

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HASTANESİNDE İHTİSAS YAPAN ASİSTANLARIN,
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE
RUHSAL SAĞLIK DURUMU

Dr. Elvan Türköl

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMAN

Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ

MALATYA-2012

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitimim boyunca bilgisini ve şefkatini benden esirgemeyen danışmanım Sayın Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ’e,

Bana her zaman kolaylık gösteren, tecrübelerini, deneyimlerini ve değerli bilgilerini benimle paylaşan Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN’a ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri Sayın Prof. Dr. Metin GENÇ’e, Sayın Yrd. Doç. Dr. Ali ÖZER’e, Rize Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Leyla KARAOĞLU’na,

Her koşulda yanımda olan, dostlarım sevgili çalışma arkadaşlarım Sayın Uzm.Dr. Güray ÖZEN’e, Sayın Arş. Grv. Dr. Erdem YILMAZ’a, Sayın Arş. Grv. Çiğdem ÖZ’e ve İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı Öğretim Elemanı Sayın Arş. Grv. Suat TEKİN’e,

Aramızda mesafeler olmasına rağmen e-mail ile bana destek olmaya çalışan biricik Sayın Yrd. Doç. Dr. Mehtap OMAÇ’a ve Sayın Seher OMAÇ’a,

Sevgisini ve merhametini çok aradığım rahmetli babam Mahmut TÜRKOL’a, fedakâr canım annem Lütfiye TÜRKOL’a, kanatlarım, kardeşlerim Bayram TÜRKOL’a ve Ela TÜRKOL ŞİRELİ’ye ve yol arkadaşım “annesinin güzel oğlu” Abdurrahman’a teşekkür ederim.

Dr. Elvan Türkol

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEŞEKKÜR.....	II
İÇİNDEKİLER.....	III
TABLolar DİZİNİ.....	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	X
TANIMLAR VE KISALTMALAR.....	XI
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Yaşam Kalitesi.....	4
2.1.1. Tarihçe.....	4
2.1.2 Tanımı.....	4
2.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi.....	5
2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	6
2.3.1. Kendini Gerçekleştirme.....	7
2.3.2. Sağlık Sorumluluğu.....	8
2.3.3. Fiziksel Aktivite.....	9
2.3.3.1. Fiziksel Aktivitenin Faydaları.....	9
2.3.4. Beslenme.....	10
2.3.5. Kişilerarası İlişkiler.....	11
2.3.6. Stres.....	12
2.3.6.1. Stresle Başa Çıkma.....	12

2.4. Ruh Sağlığı.....	13
2.4.1. Tanımı.....	13
2.4.2. Epidemiyoloji.....	13
2.4.3. Etiyoloji.....	14
2.4.4. Klinik Belirtiler.....	15
2.4.5. Tanı ve Sınıflandırma.....	15
2.4.6. Tedavi ve Korunma.....	15
2.5. Uyku.....	16
2.5.1. Uyku Bozukluğu.....	16
2.6. Sigara.....	17
2.7. İş Memnuniyeti.....	19
2.8. İş Stresi.....	19
2.9. Tükenmişlik (Burnout) Sendromu.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1.Bölge Hakkında Genel Bilgiler.....	23
3.2. Araştırmanın Modeli.....	24
3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklem.....	24
3.2.2. Araştırmaya Katılım Oranı.....	24
3.2.3. Araştırmanın Değişkenleri.....	25
3.2.4. Araştırmada Kullanılan Araçlar.....	25
3.2.5 Verilerin Toplanması ve Analizi.....	28

3.2.6. Araştırmanın Süresi ve Maliyeti.....	29
3.2.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA.....	54
6. SONUÇ , ÖNERİLER ve ÖZET.....	66
7. KAYNAKLAR ve EKLER.....	75

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo no</u>	<u>Sayfa</u>
1. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların tanımlayıcı bazı özellikleri	30
2. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların alışkanlık ve sağlık durumları	31
3. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların çalışılan bölümle ilgili memnuniyet durumu.....	32
4. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların çalıştıkları bilim dallarına göre memnuniyet durumu	33
5. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların çalıştıkları kliniklerdeki aktivite durumları	38
6. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların şiddete maruz kalma durumları.....	39
7. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların SYBD puan ortalamalarının dağılımı	39
8. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların cinsiyete göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları.....	40
9. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların yaş gruplarına göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları	40
10. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların medeni duruma göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları.....	41
11. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların	

çalıştıkları tıp bilim dallarına göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinin	
puan ortalamaları.....	41
12. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların	
bitirdikleri tıp fakültelerine göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinin	
puan ortalamaları.....	42
13. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların	
ekonomik durumuna göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları.....	42
14. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların genel	
sağlık durumuna göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları	43
15. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların sigara	
içme durumuna göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları.....	43
16. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların	
hastalık durumuna göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları	44
17. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların nöbet	
tutma durumuna göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları	44
18. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların çalışma	
yıllarına göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları	45
19. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların	
çalıştıkları bölümlere isteyerek başlama durumuna göre SYBD Ölçeği ve alt	
ölçeklerinin puan ortalamaları	45
20. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların	
çalıştıkları bölümlerle ilgili memnuniyet durumuna göre SYBD Ölçeği ve alt	
ölçeklerinin puan ortalamaları	46

21. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların asistan-hoca ilişki durumuna göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları.....	46
22. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların asistan-yönetici ilişki durumuna göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları.....	47
23. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların asistan-hasta ilişki durumuna göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları.....	47
24. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların asistan-aynı bölüm doktorları ilişki durumuna göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları.....	48
25. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların asistan-diğer bölüm doktorları ilişki durumuna göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları.....	48
26. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların asistan-hasta şiddet durumuna göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları.....	49
27. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların asistan-üst şiddet durumuna göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları.....	49
28. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların yıllık asistan eğitimi alma durumuna göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları.....	50

29. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların	
ulusal toplantılara katılma durumuna göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinin	
puan ortalamaları.....	50
30. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların	
sosyodemografik özelliklerine göre genel ruhsal sağlık durumu	51

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sekil no

Sayfa

1. Maslow'un Gereksinim Kuramı.....7

TANIMLAR ve KISALTMALAR

Araştırmada kullanılan tanımlar ve kısaltmalar aşağıda sıralanmıştır.

WHOQOL : Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi

YK : Yaşam Kalitesi

SYK : Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

DALY (Disability Adjusted Life Years) : İşgöremezliğe Bağlı Yaşam Yılı

ICD (International Classification of Diseases) : Hastalıkların Uluslar arası Sınıflaması

DSM (Diagnostic and Statistical Manual Disorders) : Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel Elkitabı

EEG : Elektroansefalografi

REM (Rapid Eye Movement) uykusu : Derin ve aktif uyku fazı

Non-REM (Non-Rapid Eye Movement) uykusu: Rüyaların görülmediği, sakin ve sessiz uyku dönemi

ÖSYM : Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi

TUS : Tıpta Uzmanlık Sınavı

YDUS : Yan Dal Uzmanlık Eğitimi Sınavı

GSA (General Health Questionnaire-GHQ) : Genel Sağlık Anketi

SYBDÖ : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

SYBD : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

BÖLÜM I

GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nın 1946 yılında sağlığı “Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali “ olarak tanımlamasından sonra “Yaşam Kalitesi” kavramına karşı merak son yıllarda artmıştır (1).

“Yaşam Kalitesi”ne ilginin son zamanlarda artmasının bir diğer nedeni de teknolojik gelişmeyle birlikte sağlık alanında da önemli ilerlemeler olmasıdır.

Çağımızda çoğu hastalık tedavi edilebilmektedir. Böylelikle yaşam süresi uzamış ve kronik hastalıklarla mücadele önem kazanmıştır. Ayrıca hastalıklar için etkili ilaçların ortaya çıkmasıyla, bu ilaçlar arasındaki farkı da belirleyen hastanın tedavi sırasındaki konforu olduğundan hastaların yaşam kalitesi daha önemli bir hale gelmektedir (2).

“Bireyin günlük etkinliklerini herhangi bir bedensel ve ruhsal rahatsızlık duymadan gerçekleştirmesi anlamına gelen “sağlamlık” ya da “zindelik” özelliği de sağlığın tanımında yer almaktadır (3). Sağlığı etkileyen dört temel etmen vardır;

1-Sağlık Hizmetleri

2- Genetik

3-Bireyin Davranışları

4- Sosyo-Ekonomik ve Fiziksel Çevre (3).

Sağlık, bu dört temel unsurdan her zaman etkilenmektedir. Son yirmi yıllık dönemde sağlık otoriterleri, sağlığın tüm bileşenleri ve etkileyen faktörler yanında yaşam kalitesi konularına giderek artan bir ilgi göstermişlerdir. Tıp sahasında özellikle ruh sağlığı alanındaki başvurular üzerine yaşam kalitesini ölçme, temel içeriğini anlama ve kavramı ile ilgili birçok araştırma yapılmıştır (4).

Günümüzde ruh sağlığı ve hastalıklarına geçmişe oranla daha fazla ilgi gösterilmektedir. Bunun en önemli nedenleri sağlığa getirilen bütüncül düşünce, ekonomik, sosyal ve teknolojik gelişmelerin kişilerin ruhsal yaşamları ve yaşam kaliteleri üzerindeki olumsuz etkileridir (5).

Sağlıkta yaşam kalitesi; İki komponenti olan iyilik halidir; bunlardan birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini temsil eden gündelik faaliyetleri yürütebilme yeteneğidir, ikincisi ise işlev görme ve hastalıkların kontrolünün düzeyi ile ortaya çıkan hasta doyumudur.

- Yaşamın iyi ve doyum sağlayan karakterinin bir bütün olarak, öznel biçimde algılanmasıdır.

- Hastanın beklentileri ile erişebildiklerinin arasındaki uçurumun olabildiğince az olmasıdır.

- Bir hastalığın ve ona bağlı tedavinin hastada yarattığı işlevsel etkilerin hasta tarafından öznel biçimde algılanışıdır.

- Bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denen genel durumdan sağladığı doyumun bir bütün olarak ifadesidir.

- Hastanın, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili algısıdır (6).

Çağımız sağlık anlayışı toplumun sağlığını korumayı, sürdürmeyi ve geliştirmeyi hedeflemektedir. Ancak sağlıklı bireylerle sağlıklı bir toplum oluşturulabilmektedir. Bu nedenle bireylere kendi sağlık durumlarını koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek olumlu davranışlar kazanmaları ve kendi sağlıkları için doğru kararlar almaları adına yardım edilmesi gerekmektedir (7).

DSÖ verilerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin sebebi yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan davranışlardır (8).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen, tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır(9). Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini devam ettirebildiği gibi, sağlık durumunu da daha iyi bir seviyeye getirebilir (10, 11, 12).

Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür (13, 14, 15). Eğitimle gelişen ve değişen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bireye kazandırılmasında toplum ve aile vazgeçilmez iki öğedir (16).

Öncelikle sağlık çalışanları kendi yaşam biçimlerini düzeltmelidirler. Çünkü bu davranışların geliştirilmesi ve devam ettirilmesinde mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet ettikleri insanları etkileme özelliğine sahiptirler.

Bu araştırmanın amacı, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanların sağlığın geliştirilmesine yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ruhsal sağlık durumlarının belirlenmesi, bunların sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi, sağlıklı yaşam biçimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve asistanlara sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda öneriler sunmaktır.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1 YAŞAM KALİTESİ

2.1.1 Tarihçe;

Son yıllarda gerek, sosyal gerek tıp bilimlerinde çok fazla kullanılmakta olan ”Yaşam Kalitesi” kavramının tarihi çok eski zamanlara kadar dayanmaktadır.

Aristo ve sonrasında gelen birçok filozofa göre yaşamın temel amacı yaşamın izin verdiği en yüksek düzeye ve en iyi duruma sahip olmaktır. Bu amaca ulaşan kişi en yüksek yaşam kalitesine sahip olur (17).

Hipokrat zamanında da hekimlere, hastaların tedavisi sırasında iyilik hallerinin en üst düzeye çıkarılması konusunda sorumluluk almaları öğretilmekteydi (17).

Tıp literatüründe yaşam kalitesi terimi ilk defa Long’un 1960 yılında yayınladığı “On the Quantity and Quality of life” isimli makalesinde geçmektedir (18).

2.1.2 Tanımı;

Yaşam kalitesi içerisinde pek çok alanı barındıran çok yönlü bir kavramdır. Toplumlar arasında önemli farklılıklar gösterdiği gibi aynı toplumdaki bireyler arasında bile değişkenlik gösterebilmektedir (19, 20).

Calman ve arkadaşları, yaşam kalitesini hastaların beklentileri ile elde ettikleri arasındaki fark olarak, Gill ve arkadaşları ise “hastaların kendi sağlık durumları ve/veya yaşamlarının sağlık dışında kalan kısmı ile ilgili olarak hissettiklerini gösteren, kişisel algısı” olarak tanımlamaktadır (21,22).

Yaşam kalitesinde amaç; bireylerin kendi psikolojik, sosyal, fiziksel işlevlerinden ve ekonomik durumlarından ne kadar memnun ya da memnun olmadıklarının saptanmasıdır (23).

Yaşam kalitesi; Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) “sağlık” tanımından yola çıkarak kişinin yaşadığı yer, kültür ve değer yargıları içinde hedefleri, beklentileri, standartları ve endişelerini algılama biçimi olarak tanımlanır (24).

Yaşam kalitesi, kişinin sağlığı ve yaşamındaki tıp dışı olayları algılaması ve yorumlamasının vücuda yansımasıdır. Kişinin gereksinimleri ve beklentileri karşılandığı zaman yaşam kalitesi yükselir (25).

Bu tanımlara dayanarak yaşam kalitesi kavramında yaşam doyumu, öznel iyi olma, mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik gibi bileşenler öne çıkmaktadır (26, 27).

Yaşam doyumu ve öznel iyi olma duygusu bir kişinin yaşamının kalitesinin belirli kriterlere göre değerlendirilmesi şeklinde tanımlanabilir. Doyum düzeyi beklenen ile elde edilen başarı arasındaki birey tarafından algılanan fark olarak tanımlanmaktadır (28). İşlevsel yeterlilik, bireyin temel ihtiyaçlarını karşılamak, her zamanki rolünü, sağlık ve iyilik halini devam ettirmek için günlük işlevlerini yerine getirmedeki yeterliliğidir (29). Sosyal iyilik hali ise bireyin kendisi, ailesi, arkadaşları, yaşadığı toplum, ekonomik durumu, kişisel başarılarını içeren bir bütündür.

2.2 SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ (SYK);

“Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SYK)”, bir bireyin ve grubun bedensel ve ruhsal sağlık algısıdır. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SYK) bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Bu yüzden bu iki kavram birbirleriyle yakından ilişkili kavramlardır. Bir görüşe göre Yaşam Kalitesi (YK) ve SYK birbirinden ayrılarak incelenmeliyken diğer bir görüşe göre aslında yaşam kalitesinin tüm boyutları sağlıkla ilgili yaşam kalitesini de belirler ve bunları birbirlerinden ayırmak olanaksızdır. Örneğin gelir düzeyi, sosyal olanaklar, politik ortam, çevre koşulları ve kişisel inançlar genel yaşam kalitesinin içinde değerlendirilirken bunları sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde ayrı düşünmek bizi genellikle yanılgıya götürür, çünkü bunların çoğu sağlık sorunlarını belirleyen temel faktörlerdir (30,31).

Yine de genel kabul gören sınıflamaya göre SYK, YK boyutlarının doğrudan bireyin sağlığı ile ilgili kısımlarını içerir. İnsandan insana YK ve SYK 'ne atfedilen önem farklılık gösterir. Sağlığı çok iyi olan bir birey için sağlıkla ilgili olmayan YK

bileşenleri (örneğin; değerler, inançlar, sosyal ilişkiler, ekonomik durum, hava ve su kalitesi gibi çevrenin fiziksel koşulları, okul, güvenlik, sosyal statü vb.) önemli olurken, süregelen hastalığı olan bir birey için bedensel, psikolojik sağlık durumu gibi SYK bileşenleri daha önemlidir (31).

Yaşam Kalitesi 4 ana alanda (boyutta) ortaya çıkar:

1-Kişisel iç alan (değerler, inançlar, arzular, kişisel hedefler, sorunlarla başa çıkma vb.)

2-Kişisel sosyal alan (aile yapısı, gelir durumu, iş durumu, toplumun tanıdığı olanaklar vb.)

3-Dışsal doğal çevre alanı (hava, su kalitesi vb.)

4-Dışsal toplumsal çevre alanı (kültürel, sosyal ve dini kurumlar, toplumsal olanaklar, okul, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım, alışveriş vb.) (31).

2.3 SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI;

Bireylerin davranışları, kişisel gereksinimleriyle ve çevreleri ile ilgili olarak kararlar verme ve doğru seçimlerde bulunma durumlarıdır. Kişiler seçimlerini, o konudaki bilgi ve motivasyonlarına (güdülenme) bağlı olarak yaparlar (32).

Sağlık eğitimi ile temel olarak, sağlığı toplumsal bir değer haline getirmek, halkı sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerilerle donatmak, sağlık hizmetlerinin gelişmesini sağlamak amaçlanır (32).

Sağlığı geliştirme; kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırmayı ve geliştirmeyi olanaklı kılan bir yöntemdir. Sağlığı geliştirme, sağlık eğitimini de içine alarak, ancak daha da ötesinde; risk altındaki bireylerin ya da herhangi bir grubun davranışının kontrol edilmesinin gerisinde yatan temel bir sorun olduğunda, örgütsel, çevresel ve ekonomik destekleri de içermektedir (32).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bireyin sağlık sorumluluğunu alma, kendini gerçekleştirme, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarını içermektedir (33).

Hastalık ve sağlık kavramları gelenek, görenek, inanış ve insanların geçmiş tecrübelerine göre farklılık gösterse de, uygun sağlık eğitimi ile sağlıklı yaşam davranış biçimleri oluşturulabilir.

Bu davranışları uygulamaya dönüştüren birey, sağlıklı olma halini devam ettirebildiği gibi sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye taşıyabilir. Bu nedenle sunulacak sağlık hizmetleri; sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirmeye yönelik olmalıdır. Bu davranışların geliştirilmesi ve devam ettirilmesinde sağlık çalışanlarının da önemi göz ardı edilemez.

2.3.1 KENDİNİ GERÇEKLEŞTİRME;

İnsan davranışlarını inceleyen psikologlara göre, bireyin davranışlarının en önemli belirleyicisi ‘benlik kavramı’, davranışlarını yöneten en önemli güdü de kendini gerçekleştirme güdüsüdür. Maslow’ a göre kendini gerçekleştirme, bireyin tümüyle odaklanarak ve özümseyerek yaşam dolu ve coşku ile yaşamasıdır (34). Maslow, insan gereksinimlerini önem sırasına dizerek bir gereksinim hiyerarşisi ortaya koymuştur. Temel insan gereksinimi şekil 1’de gösterilmiştir:

Şekil 1. Maslow’un Gereksinim Kuramı



Şekil 1. Maslow’un Gereksinim Kuramı (35).

Kendini gerçekleştirme, gereksinim hiyerarşisinin st basamağında bulunur. Maslow’a göre fizyolojik, güvenlik, ait olma, sevgi, saygınlık ve kendini gerçekleştirme bireyin gereksinimleridir. İnsanın alt düzeydeki fizyolojik gereksinimleri karşılandıktan sonra, st düzeydeki psikososyal gereksinimleri ortaya çıkar. Maslow’a göre gerçekçi olma, kendini, başkalarını ve doğayı kabul etme, problemlerin çözümüne dönük olma, otonomi sahibi olma, insanlara karşı empati, sempati, acıma duygularını geliştirme, demokratik karakter yapısına sahip olma, amacı araçtan ayırma, filozofik gülmece duygusu geliştirme, yaratıcı olma, özel ve yalnız yaşamdan zevk alma, günlük yaşamında yenilikler bulabilme, iinden geldiğı gibi davranma niteliklerine sahip olan kişiler kendini gerçekleştirme yolunda sağlıklı bireylerdir (35).

Kendini gerçekleştirmiş bireyler, kendilerinin güçlü ve zayıf yönlerini bilir, planlı ve programlı bir şekilde belli bir amaca ve hedefe yönelik bir yaşam sürerler, başarılarının farkındadırlar. Bireyin kendinden memnun olması, kendini değeri hissetmesi de onun kendini gerçekleştirdiğini gösterir (36).

Sağlık personelinin de öncelikle kendilerini, kendini gerçekleştirme konusunda geliştirmeleri ve sonrasında hizmet ettikleri bireyleri kendini gerçekleştirme konusunda desteklemeleri gerekmektedir.

2.3.2 SAĞLIK SORUMLULUĞU;

Sağlık sorumluluğı, bireyin kendi sağığı için koruyucu ve sağığını geliştirici davranışlara yönelik tutum ve davranış değışikliğı göstermesidir. Bu tutum ve davranışların yerine getirilmesi, bireyin sağığına önem verdiğini gösterir (37).

Bireyin sağığına yönelik sorumluluk düzeyi; bedenini ve kendini tanınması, sağığında değışiklikler olduğunda gerekli tedbirleri alması, bir sağık kuruluşuna gitmesi, düzenli aralıklarla taramalar yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklığına dikkat etmesi, sağıkla ilgili konuları, yayınları takip etmesi, sağığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi ile belirlenir (37).

2.3.3 FİZİKSEL AKTİVİTE;

Fiziksel aktivite ve egzersiz; koruyucu sağlık yaklaşımının bir aracı olarak bireyin sağlığını geliştiren, gelişmiş durumunu devam ettiren, yorgunluğa ve hastalıklara karşı direncini arttıran hareketlerin toplamıdır (38).

Sağlık, kaliteli yaşamın olmazsa olmaz koşulu olarak kabul edildiğine göre, teknolojik gelişmelerle günlük aktivite yoğunluğunu azaltmak her ne kadar yaşamı kolaylaştırırsa da uzun vadede hareketsiz bireylerin sayısını arttırmakta ve sağlığı olumsuz etkilemektedir (39).

Son yıllarda tüm dünyada mücadelesi yoğun bir şekilde devam eden, uzun süreli enerji dengesizliği sonucunda oluşan ve birçok hastalığın ortaya çıkmasına zemin hazırlayarak yaşam süresini ve kalitesini olumsuz yönde etkileyen şişmanlığın (obezite) en önemli sebeplerinden biri fiziksel aktivitenin yetersiz olmasıdır. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de obezitenin görülme sıklığı gittikçe artmakta, görülme yaşı düşmekte ve sağlık üzerindeki etkileri ciddi boyutlara ulaşmaktadır (40).

DSÖ tarafından 54. Dünya Assamblesi'nde 2002 yılı için konu “sağlık için zinde olmak “olarak önerilmiş ve yılın sloganı “ sağlık için hareket et “ (move for health) olmuştur (41).

Egzersiz yokluğu ve düşük fiziksel uygunluk seviyesi hastalık ve erken ölümler için çok önemli bir risk faktörüdür. Düzenli fiziksel aktivitenin, hipokinetik hastalıkları, bu hastalıklara bağlı erken ölümleri önlediği ve sağlık yönünden kalitesi yüksek bir hayat sağladığı ortaya çıkmıştır (38).

