T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ ÖĞRETİM ELEMANLARININ SAĞLIKLA İLİNTİLİ YAŞAM KALİTESİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Zeliha MUSAOĞLU

EDİRNE-2008

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez çalışmam boyunca gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı Anabilim dalı başkanı ve tez danışmanım Doç. Dr. H. Nezih Dağdeviren'e, yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen Yrd. Doç. E. Melih Şahin'e, istatistik analizlerdeki yardımlarından dolayı Araş.Gör.Dr. İmran Kurt'a, TÜTF'nin diğer anabilim dallarında görevli hocalarıma, araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve tüm desteklerinden dolayı aileme teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ..... 1

GENEL BİLGİLER..... 3

YAŞAM KALİTESİ..... 3

SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ..... 7

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİNİN SINIFLANDIRILMASI..... 12

TÜKENMİŞLİK..... 16

İŞ DOYUMU..... 24

İŞ DOYUMU KURAMLARI..... 31

AİLE HEKİMLİĞİNDE YAŞAM KALİTESİ..... 38

GEREÇ VE YÖNTEMLER..... 42

BULGULAR..... 51

TARTIŞMA..... 97

SONUÇLAR..... 120

ÖZET..... 124

SUMMARY..... 126

KAYNAKLAR..... 128

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

BDÖ-BB	**:** Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği
CAGE	**:** Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener (Alkol Bağımlılık Testi)
CHAİD	**:**Chi-Squared Automatic Interaction Detektor (Ağaç Diyagramı)
DSÖ	**:** Dünya Sağlık Örgütü
EQ5D	**:**Europian Quality of Life (Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği)
SYK	**:** Sağlıkla İlişkili Yaşam Klitesi
WHOQOL-BREF	**:** World Health Organization Quality of Life Questionaire Abbreviated Version (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısaltılmış Versiyonu)
YK	**:** Yaşam Kalitesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşam kalitesi kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır (1-3). Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır. Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavilerinin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1948'de, sağlığı "yalnızca hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" olarak tanımlamasından sonra, sağlıkla ilişkin iyilik halinin ölçülebilmesi için, yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetleri uygulamaları ve araştırmalarında giderek artan bir önem kazanmıştır (4). Yaşam kalitesinin değerlendirildiği ilk araştırmalar 1973'de yayınlanmış, son yıllarda ise başta yeni programların ve tedavilerin maliyet kulanım analizlerinde olmak üzere, sayıları giderek artmıştır. Yaşam kalitesi kavramı çok boyutludur, zaman içinde değişim gösterebilir, bireylerin beklentileriyle ve yaşantısıyla ilişkilidir, bu nedenle objektif olarak ölçülmesi zordur (4-6).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, sağlığın bireylerin fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeteneklerini ve bireylerin yaşamlarındaki algıladıkları fiziksel, mental ve sosyal alanı ifade eder. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ölçütleri, sağlık programları, tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve ekonomik değerlendirme çalışmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Yaşam kalitesi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine verilen önem insandan insana farklılık gösterir. Sağlığı çok iyi olan bir birey için sağlıkla ilgili olmayan yaşam kalitesi bileşenleri (örneğin: inançlar, sosyal ilişkiler, ekonomik durum, hava ve su kalitesi, çevrenin fiziksel

koşulları, okul, güvenlik, sosyal statü vb.) önemli olurken, kronik bir hastalığı olan birey için bedensel, psikolojik sağlık durumu gibi sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi bileşenleri daha önemlidir. Tıbbın giderek ilerlediği günümüzde, sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, kişilerin yaşam kalitelerinin arttırılmaları da hedeflenmektedir. Bu nedenle de iyilik hali ve yaşam kalitesini ölçülebilmesi konusunda giderek artan çaba gösterilmektedir (7,8).

Günümüzde insanın sahip olduğu rollerin artması, kişiye önemli sorumlulukların yüklenmesi ve ilişkilerin karmaşıklaşması ruh sağlığını etkilemektedir. Kişiler arası ilişkiler doğrudan insanlarla çalışan bireylerin yaşamında daha da önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle akademisyenlik, yoğun olarak yaşanan tükenmişliği de beraberinde getirmektedir. Tükenmişlik kavramını Freudenberger "Başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya karşı konulamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu" şeklinde ifade etmiş. Maslach ve Jackson (9), tükenmişliği üç faktörlü bir yapı olarak ele almış ve "tükenmişlik; tüm kapasitesi ile insanlarla çalışan bireyler arasında meydana gelebilen duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı azalması" olarak tanımlanmaktadır . Üniversitelerde görev yapan öğretim elemanları ağır çalışma şartları, fazla ders yükü, anlayışsız öğrenciler, doyum vermeyen ödül yapısı, gelir düzeyindeki düşüklük, mesleki ilgide azalma, mesleki saygınlığın yitirildiği düşüncesi, kadro tıkanıklıkları, yetersiz ücret, kişisel yeterliliklerin sürekli sorgulanmasını gerektiren bir çalışma ortamı, sürekli gelişme çabalarının gerekliliği, akademik çalışmalara verilen desteğin azlığı, fiziki çalışma koşullarının olumsuzluğu, etkin çalışma gruplarının olmayışı gibi birçok sorun bu beklentiyi güçlendirmektedir (10,11). Melendez ve Guzman (10) tarafından "Tükenmişlik; yeni akademik hastalık" olarak değerlendirilmektedir. Tükenmişliğin, iş doyumu, stres, yaşam kalitesi kavramları ile ilişkisi doğal bir sonuçtur.

İş doyumu, çalışanların işlerine karşı geliştirdikleri tutumlarından doğmaktadır. İş yaşantısına karşı duygusal bir tepkidir. Genel anlamdaki doyumdan farklı bir kavram olmayıp gereksinimlerinin giderilmesine ilişkindir. Burada önemli olan insanların yaşamlarının büyük bir kısmını geçirdikleri çalışma ortamlarını, bireyin iş doyumu ve yaşam kalitesi üzerinde baskın bir etkisi olduğu söylenebilir. İş doyumu kişinin içinden duyduğu hoşnutluk ya da hoşnut olmama durumudur. Tatmin duygusu ancak işin özellikleriyle, bireyin istekleri birbirine uyduğu zaman ortaya çıkmaktadır (12).

Bu çalışmada Trakya Üniversitesinde çalışan tüm akademik personelin sosyodemografik özellikleri, sağlıkla ilintili yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri, iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin araştırılması amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır (1-3). Yaşam kalitesi, genel bir iyilik hali olmasının yanında bir çeşit memnuniyeti simgelemektedir (13). Yaşam kalitesi kavramı ilk kez 1960'larda politik kararların alınmasında gündeme gelmiştir. Bu amaçla kullanılmasının nedeni gelirin, eğitimin, sağlığın ve barınmanın yaşam kalitesi ile yakından ilişkili olmasıdır. Ekonomistler ise yaşam kalitesini ilk kez Gayri Safi Milli Hasıla'nın hesaplanmasında bir gösterge olarak kullanmışlardır (14-16).

Yaşam kalitesinin uluslararası bir tanımı olmamasına rağmen yapılan farklı tanımlar bu kavramın farklı özellikleri hakkında bilgi edinmeyi sağlamaktadır. Kavramın tanımlanması, tanımlayan kişilerin geçmişe dönük yaşam birikimlerini yansıtmaktadır (17).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1948'de, sağlığı "yalnızca hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" olarak tanımlamasından sonra, sağlıkla ilişkin iyilik halinin ölçülebilmesi için, yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetleri uygulamaları ve araştırmalarında giderek artan bir önem kazanmıştır (4). Yaşam kalitesinin değerlendirildiği ilk araştırmalar 1973'de yayınlanmış, son yıllarda ise başta yeni programların ve tedavilerin maliyet kulanım analizlerinde olmak üzere, sayıları giderek artmıştır (4-6).

Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçümlerinin Tarihsel Gelişimi

Sağlık durumunun değerlendirilmesinde fizik ve klinik muayenenin ötesindeki günlük aktiviteler, kendine bakabilme ve aktif iş hayatında çalışabilme gibi sosyal etkenleri dikkate alan ölçeklerin ilk örneği 1947 yılında önerilen Karnofsky Performans Ölçeği'dir. Hastanın sağlık durumunu 0 (ölüm) ile 100 (hastalık belirtisi yok) arasında skorlayan ve klinisyen tarafından değerlendirilen bu basit ölçeğin arkasından izleyen yıllarda, fonksiyon yeterliliği ve günlük yaşam aktivitelerini değerlendiren (örneğin Barthel indeksi) çok sayıda ölçek geliştirilmiştir. Bu ilk ölçekler halen bazı kaynaklarda yaşam kalitesi ölçekleri olarak tanımlansalar da, şu anda kullanımda olan ölçekler ile karşılaştırıldığında sağlıklı olma durumunu bütünsel olarak değerlendirmekten uzaktırlar (18).

Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile) ya da Nottingham Sağlık Profili gibi sağlığı göreceli olarak daha bütünsel algılayan ve fiziksel fonksiyon görebilmenin yanı sıra stres, yaşamdan haz alma ve psikolojik bulguları da kapsayan ölçeklerin geliştirilip kullanılmaya başlanması 1970'li yılların sonlarına doğru olmuştur. Şu anda da yaygın olarak kullanılan Görsel Analog Ölçeği (Visual Analogue Scale – VAS), ilk defa 1976 yılında tanımlanmış ve meme kanseri hastalarında kullanılmıştır. Bu ölçek termometre benzeri dikey bir çizgi üzerinde "en iyi" ve "en kötü" olarak tanımlanan sağlık durumlarının gösterir. Hastalardan kendi sağlık durumlarını bu ölçek üzerinde işaretlemeleri istenir (18).

Yukarıda söz edilen çalışmalar, sonraki yaşam kalitesi araştırmalarının temelini oluşturmuş, üretilen kuramsal modeller doğrultusunda çok sayıda yeni araştırma ölçeği önerilmiştir. Bunlar arasında yaşam kalitesini, bireyin yaşamdan beklentileri ile elde ettikleri arasındaki fark ile ilişkilendiren Camlan (18)'ın beklenti modeli, bireylerin yeterlilik ve gereksinimlerini karşılayabilme düzeyleri ile ilişkilendiren "gereksinim modeli" ve en önemlisi teorik dayanağını karar-alma teorisi'nden alan "tercihe-dayalı ölçekler" sayılabilir. Yeni geliştirilen yaşam kalitesi ölçeklerinin ortak özelliği, duygulanım, stres düzeyi, yüklenilen sosyal rol ve bilişsel fonksiyonlar gibi sağlığın öznel bileşenlerinin yoğunlukla dikkate alınması ve bunların fiziksel sağlıkla ilişkilendirilmesidir.

Yaşam Kalitesinin Tanımı

Sağlığın, 1946'da Dünya Sağlık Örgütü tarafından ortaya atılmış ve genel olarak sağlık camiasında benimsenmiş olan tanımının da yetersiz kaldığı iddia edilmeye başlandı (19). Yaşam kalitesi, 1973 yılından bu yana giderek artan sayıda klinik araştırmada araştırmanın ana çıktısı olarak kullanılmaktadır (8,10). Öznel yapısı gereği yaşam kalitesi

kavramının 1974'ten beri bir çok tanımı yapılmıştır. Yazarlar, sağlığın fiziksel ve ruhsal yönlerinin tıp ve sağlık bilimleri tarafından iyi kötü bilindiğini, ancak "tam iyilik hali"ni bilinen ölçeklerle tanımlamanın mümkün olmadığını, özellikle "sosyal yönden tam iyilik hali" kavramının açıklanamayacağını savunuyorlardı. Yani sağlıkçılar, henüz uğraştıkları alanı yeterince tanımlayamamış olduklarını fark ettiler (19).

İşte bütün bu gereksinimler, insanoğlunun hayatın niteliği (keyfiyet, kalite, "quality") üzerinde yeniden düşünmesine ve yeni sorular ortaya atılmasına yol açtı. Sonuçta gerek sağlıkçılar, gerekse sosyal bilimciler yaşamın niteliği, yani Türkiye'de alışıldık adıyla yaşam kalitesi (YK) kavramı üzerinde düşünmeye başladılar (19).

Ancak kendi çalışmalarının diğer alanlarda benzer konudaki uygulama ve kavramlaştırmalardan farklı olduğunun görülebilmesi için de sağlıkla ilintili yaşam kalitesi, (SYK) terimini ortaya attılar (19)

Bireyin yaşamında kendisi için önemli olan alanlarda doyum ve mutluluğu, yaşam kalitesi olarak değerlendirilmektedir (20,21). Daha önceleri "yaşam doyumu" veya "öznel iyilik durumu" olarak bilinen kavram toplam yaşam kalitesi olarak adlandırılmaktaydı. Yaşamın zenginlik ve ödüllendirme, mutluluk ve ağrı gibi bir çok yönü yaşam kalitesini etkilemektedir. Yaşam kalitesi sağlık kavramını içermektedir ancak bu kavramla sınırlı değildir. İnsan yaşamındaki önemli alanlar, sağlıklı ve hasta gruplarında yapılan araştırmalar sonucunda çeşitli şekillerde sınıflandırılmıştır. Flanagan (22) yaşam kalitesini 15 yön içeren 5 ana dalda sınıflandırmaktadır (Tablo 1).

Yaşam kalitesinin özel bir formu olan "Sağlıkla İlintili Yaşam Kalitesi-SYK" kavramı fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda bireyin deneyimleri, inançları, beklentileri ve algılamalarından etkilenen sağlık algılarını içermektedir (23).

Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar

a. Sağlık durumu, sağlık algılaması: Sağlık durumu biyolojik, fizyolojik veya işlevsel bozuklukları ve belirtileri dikkate alarak bireyin göreceli iyilik veya hastalık halidir. Sağlık algılaması (veya algılanan sağlık) bireyin sağlık durumundan etkilenen öznel değerlendirmedir (24). Bazı insanlar bir veya daha çok kronik hastalık nedeniyle sıkıntı çekerken kendilerini sağlıklı saymakta, bazıları ise nesnel bir hastalık belirtisi yokken kendilerini hasta algılamaktadırlar.

