b>Boşanmış/ Eşi ölmüş</b> (n=127)	Ort±ss	10,5±2,6	10,8±2	9,7±6,5	10,1±3,4
	Med(ÇA)	11,1 (4,6)	11,7 (2,1)	11,7 (9,6)	10,9 (4,1)
	Min-Maks	6,43-14,29	5,83-12,5	0-20	3,75-13,75
$\chi^2/F$		2,943	6,727	2,249	5,209
<b>p</b>		0,230	0,035	0,325	0,006

ss: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler açıklığı.

Katılımcıların yaşam kalitesi düzeyleri medeni durumlarına göre incelendiğinde, fiziksel sağlık ve sosyal ilişkiler alan puanlarında anlamlı fark bulunmazken psikolojik ve çevresel alan puanlarında anlamlı farklılık saptandı ( $\chi^2=2,943$ ,  $p=0,230$ ;  $\chi^2=6,727$ ,  $p=0,035$ ;  $\chi^2=2,249$ ,  $p=0,325$ ;  $F=5,209$ ,  $p=0,006$ ). Yapılan çoklu karşılaştırma analizinde çevresel alan için boşanmış veya eşi ölmüş kişilerin evli ve bekarlara göre anlamlı derecede daha düşük düzeylere sahip olduğu sonucuna ulaşıldı. Psikolojik alan için yapılan çoklu karşılaştırma analizinde ise evli acil servis doktorlarının, boşanmış veya eşi ölmüş olanlara göre elde edilen psikolojik alan puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlemlendi. Tablo 26’da medeni duruma göre yapılan analiz sonuçları gösterilmektedir.

**Tablo 27. Katılımcıların kilo, boy ve bki ölçüleri ile yaşam kalitesinin alt parametreleri ilişkisi**

		Fiziksel sağlık	Psikolojik	Sosyal ilişkiler	Çevresel
<b>Kilo (kg)</b>	r	-0,235	-0,071	-0,079	0,014
	p	0,001	0,316	0,264	0,848
<b>Boy (cm)</b>	r	-0,132	-0,075	-0,009	-0,030
	p	0,062	0,293	0,903	0,672
<b>BKİ</b>	r	-0,236	-0,098	-0,118	0,005
	p	0,001	0,167	0,097	0,946

r: Korelasyon katsayısı.

Trakya Bölgesi’ndeki acil servis doktorlarının vücut ağırlıkları, boy uzunlukları ve beden kitle indeksleri ile yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki ilişki incelendi. İncelemeden elde edilen sonuca göre katılımcıların vücut ağırlıkları ve beden kitle indeksleri ile fiziksel sağlık alan düzeyleri arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir doğrusal ilişki bulundu ( $r=-0,235$ ,  $p=0,001$ ;  $r=-0,236$ ,  $p=0,001$ ). Acil servis doktorlarında vücut ağırlıklarında ve beden kitle indekslerinde artış oldukça fiziksel sağlık alan puanlarında düşme tespit edildi.

Katılımcıların vücut ağırlıkları ve beden kitle indeksleri ile psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevresel alanlar arasında ise anlamlı bir doğrusal ilişki tespit edilemedi. Boy uzunluğu ile tüm yaşam kalitesi alt parametreleri arasında da anlamlı doğrusal bir ilişkinin varlığına dair yeterli kanıt ulaşılamadı (Tablo 27).

**Tablo 28. Katılımcılarda çocuk sahibi olmaya yönelik özelliklerin yaşam kalitesi alt parametreleri açısından incelemesi**

		Fiziksel sağlık	Psikolojik	Sosyal ilişkiler	Çevresel
<b>Çocuk</b>					
<b>Yok</b> (n=140)	Ort±ss	9,6±2	12±2,2	11,9±3,7	12,2±2,4
	Med(ÇA)	10 (2,1)	12,5 (2,5)	11,7 (5)	12,5 (3,1)
	Min-Maks	4,29-14,29	5-17,5	0-20	6,25-19,38
<b>Var</b> (n=59)	Ort±ss	10±1,9	12,1±2,1	11,9±3,7	12,5±2,5
	Med(ÇA)	10 (2,9)	12,5 (1,7)	11,7 (5)	13,1 (3,1)
	Min-Maks	6,43-14,29	5,83-16,67	0-18,33	3,75-17,5
<b>Z</b>		-1,461	-0,737	-0,337	-1,314
<b>p</b>		0,144	0,461	0,736	0,189
<b>Çocuk sayısı</b>					
<b>Bir</b> (n=35)	Ort±ss	10±1,7	12±1,9	11,6±3,9	12,4±2,3
	Med(ÇA)	10 (2,9)	11,7 (1,7)	11,7 (5)	13,1 (3,8)
	Min-Maks	6,43-12,86	5,83-15,83	0-16,67	5-15,63
<b>İki veya üç</b> (n=23)	Ort±ss	10,3±2	12,5±2,4	12,5±3,7	12,6±2,9
	Med(ÇA)	10,7 (2,9)	13,3 (2,5)	11,7 (5)	13,1 (3,1)
	Min-Maks	6,43-14,29	7,5-16,67	5-18,33	3,75-17,5
<b>Z</b>		-0,450	-1,207	-0,662	-0,216
<b>p</b>		0,653	0,227	0,508	0,829
<b>Cinsiyete göre çocuk mevcudiyeti</b>					
<b>Sadece kız</b> (n=21)	Ort±ss	10±2,1	12,9±2,1	11,7±4,2	13,8±2
	Med(ÇA)	10 (2,1)	13,3 (1,7)	11,7 (3,3)	13,8 (1,9)
	Min-Maks	6,43-14,29	8,33-16,67	1,67-18,33	9,38-17,5
<b>Sadece erkek</b> (n=30)	Ort±ss	10,1±1,8	11,8±1,9	12,4±3,4	12±2,2
	Med(ÇA)	10,4 (2,9)	12,1 (1,9)	13,3 (5)	11,9 (3,1)
	Min-Maks	6,43-12,86	5,83-14,17	0-15	5-15,63
<b>Hem kız hem erkek</b> (n=7)	Ort±ss	10,4±1,4	11,7±2,7	10,7±4,1	10,6±3,3
	Med(ÇA)	10,7 (2,9)	12,5 (5,8)	10 (6,7)	11,3 (3,8)
	Min-Maks	8,57-12,14	7,5-14,17	5-16,67	3,75-13,13
<b><math>\chi^2</math></b>		0,809	3,179	1,852	12,215
<b>p</b>		0,667	0,204	0,396	0,002

ss: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler açıklığı.

Trakya bölgesi acil servislerinde çalışan doktorların çocuk sahibi olanlar ve olmayanlar arasındaki yaşam kalitesi alt parametre düzeylerinin farklılıkları analiz edildi. Analiz sonucunda çocuk sahibi olan doktorların, fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevresel alan puanları açısından çocuk sahibi olmayanlar ile arasında bir farklılık oluşmadığı görüldü ( $Z=-1,461$ ,  $p=0,144$ ;  $Z=-0,737$ ,  $p=0,461$ ;  $Z=-0,337$ ,  $p=0,736$ ;  $Z=-1,314$ ,  $p=0,189$ ). Katılımcıların yaşam kalitesi düzeyleri, çocuk sayısına göre incelendiğinde, anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ). Çalışmada, çocukların cinsiyetlerinin yaşam kalitesi üzerindeki etkileri incelendiğinde, yapılan çoklu karşılaştırma analizinden elde edilen sonuçlarla birlikte sadece kız çocuğu sahibi olan acil servis doktorlarının çevresel alan puanları, sadece erkek ve hem kız hem erkek çocuk sahibi olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulgusuna

ulaşıldı ( $\chi^2=0,809$ ,  $p=0,667$ ;  $\chi^2=3,179$ ,  $p=0,204$ ;  $\chi^2=1,852$ ,  $p=0,396$ ;  $\chi^2=12,215$ ,  $p=0,002$ ). Katılımcıların çocuk sahibi olmalarına yönelik gerçekleştirilen araştırma sonuçlarına Tablo 28’de yer verildi.

**Tablo 29. Katılımcıların unvanlarına göre yaşam kalitesi alt parametrelerinin analizi**

Unvan		Fiziksel sağlık	Psikolojik	Sosyal ilişkiler	Çevresel
<b>Pratisyen</b> (n=127)	Ort±ss	9,9±1,8	12,1±2,1	11,8±3,8	12,2±2,5
	Med(ÇA)	10 (2,1)	12,5 (2,5)	11,7 (5)	12,5 (3,1)
	Min-Maks	4,29-13,57	5,83-17,5	0-20	3,75-19,38
<b>Araştırma görevlisi</b> (n=40)	Ort±ss	9±2	11,7±2,1	12±2,9	12,2±2,3
	Med(ÇA)	9,3 (2,1)	11,7 (3,1)	11,7 (4,6)	12,5 (3)
	Min-Maks	5-13,57	5-15,83	5-16,67	6,25-16,25
<b>Uzman</b> (n=27)	Ort±ss	10,1±2,4	12±2,7	12,1±4,2	12,9±2,6
	Med(ÇA)	10,7 (2,9)	11,7 (3,3)	11,7 (5)	12,5 (3,8)
	Min-Maks	5-14,29	5,83-17,5	1,67-20	8,75-18,13
<b>Öğretim üyesi</b> (n=5)	Ort±ss	9,6±2,1	12,3±1,1	12,7±3,8	13±1,5
	Med(ÇA)	10 (3,9)	12,5 (2,1)	13,3 (6,7)	13,1 (2,8)
	Min-Maks	6,43-11,43	10,83-13,33	6,67-16,67	11,25-15
$\chi^2$		7,001	1,278	0,546	1,973
<b>p</b>		0,072	0,734	0,909	0,578

ss: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler açıklığı.

Katılımcıların sahip oldukları unvanlar, yaşam kalitesi düzeyleri açısından analiz edildi. Analiz sonucunda, pratisyen, araştırma görevlisi, uzman ve öğretim üyesi olarak görev yapan acil servis doktorlarının fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevresel alan puanlarında anlamlı bir farklılığa rastlanmadı ( $\chi^2=7,001$ ,  $p=0,072$ ;  $\chi^2=1,278$ ,  $p=0,734$ ;  $\chi^2=0,546$ ,  $p=0,909$ ;  $\chi^2=1,973$ ,  $p=0,578$ ). Katılımcıların unvanlarına ilişkin elde edilen analiz sonuçları Tablo 29’da yer almaktadır.

**Tablo 30. Katılımcıların çalıştıkları kurumlara göre yaşam kalitesi alt parametrelerinin analizi**

Kurum		Fiziksel sağlık	Psikolojik	Sosyal ilişkiler	Çevresel
<b>Devlet hastanesi</b> (n=150)	Ort±ss	9,9±1,9	12±2,2	11,8±3,9	12,3±2,5
	Med(ÇA)	10 (2,1)	12,5 (2,5)	11,7 (5)	12,5 (3,1)
	Min-Maks	4,29-14,29	5,83-17,5	0-20	3,75-19,38
<b>Üniversite hastanesi</b> (n=45)	Ort±ss	9,1±2	11,8±2	12±3	12,3±2,2
	Med(ÇA)	9,3 (2,1)	11,7 (2,5)	11,7 (4,2)	12,5 (2,5)
	Min-Maks	5-13,57	5-15,83	5-16,67	6,25-16,25
<b>Özel hastane</b> (n=4)	Ort±ss	11,4±0,8	15,4±0,5	12,9±4,2	13,8±0,5
	Med(ÇA)	11,4 (1,4)	15,4 (0,8)	15 (6,2)	13,8 (0,9)
	Min-Maks	10,71-12,14	15-15,83	6,67-15	13,13-14,38
$\chi^2$		9,855	10,416	0,754	2,755
<b>p</b>		0,007	0,005	0,686	0,252

ss: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler açıklığı.

Katılımcıların yaşam kalitesi düzeyleri görev yaptıkları kurumlara göre incelendiğinde, sosyal ilişkiler ve çevresel alan puanlarında anlamlı fark bulunmazken fiziksel sağlık ve psikolojik alan puanlarında anlamlı farklılık saptandı ( $\chi^2=9,855$ ,  $p=0,007$ ;  $\chi^2=10,416$ ,  $p=0,005$ ;  $\chi^2=0,754$ ,  $p=0,686$ ;  $\chi^2=2,755$ ,  $p=0,252$ ). Yapılan çoklu karşılaştırma analizinde üniversite hastanesi çalışanlarının, devlet hastanesinde ve özel hastanede çalışanlara göre fiziksel sağlık alanı için anlamlı derecede daha düşük düzeylere sahip olduğu sonucuna ulaşıldı. Psikolojik alan için yapılan çoklu karşılaştırma analizinde ise özel hastanede çalışan acil servis doktorlarının, devlet ve üniversite hastanelerinde çalışanlara göre daha yüksek psikolojik alan puanlarına sahip olduğu görüldü. Acil servis çalışanlarının kurumlara göre yaşam kalitesi analizinden elde edilen tüm bulgular Tablo 30'da gösterilmektedir.