2.3.3.1 Fiziksel aktivitenin faydaları;

- Kalp-damar fonksiyonlarının ve solunumun geliştirilmesi,
- Koroner damar hastalığı risk faktörlerinin önlenmesi,
- Diabetin önlenmesi,
- Kilo kontrolü

- Sağlıklı kemik, kas ve eklem yapısının oluşturulması ve devam ettirilmesi,

- Anksiyete ve depresyonun azaltılması,

- Kendini iyi hissetme, iyi olma halinin arttırılması,

Spor, rekreasyonel ve iş aktivitelerindeki performansın kazandırılması ve arttırılması (38).

2.3.4 BESLENME;

Yeterli ve dengeli beslenme, hayatımızın her döneminde önemli bir yer tutmaktadır. Sağlıklı beslenme ile sağlıklı nesiller oluşmakta bu da toplum sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. İş hayatında da başarılı ve sağlıklı olabilmenin en önemli etkenlerinden biri hiç şüphesiz sağlıklı beslenmedir. Çünkü toplumun ve onu oluşturan bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmesinde, ekonomik ve sosyal yönden gelişmesinde, refah düzeyinin artmasında, yeterli ve dengeli beslenme temel koşullardan birisi, belki de en önemlisidir (42).

Beslenme; sağlıklı yaşamın sürdürülmesi, korunması ve geliştirilmesi için besinlerin kullanılmasıdır. Beslenmede amaç, bireyin yaşı, cinsiyeti, fiziksel aktivitesi ve içinde bulunduğu fizyolojik duruma göre gereksinimi olan enerji ve besin öğelerini yeterli ve dengeli miktarlarda almasıdır (42).

Yeterli beslenme, genellikle vücudun yaşamı ve çalışmasını sürdürebilmesi için gerekli enerjinin sağlanması anlamına gelir. Dengeli beslenme ise, enerji yanında bütün besin öğelerinin (karbonhidrat, protein, yağ, vitaminler, mineraller, su) gereksinim kadar sağlanmasıdır (42).

İnsanın besin ihtiyacı sosyal konumuna göre değişmez. Büyüme çağında bedenin birimi başına ihtiyacı olan enerji ve besin miktarı yetişkinliğe göre doğal olarak daha fazladır. Yaş ilerledikçe enerji ihtiyacı azalırken, vücut hücrelerinde oluşan tahribatı en az seviyede tutmak için bazı besin öğelerine olan ihtiyaç artar. Beden

yapısındaki farklılıktan dolayı erkeklerin enerji gereksinmesi kadınlardan daha fazladır (43).

Bireyin besin ihtiyacını etkileyen en önemli faktör fiziksel aktivite durumudur. İnsan bedeni termodinamik kurala göre çalışır yani enerji üretimine karşılık enerji tüketimidir. Bireyin beden çalışması arttıkça besin tüketiminin de artması, azaldıkça azalması gerekir. Bunun dengelenmemesi boya uygun beden ağırlığının dengesini bozar ve sağlık sorunları oluşur. Genelde insanın sosyo-ekonomik statüsü yükseldikçe beden gücüyle iş yapmak yerine, oturarak çalışmakta ve tükettiği besinlerin enerji ve besin öğeleri yoğunluğu artmakta; sosyo-ekonomik durum düştükçe, beden çalışması artarken besin tüketimi azalmaktadır. Bu dengesizlik çeşitli beslenme ve bununla ilgili sağlık sorunlarına sebep olmaktadır (43).

Yetersiz ve dengesiz beslenme; bazı hastalıkların oluşmasında doğrudan (pellegra, beriberi, skorbüt, anemi, raşitizm vb.) bazılarında ise dolaylı (enfeksiyon hastalıkları, kalp-damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, karaciğer hastalıkları, şişmanlık vb.) bir nedendir (42).

Vücudun gereksinimi olan besin öğeleri ve diğer sağlıklı öğeleri yeterli miktarda almak için her öğünde dört ana besin grubundan (süt ve ürünleri, et, yumurta, kurubaklagil, sebze ve meyveler, tahıllar) önerilen düzeylerde tüketmek, besinleri besin öğesi kayıplarını önleyecek ilkeler doğrultusunda hazırlayıp, pişirip, saklamak gerekir (44).

2.3.5 KİŞİLERARASI İLİŞKİLER;

Bireyin sağlığını sürdürmesi ve geliştirmesinde kullandığı destek sistemlerini bilmek uygulanacak sağlıklı geliştirme programları için önemlidir (45).

Kişilerarası destek, bireylerin birbirleriyle olan ikili veya grup ilişkileri sonucu elde edilen ve sağlığı geliştirmede önemli bir olgudur. Kişilerarası destek ilişkinin niteliğine, sürekliliğine ve düzeyine bağlıdır. Bireye destek veren kişi/kişiler, koşulsuz bir yaklaşımla ve güven verici tutumları ile iletişimin ve yardımın nitelik kazanmasını sağlarlar ve asıl gereksinimin açığa çıkmasına, bireyin baş etme yeteneğinin artmasına katkıda bulunmuş olurlar (46).

2.3.6 STRES;

Günümüz toplumunun hastalığı olarak ifade edilen stres, günlük hayatın bir parçasıdır. Çoğu insan, farkında olmasa da yoğun bir stres yüküne sahiptir. Günlük yaşamımızda değişikliğe sebep olan herhangi bir şey, stres vericidir. Vücut sağlığımızda oluşabilecek bir değişiklik de strese neden olur. Mental değişiklikler de somut değişiklikler kadar strese neden olur (47).

Stresin ortaya çıkardığı problemler, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve bireyin günlük sorunlar karşısında güçsüz kalmasına neden olmaktadır (48).

2.3.6.1 Stresle Başa Çıkma;

Stres, dengeyi bozan bir faktördür. Stresörle karşılaşan organizma dengesini devam ettirebilmek için çeşitli baş etme yöntemleri kullanır (49).

Bireyin karşılaştığı durumun stres kaynağı olup olmadığı ve bununla baş etme açısından kendini değerlendirmesinde kişinin benlik saygısı, kişilik yapısı, içinde yaşadığı kültürel değerler, olayın olduğu bağlam, o andaki duygusal durumu, fiziksel özellikleri ve cinsiyeti gibi algısını etkileyen özelliklerin tümü önemli belirleyicilerdir (50).

Folkman ve Lazarus tarafından başa çıkma, problem ve duygu odaklı olmak üzere iki başlıkta ele alınmıştır. Problem odaklı başa çıkma, stres unsurlarını direkt değiştirme ve aynı zamanda bilişsel ve davranışsal girişimler de stres oluşturan durumları yok sayma ya da azaltmadır. Duygu odaklı başa çıkma ise stres oluşturan durumun varlığını yok sayma, sorundan uzaklaşma ve yaşanan olumsuz duyguları paylaşmayı ve duygusal durumlara sebep olan tepkileri kontrol altına almayı içerir (51,52).

2.4 RUH SAĞLIĞI;

2.4.1 Tanımı;

Sağlık durumunun “hastalık” durumuna göre tanımlamasının daha zor olması nedeniyle, ruh sağlığının tanımını yapmak da güçtür. Bireyin herhangi bir ruhsal bozukluğa sahip olmaması, sağlıklı ya da normal diyebilmek için yeterli olmamaktadır. Burada toplumlara, kültürlere ve bireylere göre değişebilen normal ve anormal kavramları işin içine girmektedir. Bununla birlikte klinik açıdan normal tanımlayabilmek için şu görüşler ortaya atılmıştır (53):

- Çevreye uyum yapabilme,
- Bireyde aşırı bunaltının (anksiyete) ya da başka psikiyatrik belirtinin olmaması
- Psikanalitik açıdan id, ego, süper ego arasındaki denge,
- Kişilik gelişimi kuramı açısından insan yaşamının sekize bölünen her evresinin (Temel güven, Özerklik, Girişim, Çalışma ve Yapıcılık, Kimlik, Yakınlaşma, Üretkenlik, Benlik bütünlüğü) uygun biçimde tamamlanması.

Hasta ya da bir ruhsal bozukluğu olan kişinin duygu, düşünce ve davranışlarında değişik düzeylerde olmakla birlikte tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik bulunmaktadır.

Ruh sağlığı ve bozuklukları bilimi, kişinin zihinsel, duygusal yetilerinde, davranışlarında, çevreye uyumunda görülen bozuklukların incelenmesi, tanımlanması, sınıflandırılması, tedavi ve korunması ile uğraşmaktır (53).

2.4.2 Epidemiyoloji;

DSÖ başkanı G.H.Bruntland’a göre; ruhsal bozukluklar, son yıllarda hızla artmıştır. Bu bozukluklar ölümcül değildir, ancak insan yaşamında büyük kayıplara sebep olurlar. Ruhsal bozuklukların artmasının sebepleri incelendiğinde, çağımız için insanın yaşam beklentisinin uzaması sayılabilir. Bir bakıma “beden, aklı geçmiştir”. Bunun en iyi göstergesi Alzheimer ve diğer demansiyel hastalıklara bağlı yaşam yılına

uyarlanmış yetersizlik nedenli kayıpların (DALY-Disability Adjusted Life Years: işgöremezliğe bağlı yaşam yılı) artmış olmasıdır. İkinci bir neden, aile ve sosyal bağların eskiye nazaran azalmış olması, bir diğeri de yaşamı tehdit eden açık ya da gizli savaşlar ve karışıklıklardır (54).

Araştırmacılar “toplumsal yaşamdaki teknoloji kökenli ani değişiklikler, ailesel ve sosyal destek sistemlerindeki ve iletişimdeki değişiklikler ve yaşamın ticarileşmesi, insanın değer sisteminde giderek artan bir bozulma ve yabancılaşmanın ortaya çıkması çağımızdaki depresyon ve diğer ruhsal bozukluk epidemisini açıklayabilir” demektedir (54).

Ruhsal bozukluklar bugün bir halk sağlığı sorunu haline gelmiş olduğundan bir toplumda ruhsal bozuklukların yaygınlığının, riskli gruplarının, toplumun bu bozukluklara bakışının, tutum ve inançlarının, toplumun nasıl eğitilebileceğinin bilinmesi, tedavi seçeneklerinin en uygun biçimde değerlendirilmesi ve ülkenin ruh sağlığı politikasını bu doğrultuda gerçekleştirmesi büyük önem taşımaktadır (54,55).

2.4.3 Etiyoloji;

Ruhsal bozuklukların oluş nedenlerine yönelik genel bir ayırım üç bölümde ele alınmaktadır:

1-Biyolojik etkenler: Kalıtım, beden yapısı, beslenme yetersizlikleri ve bozuklukları, fizik travmalar (doğumdan önce, doğum sırasında ve doğumdan sonra).

2-Psikolojik etkenler:

a)Çocukluk çağına ilişkin aşırı engellemeler ve zorlanma (stres) etkenleri: Yetersiz annelik, ihmal, reddedilme, çocuğun aşırı korunması, aşırı doyurulması, bağımlılığın sürdürülmesi, aile yaşantısının düzensizliği, ailenin parçalanması, yıkılması, aşırı ahlak değerleri ve baskı, psikotik, nörotik anne-baba, eğitim olanaklarının yetersizliği, düzensizliği, bozukluğu vb.

b)Yetişkin yaşamda karşılaşılan engellenmeler ve çatışmalar: Gerçek ya da imgesel başarısızlıklar, gerçek ya da imgesel yitimler, çocukluktan kalma saplantı ve çatışmalar, bozuk yaşam koşulları gibi.

3-Toplumsal etkenler: Toplumun eğitim ve yetiştirme geleneklerinin bozuk oluşu, azınlık grupları, ayrıcalıklı yetişen gruplar, topluma (örneğin ideolojik ya da dinsel gruplara) aşırı bağlanıp kendini yitirme, toplumsal streslerden savaş, işsizlik, azınlık-cinsiyet ayrımları, hızlı sosyal değişmeler, göçler, ağır toplumsal krizler, baskılar, sosyo-ekonomik yoksunluklar (53).

2.4.4 Klinik Belirtiler;

Tüm ruhsal bozuklukların birbirinden farklı, çok yönlü ve çok çeşitli belirtileri vardır. Klinik olarak bireye tanı konabilmesi için normal-anormal kavramı üzerinden ilk değerlendirme yapılarak başlanmalıdır. Hastanın genel görünümünden dil ve konuşmaya, bilişsel süreçlerine, algı durumuna, düşünce yapısına, duygulanım ve duygu durumuna ve motor davranışına kadar birçok alanda, çeşitli belirtiler görülebilmektedir (56).

2.4.5 Tanı ve Sınıflandırma;

Hastalıkların önlenmesi ve uygun tedavinin yapılabilmesi için iyi bir biçimde tanımlanması, tanı konması ve sınıflandırılmasının yapılması gereklidir. Ruhsal bozukluklar için de artık öznel izlenim ve tanımlardan uzak, belirli ölçütlere oturtulmuş tanı ve sınıflandırma dizgeleri kullanılmaktadır (56).

Türkiye’de hem ICD (International Classification of Diseases), hem de DSM(Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel Elkitabı-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı ölçütleri ve sınıflandırma sistemleri kullanılmaktadır. Ancak ruh hekimlerinin bir kısmı uluslararası kullanımda olan ve devletleri bağlayan anlaşmalarda kullanılan ICD dizgesinin kullanımının daha yerinde olacağını düşünmektedirler. Bunun yanında, bireylere sadece ölçeklerle tanı koymanın ruh sağlığı ve bozuklukları bilimini tamamen nozoloji (tanı bilimi) durumuna getirme biçiminde büyük bir tehlikesi olduğuna işaret edilmektedir (53,56).

2.4.6 Tedavi ve Korunma

Ruhsal bozuklukların tedavisi, insanın biyopsikososyal bir bütün olması ve ruhsal bozuklukların çok etkenli süreçler olarak ele alınması nedeniyle çok yönlüdür.

İlaç ve somatik tedavilerin yanında bireylerin kendileri dışında ailelerini, yaşadıkları ortamı ve çevreyi kapsayacak biçimde psikoterapötik ve psikososyal yaklaşımlar hekime geç başvururlar, hatta başvurmazlar. Toplumsal önyargılar azalmış olmakla birlikte, dünyada halen ruhsal bozukluğu olanlara yönelik damgalama (stigmatizasyon) eğilimi sürmektedir. Hem kişi, hem de ailesi ve çevresi bundan çok büyük boyutlarda etkilenmektedir. Bu nedenlerle son yıllarda ruhsal bozukluklara ilişkin koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin toplum düzeyinde ele alınması eğilimi ağırlık kazanmıştır (53,57).

2.5 UYKU;

Uyku sanıldığı gibi organizmanın işlevlerinde pasif bir yavaşlama ve sessizliğe geçiş durumu değildir. Uykuya geçme ve uykunun sürmesi etkin (aktif) bir süreçtir ve karmaşık nörofizyolojik, biyokimyasal düzenekleri içerir. Uykuda beynin etkin olarak çalıştığı, nörofizyolojik bir toparlanma ve onarım yapıldığı, uyanırken öğrenilenleri ayıklama ve depolama, beyin korteksinde uyanıklık için etkin hazırlanma süreçlerinin olduğu da ileri sürülmektedir (58).

Uyku, yaşamın yaklaşık üçte birini almaktadır. Uyku-uyanıklık siklusunun yaş ile birlikte değişim gösterdiği, yenidoğan bir bebek günde 16-20 saat uyurken, erişkinde bu sürenin ortalama 6.5 saate düştüğü bilinmektedir. Yaş ilerledikçe uykunun ritmisitesi de bozulmakta, gece uyanmaları ve uyku bozuklukları da daha sık görülmektedir (59).

2.5.1 Uyku Bozukluğu;

Sirkadian ritim, bedenin uyku faaliyetlerinin zamanını düzenlemektedir. Özellikle gece çalışanlar ve uyku bozukluğu olanların uyku faaliyetlerini düzenlemeye çalışır. Uyku-Uyanıklık dışında, vücut ısı dalgalanmaları, kan basıncı, yorgunluk-dinçlik, psikolojik durum, stres, fiziksel ve zihinsel faaliyetler sirkadian ritm tarafından düzenlenmeye çalışılır. Gündüz uyanık olup, gece uyumaya senkronize olmuş biyolojik saatimiz, gece çalışmaya başlamamız ile birlikte yeni duruma uyum sağlamaya çalışır, bu uyum günler ve hatta haftalar boyunca devam etmektedir. Uyku-uyanıklık ritminin yeni bir saat düzenine uyumu, diğer ritimlere göre daha çabuk ve kolay da olsa, en az 5 gün sürmektedir. Bu nedenle bu süreden daha kısa süre ile yapılan vardiya değişiklikleri

yeni düzene henüz uyum sağlayamayan organizmayı yeniden uyum yapmak zorunda bırakacaktır (60).

Gece mesaisinde çalışmak bireyin aşırı yorulmasına, bireylerin verimliliğinin düşmesine ve sirkadian ritmin değişmesine sebep olur. Vardiya sistemi ile çalışanlarda uyku problemi ortaya çıkar. Gece mesaisinde çalışan işçilerde gündüz çalışanlara göre iş sırasında 2-5 kat daha fazla uyku eğilimi olduğu gözlenmiştir (60).

Türkiye’de ve dünyada artış gösteren ve hekimlerin sıklıkla karşılaştığı bir sorun olan uyku bozuklukları başlı başına birer hastalık olabildiği gibi psikiyatrik hastalıklar ve bazı iç hastalıklarının önemli bir belirtisi de olabilir. Ayrıca, bu gibi problemler tıbbi ve psikiyatrik durumların gelişmesine ya da alevlenmesine neden olabilir (61).

Her ne kadar zamanı, süresi ve içeriği sağlıklı kişilerde değişse ve yaşa da bağlı olarak değişiklikler gösterse de çoğu yetişkin gecede yedi-sekiz saat uyur. Yaşamın uçları olan bebeklik ve yaşlılıkta uyku sık sık bölünür (61).

Yaşamı tehdit eden kazalar, iş verimliliğinde ciddi kayıplar ve psikososyal işlevlerde önemli bozukluklara yol açabilen uyku bozuklukları, sıklığı bakımından büyük önemi olan halk sağlığı sorunlarıdır. Bu nedenle toplumda uyku bozukluklarının değerlendirilmesi, bu bozukluğu olan insanların bilinçlendirilmesi ve tedavi almaya teşvik edilmesi hayati önem taşır (62).

Uyku bozuklukları ve uykululuk durumu sağlık meslekleri mensupları gibi gece nöbetine kalma zorunluluğu olan ya da vardiyalı çalışan meslek grupları için daha da önem kazanmaktadır.

2.6 SİGARA ;

Sigara içme pek çok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede olduğu gibi ülkemiz için de önemli bir sağlık sorunudur. Hem kullanan kişiye verdiği zararlar hem de pasif içiciler üzerindeki etkileri de sigara içme alışkanlığının diğer bir önemli boyutudur (63).

Sigara kullanımı önlenabilir erken ölüm ve sakatlık nedenlerinin başında gelmektedir. Sigarayı “dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgını” olarak tanımlayan DSÖ ‘nün verilerine göre, her 10 erişkinden birisi tütün ürünleri

kullanımının sonuçlarına bağılı nedenlerden dolayı yaşamını yitirmekte, her yıl 5 milyon ölüm meydana gelmektedir (64).

Sanayileşmiş ölkelerde sigara içme oranları erkeklerde giderek azalma gösterirken kadınlarda artış göstermekte, erkeklere yaklaşımaktadır. Gelişmemiş ve gelişmekte olan ölkelerde genel olarak artış eğilimi vardır, ancak kadınlardaki oran erkeklere göre daha düşüktür (63).

Sigara içmek bir yetişkin alışkanlığı gibi görölsede gençlerin kendi bağımsızlık hislerini kanıtlamak şeklinde başlayan özentileri zamanla tütüne bağımlılık halini almaktadır. Sigaraya başlama yaşının ilkokul çağlarına kadar düştüğü ölkemizde özellikle 20 yaş altındaki gençlerin sosyal çevre, arkadaş grubu, merak, heves ve özentisi ile ilk içiciliğe başladığı görölmektedir (65).

Gelişmiş ölkelerde sigara karşıtı örgütlerin yaptığı çalışmalar, özel bıraktırma kampanyaları, halkın sigaranın zararları konusunda bilgilenip bilinçlendirilmeleri ve hukuki düzenlemeler sonucunda tüketimin azalmasına karşın, bizimde içinde bulunduğumuz gelişmekte olan ölkelerde tüketim artmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ölkeleri, gençleri ve kadınları kendilerine hedef seçmiş ve bu konuda da başarılı olmuş olan sigara üreten firmalar reklam kampanyalarını yoğun şekilde devam ettirmekte, insanları değişik yönlerde etkilemektedirler. Çoğu araştırmada sigaraya başlama yaşının çoğunlukla 20 yaşın altında olması bu durumu desteklemektedir (66).

Ölkemizde her yıl 100.000 vatandaşımız erken yaşlarda sigaradan hayatını kaybetmekte olup, gerekli önlemler alınmazsa önümüzdeki 20 yılda bu sayı 250.000'e çıkacaktır. Sigaranın yol açtığı ölümler trafik, terör, iş kazaları vb. gibi tüm ölümlerin toplamından 5 kat daha fazladır. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü dünyada en büyük sağlık sorununun sigara olduğunu ilan etmiştir (67).

Tüm sağlık personeli topluma koruyucu ve tedavi edici hizmet verdikleri için, sigara içmeyerek ve sigara bıraktırma kampanyalarına bizzat katılarak da eğitim verme ve örnek birey olma özelliklerini göstermelidirler (68).

2.7 İŞ MEMNUNİYETİ ;

İnsan, gününün önemli bir kısmını işinde geçiriyor ve bunu da en az 20-25 yıl devam ettiriyorsa, onun yaşamında mutlu olabilmesi için işinden tatmin alması hem organik hem de psikolojik varlığı açısından şarttır (69).

Çalışan tatmini, çalışanların işlerinden duydukları hoşnutluk veya hoşnutsuzluk ve işin özellikleri ile çalışanların beklenti ve istekleri kesiştiği zaman gerçekleşir. Dolayısıyla çalışan tatmin düzeyinin “işin, kişinin en kuvvetli hissettiği ihtiyaçlarını karşılama derecesi ile orantılı” geliştiği kabul edilmektedir (70).

Çalışan tatmini denince, işten elde edilen maddi çıkarlar ile çalışanın beraberce çalışmaktan zevk aldığı iş arkadaşları ve ürün meydana getirmenin sağladığı bir mutluluk akla gelmektedir (71).

Landy, çalışan tatminini işe ait kişisel değerlendirme sonucu ortaya çıkan duygusal durum olarak tanımlamaktadır. Çalışan tatmininin, işi zevkle yapmak gibi kişisel, kararlara katılmak gibi toplumsal etkenlere bağlı olduğu anlaşılmaktadır (72).