Tablo 1. Flanagan'ın insan yaşamındaki önemli alanlar sınıflaması (22)

Fiziksel ve maddesel iyilik 1. Maddesel iyilik hali ve finansal güvenlik 2. Sağlık ve kişisel güvenlik	**Kişisel gelişme ve görevleri yerine getirme** 1. Entellektüel gelişim 2. Anlama ve planlama 3. Mesleki rolü sürdürme 4. Yaratıcılık ve kendini ifade etme
Diğer insanlarla ilişkiler 1. Eş ile ilişkiler 2. Çocuk sahibi olma ve büyütmek 3.Ana-baba, torun veya diğer akrabalarla ilişkiler 4. Arkadaşlarla ilişkiler	**Eğlence, dinlenme** 1. Başkaları ile sosyal ilişkiler 2. Pasif ve gözlemsel eğlence, dinlenme eylemleri 3. Aktif eğlenceye katılım
Sosyal, toplumsal ilişkiler 1. Diğerlerine yardım ve destek 2. Yerel ve idari işlere katılım	

b. İşlevsel durum (Functional status): Bireyin temel gereksinimlerini karşılamak, her zamanki rolünü, sağlık ve iyilik halini sürdürmek için günlük işlevlerini yerine getirmedeki yeterliliğidir İşlevsel kapasite, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal alanlardaki günlük işlevleri yerine getirmedeki en yüksek kapasitesini yansıtırken, işlevsel performans günlük yaşam akışı içindeki işlevleri içermektedir. Herkes tarafından iyi olarak değerlendirilen ancak kendisini hasta olarak gören bir kişi kapasitesinden daha düşük işlevsel performansa sahip olabilir (22,23).

c. Ruhsal durum (Mood): Ruhsal durum uzun ve kısa süreli streslere (örneğin sağlık durumundaki değişiklikler) verilen duygusal yanıttır. Bireyin dünyaya karşı gösterdiği yüzü olarak tanımlanabilir. Depresyon, anksiyete veya kızgınlık, fiziksel hastalıklar ile birlikte olabilen ve bireyin işlevsel performansını, belirtileri, sağlık algılarını ve yaşam kalitesini etkileyen duygusal durumlardır (20).

d. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (Health-related quality of life): SYK bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. SYK sağlık hizmet durumunun alanına giren etkenlerle doğrudan ilişkisi nedeniyle yaşam kalitesinden ayrılır. Genel olarak SYK değerlendirilmesi, sağlıkla ilgili değişkenlerin (örneğin hastalık veya tedavi), genelde (genel SYK) veya belli bir hastalığı olanlarda (duruma özel SYK) önemli olan yaşam olaylarıyla ilişkisini yansıtmaya çalışmaktadır (8,25,26).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlıkla doğrudan yada dolaylı olarak ilgili birçok faktörü içine alan geniş bir kavramdır. Genel yaşam kalitesi kavramında olduğu gibi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi konusunda da kabul görmüş evrensel tek bir tanım bulunmamaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bileşenlerine (hastalık yada sakatlığın olmayışı, bedensel iyilik hali, ruhsal iyilik hali ve sosyal iyilik hali) ilk kez, 1948 Dünya Sağlık Örgütü Anayasasında yer alan sağlığın tanımı içinde rastlamaktayız. Daha sonraki yıllarda yapılan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi tanımlamalarının hemen hepsinde bu bileşenler yer almaktadır (27,28).

SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Bu yüzden bu iki kavram birbirleriyle yakından ilişkili kavramlardır. Bir görüşe göre yaşam kalitesi ve SYK birbirlerinden ayrılarak incelenmeli iken diğer bir görüşe göre aslında yaşam kalitesinin tüm boyutları SYK'ni de belirler ve bunları birbirlerinden ayırmak olanaksızdır. Örneğin gelir düzeyi, sosyal olanaklar, politik ortam, çevre koşulları ve kişisel inançlar genel YK'nin içinde değerlendirilirken bunları sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde ayrı düşünmek bizi genellikle yanılgıya götürür, çünkü bunların çoğu sağlık sorunlarını belirleyen temel faktörlerdir (28).

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 süreğen hastalığı olan bir birey için bedensel, psikolojik sağlık durumu gibi SYK bileşenleri daha önemlidir (28).

Yaşam kalitesi 4 ana alanda (boyutta) ortaya çıkar:

1-Kişisel içsel alan (değerler, inançlar, arzular, kişisel hedefler, sorunlarla başa çıkma)

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

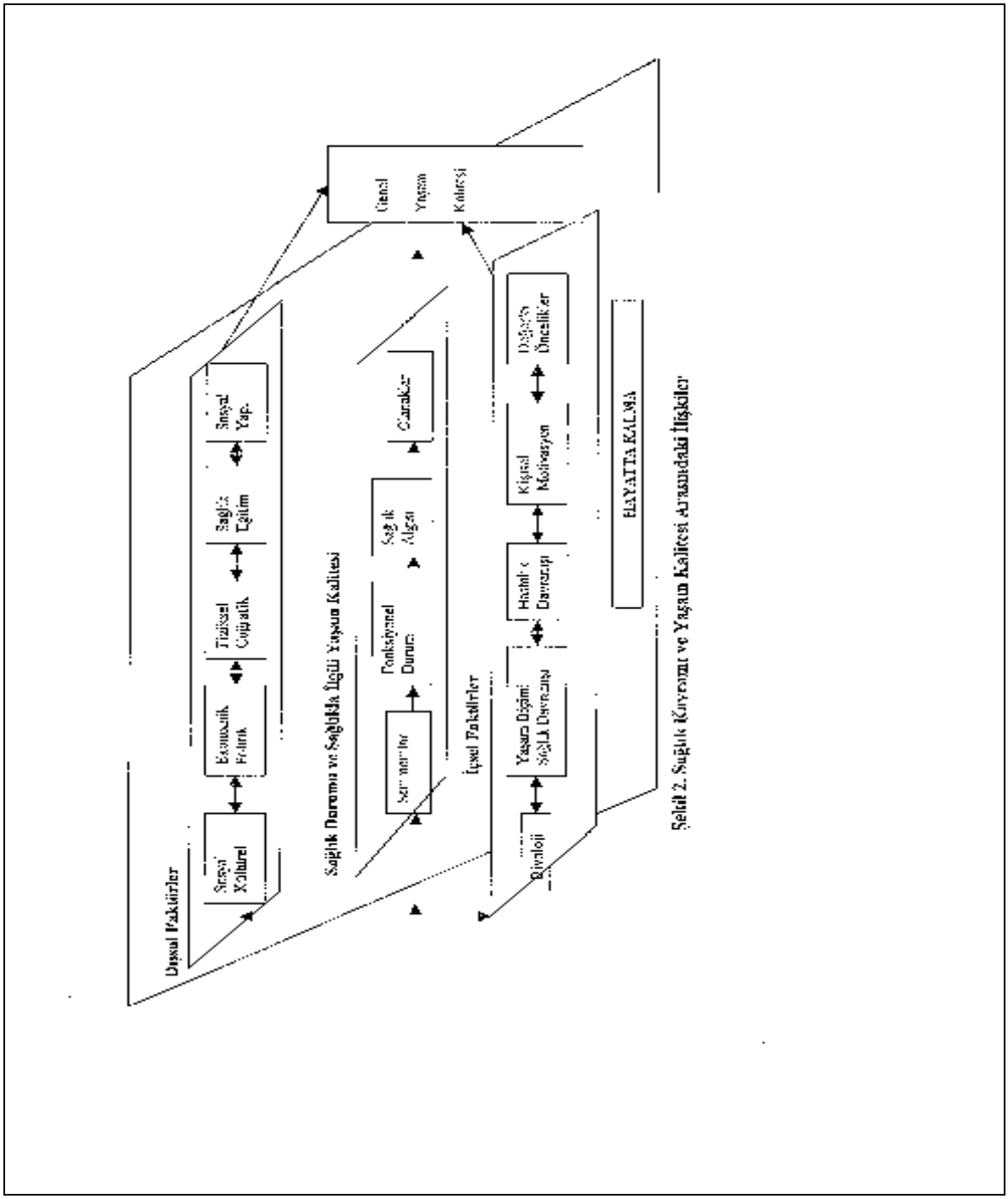
3-Dışsal doğal çevre alanı (hava, su kalitesi gibi)

4-Dışsal toplumsal çevre alanı (kültürel, sosyal ve dini kurumlar, toplumsal olanaklar, okul, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım, alışveriş gibi) (Şekil 1) (28,29).

Farklı görüşler olmakla birlikte, örneğin bedensel ve ruhsal becerilerin, kişinin kendine özgü beklenti ve algılarının bu tanımda yer almasının uygun olacağını bütün yazarlar benimsemektedir. Ancak, sağlıkta yaşam kalitesi için bütün yetkililerce üzerinde fikir

birliğine varılmış bir tanım, henüz geliştirilmemiştir (23). Yine de tanımlamak gerekirse SYK:

- İki komponenti olan iyilik halidir; bunlardan birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik haline temsil eden gündelik faaliyetleri yürütebilme yeteneğidir, ikincisi ise işlem görme ve hastalıkların kontrolünün düzeyi ile ortaya çıkan hasta doyumudur.



Şekil 1. Sağlık kavramı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiler (28,29)

- 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 (30).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramından sağlıkçıların ne anladığını kavrayabilmek için bu tanımları, tek tek olduğu kadar bir arada da düşünmek gerekiyor (19).

Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Öğeleri

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini DSÖ; içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması olarak tanımlamaktadır. Tanımlama konusunda belirli bir fikir birliği olmasa da, araştırmacıların çoğu sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin çok boyutlu, öznel ve dinamik bir kavram olduğunda birleşmektedirler (14).

Çok boyutluluk: Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı içinde birbiriyle çok yakından ilgili üç temel boyut bulunmaktadır; fiziksel, psikolojik ve sosyal. Bu boyutlar daha sonra kendi içlerinde alt gruplara ayrılmaktadır. Fiziksel boyut, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşıları ne kadar yerine getirebildiğini algılaması ile ilgilidir. Sosyal boyut, kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derece ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını kapsamaktadır. Psikolojik boyut içinde ise depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi duygusal ve ruhsal durumlar bulunmaktadır(31).

Öznellik: Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bireyin düşünceleri, duyguları, beklentileri ve algılamalarına bağlıdır. Bu nedenle kişinin kendi sağlığı ve esenliği hakkındaki değerlendirmesi yaşam kalitesi çalışmalarının anahtar faktörlerinden biridir . Hasta ve özürlü

kişilerin kendi yaşamları ile ilgili olarak duygularını, algılamalarını ifade ederken kullandıkları kelimelere, tanımlamalara bakıldığında, bunların hastalık yada özürlülük derecesinin sağlık çalışanı tarafından yapılan ölçüm sonuçlarından ne kadar farklı olduğu dikkati çekmektedir. Bu açıdan bakıldığında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramının öznel bir değerlendirme olduğu daha iyi anlaşılacaktır. Ancak öznellik kavramından sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümlerinin amacının sadece öznel esenlik duygusunun belirlenmesi olduğu anlamı çıkarılmamalıdır. Bununla birlikte, bu konuda geliştirilen ölçeklerin bir çoğunda öznel esenlik duygusunun ölçümüne de yönelik sorular, bölümler bulunmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı açıklanırken sıklıkla başvurulan kaynaklardan biri Campbell'in çalışmasıdır. Donovan ve arkadaşları, Campbell'in bu çalışmasında yaşam kalitesini "bir bütün olarak bugünkü yaşam deneyiminden kaynaklanan, kişinin özel esenlik duygusu" olarak tanımladığını belirtmektedirler. Özel esenlik ise kişilerin kendi yaşamlarının nasıl değerlendirdiğini açıklamak için kullanılan bir terimdir. Öznel esenlik kavramının üç temel öğesi; tatmin, olumlu affekt ve olumsuz affekttir. Tatmin; boş zamanları değerlendirme, sevgi, evlilik, arkadaşlık gibi alt gruplara ayrılabilir. Neşe, duygulanım, gurur duyma gibi özel emosyonlar olumlu affektin; utanma, suçluluk, üzüntü ve anksiyete ise olumsuz affektin alt gruplarıdır. Buna karşın sağlık, zenginlik, konfor gibi objektif durumlar öznel esenlik duygusu üzerinde olası etkileri olan, ama bu duygunun içinde mutlaka bulunması gerekmeyen faktörlerdir (32).

Dinamiklik: Karmaşık yapılar zaman içerisinde devamlı değişime uğrarlar. İnsanoğlu yer yüzündeki en karmaşık yapıdır. Bireyin doğrudan kendisinde ya da çevresinde olan değişimler onun yaşam kalitesini ifade edişini de değiştirir. Herhangi bir tedaviden önce ve sonra düzenli aralıklarla yapılacak yaşam kalitesi ölçümleri ile kişinin genel yaşam kalite düzeyinde yada kapsamlı bir yaşam kalitesi ölçeği kullanılıyorsa hangi alt ölçek(ler)de değişim olduğu izlenebilir (32).

Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Önemi

İnsan dünyaya mutlu olmak için gelmiştir. Aral, Schmidt'ten alıntı yaparak mutluluğu, gerçekleşmesi anlamlı etkinlik ve etkileşimle ulaşılabilecek bir ideal olan yetkin bir doyum durumu, arzu ve isteklerin tümüyle karşılanması olarak tanımlamıştır. Bir şey değerlerle ilişkili olduğu, değerlerin gelişmesine hizmet ettiği ölçüde anlam kazanır (33).

Yaşama anlam veren değerlerin başında sağlık gelmektedir. Sağlık sektörü ve sağlık hizmetlerinin amacı ise, yaşama anlam katan bu değerin korunması ve geliştirilmesidir. Bireysel açıdan baktığımızda hastalara uygulanan tedavinin üç temel amacı bulunmaktadır. Uyguladığımız tıbbi girişimlerin sonucunda, hastalarımızın yaşam sürelerinin uzayacağına, ileride sağlık durumlarının bozulmasını önleyeceğimize ve onların kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayacağımıza inanırız. Bu üç amaçtan ilk ikisine ne kadar ulaştığımızı ölçmek nispeten kolaydır. Ancak tıbbi girişimlerdeki amaçlarımıza bir bütün olarak baktığımızda bu tip bir değerlendirmenin eksik olacağı açıktır. Bu nedenle kişilerin bir hastalık nedeniyle yada uygulanan tedavi sonrası kendilerini nasıl hissettiklerinin, günlük yaşam aktivitelerini ne derece yapabildiklerinin de değerlendirilmesi gerekmektedir (25,34,35)

Özellikle son yıllarda batılı toplumların sağlık sistemlerinde hastaların da sağaltım seçiminde söz sahibi olması gerekliliği yönünde artan eğilim ve hasta gruplarının bu yöndeki yoğun baskısı hasta odaklı sağlık hizmetlerini gündeme getirmiştir. Sağlık hizmetlerinin sonuçlarının değerlendirilmesinde hastanın bakış açısını merkeze alma eğilimindeki bu yaklaşımda, yaşam kalitesi ölçümleri kullanılarak fonksiyonel kapasite, iyilik ve hoşnutluk bir arada değerlendirilmeye çalışılmaktadır (18,36).

Toplumda kronik hastalıkların giderek artmasına karşın, bu hastalara sunulan sağaltım seçeneklerinin çoğunun tam iyileşmeden çok, bulguları hafifletici etkilerinin olması, ayrıca bazı hastalıklar için önerilen ve sınırlı yarar sağlayan sağaltım yöntemlerinin (örneğin kemoterapi) olası toksik etkileri ile birlikte değerlendirilmesi zorunluluğu da son zamanlarda yaşam kalitesi çalışmalarına verilen önemin artmasına neden olmuştur (18,34,36,37).

Yeni ve pahalı sağlık teknolojilerinin ülkelerin kısıtlı sağlık bütçelerini zorlaması nedeniyle, sağlık ekonomisi ve ekonomik değerlendirme yöntemleri son yıllarda giderek önem kazanmıştır. Yaşam kalitesi ölçütleri ekonomik değerlendirmelerde maliyet – zarar analizinin temel verisini oluşturmaktadır. Başını İngiltere, Avustralya ve Kanada'nın çektiği bir çok ülke sağlık sistemlerinde yeni ilaç ve diğer sağlık teknolojilerinin sağlanmasına karar verirken, bu teknolojilerin ekonomik değerlendirilmesinin maliyet – yarar analizleri temelinde ya da diğer deyişle yaşam kalitesi bazında yapılması koşulunu uygulamaktadır. İngiltere'de 1998 yılından beri işlev veren National Institute for Clinical Excellence (NICE) buna iyi örnek oluşturur. Bu değişime ayak uydurmak amacıyla, çok uluslu ilaç şirketleri son yıllarda yeniden yapılanmaya giderek araştırma – geliştirme grupları içinde ürünlerinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini ve buna paralel olarak da maliyet–yarar analizlerini değerlendirmekle

görevli özel birimler oluşturmuş, pazarlama stratejilerini de bu yönde geliştirmeye başlamışlardır (18,38).