**Tablo 31. Katılımcıların acil serviste çalışma sürelerine göre yaşam kalitesi alt parametrelerinin analizi**

Çalışma süresi		Fiziksel sağlık	Psikolojik	Sosyal ilişkiler	Çevresel
1 yıldan az (n=54)	Ort±ss	9,8±2	12,4±2,1	12,8±3,3	12,5±2,3
	Med(ÇA)	10 (2,1)	12,5 (2,5)	13,3 (5)	12,5 (2,5)
	Min-Maks	4,29-13,57	5-17,5	3,33-20	6,25-19,38
1-3 yıl (n=52)	Ort±ss	9,7±1,6	11,9±2	12±3,8	12,1±2,2
	Med(ÇA)	10 (2,1)	11,7 (2,5)	13,3 (5)	11,9 (3)
	Min-Maks	5-12,14	6,67-16,67	0-18,33	8,13-16,88
3-5 yıl (n=29)	Ort±ss	8,7±2	11,5±1,9	10,4±3,6	11,1±2,4
	Med(ÇA)	8,6 (2,9)	11,7 (2,9)	11,7 (6,7)	11,3 (3,1)
	Min-Maks	5-12,14	7,5-15,83	5-15	6,88-15,63
5-10 yıl (n=26)	Ort±ss	10,8±1,8	12,8±2,1	12,2±3	13,7±2,2
	Med(ÇA)	10,7 (2,5)	12,5 (2,5)	11,7 (5)	13,8 (2,7)
	Min-Maks	7,14-14,29	7,5-16,67	5-18,33	8,75-17,5
10 yıl ve üstü (n=38)	Ort±ss	9,7±2	11,5±2,4	11,5±4,4	12,2±2,7
	Med(ÇA)	10 (2,9)	11,7 (3,3)	11,7 (5)	12,5 (2,7)
	Min-Maks	5-14,29	5,83-17,5	0-20	3,75-18,13
$\chi^2$		13,190	9,124	6,510	16,898
<b>p</b>		0,010	0,058	0,164	0,002

ss: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler açıklığı.

Trakya Bölgesi'nde acil servis doktorlarının ne kadar zamandır acilde çalıştıklarına yönelik yaşam kalitesi alt parametre düzeyleri analiz edildi. Analiz sonucunda sosyal ilişkiler alan puanları açısından çalışma süreleri arasında anlamlı bir fark bulunmazken fiziksel sağlık, psikolojik ve çevresel alan puanları açısından anlamlı fark olduğu görüldü ( $\chi^2=13,190$ ,

p=0,010;  $\chi^2=9,124$ , p=0,058;  $\chi^2=6,510$ , p=0,164;  $\chi^2=16,898$ , p=0,002). Yapılan çoklu karşılaştırma analizinden elde edilen sonuçlara göre yaşam kalitesi alt parametrelerinden fiziksel sağlık ve psikolojik alan düzeyleri; 3-5 yıldır acil serviste çalışanların 5-10 yıldır çalışanlara göre daha yüksektir. Çevresel alan puanları açısından incelendiğinde 5-10 yıldır acil serviste çalışanların hem 1-3 hem de 3-5 yıl arasında süre ile çalışanlara göre daha yüksek düzeylere sahip olduğu görüldü. Doktorların acil serviste çalışma sürelerine yönelik gerçekleştirilen analizde elde edilen tüm bulgulara Tablo 31’de yer verildi.

**Tablo 32. Katılımcıların gelir durumlarına göre yaşam kalitesi alt parametrelerinin analizi**

Gelir		Fiziksel sağlık	Psikolojik	Sosyal ilişkiler	Çevresel
<b>Gelir giderden az</b> (n=23)	Ort±ss	9,2±1,9	12±2,4	10,8±4,6	11,6±3,2
	Med(ÇA)	8,6 (2,9)	11,7 (2,5)	11,7 (8,3)	11,9 (3,8)
	Min-Maks	5-12,14	5,83-17,5	0-16,67	3,75-18,13
<b>Gelir gider eşit</b> (n=104)	Ort±ss	9,6±2	11,7±2	11,9±3,5	12,2±2,2
	Med(ÇA)	10 (2,1)	11,7 (3,3)	11,7 (5)	12,5 (3,1)
	Min-Maks	4,29-13,57	5,83-17,5	0-20	6,88-17,5
<b>Gelir giderden fazla</b> (n=72)	Ort±ss	10±1,9	12,5±2,2	12,3±3,6	12,7±2,4
	Med(ÇA)	10 (2,5)	12,5 (2,5)	11,7 (5)	12,5 (2,5)
	Min-Maks	5-14,29	5-16,67	1,67-20	6,25-19,38
$\chi^2$		2,456	6,093	1,283	2,927
<b>p</b>		0,293	0,048	0,526	0,231

ss: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler açıklığı.

Katılımcıların yaşam kalitesi düzeyleri gelir durumlarını değerlendirmelerine göre incelendiğinde, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevresel alan puanlarında anlamlı fark bulunmazken psikolojik alan puanlarında anlamlı farklılık saptandı ( $\chi^2=2,456$ , p=0,293;  $\chi^2=6,093$ , p=0,048;  $\chi^2=1,283$ , p=0,526;  $\chi^2=2,927$ , p=0,231). Yapılan çoklu karşılaştırma analiz sonucu, geliri giderinden fazla olan acil servis doktorlarının geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek psikolojik alan puanlarına sahip olduklarını gösterdi. Acil servis çalışanlarının gelir durumlarına göre yaşam kalitesi analizinden elde edilen tüm bulgulara Tablo 32’de yer verildi.

**Tablo 33. Katılımcıların işteki verimliliklerine yönelik değerlendirmelerine göre yaşam kalitesi alt parametrelerinin analizi**

<b>İşte verimlilik</b>		<b>Fiziksel sağlık</b>	<b>Psikolojik</b>	<b>Sosyal ilişkiler</b>	<b>Çevresel</b>
<b>Evet</b> (n=100)	Ort±ss	9,9±1,9	12,4±2	12,6±3,3	12,6±2,2
	Med(ÇA)	10 (2,1)	13,3 (1,7)	13,3 (5)	12,5 (3,1)
	Min-Maks	4,29-14,29	6,67-16,67	3,33-20	7,5-17,5
<b>Hayır</b> (n=16)	Ort±ss	9,6±2,1	11,5±3,6	10,1±4,5	11,3±3
	Med(ÇA)	9,6 (3,4)	12,1 (4,6)	9,2 (7,5)	10,9 (4,4)
	Min-Maks	5-12,14	5-16,67	0-18,33	5-16,88
<b>Kısmen</b> (n=83)	Ort±ss	9,5±2	11,7±2	11,5±3,9	12,2±2,6
	Med(ÇA)	10 (2,1)	11,7 (2,5)	11,7 (5)	12,5 (3,1)
	Min-Maks	5-13,57	7,5-17,5	0-20	3,75-19,38
$\chi^2$		1,864	8,863	7,451	3,911
<b>p</b>		0,394	0,012	0,024	0,101

ss: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler açıklığı.

Trakya Bölgesi'ndeki acil servis doktorlarının iş yaşamında verimliliklerini değerlendirmelerine göre yaşam kalitesi düzeyleri incelendiğinde, fiziksel sağlık ve çevresel alan puanlarında anlamlı fark bulunmazken sosyal ilişkiler ve psikolojik alan puanlarında anlamlı farklılık saptandı ( $\chi^2=1,864$ ,  $p=0,394$ ;  $\chi^2=8,863$ ,  $p=0,012$ ;  $\chi^2=7,451$ ,  $p=0,024$ ;  $\chi^2=3,911$ ,  $p=0,101$ ). Yapılan çoklu karşılaştırma analiz sonucunda, kendilerinin iş yaşamında kısmen verimli olduğunu düşünen acil servis doktorlarının verimli oluklarını düşünenlere göre daha düşük psikolojik alan puanlarına sahip oldukları gözlemlendi. Kendilerini iş yaşamlarında verimli bulan doktorların ise verimli bulmayanlara göre sosyal ilişkiler alan puanları anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü. Çalışmadaki acil servis doktorlarının iş verimliliklerini değerlendirmelerine göre incelenen yaşam kalitesi düzeylerine ilişkin tüm bulgulara Tablo 33'te yer verildi.

**Tablo 34. Katılımcıların çalışma ortamlarına yönelik değerlendirmelerine göre yaşam kalitesi alt parametrelerinin analizi**

<b>Çalışma ortamı</b>		<b>Fiziksel sağlık</b>	<b>Psikolojik</b>	<b>Sosyal ilişkiler</b>	<b>Çevresel</b>
<b>Çok iyi</b> (n=6)	Ort±ss	10,7±2,3	12,1±1,6	12,2±3,1	13,8±2,9
	Med(ÇA)	10,7 (4,6)	12,1 (2,9)	12,5 (4,6)	14,4 (4,4)
	Min-Maks	7,86-13,57	10-14,17	6,67-15	8,75-16,88
<b>İyi</b> (n=74)	Ort±ss	10,1±1,9	12,5±2	12,9±3,1	12,9±2,2
	Med(ÇA)	10 (2,9)	12,5 (1,7)	13,3 (5)	13,1 (3,1)
	Min-Maks	5-14,29	6,67-16,67	3,33-20	7,5-19,38
<b>Orta</b> (n=94)	Ort±ss	9,7±1,7	12,1±1,9	11,9±3,5	12,2±2,3
	Med(ÇA)	10 (2,1)	12,1 (2,5)	11,7 (5)	12,5 (3,1)
	Min-Maks	5-14,29	5,83-17,5	0-18,33	3,75-17,5
<b>Kötü</b> (n=19)	Ort±ss	8±1,9	10,2±2,1	7,5±3,8	10,1±2
	Med(ÇA)	8,6 (3,6)	9,2 (2,5)	8,3 (5)	9,4 (3,1)
	Min-Maks	4,29-11,43	7,5-14,17	0-15	6,88-13,75
<b>Çok kötü</b> (n=6)	Ort±ss	10,4±3,3	10,8±4,9	13,9±4,7	12±3,9
	Med(ÇA)	11,4 (5,5)	11,3 (9,4)	15 (9,2)	11,6 (5,3)
	Min-Maks	5-14,29	5-17,5	8,33-20	6,25-18,13
$\chi^2$		16,308	16,844	26,121	24,170
<b>p</b>		0,003	0,002	<0,001	<0,001

ss: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler açıklığı.

Katılımcıların yaşam kalitesi düzeyleri, çalışma ortamları hakkındaki düşüncelerine göre incelendiğinde, tüm yaşam kalitesi alt parametrelerinde anlamlı farklılıklar olduğu sonucuna varıldı ( $\chi^2=16,308$ ,  $p=0,003$ ;  $\chi^2=16,844$ ,  $p=0,002$ ;  $\chi^2=26,121$ ,  $p<0,001$ ;  $\chi^2=24,170$ ,  $p<0,001$ ). Yapılan çoklu karşılaştırma analizinde, fiziksel sağlık ve sosyal ilişkiler alanı için iş ortamı hakkında kötü olarak düşünen kişilerin, çok iyi, iyi, orta ve çok kötü olarak düşünenlere göre, çevresel alan için ise çok iyi, iyi ve orta olarak düşünenlere göre anlamlı derecede daha düşük düzeylerde puanları oldukları görüldü. Psikolojik alan için yapılan çoklu karşılaştırma analizinde ise iş ortamının kötü olduğunu düşünen acil servis doktorlarının, orta ve iyi olduğunu düşünenlere göre psikolojik alan puanlarının anlamlı derecede daha düşük olduğu bulgusuna ulaşıldı. Tablo 34'te iş ortamları hakkında düşüncelerini değerlendirdikleri değişkene göre yapılan analiz sonuçları gösterilmektedir.

**Tablo 35. Katılımcıların sigara tüketme alışkanlıklarına göre yaşam kalitesi alt parametrelerinin analizi**

Sigara		Fiziksel sağlık	Psikolojik	Sosyal ilişkiler	Çevresel
İçiyor (n=81)	Ort±ss	9,4±1,9	11,8±2,2	11,5±3,9	12,1±2,5
	Med(ÇA)	9,3 (2,1)	11,7 (2,9)	11,7 (5)	12,5 (3,1)
	Min-Maks	5-14,29	5,83-17,5	0-20	5-18,13
Bırakmış (n=26)	Ort±ss	9,6±1,5	12,1±1,6	11,4±3,5	11,5±2,6
	Med(ÇA)	10 (2,1)	11,7 (2,5)	11,7 (6,7)	11,6 (3,9)
	Min-Maks	6,43-12,14	10-16,67	5-16,67	3,75-15
İçmiyor (n=92)	Ort±ss	10±2,1	12,2±2,3	12,4±3,5	12,7±2,3
	Med(ÇA)	10 (2,9)	12,5 (2,5)	11,7 (5)	12,8 (3)
	Min-Maks	4,29-14,29	5-17,5	1,67-20	6,25-19,38
$\chi^2$		4,997	2,675	2,356	4,325
<b>p</b>		0,082	0,263	0,308	0,115

ss: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler açıklığı.