Bireyin iş ortamını değerli, yaptığı işi anlamlı ve kendisini geliştirici bulması, çalışan tatmini açısından önemlidir. Bireyin iş yaşamından beklentilerinin karşılanması, çalışan tatminini olumlu yönde etkileyen diğer bir unsurdur. Dolayısıyla işini anlamlı bulan bireylerin, işinden ve yaşamdan daha fazla doyum aldıkları düşünülebilir (73).

2.8 İŞ STRESİ ;

Modern dünyanın insanı açısından stres kaynaklarını işe bağlı olup olmaması bakımından ayırmak her zaman kolay olmamaktadır. Çünkü günümüzde birey, iş, aile ve sosyal çevre üçgeni arasında yaşantısını sürdürmekte, zaman zaman iş hayatını iş dışı yaşantısı etkilemekte veya tersi durumlarla karşı karşıya kalmaktadır. Belirli sorumluluk kademesine gelen kişiler, iş ve aile yaşantısını dengelemek, her iki yaşantıyı da özel bir sosyal ortamda yürütmek zorundadırlar. İş yaşamı ile aile yaşamının gerektirdikleri de kişi üzerinde strese neden olmaktadır. Bireyin günlük yaşantısında karşı karşıya kaldığı toplumsal ve teknolojik değişimlerin, aile ilişkilerinin, gün içerisindeki ulaşım sorunlarının ve yaşanılan yerin değiştirilmesinin, ekonomik ve finansal koşulların, ülke

ekonomisinin gidişatı ve çeşitli ekonomik sorunlar stres kaynağı olmaktadır. Sosyal ve teknik değişimin insanların hayat tarzı üzerindeki etkisi büyüktür (74).

İş stresi; bireyin yeteneklerindeki yetersizliklere, fiziksel ya da psikolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan ve bireyde gerilim yaratan durum olarak tanımlanmaktadır (75). İş stresi, çalışanı iş doyumuna ve iş yaşamı kalitesi açısından olumsuz etkilemektedir (76).

Sağlık çalışanlarında, fazla iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, gerektiğinde hasta ve yakınlarına manevi destek vermek zorunda kalma gibi nedenler işle ilgili stres ve gerginliğe yol açmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetindeki yetersizlikler, hizmetin ve personelin dengesiz dağılımı da çalışanlarda hayal kırıklığı ve gerginlik oluşturmaktadır. İşe bağlı gerginlik ve tükenme kişide depresyon, anksiyete, çaresizlik duyguları gibi ruhsal, baş ağrısı, kaslarda gerginlik, uykusuzluk gibi fizyolojik etkilere neden olmaktadır. Bunun yanı sıra işle ilgili gerginliğin işte verimi ve üretimi düşürme, iş tatminini azaltma, işe geç kalma, bahaneler öne sürerek hiç gelmeme ya da işi tamamen bırakma, sonuçta deneyimli personelin elde tutulamaması gibi kurumsal sonuçları da vardır (77).

Bu nedenle, sağlık çalışanlarının iş ortamında karşılaştıkları stres ile baş etme durumunun belirlenmesine yönelik çalışmalara da ihtiyaç vardır.

2.9 TÜKENMİŞLİK (BURNOUT) SENDROMU;

Burnout (tükenme) sendromu kavramı, ilk olarak gönüllü sağlık çalışanları arasında görülen yorgunluk, hayal kırıklığı ve iş bırakma durumlarını ifade etmek için 1974 yılında Freudenberg tarafından ortaya atılmıştır (78).

Burnout sendromunun, çağımızda özellikle sağlık çalışanları arasında büyük bir problem olduğu bilinmektedir. Burnout sendromunu belki de en kapsamlı olarak tanımlayan araştırmacılardan Maslach ve Jackson'a göre bu sendroma ilişkin üç temel etken vardır: Duygusal tükenmişlik, depersonalizasyon, kişisel beceri ve başarıda azalma (79).

Tükenmişliğin en önemli belirleyicisi olan duygusal tükenme, kişinin yaptığı iş nedeniyle duygusal olarak kendini aşırı yüklenmiş, tükenmiş hissetmesidir. Duyarsızlaşma, kişinin hizmet ettiği insanlara karşı (bu kişilerin birer birey olduklarına aldırmaksızın) duygudan yoksun biçimde davranmasıdır. Kişisel başarı eksikliği ise, sorunun üstesinden başarıyla gelememe, kendini yetersiz görme olarak tanımlanır (79,80).

Burnout'u önleme ve üstesinden gelme yönünde yürütülecek çalışmalar;

Burnout'u önlemek ve baş etmek için esas olan, sorunun varlığını ve önemini kabul etmektir. Burnout'u önlemek için uygulanan yöntemlerin oluşturulması için, bir taraftan sağlık çalışanlarının günlük rutinini gözlemek, diğer taraftan da var olan burnout olguları için geliştirilmiş tedavi tekniklerini incelemek gerekir. Bu konuda geliştirilen yöntemlerin çoğu stres ile mücadele alanında elde edilen tecrübelere dayanmaktadır (81).

Bazı fiziksel aktiviteler, müzik çalışmaları gibi etkinliklerin destek sağlayıcı özelliklerinden faydalanılabilir (82).

Düzenli fiziksel aktivite programlarına katılma, sigarayı bırakma, alkol kullanımının kontrol edilmesi, beslenme değişiklikleri, sağlık sorumluluğunu arttırma gibi tedbirler yer alabilir. Burnout'ta tükenme, zihinsel ve duygusal seviyededir. Kişinin koşu, tenis, yüzme gibi fiziksel aktivitelerle de ihtiyacı vardır. Gevşeme teknikleri özellikle yorgunluk hissini azaltarak, hastalar ile olan ilişkilerin uyumlu olmasına yardımcı olur.

Quill ve Williamson stres yönetimini 5 bölüme ayırmışlardır (83).

- Kendine zaman ayırma: psikoterapi, tıp dışında başka bir konuda eğitim alma
- Duyguların paylaşımı: Tıp içi veya dışından grup aktivitelerine katılma, duygu ve düşüncelerin aile bireyleriyle paylaşılması, aile ve arkadaşlara vakit ayrılması
- Fiziki ve duygusal ihtiyaçların karşılanması: Uygun nöbet listesinin ayarlanması, sık tatile çıkma, akşam ve hafta sonu mesailerinin sınırlandırılması, düzenli tıbbi bakım ve düzenli fiziksel aktivite

- Bireysel filozofik düşüncenin geliştirilmesi: Uzun ve kısa süreli planların yapılması ve uygulamaya konması, zaman yönetiminin iyi yapılması

- Stresten kurtulmaya yönelik eğitim toplantıları

Görev ve rol yapısındaki değişiklik ve gelişmeler: Hizmet verilenlerin sayısı sınırlandırılarak veya çalışanların sayısı arttırılarak hekim-hasta oranları düşük seviyede tutulabilir (84).

Çalışanların önerilerini almak için kendi sorunları ile ilgili konuşabilecekleri ve gerektiğinde yardım alabilecekleri resmi ve gayri resmi programlar oluşturulabilir. Bu programlar benzer şartlar altında çalışanlar için, iş ortamlarının güçlükleri ve stresle mücadele yöntemleri hakkında karşılıklı fikir alışverişlerini sağlamak adına uygun ortamlar olabilir. Eğitim içerikli uygulamalar, bireysel stresle baş etme metodlarını geliştirmek amacıyla oluşturulmuş teknikleri kapsamaktadır (84).

BÖLÜM III

MATERYAL ve METOD

3.1 Bölge Hakkında Genel Bilgiler;

Araştırma Malatya’da, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yapılmıştır. Malatya, Doğu Anadolu Bölgesi’nin Yukarı Fırat Havzasında ve Adıyaman, Malatya, Elazığ, Bingöl, Muş, Van çöküntü alanının güneybatı ucunda yer almaktadır. Çevresini doğuda Elazığ ve Diyarbakır, güneyde Adıyaman, batıda Kahramanmaraş, kuzeyde Sivas ve Erzincan illeri çevirir. 2008 yılı Adrese Dayalı Nüfus Sistemi sonuçlarına göre; Malatya’nın toplam nüfusu 733.789, İl Merkezi’nin nüfusu ise 449.333’dür. İl nüfusunun 492.411’i (%67) şehirde, 241.378’i ise (%33) köylerde yaşamaktadır (85).

İnönü Üniversitesi, 28 Ocak 1975 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi’nde, 25 Mart 1975 tarihinde de Cumhuriyet Senatosu’nda kabul edilen ve 3 Nisan 1975 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 1872 Sayılı İnönü Üniversitesi Kanunu ile kurulmuştur (86).

Üniversitemiz bünyesinde ilk olarak 1975 yılında Temel Bilimler Fakültesi ve Eğitim Fakültesi kurulmuştur. 28 Şubat 1977 tarihinde Temel Bilimler Fakültesi’nin Fizik, Kimya ve Matematik bölümlerine öğrenci alınmasıyla da fiilen eğitim ve öğretime başlanmıştır (86).

İnönü Üniversitesi, bugün 11 fakülte (Tıp, Diş Hekimliği, Eczacılık, Eğitim, Fen-Edebiyat, Güzel Sanatlar, Hukuk, İktisadi ve İdari Bilimler, İlahiyat, İletişim, Mühendislik), 4 yüksekokul (Beden Eğitimi ve Sağlık Yüksekokulu, Devlet Konservatuvarı, Malatya Sağlık Yüksekokulu, Yabancı Diller Yüksekokulu), 4 enstitü (Eğitim Bilimleri, Fen Bilimleri, Sağlık Bilimleri, Sosyal Bilimler Enstitüleri), 9 meslek yüksekokulu (Akçadağ, Arapgir, Hekimhan, Battalgazi, Kale, Sürgü, Yakınca, Malatya Sağlık Hizmetleri Yüksekokulları) ve 14 araştırma merkezi ile faaliyetlerine devam etmektedir (86).

Haziran 1987’de kuruluş kanunu çıkan İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1988-1989 Akademik Yılında Eğitim-Öğretim faaliyetlerine başlamıştır. 2009-2010 Eğitim ve Öğretim yılı itibariyle Hazırlık Dönemi’nde 72, Dönem I’de 202, Dönem II’de 134, Dönem III’de 74, Dönem IV’de 59, Dönem V’de 76 ve Dönem VI’da 55 olmak üzere toplam 672 öğrenci eğitim görmektedir. Yapılan protokol gereğince Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesinde eğitim-öğretime hak kazanan 62 öğrenci (Hazırlık- 12 öğrenci, Dönem I- 45 öğrenci ve Dönem II- 5 öğrenci) de eğitimini Fakültemiz öğrencileri ile birlikte sürdürmektedir. 01.03.2010 tarihi itibariyle; 497 araştırma görevlisi ihtisas eğitimini başarıyla tamamlayarak uzman olmaya hak kazanmış, 17 uzman hekim de yan dal uzmanlığını başarıyla tamamlamıştır. Bununla beraber, Fakültemize bağlı birimlerin ihtiyacı doğrultusunda, ÖSYM tarafından yılda iki kez yapılmakta olan Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) ve Yan Dal Uzmanlık Eğitimi Sınavı (YDUS) neticesinde, her yıl için ortalama 80 araştırma görevlisi kadrosu için ilan verilmektedir (86).

3.2 Araştırmanın Modeli;

Bu araştırma analitik araştırma modellerinden biri olan kesitsel (cross-sectional) bir araştırmadır. Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ruhsal sağlık durumları incelenmiştir.

3.2.1 Araştırma Evreni ve Örneklem;

Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde ihtisas yapan 281 asistan oluşturmaktadır. Bu evrenden örnek seçilmemiş, evrenin tümü araştırmaya alınmıştır.

3.2.2 Araştırmaya Katılım Oranı;

Araştırmaya katılım oranı %84’tür. Cerrahi bölümlerde çalışanların çok yoğun ve ameliyathanede olmaları nedeniyle 281 asistandan 235’ine ulaşılmıştır.

3.2.3 Araştırmanın Değişkenleri;

A-Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri;

1-Sağlıklı yaşam biçimi davranışları

2-Ruhsal sağlık durumu

B-Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri;

1-Cinsiyet

2-Medeni hal

3-Yaş

4-Görev yaptığı ana bilim dalı

5-Hocalarla olan ilişkiler

6-Hastalarla olan ilişkiler

7-Arkadaş ilişkileri

8-Ekonomik durum

9-Sigara, alkol kullanım durumu

3.2.4 Araştırmada Kullanılan Araçlar;

Araştırmada, sosyodemografik bilgileri içeren soruların bulunduğu anket formu araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Bunun dışında 12 soruluk Genel Sağlık Anketi (GSA) ve 52 soruluk Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) kullanılmıştır.

Genel Sağlık Anketi-GSA (General Health Questionnaire-GHQ)

Toplum taramalarında ve hasta gruplarında genel ruhsal belirtileri taramak amacıyla David Goldberg tarafından 1972’de geliştirilen bu ölçek yaygın olarak

kullanılmaktadır. Günümüzde otuzdan fazla dile çevrilmiştir. Ölçeğin 12, 28, 30 ve 60 soruluk biçimleri vardır. Her soru son birkaç hafta içindeki belirtileri (bedensel, ruhsal, sosyal işlevle ilgili...) sorgular. "Hiç olmuyor, her zamanki kadar, her zamankinden sık ve çok sık " olmak üzere dörtlü Likert skalası biçimindedir. Dört seçenek 1, 2, 3 ve 4 puan olarak kodlanabileceği gibi ilk iki seçenek 0, son iki seçenek 1 puan olarak da kodlanabilir.

GSA, geniş topluluklarda genel psikopatoloji düzeyini saptamak için ya da iki aşamalı çalışmalarda ilk aşama tarama testi olarak kullanılmaktadır. Daha çok kısa süreli (kronik olmayan) hastalıklara ve anksiyete/depresyon spektrumundaki hastalıklara duyarlıdır. Anketin 12 ve 28 soruluk formu Türkçe'ye çevrilmiş ve sağlık ocağına başvuran hastalarda geçerlilik-güvenirlilik çalışmaları yapılmıştır (87,88).

GSA'nın 12 soruluk formu kısa olması, olgu ayırımında yüksek duyarlılığı ve özgülüğü olması ve farklı sosyokültürel topluluklarda kullanılabilmesi nedeniyle daha çok tercih edilmektedir (89). Türkçe'ye çevirisi ve geçerlilik-güvenirlilik çalışması 1996 yılında yapılmıştır (90). Türkiye'de çeşitli alan araştırmalarında tarama testi olarak kullanılmıştır (91).

Bu araştırmada ilk iki seçenek 0, son iki seçenek 1 puan üzerinden kodlanarak hesaplanmıştır. Bu şekilde katılımcıların alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 24 olmaktadır. Anketten 2 ve üzerinde puan alanlar, genel ruhsal sağlık durumu kötü olarak tanımlanmıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ);

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD), 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından sağlığı geliştirme modelini test etmek amacıyla geliştirilmiştir. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçer.

Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişki ve stres yönetimi olmak üzere 6 alt grubu olan ölçek toplam 48 maddeden oluşmuştur. Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını verir. Ölçek Walker,

Sechrist ve Pender tarafından 1995 yılında 4 madde daha eklenerek 52 maddeye çıkarılmıştır. 48 maddelik ölçekle yeni 52 maddelik ölçeğin tek farkı madde sayısıdır. Bu çalışmada 52 maddelik ölçek kullanılmıştır (33).

Kendini Gerçekleştirme Alt Grubu; bireyin yaşam amaçlarını, kendini geliştirme becerisini, kendini ne kadar tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler.

Sağlık Sorumluluğu Alt Grubu; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler.

Fiziksel Aktivite Alt Grubu; sağlıklı yaşamın vazgeçilmez bir unsuru olan fiziksel aktivite uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir.

Beslenme Alt Grubu; bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değişiklikleri belirler.

Kişilerarası İlişki Alt Grubu; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler.

Stres Alt Grubu; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler.

Tablo I. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt grupları ölçekteki soru numaraları en düşük ve en yüksek puanları

Alt Gruplar	Ölçekteki Soru Numaraları	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
Kendini Gerçekleştirme	6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52	9	36
Sağlık Sorumluluğu	3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51	9	36
Fiziksel Aktivite	4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46	8	32
Beslenme	2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50	9	36
Kişilerarası İlişkiler	1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49	9	36
Stres Yönetimi	5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47	8	32
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	1-52.maddeler	52	208

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumludur. “Hiçbir zaman” yanıtı için 1, “Bazen” yanıtı için 2, “Sık sık” yanıtı için 3, “Düzenli olarak” yanıtı için 4 puan verilir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52 ve en yüksek puan 208’dir.

Pender ve arkadaşları tarafından (1987) yurt dışında geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği’nin madde toplam puan kat sayılarında 0.20’nin altında madde bulunmamıştır. Toplam SYBDÖ için Crobach Alpha iç tutarlılık kat sayısı 0.92 olarak belirlenmiş olan SYBDÖ’ nün alt ölçekleri için Crobach Alpha iç tutarlılık kat sayısı 0.70 ile 0.90 arasında değişmektedir. Ölçeğin güvenilirliği için yapılan faktör analizinde 6 faktörü de orijinal yapıda olan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin faktör yapısına benzer şekilde bulunmuştur.

SYBDÖ’ nin Türkiye’de geçerliliği ve güvenilirliği Esin tarafından (1997) yapılmıştır. Toplam SYBDÖ için Crobach Alpha iç tutarlılık kat sayısı 0.91 olarak bulunmuştur (92).

3.2.5 Verilerin Toplanması ve Analizi;

Veri toplama aşamasında araştırmacı tarafından, Tıp Fakültesi Hastanesi asistanlarına sunulan anket formları uygulanmıştır. Anketlerin uygulanması, açıklayıcı ön bilgilerin verilmesiyle beraber yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

Anket formu, araştırmacı tarafından geliştirilen Sosyodemografik Anket Formu ve GSA ve SYBDÖ’den oluşmaktadır. Anket formu uygulandıktan sonra her bir ölçekten alınan puanlar hesaplanmış, yapılan Kolmogorov Smirnov testinde normal dağılıma uygun olduğu görülen veriler bilgisayara girilmiş ve değerlendirmede SPSS 16.0 İstatistik paket programı, analizlerde Bağımsız İki Grup Arasındaki T Testi, ANOVA ve GSA’ne göre Ruhsal Sağlığı “iyi” ve “kötü” şeklinde sınıflandıktan sonra Sosyodemografik özelliklerine göre Genel Ruhsal Sağlık Durumu tablosunda Ki-kare analizi uygulanmıştır. SYBD toplam puanı ile GSA toplam puanı arasında Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır.

3.2.6 Araştırmanın Süresi ve Maliyeti;

Araştırma Mart 2010 tarihinden itibaren planlanmış, Nisan 2010 tarihinde Tıp Fakültesi Dekanlığından gerekli izin alınmıştır. Etik kuruldan alınan onay kararı ile Mayıs-Temmuz 2010 tarihleri arasında Tıp Fakültesi Hastanesi asistanlarına anket formlarının uygulanması gerçekleştirilmiştir. Temmuz-Ağustos tarihleri arasında istatistiksel değerlendirme ve analizler yapılmış, araştırma raporu yazılmıştır.

Araştırmanın kırtasiye giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

3.2.7. Araştırmanın Sınırlılıkları;

Bu araştırma sadece İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanları kapsadığından sonuçlar İnönü Üniversitesi ya da Türkiye'deki diğer üniversitelere genellenemez.

Araştırmada kullanılan anket formunun iki ölçek içermesi nedeniyle, uygulama sırasında asistanların dikkatlerinin giderek azalabileceği ve uygulamanın başarısını etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Araştırmada asistanlardan ad-soyadı alınmamıştır. Değerlendirme sonrası ölçek puanları patolojik ya da uygun olmayan asistanlara tekrar ulaşılamamıştır. Ancak anket uygulaması öncesi ön bilgi verilirken tüm başvuru ve danışanlar için yardımcı ve yönlendirici olunacağı bildirilmiştir.

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.I. Asistanların Genel Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışmakta Olan Asistanların Tanımlayıcı Bazı Özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Yaş		
<30 yaş	112	47.7
30-34 yaş	91	38.7
35+ yaş	32	13.6
Cinsiyet		
Kadın	96	40.9
Erkek	139	59.1
Medeni Durum		
Evli	139	59.1
Bekâr	96	40.9
Ekonomik durum		
Çok iyi	2	0.9
İyi	87	37.0
Orta	131	55.7
Kötü	9	3.8
Çok kötü	6	2.6
Bilim dalı		
Temel	19	8.1
Dahili	119	50.6
Cerrahi	97	41.3
Bitirdiği fakülte		
Metropol*	73	31.3
İnönü	63	27.0
Doğu illeri**	48	20.6
Diğer***	49	21.0
Asistanlık Yılı		
1 yıldan az	44	18.7
1. yıl	26	11.1
2. yıl	53	22.6
3.yıl	60	25.5
4. yıl ve fazlası	52	22.1

* Ankara, İstanbul, İzmir ** Erzurum, Elazığ, Diyarbakır, Şanlıurfa, Van, Gaziantep

*** Samsun, Sivas, Kayseri, Konya, Eskişehir, Düzce, Edirne, Trabzon, Kocaeli, Aydın

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan asistanların bazı tanımlayıcı özellikleri Tablo 1.de verilmiştir. Asistanların % 40.9'u kadın, %59.1'i erkek, %47.7'si 30 yaşın altında ve yaş ortalaması 30.36±3.79'dur. Yüzde 59.1'i evli olan asistanların, %55.7'si ekonomik durumunu orta olarak belirtmiştir. Yüzde 50.6'sı Dahili tıp bilim dalında görev yapmakta olan asistanların %31.3'ü metropol kentlerdeki tıp fakültelerinde eğitim almış olup, % 25.5'i asistanlığının 3.yılındadır.

Tablo 2. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışmakta olan asistanların alışkanlıkları ve sağlık durumları

	n	%
Genel sağlık durumları*		
Çok iyi	17	7.3
İyi	150	64.4
Orta	54	23.2
Kötü	10	4.3
Çok kötü	2	0.9
Sigara içme durumları		
Halen içiyorum	58	24.8
Bıraktım	31	13.2
Hiç içmedim	145	62.0
Sigara dışında tütün ürünü kullanma durumları		
Hayır, hiç kullanmadım	167	75.6
Bazen kullanırım	29	13.1
Kullanıyorum	25	11.3
Kullanıyorsan, ürün türü		
Puro	5	15.2
Pipo	2	6.1
Nargile	16	48.5
Sarma tütün	10	30.3
Alkol kullanma durumları		
Hiç tüketmem	154	65.8
Yılda 1-2 kere	51	21.8
Ayda 2-3 kere	21	9.0
Haftada 1 kere	6	2.6
Haftada 2-3 kere	1	0.4
Her gün	1	0.4
Hastalık durumları		
Evet	40	17.1
Hayır	194	82.9

* Kendi ifadelerine göre

Asistanların % 82.9'u, mevcut bir hastalık durumları olmadığını ifade etmiştir. Bununla beraber %64.4'ü genel sağlık durumlarının iyi olduğunu, %4.3'ü kötü olduğunu, %62.0'ı sigarayı hiç kullanmadıklarını, %24.8'i halen sigara içtiğini, %13.2'si sigarayı bıraktığını belirtmiştir. %75.6'sı sigara dışında bir tütün ürünü kullanmıyor, kullananların da %48.5'i nargile, %30.3'ü sarma tütün kullanmaktadır. Yüzde 65.8'i hiç alkol kullanmamaktadır. Yüzde 21.8'i yılda 1-2 kere, %2.6'sı haftada 1 alkol almaktadır.