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİN SINIFLANDIRILMASI

Yöntemsel ve Kuramsal Dayanaklarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Profil ölçekler: Profil değerlendirmeler bireyin o anki sağlık durumunu belirlemeye yönelik tanımlayıcı skorlama sistemleridir. Profil ölçekler kullanılarak elde edilen veriler, bilimsel çalışmalarda farklı hasta gruplarının değişik zaman aralıklarındaki sağlık düzeylerini karşılaştırmada kullanılabilir. Buna ek olarak, hekimin belirli durumlarda hastasının sağaltımına karar vermesinde yada sağaltımın başarısını yorumlamasında etkili olabilirler (18,39,40).

Genellikle ampirik temellere dayanan bu profil ölçekler, ilk aşamada sağlık durumunu etkilemesi olası bir çok durum değerlendirilerek hazırlanır. Daha sonra, faktör analizi ya da diğer veri azaltım yöntemleri kullanılarak ölçeğe alınacak soruların sayısı azaltılır. Faktör analizleri, tanımlanan sağlık durumlarının (bulgu, yakınma vb) rapor edilen sıklıkları ile bazı hasta ve hasta grupları arasındaki ilişkiyi belirler ve istatistiksel olarak önemli bulunmayan sağlık durumlarını değerlendirmeden çıkararak ölçeği sadeleştirmeyi amaçlar. Ancak bu yöntemin en önemli kısıtlılığı, hastaların bu sağlık durumlarına verdikleri ağırlıkları, değer yargılarını ve bireysel seçimlerini dikkate almamasıdır. Bulguların görülme sıklıkları ile farklı hastaların bu durumlara verdikleri önem farklılıklar gösterebilir. İdeal olarak yaşam kalitesi ölçekleri bu iki kavramı hem birlikte hem de birbirinden bağımsız olarak değerlendirebilmelidir (18,39,40).

Sağlık sistemlerindeki merkez karar alma mekanizmaları göz önüne alındığında, profil değerlendirme sonuçlarının yorumlanmasındaki güçlükler daha da belirginleşir. Bu ölçeklerin ortak bir birimi olmadığından, farklı ölçeklerle ve farklı hastalık gruplarında yapılan değerlendirmelerin birbiriyle karşılaştırılmasında sorunlar ortaya çıkar. Daha da önemlisi, bu yöntemlerle elde edilen sonuçların maliyet–yararlılık analizlerinde kullanılması genellikle olası değildir.

En sık kullanılan profil ölçeği 1993 yılında geliştirilen Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (Study Short Form 36, SF-36)'dır. Bu ölçek, belli bir yaş ve hastalık grubuna odaklanmaksızın sağlığın fiziksel, sosyal ve ruhsal bileşenlerine ağırlık vererek yaşam kalitesini değerlendirir. Anket, hasta tarafından veya eğitim almış bir araştırmacı tarafından

doldurulabilir. İsminden de anlaşılabileceği gibi toplam 36 sorudan oluşur ve sekiz farklı sağlık boyutunda bilgi sağlar. Ayrıca fiziksel ve mental skor olmak üzere iki özet skor verir. Fiziksel skor; fiziksel fonksiyon (10 soru), fiziksel rol (4 soru), ağrı (2 soru) ve genel sağlık (5 soru) olmak üzere 4 alt bileşenden oluşur. Mental değerlendirme ise enerjiklik (4 soru), sosyal fonksiyon (2 soru), duygusal rol (3 soru) ve ruhsal sağlık (5 soru) başlıklarından oluşur. Bunlara ek olarak, "geçen seneyle karşılaştırıldığında, şimdi sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?" ve "genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?" sorularına yanıt verilmesi istenir. Bu ölçeğin 12 soruluk sadeleştirilmiş bir şekli de (SF–12) vardır (18,40).

Genel yapı ve içeriği bakımından kullanımı kolay ve anlaşılabilir olan SF–36, fiziksel bazı soruların bazı hastalara uygunluğu açısından sorgulanmıştır. Örneğin olağan günlük aktivitelerinde bir kilometreden fazla yol yürümeyen yada futbol oynayıp ağır eşyalar kaldırmayan birine bu etkinliklerde bir kısıtlılık olup olmadığını sormak anlamlı olmayabilir. Diğer sık kullanılan profil ölçekleri arasında Hastalık Etki Ölçeği (Sickness Impact Profile), McMaster Sağlık İndeksi Anketi ve Nottingham Sağlık Ölçeği (Nottingham Health Profile) ve Dünya Sağlık Örgütü öncülüğünde geliştirilen Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (World Health Organization Quality Of Life Questionaire, WHOQOL) sayılabilir (28,41).

Tercihe dayalı ölçüm yöntemleri: Tercihedayalı ölçüm yöntemleri, bireylerin farklı sağlık durumlarına ve bu durumu oluşturan bedensel, ruhsal ve sosyal bileşenlere verdikleri ağırlıkları değerlendirerek bu durumlar arasında bir seçim ve sıralama yapmaları esasına dayanır. Teorik temellerini 1944 yılında Von Neumann ve Morgenstern (41) tarafından tanımlanan karar verme teorisinden alan bu yöntemler, bireylerin sağlık durumları ile ilgili tercihlerini tek bir ölçütle ifade etmelerini olası kılar. Böylece farklı hastalık ve sağlık durumlarında hastaların hoşnutluğunu ifade eden bu ölçüt kullanılarak genellikle 0 ile 1 arasında tanımlanan bir "yararlanım skoru" elde edilir. Burada "0" genellikle ölüm ya da düşünülebilecek en kötü sağlık durumunu, "1" ise düşünülebilecek en iyi sağlık durumunu ifade eder. Yaşam kalitesine göre düzeltilmiş yaşam yılı (Quality adjusted life years, QALY) ise bu değerlendirmeler ile tanımlanan yararlanım skorlarını zamana endeksleyerek yorumlanması ve karşılaştırılması kolay bir birim oluşturur. Örneğin 1 QALY, mükemmel sağlık durumunda geçirilmiş bir yılı ifade eder (18,41).

Tercihe dayalı yaşam kalitesi ölçeklerinden en sık kullanılanlarından biri Avrupa yaşam kalitesi ölçeği (Europian Quality of Life, EQ5D)'dır. Bu ölçek sağlık durumunu, "hareket edebilme", "kendi kendine bakabilme", "olağan işleri yapabilme", "ağrı/rahatsızlık"

ve “endişe/moral bozukluğu” olmak üzere 5 başlık altında değerlendirir. Her başlık için bireylere üç basit seçenek (1=sorun yok, 2=bir miktar sorun var, 3=ciddi sorun var) sunulur. Kullanımı ve yorumlanması kolay, ulusal ve uluslar arası farklı çalışmalardan elde edilecek sonuçların karşılaştırılmasına olanak sağlayacak kısa ve basit bir ölçek olarak tasarlanan EQ5D, 243 farklı sağlık durumunu değerlendirebilir. Bu ölçekten tanımlanan sağlık durumlarının yararlanım skorlarına dönüştürülebilmesi için sosyal bir skorlama çizelgesi oluşturulması gereklidir. Her sağlık durumu genellikle 0 (en kötü sağlık durumu) ile 1 (mükemmel sağlık) arasında değişen yararlanım skorları ile tanımlanır. Ancak kimi araştırmacılar bireylerin “ölümden de beter” olarak değerlendirdikleri sağlık durumlarını negatif olarak tanımlarlar EQ5D’nin temel kısıtlılıklarından birisi, basitliği nedeniyle bazı hastalıklarda yaşam kalitesini saptamada yeterince duyarlı olmayabileceğidir (18,37,40).

Yararlanım skorları tercihe-dayalı kompozit ölçeklerle (örneğin EQ5D) değerlendirilebileceği gibi, doğrudan bazı ekonomik veri toplama teknikleri kullanılarak da yapılabilir. Bu teknikler arasında en sık kullanılanları zaman ödünleşmesi (time trade-off), hasta ödünleşmesi (person trade-off), standart kumar (standard gamble) ve görsel analog ölçektir (VAS). Standart kumar ve ödünleşme tekniklerinde, farklı sağlık durumları ile bağlantılı sağaltım senaryoları tanımlanır. Katılımcılardan bu sağaltımlar ya da sağlık durumları arasında seçim yapması istenir. Farklı belirsizlik durumları için (örneğin yan etki riskleri) sorular tekrarlanarak katılımcının kararsız kaldığı belirsizlik oranı saptanır ve bu oran yararlılık skorunun hesaplanmasında kullanılır. Daha az kullanılan yöntemler arasında ödeme istekliliği (willingness to pay) ve birleştirilmiş analiz (conjoint analysis) yöntemleri sayılabilir. Bazı araştırmacılar ekonomik teorilere uygunluğu açısından standart kumar yöntemini “Gold Standard” olarak kabul ederler (18,37).

Tercihe dayalı yaşam kalitesi ölçümü, hem yorumlanmasındaki kolaylıklar hem de hastaların tercihlerini yansıtması açısından üstünlükler sunar. Ancak, bu yaklaşım yararlanım skorlarının hesaplanmasındaki teorik temellerin geçerliliği ve uygulamada karşılaşılan bazı güçlüklerden dolayı eleştiriler almıştır. Hastalar özellikle standart kumar ve ödünleşme yöntemleri gibi birincil veri toplama tekniklerinden bazılarını kavramakta güçlük çekmektedirler. Ayrıca bir çok bireyin özellikle karmaşık olaylar karşısında olasılıkları dikkate alarak, bilimsel ve rasyonel bir değerlendirmeyle karar vermekten çok, olayları basite indirgeyerek tutarsız kararlar verebileceği bilinmektedir. Ayrıca, farklı yöntemler kullanılarak toplanan tercihe-dayalı verilerden elde edilen sonuçların birbiri ile belirgin farklılıklar gösterebileceği de bilinmektedir (18,40).

Uygulandıkları Popülasyonlara Göre Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Genel (jenerik) ölçekler: Genel yaşam kalitesi ölçekleri toplumdaki tüm bireylerin sağlık durumunu tanımlamada kullanılabilir. Genellikle herhangi bir hastalığa ya da sağlık durumuna özgü değildirler. Diğer yaşam kalitesi ölçekleri gibi sağlık durumunu fiziksel fonksiyon, ruhsal durum, günlük ve sosyal aktiviteler gibi genel başlıklar altında incelerler. Genel ölçeklerin en önemli avantajı farklı hastalık grupları ve bu gruplarla toplum arasında karşılaştırmaları olası kılmasıdır. Ancak belirli bir hastalık için tasarlanmamış olduklarından bazı hastalı grupları için daha az duyarlı olabilirler ve özellikle yaşam kalitesindeki küçük değişiklikleri saptayamayabilirler. En çok kullanılan jenerik ölçekler arasında Hastalık Etki Ölçeği (Sickness Impact Profile), Nottingham Sağlık Ölçeği (Nottingham Health Profile), SF-36, WHOQOL ve EQ-5D sayılabilir (28,39,40).

Özgül ölçekler: Özgül ölçekler, belirli hastalıkların, hastalık gruplarının, işlevsel bozuklukların ya da bir bulgunun yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemek üzere tasarlanmışlardır. Bu ölçekler, değerlendirilen sağaltımın tanımlanan hastalık durumuna özgü sağlık etkilerine odaklandıklarından yaşam kalitesindeki küçük değişimleri saptayabilirler. Ancak, her ölçeğin skorlama sistemi genellikle farklı olduğundan hem farklı skorlama sistemleri arasında hem de farklı hastalıklar arasında karşılaştırma yapılması olanaklı değildir. Ayrıca özgül yaşam kalitesi ölçeği sayısında son yıllarda artma olmasına rağmen halen birçok hastalık durumu için özgül ölçek geliştirilmemiştir. Bu tür ölçeklere örnek olarak Avrupa Kanser Sağaltımı ve Araştırmaları Örgütü (European Organisation for Research and Treatment in Cancer, EORTC) tarafından geliştirilen ve kansere özgü European Organisation for Research and Treatment in Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30), pediatrik astım yaşam kalitesi anketi (Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire, PAQLQ), hastane anksiyete ve depresyon ölçeği sayılabilir (17,18,40).

Yaşam kalitesi ölçeklerinin oluşturulması ve geliştirilmesi yoğun emek gerektiren bir süreç olduğundan, başkaları tarafından geliştirilmiş, geçerliliği ve güvenilirliği denenmiş ölçeklerin değişik toplumlarda kullanımı yaygınlaşmaktadır. Ayrıca bu yolla farklı toplumlardan elde edilen verilerin karşılaştırılması da kolaylaşmaktadır. Bununla beraber, başka toplumlar üzerinde geliştirilen ölçekleri yeni toplumlara doğrudan uygulamadan önce dikkat edilmesi gereken bazı noktalar vardır. Ölçeklerin yeni toplum ve kültüre uyumlu hale getirilme sürecindeki iki önemli aşama; ölçek içeriklerinin, kavram ve dil açısından anlam eşitliğinin sağlanması ile ölçüm özelliklerinin toplum üzerinde denenmesidir (18,40).

Ülkemizde de uluslar arası düzeyde yaygın kullanılan bazı ölçeklerin Türkçe'ye çevrilip geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirilmelerinin yapılması yönünde çabalar vardır. Daha önce ayrıntılı olarak değinilen SF-36 ile DSÖ tarafından geliştirilen yaşam kalitesi ölçütünün kısa formu olan Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kısaltılmış Versiyonu (World Health Organization Quality Of Life Questionaire Abbreviated Version, WHOQOL-BREF) türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlilik ve güvenilirlikleri sınanmıştır (18,42,43).

TÜKENMİŞLİK

Tükenmişlik Hakkında Temel Kavramlar

Tükenmişlik kavramı ilk olarak 1974 yılında Freudenberger tarafından tanımlanmış ve son 20 yıldır farklı iş alanları ile ilgili olarak birçok araştırma yapılmıştır. Freudenberger (44) tükenmişliği "başarısızlık, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya insanın iç kaynakları üzerinde, karşılanamayan istekler sonucunda ortaya çıkan bir tükenme durumu" olarak tanımlamıştır. Maslach ve Jackson (9), tükenmişliği; "insanda ortaya çıkan fiziksel bitkinlik, uzun süren yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının yaptığı işe,hayata ve diğer insanlara karşı gösterdiği olumsuz tutumları kapsayan fiziksel ve zihinsel boyutlu bir sendrom" olarak tanımlamışlardır (9,46).

Tükenmişlik daha çok doğrudan insana hizmet eden, hizmetin kalitesinde insan etmeninin çok önemli bir yere sahip olduğu alanlarda görülmektedir. Bu durum sunulan hizmeti, hizmetin kalitesini doğrudan olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan çalışmalar tükenmenin iş kaybından aile içi ilişki sorunlarına, psikosomatik hastalıklardan alkol-madde-sigara kullanımına, uykusuzluk, depresyon gibi ruhsal hastalıklara kadar uzanan çok çeşitli ciddi sonuçları olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, son 20 yıldır, tükenme kavramı farklı iş alanlarında daha sıklıkla ele alınmaktadır (44,45,47).