Sigara tüketme alışkanlıklarına göre yaşam kalitesi incelendiğinde, acil servis doktorlarının fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevresel alan puanları açısından sigara içenler, bırakmış olanlar ve hiç içmeyenler arasında anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2 = 4,997$ ,  $p=0,082$ ;  $\chi^2 = 2,675$ ,  $p=0,263$ ;  $\chi^2 = 2,356$ ,  $p=0,308$ ;  $\chi^2 = 4,325$ ,  $p=0,115$ ). Sigara tüketme alışkanlıklarına göre incelenen yaşam kalitesine ilişkin bulgulara Tablo 35'te yer verildi.

**Tablo 36. Katılımcıların alkol tüketme davranışlarına göre yaşam kalitesi alt parametrelerinin analizi**

Alkol		Fiziksel sağlık	Psikolojik	Sosyal ilişkiler	Çevresel
Hiç tüketmem (n=46)	Ort±ss	9,8±1,8	12,2±2	12,1±3,3	12,3±2
	Med(ÇA)	10 (2,1)	12,5 (2,5)	11,7 (5)	12,2 (3,1)
	Min-Maks	5-13,57	7,5-17,5	3,33-20	8,75-17,5
Yılda 1-2 kez (n=34)	Ort±ss	9,5±2	12,1±2,4	11,4±4,1	12,3±2,7
	Med(ÇA)	9,3 (2,9)	11,7 (2,7)	11,7 (6,7)	12,8 (3,3)
	Min-Maks	5-14,29	5,83-16,67	1,67-18,33	3,75-17,5
Ayda 2-3 kez (n=67)	Ort±ss	10,1±2,1	12,3±1,8	12,5±3,4	12,3±2,4
	Med(ÇA)	10 (2,9)	12,5 (2,5)	13,3 (5)	12,5 (3,1)
	Min-Maks	4,29-14,29	9,17-16,67	5-20	6,88-19,38
Haftada 1 kez (n=29)	Ort±ss	9,6±1,6	12,1±1,6	11,9±3,3	12,7±1,7
	Med(ÇA)	9,3 (2,1)	12,5 (2,5)	11,7 (5)	13,1 (2,2)
	Min-Maks	5-13,57	8,33-14,17	5-16,67	7,5-15
Haftada 2- 3 kez (n=19)	Ort±ss	9±1,7	10,9±3,3	11±4,4	12,4±3,3
	Med(ÇA)	9,3 (2,1)	10,8 (5)	10 (6,7)	11,9 (6,3)
	Min-Maks	5-11,43	5-17,5	0-16,67	6,25-18,13
Her gün (n=4)	Ort±ss	8,9±3,6	9,6±2,8	9,2±8,3	8,9±3
	Med(ÇA)	7,5 (6,1)	10 (5)	8,3 (15,8)	9,4 (5,8)
	Min-Maks	6,43-14,29	5,83-12,5	0-20	5-11,88
$\chi^2$		8,785	8,235	3,964	7,245
<b>p</b>		0,118	0,144	0,555	0,203

ss: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler açıklığı.

Alkol tüketme davranışlarına göre yaşam kalitesi düzeyleri incelendiğinde, acil servis doktorlarının fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevresel alan puanlarında anlamlı fark bulunmadı ( $\chi^2=8,785$ ,  $p=0,118$ ;  $\chi^2=8,235$ ,  $p=0,144$ ;  $\chi^2=3,964$ ,  $p=0,555$ ;  $\chi^2=7,245$ ,  $p=0,203$ ). Alkol hiç tüketmeyen, yılda 1-2 kez, ayda 2-3 kez, haftada 1 kez, haftada 2-3 kez ve her gün tüketen acil servis doktorlarının yaşam kalitesi alt parametrelerine ilişkin tüm bulgulara Tablo 36’te yer verildi.

**Tablo 37. Katılımcılarda hastalık tanısı varlığına göre yaşam kalitesi alt parametrelerinin analizi**

Hastalık tanısı		Fiziksel sağlık	Psikolojik	Sosyal ilişkiler	Çevresel
<b>Yok</b> (n=162)	Ort±ss	10,9±3,8	11,3±3,4	11,9±3,6	11±3,2
	Med(ÇA)	11,4 (4,3)	12 (4)	11,7 (5)	11,2 (4)
	Min-Maks	0-20	0-20	0-20	0-20
<b>Var</b> (n=37)	Ort±ss	10,7±4,3	10,8±3,8	11,8±4,4	10,7±2,8
	Med(ÇA)	10 (5)	10,7 (4)	11,7 (5)	11,2 (3,2)
	Min-Maks	1,43-20	1,33-18,67	0-20	1,6-16,8
<b>Z</b>		-0,188	-0,158	-0,082	-0,349
<b>p</b>		0,851	0,874	0,935	0,727

ss: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler açıklığı.

Katılımcıların tanı konmuş hastalıklarının olup olmasına göre yaşam kalitesi düzeyleri incelendiğinde, fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevresel alan puanlarında anlamlı fark bulunmadı ( $Z=-0,188$ ,  $p=0,851$ ;  $Z=-0,158$ ,  $p=0,874$ ;  $Z=-0,082$ ,  $p=0,935$ ;  $Z=-0,349$ ,  $p=0,727$ ). Çalışmada yer alan acil servis doktorlarının tanı konmuş bir hastalığın varlığına göre incelenen yaşam kalitesi düzeylerine ilişkin tüm bulgulara Tablo 37’de yer verildi.

**Tablo 38. Katılımcılarda tanı konulmuş hastalıklara göre yaşam kalitesi alt parametrelerinin analizi**

Hastalıklar		Fiziksel sağlık	Psikolojik	Sosyal ilişkiler	Çevresel
<b>Şeker*</b>					
<b>Yok</b> (n=196)	Ort±ss	9,8±1,9	12,1±2,1	12±3,7	12,3±2,5
	Med(ÇA)	10 (2,1)	12,5 (2,5)	11,7 (5)	12,5 (3,1)
	Min-Maks	4,29-14,29	5-17,5	0-20	3,75-19,38
<b>Var</b> (n=3)	Ort±ss	7,1±2,6	10±3,8	6,7±1,7	12,9±1,4
	Med(ÇA)	6,4 (0)	10,8 (0)	6,7 (0)	13,8 (0)
	Min-Maks	5-10	5,83-13,33	5-8,33	11,25-13,75
<b>Yüksek tansiyon</b>					
<b>Yok</b> (n=189)	Ort±ss	9,7±1,9	12±2,2	11,9±3,7	12,3±2,5
	Med(ÇA)	10 (2,1)	12,5 (2,5)	11,7 (5)	12,5 (3,1)
	Min-Maks	4,29-14,29	5-17,5	0-20	3,75-19,38
<b>Var</b> (n=10)	Ort±ss	9,3±2,5	11,9±2,5	11,7±3	12,7±1,4
	Med(ÇA)	9,3 (3,9)	12,5 (2,7)	11,7 (6,7)	12,5 (2,7)
	Min-Maks	5-12,86	5,83-14,17	6,67-15	10,63-15
<b>Z</b>		-0,488	-0,313	-0,314	-0,540
<b>p</b>		0,625	0,754	0,754	0,589
<b>Depresyon</b>					
<b>Yok</b> (n=187)	Ort±ss	9,7±1,9	12,2±2,1	12±3,6	12,4±2,4
	Med(ÇA)	10 (2,1)	12,5 (2,5)	11,7 (5)	12,5 (3,1)
	Min-Maks	4,29-14,29	5-17,5	0-20	3,75-19,38
<b>Var</b> (n=12)	Ort±ss	9,6±3	10,2±3	11,2±5,4	11,5±2,7
	Med(ÇA)	10,4 (5,4)	10,4 (6,2)	12,5 (5,8)	12,2 (3,3)
	Min-Maks	5-14,29	5,83-13,33	0-20	5-14,38
<b>Z</b>		-0,289	-2,101	-0,254	-0,716
<b>p</b>		0,773	0,036	0,800	0,474
<b>Tiroid</b>					
<b>Yok</b> (n=184)	Ort±ss	9,7±2	12±2,2	11,9±3,7	12,3±2,5
	Med(ÇA)	10 (2,1)	12,5 (2,5)	11,7 (5)	12,5 (3,1)
	Min-Maks	4,29-14,29	5-17,5	0-20	3,75-19,38
<b>Var</b> (n=15)	Ort±ss	9,3±1,9	11,9±2,1	12,6±3,9	12,5±1,4
	Med(ÇA)	9,3 (2,1)	11,7 (1,7)	13,3 (5)	13,1 (2,5)
	Min-Maks	5-13,57	5,83-14,17	1,67-16,67	9,38-13,75
<b>Z</b>		-0,975	-0,115	-1,064	-0,424
<b>p</b>		0,330	0,908	0,287	0,672
<b>Anksiyete*</b>					
<b>Yok</b> (n=196)	Ort±ss	9,8±1,9	12,1±2,1	11,9±3,7	12,3±2,4
	Med(ÇA)	10 (2,1)	12,5 (2,5)	11,7 (5)	12,5 (3,1)
	Min-Maks	4,29-14,29	5-17,5	0-20	3,75-19,38
<b>Var</b> (n=3)	Ort±ss	7,4±2,5	8,1±2,1	10±1,7	12,1±3,4
	Med(ÇA)	7,1 (0)	8,3 (0)	10 (0)	13,8 (0)
	Min-Maks	5-10	5,83-10	8,33-11,67	8,13-14,38

\*: örneklem büyüklüğü yetersiz olduğundan analiz gerçekleştirilemedi.

ss: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler açıklığı.

Kalp hastalığı tanısı almış bir katılımcıya ait yaşam kalitesi alt parametre düzeyleri; fiziksel alanda 11,43, psikolojik alanda 16,67, sosyal ilişkiler alanda 18,33 ve çevresel alanda 16,88 idi. Tek bir kişinin sahip olduğu kalp hastalığı ile birlikte 3'er kişinin sahip olduğu şeker hastalığı ve anksiyete bozukluğu için kişi sayısının yetersizliğinden dolayı istatistiksel analiz yapılamadı. Tablo 38'de bu hastalıklar için yalnızca tanımlayıcı istatistikler paylaşıldı.

Çalışmaya katılan yüksek tansiyon, depresyon ve tiroid hastalığı tanılı acil servis doktorlarının yaşam kalite düzeylerinde sağlıklı doktorlara göre anlamlı farklılık bulunamadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 39. Katılımcılarda düzenli ilaç kullanımına göre yaşam kalitesi alt parametrelerinin analizi**

Düzenli ilaç kullanımı	Fiziksel sağlık	Psikolojik	Sosyal ilişkiler	Çevresel	
<b>Hayır</b> (n=168)	Ort±ss	9,7±1,9	12,1±2,1	11,9±3,5	12,3±2,5
	Med(ÇA)	10 (2,1)	12,5 (2,5)	11,7 (5)	12,5 (3,1)
	Min-Maks	4,29-14,29	5-17,5	0-20	3,75-19,38
<b>Evet</b> (n=31)	Ort±ss	9,6±2,3	11,6±2,5	11,9±4,7	12,1±2,2
	Med(ÇA)	10 (2,9)	11,7 (3,3)	13,3 (5)	12,5 (1,9)
	Min-Maks	5-14,29	5,83-16,67	0-20	5-16,88
<b>Z</b>	-0,036	-0,618	-0,629	-0,250	
<b>p</b>	0,971	0,537	0,530	0,802	

ss: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler açıklığı.

Katılımcıların düzenli ilaç kullanımına göre yaşam kalitesi düzeyleri incelendiğinde, düzenli ilaç kullanan doktorlar ile ilaç kullanmayanların fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevresel alan puanlarında anlamlı fark bulunmadı ( $Z=-0,036$ ,  $p=0,971$ ;  $Z=-0,618$ ,  $p=0,537$ ;  $Z=-0,629$ ,  $p=0,530$ ;  $Z=-0,250$ ,  $p=0,802$ ). Çalışmada bulunan acil servis doktorlarının düzenli ilaç kullanımına göre incelenen yaşam kalitesi düzeylerine ilişkin tüm bulgular Tablo 39'da yer almaktadır.