Tablo 3. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışmakta olan asistanların çalışılan bölümlerle ilgili memnuniyet durumu

	n	%
Çalışılan bölümlerle ilgili memnuniyet durumu		
Çok memnunum	32	13.7
Memnunum	124	53.0
Kısmen memnunum	68	29.1
Memnun değilim	10	4.3
Hocalarla ilişki		
Çok iyi	59	25.1
İyi	122	51.9
Orta	49	20.9
Kötü	5	2.1
Yöneticilerle ilişki		
Çok iyi	25	10.7
İyi	122	52.4
Orta	66	28.3
Kötü	15	6.4
Çok kötü	5	2.1
Hastalarla ilişki		
Çok iyi	44	21.0
İyi	129	61.4
Orta	37	17.6
Aynı bölüm doktorları ile ilişki		
Çok iyi	73	31.2
İyi	133	56.8
Orta	28	12.0
Diğer bölüm doktorları ile ilişki		
Çok iyi	40	17.0
İyi	151	64.3
Orta	41	17.4
Kötü	3	1.3
Yeterli eğitim alma durumu		
Evet	94	40.0
Kısmen	102	43.4
Hayır	34	14.5
Kararsızım	5	2.1
Mezuniyet Sonrası Kaygı Durumu		
Çok kaygılı	13	5.6
Kaygılı	111	47.8
Kaygılı Değil	108	46.6
Hastaların Uyguladığı Şiddet Durumu		
Evet Kaldım	54	25.6
Hayır Kalmadım	157	74.4
Üstlerin Uyguladığı Şiddet		
Evet, Çoğunlukla	21	9.0
Evet, Nadiren	75	32.2
Hayır	137	58.8

Asistanların, %53.0'ı çalıştıkları bölümden memnun olduklarını, %51.9'u hocalarıyla, %52.4'ü yöneticilerle, %61.4'ü hastalarla, %56.8'i aynı bölümde birlikte çalıştıkları doktor arkadaşlarıyla, %64.3'ü diğer bölümlerde çalışan doktorlarla ilişkilerinin iyi olduğunu, %25.6'sı hastaların şiddetine maruz kaldıklarını, %9.0'ı çoğunlukla, %32.2'si da nadiren üstlerinin şiddetiyle karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Yüzde 43.4'ü yeterli eğitim alma durumunu kısmen olarak, %40.0'ı evet olarak

tanımlamıştır. Mezuniyet sonrası %47.8'i kaygılı, %46.6'sı kaygılı olmadığını ifade etmiştir.

Tablo 4. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışmakta olan asistanların çalıştıkları akademik birimlere göre memnuniyet durumu

	Akademik Birim							
	Temel		Dahili		Cerrahi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Memnuniyet								
Memnun	18	94.7	76	64.4	62	63.9	156	66.7
Kısmen memnun	1	5.3	39	33.1	28	28.9	68	29.1
Memnun değil	0	0.0	3	2.5	7	7.2	10	4.3
Hocalarla ilişki								
İyi	17	89.5	82	68.9	82	84.5	181	77.0
Orta	1	5.3	35	29.4	13	13.4	49	20.9
Kötü	1	5.3	2	1.7	2	2.1	5	2.1
Yöneticilerle ilişki								
İyi	16	84.2	69	58.0	62	65.3	147	63.1
Orta	2	10.5	39	32.8	25	26.3	66	28.3
Kötü	1	5.3	11	9.2	8	8.4	20	8.6
Hastalarla ilişki								
İyi			101	87.1	72	76.6	173	82.4
Orta			15	12.9	22	23.4	37	17.6
Aynı bölüm doktorları ile ilişki								
İyi	17	94.4	111	93.3	78	80.4	206	88.0
Orta	1	5.6	8	6.7	19	19.6	28	12.0
Diğer bölüm doktorları ile ilişki								
İyi	15	78.9	95	79.8	81	83.5	191	81.3
Orta	3	15.8	22	18.5	16	16.5	41	17.4
Kötü	1	5.3	2	1.7	0	0.0	3	1.3
Yeterli eğitim alma durumu								
Evet	12	63.2	38	31.9	44	45.4	94	40.0
Kısmen	4	21.1	62	52.1	36	37.1	102	43.4
Hayır	2	10.5	18	15.1	14	14.4	34	14.5
Kararsızım	1	5.3	1	0.8	3	3.1	5	2.1
Mezuniyet sonrası kaygı durumu								
Çok kaygılı	2	10.5	5	4.3	6	6.2	13	5.6
Kaygılı	9	47.4	46	39.3	56	58.3	111	47.8
Kaygılı değil	8	42.1	66	56.4	34	35.4	108	46.6
Hastaların uyguladığı şiddet durumu								
Evet, kaldım	0	0.0	28	24.3	26	28.0	54	25.6
Hayır, kalmadım	3	100.0	87	75.7	67	72.0	157	74.4
Üstlerin uyguladığı şiddet durumu								
Evet, çoğunlukla	1	5.3	10	8.5	10	10.4	21	9.0
Evet, nadiren	0	0.0	36	30.5	39	40.6	75	32.2
Hayır	18	94.7	72	61.0	47	49.0	137	58.8

Temel tıp bilim dalında görevli asistanların %94.7'si, Dahili tıp bilim dalında görevli asistanların %64.4'ü, Cerrahi bilim dalında görevli asistanların ise %63.9'u çalıştıkları bölümden memnun olduklarını belirtmişlerdir.

Temel tıp bilim dalında görevli asistanların %89.5'i, Dahili tıp bilim dalında görevli olanların %68.9'u, Cerrahi tıp bilim dalında olanların %84.5'i hocalarla ilişkilerinin iyi olduğunu belirtmişlerdir.

Temel tıp bilim dalında görevli asistanların %84.2'si, Dahili tıp bilim dalında görevli olanların %58.0'ı, Cerrahi tıp bilim dalında olanların %65.3'ü yöneticilerle ilişkilerinin iyi olduğunu belirtmişlerdir.

Temel tıp bilim dalında görevli asistanların %87.1'i, Dahili tıp bilim dalında görevli olanların %76.6'sı, Cerrahi tıp bilim dalında olanların %82.4'ü hastalarla ilişkilerinin iyi olduğunu belirtmişlerdir.

Temel tıp bilim dalında görevli asistanların %94.4'ü, Dahili tıp bilim dalında görevli olanların %93.3'ü, Cerrahi tıp bilim dalında olanların %80.4'ü aynı bölüm doktorları ile ilişkilerinin iyi olduğunu belirtmişlerdir.

Temel tıp bilim dalında görevli asistanların %78.9'u, Dahili tıp bilim dalında görevli olanların %79.8'i, Cerrahi tıp bilim dalında olanların %83.5'i diğer bölüm doktorları ile ilişkilerinin iyi olduğunu belirtmişlerdir.

Temel tıp bilim dalında görevli asistanların %63.2'si, Dahili tıp bilim dalında görevli olanların %31.9'u, Cerrahi tıp bilim dalında olanların %45.4'ü yeterli eğitim aldıklarını belirtmişlerdir.

Temel tıp bilim dalında görevli asistanların %47.4'ü, Dahili tıp bilim dalında görevli olanların %39.3'ü, Cerrahi tıp bilim dalında olanların %58.3'ü mezuniyet sonrası için kaygılı olduklarını belirtmişlerdir.

Dahili tıp bilim dalında görevli olanların %24.3'ü, Cerrahi tıp bilim dalında olanların %28.0'ı hastalar tarafından şiddet gördüklerini belirtmişlerdir.

Temel tıp bilim dalında görevli asistanların %5.3'ü, Dahili tıp bilim dalında görevli olanların %8.5'i, Cerrahi tıp bilim dalında olanların %10.4'ü üstleri tarafından çoğunlukla şiddet gördüklerini belirtmişlerdir.

Asistanların çalıştıkları bölümlerden memnun olma durumlarına bakıldığında; Anatomi, Fizyoloji, Halk Sağlığı, Farmakoloji, Histoloji, Mikrobiyoloji, Çocuk Psikiyatrisi, Dermatoloji, Enfeksiyon Hastalıkları, Göz Hastalıkları bölümlerinde çalışan asistanların tümü bölümlerinden memnun olduklarını belirtmişlerdir. İkinci sırayı Kadın Hastalıkları ve Doğum asistanlarının (%90.9'u) memnuniyeti, üçüncü sırayı Psikiyatri asistanlarının (%85.7'si) memnuniyeti almaktadır.

Radyasyon onkolojisi asistanlarının (%33.3'ü), Kalp Damar Cerrahisi asistanlarının (%25'i), Çocuk Cerrahisi asistanlarının (%25.0'ı), Ortopedi asistanlarının (%25.0'ı), Patoloji asistanlarının (%20.0'ı), Üroloji asistanlarının (%11.1'i), Pediatri asistanlarının (%8.0'ı) ve Genel Cerrahi asistanlarının (%7.1'i) çalıştıkları bölümlerden memnun olmadıklarını belirtmişlerdir.

Asistanların hocalar ile ilişki durumlarına bakıldığında; Anatomi, Fizyoloji, Halk Sağlığı, Farmakoloji, Histoloji, Mikrobiyoloji, Nükleer Tıp, Çocuk Psikiyatrisi, Dermatoloji, Enfeksiyon Hastalıkları, Göz Hastalıkları, Anestezi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Plastik Cerrahisi bölümlerinde çalışan asistanların tümü hocaları ile ilişkilerinin iyi olduğunu belirtmişlerdir. İkinci sırayı Genel Cerrahi asistanlarının (%92.9'u), üçüncü sırayı Kardiyoloji asistanlarının (%90.0'ı) hocaları ile iyi ilişkileri almaktadır.

Ortopedi asistanlarının (%25.0'ı), Biyokimya asistanlarının (%20.0'ı), Pediatri asistanlarının (%7.7'si) hocaları ile ilişkilerinin kötü olduğunu belirtmişlerdir.

Asistanların yöneticiler ile ilişki durumlarına bakıldığında; Anatomi, Fizyoloji, Halk Sağlığı, Farmakoloji, Histoloji, Mikrobiyoloji, Çocuk Psikiyatrisi, Dermatoloji, Patoloji bölümlerinde çalışan asistanların tümü yöneticiler ile ilişkilerinin iyi olduğunu belirtmişlerdir. İkinci sırayı Kardiyoloji asistanlarının (%90.0'ı), üçüncü sırayı Göz Hastalıkları asistanlarının (%87.5'i) yöneticiler ile iyi ilişkileri almaktadır.

Yöneticiler ile ilişkilerinin kötü olduğunu belirten asistanların bulunduğu ilk üç bölüm sırasıyla; Plastik Cerrahi (%50.0'ı), Radyasyon Onkolojisi (%33.3'ü) ve Pediatri (%26.9'u) 'dir.

Asistanların aynı bölüm doktorları ile ilişki durumlarına bakıldığında; Fizyoloji, Halk Sağlığı, Farmakoloji, Histoloji, Mikrobiyoloji, Nükleer Tıp, Radyasyon Onkolojisi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Çocuk Psikiyatrisi, Dermatoloji, Enfeksiyon Hastalıkları, Göz Hastalıkları, Kardiyoloji, Çocuk Cerrahisi, Acil Tıp, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Patoloji, Ortopedi ve Plastik Cerrahisi bölümlerinde çalışan asistanların tümü mesai arkadaşları ile ilişkilerinin iyi olduğunu belirtmişlerdir. İkinci sırayı Dahiliye asistanlarının (%96.2'si), üçüncü sırayı Anestezi asistanlarının (%92.3'ü) mesai arkadaşları ile iyi ilişkileri almaktadır.

Aynı bölüm doktorları ile ilişkilerinin orta olduğunu belirten asistanların bulunduğu ilk üç bölüm sırasıyla; Kadın Hastalıkları ve Doğum (%54.5'i), Üroloji (%44.4'ü), Genel Cerrahi (%42.9'u)'dir.

Asistanların diğer bölüm doktorları ile ilişki durumlarına bakıldığında; Anatomi, Fizyoloji, Farmakoloji, Histoloji, Nükleer Tıp, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Çocuk Psikiyatrisi, Psikiyatri, Dermatoloji, Göz Hastalıkları, Çocuk Cerrahisi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Plastik Cerrahisi bölümlerinde çalışan asistanların tümü diğer bölüm doktorları ile ilişkilerinin iyi olduğunu belirtmişlerdir. İkinci sırayı Dahiliye asistanlarının (%92.3'ü) ve Anestezi asistanlarının (%92.3'ü), üçüncü sırayı Kardiyoloji asistanlarının (%90.0'ı) diğer bölüm doktorları ile iyi ilişkileri almaktadır.

Radyasyon Onkolojisi asistanlarının (%33.3'ü), Biyokimya asistanlarının (%20.0'ı) ve Radyoloji asistanlarının (%9.1'i) diğer bölüm doktorları ile ilişkilerinin kötü olduğunu belirtmişlerdir.

Asistanların yeterli eğitim alma durumlarına bakıldığında; Anatomi, Farmakoloji, Histoloji, Mikrobiyoloji, Çocuk Psikiyatrisi ve Göz Hastalıkları bölümlerinde çalışan asistanların tümü yeterli eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. İkinci sırayı Anestezi asistanlarının (%84.6'sı), üçüncü sırayı Dermatoloji asistanlarının (%75.0'ı) ve Çocuk Cerrahisi asistanlarının (%75.0'ı) iyi eğitim durumları almaktadır.

Yeterli eğitim almadıklarını belirten asistanların bulunduğu ilk üç bölüm sırasıyla; Radyasyon Onkolojisi (%66.7'si), Biyokimya (%40.0'ı) ve Üroloji (%33.3'ü)'dir.

Asistanların mezuniyet sonrası kaygı durumlarına bakıldığında; ilk sırada Fizyoloji asistanlarının (%50.0'ı), ikinci sırada Radyasyon Onkolojisi asistanlarının (%33.3'ü), üçüncü sırada Nöroşirurji asistanlarının (%25.0'ı) çok kaygılı oldukları görülmüştür.

Kaygılı olmadıklarını belirten asistanların bulunduğu ilk üç bölüm sırasıyla; Çocuk Psikiyatrisi (%100.0'ı) ve Dermatoloji (%100.0'ı), Mikrobiyoloji (%83.3'ü) ve Kardiyoloji (%80.0'ı)'dir.

Asistanlara hastaların uyguladığı şiddet durumlarına bakıldığında; ilk sırada Çocuk Psikiyatrisi asistanlarının tümü, ikinci sırada Plastik Cerrahisi asistanlarının (%75.0'ı), üçüncü sırada Acil Tıp asistanlarının (%57.1'i) ve Psikiyatri asistanlarının (%57.1'i) hasta şiddetine maruz kaldıkları görülmüştür.

Asistanlara üstlerin uyguladığı şiddet durumlarına bakıldığında; ilk sırada Üroloji asistanlarının (%44.4'ü), ikinci sırada Radyasyon Onkolojisi asistanlarının (%33.3'ü), üçüncü sırada Psikiyatri asistanlarının (%28.6'sı) çoğunlukla üstlerin şiddetine maruz kaldıkları görülmüştür.

Tablo 5. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışmakta olan asistanların çalıştıkları kliniklerdeki aktivite durumları

	n	%
Nöbet tutma durumu		
Günaşırı	24	10.2
3 günde bir	59	25.1
4 günde bir	39	16.6
5 günde bir	40	17.0
Daha nadir	28	11.9
Nöbetim yok	45	19.1
Yıllık asistan eğitim program durumu		
Var –uygulanıyor	153	65.9
Var-uygulanmıyor	36	15.5
Yok	43	18.5
Yılda ulusal toplantıya gitme durumu		
1	60	25.6
2	34	14.5
3	6	2.6
4	4	1.7
Daha fazla	1	0.4
Senede 1den az	129	55.1
Ulusal toplantılara katılma durumu		
Kendi imkânları	59	29.5
Üniversite imkânları	11	5.5
Destekleyici sponsor	130	65.0
Bilimsel çalışmalarda yer alma durumu		
Evet, emeğim varsa her zaman	77	34.2
Evet, bazı çalışmalarda	56	24.9
Hayır	92	40.9
Sorunları AD başkanına ulaştırma durumu		
Direkt kendi	55	66.5
Asistan temsilcisi	58	24.9
Uzmanlar aracılığıyla	8	3.4
Ulaşamıyoruz	12	5.2
Rotasyonların düzenli uygulanma durumu		
Evet	142	62.8
Hayır	84	37.2
Nöbetlerde uzman desteği alma durumu		
Evet	180	85.7
Hayır	30	14.3

Asistanların %10.2’si günaşırı, %25.1’i 3 günde bir nöbet tutmakta, %19.1’inin nöbeti yoktur. Yüzde 65.9’u yıllık eğitim programı var-uygulanıyor, %15.5’i var-uygulanmıyor, %18.5’i eğitim programı yok cevabını vermiştir. Yüzde 55.1’i ulusal toplantılara katılmadıklarını, %25.6’sı yılda 1 defa katıldıklarını belirtmektedir. Ve %65.0’ı destekleyici sponsorlar vasıtasıyla ulusal toplantılara gidebilmektedir. Yüzde 66.5’i yaşadıkları sorunları AD başkanına direkt kendileri iletmektedir, %5.2’si ulaşamamaktadır. Yüzde 40.9’unun bilimsel çalışmalarda ismi yer almıyor, %34.2’sinin emeği varsa yer almaktadır. Yüzde 62.8’i iç rotasyonların düzenli olarak uygulandığını, %85.7’si de nöbetlerde uzman desteği aldıklarını belirtmektedir.

Tablo 6. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışmakta olan asistanların şiddete maruz kalma durumları

	n	%
Hasta ya da hasta tarafından		
Evet, kaldım	54	25.6
Hayır, kalmadım	157	74.4
İşyerinde üstlerin psikolojik şiddet durumu		
Evet, çoğunlukla	21	9.0
Evet, nadiren	75	32.2
Hayır	137	58.8

Asistanların %25.6'sı hasta ya da hasta yakınlarının şiddetine maruz kaldıklarını, %9.0'ı çoğunlukla, %32.2'si de nadiren üstlerinin psikolojik şiddetine maruz kaldıklarını belirtmektedir.

4.2.Asistanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ait bulgular

Tablo 7. İnönü Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistanların SYBD Puan Ortalamalarının Dağılımı

SYBD Alt Ölçekleri	X±SD	Min-Max Değerleri
Kendini Gerçekleştirme	23.39±4.00	13.00- 32.00
Sağlık Sorumluluğu	18.00±3.47	9.00-29.00
Fiziksel Aktivite	14.68±4.24	8.00-32.00
Beslenme	19.14±3.72	9.00-31.00
Kişilerarası İlişkiler	23.72±3.73	14.00-34.00
Stres Yönetimi	17.00±3.76	9.00-30.00
SYBD Toplam	116.31±17.80	73.00-186.00

Asistanlar, SYBD alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek puanı sırasıyla kişilerarası ilişkiler ve kendini gerçekleştirme alt ölçeklerinden, en az puanı sırasıyla fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçeklerinden almışlardır.

Tablo 8. İnönü Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistanların Cinsiyete Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Cinsiyet		Test
	Kadın n=96 X±SD	Erkek n=139 X±SD	P*
Kendini Gerçekleştirme	23.12±3.93	23.55±4.07	0.422
Sağlık Sorumluluğu	18.19±3.38	17.87±3.55	0.504
Fiziksel Aktivite	14.75±4.62	14.63± 3.98	0.837
Beslenme	19.34± 3.71	19.01± 3.74	0.517
Kişilerarası İlişkiler	24.18± 3.38	23.39± 3.94	0.113
Stres Yönetimi	17.15±4.04	16.88±3.56	0.594
SYBD Toplam	117.41±17.27	115.57±18.18	0.470

*Bağımsız İki Grup Arasındaki T Testi

Asistanların cinsiyetine göre SYBD ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır(p>0.05).

Tablo 9. İnönü Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistanların Yaş Gruplarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Yaş Grupları			Test
	<30 yaş n=112 X±SD	30-34 yaş n=91 X±SD	35+ yaş n=32 X±SD	P*
Kendini Gerçekleştirme	23.77±4.12	22.69±3.97	24.06±3.50	0.104
Sağlık Sorumluluğu	18.40±3.62	17.22±3.21 ^a	18.86±3.35	0.022
Fiziksel Aktivite	15.44±4.34 ^a	13.56±3.83	15.22±4.44	0.006
Beslenme	19.58±3.87	18.41±3.45	19.67±3.68	0.063
Kişilerarası ilişkiler	24.27±3.91 ^a	22.91±3.57	24.06±3.16	0.031
Stres Yönetimi	17.46±3.92	16.10±3.45 ^a	17.90±3.57	0.014
SYBD Toplam	119.68±18.39	110.39±15.98^a	121.55±16.41	0.001

* ANOVA a: fark yaratan grup

Asistanların yaş grupları ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBD puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 10. İnönü Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistanların Medeni Duruma Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Medeni Durum		Test
	Evli n=139 X±SD	Bekar n=96 X±SD	P*
Kendini Gerçekleştirme	23.75±3.70	22.85±4.39	0.101
Sağlık Sorumluluğu	18.44±3.53	17.37±3.31	0.023
Fiziksel Aktivite	15.00±4.25	14.22±4.19	0.173
Beslenme	19.39± 3.78	18.79± 3.62	0.234
Kişilerarası İlişkiler	23.81±3.70	23.58± 3.80	0.643
Stres Yönetimi	17.01±3.72	16.97±3.83	0.943
SYBD Toplam	117.84±18.24	114.15±17.03	0.147

*Bağımsız İki Grup Arasındaki T Testi

Medeni durum ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında sağlık sorumluluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur($p<0.05$).