Günümüzde kabul gören en yaygın tükenmişlik tanımı Maslach ve ark.(9,48,49) tarafından yapılan ve tükenmişliği üç boyutlu bir kavram olarak algılayan tanımdır. Bu tanımda tükenmişlik; işi gereği sürekli olarak diğer insanlarla yüz yüze çalışan kişilerde sıklıkla ortaya çıkan üç boyutlu bir sendrom olarak kabul edilmektedir. Bu üç boyut duygusal tükenme (Emotional exhaustion), duyarsızlaşma (depersonalization) ve kişisel başarıda düşme hissi (diminished personal accomplishment) olarak adlandırılmıştır (9,48-50).

1. Duygusal tükenme: Çalışanların kendilerini yorgun ve duygusal yönden aşırı yıpranmış hissetmelerini, diğer bir deyişle kişinin işinde aşırı yüklenmiş olma duygularını tanımlar (51). Enerji eksikliği ve bireyin duygusal kaynaklarının bittiği hissine kapılması biçiminde ortaya çıkar. Bu duygusal yorgunluğu yaşayan kişi, hizmet verdiği kişilere geçmişte olduğu kadar verici ve sorumlu olmadığını düşünür. Gerginlik ve engellenmişlik duygularıyla yüklü olan birey için ertesi gün yeniden işe gitme zorunluluğu büyük bir endişe kaynağıdır (52). Bu duruma yakalananlar kendilerini, yeni bir güne başlayabilmek için gerekli enerjiden yoksun hissederler. Duygusal kaynakları tamamen tükenmiştir. Tekrar doldurmak için yeni kaynak bulamazlar (9,48,53).

2. Duyarsızlaşma: İşi gereği karşılaştığı diğer insanlara ve işine karşı geliştirilen soğuk, ilgisiz, katı hatta insani olmayan tutum tükenmişlik sendromunun ikinci ayağı olan duyarsızlaşmayı oluşturur. Dozu gittikçe artan bu negatif reaksiyon çeşitli şekillerde ortaya çıkar. Kişi karşısındakine aşağılayıcı ve kaba davranır, onların rica ve taleplerini göz ardı eder. Çalışanların hizmet verdikleri kişilere birer insan yerine nesne gibi davranmaları ile kendini gösterir. Bu durumdaki iş görenler etkileşimde bulundukları kişilere ve çalıştıkları örgüte karşı mesafeli, umursamaz ve alaycı bir tavır takınırlar. Küçültücü bir dil kullanma, insanları kategorize etme, katı kurallara göre iş yapma ve başkalarından sürekli bir kötülük geleceğini sanma duyarsızlaşmanın diğer belirtileri arasındadır (52). Kişi gerekli yardım ve servisi sağlamada başarısız olur. Bu durumdaki kişi diğer insanlara karşı saygısız ve küçük düşürücü davranabilir (9,44,48).

3. Düşük kişisel başarı hissi: Kişisel başarı, kişinin işindeki yeterlik ve başarı duygularını tanımlar. Kişisel başarısızlık ise, kişinin kendisini işinde yetersiz ve başarısız olarak değerlendirmesini ifade eder. Bu aşamada kişi kişisel olarak başarısızlık duyguları ile doludur. Başkaları hakkında geliştirdiği olumsuz düşünce tarzı, kişinin kendisi hakkında negatif düşünmesine yol açar. Kişi bu düşünce ve yanlış davranışları ile kendisini suçlu hisseder, kendisini kimsenin sevmediğine dair bir duygu geliştirir ve kendisi hakkında başarısız hükmünü verir. İşte bu noktada tükenmişliğin üçüncü aşaması olan düşük kişisel başarı hissi ortaya çıkar. Bireylerin kendileri ile ilgili değerlendirmelerinin olumsuz bir nitelik kazanmasının sonucu olarak, işinde ve işi gereği karşılaştığı kişilerle ilişkilerinde başarısızlık ve yeterlik duygularında azalma görülür. İşinde ilerleme kaydedemediğini, hatta gerilediğini düşünen bu kişiler kendilerini suçlu hisseder (9,48,52).

Tükenmişliğin Evreleri

Tükenme dört evre ile tanımlanmıştır. Bu evrelendirme tükenmeyi anlamayı kolaylaştıran bir bakış açısı sağlamaktadır. Aslında tükenme, kişinin bir evreden diğerine geçtiği kesikli bir süreç değil, sürekli bir olgudur (44,45).

I. Evre: Şevk ve coşku evresi (enthusiasm): Bu evrede yüksek bir umutluluk, enerjide artma ve gerçekçi olmayan boyutlara varan mesleki beklentiler sergilenmektedir. Kişi için mesleği her şeyin önündedir, uykusuzluğa, gergin çalışma ortamlarına, kendine ve yaşamın diğer yönlerine zamanını ve enerjisini ayıramayışına karşı üstün bir uyum sağlama çabasındadır (44,45).

II. Evre: Durağanlaşma evresi (stagnation): Bu evrede artık istek ve umutlulukta bir azalma olur. Mesleğini uygularken karşılaştığı güçlüklerden, daha önce umursamadığı ya da yadsıdığı bazı noktalardan giderek rahatsız olmaya başlamıştır. Sorgulanmaya başlanan "işten başka bir şey yapmıyor olmak"tır. Mesleği kuramsal ve pratik tüm yönleri ile kişinin varoluşunu tamamen dolduramamıştır (44,45).

III. Evre: Engellenme evresi (frustration): Başka insanlara yardım ve hizmet etmek için çalışmaya başlamış olan kişi, insanları, sistemi, olumsuz çalışma koşullarını değiştirmenin ne kadar zor olduğunu anlar. Yoğun bir engellenmişlik duygusu yaşar. Bu noktada 3 yoldan biri seçilmektedir. Bunlar; adaptif savunma ve başa çıkma stratejilerini harekete geçirme, maladaptif savunmalar ve başa çıkma stratejileri ile tükenmişliği ilerletme, durumdan kendini çekme veya kaçınmadır (44,45).

IV. Evre: Umursamazlık evresi (apathy): Bu evrede, çok derin duygusal kopma ya da kısırlaşma, derin bir inançsızlık ve umutsuzluk gözlenmektedir. Mesleğini ekonomik ve sosyal güvence için sürdürmekte, ondan zevk almamaktadır. Böyle bir durumda iş yaşamı kişi için bir doyum ve kendini gerçekleştirme alanı olmaktan çok uzak, kişiye ancak sıkıntı ve mutsuzluk veren bir alan olacaktır (44,45).

Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişlik verilen hizmetin niteliğinde ve niceliğinde bozulmaya yol açtığı gibi hizmeti veren bireylerin sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Tükenmişliğin belirtileri araştırılılığında çok çeşitli belirtilerle ortaya çıktığı görülmektedir (45).

Fiziksel belirtiler: Yorgunluk ve bitkinlik hissi, enerji kaybı, sık baş ağrısı ve uyku bozuklukları, gastrointestinal bozukluklar ve kilo kaybı, çok sık görülen soğuk algınlığı ve gripler, koroner kalp rahatsızlığı insidansında artma (53,54).

Ruhsal belirtiler: Duygusal bitkinlik, kronik bir sinirlilik hali, çabuk öfkelenme, zaman zaman bilişsel becerilerde güçlükler yaşama, hayal kırıklığı, çökkün duygu durum, anksiyete, huzursuzluk, sabırsızlık, benlik saygısında düşme, değersizlik, eleştiriye aşırı duyarlılık, karar vermekte yetersizlik, apati, boşluk ve anlamsızlık hissi, ümitsizlik (53,54).

Davranışsal belirtiler: Hatalar yapma, bazı şeyleri erteleme yada sürüncemede bırakma, işe geç gelme, izinsiz olarak veya hastalık nedeni ile işe gelmeme, işi bırakma eğilimi, hizmetin niteliğinde bozulma, işte ve iş dışındaki ilişkilerde bozulma, kaza ve yaralanmalarda artış, meslektaşlara ve hizmet verilen kişilere, mesleğe vb. karşı alaycı bir tavır sergileme, işle ilgilenmek yerine başka şeylerle vakit geçirme, kuruma ilginin kaybı (53,54).

Tükenmişlik Açısından Kişisel Risk Faktörleri

Mermann (1990) tükenmişlik için kişisel risk faktörlerini şöyle belirlemiştir:

* Mükemmelleşme,
* Duyguları bastırma,
* Aşırı isteklere “hayır” deme problemi, sorumlu ve güçsüz hissetme,
* Tatil yapma güçlüğü,
* Toplumsal endişe,
* Güven azlığı,
* Saplantılı, baskıcı kişilik özelliği,
* Problemler hakkında konuşmama isteğinin olması (50).

Başlıca Tükenmişlik Sebepleri

Tükenmişliğin sebepleri incelendiği zaman birçok sebepten söz edildiği görülmüştür. Bunlardan bir kısmı kişisel nedenlerden bir kısmı da kişinin yaşadığı çevreden kaynaklanmaktadır. Yaş, medeni durum, çocuk sayısı, işe aşırı bağlılık, beklentiler, motivasyon, kişilik, performans, kişisel yaşamdaki stresler, mesleki doyum, informal destek, üstlerinden gördüğü destek gibi birçok kişisel özellik tükenmişlikle ilgili araştırmalarda karşılaşılan ve tükenmişlik ile ilgili görülen özelliklerin başında gelmektedir. İşin niteliği, çalışılan kurumun tipi, haftalık çalışma süresi, kurumun özellikleri, iş yükü, iş gerilimi, rol belirsizliği, yönetimle ilgili işlerde geçirilen zaman miktarı, kişinin eğitim durumu, yeterli veya yetersiz oluşu, önemli kararlara katılmama, örgütsel işleyişteki kusurlar, işin yüksek performans gerektirmesi, hizmet verilen insanlarla ilişkiler, yetersiz personel, yetersiz araç, örgütün havası, örgüt ortamı, ekonomik ve toplumsal nedenler gibi birçok etken ise tükenmenin örgütsel nedenleri olarak kabul edilmiş ve araştırmalara konu olmuştur (44).

Tükenmişliğin Sonuçları

Tükenmişliğin sonuçları incelendiğinde işi savsaklama, işi bırakma eğilimi ve niyetinde artış, hizmetin niteliğinde bozulma, işe izinsiz gelmeme, izin sonunda rapor vb. yollarla izni uzatma eğilimi, işte ve iş dışında insan ilişkilerinde bozulma ve uyumsuzluk eğilimi, eş ve aile bireylerinden uzaklaşma eğilimi, düşük iş performansı, iş doyumsuzluğu, sebepsiz hastalanma eğilimleri, işteki yaralanma ve iş kazalarında artma gibi olumsuz sonuçlar görülmektedir (55).

Tükenmişliğe maruz kalan kişilerde yorgunluk, uykusuzluk, iştahsızlık, baş ağrıları, sindirim güçlükleri gibi fiziksel sonuçlar ve depresyon, kaygı, çaresizlik, özsaygının azalması, alınganlık gibi duygusal sorunlar sıklıkla görülmektedir (52).

Tükenmişlik sendromu yaşayan kişiler sıkıntılarını azaltabilmek umuduyla içki, sigara, uyuşturucu sakinleştirici tüketimini artırmakta ve zamanla bu maddelere bağımlı hale gelmektedir. İşe devamsızlık, işten ayrılma, performans miktarı ve kalitesinde düşme ise sendromun örgüt ortamındaki zararlı sonuçlarıdır. Yapılan araştırmalarda tükenmişliğin birçok olumsuz sonucu ortaya çıkmıştır. Tükenmişlik yaşayan insanların çok karmaşık duygular yaşadığı, bunun sonucu olarak birçok davranış bozukluğu gösterdiği gözlenmiştir (10,11,56,57).

Stres belirtileri: Stres psikolojik, sosyal, kültürel ya da fizik ajanlarının organizmada oluşturduğu değişiklik durumudur. Organizmanın stres verici etkenlere gösterdiği, fizyolojik ya da psikolojik tepkilerdir. Stresin uzun sürmesi ya da ağır olması halinde, kişinin fizik ve ruh sağlığına zararlı etkileri olacağı kabul edilir. Aşırı stres altında çalışan kişiler stres yaratan kaynaklara karşı bir takım tepkiler geliştirmektedir. Depresyon, bıkkınlık ve tatmin olmama gibi subjektif tepkiler yanında, dikkati toplayamama, karar vermede güçlük çekme, unutkanlık, eleştirilere karşı aşırı duyarlılık gibi duygusal tepkiler ve göreve zamanında gelmeme, verimsizlik, kötü çalışma atmosferi, iş tatminsizliği, yüksek kaza oranı ve işte husumete maruz kalma gibi örgütsel tepkiler de ortaya çıkmaktadır (44,45).

Örgütsel kökenli, stres yapıcı durumlara gösterilen bir tepki niteliği taşıyan tükenmişlik, bireylerin enerji kaynaklarını yok etmektedir. Çalışma ortamındaki bu stres yaratan durumların en önemli özelliği ise işi kişiler arası yoğun ilişkilere dayanmasıdır. Stres altında moralini ve sağlığını kaybeden kişinin örgüte yansıyan sonuçları performans düşüklüğü, işe devamsızlık ve yabancılaşmadır. Stres, çalışanlar, özellikle yöneticiler üzerinde fizyolojik ve psikolojik yıkım yapabildiğinden onların sağlığını ve örgütsel başarısını olumsuz yönde etkilemektedir. Yöneticiler üzerinde şiddet, isteksizlik, alkol, sigara gibi davranışsal; uyku düzensizliği, depresyon, psikolojik hastalıklar vb. psikolojik sorunlar; kalp hastalıkları, baş ve sırt ağrıları, kanser, diyabet, siroz, akciğer ve deri hastalıkları gibi fizyolojik rahatsızlıklara neden olmaktadır (49,58,59).

İş hayatına etkileri: Maslach (9) tükenmişliğin etkisinin en çok görüldüğü durumun kişinin iş performansındaki düşüş olduğunu ifade etmektedirler. Bu düşüş daha ziyade kişinin niteliğinde ve kalitesinde kendini gösterir. Bunun sonucu olarak, motivasyon düşer, sinirlilik artar, itici davranışlar ortaya çıkar. Kararlarında isabetli değillerdir ama bu onları fazla etkilemez. Tükenmiş kişiler kendisini yenileme ihtiyacı duymaz, yenilikçi değil tutucu ve statü koruyucudurlar. Birçok insanla çalışmanın yarattığı duygusal gerginlik hizmet sunan kişileri psikolojik olarak çekingenliğe ve insanlarla en alt düzeyde ilişki kurmaya itebilir. Hizmet sunan kişi yerindedir fakat yanında kimse yokmuş gibi davranır. Çok az göz göze gelir, soruları mırıltı ile cevaplar. Bedensel temastan kaçınır (el sıkmak gibi). Bazı durumlarda insanlarla doğrudan ilişkili olmayan görevleri tercih eder. İstediği olanakları bulan ve ihtiyaçlarını gideren bir kimse tatmin olacak, psikolojik yönden huzura kavuşacaktır. Aksi taktirde bir tatminsizlik veya ruh çöküntüsü veya bozulma dediğimiz psikolojik durumlar ortaya çıkacaktır (44,48).