**Tablo 40. Katılımcılarda düzenli kullanılan ilaçlara göre yaşam kalitesi alt parametrelerinin analizi**

<b>İlaçlar</b>		<b>Fiziksel sağlık</b>	<b>Psikolojik</b>	<b>Sosyal ilişkiler</b>	<b>Çevresel</b>
<b>Tiroid</b>					
<b>Yok</b> (n=185)	Ort±ss	9,7±2	12,1±2,2	11,9±3,7	12,3±2,5
	Med(ÇA)	10 (2,1)	12,5 (2,5)	11,7 (5)	12,5 (3,1)
	Min-Maks	4,29-14,29	5-17,5	0-20	3,75-19,38
<b>Var</b> (n=14)	Ort±ss	9,4±1,9	11,7±2,1	12,5±4,1	12,4±1,5
	Med(ÇA)	9,3 (1,6)	11,7 (1,9)	14,2 (5)	13,1 (2,2)
	Min-Maks	5-13,57	5,83-13,33	1,67-16,67	9,38-13,75
<b>Z</b>		-0,679	-0,243	-0,989	-0,208
<b>p</b>		0,497	0,808	0,323	0,835
<b>Antihipertansif*</b>					
<b>Yok</b> (n=194)	Ort±ss	9,7±1,9	12,1±2,1	11,9±3,7	12,3±2,5
	Med(ÇA)	10 (2,1)	12,5 (2,5)	11,7 (5)	12,5 (3,1)
	Min-Maks	4,29-14,29	5-17,5	0-20	3,75-19,38
<b>Var</b> (n=5)	Ort±ss	8,6±2,9	11,3±3,4	11,7±3,9	12,4±1,1
	Med(ÇA)	8,6 (5,7)	11,7 (5,8)	13,3 (7,5)	12,5 (2,2)
	Min-Maks	5-11,43	5,83-14,17	6,67-15	11,25-13,75
<b>Antidepresan</b>					
<b>Yok</b> (n=187)	Ort±ss	9,7±1,9	12,2±2,1	12±3,6	12,4±2,4
	Med(ÇA)	10 (2,1)	12,5 (2,5)	11,7 (5)	12,5 (3,1)
	Min-Maks	4,29-14,29	5-17,5	0-20	3,75-19,38
<b>Var</b> (n=12)	Ort±ss	9,3±3,1	10,1±2,9	10,8±5,2	11,4±2,8
	Med(ÇA)	10,4 (5,4)	10 (6,2)	11,7 (4,6)	12,2 (4,7)
	Min-Maks	5-14,29	5,83-13,33	0-20	5-14,38
<b>Z</b>		-0,151	-2,360	-0,790	-0,854
<b>p</b>		0,880	0,018	0,429	0,393
<b>Antidiabetik*</b>					
<b>Yok</b> (n=197)	Ort±ss	9,7±1,9	12,1±2,1	12±3,7	12,3±2,4
	Med(ÇA)	10 (2,1)	12,5 (2,5)	11,7 (5)	12,5 (3,1)
	Min-Maks	4,29-14,29	5-17,5	0-20	3,75-19,38
<b>Var</b> (n=2)	Ort±ss	7,5±3,5	9,6±5,3	6,7±2,4	13,75
	Med(ÇA)	7,5 (0)	9,6 (0)	6,7 (0)	13,75
	Min-Maks	5-10	5,83-13,33	5-8,33	13,75

\*: örneklem büyüklüğü yetersiz olduğundan analiz gerçekleştirilemedi.

ss: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler açıklığı.

Çalışmada yer alan acil servis doktorlarının tiroid ilacı kullanımına göre yaşam kalitesi alt parametre düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmazken antidepresan ilacı kullananların psikolojik alan puanları bu ilaçtan kullanmayanlara göre anlamlı derecede daha düşük olduğu görüldü ( $Z=-0,151$ ,  $p=0,880$ ;  $Z=-2,360$ ,  $p=0,018$ ;  $Z=-0,790$ ,  $p=0,429$ ;  $Z=-0,854$ ,  $p=0,393$ ).

Kan sulandırıcı kullanan katılımcıya ait yaşam kalitesi alt parametre düzeyleri; hastalık tanısı almış kişiler incelenirken kalp hastalığı tanısı için yazıldığından burada tekrar yer verilmedi. Kan sulandırıcı ilaç ile birlikte antihipertansif ve antidiabetik ilaçları kullanan kişi sayısının az olması nedeniyle istatistiksel analiz gerçekleştirilemedi. Tablo 40'ta bu ilaçlar için tanımlayıcı istatistikler paylaşıldı.

**Tablo 41. Katılımcılarda hepatit b aşısı olmalarına göre yaşam kalitesi alt parametrelerinin analizi**

Hepatit B aşısı		Fiziksel sağlık	Psikolojik	Sosyal ilişkiler	Çevresel
<b>Evet</b> (n=159)	Ort±ss	9,8±2	12,1±2,2	12±3,8	12,4±2,6
	Med(ÇA)	10 (2,9)	12,5 (2,5)	11,7 (5)	12,5 (3,1)
	Min-Maks	5-14,29	5-17,5	0-20	3,75-19,38
<b>Hayır</b> (n=10)	Ort±ss	10±1,2	11,7±2,2	10,7±3,2	12,1±1,4
	Med(ÇA)	10 (2,1)	12,5 (3,1)	10,8 (3,8)	12,5 (2)
	Min-Maks	8,57-12,14	7,5-14,17	5-16,67	9,38-13,75
<b>Emin değilim</b> (n=30)	Ort±ss	9,1±2	12±1,9	11,6±3,3	12,1±2,1
	Med(ÇA)	9,3 (2,1)	11,7 (3,3)	11,7 (4,2)	12,2 (2,3)
	Min-Maks	4,29-12,86	9,17-16,67	5-18,33	8,75-15,63
$\chi^2$		3,369	0,237	2,851	1,042
<b>p</b>		0,186	0,888	0,240	0,594

ss: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler açıklığı.

Katılımcıların hepatit b aşısını olmalarına göre yaşam kalitesi düzeyleri incelendiğinde, hepatit b aşısını olan doktorlar ile olmayanların fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevresel alan puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ( $Z=3,369$ ,  $p=0,186$ ;  $Z=0,237$ ,  $p=0,888$ ;  $Z=2,851$ ,  $p=0,240$ ;  $Z=1,042$   $p=0,594$ ). Çalışmaya katılan acil servis doktorlarının hepatit b aşısını olmalarına göre gerçekleştirilen analize ilişkin tüm bulgular Tablo 41’de yer almaktadır.

**Tablo 42. Katılımcıların sağlık durumlarına yönelik algılarına göre yaşam kalitesi alt parametrelerinin analizi**

Sağlık durumu		Fiziksel sağlık	Psikolojik	Sosyal ilişkiler	Çevresel
<b>Çok iyi</b> (n=24)	Ort±ss	10,5±2,1	13,8±2,2	13,5±3	13,8±1,9
	Med(ÇA)	10,7 (2,9)	13,8 (3,7)	15 (3,3)	13,8 (2,2)
	Min-Maks	6,43-14,29	10-17,5	6,67-18,33	9,38-17,5
<b>İyi</b> (n=126)	Ort±ss	10,1±1,6	12,3±1,7	12,6±3,2	12,6±2,3
	Med(ÇA)	10 (2,1)	12,5 (1,7)	13,3 (5)	12,5 (2,5)
	Min-Maks	5-13,57	7,5-17,5	3,33-20	3,75-19,38
<b>Orta</b> (n=44)	Ort±ss	8,1±1,9	10,3±2,2	9,1±3,8	10,6±2,2
	Med(ÇA)	8,6 (2,7)	10 (2,5)	9,2 (4,6)	10,9 (3)
	Min-Maks	4,29-11,43	5-14,17	0-15	5-14,38
<b>Kötü</b> (n=5)	Ort±ss	9,4±2,9	11,7±1,8	12,7±4,8	12±1,2
	Med(ÇA)	7,9 (4,6)	11,7 (3,3)	11,7 (7,5)	11,9 (2,2)
	Min-Maks	7,14-14,29	10-14,17	6,67-20	10,63-13,75
$\chi^2$		35,451	41,748	31,587	33,753
<b>p</b>		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

ss: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler açıklığı.

Katılımcıların kendi sağlık durumlarına yönelik algılarına göre yaşam kalitesi düzeyleri incelendiğinde, fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevresel alan puanlarında anlamlı fark saptandı ( $\chi^2=35,451$ ,  $p<0,001$ ;  $\chi^2=41,748$ ,  $p<0,001$ ;  $\chi^2=31,587$ ,  $p<0,001$ ;  $\chi^2=33,753$   $p<0,001$ ). Gerçekleştirilen çoklu karşılaştırma analizi sonuçlarına göre kendi sağlık durumunu orta olarak ifade eden katılımcıların fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevresel alan puanları iyi ve çok iyi olarak ifade edenlerden anlamlı derecede daha düşük bulundu. Yaşam kalitesinin psikolojik alt gösterge puanları açısından incelemek amacıyla yapılan çoklu karşılaştırmada kendi sağlık durumunu orta olarak ifade edenlerin iyi ve çok iyi diyerek cevaplayanlardan, aynı zamanda iyi olarak ifade edenlerin de çok iyi olarak ifade edenlerden daha düşük puanlara sahip oldukları görüldü. Çalışmaya katılan acil servis doktorlarının kendi sağlık durumlarına yönelik algılarına göre gerçekleştirilen analize ilişkin tüm bulgular Tablo 42’de yer almaktadır.

**Tablo 43. Katılımcıların kan basınçlarını en son ne zaman ölçtüklerine yönelik inceleme**

Kan basıncı ölçümü	Fiziksel sağlık	Psikolojik	Sosyal ilişkiler	Çevresel	
<b>6 ay içinde</b> (n=102)	Ort±ss	9,7±1,9	12,2±2,3	12,2±3,6	12,5±2,6
	Med(ÇA)	10 (2,1)	12,5 (2,5)	12,5 (5)	12,5 (2,8)
	Min-Maks	4,29-14,29	5-17,5	0-20	3,75-18,13
<b>6 ay-1 yıl içinde</b> (n=50)	Ort±ss	10±2	11,9±1,8	12,7±3,4	12,7±2,1
	Med(ÇA)	10 (2,9)	12,1 (2,5)	13,3 (5)	12,5 (2,2)
	Min-Maks	5,71-14,29	7,5-15,83	1,67-20	8,75-19,38
<b>1-3 yıl içinde</b> (n=29)	Ort±ss	9,8±2,3	12±2,5	10,9±4,5	11,4±2,5
	Med(ÇA)	10 (4,3)	11,7 (4,2)	10 (6,7)	11,9 (4,1)
	Min-Maks	5-13,57	7,5-17,5	0-16,67	6,88-17,5
<b>3 yıl ve üstü</b> (n=11)	Ort±ss	9,3±1,7	11,5±1,9	10,3±2,9	12,2±2
	Med(ÇA)	9,3 (2,1)	11,7 (1,7)	11,7 (1,7)	12,5 (3,1)
	Min-Maks	5-10,71	6,67-13,33	3,33-13,33	8,13-15
<b>Hiç ölçmedim</b> (n=7)	Ort±ss	8,9±1	10,6±1,3	8,6±2,2	10,4±1,3
	Med(ÇA)	8,6 (1,4)	10,8 (1,7)	8,3 (3,3)	10,6 (1,9)
	Min-Maks	7,14-10	8,33-12,5	5-11,67	8,75-12,5
$\chi^2$	3,957	7,054	13,931	10,753	
<b>p</b>	0,412	0,133	0,008	0,029	

ss: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler açıklığı.

Çalışmada yer alan acil servis doktorlarının kan basınçlarını en son ne zaman ölçtüklerine dair yapılan incelemede yaşam kalitesi alt parametrelerinden fiziksel sağlık ve psikolojik düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmazken sosyal ilişkiler ve çevresel alan

puanlarının kan basıncı ölçüm zamanlarına göre farklılık gösterdiği bulgusuna ulaşıldı ( $\chi^2 = 3,957$ ,  $p=0,412$ ;  $\chi^2 = 7,054$ ,  $p=0,133$ ;  $\chi^2 = 13,931$ ,  $p=0,008$ ;  $\chi^2 = 10,753$ ,  $p=0,029$ ). Yapılan çoklu karşılaştırma test sonucuna göre hiç kan basıncını ölçtürmeyene göre 6 ay ve 6 ay-1 yıl içinde ölçtürenlerin hem sosyal ilişkiler hem de çevresel alan puanları anlamlı derecede daha düşüktür. Çalışmaya katılan acil servis doktorlarının kan basınçlarını ölçtürmelerine göre gerçekleştirilen analize ilişkin tüm bulgulara Tablo 43'te yer verildi.