Tablo 11. İnönü Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistanların Çalıştıkları Tıp Bilim Dallarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Tıp Bilim Dalı			Test
	Temel n=19 X±SD	Dahili n=119 X±SD	Cerrahi n=97 X±SD	P*
Kendini Gerçekleştirme	24.05±4.39	23.75±3.71	22.81±4.23	0.187
Sağlık Sorumluluğu	20.89±3.57 ^a	17.83±3.37	17.62±3.33	0.001
Fiziksel Aktivite	16.84±4.86 ^a	14.73±4.47	14.18±3.67	0.044
Beslenme	22.05±3.58 ^a	18.92±3.66	18.83±3.60	0.002
Kişilerarası ilişkiler	23.94±4.15	24.33±3.51	22.92±3.80 ^a	0.023
Stres Yönetimi	20.42±4.08 ^a	16.87±3.71	16.46±3.42	0.000
SYBD Toplam	128.21±21.62 ^a	117.05±16.70	112.75±17.07	0.002

*ANOVA a:fark yaratan grup

Asistanların çalıştıkları tıp bilim dalları ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBD puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 12. İnönü Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistanların Bitirdikleri Tıp Fakültelerine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Bitirilen Tıp Fakültesi				Test P*
	Metropol n=73 X±SD	İnönü n=63 X±SD	Orta Büyüklikte n=49 X±SD	Doğu n=48 X±SD	
Kendini Gerçekleştirme	23.19±4.11	23.16±3.67	23.93±4.24	23.60±4.02	0.721
Sağlık Sorumluluğu	17.68±3.18	18.18±3.92	18.41 ±3.24	17.75±3.48	0.655
Fiziksel Aktivite	14.27±4.35	15.36±4.46	14.31±4.11	14.85±3.90	0.451
Beslenme	18.98±3.90	19.45±3.83	19.31±3.29	18.86±3.76	0.826
Kişilerarası İlişkiler	24.01±3.67	22.95±3.74	24.33±3.66	23.72±3.80	0.228
Stres Yönetimi	17.00±3.93	16.79±3.67	16.93±3.13	17.23±4.00	0.943
SYBD Toplam	114.98±18.20	116.54±18.50	116.14±16.57	118.67±17.05	0.794

*ANOVA

Asistanların mezun oldukları tıp fakülteleri ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo13. İnönü Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistanların Ekonomik Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Ekonomik Durum			Test P*
	İyi n=89 X±SD	Orta n=131 X±SD	Kötü n=15 X±SD	
Kendini Gerçekleştirme	24.03±3.57	22.91±4.25	23.66±4.04	0.130
Sağlık Sorumluluğu	18.42±3.18	17.83±3.46	17.00±4.96	0.263
Fiziksel Aktivite	15.40±3.85	14.33±4.50	13.46±3.68	0.101
Beslenme	19.83±2.95 ^a	18.86±3.99	17.60±4.73	0.043
Kişilerarası ilişkiler	24.07±3.68	23.43±3.70	24.06±4.35	0.434
Stres Yönetimi	17.75±3.23 ^a	16.64±3.97	15.60±4.18	0.034
SYBD Toplam	119.92±13.90	114.35±19.30	111.78±22.20	0.065

*ANOVA a:fark yaratan grup

Asistanların ekonomik durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında beslenme ve stres yönetimi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur(p<0.05).

Tablo14. İnönü Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistanların Genel Sağlık Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Genel Sağlık Durumu			Test
	İyi n=167 X±SD	Orta n=54 X±SD	Kötü n=12 X±SD	P*
Kendini Gerçekleştirme	23.67 ±3.88	23.15±4.44	21.00 ±2.55	0.071
Sağlık Sorumluluğu	18.27 ±3.49	17.84±3.18	15.25±3.62 ^a	0.013
Fiziksel Aktivite	15.19 ±4.30	14.00±3.88	10.75±2.76 ^a	0.001
Beslenme	19.51±3.51	18.84±3.91	15.54±4.25 ^a	0.002
Kişilerarası ilişkiler	24.05±3.58	23.03±4.11	22.83±3.78	0.154
Stres Yönetimi	17.63±3.74 ^a	15.98±3.32	13.83±2.94	0.000
SYBD Toplam	118.74±17.26	113.46±18.05	98.90±12.54 ^a	0.001

*ANOVA a:fark yaratan grup

Asistanların genel sağlık durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında kendini gerçekleştirme ve kişilerarası ilişkiler dışındaki ölçeklerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur(p<0.05).

Tablo15. İnönü Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistanların Sigara İçme Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Sigara İçme Durumu			Test
	Halen İçiyor n=58 X±SD	Bırakmış n=31 X±SD	Hiç İçmemiş n=145 X±SD	P*
Kendini Gerçekleştirme	23.74±3.99	21.80±4.02	23.59±3.97	0.060
Sağlık Sorumluluğu	17.70 ±3.35	17.26±2.83	18.25±3.63	0.294
Fiziksel Aktivite	14.36 ±4.51	13.33±3.35	15.08±4.27	0.100
Beslenme	18.69±4.12	19.40±3.11	19.29±3.69	0.561
Kişilerarası İlişkiler	23.26±3.71	22.80±4.22	24.11±3.61	0.117
Stres Yönetimi	17.07±4.07	15.16±3.07 ^a	17.37±3.69	0.012
SYBD Toplam	114.34±20.24	111.55±14.03	118.03±17.49	0.159

*ANOVA a:fark yaratan grup

Asistanların sigara içme durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında stres yönetimi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur(p<0.05).

Tablo16. İnönü Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistanların Hastalık Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Hastalık Durumu		Test
	Evett n=40 X±SD	Hayır n=194 X±SD	P*
Kendini Gerçekleştirme	22.84±3.95	23.51±4.02	0.345
Sağlık Sorumluluğu	17.82±4.08	18.04±3.34	0.710
Fiziksel Aktivite	14.02±5.08	14.84±4.04	0.269
Beslenme	18.92± 4.24	19.19± 3.62	0.684
Kişilerarası İlişkiler	23.72 ± 4.13	23.74± 3.65	0.973
Stres Yönetimi	16.50±4.52	17.13±3.57	0.334
SYBD Toplam	113.69±21.93	116.88±16.80	0.331

*Bağımsız İki Grup Arasındaki T Testi

Asistanların hastalık durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır(p>0.05).

Tablo17. İnönü Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistanların Nöbet Tutma Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Nöbet Tutma Durumu				Test
	Günaşırı n=24 X±SD	3-4 günde bir n=98 X±SD	5 günde bir ve daha nadir n=68 X±SD	Nöbeti yok n=45 X±SD	P*
Kendini Gerçekleştirme	22.22±4.01	23.46±4.40	23.75±3.42	23.27±3.92	0.484
Sağlık Sorumluluğu	16.38±3.89	17.77±3.34	17.97±3.10	19.40±3.74 ^a	0.007
Fiziksel Aktivite	13.00±3.54	14.31±4.00	15.23±4.44	15.57±4.54	0.061
Beslenme	17.28±3.68	18.81±3.59	19.15±3.56	20.73±3.78 ^a	0.002
Kişilerarası İlişkiler	22.95±4.08	23.65±4.13	24.19±3.13	23.55±3.49	0.544
Stres Yönetimi	15.12±3.83	16.55±3.56	17.33±3.62 ^a	18.53±3.82 ^a	0.002
SYBD Toplam	107.25±17.54	114.70±17.96	117.77±15.58	121.52±19.47 ^a	0.035

*ANOVA a:fark yaratan grup

Asistanların nöbet tutma durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi ve SYBD puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur(p<0.05).

Tablo 18. İnönü Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistanların Çalışma Yılına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Çalışma Yılı			Test
	1 yıldan az n=44 X±SD	1-2 yıl n=79 X±SD	3 yıl+ n=112 X±SD	P*
Kendini Gerçekleştirme	22.78±4.56	24.28±4.12	23.01±3.63	0.061
Sağlık Sorumluluğu	18.40±3.86	18.12±3.67	17.77±3.18	0.578
Fiziksel Aktivite	14.97±4.31	14.39±4.13	14.76±4.30	0.749
Beslenme	19.69±4.41	19.17±3.77	18.91±3.39	0.510
Kişilerarası ilişkiler	24.16±3.63	23.07±3.56	20.80±4.75	0.125
Stres Yönetimi	17.59±3.91	15.85±3.11	16.20±3.58	0.579
SYBD Toplam	118.36±17.88	112.40±17.41	113.22±13.89	0.341

*ANOVA

Asistanların çalışma yılları ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 19. İnönü Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistanların Çalıştıkları Bölüme İsteyerek Başlama Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	İsteyerek Başlama		Test
	Evet n=204 X±SD	Hayır n=30 X±SD	P*
Kendini Gerçekleştirme	23.62±3.95	21.86±4.18	0.027
Sağlık Sorumluluğu	18.08±3.55	17.51±2.94	0.416
Fiziksel Aktivite	14.97±4.30	12.60± 3.04	0.005
Beslenme	19.32± 3.82	17.96± 2.73	0.076
Kişilerarası ilişkiler	24.06 ± 3.56	21.34± 4.12	0.000
Stres Yönetimi	17.16±3.80	15.89±3.32	0.091
SYBD Toplam	117.61±17.89	107.50±14.59	0.007

*Bağımsız İki Grup Arasındaki T Testi

Çalıştıkları bölüme başlama isteği ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında kendini gerçekleştirme, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, SYBD toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur($p<0.05$).

Tablo 20. İnönü Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistanların Çalıştıkları Bölümle İlgili Memnuniyet Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Memnuniyet			Test
	Memnun n=156 X±SD	Kısmen Memnun n=68 X±SD	Memnun Değil n=10 X±SD	P*
Kendini Gerçekleştirme	23.90±3.93	22.40±3.95 ^a	22.10±4.53	0.024
Sağlık Sorumluluğu	18.23 ±3.46	17.64±3.32	17.90±3.75	0.507
Fiziksel Aktivite	14.96±4.43	14.28±3.83	13.70±3.23	0.410
Beslenme	19.49±3.53	18.49±4.06	19.33±2.00	0.176
Kişilerarası ilişkiler	24.16±3.63	23.07±3.56 ^a	20.80±4.75 ^a	0.005
Stres Yönetimi	17.59±3.91	15.85±3.11 ^a	16.20±3.58	0.005
SYBD Toplam	118.36±17.88	112.40±17.41	113.22±13.89	0.088

*ANOVA a:fark yaratan grup

Çalıştıkları bölümle ilgili memnuniyet durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında kendini gerçekleştirme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur(p<0.05).

Tablo 21. İnönü Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistanların Asistan-Hoca İlişki Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Asistan-Hoca İlişki Durumu			Test
	İyi n=181 X±SD	Orta n=49 X±SD	Kötü n=5 X±SD	P*
Kendini Gerçekleştirme	23.60±3.98	22.47±3.97	24.80±4.43	0.165
Sağlık Sorumluluğu	18.12±3.55	17.47±3.28	19.20±2.38	0.392
Fiziksel Aktivite	14.89±4.32	14.06±3.96	13.20±3.34	0.359
Beslenme	19.38±3.78	17.95±3.41 ^a	21.60±1.14	0.022
Kişilerarası ilişkiler	23.86±3.73	23.14±3.87	24.20±2.16	0.490
Stres Yönetimi	17.21±3.88	16.27±3.34	16.60±2.79	0.301
SYBD Toplam	117.25±18.19	112.45±16.75	119.60±9.76	0.277

*ANOVA a:fark yaratan grup

Asistan-Hoca ilişki durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında beslenme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur(p<0.05).

Tablo 22. İnönü Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistanların Asistan-Yönetici İlişki Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Asistan-Yönetici İlişki Durumu			Test
	İyi n=147 X±SD	Orta n=66 X±SD	Kötü n=20 X±SD	P*
Kendini Gerçekleştirme	23.89±4.01 ^a	22.38±4.00	22.94±3.57	0.039
Sağlık Sorumluluğu	18.36±3.45	17.53±3.58	16.89±3.08	0.103
Fiziksel Aktivite	15.05±4.11	14.17±4.32	13.26±4.48	0.123
Beslenme	19.72±3.66 ^a	18.11±3.70	18.26±3.69	0.009
Kişilerarası ilişkiler	24.12±3.66	22.84±3.86	23.61±3.71	0.073
Stres Yönetimi	17.41±3.82	16.23±3.60	16.26±3.42	0.073
SYBD Toplam	118.72±17.56^a	111.77±18.59	112.00±14.18	0.030

*ANOVA a:fark yaratan grup

Asistan-Yönetici ilişki durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında kendini gerçekleştirme, beslenme, SYBD puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur(p<0.05).

Tablo 23. İnönü Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistanların Asistan-Hasta İlişki Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Asistan-Hasta İlişki Durumu		Test
	İyi n=173 X±SD	Orta n=37 X±SD	P*
Kendini Gerçekleştirme	24.90±3.80	23.21±3.91	0.014
Sağlık Sorumluluğu	17.72±3.39	17.73±3.19	0.990
Fiziksel Aktivite	14.66±4.19	13.77± 3.85	0.249
Beslenme	18.85±3.65	18.70± 3.73	0.826
Kişilerarası ilişkiler	23.97±3.59	22.38± 4.25	0.021
Stres Yönetimi	16.90±3.64	15.57±3.24	0.046
SYBD Toplam	116.18±17.14	109.06±16.05	0.037

*Bağımsız İki Grup Arasındaki T Testi

Asistan-Hasta ilişki durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında kendini gerçekleştirme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, SYBD puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur(p<0.05).

Tablo 24. İnönü Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistanların Asistan-Aynı Bölüm Doktorları İlişki Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Asistan-Aynı Bölüm Doktorları İlişki Durumu		Test
	İyi n=206 X±SD	Orta n=28 X±SD	P*
Kendini Gerçekleştirme	24.45±4.01	23.26±3.60	0.035
Sağlık Sorumluluğu	18.15±3.53	16.73±2.66	0.049
Fiziksel Aktivite	14.96±4.27	12.33± 2.88	0.002
Beslenme	19.19± 3.77	18.57± 3.28	0.424
Kişilerarası ilişkiler	24.10 ± 3.61	20.78± 3.28	0.000
Stres Yönetimi	17.27±3.72	14.71±2.89	0.001
SYBD Toplam	117.58±17.32	104.73±16.12	0.001

*Bağımsız İki Grup Arasındaki T Testi

Asistan-Aynı Bölüm Doktorları arasındaki ilişki durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, SYBD puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur(p<0.05).

Tablo25. İnönü Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistanların Asistan-Diğer Bölüm Doktorları İlişki Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Asistan-Diğer Bölüm Doktorları İlişki Durumu			Test
	İyi n=191 X±SD	Orta n=41 X±SD	Kötü n=3 X±SD	P*
Kendini Gerçekleştirme	23.66 ±4.06	22.12 ±3.65	24.33 ±2.08	0.077
Sağlık Sorumluluğu	18.20 ±3.57	17.02±2.90	18.33±2.30	0.171
Fiziksel Aktivite	15.00±4.29	13.30±3.88	13.66±1.52	0.064
Beslenme	19.17±3.78	18.97±3.59	19.66±1.52	0.925
Kişilerarası ilişkiler	24.08±3.82 ^a	22.07±2.93	22.33±1.15	0.007
Stres Yönetimi	17.21±3.77	15.82±3.50	19.33±4.16	0.058
SYBD Toplam	117.80±18.03^a	108.94±15.64	111.66±6.65	0.029

*ANOVA a:fark yaratan grup

Asistan-Diğer Bölüm Doktorları arasındaki ilişki durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında kişilerarası ilişkiler ve SYBD puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur(p<0.05).

Tablo 26. İnönü Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistanların Asistan-Hasta Şiddeti Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Hasta Şiddeti		Test
	Evet, kaldım n=54 X±SD	Hayır, kalmadım n=157 X±SD	P*
Kendini Gerçekleştirme	22.67±4.23	23.49±3.87	0.200
Sağlık Sorumluluğu	17.98±3.47	17.70±3.36	0.612
Fiziksel Aktivite	14.80±4.46	14.46±4.03	0.606
Beslenme	18.45±3.51	19.01±3.73	0.346
Kişilerarası ilişkiler	23.47±3.81	23.69±3.68	0.707
Stres Yönetimi	16.94±3.46	16.64±3.73	0.619
SYBD Toplam	116.06±17.37	114.86±17.08	0.683

*Bağımsız İki Grup Arasındaki T Testi

Asistanların maruz kaldığı hasta şiddeti ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 27. İnönü Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistanların Asistan-Üst Şiddeti Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Üst Şiddeti			Test
	Evet, çoğunlukla n=21 X±SD	Evet, nadiren n=75 X±SD	Hayır n=137 X±SD	P*
Kendini Gerçekleştirme	22.20±4.62	23.35±3.82	23.64±4.00	0.318
Sağlık Sorumluluğu	17.75±3.80	17.60±3.51	18.27±3.41	0.393
Fiziksel Aktivite	13.42±3.47	14.67±4.76	14.87±4.04	0.350
Beslenme	18.60±4.04	18.90±3.76	19.40±3.67	0.507
Kişilerarası ilişkiler	23.15±4.13	23.20±3.45	24.12±3.82	0.176
Stres Yönetimi	16.14±2.98	16.96±3.99	17.14±3.75	0.528
SYBD Toplam	114.33±14.83	114.51±18.83	117.75±17.67	0.437

*ANOVA

Asistanların maruz kaldığı üstlerin şiddeti ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo28. İnönü Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistanların Yıllık Asistan Eğitimi Alma Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Yıllık Asistan Eğitimi Alma Durumu		Test
	Var n=153 X±SD	Yok n=79 X±SD	P*
Kendini Gerçekleştirme	23.94± 3.90	22.44 ±4.02	0.007
Sağlık Sorumluluğu	18.50±3.61	17.18±3.06	0.007
Fiziksel Aktivite	15.28±4.45	13.44± 3.57	0.002
Beslenme	19.52± 3.71	18.51± 3.72	0.054
Kişilerarası İlişkiler	24.28 ± 3.55	22.82± 3.77	0.004
Stres Yönetimi	17.48±3.86	16.22±3.33	0.016
SYBD Toplam	119.47±17.96	111.01±16.25	0.001

*Bağımsız İki Grup Arasındaki T Testi

Asistanların eğitim alma durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında beslenme dışındaki ölçeklerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur($p<0.05$).

Tablo29. İnönü Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistanların Ulusal Toplantılara Katılma Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Ulusal Toplantılara Katılma Durumu		Test
	Katılıyor n=105 X±SD	Katılmıyor n=129 X±SD	P*
Kendini Gerçekleştirme	23.23± 3.64	23.52 ±4.31	0.589
Sağlık Sorumluluğu	17.76±2.87	18.18±3.90	0.372
Fiziksel Aktivite	14.94±4.14	14.46± 4.32	0.400
Beslenme	19.00± 3.60	19.26± 3.85	0.616
Kişilerarası ilişkiler	23.34± 3.45	24.04± 3.94	0.158
Stres Yönetimi	17.00±3.69	16.94±3.81	0.896
SYBD Toplam	115.65±15.74	116.76±19.48	0.662

*Bağımsız İki Grup Arasındaki T Testi

Asistanların ulusal toplantılara katılma durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında ölçeklerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0.05$).

4.3.Asistanların genel ruhsal sağlık durumuna ait bulgular

Tablo 30. İnönü Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Asistanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Genel Ruhsal Sağlık Durumu

	İyi (0-1)		Kötü (≥ 2)		Toplam		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet								
Kadın	50	53.8	43	46.2	93	40.6	0.000	0.990
Erkek	73	53.7	63	46.3	136	59.4		
Medeni durum								
Evli	77	56.2	60	43.8	137	59.8	0.852	0.356
Bekâr	46	50.0	46	50.0	92	40.2		
Yaş								
<30 yaş	54	50.0	54	50.0	108	47.2	2.073	0.355
30-34 yaş	49	54.4	41	45.6	90	39.3		
35+ yaş	20	64.5	11	35.5	31	13.5		
Ekonomik durum								
İyi	51	58.0	37	42.0	88	38.4	4.198	0.123
Orta	68	53.5	59	46.5	127	55.5		
Kötü	4	28.6	10	71.4	14	6.1		
Sigara								
Halen içiyorum	31	57.4	23	42.6	54	23.7	0.448	0.799
Bıaktım	16	53.3	14	46.7	30	13.2		
Hiç içmedim	75	52.1	69	47.9	144	63.2		
Memnununiyet								
Memnun	100	65.4	53	34.6	153	67.1	26.366	0.000
Kısmen memnun	22	33.8	43	66.2	65	28.5		
Memnun değil	1	10.0	9	90.0	10	4.4		

Genel durumu	sağlık								
İyi	96	58.9	67	41.1	163	71.8	12.366	0.002	
Orta	25	48.1	27	51.9	52	22.9			
Kötü	1	8.3	11	91.7	12	5.3			
Hasta şiddeti									
Evet, kaldım	26	49.1	27	50.9	53	25.7	0.238	0.626	
Hayır, kalmadım	81	52.9	72	47.1	153	74.3			
Üstlerin şiddeti									
Evet, çoğunlukla	5	23.8	16	76.2	21	9.2	8.347	0.015	
Evet, nadiren	42	58.3	30	41.7	72	31.6			
Hayır	75	55.6	60	44.4	135	59.2			
Toplam	123	53.7	106	46.3					

Erkek asistanların %46.2'sinin, bayanların ise %46.3'ünün genel ruhsal sağlık durumu kötüdür. Cinsiyet ile genel ruhsal sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($X^2:0.010$ $p>0.05$).

Evli olan asistanların %43.8'inin, bekârların %50.0'nın genel ruhsal sağlık durumu kötüdür. Medeni durum ile genel ruhsal sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($X^2:0.852$ $p>0.05$).

<30 yaş asistanların %50.0'nın, 30-34 yaş grubun %45.6'sının, 35+ yaş grubun ise %35.5'inin genel ruhsal sağlık durumu kötüdür. Yaş ile genel ruhsal sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($X^2:2.073$ $p>0.05$).

Ekonomik durumu kötü olanların %71.4'ünün genel ruhsal sağlık durumu kötüdür. Ekonomik durum ile genel ruhsal sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($X^2:4.198$ $p>0.05$).

Sigarayı halen içenlerin %42.6'sının, bıraktım diyenlerin %46.7'sinin, hiç içemedim diyenlerin %47.9'unun genel ruhsal sağlık durumu kötüdür. Sigara ile genel

ruhsal sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2:0.448$ $p>0.05$).

Çalıştığı bölümden memnun olanların %34.6'sının, memnun olmayanların %90.0'ının genel ruhsal sağlık durumu kötüdür. Memnuniyet ile genel ruhsal sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2:26.366$ $p<0.05$).

Genel sağlık durumu iyi olanların %41.1'inin, kötü olanların %91.7'sinin genel ruhsal sağlığı da kötüdür. Genel sağlık durumu ile genel ruhsal sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2:12.366$ $p<0.05$).

Hasta şiddeti ile genel ruhsal sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2:0.238$ $p>0.05$).

Üstlerinden çoğunlukla şiddet görenlerin %76.2'sinin, nadiren şiddet görenlerin %41.7'sinin, hiç şiddet görmemiş olanların %44.4'ünün genel ruhsal sağlığı kötüdür. Üstlerin şiddeti ile genel ruhsal sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2:8.347$ $p<0.05$).

GSA toplam puanı ile SYBD toplam puanı arasında korelasyon yapılmış ve negatif bir ilişki bulunmuştur ($r= -0.25$ $p= 0.001$).

BÖLÜM V

TARTIŞMA

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışmakta olan asistanların %40.9'u kadın, %59.1'i erkek ve %47.7'si 30 yaşın altındadır. Asistanların yaş ortalaması 30.36 ± 3.79 'dur. Yüzde 59.1'i evli olan asistanların %37.0'ı ekonomik durumunu iyi, %55.7'si orta, %6.4'ü kötü olarak belirtmiştir. Araştırmamızda yarısı Dahili tıp bilim dalında görev yapmakta olan asistanların üçte biri metropol kentlerdeki tıp fakültelerinde eğitim almış olup, dörtte biri de asistanlığının 3.yılındadır.