İş hayatında insan istediği işi ve bu işin kendi bilgisi ve yeteneği bölümüne giren kısmını elde ettiği sürece işinde ve iş yerinde daha verimli çalışacaktır. Hemen ekleyelim ki, kendisine uygun bir iş yeri verilen bir kimseye, aynı zamanda maddi ve manevi ihtiyaçlarını tatmin olanağını sağlama imkânı da vermiş oluruz. Arzu ve ihtiyaçlarının tatmin edilmediğini gören kimseler, olumsuz birtakım tutumlara sahip olacaklardır. Böylece de tatminsizlik hali ve uyuşmazlık ortaya çıkacaktır. İş doyumsuzluğu, bireyin yaptığı işten bir doyum ya da hoşlanma duygusu elde etmemesi, ona karşı bir bıkkınlık, isteksizlik, kaçma duygusu duymasını ifade eder. Yöneticilerde ortaya çıkan birçok etkenin yanında kişinin işinden sağladığı doyumla da ilişkili doyumsuzluk yaşaması tükenmişlikle sonuçlanabilmektedir (59).

Yayınlarda iş doyumu ile tükenmişlik arasında yüksek ilişki bulmuşlardır. İşinde doyumsuzluk yaşayan kişide yüksek düzeyde moral ve motivasyon bozukluğu görülmektedir. Bunun yanı sıra örgütte zorunlu olarak kalanlarda ortaya çıkan devamsızlık, yalancı hastalık, savurganlık, kazalara neden olma gibi davranışlar morallerinin düşük olduğunu gösterir (60).

Kararsızlık: Kararsızlık, her şeyi kendine dert etme ve iç mücadele şeklinde kendini gösterir. İç mücadele endişe ve üzüntünün artmasına neden olur. Karasızlık, bir işin bir günden öbür güne atılmasına, insanların kendilerini yetersiz hissetmesine neden olmaktadır. Nitekim verilmesi gereken bir kararı sürekli olarak erteleyen kimseler, çoğu zaman kendilerini yetersiz hissetmekte ve karasızlık içinde bulunmaktadırlar. Yapılması gereken işlerin sürekli ertelenmesi insanların başına sürekli olarak dert açmaktadır. Yapılması gereken işlerin ertelenmesi ve biriktirilmesi bireyin üzerinde psikolojik baskı ve sıkıntılar yaratarak onun yetersizlik ve liyakatsizliğini büsbütün artırmaktadır (45,60,61).

Yorgunluk belirtileri: Temel olarak yorgunluk soyut bir kavramdır. Ölçülmesi belli bir işi yapan kimseye yorulma derecesi sorularak elde edilir. Bununla beraber yorgunluk ve bıkkınlık gibi duyguların birçok şeyi yansıması önemlidir. Fizyolojik düzeyde de bir kimsenin enerjisini harcamasının onun ideolojik olarak tekrar kendisine gelme hızından daha çabuk olduğu söylenebilir. Eğer bu ideolojik durum hep böyle olsaydı o zaman bu güzel ve iyi bir şey olur ve yorgunluk oldukça açık bir kavram halini alırdı. Halbuki durumun bu olmadığını ve bir kimsenin yorgunluk duygusunun işe ilgi derecesi, endişe ve gerginlik gibi fiziki olmayan faktörleri yansıttığını biliriz. Ayrıca soyut olan yorgunluk duygularının açık bir şekilde, performansla ilgili olmadığını belirten bulguların bulunması şaşırtıcıdır. Bununla birlikte yorgunluğun anlaşılması ne kadar güç olursa olsun, bulguların birçoğu bunun

performansla ilgili olduğunu ve incelenebileceğini göstermektedir. Fraser bu alanda yapılan araştırmaları şöyle özetlemiştir:

1. Yorgunluk fizyolojik olarak kendini göstermeden önce yüksek düzeyde performansı etkileyebilir.

2. Sonucunun bilinmesinin azaldığı veya en az olduğu karmaşık performansla bunun etkileri açık bir şekilde görülür.

3. Yorgunluk performans değişikliği ve çeşitli tepki örneklerinin kötü olarak bir araya gelmesi şeklinde tipik olarak görünür.

4. Yorgunluk görme duyarlığı gibi işlevlerin yalıtılmış ölçüleri üzerinde çok az bir etkiye sahiptir (60,61).

Zihin yorgunluğu sıkıntıya, sıkıntı da konuya karşı ilgi eksikliğine neden olur. Aşırı yorgunluk sinir bitkinliği yaşla zihin durması denen duruma yol açar. Bu durumdaki kişi yoğun bir kaygı yaşar, sağlıklı düşünemez, işinden zevk alamaz hale gelir (61).

Davranış bozuklukları: Psikolojik tatminsizlik hallerinde ortaya çıkan bu olumsuz yönde davranışlar büyük ölçüde inanç ve tutumları etkiler. Örneğin evde eşiyle kavga eden yöneticinin okulda hizmetlilere çıkışması gibi. Psikolojik tatminsizliğin bir sonucu da hayal kırklığıdır. Hayal kırıklığına uğramış kişinin göstereceği tepkilerden bazıları; vazgeçmez, vurdumduymazlık, çevre ile ilişkileri kesmek, herhangi bir duygusal izlenim veya kişisel katılımdan kaçınmak, bilinçsiz olarak meydana gelen aktif veya pasif direnmedir.İş ile ilgili tatminsizlik konuları aile, okul çeşitli dernekler ve iş hayatı ile ilgili örgütler içinde hayatını sürdüren insan bu çeşitli alanların elverişli veya elverişsiz durumlarına göre, ihtiyaçlarının kolay ve zor bir şekilde tatmin edilmesi için çaba harcayacaktır. İstediği olanakları bulan ve ihtiyaçlarını gideren bir kimse tatmin olacak, psikolojik yönden huzura kavuşacaktır. Aksi takdirde bir tatminsizlik veya ruhsal çöküntü dediğimiz psikolojik durumlar ortaya çıkacaktır (60,61).

Tükenmişlikle Başa Çıkma Yolları

Genellikle bireysel, kurumsal ve hatta sistemden kaynaklanan etmenlerin bir arada rol oynaması ile ortaya çıkan tükenmişlik, bir sendrom ve sistem sorunu olarak ele alınmalıdır. Etkili müdahale, hem bireysel hem de örgütsel zeminde olmalıdır. En önemlisi baştan ortaya çıkarıcı etmenlerin giderilmesi, bu olmuyorsa erken dönemde tanınarak hızla müdahale edilmesidir. Tükenmeyi önlemek ve onunla başa çıkmak için yapılabilecekler organizasyonel

ve bireysel düzeyde ele alınmıştır (27,45,53,58,62).

Tükenmişlikle mücadelede geliştirilen örgütsel yöntemler: İşin yoğunlaştığı dönemlerde yardımcı personel ve ek donanım sağlamak, serbest karar verme imkanlarını ve karara katılma imkanlarını artırmak, başarıları takdir etmek, ödül dağıtımını gözden geçirmek, kişisel dinlenme ve gelişme için tanınan süreleri artırmak, üst yönetimin desteğini sağlamak, kişiler arası ilişkilerin biçimini değiştirmek, iletişimin miktarını azaltıp kalitesini yükseltmek, işin gerektirdiği sorumluluk miktarını yeniden ayarlamak ve kişileri yeni görevlere atamak bu tür tedbirlere örnek gösterilebilir (45,46,53,58,62).

Tükenmişlikle mücadelede geliştirilen kişisel yöntemler: Tükenmişlikle mücadelede alınabilecek bireysel düzeyde yöntemler; işle ilgili gerçekçi hedeflerin geliştirilmesi, atılganlık eğitimi, kişisel gelişme ve danışmanlık gruplarına katılma, zaman yönetimi, hobi edinme, tatile çıkma, meditasyon, gevşeme eğitimi, jimnastik, monotonluğu azaltmak ve iş değişikliği önerilmektedir (45,46,53,58,62).

İŞ DOYUMU

Genel olarak çalışanların işlerine ilişkin duygularının bir reaksiyonu olarak tanımlanan iş doyumu kavramı, ilk kez 1920'lerde ortaya atılmış olup, önemi 1930-40'lı yıllarda anlaşılmıştır. Önemli olmasının bir nedeni, yaşam doyumu ile ilişkili olmasıdır ki bu durum kişinin fizik ve ruh sağlığını doğrudan etkilemektedir. Bir diğer nedeni ise üretkenlikle ilgilidir. İş doyumu ile üretkenlik arasında doğrudan bir ilişki olmamakla birlikte doyumsuzluğun yarattığı dolaylı etkiler (stres, grup uyumu gibi) konuyu önemli kılmaktadır. İş doyumunun olması, başka deyişle, işe karşı tutumun olumlu olması halinde ortaya çıkan bir dizi yönetsel ve davranışsal sonuç vardır. İş doyumu çağdaş yönetim anlayışının önemli faktörlerindendir ve her şeyden önce bir sosyal sorumluluk, ahlaki gerekliliktir. Çalışmak kuşkusuz insanlar için bir gereksinimdir. Kişi çalışmak istiyorsa, yaşamının önemli bir kısmını iş yerinde geçiriyorsa, yöneticiler ve yönetim de iş yerini ödüllendirici en azından sıkıntısız bir hale getirmek zorundadır. Sağlık nasıl insanın genel fiziksel durumunu gösteriyorsa ve de önemli ise, iş doyumu da çalışanın genel durumunu yansıtması açısından önemlidir. İş doyumu da tıpkı sağlık gibi önem, tanı ve tedavi arz etmektedir ve çalışanların genel duygusal durumunu gösterebilmektedir (63,64).

İş Doyumu Tanımı

İş, örgütsel ortamda belirli bir zaman diliminde gerçekleşen, beraberinde kimi ilişkileri getiren ve ücret karşılığı girişilen mal ve hizmet üretme çabasıdır. Doyum ise duygusal bir tepki biçimidir. Çalışanlar çalışma hayatı süresince yaptığı işe, çalıştığı firmaya ve iş ortamına dair pek çok deneyimler kazanmaktadır. Çalışanların çalışma hayatı süresince gördükleri, yaşadıkları, kazandıkları, mutlulukları ve üzüntüleri olmaktadır. Tüm bu bilgi ve duyguların sonucunda çalışanların yaptığı işe yada çalıştığı firmaya karşı tutumları ortaya çıkmaktadır. İş doyumu tutumların genel sonucudur ve çalışanın fiziksel ve zihinsel açıdan iyi durumda olmasını ifade eder. İş doyumunu, çalışanın yaptığı işe genel tutumu olarak belirtmek uygundur. Bireylerin işlerine gösterdikleri tutum olumlu yada olumsuz olabileceğinden, iş doyumunu bireylerin iş tecrübeleri sonucunda elde ettiği olumlu ruh hali olarak tanımlamak, çalışanın işine göstermiş olduğu olumsuz tutumunu da iş doyumsuzluğu olarak tanımlamak gerçekçi olacaktır. Bir başka ifade ile iş doyumu, çalışanların yaptıkları işe karşı hissettikleridir. Dolayısıyla iş doyumu, işin kazandırdıklarıyla çalışanın beklentileri birbirine uyduğu zaman oluşmaktadır. İş doyumunun yönetim alanında çok önemli bir konu olmasının temel sebebi, işle ilgili olumlu bir takım sonuçları elde etmenin büyük ölçüde iş doyumunu sağlamaya bağlı olmasıdır (65-67).

Fred Luthans'a göre iş doyumunun üç önemli yönü vardır:

- İş doyumu, duygusal yönü ağır basan bir kavramdır. Çünkü görülemez ve sadece hissedilebilir.

- İş doyumu, çıktıların beklentileri ne derece karşıladığı ile ifadelendirilebilir.

- İş doyumu, birbiriyle ilgili bir çok tutumu da beraberinde getirir. Bunlar genellikle iş, ücret, terfi olanakları, yönetim tarzı, çalışma arkadaşları v.b tutumlardır (65-67).

İş Doyumunu Etkileyen Faktörler

İş doyumunu etkileyen etmenler arasında yönetim biçimi, çalışma olanakları, gelişme ve yükselme olanakları, iş arkadaşları, fiziksel ortam, ücret ve personel, iş ve niteliği, saygı görme, çalışanlar arası ilişkiler ve yönetici davranışları sayılmaktadır.

İş doyumunu etkileyen önemli etkenler çevresel etmenler ve bireysel etmenler olarak ikiye ayrılır. İlkinde işin kendisi, işin düzeyi, yükselme olanakları, tanınma, çalışma şartları, ücret, yöneticilerin tutumları, fiziksel ortam, işyerinde çalışanların birbirleriyle olan ilişkileri, mesleğin toplum içindeki yeri, işin bireye uygun olup olmaması, ödüllerle ilgilidir. İkincisi ise

kişilik ve önceki deneyimleri yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, hizmet süresi gibi bir çok etmeni kapsamaktadır (68).

1. Bireysel faktörler:

a. Kişiliğin etkisi: Çalışma yaşamı ile kişilik arasında bir etkileşimin olduğu konuları, çeşitli araştırmalarla ortaya çıkarılmıştır. Kişiliğin bireyin çalıştığı işi ve çevresini algılamasında ve değerlendirmesinde önemli bir etkisi vardır. Bireyin davranışları, onun içinde yaşadığı ortam ve çevresindeki bireyler arasındaki sürekli etkileşim sonucu oluşması nedeniyle bireyin kişiliği iş çevresinden etkilendiği gibi aynı zamanda birey kişiliği ile iş çevresinin etkiler (69).

b. Tecrübe, yaş ve aynı işte kalma süresi: Bazı çalışmalar, çalışanın iş tecrübesi ile tatmini arasında olumlu bir ilişki ortaya çıkarmıştır. Bir başka ifade ile aynı alanda ve/ veya aynı kurumdaki çalışma süresi fazla olan çalışanların iş tatminin de yüksek olduğu ifade edilmektedir. Dolayısıyla iş tecrübesi iş doyumu üzerinde etkili bir faktördür. Çalışma hayatına yeni atılan, iş tecrübesi olmayan kişilerin gerçekçi olmayan beklentileri de söz konusu olabilmektedir. Ancak bu kişiler zamanla iş hayatının gerçeklerini kavramaktadır. Bulundukları görev diliminde yükselme olanaklarının olmadığını, iş arkadaşlarının geçimsiz olduğunu anlayabilmektedir. Bunun nedeni çalışanın iş hayatının gerçeklerinden uzak beklentileridir. Yeteri kadar iş deneyimi olmayan, iş hayatına yeni atılan gençlerin gerçekçi olmayan beklentileri, bireyin kendi hayal gücünün ürünleri olabileceği gibi medya organlarının yanıltması, eğitim kurumlarının öğrencilerini fazla abartması ve adayın işe kabulü sırasındaki mülakatı gerçekleştiren yöneticinin yanlış ve yanıltıcı bilgi vermesinden kaynaklanabilir. Gerçekçi olmayan beklentiler çalışanın kişiliğinde zamanla değişikliğe uğramaktadır. Bazı çalışanlar iş deneyimleri arttıkça beklentilerini iş hayatının gerçeklerine göre ayarladıkça iş doyumu bulabilmekte, bazılar ise geçen yıllara rağmen beklentilerini değiştirmemekte dolayısıyla iş doyumsuzluğu ile yaşamayı öğrenmektedir. Bu duyguları hayat tarzı haline getirmektedir. Çalışma hayatını tanıdıktan sonra çalışan iş doyumu duygusunu zamana bağlı bir olgu olduğunu, gelecekteki doyum için şimdiki durumu da küçük doyumsuzluk kabul etmesi gerektiğini anlamaktadır (63,70).