**Tablo 44. Katılımcıların kan şekerlerini en son ne zaman ölçtürdüklerine yönelik inceleme**

Kan şekeri ölçümü	Fiziksel sağlık	Psikolojik	Sosyal ilişkiler	Çevresel	
<b>6 ay içinde</b> (n=84)	Ort±ss	9,6±1,7	12,1±2,2	11,9±3,4	12,4±2,4
	Med(ÇA)	10 (2,1)	12,5 (2,5)	11,7 (5)	12,5 (2,5)
	Min-Maks	4,29-12,86	5-17,5	0-18,33	3,75-18,13
<b>6 ay-1 yıl içinde</b> (n=48)	Ort±ss	9,8±2,1	12,1±1,9	12,4±4,1	12,5±2,6
	Med(ÇA)	10 (2,7)	12,5 (2,5)	11,7 (5)	12,5 (3,8)
	Min-Maks	5-14,29	7,5-15,83	1,67-20	7,5-19,38
<b>1-3 yıl içinde</b> (n=40)	Ort±ss	10,1±2,4	12,6±2,3	11,9±4,3	12,3±2,6
	Med(ÇA)	10 (3,4)	13,3 (3,3)	13,3 (6,3)	12,5 (3)
	Min-Maks	5-14,29	7,5-17,5	0-18,33	6,88-17,5
<b>3 yıl ve üstü</b> (n=12)	Ort±ss	9,7±2	11,5±2,5	11,8±3,2	12,3±2
	Med(ÇA)	10,4 (2,1)	11,7 (2,9)	11,7 (4,2)	12,8 (2,8)
	Min-Maks	5-12,14	6,67-15	3,33-15	8,13-14,38
<b>Hiç ölçmedim</b> (n=15)	Ort±ss	9±1,4	10,6±1,6	10,3±2,5	11,3±2,2
	Med(ÇA)	8,6 (2,1)	10,8 (1,7)	10 (3,3)	11,3 (3,1)
	Min-Maks	7,14-11,43	7,5-13,33	5-13,33	8,13-16,25
$\chi^2$	5,551	12,260	5,203	4,575	
<b>p</b>	0,235	0,016	0,267	0,334	

ss: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler açıklığı.

Çalışmada yer alan acil servis doktorlarının kan şekerlerini en son ne zaman ölçtürdüklerine dair yapılan incelemede, yaşam kalitesi alt parametrelerinden fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevresel alan puanlarında anlamlı farklılık bulunmazken psikolojik alan puanlarında kan şekerini ölçtürmelerine göre anlamlı farklılık bulundu ( $\chi^2 = 5,551$ ,  $p=0,235$ ;  $\chi^2 = 12,260$ ,  $p=0,016$ ;  $\chi^2 = 5,203$ ,  $p=0,267$ ;  $\chi^2 = 4,575$ ,  $p=0,334$ ). Yapılan çoklu karşılaştırma analiz sonucuna göre hiç kan şekerini ölçtürmeyene göre 6 ay içinde, 6 ay-1 yıl içinde ve 1-3 yıl içinde ölçtürenlerin psikolojik alan puanları daha düşük tespit edildi. Çalışmaya katılan acil servis doktorlarının kan şekerlerini ölçtürmelerine ilişkin analizlerde ulaşılan tüm bulgulara Tablo 44'te yer verildi.

**Tablo 45. Katılımcıların kolesterol düzeylerini en son ne zaman ölçtüklerine yönelik inceleme**

<b>Kolesterol ölçümü</b>	<b>Fiziksel sağlık</b>	<b>Psikolojik</b>	<b>Sosyal ilişkiler</b>	<b>Çevresel</b>	
<b>6 ay içinde</b> (n=45)	Ort±ss	9,8±1,5	12±2	12±3,4	12,4±2,4
	Med(ÇA)	10 (1,8)	11,7 (2,5)	11,7 (5)	12,5 (3,4)
	Min-Maks	6,43-12,86	5,83-17,5	0-16,67	5-18,13
<b>6 ay-1 yıl içinde</b> (n=35)	Ort±ss	8,9±2	12±1,9	12,3±3,1	12±1,9
	Med(ÇA)	9,3 (1,4)	12,5 (3,3)	13,3 (5)	12,5 (2,5)
	Min-Maks	4,29-11,43	6,67-15	3,33-16,67	7,5-16,25
<b>1-3 yıl içinde</b> (n=55)	Ort±ss	9,9±2,5	12,1±2,4	11,7±4,5	12,6±2,7
	Med(ÇA)	10 (3,6)	12,5 (2,5)	11,7 (6,7)	13,1 (3,8)
	Min-Maks	5-14,29	5,83-16,67	0-20	6,88-19,38
<b>3 yıl ve üstü</b> (n=34)	Ort±ss	10,3±1,7	12,7±2,1	12,9±3,7	13±2,1
	Med(ÇA)	10 (2,3)	12,5 (3,3)	13,3 (5)	13,1 (2)
	Min-Maks	6,43-14,29	8,33-17,5	5-20	9,38-18,13
<b>Hiç ölçmedim</b> (n=30)	Ort±ss	9,5±1,4	11,3±2,2	10,6±3	11,2±2,5
	Med(ÇA)	9,3 (2,1)	11,7 (2,5)	10 (5)	11,3 (2,8)
	Min-Maks	7,14-12,14	5-15	5-16,67	3,75-15,63
<b><math>\chi^2</math></b>		8,431	6,287	7,817	8,404
<b>p</b>		0,077	0,179	0,099	0,078

ss: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler açıklığı.

Çalışmada yer alan acil servis doktorlarının kolesterol düzeylerini en son ne zaman ölçtüklerine yönelik yapılan incelemede, yaşam kalitesi alt parametrelerinden fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevresel alan düzeyleri açısından ölçtürme zamanları arasında anlamlı bir fark saptanmadı ( $\chi^2=8,431$ ,  $p=0,077$ ;  $\chi^2=6,287$ ,  $p=0,179$ ;  $\chi^2=7,817$ ,  $p=0,099$ ;  $\chi^2=8,404$ ,  $p=0,078$ ). Çalışmaya katılan acil servis doktorlarının kolesterol düzeylerini ölçtürme zamanlarına yönelik gerçekleştirilen incelemeden elde edilen tüm bulgulara Tablo 45'te yer verildi.

## TARTIŞMA

Rekabet ortamının artması işletmeleri bilim ve teknolojiden daha fazla yararlanmaya yöneltmiştir. Verimlilik, kalite ve güvence üzerine çalışan işletmeler hizmet sunumunda öne geçmişlerdir.

Sağlık sektöründe emek yoğun olduğu için hizmet sunumunda insan faktörü çok önemlidir. Sağlık sektöründe karar verici mekanizma olarak doktor önemli bir yere sahiptir. Doktorun performansı hastanenin performansını ve hastaların aldığı hizmetin kalitesini doğrudan etkileyecektir. Doktorların yaşam kalitesini artırıp performanslarını yükseltmek sağlık işletmeleri için gereklilik olmuştur. Bu nedenle sağlık işletmeleri çalışanlarının yaşam kalitelerini etkileyen etmenleri tespit etmek istemektedir. İnsan hayatıyla ilgili çok önemli iş süreçlerinin olduğu acil servisin karar vericisi olarak acil servis doktorlarının yaşam kaliteleri bu yüzden önemli bir faktör olmuştur.

Bu çalışma acil servis doktorlarının yaşam kalite düzeylerini, algılarını ve yaşam kalitelerine etki eden etmenleri belirlemek için Trakya Bölgesi acil servislerinde çalışan 199 acil servis doktoruyla yapılmıştır. Ülkemizde doktorların yaşam kalitesine ilişkin sınırlı araştırma mevcuttur. Acil servis doktorlarıyla ilgili çalışma mevcut değildir. Çalışmamız Trakya Bölgesinin üç ili olan Edirne, Tekirdağ ve Kırklareli'yi kapsayan acil servis doktorlarının yaşam kalitesini inceleyen ilk çalışmadır. Bu nedenle çalışmamız öncü çalışma niteliğindedir.

Tanımlayıcı istatistiklere ait göze çarpan, yaşam kalitesinde farklılık arz eden gruplar, parametreler mevcuttur.

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, çalışmaya katılan acil servis doktorlarının yaş ortalaması  $31\pm 6,5$  yıldır. Genç denilebilecek bir yaş ortalamasıyla acil servislerin iş süreçlerinin yürütülmesi bedenen yorucu işleri içerdiğinden işin gerektirdiği

eforla açıklanabilir. 50 yaş üzeri acil servis doktorunun olmaması mesleğin gerektirdiği eforun belli bir yaştan sonra yerine getirmede zorluk yaşanmasından olabileceği düşünülmektedir. Bursa ilinde yapılan geniş katılımlı bir çalışmada doktorların yaş ortalaması 45,39 yıl olarak bulunmuştur. Halk sağlığı bünyesinde, bölüm belirtilmeksizin tüm doktorları içeren, Şavlı tarafından yapılan araştırmada doktorların yaş ortalaması araştırmamızdan yüksek bulunmuştur (83). Yoğun çalışma ortamı sebebiyle doktorların yıllar ilerledikçe acil servisi tercih etmemeleri ve yeni mezun doktorların zorunlu atamayla acil servislere atanmaları nedenleriyle çalışmamızdaki yaş ortalamasının düşük olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların çoğunluğunu erkekler (%64) oluşturmuştur. Çalışmamızda cinsiyete göre yaşam kalitesi alt parametreleri analiz edildi. Kadınların erkeklere göre fiziksel sağlık düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi. Kadınların erkeklerden daha düzenli bir yaşamı olduğundan fiziksel sağlık alanı bakımından daha iyi bir yaşam kalitelerinin olduğu şeklinde açıklanabilir. Polat tarafından yapılan çalışmada erkek hekimlerin tüm yaşam kalitesi puanlarını kadınlarınkiyle benzer bulunmuştur (81). Özyıldırım'ın çalışmasında erkek doktorların fiziksel ve psikolojik sağlık alt parametre puanları daha yüksek bulunmuştur (82). Çalışmamızdan farklı sonuçlar sunan bu çalışmaların acil servisler özelinde yapılmadığı unutulmamalıdır.

Acil servis doktorlarının %58'i bekar, %37'si evlidir, boşanmış/eşi ölmüş olanlar ise %5'ini kapsamaktadır. Çalışmamız medeni durum açısından incelendiğinde, boşanmış veya eşi ölmüş kişilerin evli ve bekarlara göre çevresel alan açısından yaşam kalitesi daha düşük çıkmıştır. Psikolojik alan bakımından evli acil servis doktorlarının, boşanmış veya eşi ölmüş olanlara göre yaşam kalitesi daha yüksektir. Bu analizde acil servis doktorlarının boşanmış veya eşlerinin ölmüş olmasının katılımcılar üzerinde olumsuz yönde önemli etkileri mevcuttur sonucuna varılabilir. Özyıldırım'ın çalışmasında ise evli doktorların yaşam kalitesi, bekar doktora göre yaşam kalitesinin tüm alanlarında yüksektir. Özyıldırım'ın çalışmasının Erzurum ilindeki tüm hekimlere yönelik olduğu dikkate alınmalıdır (82).

Katılımcıların boy kilo indeks ortalamaları  $25,3 \pm 4$ 'tür ve vücut ağırlığı ortalamaları  $75,9 \pm 15,7$  kg'dır. Çalışmamızda acil servis doktorlarının fiziksel sağlık alanına ait yaşam kaliteleri, vücut ağırlıkları ve boy kilo indeksleri arttıkça düşmektedir. Özyıldırım'ın çalışmasında bölüm gözetmeksizin doktorlarla ilgili yaptığı çalışmada boy kilo indeksinin yaşam kalitesinde etkisi tespit edilmemiştir (82). Bu sonuçlar ile çalışmamızda elde edilen sonuçlar çelişmektedir. İki çalışma arasındaki çelişkinin, Acil servislerin daha yoğun ve yorucu bir bölüm olması nedeniyle fazla efor gerektirmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Boy kilo indeksi ve ağırlık artışı acil bölümü için gerekli performansı

göstermelerini zorlaştırabilir. Bu durumun fiziksel sağlık alan puanlarına yansıdığı düşünülmektedir.

Acil servis doktorlarından çocuk sahibi olanlar içinde sadece kız çocuğu olanların ortalaması %36,2'dir. Çalışmamızda katılımcıların çocuk sahibi olmasına veya çocuk sayısına göre yaşam kalitesi düzeylerinde fark çıkmamıştır. Ancak sadece kız çocuğu olanların çevresel alana ait yaşam kalite düzeyleri sadece erkek ve hem kız hem erkek çocuk sahibi olanlara göre yüksektir. Diğer çalışmalarda sahip olunan çocuğun cinsiyeti sorgulanmamıştır. Bu sebeple karşılaştırılmamaktadır. Özyıldırım'ın çalışmasında birden fazla çocuk sahibi olan doktorların tek çocuk sahibi olanlara göre fiziksel sağlık alanına ait yaşam kalite düzeyleri daha yüksek saptanmıştır (82). Polat'ın çalışmasında çocuk sayısı arttıkça fiziksel sağlık, psikolojik ve çevresel yaşam kalitesi artmıştır (81). Diğer araştırmaların çalışmamızdan farklılıkları değerlendirilirken diğer yazarların çalışmasında tüm doktorların incelendiği unutulmamalıdır.