Tıpta uzmanlık eğitiminde İzmir'de eğitim veren kurumların güncel durumlarının saptanması, eğiticilerin ve asistanların uygulanan programa ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla 2004-2006 yılları arasında uzmanlık eğitimi veren birimlerin eğitim sorumlularının ve eğitim alan asistanların tümünü kapsayan ve uzmanlık eğitiminin pek çok basamağını araştıran İzmir ölçekli iki araştırma ve karşılaştırmalı sonuçlarının, asistanlara yapılan kısmına baktığımızda, ankete katılanların %56.7'si erkek, %43.3'ü kadındı. Yaş ortalaması, $29.3 \pm 2.7(24-42)$ 'dir. Ankete katılan asistanların %47.2'sinin İzmir'deki, %52.8'inin İzmir dışındaki tıp fakültelerinden mezun oldukları saptanmıştır. Asistanların uzmanlık eğitimlerinin ortalama 2.5 ± 1.2 (1. yıl asistanı: %27.3, 2. yıl asistanı %26.8, 3. yıl asistanı %22.7, 4. yıl asistanı %16.5, 5. yıl asistanı %6.2, 6. yıl asistanı %0.5) yıllarında olduğu saptanmıştır. Asistanlar ücretlerini büyük çoğunlukla (%85) yetersiz bulmaktadır. Asistanların %44.1'i sosyal aktivitelere zaman ayıramadıklarını belirtmişlerdir (93).

Türkiye' de Aysan ve arkadaşlarının 11 ilde, 15 üniversite ve 12 eğitim hastanesinde görev yapan 1069 asistan (İstanbul: 503, Ankara: 116, İzmir: 86, Erzurum: 71, Sivas: 60, Bolu: 49, Bursa: 49, Şanlıurfa: 46, Trabzon: 38, Kocaeli: 32, Van: 20) hekimin sorun, beklenti ve hedeflerini ortaya koymak amaçlı yaptığı kesitsel araştırmada; asistanların %55'i bekar, %40'ı evlidir, erkek / kadın oranı; 1.53, yaş aralığı 23-48, yaş ortalamaları 28.37, kıdem aralığı 1-66ay, ortalama kıdem; 19.7 ay olarak bildirilmiştir. Asistanların 494 (%46) tanesi cerrahi tıp bilimleri, 476 (%44) tanesi dahili tıp bilimleri, 99 (%9) tanesi ise temel tıp bilimlerindendir. Asistanların %44' ü ekonomik sorunlar nedeniyle zorlandıklarını bildirmişlerdir (94).

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanların yaşam biçimleri ve karşılaştıkları sorunların saptanması amacıyla Akpınar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada 300 asistanın 130'una ulaşılmıştır. Araştırmaya alınan araştırma görevlilerinin yaş ortalaması $29,7 \pm 2,9$ yıldır. Yüzde 48.5'i kadın, %51.5'i erkek olan asistanların %73.1'i evlidir. Yüzde 24.6'sı temel tıp bilimleri, %36.9'u dahili tıp bilimleri, %38.5'i cerrahi tıp bilimlerindendir. Araştırma görevlileri ekonomik durumlarını %62,3'ü orta, %23,1'i iyi %13,8'i kötü, %0,8'i çok iyi olarak tanımlamıştır (95).

Gerek bizim çalışmamızda gerekse diğer üç çalışmada da yaş ortalamaları benzer ve erkeklerin sayısı, kadınlara oranla daha fazladır. Eğitim süresinin uzun ve zorlu olması, iş hayatının da yıpratıcı olması sebebiyle bayanlar tarafından az tercih edilme nedeni olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda asistanlar ekonomik durumlarını %55.7'si orta, %37.0'ı iyi, %3.8'i kötü, %2.6'sı çok kötü, % 0.9'u çok iyi olarak tanımlamıştır. Ekonomik olarak dört çalışmada da asistanların zorlandığı tespit edilmiştir. Ancak öncelikle İzmir ölçekli araştırmada ve ikinci sırada Aysan ve arkadaşlarının araştırmasında bu memnuniyetsizlik daha ön plana çıkmıştır. Yaşam koşullarının (ev kirası, ulaşım vs. pahalı) zor ve alınan döner sermaye miktarının az olması sebep olarak gösterilebilir. Bu araştırmaların yapıldığı kentlerin çoğunlukla metropol kentleri olması önem taşımaktadır.

Çalışmamızda asistanların %87.2'si çalışmakta oldukları bölüme isteyerek başlamışlardır. Ancak %66.7'si çalıştıkları bölümden memnun (Asistanların çalıştıkları bölümlerden memnun olma durumlarına bakıldığında; Anatomi, Fizyoloji, Halk Sağlığı, Farmakoloji, Histoloji, Mikrobiyoloji, Çocuk Psikiyatrisi, Dermatoloji, Enfeksiyon Hastalıkları, Göz Hastalıkları bölümlerinde çalışan asistanların tümü bölümlerinden memnun olduklarını belirtmişlerdir. İkinci sırayı Kadın Hastalıkları ve Doğum asistanlarının memnuniyeti, üçüncü sırayı Psikiyatri asistanlarının memnuniyeti almaktadır), %29.1'i kısmen memnun olduklarını, %25.1'i hocalarıyla çok iyi anlaştıklarını, %51.9'u iyi anlaştıklarını, %63.1'i ise yöneticilerle ilişkilerinin, 88.0'ı

aynı bölümde birlikte çalıştıkları doktor arkadaşlarıyla, %81,3'ü diğer bölümlerde çalışan doktor arkadaşlarıyla ilişkilerinin iyi olduğunu belirtmişlerdir.

Erciyes çalışmasında asistanların %91,5'i çalışmakta oldukları bölümlere isteyerek, %8,5'i istemeden başlamıştır. Şu anda çalıştıkları bölümleri hakkındaki düşüncelerine bakıldığında ise, %12,4'ü çok memnun, %55,4'ü memnun, %29,1'i kısmen memnun, %3,1'inin ise memnun olmadığı görülmüştür. Araştırma görevlileri çalışmaları sırasında karşılaştıkları kişilerle ilişkilerini; hocaları ile ilişkilerini %62,3'ü iyi, %34,6'sı orta, %3,1'i kötü; yönetim ile ilişkilerini %42,3'ü iyi, %34,6'sı orta, %15,4'ü kötü; hastalar ile olan ilişkilerini ise %82,3'ü iyi, %17,7'si orta olarak değerlendirmektedir. Meslektaşları ile olan ilişkilerini ise aynı bölümde çalışanlarla %80,8, diğer bölümlerde çalışanlarla %63,1 oranında iyi olarak tanımlamışlardır (95).

Aysan ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada %83'ü şu anda eğitim aldığı uzmanlık dalını tercih etmekten memnundur. Asistanların %64'ü bölüm başkanından memnun, %22'si kısmen memnundur, %11'i ise kesinlikle memnun değildir. Alt kıdem asistanların %61'i üst kıdemlerle olan ilişkilerinde, üst kıdem asistanların ise %65'i alt kıdemlerle olan ilişkilerinde herhangi bir sorun yaşamamaktadır (94).

İzmir ölçekli araştırmada asistanların %87,7'si şu anda bulundukları birimleri isteyerek seçmişlerdir. %74,6'sı sevdiği ve ilgi duyduğu alan, %21,0'ı akademik nedenlerle, %20,3'ü iş bulma olanaklarının fazla olması, %16,6'sı ise maddi getirisi iyi olduğu için birimini seçtiğini bildirmiştir. Eğitici ve çalışma arkadaşlarınızla ilişkileriniz nasıl?" sorusuna, asistanların %53,0'ı dayanışmaya dayalı ve ekip çalışması ağırlıklı, %47,0'ı ise rekabete dayalı ve bireysel çalışma ağırlıklı, yanıtını vermiştir. Üniversite hastanelerinde en fazla rekabete dayalı ve bireysel çalışma ağırlıklı (%50,2), Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ise en fazla dayanışmaya dayalı ekip çalışması ağırlıklı (%55,1) yanıtı verilmiştir (p=0.214) (93).

Aysan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ve İzmir araştırmasında memnuniyet oranları bizim ve Erciyes araştırmasına göre daha yüksektir. Bunun nedeni eğitim olanaklarının, ulaşılabilir ve eğitim kalitesinin daha yüksek olması ile birlikte sosyal yaşamın daha iyi olması olabilir. Asistan hekimlerin, eğitim aldıkları bilim dalını tercih etmekten duydukları memnurluk düzeyinin yüksek olması önemlidir. Asistanların

kendi aralarındaki ilişkileri, bizim ve Erciyes çalışmasında daha iyi olarak bulunmuştur. Büyük şehirlerde sosyal yaşam olanaklarının daha çeşitli ayrıca hırs ve rekabet ortamının daha belirgin olması bizim çalışmamıza oranla diğer iki çalışmadaki sonuçları açıklayabilir.

Çalışmamızda her 10 asistandan 4'ü yeterli eğitim alma durumunu kısmen olarak, 4'ü ise evet olarak tanımlamış olmasına rağmen %65.9'u yıllık eğitim programı var-uygulanıyor, %15.5'i var-uygulanmıyor, %18.5'i eğitim programı yok cevabını vermişlerdir. Asistanların yarısı mezuniyet sonrası kaygılı, yarısı ise kaygılı olmadığını ifade etmişlerdir. 10 asistandan 1'i gınaşırı, 3'ü üç günde bir nöbet tutarken 2'sinin ise nöbeti yoktur. Geri kalan 5 asistanın ise nöbet tutma sıklığı dört gün ve üzerindedir. Asistanların üçte ikisi iç rotasyonların düzenli olarak uygulandığını ve tamamına yakını nöbetlerde uzman desteği aldıklarını, yine üçte ikisi sorun yaşadıklarında AD başkanına direkt kendileri iletebilmektedir.

Aysan ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada asistanların %78'i çalıştıkları bölümde düzenli olarak eğitim toplantıları yapıldığını, %6'sı düzensiz olarak yapıldığını, %16'sı ise yapılmadığını ifade etmiştir. Rotasyonlar sırasında verilen eğitimi %20'si yeterli bulmakta, %30'u kısmen yeterli bulmakta, %37'si ise yetersiz bulmaktadır. Asistanları en çok zorlayan konular arasında %56 iş yoğunluğu, %45 nöbetlerin çokluğu olarak bildirilmiştir. Asistanlar eğitimlerini tamamladıktan sonra; %30 özel hastanede çalışmayı, %29 akademik kariyer yapmayı, %22 özel muayenehane açmayı, %19 yurtdışında çalışmayı hedeflemektedirler (94).

İzmir ölçekli araştırmada asistanların %66.8'i asistan eğitim programı var, %33.2'si yok cevabını vermişlerdir. Yüzde 60.0'ı rotasyonların belirli bir program dahilinde uygulandığını belirtmiştir. Rotasyonlarda aldıkları eğitimi %19.3'ü "iyi", %80.7'si "kötü" olarak tanımlamıştır. Üniversite hastanelerinde eğitim alan asistanlar ayda ortalama 7.4 ± 3.6 (1-20 gün), Sağlık Bakanlığı hastanelerinde eğitim alanlar ayda ortalama 7.1 ± 3.2 (2-18 gün) nöbet tuttuklarını bildirmişlerdir ($p=0.420$). "Alanınızla ilgili gelecekteki iş olanakları ile ilgili bilginiz var mı?" sorusuna, asistanların %57.0'ı "evet", %43.0'ı "hayır" yanıtını vermiştir (93). İki araştırmanında bulguları, bizim çalışmamızla uyumludur.

Çalışmamıza katılan asistanların çoğunun ulusal toplantılara katılmadıkları, dörtte birinin ise genellikle destekleyici sponsorlar vasıtasıyla yılda bir defa katıldıkları belirlenmiştir. Ayrıca yarıya yakını bilimsel çalışmalarda isminin yer almadığını, üçte biri ise emeği varsa yer aldığını belirtmiştir.

Erciyes çalışmasında araştırma görevlerinin bilimsel kongre ve sempozyumlara katılma durumları incelendiğinde, %27,7'sinin hiç katılmadığı, %29,2'sinin bir kez,%14,6'sının iki kez ve %28,5'inin ikiden fazla kez katıldığı görülmüştür (95).

Aysan ve arkadaşlarının araştırmasında asistanların %75'i bilimsel kongrelere katılabilmeleri için gerekli yönetsel düzenlemelerin yapılmadığını belirtmiştir. Asistanların %58'inin hiç bilimsel yayını yoktur, %38'inin ise bilimsel dergilerde yayımlanmış en az bir tane yayını vardır (94).

İzmir ölçekli çalışmada ise üniversite hastanelerinde eğitim alanlar %71.8 oranında, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde eğitim alanlar ise %68.9 oranında bu tür etkinliklere katılabildiklerini belirtmişlerdir($p=0.489$). Yüzde 65.9'u ilaç endüstrisi desteği ile %26.6'sı kendi olanaklarıyla, %7.5'i kurum desteği ile yanıtını vermiştir. Üniversite hastanelerinde %66.4, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %77.4 oranında asistan herhangi bir yayınının olmadığını belirtmiştir ($p=0.001$). Üniversite hastanelerinde eğitim alan asistanların %23.1'inin ulusal, %15.8'inin uluslararası dergilerde yayınlarının olduğu, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde eğitim alan asistanların ise %28.5'inin ulusal,%11.4'ünün uluslararası dergilerde yayınlarının olduğu saptanmıştır (93).

Asistanların kongrelere katılımının İzmir ölçekli çalışmada daha fazla olduğu görülmüştür. Bunun sebebi asistan sayısının fazla olması dolayısıyla işlerin aksamaması ve anabilim dalı öğretim üyelerinin teşviki olarak düşünülebilir. Kongrelerin genelde büyük şehirlerde yapılmasından dolayı kendi bulundukları şehirde yapılanlara katılmış olabilirler.

Çalışmamızda asistanların %25.6'sı hastalar tarafından şiddete maruz kaldıklarını, %9.0'ı da üstlerinden çoğunlukla şiddet gördüklerini belirtmişlerdir. Cerrahi tıp bilim dalında çalışan asistanların, diğer tıp bilim dallarında çalışan

asistanlara göre gerek hastalar gerek üstleri tarafından şiddete daha fazla maruz kaldıkları saptanmıştır. Bunun sebebi olarak uygulanan tedavi yöntemlerinin daha invaziv ve daha fazla risk taşıması buna bağlı olarak hasta ve yakınlarının daha stresli olması, asistanların daha yoğun çalışması düşünülebilir.

Çalışmamızda SYBD ortalaması 116.31 ± 17.80 olarak saptanmıştır. Pasinlioğlu ve Gözüm birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışlarını ölçmek amacıyla Erzurum il merkezinde bulunan 10 sağlık ocağında çalışan 205 kişiden ulaşılabilen 138'i alınmıştır. Çalışmada SYBD puan ortalaması 117.5 ± 17.1 bulunmuştur (96). Karadeniz ve arkadaşlarının Celal Bayar Üniversitesi Eğitim Fakültesinde okuyan öğrencilerin sağlığı geliştirme davranışları ve bu davranışları etkileyebilecek özelliklerin saptanması amacıyla yaptıkları çalışmada SYBD puan ortalaması 125.9 ± 17.4 olarak bulunmuştur, sonuçlar çalışma sonuçlarımızla benzerdir (97). Arizona Devlet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunda Bagwell MM, Bush HA.'nın aynı ölçek kullanılarak yaptıkları bir çalışmada SYBD puan ortalaması daha düşük bulunmuştur (98). Toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamak üzere eğitim almış hekimlerin, sağlıklarını geliştirecek sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek olması beklenirdi. Bu durum hekimlerin bilgi ve deneyimlerini kendi yaşam biçimine aktarmadıklarını düşündürmektedir.

Çalışmamızda en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite alt boyutundan alınırken, en yüksek puan ortalamasının kişilerarası ilişkiler alt boyutunda alınmış olduğu belirlenmiştir. Yalçınkaya ve arkadaşlarının Afyon ve Denizli il merkezindeki üniversite ve devlet hastanelerinde görev yapan sağlık çalışanlarının, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada en düşük ve en yüksek puan ortalaması bizim çalışmamızda olduğu gibi bulunmuştur (99). Bu sonuçlar, hekimlerin sağlıklı yaşam biçiminin belirleyicilerinden olan fiziksel aktivite bakımından kötü, kişilerarası ilişkiler bakımından iyi puan aldıklarını göstermiştir.

Sivas'ta Pasinlioğlu ve Gözüm'ün yaptığı çalışmada en yüksek puan ortalaması beslenme, en düşük puan ortalaması ise fiziksel aktivite olarak bulunmuştur (96). Ayaz ve arkadaşlarının, Sivas hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları konulu çalışmasında da en yüksek alt puan kendini gerçekleştirme alt

boyutunda bulunurken, en düşük puan bizim çalışmamızda olduğu gibi fiziksel aktivite alt boyutundadır (100).

Kaya ve arkadaşlarının, öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla 2005-2006 öğretim yılında Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi il merkezinde görev yapan 653 öğretim elemanından 301 (%46)'i ile yaptığı çalışmada öğretim elemanlarının en az uyguladıkları sağlık davranışlarının fiziksel aktivite, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan öğretim elemanlarının bu anlamdaki fiziksel aktivite puan ortalaması en düşüktür (101). Bu bulgular toplumumuzun fiziksel aktivite alışkanlığının olmadığını düşündürmektedir. Hareket ve hareketsizlikle ilgili kültürel yargılarımızı göstermektedir. Hong Kong'da yapılan bir çalışmada hemşirelerin en düşük puanı fiziksel aktiviteden alırken, en yüksek puanı kişilerarası ilişkilerden aldığı belirtilmektedir (102). Bizim çalışmamızda ve diğer çalışmalarda genel olarak sağlık personelinde yapılan fiziksel aktivitenin düşük olduğu görülüyor.

Çalışmamızda cinsiyete göre SYBD arasında bir fark yoktur. Fiziksel aktivite puan ortalamaları 30 yaş altı grupta daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi bu yaş grubunun daha genç ve dinamik olması olarak düşünülebilir. Kişilerarası ilişkiler puan ortalamaları da yine 30 yaş altı grupta daha yüksek bulunmuştur. Yaş ilerledikçe sorumlulukların artması kişilerarası ilişkileri olumsuz yönde etkilemektedir diyebiliriz.

Araştırmamızda SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında evli olanların, bireyin kendi sağlığından sorumlu olması ve gerektiğinde profesyonel kişilere başvurması anlamına gelen sağlık sorumluluğu puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır. Düzenli aile hayatı, bu durumun nedeni olarak düşünülebilir. Gerek Sivas'ta yapılan Pasinlioğlu ve Gözümlü'nün çalışmasında gerekse Çanakkale'de Kaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada evli olanların, sağlıklı yaşam biçimi davranışları genel ortalama puanlarının, bekârlara göre daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (96,101).

Çalışmamızda temel tıp bilim dalında çalışan hekimlerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları genel ortalama puanları, diğer tıp bilim dallarında çalışanlara göre daha yüksektir. Bunun sebebi, temel tıp bilim

dallarında çalışanların çalışma yoğunluğunun az olması ve hastayla karşılaşmadıklarından daha az stresli olmaları nedeniyle kendilerine daha çok zaman ayırabilmesi olarak düşünülebilir. Kaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu davranışları araştırma görevlilerinde en düşük, profesörlerde en yüksek ancak yeterli değildir olarak bulunmuştur (101).

Çalışmamızda bitirilen tıp fakültesi ve asistanların çalışma yılı da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemiyor.

Çalışmamızda genel sağlık durumu ve maddi durumunu iyi olarak tarif eden insanlar stres yönetimi konusunda daha başarılı iken sigarayı bırakanların ise stresle baş etme puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Bunun sebebi olarak tekrar içmek isteğinin kişide yarattığı gerilim olarak düşünülebilir. Yalçinkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara içmeyenler, kişilerarası ilişki alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarda ve genel toplamda sigara içenlere göre daha yüksek puan almışlardır (99). Genel olarak sigara içmeyenler, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına daha fazla önem veren insanlardır. Bu veriler, topluma sağlıklı yaşam alanında önderlik edecek olan sağlık çalışanları için oldukça iyi bir göstergedir.

Çalışmamızda hastaların uyguladığı şiddet, üstlerin uyguladığı şiddet sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemiyor.

Çalıştıkları bölüme isteyerek başlayanlarda kendini gerçekleştirme, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler ve SYBD toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Bölüme isteyerek girme, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu etkilemektedir.

Çalıştıkları bölümden memnun olanlarda kendini gerçekleştirme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBD toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Bölümden memnun olmaları, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu etkilemektedir.

Hocaları ile ilişki durumu orta derecede olanların beslenme puanı daha düşük bulunmuştur.

Yöneticileri ile ilişkisi iyi olanların kendini gerçekleştirme, beslenme ve SYBD toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Yöneticilerle iyi ilişkiler, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu etkilemektedir.

Hastalarla ilişkisi iyi olanlarda kendini gerçekleştirme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi ve SYBD toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Hastalarla iyi ilişkiler, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu etkilemektedir.

Özellikle kendi bölümlerinde çalışan mesai arkadaşlarıyla ilişkileri, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hemen hepsini olumlu etkilemektedir.

Diğer bölümdeki doktorlarla ilişkisi iyi olanların kişilerarası ilişkiler ve SYBD toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.

Ekonomik durumu iyi olanların beslenme ve stres yönetimi puanı daha yüksek bulunmuştur. Ekonomik durumun iyi olması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu etkilemektedir.

Genel sağlık durumu iyi olanların fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve SYBD toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Genel sağlığın iyi olması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu etkilemektedir.

Asistanların hastalık durumları, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemiyor.

Nöbeti olmayanların sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi ve SYBD toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Nöbetin olmaması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu etkilemektedir.

Asistanların yıllık asistan eğitimi programı almaları, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hemen hepsini olumlu etkilemektedir.

Ulusal toplantılara katılma, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemiyor.

Ruhsal sağlık durumunu saptamada kullanılması önerilen Genel Sağlık Anketi (GSA-12) ruhsal belirti sayısına dayandığından kişinin ruhsal durumunu ilgilendiren bir ön tanıya olanak tanımaktadır. Bu anlamda iki ve daha fazla sayıda belirti veren kişide

olası bir ruhsal rahatsızlık olabileceği ve ileri inceleme gerektirdiği bildirilmektedir (103).

Araştırmamızda GSA-12’de asistanların %46.3’ünün iki ve daha fazla belirtisi olduğu saptanmıştır. Bu sıklık asistanların yarıya yakınının ruhsal problemlerinin olabileceğini göstermektedir. Çalışmamızda erkek asistanların %46.3’ünün, bayanların da %45.7’sinin genel ruhsal sağlık durumu kötüdür. Cinsiyet ile genel ruhsal sağlık durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde ruhsal sağlık durumu, depresyon sıklığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler konulu çalışmada tüm öğrencilerin %63.7’sinin genel sağlık durumu kötüdür. Tıp fakültesindeki kız öğrencilerin %62.7’sinin, erkek öğrencilerin %54.0’ının genel ruhsal sağlık durumu kötüdür. Sağlık Yüksekokulu’ndaki kız öğrencilerin %72.0’ının, erkek öğrencilerin %61.1’inin genel ruhsal sağlık durumu kötüdür. Her iki okulda da cinsiyet ile genel ruhsal sağlık durumları arasında anlamlı bir fark yoktur (104). Bulgular bizim araştırmamızdaki ile uyumludur.