Yapılan araştırmalar yaş ile iş doyumu arasında olumlu bir bağıntı olduğunu göstermiştir. Yaş arttıkça doyum artmaktadır. Bunun nedeni deneyim nedeniyle uyumun artmasıdır. Beş ayrı ülkede yürütülen çalışmalar yaşlı çalışanların genç çalışanlara oranla işlerinden daha fazla doyum duyduklarını göstermiştir. Çalışanların iş doyumunun yaşla

arttığı, iyi performansın iş doyumuna yol açtığı görülmüştür. Çalışan işte tecrübe ve beceri sağladıkça (bu da zamanla olur) iş performansı artar ve iyi iş çıkarmanın iş doyumu üzerindeki olumlu etkisi kendini göstermektedir. Sonuç olarak iş doyumu yaş ile artmaktadır (69,70).

c. Cinsiyet, eğitim düzeyi ve zeka: Yapılan araştırmalar bireyin kadın ya da erkek olmasının işe karşı tutumları etkilediğini tespit etmiştir. Ancak bu konudaki bulgular araştırmadan araştırmaya farklılık göstermektedir. Cinsiyet açısından dengeli gruplarda çalışanların doyum seviyeleri, bir cinsiyetin baskın olduğu gruplarda çalışanlara kıyasla daha yüksektir. Doyum ile ilişkilendirilen bir etken de eğitim düzeyidir. Araştırmalarda eğitim düzeyi yüksek kişilerin genel iş doyumlarının, daha az eğitim görmüş olanlara oranla daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Kendi başına ele alındığında, sadece bireylerin zeka düzeyleri ile iş doyumu arasında ilişki incelendiğinde önemli bir ilişki tespit edilememiştir. Yapılan işle ilgili olarak ele alındığında (özellikle zeka düzeyine uygun iş yapılıp yapılmadığı söz konusu ise) zeka, iş doyumunda önemli bir etken olmaktadır. Birçok iş ve mesleklerin belirli bir zeka seviyesi gerektirdiği ve bunun altında ya da üstünde zekaya sahip kişilerin bu işlerden doyum duymadığı saptanmıştır(69).

d. Kararlara katılma olanakları sağlama: Özellikle insanların kendilerini etkileyecek kararlara katılma isteği çok şiddetlidir. Bir kimsenin kendi yaptığı işle ilgili kararlarda söz sahibi olmak istemesi çeşitli nedenlere dayanır. İşi bizzat gerçekleştiren kimseler kendi yapacakları işle ilgili uzmanlık ilgisine sahip oldukları kanısındadırlar. Başka bir neden olarak da verilecek karar, işleri önemli ölçüde etkiyeceği için getirilecek yeni usul ve yöntemlerin kendilerine duyurulması ve kendi kişisel fikirlerinin de alınması gösterilebilir. Burada, iş gören kişiliğine saygı gösterilmesini arzu etmektedir. Bir iş gören göreceği işlerin planlamasına yardımcı olduğu zaman, onları daha arzulu şekilde yapar, bu duygu da kişinin işteki davranışını etkilemesi nedeniyle, güdülemede özellikle üzerinde durulması gereken bir konuyu oluşturur (70).

2. İş ve iş ortamına bağlı nedenler: İş göreninin işinden doyum duymasında işin genel görünümü, çalışana sağladığı sosyal ve ekonomik çıkarlar ile iş ortamı şartları etkili faktörlerdir. Bu faktörler, bireysel değil toplumsaldır, yargısal olmayıp analiz edilebilir, ölçülür, diğer işlerdeki ile karşılaştırılabilir türdendir. İş doyumunu, birbiriyle ilişkili çok sayıda tutumun birleşimi olarak görmek mümkündür. İş doyumu, çalışanın iş ve iş ortamına ilişkin bir dizi faktörün oluşturduğu tutumların bileşkesidir (71).

a. İşin toplum içindeki genel algılanması, işin yapısı ve zorluk derecesi: İş hakkındaki toplumsal düşünce doğrudan iş doyumunu etkileyen faktörlerdendir. Her kültür veya alt kültürün yarattığı idealler olduğu gibi, çalışanların yapmak istemeyecekleri, yapmayı hayal etmedikleri işler de vardır. İşin yapısal özelliği de doyumu etkileyen faktörlerdendir. İşin ilginç olması, kişiye öğrenme fırsatı vermesi, sorumluluk gerektirmesi birer doyum nedenidir. İş doyumunu oluşturan değişkenler arasında işin çekici olması önemli bir yer teşkil eder. Bir iş kişiye ne kadar ilginç ve yenilikçi gelmekte ise o derece doyum sağlayabilmektedir. İşin zorluk derecesi iş doyumunu genellikle olumlu yönde etkileyen faktörlerdendir. Çalışanların başarma arzuları, başarılarını görme ve gösterme eğilimleri vardır. Zihinsel olarak zor olan bir iş çalışan tarafından başarılıyorsa ve çevre bu başarıyı fark ediyorsa çalışan üst düzeyde doyum bulacaktır. Bunun yanında fiziksel zorluğun iş doyumu açısından doyum faktörü olmadığı kabul edilmektedir. Aşırı ağır, yorucu ve yıpratıcı işleri yapmak toplumun taktir duygularını kazanmak için yeterli olmamaktadır. Çalışan bireysel özellik ve niteliklerinin üzerinde bir işi yapmak zorundaysa, bu durumda ortaya sıkıntı, moral bozukluğu çıkacaktır. Sıkıntı ve moral bozukluğu ise iş doyumsuzluğunu ortaya çıkaracaktır (63,70,71).

b. İşin kendisi**:** Sağlıklı her insan bir iş ve meslek sahibi olmak ister. İş hayatında insan istediği işi ve bu işin kendi bilgisi ve yeteneği bölümüne giren kısmını elde ettiği sürece işinde ve işyerinde daha verimli çalışacak, psikolojik yönden huzura kavuşacaktır. Arzu ve ihtiyaçlarının tatmin edilmediğini gören kimseler olumsuz birtakım tutumlara sahip olacak, tatminsizlik, ruh çöküntüsü ve bozulma ortaya çıkacaktır (71).

Locke (71)'a göre doyum yaratan bir işin niteliği, işin yetenekleri, becerileri kullanmaya elverişli olması, öğrenmeye olanak vermesi, yaratıcılığa değişikliğe açık olması, sorumluluğa elverişli olması, değişik düşünce tutum içerecek zenginlikte olması, sorun çözmeye dayanması gibi özelliklere sahiptir.

Çalışanlar sürekli aynı şekilde tekrarlanan monoton bir iş istemezler. İşin kendisinin iş doyumunda etkili olan iki öğesi bulunmaktadır. Birincisi işin sürekli değişen bir yapısının olması ikincisi ise çalışanının yapılan işin kontrol edebildiğine dair kanısının olmasıdır. Yapılan iş sürekli bir değişiklik gerektiriyorsa yani tekrarlar azalıyorsa, çalışanın işin kontrolünü sağlamada bazı özgürlükler verildiğinde iş doyum düzeyi artmaktadır. İşin sürekli aynı tempoda devam etmesi, değişikliğin az olması, kişisel hiçbir katkısının olmaması çalışanların sıkılmasına neden olmaktadır (70).

c. Ücret**:** Ücret işgücünün karşılığı anlamındadır. Maddi çıkarlar, gereksinimler dizisinin başında gelmektedir. Başlıca sorun ücretin adil bir biçimde saptanıp ödenmesidir.

Bunun için ücretler yapılan işin miktar ve niteliği ile uyumlu olmalıdır. Ücret önemli doyumsuzluk kaynağıdır (71).

Güdüleme kuramlarında içerik modellerine göre uygun koşullarda para bireyin başarısını etkilemektedir. Örneğin, gereksinim hiyerarşisi kuramını ücret açısından değerlendirdiğimizde, ücretin fizyolojik, güvenlik, tanınma gibi bir çok gereksinimi karşıladığı görülür. Ücretin en az karşılayabildiği gereksinimler, sosyal gereksinimler ile kendine gerçekleştirme gereksinimleridir (70).

Yeterli bir ücret bir çalışanın kendini iş de iyi hissetmesini sağlar. Yetersiz bir ücret ise çalışanın örgüte karşı olumsuz bir tutum geliştirmesine yol açar. Bu durum aynı zamanda çalışanın öz benliğini de olumsuz etkiler (71).

d. Çalışma arkadaşları: Birçok insan sevebileceği ve saygı duyabileceği kişilerle çalışmak ister. Çalışma arkadaşlarıyla samimiyeti hissedebilme çalışanı iş takımının bir parçası gibi hissetmesini sağlar. Böyle bir bütünleşme de çalışan açısından doyumu getirir. Çalıştığı ortamdaki diğer çalışanlarla iyi geçinen, grup birlikteliğini sağlayan ve grup desteğini alan bir çalışan daha fazla bir iş doyumu sağlayacağı için çalıştığı örgütü kendini daha fazla ait hissedecektir (71).

e. Statü ve değer: Statü bir kimseye toplumda başkalarının atfettikleri değerlerden oluşan bir kavramdır. Kişi böyle bir öneme sahip olabilmek için her türlü çabayı göstermekten çekinmeyecektir. Statü daha çok saygıyla beraber bulunur. Çalışılan mevki ne olursa olsun yapılan işin takdir edildiğini görme, kalifiye bir işçi olarak kabul edilme hemen her kişi için derin bir tatmin duygusu yaratır. Bazı kimseler kendi katkıları olmadığı zaman grup çalışmalarının aksayacağını ve verimin düşeceğini iddia ederler (70,71).

İş Doyumu Sağlanmasının İş Ortamına Sağladığı Faydalar

Yüksek moral sağlanması: İyi motive olmuş ve iş doyumuna ulaşmış çalışanlar daha yüksek morale sahip olurlar ve bunun neticesinde işyerine olan yararları artar. Çalışanın moralinin yüksek olması, çalışanlar ve çalışma düzeni üzerinde şu olumlu etkileri yapar:

-Morali iyi olan bir kişi görevlerini enerji ve coşkuyla yerine getirir.

-İş görenler, çalışmaya daha istekli olur.

-Çalışanlar, işyerinin güç durumlarında, olağanüstü çaba gösterirler.

-İş görenlerin çalışma arzusu yüksek olur.

-Çalışanlar, yönetmeliklere, iş kurallarına ve emirlere isteyerek uyarlar ve iyi bir disiplin kurulur.

-Çalışanlar işyerinin hedefleri doğrultusunda iş birliği isterler.

-Çalışanlar yöneticilere ve işyerine karşı bağlılık duyarlar

-Yüksek moral, işgücü devri ve devamsızlık üzerinde de olumlu etkiler yapar yüksek moral personel devir hızı ve devamsızlığı azaltır. Buna bağlı olarak katlanılan maliyet de azalır (72).

Çalışanların işlerine bağlanması: Çalışanların işlerini tam anlamıyla benimseyebilmeleri ve kendilerinden istenen verimin sağlanabilmesi, işinde isteyerek ve zevkle çalışabilmesi için bazı koşulların varlığı gereklidir. Çalışan yaptığı işten ekonomik, sosyal ve psikolojik doyumu sağlayabilmelidir. İşletme yöneticisi bu duyguları tattırabilmelidir. Bu durumun sonucu çalışanın işyerine karşı olan bağlılık ve motivasyonunun sağlanması büyük ölçüde kolaylaşacaktır (72).

İşyerinde bütünleşme sağlanması: Çalışanların bulunduğu işyerine uyumu, verimliliği olumlu yönde etkileyecektir. Çünkü kişi örgütle uyum içerisine girince, örgütün amaçları ve araçlarını benimseyecektir. Çalışan, işyerinin amaçlarını ne ölçüde benimserse, bu durum amaçların gelişmesine de o ölçüde katkıda bulunacaktır. İşi yavaşlatma, bölüm veya gruplar arası dengenin bozulması şeklinde görülebilecek bazı aksamalar yok edilecektir. İşyerinde verimlilik ve etkinlik artacaktır. Ayrıca, yöneten ve yönetilenler grubunun işyerinde beklentilerini elde etmesi sonucu bu gruplar arasında uyum görülecektir ve bunların sonucu olarak iki grup arasında sürtüşme ve çekişmeler minimum düzeye inecek, işyerinin sürekliliği sağlanacaktır (72).

İş Doyumu Sağlanamadığında Ortaya Çıkacak Olumsuzluklar

Bireysel açıdan: Örgütte kendisini etkileyen kararların alınmasında söz hakkına sahip olmayan ve başkalarının amaçlarına katkıda bulunan bir araç niteliği taşıyan örgütsel insan, günümüzün toplumlarında kendi kendisine, örgüte ve giderek topluma yabancılaşan bir insandır. Çalışana yaratıcı ve yapıcı gücünü ortaya koyacak bir ortam yaratılmalıdır. Böyle bir ortam, ancak çalışanın kendisini etkileyen ve ilgilendiren konularda kararlara katılması yoluyla sağlanabilecektir. Çalışan çalıştığı iş yerinde bedensel gücünü ortaya koyarken, aynı zamanda düşünsel gücünden yararlanıldığını görmekle işe ve işyerine karşı yabancılık duygusundan kendisini büyük ölçüde kurtaracak, yaptığı iş anlam kazanacak ve işyerinin amaçları ile daha kolay bütünleşecek, yabancılaşma duygusu ortadan kalkacaktır. İşyerinde,

yaptığı işin çalışana anlamsız gelmesi, sorunların yönetimce gereken biçimde ve zamanında ele alınmaması, yönetimce alınan kararların çalışana gereği gibi anlatılmaması gibi olaylar sonucu çalışan işyerinden kendini uzak tutmakta ve bezginlik göstermektedir. Ayrıca beklentilerine ulaşamayan çalışan, işyerinde tepkisini çocuksu bir davranış biçimine dönüştürebilmekte, örneğin surat asabilmekte veya ağlayabilmektedir. Bundan da öte, beklentilerine ulaşamama bazı çalışanlarda saldırganlık davranışının ortaya çıkmasına yol açar. Saldırganlık dışarıya karşı bir harekettir. Kişiye yada eşyaya eylemli veya sözlü saldırı biçiminde ortaya çıkmaktadır (73).

İşletme açısından: Nasıl insanda açlık duygusu "mide sancısı" veya "halsizlik" biçiminde kendini gösterirse, bozuk moralde kendini düşük doyum, işi yavaşlatma, geçimsizlik, hırçınlık gibi şekillerde kendini gösterir. Düşük doyum büyük bir olasılıkla, personel devir hızının yüksek olması sonucunu da doğurur, bu da yetişmiş iş gücünün kaybı demektir. Şu halde özet olarak, düşük moral seviyesinin işyerine verebileceği zararları şu şekilde açıklayabiliriz: İş görenin düşük morale sahip olması sonucu iş yavaşlatmalar, iş durdurmaları, aşırı ölçüde devamsızlık ve gecikmeler çalışan devir hızındaki yükseklik, iş veriminde düşmeler, iş ilişkilerinde olumsuzlaşmalar, çalışanlar arasında geçimsizlik, iş kurallarına ve iş emirlerine uyumsuzluk durumları ortaya çıkar (73).