Katılımcıları kurum unvanı olarak sınıflandırdığımızda pratisyen doktorların %63,8'lik, öğretim üyelerinin %2,5'lik oranları dikkat çekmektedir. Çalışmamızda pratisyen, araştırma görevlisi, uzman ve öğretim üyesi olarak görev yapan acil servis doktorlarının yaşam kalite düzeylerinde farklılık saptanmamıştır. Ancak öğretim üyesi sayısı 5 kişidir. Katılımcı azlığı dikkate alınmalıdır. Şavlı'nın Bursa genelindeki doktorlarla olan çalışmasında uzman hekimlerin pratisyen hekimlere göre yaşam kaliteleri daha yüksek çıkmıştır. Şavlı'nın çalışmasında tüm doktorların incelendiği unutulmamalıdır (83). Özyıldırım'ın çalışmasında Erzurum genelindeki doktorlar arasında araştırma görevlilerinin fiziksel sağlık ve psikolojik alan yaşam kaliteleri diğer gruplara göre düşük çıkmıştır (82). Öğretim üyelerinin ve pratisyen hekimlerin çevresel alan yaşam kalite düzeyleri uzmanlardan ve araştırma görevlilerinden yüksektir. Diğer araştırmaların çalışmamızdan farklılıkları değerlendirilirken diğer yazarların çalışmasında tüm doktorların incelendiği unutulmamalıdır.

Acil servis doktorlarının %2'si özel hastanede, %75,4'ü devlet hastanesinde çalışmaktadır. Çalışmamızda üniversite hastanelerinde çalışanların fiziksel sağlık alan yaşam kalite düzeyleri diğerlerine göre düşüktür. Fakat özel hastanede çalışan acil servis doktorlarının psikolojik alan yaşam kalite düzeyleri diğerlerine göre yüksek çıkmıştır. Özel hastanelerin yoğunluğunun az olması ve maddi imkanlarının fazla olması bu farklılığı yarattığı düşünülebilir. Özyıldırım'ın çalışmasında doktorların çalıştıkları kurumlara göre yaşam kaliteleri benzerdir (82).

Acil servis doktorlarının %27,1'i 0-1 yıldır, %26,1'i 1-3 yıldır, % 14,6'i 3-5 yıldır, %13,1'i 5-10 yıldır çalışmaktadır. Çalışmamızda yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alanı ve

psikolojik alan açısından 5-10 yıldır acil serviste çalışanların 3-5 yıldır çalışanlara göre yaşam kaliteleri daha yüksektir. Yaşam kalitesinin çevresel alan açısından 5-10 yıldır acil serviste çalışanların hem 1-3 hem de 3-5 yıl arasında çalışanlara göre yaşam kaliteleri daha yüksektir. Buradan acil servis doktorlarının hizmet puanları arttıkça istedikleri şehri, hastaneyi, çalışma ortamını tercih etme olanaklarının artması sonucu tayin olacakları çevresel alanı seçebilmeleri sonucuna varılabilir. Literatür çalışmalarında yaşam kalitesi ile çalışma süresi arasındaki ilişkide tutarsız sonuçlar vermiştir.

Katılımcıların geliri giderinden fazla olanlar %36,2, az olanlar ise %11,6 oranındaydı. Çalışmamızda geliri giderinden fazla olan acil servis doktorlarının geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek psikolojik alan yaşam kalite düzeyleri olduğu saptandı. Şavlı'nın çalışmasına göre ücret tatmininin yaşam kalitesinin düzeyini yükselttiği bulunmuştur (83). Açıköz'ün çalışmasında gelirleri giderlerini karşılamayanların psikolojik alan ve çevre alanı yaşam kaliteleri düşüktür. Bu sonuçlar genel hatları ile çalışmamızla uyumu bulunmuştur.

İş yaşamında kendini verimli bulan %50,3, bulmayan %8, kısmen verimli bulan %41,7 oranındaydı. Çalışmamızda kendilerinin iş yaşamında kısmen verimli olduğunu düşünen acil servis doktorlarının verimli oluklarını düşünenlere göre daha düşük psikolojik alan yaşam kalitesine sahip oldukları tespit edildi. Acil servis prosedürleri çoğunlukla uluslararası düzeyde standarttır. Yani o işin mutlaka belli prosedüre göre sonuçlandırılması gerekir. Verimli olamayan bir acil servis doktoru işi yaparken gereğinden fazla efor sarf edecektir. Bu da onun kaygı düzeyini artırıp psikolojisine yansiyacaktır. Bu konu bu şekilde açıklanabilir. Çalışmamızda kendilerini iş yaşamlarında verimli bulan doktorların ise verimli bulmayanlara göre sosyal ilişkiler alan yaşam kalite düzeyleri yüksek çıktı. Verimli çalışmayan acil servis doktorları sosyal alan alt grubunun parametrelerinden aile dışı ilişkilere yeterince zamanı kalmayabileceğinden, psikolojisini ve cinsel yaşamını (sosyal ilişki parametresi) olumsuz etkileyebileceğinden, arkadaşlarından fazla çalışıp onlardan yeterli desteği görmediğini düşünebileceğinden sosyal ilişki alanı yaşam kalitesi düşük olarak açıklanabilir.

Katılımcıların çalışma ortamı değerlendirmeleri çok iyi %3, iyi %37,2, orta %47,2, kötü %9,5, çok kötü %3 şeklindedir. Çalışma ortamını çok kötü olarak değerlendirenlerin sayısı 6'dır. Çalışmamızda fiziksel sağlık ve sosyal ilişkiler alanı için iş ortamı hakkında kötü olarak düşünen kişilerin, çok iyi, iyi, orta ve çok kötü olarak düşünenlere göre, çevresel alan için ise çok iyi, iyi ve orta olarak düşünenlere göre yaşam kaliteleri daha düşük bulundu. Değerlendirmede fiziksel sağlık alanı ve sosyal ilişkiler alanı yaşam kalitesi sonuçlarının, çalışmada iş ortamı hakkında çok kötü diyen örneklemin sayıca azlığı nedeniyle evrenin yeterince temsil edilememesi düşünülmektedir. Polat'ın çalışmasında çalışma ortamında

psikolojik baskı, şiddet veya taciz ile karşılaşma durumunda yaşam kalitesinin tüm alt parametrelerinde azalma tespit edilmiştir (81).

Acil servis doktorlarının %40,7'si sigara içmektedir. Çalışmamızda katılımcılar arasında sigara içme alışkanlığı bakımından yaşam kalite farklılığı bulunmadı. Özyıldırım ve Polat'ın çalışmaları da benzer sonuç vermiştir (81, 82).

Acil servis doktorlarının %2'si her gün, %9,5'uğu haftada 2-3 kez alkol kullanmaktadır. Katılımcıların alkol tüketme davranışı bakımından yaşam kalitelerinde farklılık bulunamadı. Polat'ın çalışmasının sonuçları çalışmamızla benzerdir (81). Özyıldırım'ın çalışmasına göre alkol kullananlarda çevresel alan yaşam kalitesi düşüktür (82).

Araştırmamızda katılımcıların tanı konulmuş hastalığı olanlar ve düzenli ilaç kullananlar, hastalık alt grupları ve ilaç alt grupları bazında incelenmiştir. Antidepresan kullanan katılımcı oranı %6 idi. Katılımcılarda tanı konulmuş hastalığı olanların ve düzenli ilaç kullananların ana başlık altında yaşam kalitelerinde farklılık bulunmadı. Ancak antidepresan kullanan katılımcıların psikolojik alan yaşam kalite düzeyleri düşük çıkmıştır. Ülkemizde doktorlarda tanı konulmuş hastalığı olanların ve düzenli ilaç kullananların alt türlerine göre yaşam kalitelerine yönelik bir araştırma mevcut değildir. Bu nedenle karşılaştırma yapılamamıştır.

Acil servis doktorlarından hepatit b aşısı olduğunu bilenlerin oranı % 79,9 idi. Çalışmamızda katılımcıların hepatit b aşısını olmalarına göre yaşam kalitesi düzeyleri arasında farklılık tespit edilemedi. Ülkemizde doktorların hepatit b aşısı olma durumlarına göre yaşam kalitesini inceleyen araştırma bulunamamıştır. Bu yüzden karşılaştırma yapılamamıştır. Araştırmamız bu konudaki ilk araştırmadır.

Katılımcıların kendi sağlık durumlarını algılama oranları %12,1 çok iyi, %63,3 iyi, %22,1 orta, %2,5 kötü şeklindeydi. Kendi sağlık durumunu orta olarak ifade eden katılımcıların fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevresel alan olarak iyi ve çok iyi olarak ifade edenlerden yaşam kaliteleri daha düşüktü. Yaşam kalitesinin psikolojik alt göstergesi incelendiğinde kendi sağlık durumunu orta olarak ifade edenlerin iyi ve çok iyi diyerek cevaplayanlardan, aynı zamanda iyi olarak ifade edenlerin de çok iyi olarak ifade edenlerden daha düşük yaşam kaliteleri oldukları görüldü. Çalışmada örneklem sayısının dengeli dağılmamasına bağlı olarak sağlık durumunu kötü olarak algılayanların, evrendeki bu grubu temsil etmede yetersiz kalması nedeniyle sonuçların bu şekilde elde edildiği düşünülmektedir. Ülkemizde kendi sağlık durumunu algılama ile yaşam kalitesi ilişkisini doktorlardan oluşan bir örneklem üzerinde inceleyen çalışma bulunamamaktadır. Bu nedenle karşılaştırma yapılamamıştır.

Acil servis doktorlarının %51,3'ü 6 ay içinde, %25,1'i 6 ay – 1 yıl içinde kan basıncını ölçtürmüştü, % 3,5'i hiç kan basıncını ölçtürmemişti. Çalışmamızda hiç kan basıncını ölçtürmeyene göre 6 ay ile 6 ay-1 yıl içinde ölçtürenlerin hem sosyal ilişkiler hem de çevresel alan yaşam kalite düzeyleri düşük bulundu. Ülkemizde doktorlarla yapılmış kan basıncı ölçümünün yaşam kalitesiyle ilişkisini inceleyen çalışma bulunmamıştır. Bu yüzden karşılaştırma yapılamamıştır. Kan basıncı ölçümü hizmetine doktorların erişimi çok kolaydır. Sağlığına yeterli önem göstermeyen bireyin yaşam kalitesini iyileştirmek için gerekli parametreleri de yerine getirmekte gönülsüz olabileceği şeklinde açıklanabilir.

Katılımcıların % %42,2 si 6 ay içinde, %24,1'i 6 ay 1 yıl içinde %20,1'i 1-3 yıl içinde kan şekerini ölçtürmüştü, % 7,5'i kan şekerini hiç ölçtürmemişti. Çalışmamızda hiç kan şekerini ölçtürmeyene kıyasla 6 ay içinde, 6 ay-1 yıl içinde ve 1-3 yıl içinde ölçtürenlerin psikolojik alan yaşam kaliteleri düşüktü. Ülkemizde doktorlarla yapılmış kan şekeri ölçümünün yaşam kalitesiyle ilişkisini inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle karşılaştırma yapılamamıştır. Kan şekerini hastanede standart bakan bölümlerce rastlantısal bakılması sonucu sonuçların bu şekilde elde edildiği düşünülmektedir.

Acil servis doktorlarının kolesterol düzeylerini en son ne zaman ölçtüklerine yönelik yapılan incelemede, yaşam kalitesi bakımından ilişki bulunamadı. Bu kadar genç katılımcı ortalamasına sahip bireylerin son altı ay içinde %22,6 oranında kolesterollerine baktırmaları, yine başka bir şikayetle gittiği hastanedeki bölümlerde alışageldikleri, rutin baktıkları parametrelerin içinde kolesterolün de olması rastlantısal olarak bakıldığı düşüncesi ile uyumlu olarak düşünülebilir.

## SONUÇLAR

Çalışanların performansını yaşam kaliteleri doğrudan etkilemektedir. Yoğun, yorucu ve stresli bir çalışma ortamı olan acil servis doktorlarının yaşam kalitesinin tanımında geçen tam bir iyilik haline ulaşmaları daha zordur. Acil servis doktorlarının yaşam kalitelerinin olabilecek en iyi durumda olması sağlık hizmetlerinin kalitesini ve kantitesini arttıracaktır. Bu yüzden acil servis doktorlarının yaşam kalitelerine yönelik ölçümler yapmaları ve yatırım yapmaları gerekmektedir.

Çalışma yüz yüze anket uygulaması şeklinde gerçekleştirildi. Bu çalışma Trakya Bölgesi'nde çalışan acil servis doktorlarının yaşam kalite düzeylerinin ölçülmesi, yaşam kalitelerine etki eden etmenlerin, olumsuzlukların tespit edilmesi ve doktorların yaşam kalitelerini iyileştirebilmeleri için gerekli olan beklentilerinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

1. Katılımcıların yaş ortalaması  $31\pm 6,5$  olarak tespit edildi. Acil servis doktorları genç bir çalışan grubuna sahipti.
2. Katılımcıların %36'sı kadındı.
3. Katılımcıların %37'si evliydi. Boşanmış/eşi ölmüş olanlar ise %5'ini oluşturmaktaydı. Yaşam kalitesi açısından acil servis doktorlarının boşanmış/eşinin ölmüş olması olumsuz bir faktördür.
4. Katılımcıların boy kilo indeks ortalamaları  $25,3\pm 4$ 'tür ve vücut ağırlığı ortalamaları  $75,9\pm 15,7$  kg'dı. Boy kilo indeksi ortalaması normal aralığın üst sınırındaydı. Katılımcıların boy kilo indekslerinin ve kilolarının artması yaşam kalitelerini düşürmektedir.