Kocaeli Üniversitesi’nin üç meslek yüksekokulunda öğrencilerin sağlık düzeylerinin algılanan sağlık ölçeği ve GSA-12 ile değerlendirilmesi konulu araştırmada ise kız öğrencilerin %40.7’sinin, erkeklerin %57.5’inin genel ruhsal sağlık durumu kötü bulunmuştur (105).

Malatya il merkezi lise son sınıflarda yapılan bir araştırmaya göre GSA ile ölçülen ruhsal sağlık öğrencilerin %69’unda kötü olarak saptanmıştır. Bu çalışmada Kocaeli çalışmasının aksine ruhsal sağlık kız öğrenciler arasında daha olumsuz olarak saptanmıştır (106).

Bizim çalışmamızda ruhsal sağlık durumu daha iyidir. Diğer çalışmalar, öğrencilerde bizim çalışmamız ise asistanlarda yapılmış. Meslek ve statü sahibi olmak, ekonomik özgürlük, yaşın kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi üzerine olumlu etkisi ruhsal sağlık durumunu iyileştirici etkenler olarak düşünülebilir.

Kanada’da 16 üniversiteden 7800 öğrencide yapılmış bir çalışmada, öğrencilerin %30’unda GSA’ya göre yüksek psikolojik rahatsızlık (distres) saptanmıştır. Kız

öğrencilerde GSA'ya göre genel ruhsal sağlık durumu bozuk olanların oranı %63.9, erkek öğrencilerde %56.1'dir ve iki grup arasında anlamlı fark vardır (107).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu'na göre kadınların genel ruhsal sağlık durumu daha kötüdür (108). Bizim çalışmamızda, asistanların çalışma şartlarının ve statülerinin aynı olması nedeniyle fark bulunmamış olabilir.

Araştırmamızda bekâr olan asistanların, evli olanlara göre GSA puanları daha yüksek bulunmuş olmasına rağmen medeni durum ve genel ruhsal sağlık durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

İstanbul'daki bir sağlık ocağına başvuran kadınların genel ruhsal sağlık anketine göre ruhsal durumlarını araştıran bir çalışmada bekâr ve dul olanlar evli olanlara göre daha fazla ruhsal belirti göstermektedir (109). Bu durum evli olmanın ruhsal yönden koruyucu etkisi olduğunu göstermektedir.

Araştırmamıza katılan asistanlardan ekonomik durumunu, genel sağlık durumunu ve çalıştığı bölümden memnun olma durumunu kötü olarak tarif edenler daha yüksek GSA puanları almışlardır. Ancak genel sağlık durumu ve çalıştığı bölümden memnun olma durumunun aksine ekonomik durum ile genel ruhsal sağlık durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Kocaeli çalışmasında babası işsiz olan öğrencilerin %68'inin ruhsal sağlıklarının kötü olması, ekonomik gelir ile sağlık arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Sosyoekonomik durumu iyi olanların algılanan sağlık düzeyinin de daha yüksek olduğu saptanmıştır. Fakat ekonomik durum ile genel ruhsal sağlık durumu ve algılanan sağlık arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (105).

Çalışmamızda sigarayı halen içenlerin %42.6'sının, bıraktım diyenlerin %46.7'sinin, hiç içmedim diyenlerin %47.9'unun genel ruhsal sağlık durumu kötüdür. Sigara ile genel ruhsal sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Kocaeli araştırmasında sigara içenlerin %45'i, içmeyenlerin %55.9'unun genel ruhsal sağlık durumu kötüdür. Sigara ile genel ruhsal sağlık durumu arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Sigaranın sağlık üzerine olumsuz etkileri bilinmesine rağmen sigaranın ruhsal sağlık düzeyinin artışı ile ilişkisi gözlemlenmiştir (105).

Araştırmaların kesitsel birer çalışma olması nedeniyle sigara kullanımının mı GSA puanını etkilediği yoksa GSA puanı yüksek olanların mı daha fazla sigara tükettiğini saptamak mümkün değildir. Nitekim öğrencilerin eğitimleri boyunca izlenmesi ile elde edilen verilerde, hiç sigarayı denememiş öğrencilerin GSA skorunun daha düşük olduğu saptanmıştır (110).

Hasta şiddeti ile genel ruhsal sağlık durumu arasındaki fark anlamsızdır.

Üstlerin şiddeti ile genel ruhsal sağlık durumu arasındaki fark anlamlıdır. Üstlerinden çoğunlukla şiddet görenlerin genel ruhsal sağlığı daha kötüdür.

Genel sağlık durumu ile genel ruhsal sağlık durumu arasındaki fark anlamlıdır. Genel sağlık durumu kötü olanların genel ruhsal sağlığı daha kötüdür.

SYBD toplam puanı ile GSA toplam puanı arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. SYBD toplam puanı arttıkça GSA toplam puanı düşmektedir. Dolayısıyla sağlıklı yaşam biçimi davranışları olumlu hale geldikçe genel ruhsal sağlık durumu da daha iyi olmaktadır.

BÖLÜM VI

SONUÇ, ÖNERİLER, ÖZET

SONUÇLAR

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinde çalışan asistanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve genel ruhsal sağlık düzeylerini belirlemek amacı ile yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Asistanların % 40.9'u kadın, %59.1'i erkek, %47.7'si 30 yaşın altında ve yaş ortalaması 30.36 ± 3.79 'dur. Yüzde 59.1'i evli olan asistanların, %55.7'si ekonomik durumunu orta olarak belirtmiştir. Yüzde 50.6'sı dahili, %41.3'ü cerrahi, %8.1'i temel tıp bilim dallarında görev yapmakta olan asistanların %27.0'ı İnönü Üniversitesi, %31.3'ü metropol kentlerdeki tıp fakültelerinde eğitim almış olup, %25.5'i asistanlığının 3.yılındadır

Yüzde 62.0'ı sigarayı hiç kullanmadıklarını, %24.8'i halen sigara içtiğini, %13.2'si sigarayı bıraktığını belirtmiştir. Yüzde 65.8'i hiç alkol kullanmamaktadır.

Asistanların, %53.0'ı çalıştıkları bölümden memnun, %29.1'i kısmen memnun olduklarını, %4.3'ü de memnun olmadıklarını, %51.9'u hocalarıyla, %52.4'ü yöneticilerle, %61.4'ü hastalarla, %56.8'i aynı bölümde birlikte çalıştıkları doktor arkadaşlarıyla, %64.3'ü diğer bölümlerde çalışan doktorlarla ilişkilerinin iyi olduğunu belirtmişlerdir. Yeterli eğitim alma durumunu %40.0'ı evet olarak, %43.4'ü kısmen olarak tanımlamıştır. Mezuniyet sonrası %47.8'i kaygılı, %46.6'sı kaygılı olmadığını ifade etmiştir.

Asistanlar, SYBD alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek puandan en düşüğe doğru sırasıyla kişilerarası ilişkiler, kendini gerçekleştirme, beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve fiziksel aktivite alt ölçeklerinden almışlardır.

SYBD'da cinsiyete göre farklılık yoktur ancak evli olanlarda sağlık sorumluluğu daha yüksek bulunmuştur.

<30 yaş grubunda fiziksel aktivite ve kişilerarası ilişkiler puanları, >35+ yaş grubunda ise sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve SYBD toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.

Temel tıp bilim dalında görev yapmakta olan asistanların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBD toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.

Çalıştıkları bölüme isteyerek başlayanların kendini gerçekleştirme, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, SYBD toplam puanları; çalıştıkları bölümlerinden memnun olanların kendini gerçekleştirme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puanları daha yüksek bulunmuştur.

Yöneticileri ile ilişkisi iyi olan asistanların kendini gerçekleştirme, beslenme, SYBD toplam puanları; hastalarla ilişkisi iyi olan asistanların kendini gerçekleştirme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, SYBD toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.

SYBD’da en çok farklılık yaratan, mesai arkadaşlarıyla olan iyi ilişkiler ve yıllık asistan eğitimi programı almalarıdır. Bu iki durum da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hemen hepsini olumlu etkilemektedir.

Ekonomik durumu iyi olan asistanların beslenme ve stres yönetimi puanları; genel sağlık durumu iyi olan asistanların fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve SYBD toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.

Sigarayla hiç içmemiş olan asistanların stres yönetimi puanları daha yüksek bulunmuştur.

Nöbeti olmayanların sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi ve SYBD puanları daha yüksek bulunmuştur. Nöbetin olmaması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu etkilemektedir.

Genel olarak asistanların %53.7’sinin genel ruhsal sağlık durumu iyi, %46.3’ünün ise kötü bulunmuştur. Erkek asistanların %46.3’ünün, bayanların ise %46.2’sinin, evli olan asistanların %43.8’inin, bekârların ise %50.0’ının genel ruhsal sağlık durumu kötüdür.

<30 yaş asistanların %50.0'ının, ekonomik durumu kötü olanların %71.4'ünün genel ruhsal sağlık durumu kötüdür.

Sigarayı halen içenlerin %42.6'sının, bıraktım diyenlerin %46.7'sinin, hiç içmedim diyenlerin %47.9'unun genel ruhsal sağlık durumu kötüdür.

Üstlerinden çoğunlukla şiddet görenlerin %76.2'sinin, nadiren şiddet görenlerin %41.7'sinin, hiç şiddet görmemiş olanların %44.4'ünün genel ruhsal sağlığı kötüdür. Üstlerin şiddeti, genel ruhsal sağlık durumunu olumsuz etkilemektedir.

Genel sağlık durumunun iyi olması, genel ruhsal sağlık durumunu olumlu etkilemektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları olumlu hale geldikçe genel ruhsal sağlık durumu da daha iyi olmaktadır.

ÖNERİLER

Bu araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

1. Sağlığın geliştirilmesinde, genel ruhsal sağlık ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörlerin asistanlara kazandırılması için öğrencilik döneminde ders programlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmenin önemi konusunda bilgi ve tutum kazandırmaya yönelik olarak öncelik ve ağırlık verilecek şekilde düzenlenmesi,

2. Asistanların, sağlıklarını korumak, geliştirmek ve topluma uygun rol model olmalarını sağlamak için, genel ruh sağlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından özellikle beslenme, egzersiz ve stres yönetimi alanlarında bireylere yönelik düzenli hizmet içi eğitimi programlarının gerçekleştirilmesi, hastanede çıkarılan yemeklerin, sağlıklı beslenme ilkelerine uygun olarak düzenlenmesi, her gün sebze ve meyvenin bulunduğu yemek listelerinin oluşturulması,

3. Sağlık Bakanlığının, sağlık çalışanlarını genel ruh sağlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına özendirmeye yönelik kampanyalar düzenlemesi, güncel konularla ilgili söyleşi ve konferanslar düzenlemesi, kişilerarası ilişkileri arttırıcı sosyal faaliyetler düzenlenmesi,

4. Asistanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında en düşük puan ortalamasının fiziksel aktivite alt ölçeğinde bulunması nedeniyle fizik aktivitelerin öneminin algılanması için aktivite programlarının düzenlenmesi, egzersiz yapmaya uygun alt yapının hazırlanması ve bu hizmetlerden yararlanmaları için bireylerin teşvik edilmesi, hastanelerde hekimlerin fiziksel aktivite yapmalarına uygun salonlar oluşturulması, öğlen tatillerinde, boş zamanı olanların kullanabilmesi,

5. Sosyo-demografik değişkenlerden medeni durum, yaş, ekonomik durum, bulundukları tıp bilim dalı gibi değişkenlerin genel ruh sağlığı ve sağlık davranışlarını etkilediği görülmüştür. Asistanlara uygulanacak sağlığı geliştirme programlarında bu faktörlerin dikkate alınması önerilmiştir.

6. Asistanların çalışma ve nöbet saatlerindeki aşırılık ve yoğun iş yüküne sahip olmalarına rağmen aldıkları ücretlerin düşüklüğü önemli bir sorundur. Bu konu hasta güvenliği, asistanların temel insani standartlarda yaşaması, mesleki ve kişisel gelişmelerini sağlayabilmeleri ve özlük hakları yaklaşımı ile ele alınmalıdır. Bir asistana aşırı iş yükü bindirmeyecek şekilde asistan sayıları daha planlı yapılmalıdır.

7. Sürekli tıp eğitimi etkinliklerine asistanların katılımı üniversite tarafından yeterince desteklenmemektedir. Bu alan adeta ilaç endüstrisi desteğine terk edilmiş haldedir. Sürekli tıp eğitimi etkinliklerine katılım asistan için bir hak ve sürekli mesleki gelişim açısından bir sorumluluktur. Bu alanın kurumsal desteğe kavuşması hem eğitim hem de meslek etiği açısından bir zorunluluktur.

ÖZET

AMAC: Bu araştırmada İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinde ihtisas yapan asistanların sağlığın geliştirilmesine yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ruhsal sağlık durumlarının belirlenmesi, bunların sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi, sağlıklı yaşam biçimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve asistanlara sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda öneriler sunmak amaçlanmıştır.

METOD: Kesitsel tipte olan araştırmada evreni, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanlar oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında 96'sı kadın, 139'u erkek olmak üzere toplam 235 asistan yer aldı. Mayıs-Ağustos 2010 aylarında yapılan çalışmada sosyodemografik bilgi anketi, GSA (Genel Sağlık Anketi), SYBDÖ (Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği) kullanılmıştır. Verileri değerlendirmede SPSS 16.0 İstatistik paket programı, analizlerde Ki-kare, ANOVA ve Bağımsız İki Grup Arasındaki T Testi, Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

BULGULAR: Araştırma kapsamına giren asistanların %40.9'u kadın, %59.1'i erkek, %59.1'i evli, %47.7'si 30 yaşın altında ve yaş ortalaması 30.36 ± 3.79 'dur. Yüzde 50.6'sının dahili, %41.3'ünün cerrahi, %8.1'inin temel tıp bilim dallarında görev yaptığı, %55.7'sinin ekonomik durumunu orta olarak belirttiği, %53.0'mın çalıştıkları bölümden memnun, %29.1'inin kısmen memnun olduklarını, %62.0'ının ise sigara kullanmadıklarını ifade ettikleri saptanmıştır. Araştırmaya katılan asistanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puanı 116.31 ± 17.80 olarak bulunmuştur. En yüksek puan ortalamasının kişilerarası ilişkiler, en düşük puan ortalamasının ise fiziksel aktivite boyutuna ait olduğu belirlenmiştir. Evli olanlarda sağlık sorumluluğu puanı, temel tıp bilim dalında görev yapanlarda SYBD toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Çalıştıkları bölümden memnun olanların kendini gerçekleştirme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puanları; yöneticiler ile ilişkisi iyi olan asistanların kendini gerçekleştirme, beslenme ve SYBD toplam puanları; yıllık asistan eğitimi programına katılan asistanların ve mesai arkadaşlarıyla ilişkileri iyi olanların SYBD puanlarının hemen hepsi yüksek bulunmuştur. Genel sağlık durumu iyi olanların %41.1'inin, kötü olanların %91.7'sinin genel ruhsal sağlığı da kötüdür. Genel sağlık

durumu ile genel ruhsal sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). GSA toplam puanı ile SYBD toplam puanı arasında korelasyon yapılmış ve negatif bir ilişki bulunmuştur ($r= -0.25$ $p= 0.001$).

SONUÇLAR: Çalıştıkları bölümden memnun olma, mesai arkadaşlarıyla iyi ilişkilerin olması, yıllık asistan eğitim programı almaları SYBD'lerinin çoğunu olumlu etkilemektedir. Genel sağlık durumu iyi olanların fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve SYBD toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Asistanların SYBD'dan en az aldıkları puan fiziksel aktivitedir. Fiziksel aktivite yapmalarına uygun aktiviteler düzenlenmesi sağlanabilir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları olumlu hale geldikçe genel ruhsal sağlık durumu da daha iyi olmaktadır. Sağlık çalışanları, kendi yaşam biçimlerini düzeltebilirler. Mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık hizmeti verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptirler.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Çalışanları, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Genel Ruhsal Sağlık Durumu.

ABSTRACT

OBJECTIVES: This study has been carried out to define the psychological health status and healthy life conditions to be improved of the assistants specializing at Hospital of Inonu University Medicine Faculty and to analyze them and the relationships with socio-demographic variables, to define the factors influencing the healthy life style and it aims to provide suggestions about healthy life style to the assistants.

METHOD: The universe of the research which is cross-sectional consists of the assistants specializing at the Hospital of Inonu University Medicine Faculty. In the scope of the research, 96 of them as women and 139 as men, totally 235 assistants took place. In the study carried out in the months of May-August 2010, socio-demographic data survey, GSA (General Health Survey) and SYBDÖ (Healthy Life Style Behaviors Scale) have been used. SPSS 16.0 Statistics packet program has been used to analyze the data, chi-square test, ANOVA and T Test between two Independent Groups and Pearson Correlation Analysis have been used in the analyses.

FINDINGS: The assistants who are included in the scope of the research are 40.9% women, 59.1% men, 59.1% married, 47.7% is under the age of 30 and the average age is 30.36 ± 3.79 . 50.6% works at internal medicine, 41.3% works at surgical medicine, 8.1% works at basic medicine; 55.7% has stated that they are in the middle class economically, 53% has stated that they are content with the departments that they work at, 29.1% has stated that they are partly content with the departments that they work at, 62% has told that they do not smoke. The total Scale of Healthy Life Style Behaviors score of the all assistants who participated in the research is 116.31 ± 17.80 . It is determined that the highest scores are in the field of interpersonal relations and the lowest scores are in the field of physical activities. The health responsibility scores of the married ones and the total SYBD scores of the ones who work at basic medicine are found to be higher. Self-realization, interpersonal relation and stress management scores of the ones who are content with the departments they work at are found to be high; self-realization, nutrition and total SYBD scores of the ones who have good relations with the directors are found to be high; almost all SYBD scores of the assistants who

participate in the annual assistant training program and who have good relations with their fellow workers are found to be high. 41.1% of the ones whose general health condition is good and 91.7% of the ones whose general health condition is bad have a bad general psychological health. A statistically significant gap is found between general health condition and general psychological health condition ($p < 0.05$). A correlation is done between GSA total scores and SYBD total scores and a negative relationship is found ($r = -0.25$ $p = 0.001$).

RESULTS: Most of the SYBDs are positively affected by being content with the department they work at, having good relations with fellow workers and having annual assistant training program. Physical activity, nutrition, stress management and SYBD total scores of those who have a good general health situation are found to be higher. The assistants have got the lowest scores at physical activity. Some suitable activities can be arranged in order to get them to do physical activity. When the healthy life style behaviors improve positively, general psychological situation gets better, too. Health workers should improve their life styles. Because of their professional responsibilities and social roles, they have the potential to affect the group that they give health service and to be a role-model by the life styles they follow up.

Key Words: Health Workers, Healthy Life Style Behaviors, General Psychological Health Situation.

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR

- 1-World Helth Organization. The constitution of the WHO. WHO Chronicle, 1974;1:29.
- 2-Browne JP. Health– related quality– of- life studies in urology: conceptual and methodological considerations. World J Urol 1999;17:193-8.
- 3-Tabak R.S. Sağlık Eğitimi. Somgür Yayıncılık, Ankara, 2000.
- 4- Basu D. Quality-Of-Life Issues in Mental Health Care: Past, Present, and Future Reprinted from the German J Psychiatry 2004; 7: 3: 35-43.
- 5-Özgür G, Karaaslan A, Çam O, Gürkan A, Dülgerler Ş, Uysal O. Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı toplumda ruhsal belirtilerin değerlendirilmesi. E.Ü. Rektörlüğü Araştırma Fonu, Proje No:1995 HYO-06, İzmir, 1998.
- 6-Fidaner C. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, Ege Üniversitesi, İzmir, 2004.
- 7- Kong R. Building community capacity for health promotion: a challange for public health nurses, Public Health Nursing. 1995; 12(5):312-318.
- 8- Dickey Janick JJ. Lifestyle modifications in the prevention and treatment of hypertension, Endorc Pract. 2001; 7(5):392-9.
- 9- <http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm>. Erişim tarihi: 05.04.2011.
- 10- Erdoğan S, Esin N. Erişkin bireyde yaşam biçimi ve sağlık davranışları, IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Ankara,1995; 96-97.
- 11- Sisk RJ. Caregiver Burden and Health Promotion, International Journal Of Nursing Studies 1999; 37(1), 37-43.
- 12- Spellbring MA. Nursing's role in health promotion”, Nursing Clinics of North America, December; 1991; 26 (4), 805-813.

- 13-** Stanhope M, Lancaster J. Community health nursing, Process and practice for promoting health, Third ed. Mosby-year Book Co. St.Louis, 1992; 188-99, 593-615.
- 14-** Pender NJ. Healt. promotion in nursing practice, Second ed. Norwalk CT. California, 1987; 4, 5, 63.
- 15-** Pender NJ, Walker SN, Sechrist KR et al. Predicting health promoting life styles in the workplace, Nursing Research. Nov/Dec; 1990; 39 (6), 326-331.
- 16-**Ecevit Alpar Ş, Sabuncu N, Şenturan L. Hemşirelik Yüksekokulu 1.sınıf öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. 2.Uluslararası-9.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı. 07-11 Eylül 2003; 70.
- 17-**Levine RJ. Quality of life assessments in clinical trials: an ethical perspective.In:Spilker B(editor). Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. 2nd edition. Philedelphia, Lippincott-Raven Publishers,1996; 5.
- 18-**Long PH .On the Quantity and Quality of Life. Med Times, 1960; 88: 613-9.
- 19-**Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. Br J Obstet Gynaecol 1997;104:1374-9.
- 20-**Kelleher CJ, Cardazo LD, Tooze-Hobson PM, Quality of life and urinary incontinence. Curr Opin Obstet Gynecol 1995; 7: 404-8.
- 21-**Calman KC. Quality of life in cancer patients: An hypothesis. J Med Ethics 1984;10:124-7.
- 22-**Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of Quality of Life measurements. JAMA 1994; 272: 619-26.
- 23-**Dilbaz N. Yaşam Kalitesi: Ölçümü ve Psikiyatri, Psycho Med 2:1, 20-24.
- 24-**Division of mental health and prevention of substance abuse. WHOQOL measuring quality of life.1997; WHO.

- 25-**Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2005;1(9):105-12.
- 26-**Bowling A. Measuring Health. A Review of Quality of Life Measurement Scales. Second edition. Buckingham, Open Universty Press,1998.
- 27-**Rubenstein LV. Using Quality of life tests for patient diagnosis or screening or to evaluate treatment. In: Spilker B(editor). Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. 2nd edition. Philedelphia, Lippincott-Raven Publishers, 1996; 37: 363-74.
- 28-**World Health Organization. Internationale classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva: WHO.1990.
- 29-**Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are Quality of life measurements measuring? BMJ 1998; 316: 542.
- 30-**Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. Sağlıkta Birikim Dergisi 2006;1(2):1-5.
- 31-**Eser E,1.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu. Ege Üniv. ,İzmir, 2004.
- 32-**Özvarış Ş.B. Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara, 2001.
- 33-**Rozmus C L, Evans R,Wysochansky M, Mixon D, An analysis of health promotion and risk behaviors of freshman college students in a rural southern setting. J Pediatr Nurs February; 2005; 20 (1): 25-33.
- 34-**Birol L. 'Sağlık ve Hastalık Kavramı' Hemşirelik Süreci. 6. Basım. Etki Matbaacılık İzmir, 2004.
- 35-**Açıkgöz KÜ. Maslow'un Gereksinim Kuramı: Etkili Öğrenme ve Öğretme. Kanyılmaz Matbaası, İzmir, 1996; 193-201.
- 36.**Pender et al. Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education. Nursing Outlook, 1992; 40(3).