Çalışanlar birçok hallerde, kendilerini çok az veya hiç katkıları olmayan bir düzen içinde kendilerini bulmaktadırlar. Bu yeni çalışma düzeni çalışanlar arasında huzursuzluklara ve kendilerinden oluşan direnmelere yol açmaktadır. Bu protesto bazı hallerde yüksek oranda ortaya çıkan devamsızlık, işe geç gelme, emirlere uymama, işin yavaş ve düşük kalitede yapılması şeklinde kendini göstermektedir. Ayrıca işinden memnun olamayan çalışan işyerindeki işinden çok işyeri dışındaki dünyası ile ilgilenecektir. İşine yeterince ilgi duymayan çalışan iş kazalarına daha çok yatkın olmaktadır çünkü kazaların bireyin psikolojik ve fiziksel durumlarıyla ilişkisi bulunmaktadır (67,70,73).

İŞ DOYUMU KURAMLARI

Güdülenme ile ilgili birçok kuram geliştirilmiştir. Bu kuramlar aynı zamanda iş doyumu kuramlarıdır. Ancak bu kuramlardan hiç biri tam ve evrensel anlamda benimsenebilecek düzeyde değildir. Güdülenme kuramlarını her biri insan davranışlarının nedenlerini diğerlerinden farklı varsayımlara dayandırmaktadır. İnsan davranışları bu

kuramların çerçevesi içine sığacak derecede basit olmamakla birlikte örgüt ortamında çalışanlarını güdülemek için yöneticilere ışık tutarlar (74).

Güdülenme kompleks bir kavram olduğundan, temel güdülenme süresinde çeşitli etkenlerin rol oynadığını değişik kuramlara bakarak anlayabiliriz. Güdülenme kuramlarını, gereksimim kuramları ve bilişsel yada süreç kuramları diye adlandırıyoruz (Tablo 2) (75).

Tablo 2. İş doyumu kuramları (75)

Gereksinim Kuramları	Bilişsel Kuramlar
1. Maslow un Gereksinim Hiyerarşi Kuram 2. Herzberg Kuramı 3. Başarı Gereksinim Kuramı	1. Amaç Saptama Kuramı 2. Mc.Gregor un Kendini Gerçekleştirme Kuramı 3. Beklenti Kuramı 4. Denklik Kuramı

Gereksinim Kuramları

1. Maslow (76)'un gereksinim hiyerarşisi kuramı: İnsan ihtiyaçlarını ilk defa bilimsel bir biçimde ele alıp inceleyen Abraham Maslow yaptığı araştırmalar sonucunda insanların biyolojik, sosyal ve psikolojik birer varlık olarak bir takım gereksinimlere sahip bulunduklarını ve davranışlarında da bu gereksinimlerini tatmin etme arzusunun yer aldığını saptamıştır. Bu gereksinimler aşağıdan yukarıya doğru hiyerarşik bir düzen içinde olup beş grupta toplanmıştır. Bunlar fizyolojik ihtiyaçlar, güvenlik ihtiyaçları, ait olma ve sevgi ihtiyaçları, değer (saygı) ihtiyacı, kendini gerçekleştirme ihtiyacıdır.

a. Fizyolojik ihtiyaçlar: Yaşamın devamı için doyurulmaları zorunlu olan gereksinimlerdir. Bunlar açlık, susuzluk, cinsellik, dinlenme, uyku, annelik gibi. Bu ihtiyaçlar en az oranda bile olsa tatmin edilmedikleri zaman insan yaşamını devam ettiremez. Biyolojik yaşamın sürekli kılınması için bu ihtiyaçların karşılanması gerekir. Fizyolojik ihtiyaçlar karşılandıklarında ortadan kalkarlar ve bundan sonraki ihtiyaçlar ortaya çıkar.

b. Güvenlik ihtiyacı: Bireyin kendini fiziki tehlikelerden korunma isteği, ekonomik güvence, kaygıdan ve kargaşadan kurtulma gibi gereksinimleri kapsar. Fizyolojik ihtiyaçlar gibi bunlarda giderilmedikleri zaman organizmaya egemen olurlar Böylelikle insan sadece güvenlik arayan bir varlık haline gelir. Bu ihtiyaçlar da bir ölçüde karşılandığında sona ererler.

c. Ait olma ve sevgi ihtiyaçları: Bunlara genellikle toplumsal ihtiyaçlarda da denilmektedir. İnsanın fizyolojik ve güvenlikle ilgili ihtiyaçları giderildikten sonra birey bir

sosyal gruba ait olma, başkalarıyla birlikte olma, birlikte çalıştığı kişiler tarafından kabul edilmek ister.

d. Değer (saygı) ihtiyaçları: Bireyler hem kendi kendilerini takdir etmeleri hem de başkaları tarafından takdir edilmeleri biçiminde iki yönlü olarak görünür. Kişi toplumda bir gruba ait olduktan sonra ve bir grup ruhu yaratıldıktan sonra gerek grup içinde ve gerekse grup dışından kendisine sürekli ve sağlam bir değer verilmesini arzu eder. Bazen de insan kendisi de kendi kişiliğini takdir ederek sağlam bir kendine güvenlik duygusuna sahip olabilir. Saygı ile ilgili gereksinimler; güven, başarma, rekabet edebilme, bilgili olma, bağımsız olma, prestij, statü ve saygı görme gibi gereksinimlerdir.

e. Kendini gerçekleştirme ihtiyacı: İhtiyaçlar hiyerarşisinin en üst düzeyinde kendini gerçekleştirme gereksinimi bulunur. Bu ihtiyacın doyurulması için alt düzey ihtiyaçlarının doyurulması gerekir. Her insan belirli alanlarda uzmanlık kazanabilecek bazı yeteneklere sahiptir. Ayrıca bu alanlarda araştırma, öğrenme ve hatta bilinmeyen bazı şeyleri keşfetme girişimlerinde bulunacaktır. Bu durum bireyin sadece örgüt içinde değil ulusal ve uluslar arası alanlarda da tanınan biri yapacaktır.Bu gereksinim sürekli olan bir gereksinimdir (76-78).

2. Herzberg (79) kuramı: Frederik Herzberg ve arkadaşları çalışanlar üzerinde araştırmalar yaparak doyum ve doyumsuzluğa yol açan etmenleri sıralamaya çalışmışlardır. Araştırma sonuçlarında insanların işlerinde kendilerini mutlu hissettikleri ile kötü hissettikleri durumların çok farklı olduğu görülmüştür. Bazı özellikler iş doyumu ile ilişkiliyken bazı özellikler de iş doyumsuzluğu ile ilişkili bulunmuştur. Bu kuramın varsayımına göre iş yerinde çalışanın kötümser olmasına yol açan ve işten ayrılmasına ve doyumsuzluğuna sebep olan hijyenik etmenler ile iş yerinde çalışanı mutlu kılan, işyerine bağlayan özendirici yada doyum sağlayan etmelerin birbirinden ayrılması gerekmektedir. Çünkü işyerinde belirli etmenlerin varlığı doyuma katkıda bulunmaktadır. Ama bunların yokluğu nötr bir durum yaratmakta doyumsuzluğa yol açmamaktadır. Aksine belirli etmenlerin yokluğu çalışanı kötümser yapıp doyumsuzluğuna neden olmaktadır. Ancak bunların varlığı güdülememekte, yani çalışan sadece bunlara sahip olmakla doyuma ulaşamamaktadır. Çalışanı kötümser kılan ve işinden bezdiren bu etmenlere Herzberg hijyen faktörleri adını vermektedir, çünkü çalışanı çalıştığı yerden koparan ayıran etmenlerdır.

Herzberg (79), çalışanın doyumsuzluğa yol açan etmenlere dışsal faktörler adını vermektedir. Bunlar şirket politikası ve yönetimin kötüye gitmesi, teknik bilgi ve nezaketin yetersiz oluşu, amir ile beşeri ilişkilerin iyi olmaması, iş ortamının fiziksel koşullarının

elverişsiz oluşu, ücret ve maaş düzeyi ile geçimsizlikler, kötü alışkanlık ilişkileri, çalışanın kişisel yaşamına gereken saygının gösterilmemesi ve istihdam güvenliğinin yetersizliği gibi. Öte yandan çalışanı özendiren, işyerine daha çok bağlayıp doyum sağlayan faktörlere içsel faktörler olarak adlandırmaktadır. Bunlar da bir işi başarı ile tamamlamanın verdiği mutluluk, işyerinde başarılarıyla tanınma, bundan dolayı takdir edilme ve ödüllendirilme, arzu, tutku, yetenek ve bilgilerine uygun bir işte çalışma iş yaparken yeterli düzeyde yetki ve sorumluluğa sahip olma, terfi edebilme olanaklarına sahip olma, işinde kendisini geliştirip yeni şeyler öğrenme ve yaptığı araştırmalarla çevresine olumlu katkılarda bulunabilmedir..

Herzberg (80) kuramını temel alarak yapılan araştırmaların bazıları kuramı desteklerken bazıları ise önemli soru işaretleri doğurmuştur. Dunnette, Campbell ve Hakel, başarı ve sorumluluk etmenlerin hem doyum hem de doyumsuzluk kaynağı olarak önemli olduklarını, güvenlik, ücret ve çalışma koşulları etmenlerinin ise daha az önemli oldukları sonucuna varmışlardır.

Maslow ve Herzberg (80) kuramları, güdülmeye değişik açılardan yaklaşır gibi görünmelerine karşın benzer şeylerin vurgulandığı görülmektedir. Maslow seyrek olarak doyurulan yüksek düzeyli gereksinimleri (kendini gerçekleştirme, saygı) güdüleyici güç olarak görmektedir. Herzberg ise, doyurucuları (başarı, tanınma, gelişme sorumluluk ve işin kendisi) doyumsuzluk sağlık etkenleri tarafından nötr kılındıktan sonra güdüleyici olarak ileri sürmektedir.

3. Başarı gereksinimi kuramı: İnsan ihtiyaçlarını; başarı, güç ve ilişki gereksinimi olarak üç grup altında toplamıştır. Başarı gereksinimi, bazı insanları başarı için zorlayan dürtüler bulunmaktadır. Bu bireyler başarının getireceği ödüller için değil, kişisel başarı için çaba sarf ederler. Yapılan bir işi daha iyi yapmaya çalışırlar. Performansları hakkında kesin sonuç alabilecekleri ortamları tercih ederler. Şansla elde edecekleri başarıyı istemezler. Bir sorun üzerinde çalışmanın doğurabileceği mücadeleyi, bunun sonucunda oluşacak başarı ya da başarısızlık için sorumluluk almayı tercih ederler. Kısacası çalışanların kendi meslek alanlarında en iyi olma ve mükemmeli arama tutku ve duygularının altında bu gereksinim yatmaktadır (81).

Güç gereksinimi ise bireyin çevresine hakim olma isteğidir. Güç gereksinimi yüksek olan bireyler yönetici olmaktan hoşlanırlar. Başkaları üzerinde etkili olmayı ve statü sağlayıcı durumlarda olmayı isterler. Üstün olmak ve başkalarının iş ve faaliyetlerini kontrol altına almak için başvurulacak tüm çabalar bireyleri başka insanlarla çekişme ve çatışmaya itebilir.

Bu tehlike insanı güçlü olma arzusunu belli ölçüde frenlemektedir. O üzden bu ihtiyacın şiddeti insandan insana oldukça farklı biçimlerde ortaya çıkmaktadır (81).

İlişki gereksinimi, bireyin yaşamını tek başına sürdürememesinden ve toplumsal niteliği sahip olduğundan hareketle diğer kişi ve gruplarla ilişki içinde bulunacağını vurgulamaktadır. Bireylerin belirli insanlara bağlılık ve onlara çeşitli derecelerde geliştirmiş olduğu arkadaşlık ve dostluk çevresi vardır. Ancak bu sosyal nitelik ve ihtiyaç insandan insana farklılıklar göstermektedir. İlişki gereksinimi yüksek olan kişiler, dostluk için çabalarlar, karşılıklı anlayış içeren ilişkileri tercih ederler (82).

Mc Land (82) bu üç ihtiyaç ve güdü içinde en çok başarı güdüsünün birey ve toplumu etki altında bıraktığını iddia etmektedir. Birey faaliyetlerinde başarılı olmayı arzuladığı halde başarısız olmaktan da büyük ölçüde korku ve çekingenlik duyacaktır, o halde bu korkunun yenilmesi halinde başarılı olma isteği bireyi faaliyette bulunmaya yöneltecektir.

Bilişsel Kuramlar

1. Amaç saptama kuramı: Bu kuram genellikle E.A. Locke (83) ile ilişkilendirilmektedir. İnsanların kişilik gelişimlerinin ve özlem düzeylerinin belirlediği çeşitli amaçları vardır. Bu amaçlar, onların davranışını yönlendirir. Amaçlarla davranış arasındaki bu yakın ilişkiden yola çıkan amaç kuramı, amaçların iş başarımını belirleyeceği varsayımını kabul etmektedir.

Kurama göre, işin amaçlarının saptanması, çalışanın güdülenmesi ve edimi üzerinde etkili olabileceği savunulmaktadır. Kurama göre kendilerine ulaşılması zor amaçlar saptayan çalışanlar gerçekleştirilmesi daha kolay amaçlar saptayanlardan daha yüksek düzeyde bir edim gösterirler. Amaçların zor olması içsel bir dürtü görevi görmektedir. Kolay amaçların daha çok kabul göreceği varsayımı mantıklı görünse de iş gören zor bir görevi kabul ettiğinde, amaca ulaşıncaya dek en yüksek çabayı gösterecektir (83).

Locke (83) çalışan eğer kendisine yüksek amaçlar saptayıp bunları gerçekleştirmek için çabalayan ya da dışarıdaki kişilerin çalışan kişi için belirlediği yüksek amaçları benimseyen bireylerin bu güç amaçlara daha çok önem verdiği ve bunlara ulaşmak için daha çok çaba sarf ettiğini görmüştür.

2. Mc Gregor (84)'un kendini gerçekleştirme kuramı: Mc Gregor (84), Maslow (76)'un kuramına dayanarak X kuramı (geleneksel yönetim-denetim görüşü) ile Y kuramı (bireysel-örgütsel amaçların kaynaştırılması) adını verdiği iki kuram ileri sürmüştür. Bu iki

kuram yönetimle ilgili iki karşıt görüş niteliğini taşımaktadır. X kuramına göre insan genellikle işi sevmez, elinden geldiği kadar işten kaçma yollarını arar. Yönetim bu nedenle işten kaçma eğilimini önleyici tedbirleri almalı, disipline önem vermeli ve iş göreni çeşitli cezalarla korkutmalıdır. İnsanlar genellikle yönetilmeyi tercih eder, sorumluluktan kaçar, hırslı değildir, güvenliğe olan tutkusu fazladır, bencildir, kendi arzu ve amaçlarını örgüt amaçlarına tercih eder. Bu nedenle sık ve yakından denetlenmelidir.

Buna karşılık Mc Gregor (84)'un ileri sürdüğü Y kuramına göre insanın güdüleri hiyerarşik bir düzen içinde sıralanmıştır. İş yerinde iş görenin fiziksel ve düşünsel çaba harcaması oyun ya da dinlenme kadar doğaldır. Çalışan işten nefret etmez, iş bir başarı ve tatmin kaynağıdır. Sıkı denetim ve ceza ile korkutma kişiyi örgütsel amaçlara yöneltecek tek yol değildir, insanlar örgüte bağlanır işi ve arkadaşlarını severse kendi kendini yönetme ve denetim yollarını kullanarak örgüte daha yararlı olmaya ve hizmet etmeye çalışır. Örgütsel amaçlara bağlılık onların elde edilmesi ile ilgili ödüllere bağlıdır. Elverişli koşullar sağlandığı takdirde normal insan sorumluluğu kabul etmekle kalmaz onu aramayı da öğrenir (83).