5. Katılımcıların %40,7 si sigara içmekteydi. Aynı zamanda %2 si her gün, %9,5'ü haftada 2-3 kez alkol kullandığını belirtti. Sigara ve alkol değişkenlerine ait grupların yaşam kalite düzeyleri kendi gruplarında birbirine benzerdi.
6. Katılımcılardan çocuk sahibi olanların arasında sadece kız çocuğu olanların ortalaması %36,2 bulundu. Acil servis doktorlarının kız çocuk sahibi olmaları onların yaşam kalitelerini yükseltmektedir.
7. Katılımcıların kurum unvanlarına göre sınıflandırması pratisyen doktor %63,8, araştırma görevlisi %20,1, uzman doktor %13,6, öğretim üyeleri %2,5 şeklindeydi. Kurum unvanlarının çalışmamızda yaşam kalitesine etkisi tespit edilemedi.
8. Katılımcılardan %2'si özel hastanede çalışmaktaydı. Özel hastanede çalışan acil servis doktorlarının yaşam kaliteleri daha yüksek bulundu. Üniversite hastanelerinde çalışanların ise yaşam kalite düzeyleri daha düşük tespit edildi.
9. Katılımcıların geliri giderinden fazla olanlar %36,2, az olanlar %11,6 ve geliri giderine eşit olanlar %52,3 idi. Acil servis doktorlarının geliri giderinden fazla olanlarının, geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek yaşam kalite düzeyinde olduğu bulundu.
10. İş yaşamında kendini verimli bulan %50,3, bulmayan %8, kısmen verimli bulan %41,7 idi. Acil servis doktorlarında verimlilik yaşam kalitesi açısından olumlu bir faktördür.
11. Katılımcıların içinde antidepresan kullananların oranı %6 idi. Antidepresan kullananların yaşam kalite düzeyleri düşük tespit edildi.
12. Katılımcıların %13,1'i 5-10 yıldır çalışmakta olduğunu bildirdi. Çalışmamızda 5-10 yıldır acil serviste çalışanların yaşam kalite düzeyi yüksek bulundu.
13. Katılımcıların kendi sağlık durumlarını algılama oranları %12,1 çok iyi, %63,3 iyi, %22,1 orta, %2,5 kötü idi. Sağlık durumu algısı iyileştikçe yaşam kalite düzeyinin yükseldiği görüldü.

## ÖZET

Bu çalışmada, Trakya Bölgesi'nde çalışan acil servis doktorlarının yaşam kalite düzeylerinin ölçülmesi, yaşam kalitelerine etki eden etmenlerin, olumsuzlukların tespit edilmesi ve doktorların yaşam kalitelerini iyileştirebilmeleri için gerekli olan beklentilerinin ortaya konulması amaçlandı. Trakya bölgesinde bulunan Edirne, Tekirdağ ve Kırklareli'ndeki hastanelerin acil servislerinde görev yapan toplam 199 doktor ziyaret edilip yüz yüze anket yöntemi ile veriler elde edildi. Anket formlarındaki veriler Statistical Package For The Social Sciences paket programına aktararak istatistiksel analizler gerçekleştirildi.

Trakya Bölgesi acil servis doktorlarının sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; yaşları ortalamasının  $31\pm 6,5$ , %64 oranla erkeklerin kadınlardan yaklaşık iki katı fazla, yaklaşık yarısının bekar (%58) ve %88,4'ünün geliri giderinden fazla veya eşit olduğu görüldü. Katılımcıların %75,4'ü devlet hastanesinde, %53,2'si 0-3 yıldır ve %63,8'i pratisyen doktor olarak çalışmaktadır.

Çalışmamızda, yaşam kalitesine etkisi bakımından gelir-gider durumu, medeni durum, çocukların cinsiyeti, iş yaşamında verimlilik, çalışılan kurum, çalışma ortamı, çalışma süresi, sağlık durumu algısı, kullanılan ilaçlar önemli bulundu. Geliri giderinden fazla, sadece kız çocuğu sahibi, iş yaşamında verimli olduğunu düşünen, özel hastanede görev yapan, 5-10 yıldır çalışan, çalışma ortamını ve sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren acil servis doktorlarının yaşam kaliteleri yüksektir. Boşanmış veya eşi ölmüş olanlar, üniversitede çalışanların, psikiyatrik bir ilaç kullananların ise yaşam kalitesi düşüktür.

Trakya Bölgesi acil servis doktorlarının yaşam kalitelerini yükseltmek için gelirlerini arttırmak, verimli hale getirmek, iyi bir çalışma ortamı sağlamak gerekmektedir. Boşanmış veya eşi ölmüş acil servis doktorlarının yaşam kalitelerinin daha düşük bulunmasından dolayı

Türkiye Cumhuriyeti Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın önerilerini teşvik etmek gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Acil tıp, acil servis, doktor, hekim, yaşam kalitesi



## **DETERMINING THE LIFE QUALITY PERCEPTION OF EMERGENCY PHYSICIANS IN THRACE REGION**

### **SUMMARY**

In this study, it was aimed to measure the life quality perceptions of physicians working in emergency departments in the Trakya Region, to identify the factors that shape quality of life, to detect the factors that negatively affect quality of life, and to reveal the expectations of physicians needed to improve quality of life. In total, 199 physicians working in the emergency departments of hospitals in Trakya region (precisely Edirne, Tekirdağ and Kırklareli cities) were visited and the data were obtained through a face to face questionnaire method during the visits. The data on the questionnaire forms were transferred to the Statistical Package For The Social Sciences package program and some statistical tests were performed.

The socio-demographic characteristics of the Trakya region emergency doctors who participated the survey were examined and these results were observed: the average age of respondents was  $31 \pm 6.5$ , male respondent's percent was 64% and they were about twice as much as female respondents in comparison to male respondents, approximately more than half of the respondents (58%) were single. 88.4% were seen to have more than or equal to their income. 75.4% of the participants were working in public hospitals. 53.2% of the respondents have been working for 0-3 years and 63.8 percent of the respondents were working as practitioners.

In our study, the factors such as income-expenditure equilibrium, marital status, gender of children, efficiency in work life, the institution worked for, working environment, working hours, perception of health status, medication taken were found to be important. Briefly, the emergency doctors who have higher income than their expenses, who have daughter(s) only, who think they are efficient in their work life, who work in private hospitals, work for 5-10 years, who apprise their working environment as being good, and who evaluate their health status as being well also assessed their life quality as high. Those who are divorced or who has lost his/her spouse, those who work at universities and those who take psychiatric medications assessed their life quality as low.

In order to improve the life quality of the Trakya region emergency doctors, it is necessary to increase their income level, help them to work efficiently and provide a good working environment. It has also seen that the life quality evaluations of the doctors who has either lost their spouse or who are divorced are low, hence it is necessary to encourage the suggestions of the Ministry of Family, Labor and Social Services of the Republic of Turkey.

**Keywords:** Emergency medicine, emergency department, doctor, physician, quality of life

## KAYNAKLAR

1. Aslan Ş, Çelik Ö. Kamu hastanelerinde dış kaynak kullanımı yoluyla personel istihdam edilmesinde karşılaşılan insan kaynakları yönetimi ile ilgili sorunlar ve çözüm önerileri. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi 2018;1:1-8.
2. Korkmaz M, Yılmaztürk A. Sağlık harcamalarının yıllara göre karşılaştırılması ve sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık Ve Tıp Bilimler Dergisi. Ekim-Kasım-Aralık 2011; 1(1): 2-1 (Erişim Tarihi: 15.05.2020) <http://www.sstbdergisi.com/>: 77.
3. Tambağ H, et al. Hemşirelerin çalışma ortamlarının iş doyumuna üzerine etkisi. Bakırköy Tıp Dergisi 2015; 4(11): 143-144.
4. Nal M, Nal B. Sağlık Çalışanlarının İş Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi: Bir Kamu Hastanesi Örneği. Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi 2018; 8(1): 131-140.
5. Sibel A, Özdemir E. İnsan kaynakları kapsamında 4 ve 5 yıldızlı otel işletmelerinde iş tatmini: İstanbul'da yapılan ampirik bir çalışma. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2005; 10(2):167-93.
6. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun,1928,No: 1219, R.G., 863, (04.04.1928)
7. Trakya nedir[İnternet]. [Alıntı tarihi: 01.05.2020, Erişim linki: <https://www.nedir.com/trakya>
8. Harun Ö, Acil Tıp ve Tanımı, 2018, [Alıntı tarihi: 01.05.2020, Erişim linki: <https://www.acilcalisanlari.com/acil-tip-ve-tanimi-2.html>
9. Long PH.On the quantity and quality of life. Medical Times 1960;88:613-9.
10. Fassio O, Rollero C, Piccoli ND, Health, quality of life and population density: a preliminary study on "contextualized" quality of life, Social Indicators Research, 2013; s. 110, 479-88.

11. Carr A J, Gibson B. ve Robinson, PG. Yaşam kalitesi beklentilere veya deneyimlere göre mi belirleniyor? BMJ 2001;322:1240-3.
12. Karadağ Öncel E. Ankara’da Pediatri Araştırma Görevlilerinin Çalışma Yaşamı Özellikleri ve İşle İlgili Yaşam Kalitesi ve Bilinçli Farkındalık Düzeyi Değerlendirilmesi(tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
13. Eser E. Sağlıkla İlgili Yaşam kalitesi ölçeklerinin kültürel uyarlaması. Sağlıkta Birikim Dergisi 2006;1(2):6-8
14. Gülgün Ekelik F. Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Hemşire Ve Ebelerde Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesi Algısı (Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Örneği)(tez). İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2014
15. Demirkıran,S. Yaşam Kalitesi ve Sağlık Çalışanları(tez). İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2012
16. 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. In International Counselling and Education Conference mayıs 2012; s:3-5.
17. Diener E, Lucas RE, Oishi S. Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. Lopez S j, Snyder C R(Editorler).Handbook of positive psychology, Oxford University Press: 2002; s. 2, 63-73.
18. Christiansen C, Baum CM, Bass Haugen J, Bass JD. Occupational Therapy: Performance, participation, and well-being [İnternet]2004. [Erişim Tarihi 1 Mayıs 2020]. Erişim: [www.slackinc.com](http://www.slackinc.com)
19. Westerhof GJ, Keyes CLM. Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. J Adult Development 2010;17:110-9.
20. Lamers SMA, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET, ten Klooster PM, Keyes CLM. Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). J Clin Psychol 2010;67:99-110.
21. Demirci İ, Akın A. Ruh Sağlığı Sürekliliği Kısa Formu’nun Geçerliliği ve Güvenirliği. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 2015;1(48):49-64.
22. 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. Clin Psychol Psychotherap 2008;15:181-92.
23. Edisan Z, Kadioğlu F, Yaşam Kalitesi Kavramının Antik Dönemdeki Öncülleri. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2013; 3, (3): 1-2.
24. Barofsky I. Patients rights, quality of life and health care system performance. An Official Journal of the International Soc Quality Life Res 2013;12:473-4.
25. Tatarkewicz W, Analysis of Happiness, Netherlands, 1976, s.256

26. Levine RJ, Quality of Life Assesments in ClinicalTrials: An Ethical Perspective. Ed.Spilker B. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials 2th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996: 489
27. Müezzinoğlu T. Yaşam Kalitesi. Üroonkoloji derneği 2004 güz dönemi konuşması, Manisa, Türkiye. 2004;(1):1.
28. Testa MA, Simonson DC. Assesment of quality-of-life outcomes. New England J Med 1996;334:835-40.
29. Yıldırım A,1 Hacıhasanoğlu R. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011;2(2):61-8.
30. Tazaki M, Nakane Y, Endo T ve ark. Results of a qualitative and field study using WHOQOL instrument for cancer. Japanese J Clin Oncol 1998;28(2):134-141.
31. Hamingway H, Stafford M, Stansfeld S ve ark. Is the SF-36 a valid measure of change in population health? Results from the Whitehall II Study BMJ 1997; 315:1273-1279.
32. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa form 36 (SF-36)'nın Türkçe versiyonun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999;12:102-6.
33. Eiser C, Morse R. Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. Health Technolgy Assessment 2001; 5:1-156.
34. Özyazıcıoğlu Ö, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2011; 8(2): 277-332
35. EQ-5D instruments 2016 [İnternet]. [Erişim Tarihi 15 Mayıs 2020]. Erişim: <https://www.euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-versions/>
36. Hirsch J D, Nemlekar P, Phuong P, Hollenbach K A, Lee K C, Adler D S, & Morello C M. Patterns of Stress, Coping and Health-Related Quality of Life in Doctor of Pharmacy Students. Am J Pharmaceutical Education 2020; 84(3):365.
37. Çakın Memik N,Bağaoğlu B , Coşkun A , Üneri Ö Ş, Karakaya I. Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18(4):353-63.
38. Eser S Y, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H, Eser E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL100 ve WHOQOL-BREF. 3P Dergisi 1999;7(2):5-13.
39. Şen B. Karaciğer Nakli Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi(tez). Malatya: T.C İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.
40. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersdn F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008, 12(1), 1-3.