- 37-**Battorf JL, Johnson JL. The effects of cognitive-persceptual factors on health promotion behavior maintenance. Nursing Research, 1996; 45(1): 30-36.
- 38-**Özer D, Baltacı G. İş yerinde Fiziksel Aktivite. Ankara, Klasmat matbaacılık. 2008.
- 39-**Bek N, Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız. Klasmat matbaacılık, Ankara, 2008.
- 40-**Bayrakçı Tunay V. Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite. Klasmat matbaacılık, Ankara, 2008.
- 41-**DSÖ Avrupa Bölge Ofisi Dünya Sağlık Günü Broşürü, 4 Nisan 2002.
- 42-** <http://www.kamu-is.org.tr/pdf/715.pdf>. Erişim: 01.06.2011.
- 43—**Baysal A, Sosyal eşitsizliklerin beslenmeye etkisi. C.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25(4),
- 44-**Yücecan S, Optimal Beslenme, Klasmat matbaacılık, Ankara, 2008, Sağlık Bakanlığı Yayını No:726.
- 45-** Maurer F, Smith C. Community Health Nursing Theory and Practice, WB Saunders Company, 2000; s.404-424.
- 46-** Özcan A. Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim. 1. Baskı. Başsaray Yayınevi, İzmir, 1996; s.1-22.
- 47-**Güçlü N. Stres Yönetimi. G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi 2001; Cilt 21, Sayı 1 91-109.
- 48-**Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve başa çıkma yolları. Remzi Kitabevi, İstanbul, 2002.
- 49-**Lazarus R, Stresle Baş Çıkma, Olumlu Bir Yaklaşım. Çeviren: Şahin NH, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları 1998; s.58-63.
- 50-** Şahin N. Stresle Başa Çıkma: Olumlu Bir Yaklaşım. 3.Basım. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1998.

- 51-** Lazarus RS, From psychological stres to the emotions. Annual Review of Psychology, 1993; 44, 1-22.
- 52-**Matud MP. Gender differences in streess and coping styles. Personality and Individual Differences. 2004; 37, 1401-1415.
- 53-**Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8.basım. Feryal Matbaası, Ankara, 2001.
- 54-**Bruntland GH. Mental Health in the 21 st century. Bulletin of The World Health Organization. 2000; 78(4): 411.
- 55-**Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C. ve ark. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Yayın sorumlusu: Doğan O. Dilek Matbaası, Sivas, 1995.
- 56-**Yüksel N, Ruhsal Hastalıklar, 2.baskı. Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2001.
- 57-**Turan N. Dünyada ve Türkiye’de kronik ruh hastalığı sorunu. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi 1983;1(1):51-58.
- 58-**Altıntaş H, Sevensan F, Aslan T, Cinel M, Çelik E, Onurdağ F. HÜTF dönem dört öğrencilerinin uyku bozukluklarının ve uykululuk hallerinin epworth uykululuk ölçeği ile değerlendirilmesi. Sted 2006; Cilt 15, Sayı 7;114-120.
- 59-**Farney RJ, Walker LE, Jensen RL, Walker JM, Ear oximetry to detect apnea differentiterapid eye movement (REM) and non-REM sleep. Screening for the sleep apnea syndrome. Chest 1986;89:533-539.
- 60-**Roth T, Roehrs TA, Rosenthal L. Et al. Normative and pathological aspects of daytime sleepness. Review of Psychiatry 13. Oldham JM, Riba MB (ed), Washington, DC American psichiatriis pres, 1994; 707-728.
- 61-**(15 edition) Braunwald E, Fauer AS, Kasper DL. Harrison Textbook of Internal Medicine 2001; s:155-164.
- 62-**Hidalgo MP, Caumo W, Sleep disturbances associated with minor psychiatric disorders in medical students. Neurol Sci 2002; 23: 35-39.

- 63-**Sayan İ, Tekbaş ÖF, Göçgeldi E, Paslı E, Babayiğit M. Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin sigara içme profilinin belirlenmesi. Genel Tıp Dergisi 2009; 19(1): 9-15.
- 64-**Sarandöl A, Nikotin bağımlılığı ve tedavi yaklaşımı. Akciğer Arşivi 2002; 3:129-39.
- 65-**Öztürk M, Önder Y, Gür R, Sevgi H. Askerlik görevini yapmakta olan doktorlar arasında sigara içme durumu; Kasım 1995-Samsun, Sağlık için Sigara Alarmı 1996; 3(1-2): 25-28.
- 66-**Güneş G, Pehlivan E, Eğri M, Genç M. Turgut Özal Tıp Merkezi hekim, hemşire ve tıp öğrencilerinde sigara içme sıklığı. Journal of Turgut Özal Medical Center 1997; 4(4):407-11.
- 67-**PIAR, Sigara alışkanlıkları ve sigarayla mücadele kampanyası kamuoyu araştırması, Ocak ;1998.
- 68-**Hodgetts G, Broers T, Godwin M. Smoking behaviour, knowledge and attitudes among Family Medicine physicians and nurses in Bosnia and Herzegovina. BMC Fam Pract 2004;11(1):12.
- 69--**Telman N,Ünsal P. Çalışan Memnuniyeti. Epsilon Yayınevi, İstanbul, s.12, 2004.
- 70-**Silah M. Çalışma Psikolojisi. Selim Kitabevi, Ankara, s.102, 2000.
- 71-**Şerif Ş, Akgemci T, Çelik A. Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, s.160,1998.
- 72-**Rogers DJ, Kenneth EC, Toby JK. Increasing Job Satisfaction of Service Personel. Journal of Services Marketing 1994; Vol:8, No:1, s.15.
- 73-**Loscocco LA, Roschelle AR. Influences on the Quality of Work and Nonwork Life: Two Decades in Review, Journal of Vocational Behavior 1991; Vol:39, s.182.
- 74-**Erdoğan, İ. İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış. Dönence Basım ve Yayın Hizmetleri, İstanbul, 1999.

- 75-**Clegg A. Occupational Stress in Nursing: A Review of the Literature. J Nurs Manag 2001; 9: 101-106.
- 76-**Rowden WR, Conine TC. “The Impact of Workplace Learning on Job Satisfaction in Small US Commercial Banks”, Journal Of Workplace Learning 2005; No:17(4).
- 77-**Aslan H, Aslan RO, Kesepera C. Kocaeli'nde bir grup sağlık çalışanında işe bağlı gerginlik, tükenme ve iş doyumu. Toplum ve Hekim 1997;12: 24-9.)
- 78-**Freudenberger HJ. The Staff Burnout Syndrome in Alternative Institutions. Psychother. Theory Res. Pract. 1975; 12,73-82.
- 79-**Maslach C, Jackson SE. In: Maslach Burnout Inventory (Manual), 2nd Edition. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA,1986.
- 80-** Maslach C. Burnout: The Cost of Caring. New Jersey: Englewood Cliffs & Prentice Hall Inc. 1982.
- 81-** Ersoy F, Yıldırım CR, Edirne T. Tükenmişlik (Staff Burnout) Sendromu. Sted. Şubat 2001. 15-20.
- 82-**Mayou R. Burnout. British Med. Journal 1986; 2:264-265.
- 83-**Phipps L. Stress among doctors and nurses in the emergency department of a general hospital. Can. Med. Assoc. J. 1988; 139: 375-376.
- 84-**Pines A, Maslach C. Characteristics of staff burnout in mental health setting. Hospital and Community Psychiatry. 1978; 29: 233-237.
- 85-**Malatya Valiliği Resmi Sitesi. Erişim tarihi: 18.03.2010.
- 86-**[www.inonu.edu.tr/? menu=genel](http://www.inonu.edu.tr/?menu=genel) Erişim tarihi: 18.03.2010.
- 87-**Erol N, Kılıç C, Ulusoy M. ve ark. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 1998.
- 88-**Sorias O. Psikiyatrik Derecelendirme Ölçekleri. Psikiyatri Temel Kitabı, cilt1, Ed: Güleç C, Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s:87-91, 1997.

- 89-**Sartorius N, Üstün TB, Silva JAC. et al.: An international study of psychological problems in primary care. Archives of General Psychiatry 1993; 50: 819-824.
- 90-**Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi; 1996; 7: 3-10.
- 91-** Sağduyu A, Rezaki M, Kaplan İ. ve ark. Sağlık ocağına başvuran hastalarda disosiyatif (konversiyon) belirtiler. Türk Psikiyatri Dergisi; 1997; 8:161-169.
- 92-** Esin MN. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, Hemşirelik Bülteni 1999; 2(45): 87-96.
- 93-**Çicek C, Terzi C. Tıpta Uzmanlık Eğitimi, Birinci Baskı. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara, 2006.
- 94-**Aysan E, Köroğlu G, Türkeli V, Özgönül A, Özyaşar A, Gülümser Ç, Kılıç K, Ertürk T, Özdemir Ö, Alpaslan H.A, Bayrak S. Resident Physicians in Turkey: Result of a Survey of 1069 Resident from 11 Provinces, Turk J Med Sci 2008; 38(1): 35-42, Tübitak.
- 95-** Akpınar F, Borlu A, Şarlı MŞ, Balcı E, Horoz D, Gün İ, Öztürk Y. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların Yaşam Biçimleri ve Karşılaştıkları Sorunlar. TAF Prev Med Bull 2008; 7(4): 311-316.
- 96-**Pasinlioğlu P, Gözüms. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2(2): 60-68.
- 97-** Karadeniz G, Uçum Yanikkerem E, Dedeli Ö, Karaağaç Ö, Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. TAF Prev Med Bull 2008; 7(6): 497-502.
- 98-** Bagwell MM, Bush HA., Improving health promotion for blue-collar workers, J Nurs Care Qual, 2000; 14(4): 65-71.
- 99-** Yalçinkaya M, Gök Özer F, Yavuz Karamanoğlu A. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni

2007;6(6).

100- Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 9(2):26-34.

101- Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, Yorgancı E, Öz F, Kankaya CF. Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. Kor Hek. 2008; 7(1):59-64.

102- Choi Hui WH. The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong. J Prof Nurs. March-April 2002; 18(2):101-111.

103- Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik ve Geçerlilik Araştırması. Türk Psikiyatri Dergisi 1996; 7: 3-9.

104- Kaya M, Genç MF. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde ruhsal sağlık durumu, depresyon sıklığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. Malatya, 2003.

105- Şentürk M, Etiler N. Kocaeli Üniversitesi'nin Üç Meslek Yüksekokulunda Öğrencilerin Sağlık Düzeylerinin Algılanan Sağlık Ölçeği ve GSA-12 ile Değerlendirilmesi, TAF Prev Med Bull 2009; 8(4): 307-314.

106- Özfirat Ö, Pehlivan E. Malatya il merkezinde lise son sınıf öğrencilerinde ruhsal sağlık düzeyi ve etkileyen faktörler. Denizli. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, 2007, s. 413.

107- Adlaf EM, Gliksman L, Demers A. Et al. The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: findings from the Canadian Campus Survey. J Am Coll Health 1998; 50(2):67-72, 2001.

108- Erol N, Kılıç C, Ulusoy M. ve ark. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 1998.

109- Kelleci M, Aştı N, Küçük L. Bir sağlık ocağına başvuran kadınların genel sağlık anketine göre ruhsal durumları. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu 2003; 7 (2).

110- Şenol Y, Donmez L, Turkay M, Aktekin M. The incidence of smoking and risk factors for smoking initiation in medical faculty students: cohort study. BMC Public Health. 2006; 6: 1-8.

EKLER

Ek-1

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİNDE İHTİSAS YAPAN ASİSTANLARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ve RUHSAL SAĞLIK DURUMLARI :

SOSYODEMOGRAFİK ANKET FORMU

“İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Ruhsal sağlık durumlarını saptamak amacıyla yaptığım çalışmamın anketini doldurmanızı rica ederim.

Dr. Elvan Türköl

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

1- Cinsiyet 1)K 2)E

2- Medeni durum 1)Evli 2)Bekar

3- Yaşınız.....

4- Görev yaptığınız tıp bilim dalı nedir?

1-Temel Tıp Bilimleri 2-Dahili Tıp Bilimleri 3-Cerrahi Tıp Bilimleri

5. Görev yaptığınız Anabilim Dalı.....

6-Mezun olduğunuz Tıp Fakültesi.....

7-Asistanlığınızın kaçınıcı yılındasınız?

1-1 yıldan az 2-1.yıl 3-2.yıl 4-3.yıl 5-4.yıl veya daha fazla

8-Çalışmakta olduğunuz bölüme isteyerek mi başladınız? 1-Evet 2-Hayır

9-Çalıştığınız bölüm hakkındaki düşünceniz?

1-Çok memnunum 2-Memnunum 3-Kısmen memnunum 4-Memnun değilim

10-Hocalarınız ile ilişkiniz nasıl?

1-Çok İyi 2-İyi 3-Orta 4-Kötü 5-Çok kötü

11-Yöneticilerle ilişkiniz nasıl?

1-Çok İyi 2-İyi 3-Orta 4-Kötü 5-Çok kötü

12-Hastalarınız ile olan ilişkiniz nasıl?

1-Çok İyi 2-İyi 3-Orta 4-Kötü 5-Çok kötü

13-Aynı bölümde çalıştığınız doktor arkadaşlarınızla ilişkiniz nasıl?

1-Çok İyi 2-İyi 3-Orta 4-Kötü 5-Çok kötü

14-Diğer bölümlerde çalışan arkadaşlarınızla ilişkiniz nasıl?

1-Çok İyi 2-İyi 3-Orta 4-Kötü 5-Çok kötü

15-Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1-Çok İyi 2-İyi 3-Orta 4-Kötü 5-Çok kötü

16-Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

1-Çok İyi 2-İyi 3-Orta 4-Kötü 5-Çok kötü

17-Sigara içme durumunuz ?

1-Halen içiyorum 2-Bıraktım 3-Hiç içmedim

18-Alkol kullanır mısınız?

1-Hiç tüketmem 2-Yılda 1-2 kere 3-Ayda 2-3 kere

4-Haftada 1 kere 5-Haftada 2-3 kere 6-Her gün

19-Mevcut bir hastalığınız var mı?

1.Evet (.....) 2- Hayır

20-Nöbet tutma durumunuz nasıl?

1)Günaşırı 2) 3 günde bir 3)4 günde bir 4) 5 günde bir 5-daha nadir 6-nöbetim yok

21-Yıllık asistan eğitim programı var mı?

1-Var-uygulanıyor 2-Var-uygulanmıyor 3-Yok

22-Senede ortalama kaç ulusal toplantıya katılıyorsunuz?

1-1 2-2 3-3 4-4 5- daha fazla

23-Ulusal toplantılara hangi imkanlarla katılıyorsunuz?

1-Kendi imkanlarımla 2-Kliniğin imkanları 3-Destekleyici sponsor

24-Kliniğin bilimsel çalışmalarında adınız yer alıyor mu?

1-Evet, emeğim varsa her zaman yer alır

2-Evet, bazı çalışmalarda yer alır

3- Hayır

25-Asistan olarak sorunlarınızı AD başkanı/Klinik şefinize nasıl ulaştırıyorsunuz?

1-Direkt kendiniz 2-Asistan temsilcisi 3-Uzmanlar aracılığıyla 4-Ulaşamıyoruz

26-İç rotasyonlar düzenli uygulanıyor mu? 1-Evet 2-Hayır

27-Kurumunuzda yeterli eğitim aldığınıza inanıyor musunuz?

1-Evet 2-Kısmen 3-Hayır 4-Kararsızım

28-Nöbetlerde uzman desteği alıyor musunuz? 1-Evet 2-Hayır

29- Hasta ya da hasta yakınları tarafından hiç şiddete maruz kaldınız mı?

1-Evet kaldım 2-Hayır kalmadım

30-İşyerinizde üstleriniz tarafından psikolojik şiddet, baskı, rahatsız edilme anlamında bir sıkıntı yaşıyor musunuz?

1. Evet, çoğunlukla 2. Evet, nadiren 3. Hayır

31--İhtisas yaptığınız branş ve mezuniyet sonrasına dair kaygılarınız var mı?

- 1-Çok kaygılı 2-Kaygılı 3-Kaygılı değil

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMLERİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Bu anket, sizin şu anki yaşam biçiminiz ve kişisel alışkanlıklarınızla ilgili sorular içermektedir. Lütfen her soruya elinizden geldiğince doğru cevaplar vermeye çalışınız ve hiçbir soruyu atlamamaya özen gösteriniz. Soruları, kendinize en yakın olan cevabın altına “X” işareti koyunuz. Anket formunun üzerine isim yazmanıza yada formun size ait olduğunu belli edecek herhangi bir işaret koymanıza gerek yoktur.

	Asla	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1. Bana yakın insanlarla sorunlarını ve endişelerini tartışırım.				
2. Katı yağlar, kolesterol ve yağdan fakir bir diyet seçerim.				
3. Alışılmamış bir belirtide doktor veya sağlık personeline danışırım.				
4. Planlı bir egzersiz programı izlerim.				
5. Uyku ihtiyacımı karşılarım.				
6. Olumlu bir şekilde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim.				
7. Başkalarının başarılarını överim.				
8. Şeker ve şeker içeren yiyecek(tatlı) kullanımını kısıtlarım.				
9. Sağlığı geliştirici makaleler okur ve TV programları izlerim.				
10. Haftada en az üç kez olmak üzere 20 dakika veya daha fazla süre ile etkin egzersiz uygularım(örnek olarak: hızlı yürüme, bisiklete binme, aerobik, dans, merdiven çıkma vb.)				
11. Her gün gevşemeye zaman ayırırım.				
12. Hayatımın bir amacı olduğuna inanıyorum.				
13. Başkaları ile anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurarım.				
14. Her gün 6-11 dilim ekmek, tahıl, pirinç ya da makarna yerim.				
15. Önerilerini almak için sağlık personeline sorular yöneltirim.				
16. Hafif ve orta derecede fiziksel aktiviteye katılırım.				
17. Hayatımdaki değiştiremeyeceğim şeyleri kabul ederim.				
18. Geleceğe umutla bakarım				
19. Kendime yakın arkadaşlarımla geçirmek için zaman ayırırım.				
20. Her gün 2 ile 4 kere meyve yerim.				
21. Sağlık görevlisinin önerisi hakkında tereddütlerim olduğunda ikinci bir kimseye danışırım.				
22. Boş zamanlarımda eğlenceli fiziksel aktivitelere katılırım.				
23. Yatma zamanında hoş şeyler düşünürüm.				
24. Kendimi mutlu, kendimle barışık hissedirim.				
25. Başkalarına ilgi, sevgi ve sıcaklık göstermekte zorlanmam.				
26. Her gün 3-5 porsiyon sebze yerim.				
	Asla	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
27. Sağlık problemlerimi sağlık personeliyle tartışırım.				
28. Haftada 3 kez gerilme hareketleri yaparım.				
29. Stresimi kontrol etmek için özel metodlar kullanırım.				
30. Hayatımda uzun dönemli hedefler çerçevesinde çalışırım.				

31.Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan, bana dokunmalarından hoşlanırım(Çocuğunuzu okşamak, sevdiklerinize sarılmak, tokalaşmak)				
32. Her gün 2-3 porsiyon süt, yoğurt ya da peynir yerim.				
33.Vücudumu en az aylık periyotlarla fiziksel değişimi veya tehlike işaretleri için incelerim.				
34. Günlük alışkanlıklarım sırasında egzersiz yaparım(öğlen yürümek, asansör yerine merdiven kullanmak gibi.)				
35. İş ve eğlence arasındaki zamanı dengelerim.				
36.Her bir günü enteresan ve zorlayıcı bulurum.				
37.Yalnız kalma ihtiyacımı karşılamak için yollar bulurum.				
38. Et, balık, bakliyat, çerez grubundan her gün sadece 2-3 porsiyon yerim.				
39. Sağlık uzmanlarına danışarak kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda bilgi alırım.				
40. Egzersiz sırasında nabzımı kontrol ederim.				
41. Her gün 15-20 dakika kendimi rahatlatacak bir şeyler yaparım.				
42. Hayatta benim için neyin önemli olduğunun farkındayım.				
43. Çevremdeki kişilerden destek görürüm.				
44. Paketlenmiş yiyeceklerin kutularındaki içerikler bölümün gıda, yağ ve nitrat içeriğini belirlemek üzere okurum.				
45. Kendi kendine sağlık bakımı konulu eğitici programlara katılırım.				
46. Egzersiz sırasında hedef kalp atışı oranına ulaşırım.				
47. Yorgunluğumu önlemek için kendimi belli bir düzene göre ayarlarım/planlı hareket ederim)				
48. Kendimi benden daha üstün bir güce bağımlı hissedirim.				
49. Başkaları ile fikir ayrılıklarımı tartışma ve uzlaşma yolu ile çözerim.				
50. Kahvaltı yaparım.				
51. Gerektiğinde yönlendirme ve danışmanlık ararım.				
52. Yeni deneyim ve mücadelelere kendimi açık tutarım.				

GENEL SAĞLIK ANKETİ

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz:

Son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikâyetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Bütün soruları size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayın. Geçmişteki değil, yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi sorduğumuzu unutmayınız.

Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir.

Teşekkür ederiz.

1-Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?

1-Hayır ,hiç çekmiyorum 2-Her zamanki kadar 3-Her zamankinden sık 4-Çok sık

2-Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?

1-Hayır,hissetmiyorum 2-Her zamanki kadar 3-Her zamankinden sık 4-Çok sık

3- Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?

1-Her zamankinden iyi 2-Her zamanki kadar 3-Her zamankinden az 4-Her zamankinden çok daha az

4-İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?

1-Her zamankinden çok 2-Her zamanki kadar

3-Her zamankinden az 4-Her zamankinden çok daha az

5-Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?

1-Her zamankinden çok 2-Her zamanki kadar

3-Her zamankinden az 4-Her zamankinden çok daha az

6-Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?

1-Hayır,hiç çekmiyorum 2-Her zamanki kadar 3-Her zamankinden sık 4-Çok sık

7-Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?

1-Hayır,hiç hissetmiyorum 2-Her zamanki kadar 3-Her zamankinden sık 4-Çok sık

8-Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?

1-Her zamankinden çok 2-Her zamanki kadar

3-Her zamankinden az 4-Her zamankinden çok daha az

9-Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?

1-Her zamankinden çok 2-Her zamanki kadar

3-Her zamankinden az 4-Her zamankinden çok daha az

10-Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz?

1-Hayır,hiç hissetmiyorum 2-Her zamanki kadar 3-Her zamankinden sık 4-Çok sık

11-Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?

1-Hayır,hiç kaybetmiyorum 2-Her zamanki kadar

3-Her zamankinden fazla 4-Çok fazla

12-Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?

1-Hayır,hiç görmüyorum 2-Her zamanki kadar 3-Her zamankinden sık 4-Çok sık