41. Aydın İ, Çelik Y, Uğurluoğlu Ö. Sağlık personeli çalışma yaşam kalitesi ölçeği: geliştirilmesi, geçerliliği ve güvenilirliği. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2011;22(2):79-100.
42. Eser S, Saatlı G, E, Baydur H, Fidaner C. Yaşlılar için dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010;21(1):37-48.
43. Freudenberger HJ. Staff burnout. *Journal of social issues* 1974; 30: 159-165.
44. Freudenberger HJ. The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1975; 12(1): 73-82.
45. YILMAZ T D . Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde tıpta uzmanlık öğrencilerinin tükenmişlik düzeyi ve ilişkili etmenler (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2009.
46. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* 1981; 92: 99-113
47. Işık U. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan yardımcı sağlık personelinde tükenmişlik durumu araştırması (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
48. Özgüven H, Haran S. Tükenme Kriz ve krize müdahale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları 2000; 6(1): 199.
49. Anderson MB, Iwanicki EF. Teacher motivation and its relationship to burnout. *Educational Administration Quarterly* 1984; 2: 109-132.
50. Savicki V, Cooley E. The relationship of work environment and client contact to burnout in mental health professionals. *Journal of Counselling and Development* 1987; 90: 249-253.
51. Erçeltik Ö, Ertuğrul İ, Göde S, Kılıç L, Kılınç R, Korkmaz Ş. Keçiören Sağlık Grup Başkanlığına Bağlı Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Maslach Tükenmişlik Ölçeğine Göre İncelenmesi. *Yayınlanmamış Araştırma Raporu Ankara* 2004; 71
52. Çam O. The burnout in nursing academicians in Turkey. *International Journal of Nursing Studies* 2001; 38: 201-207.
53. Aslan D, Kiper N, Karaağaoğlu E, Topal F, Güdük M, Cengiz S. Türkiye'de tabip odalarına kayıtlı olan bir grup hekimde tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler. *Türk Tabipleri Birliği Yayınları* 2005.
54. Öztürk MO. Ruh sağlığı ve bozuklukları. *Nobel Tıp Kitabevleri* 2004; s:293-317.
55. Ertuğrul E. Üniversite uygulama ve araştırma hastanesinde çalışan hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin tükenmişlik ve depresyon düzeyinin değerlendirilmesi (tez). Zonguldak: T.C. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2010.

56. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. baskı Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015: 261–297.
57. Karaca Ö. Obezitede atipik depresyonun rolü: bilişsel işlevler ve biyokimyasal parametrelerin (ghrelin, leptin, nöropeptid y) incelenmesi (tez). Denizli: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi 2020.
58. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı, (DSM V), tanı ölçütleri başvuru elkitabı (çeviri) 5. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014: 91-112.
59. Işık E. Depresyon ve bipolar bozukluklar. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık; 2003: 20–32.
60. Erdem ÖE. Malpraktis İddiası İle Hakkında Soruşturma Açılan Hekimlerin Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyleri (tez). İsparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2019.
61. Doğan O. Depresyonun Epidemiyolojisi. Sivas Duygudurum Dizisi 2000;1:29–38.
62. Bilgin N. Sosyal Psikoloji Sözlüğü. İstanbul: Bağlam Yayıncılık; 2003: 273
63. Leiter MP, Maslach C. Areas Of Worklife: A Structured Approach To Organizational Predictors of Job Burnout. Perrewe PL, Ganster DC (Eds.). In Emotional and Physiological Processes and Positive Intervention Strategies (Research in Occupational Stress and Well Being) Vol 3. Bingley: Emerald Group Publishing Limited; 2003: 91-134.
64. Özmen E, Aydemir ÖBE. Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1997.
65. Aydın H, Bozkurt AÖF. Duygudurum bozukluklarının genetik yönü, depresyonla ilgili nörofizyolojik ve nöroanatomik çalışmalar. Depresyon Monogr Serisi. 1993;135–52.
66. Yakın G, Tıgılı M. İstanbul Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin (Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyeni) Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2014.
67. Tezcan A. Depresyonun Ayırıcı Tanısı. Duygudurum Dizisi. 2000;1(2):77–98.
68. Savrun A. Acil Asistanlarının Nöbet Öncesi ve Nöbet Sonrası Anksiyete Düzeyinin Beck Anksiyete Skoru İle Saptanması (tez). Kahramanmaraş: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi; 2013.
69. Sadock BJ, Sadock VA (Çeviri: H Aydın, A Bozkurt). Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Sekizinci Baskı. İstanbul: Güneş Kitabevleri; 2000: 1559-1800.
70. Esel E. Genellemiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003; 13(2):78-87).

71. Gabbard GO. Anxiety Disorders: Psychodynamic Aspects. In: Sadock VA (ed). Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2000: 1464-1476
72. Hsu K, Marshall V. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows. Am J Psychiatry 1987;144:1561-6.
73. Arkonaç O. Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1999: 36–37
74. iremyalugulubil.com [internet]. Yaluğ Ulubilgin İ. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (Kuruntu Hastalığı) (Erişim tarihi:02.05.2020). Erişim Linki: [www.iremyalugulubil.com / yaygın anksiyete bozukluğu](http://www.iremyalugulubil.com/yaygin-anksiyete-bozuklugu).
75. Çelen Ü. Piyal B. Karaodul G. Ankara Onkoloji Hastanesinde Çalışanların İş Doyumu. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2004; 7(3): 295-318.
76. Çam O, Akgün E, Gümüş AB, Bilge A, Keskin GÜ. Bir Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hekim Ve Hemşirelerin Klinik Ortamlarını Değerlendirmeleri İle İş Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6: 213–220.
77. Toker İ. Acil Tıp Uzmanlık Öğrencilerinde İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerini Etkileyen Faktörler (tez). Mersin: Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2013.
78. Çakmur H. “İş Betimlemesi Ölçeği”ni Geliştirme Ve Uzman Hekimlerde İş Doyumunu Değerlendirme (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
79. Durak İ, Serinkan C. Hemşirelerde İş Tatmini: Denizli Devlet Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde Bir Araştırma. Karaman İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2007; 9(13):119-135
80. Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ. Resmi Gazete Sayı No: 303382018 Madde 12. (20 Şubat 2018)
81. Polat Z, Hekimlerde Yaşam Kalitesi, Tükenmişlik ve Etki Eden Faktörler (tez). İstanbul: Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; 2018
82. Özyıldırım E, Erzurum İl Merkezinde Çalışan Hekimlerde Yaşam Kalitesi, Algılanan Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2015
83. Şavlı Emiroğlu P, Bursa İl Halk Sağlığı Müdürlüğüne Bağlı Çalışan Hekimlerde İş Doyumu Ve Yaşam Kalitesi Düzeyi İle Etkileyen Etmenler (tez). Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2015

## **EKLER**



Ek 1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2020/90	
	PROTOKOL ADI	Trakya Bölgesinde Çalınan Acil Servis Doktorlarının Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr. Ömer SALT	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Uhusal	Çok Merkez Uhuslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:04/12	Tarih:17.02.2020	
	Fakültemiz Acil Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Ömer SALT'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Tezer ÇİFTÇİ'nin tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödelenmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudan oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi			

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER-ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Doç. Dr. Rugül KOSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Hast. A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	Mazzerelli
Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H	Mazzerelli
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÖMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKÜKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	Mazzerelli
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Golsün ÖNAL Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	Mazzerelli
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	Mazzerelli
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SECKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

\*Araştırma ile ilişki  
\*\*Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL  
Dekan a.  
Dekan Yrd

## Ek 2

### TRAKYA BÖLGESİNDE ÇALIŞAN

### ACİL SERVİS DOKTORLARININ

### KALİTELİ YAŞAM ALGISININ BELİRLENMESİ

Acil sağlık hizmetleri sağlık sektörünün temel direğidir. Gerektiğinde kimsesizlerin kimsesi, hastaların ise son kalesidir. Bu yüzden çalışanlarından maksimum verim alınması toplum için çok önemlidir. Bu doğrultuda acili yönetenler olarak doktorların yönetiminde sadece eğitimleri, öğretimleri, teorik bilgileri, mesleki tecrübe ve becerileri yeterli değildir. Doktorların sağlıklı olması onlardan alınacak iş performansı ile doğrudan ilgilidir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1946'da, sağlığı "yalnızca hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" olarak tanımlamasından sonra, sağlıkla ilişkin iyilik halinin ölçülebilmesi için yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetleri uygulamaları ve araştırmalarında giderek artan bir önem kazanmıştır.

Bu çalışmada Trakya Bölgesi'nde Çalışan Acil Servis Doktorlarının Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi hedeflenmiştir. Çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. İsteddiğiniz anda soruları cevaplamaktan vazgeçebilirsiniz. Bu durumda cevaplanan bölüm çalışmaya dahil edilmeyecektir. Çalışma kapsamında kimliğinizi ortaya çıkarabilecek hiçbir belge istenmeyecektir. Değerlendirme yapabilmek için sadece numaralandırma kullanılacaktır. Elde edilecek bilgiler gizli tutulacak olup bilimsel çalışma dışında başka amaçlar için kullanılmayacaktır. Katılanların hukuki sorumluluğu olmayıp sorulara tam ve gerçeğe uygun yanıtlar vermeniz çalışmanın güvenilirliği ve bilimselliği açısından önemlidir.

Katılımınız açısından teşekkür ederiz.

**ARŞ. GÖR. DR. TEZER ÇİFTÇİ**

**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**

**ACİL TIP ANABİLİM DALI**

1)	Yaşınız					
2)	Cinsiyetiniz nedir?	a. Erkek		b. Kadın		
3)	Vücut ağırlığınız	.....kg				
4)	Boy uzunluğunuz	.....cm				
5)	Medeni durumunuz nedir?	a-Evli	b-Bekar	c-Boşanmış/eşinden ayrı yaşıyor	d-Eşi ölmüş	
6)	Çocuğunuz var mı?	a. Hayır	b. Evet	.... Kız	..... Erkek	
7)	Ünvanınız	a-Pratisyen Doktor	b-Araştırma görevlisi Doktor	c-Uzman Doktor	d-Öğretim Üyesi	
8)	Çalıştığınız kurum hangisidir?	a-Devlet hastanesi		b-Üniversite Hastanesi	c- Özel hastane	
9)	Acil serviste kaç yıldır çalışıyorsunuz?	.....yıl				
10)	Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	a-Geliri giderinden az	b-Geliri giderine eşit	c-Geliri giderinden fazla		
11)	Kendinizi iş yaşamında verimli buluyor musunuz?	a. Evet	b. Hayır	c. Kısmen		
12)	Çalışma ortamınız hakkında düşünceniz ?	Çok iyi	b. İyi	c. Orta	d. Kötü	e. Çok kötü
13)	Sigara içme durumunuzu nasıl tanımlarsınız?	a. Halen içiyorum		b. Bıraktım	c. Hiç içmedim	
14)	Alkol kullanır mısınız?	a-Hiç tüketmem	b-Yılda 1-2 kez	c-Ayda 2-3 kez	d-Haftada 1 kez	e-Haftada 2-3 kez
		f-Her gün				
15)	Tanı konulmuş herhangi bir hastalığınız var mı?	1.Hayır				
		2.Evet	a. Şeker hastalığı	b.Yüksek tansiyon	c.Kalp hastalığı	d.Depresyon
		e. Tiroid hast.	e. Diğer yazınız.....)			
16)	Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?	a. Hayır	b. Evet (Lütfen belirtiniz.....)			
17)	Hepatit B aşılarınızı tam doz yaptırdınız mı?	a. Evet	b. Hayır	c. Emin değilim/bilmiyorum		
18)	Sağlık durumunuz hakkında ne düşünüyorsunuz?	a. Çok iyi	b. İyi	c. Orta	d. Kötü	e. Çok kötü
19)	Kan basıncınızı en son ne zaman ölçtünüz/ölçtürdünüz?	a. 6 ay içinde	b. 6 ay-1 yıl içinde	c. 1-3 yıl içinde	d. 3 yıl ve üstü	e. Hiç ölçtürmedim
20)	Kan şekerinizi en son ne zaman ölçtünüz/ölçtürdünüz?	a. 6 ay içinde	b. 6 ay-1 yıl içinde	c. 1-3 yıl içinde	d. 3 yıl ve üstü	e. Hiç ölçtürmedim
21)	Kolesterolünüzü en son ne zaman ölçtürdünüz?	a. 6 ay içinde	b. 6 ay-1 yıl içinde	c. 1-3 yıl içinde	d. 3 yıl ve üstü	e. Hiç ölçtürmedim
		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi

22)	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
23)	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
24)	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
25)	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
26)	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
27)	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
28)	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
29)	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
30)	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5
31)	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
32)	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
33)	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
34)	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
35)	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5
		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
36)	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
37)	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
38)	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
39)	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
40)	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
41)	Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
42)	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
43)	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
44)	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
45)	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
46)	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
47)	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5
		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
48)	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5