3. Beklenti kuramı:

a. Victor H. Vroom' un beklenti kuramı: Bu kurama göre iş ve görev başarısı büyük ölçüde ödüllendirilmiş bir davranışın fonksiyonudur. Vroom'a göre güdülenme, kişinin aradığı değerlerle belirli bir hareketin bu değerlere yol açma olasılığının ilişkin tahminin çarpımıdır

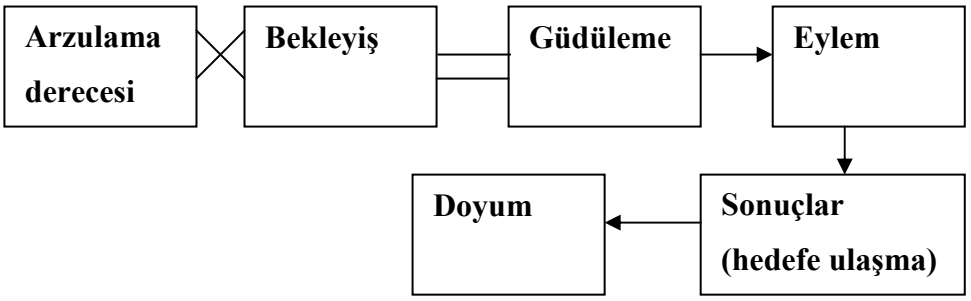
Arzulama Derecesi x Bekleyiş = Güdülenme

Arzulama derecesi, bireyin çeşitli sonuçlar açısından beli bir sonucu seçme nedeninin şiddetini yansıtır. Arzulama derecesi iş görenin yaşantılarıyla koşullanmış iç benliğinden kaynaklanır. Bu nedenle de bireyden bireye büyük ölçüde değişir. Bireylerin bir sonuç için olumlu ya da olumsuz tercihleri olabileceğinden, arzulama derecesi negatif ya da pozitif olabilir. Bir birey bir sonucu elde etmemeyi etmeye tercih ediyorsa o zaman arzulama derecesi negatif bir sayıdır.

Bekleyiş**,** bireyin belirli bir davranışının belirli sonuçları olacağı hususundaki inancının gücünü ifade eder. Bekleyiş iş görenin bir sonucu elde etmesinin kendisini belli bir sonuca götürme olasılığına ilişkin yorumu yansıtır. Bekleyiş bir davranış-sonuç ilişkisi olduğuna göre, sıfırdan bire kadar bir değer olabilir. Eğer bir iş gören bir davranışın belli bir sonuca yol açması konusunda hiçbir olasılık görmüyorsa o zaman bekleyiş sıfırdır. Öteki uçta

eğer davranış sonuç ilişkisinde kesinlik varsa o zaman bekleyiş değeri birdir. Normal olarak iş gören bekleyişi bu iki uç arasında yer alır.

Güdüleme**,** bekleyiş modelindeki güdüleme davranışa yönelten dürtünün gücü olarak tanımlanır. Modelde belirli bir zamanda bireyin bir davranışı konusunda güdülenmesi davranışın tüm sonuçlarının beklenen değerlerinin arzulama derecelerinin bireyin davranışının sonuçlara yol açacağına ilişkin bekleyiş gücüyle çarpımına bağlıdır (Şekil 2).



Şekil 2. Bekleyiş modeli şeması (84)

Şekilde bekleyiş modelinin şemasından anlaşılacağı üzere güdülenme daha fazla çabaya yol açar. Artan çabanın iş görenin ulaşmak istediği bu nedenle arzulama derecesi yüksek olan hedefleri yansıtan sonuçlara yol açacağı ümit edilir. Buna bağlı olarak hedefe ulaşma yeniden güdülenmesi daha olası ve daha doyumlu bir iş gören yaratır (84).

b. Porter ve Lawler'in beklenti modeli: Vroom'un beklenti kuramını Lawler ve Porter bazı örgütsel koşulları ve gerekçeleri göz önünde bulundurarak geliştirmişlerdir. Kurama göre işgörenlerin işlerinde gösterdikleri çabayı belirleyen iki etken vardır:

1-Ödüllerin iş görenlerin güvenlik sosyal kabul görme, otonomi ve kendini gerçekleştirme gereksinimlerini doyurmasına bağlı olarak değeri.

2-Ödüllerin iş görenler tarafından algılandığı biçimiyle çabaya değme olasılığı, yani iş görenlerin çaba ve ödül arasındaki ilişkiler konusundaki beklentileri (85).

Öylece ödüllerin değeri ne kadar büyük ve gösterilen çabaya değer olarak algılanırsa edim için o kadar çok çaba gösterilecektir. Ancak çaba tek başına yeterli değildir. Çaba arzu edilen edimi ortaya koymak durumundaysa etkili bir çaba olmak zorundadır. Çabanın yanı sıra görevsel edimi etkileyen iki tane de değişken söz konusudur: Yetenek ve rol algıları. Yetenek, insanın çevredeki anlık değişimlerinden pek etkilenmeyen uzun süreli kişilik özellikleridir. Bu özellikler, bir çalışanın herhangi bir işte başarılı olup olamayacağında çok etkili olur. Yetenekler çabayla değerlendirildiği ölçüde etkili olur (83).

Rol algıları, bir çalışanın işini nasıl tanımladığıyla, işinde başarılı olmak için nasıl çaba göstereceğiyle ilişkilidir. Bir birey işinde nasıl başarılı olacağına ilişkin anlık yorumlar yapıyorsa ne kadar çaba gösterirse göstersin başarılı olamayacaktır. Rol algıları örgütün koyduğu hedeflerle uyum içinde ise iyidir, aksi takdirde zararlıdır (85).

4. Denklik kuramı: Adams (83) tarafından ortaya konan bu kurama göre, iş görenler kendilerine verilen ödüllerle başkalarına verilen ödülleri daima karşılaştırırlar ve kendilerine uygun görülen ödüllerin benzer başarıyı gösteren kimselerle ne oranda eşit olduğunu saptamaya çalışırlar.

Denklik kuramı, bireyin eğitim düzeyini, deneyimini işteki becerisini, sorumluluk duygusunu, çabasını, yaşını ve buna benzer niteliklerini, o bireyin katkıları olarak tanımlamaktadır. Buna karşın ücret, iyi çalışma koşulları, iş güvencesi, yükselme olanakları, statü gibi öğeleri de örgütün çalışanlara verdiği ödüller olanak nitelendirmektedir (84).

Eşitlik kuramına göre çalışanın örgüte sunduğu girdiler, katkılar ile örgütün kendisine sunduğu ödüllerin diğer çalışanların ödül ve katkıları arasındaki oranla karşılaştırır. Eğer çalışan bu karşılaştırma sonucunda ödül ve katkı arasında bir eşitsizlik yoksa denklik yaşar. Fakat ödül ve katkı oranlarında bir düşüklük varsa eşitsizlik durumu ortaya çıkar bireyin yakınmaları ve gerginliği artar eşitsizlik devam ederse çalışan örgütten ayrılma kararı verebilir. Kişi örgütten ayrılmamak için çaba gösterse de örgüt içindeki beşeri ilişkileri olumsuz etkilendiğinden yalnızlığa itilmiş olacaktır (81).

Denklik kuramı, çalışanlara örgüt tarafından eşit bir şekilde davranıldığı taktirde çalışanların daha iyi bir performans sağlayacağı ve güdülenebileceğini eşitsiz bir şekilde davranıldığında güdülenmenin bundan olumsuz etkileneceğini ve performansının düşebileceğini ortaya koyar (83).

AİLE HEKİMLİĞİNDE YAŞAM KALİTESİ

Toplumlar sürekli olarak sosyal ve ekonomik kalkınma için çalışmaktadır. Kalkınmanın esas amacı da insan sağlığının geliştirilmesi ve iyilik halinin sürekli kılınabilmesi yoluyla toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesidir. Olanaklı en yüksek nitelikli sağlık hizmetinin sunulmasını ve adalet yaklaşımına bağlı kalarak yaygınlaştırılmasını sağlayabilen toplumlarda, temel insan haklarından biri olan yaşama hakkı gözetilmiş olacaktır (86).

Tıbbın gelişim süreci içinde, tanı ve tedavi olanaklarının artması, aşılar, sağlıklı su ve çevre koşullarının sağlanması ile bir çok hastalık toplumsal boyutta geriletilmiştir. Bu durum ülkelerdeki beklenen yaşam sürelerinin ve kişilerin bireysel olarak tıbbi bakım aldıkları sürelerin uzamasını sağlamıştır. Kronik hastalıklar, şiddet, kazalar, alkol ve tütün kullanımı ve yaşlılık sorunları ön plana çıkmaya başlamıştır. Davranış bilimlerinin gelişmesi ile bazı sorunlar karşısında yeni yaklaşımlar gündeme gelmiş, sağlığın "insanın ruhsal, bedensel ve sosyoekonomik yönden tam bir iyilik halinde olması" şeklinde tanımlanmasıyla birlikte insanın sosyal, kültürel, ekonomik, ruhsal ve biyolojik çevresiyle birlikte düşünülmesi kabul edilmiştir. Gerek etkili bir sağlık eğitimi yürütebilmek ve gerekse maliyet etkin olması amacıyla kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmeti ile birinci basamak tedavi hizmetlerinin entegre olarak verilmesi benimsenmiştir (86).

Aile hekimi, kişisel, bütüncül ve kesintisiz olarak sağlık hizmeti veren, bu konuda uzmanlık eğitimi görmüş tıp doktorudur. Yaş, cinsiyet yada kişinin herhangi bir özeliğine bakmaksızın kişinin tüm sağlık sorunları ile ilgilenir ve sağlıklı dönemlerde de gereken hizmetleri kişinin tüm hayatını kapsayacak şekilde verir. Eğitimini aldığı birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde çalışarak bireylerin, sağlık sistemi ile ilk temas noktasını oluşturur. Bireyin sağlıkla ilgili tüm sorunlarını ele alırken fiziksel, psikolojik ve sosyal özellikleri ile bir bütün olarak değerlendirir. Sunduğu hizmeti bireyin gereksinimlerine göre şekillendirir ve sorunları sadece bireysel değil, aile ve aile ve toplumsal örüntüleri bağlamında da ele alır. Aile hekimliği uzmanı ve sorumluluğunu aldığı kişiler arasında yaşama yayılan, sürekli ve yakın bir ilişki vardır (86).

Son yıllarda yaşam kalitesi ölçütleri rehabilitasyon alanında ve tıbbi literatürde giderek artan bir önem kazanmıştır. Yaşam kalitesi kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemi çerçevesinde, amaçları, beklentileri ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılamasıdır (2). Sosyal bilimler alanında çalışanlar daha çok sosyal ve psikolojik iyilik hali üzerinde dururken, tıp bilimi ise biyolojik, psikolojik ve klinik açıdan değerlendirme yapmaktadır. Aile hekimleri hasta merkezli yaklaşımları ile hastayı bir bütün alarak ilgilenirler. Hastayı yaşam hikayesi, sorunları, ailesi ve fiziksel çevresi ile değerlendirirler. Yaşam kalitesini fonksiyonel, sosyal, psikolojik, ruhsal, ailesel faktörler etkilediğinden, aile hekimleri hizmet verdikleri toplumun yaşam kalitesini değerlendirmede önemli yerde bulunmaktadır (87).

Genel yaşam kalitesi sadece fonksiyonel yetileri değil, aynı zamanda semptomları, tedavilerin yan etkilerini, sosyal, psikolojik, ruhsal, ailesel ve maliyet bakımından değişik

boyutları içerir. Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılacak ölçütlerde de bir çeşitlilik mevcuttur.

Normal bireylerde fonksiyonel durum, aile yaşamı ve maddi durum, iyilik halinin en iyi göstergeleri olarak kabul edilirken, hastalıkla öncelikler değişebilmektedir. Örneğin; kanserli hastalarda fiziksel yakınmalar, yaşlı hastalarda aile ve yakınların desteği ön plana çıkabilmektedir. Demografik değişkenler yaşam kalitesini anlamlı derecede etkilemektedir.

Yaşam kalitesi kavramı için ortak fikir bulunmamakla birlikte, kişi yaşamının tümüyle iyi gittiğine ilişkin subjektif duygu olarak tanımlanmaktadır. Burada kişinin içinde bulunduğu durum ve bu durumla ilgili beklentileri önem oluşturmaktadır. Bu ikisinin arasındaki fark, kişinin yaşam kalitesini gösterdiği düşünülmektedir. Yaşam kalitesi bir çok değişkene bağlı ve karmaşık bir kavram olup, önemli bir belirleyicisi ise sağlıktır (88).

Sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi açısından genel yaşam kalitesi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve hastalığa özgü yaşam kalitesi olmak üzere üç yaklaşım tanımlanmaktadır:

1-Genel yaşam kalitesi; genel olarak nüfusun, yaşam kalitesini değerlendirir. Ölçümler fonksiyonel durumu, kaynaklara ulaşmayı ve iyi hal duygusunu kapsamaktadır.

2- Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi; fonksiyonel duruma, iyilik haline ve sadece sağlıkla ilişkili görüş açılarını içeren kavramlara odaklanmıştır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölümleri genellikle daha kapsamlı ve geniştir. Farklı topluluklarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Farklı toplulukların, hastalıkların, durumların, tedavilerin ve bakımın karşılaştırılması amacıyla kullanılmaktadır.

3- Hastalığa özgü yaşam kalitesi; özel bir hastalık, durum ve tedavi için geliştirilmiş olan hastalığa özgü yaşam kalitesi değerlendirilmesi daha dar kapsamlı olmasına rağmen, en ince ayrıntıları bile değerlendirilmektedir. İnce ayrıntıları içermesi nedeniyle daha duyarlıdır. Önemli küçük klinik değişiklikleri saptayabilir ve elde edilen bilgiler klinik kararlar açısından rahatlıkla kullanılabilir.

Hem genel yaşam kalitesinin hem de sağlıkla ilgili ve hastalık/ semptom/ tedaviye özgü yaşam kalitesinin birlikte değerlendirildiği modeller vardır. Böyle bir model, hem yaşamın yorumlanmasını hem de yaşam kalitesinin daha özel ve ayrıntılı olarak değerlendirilmesi sağlar (32).

Halen henüz bir hastalık belirtisi göstermeyen sağlıklı kişilerin, tarama muayene ve testleri ile, danışmanlık ve sağlık eğitimi yoluyla, sağlıklarının korunmasına katkıda bulunmak amacıyla yapılan düzenli sağlık kontrolüne periyodik sağlık muayenesi denir.

Bireylere, cinsiyet ve yaş gruplarına uygun olarak, o toplumda mortalite ve morbiditeyi en fazla etkileyen hastalıkların risk faktörlerine yönelik, kanıta dayalı muayene ve tarama testlerinin uygulanmasını, danışmanlık ve hasta eğitimi hizmetlerini, bağışıklamayı da içeren bir hizmet sunumunu içermektedir (89).

Amerikan Tıp Birliği ilk kez 1925'te hasta olmayan 35 yaşından sonraki kişilerin yıllık düzenli kontrollerini destekleyen bir bildiri yayınlamıştır. Ancak 1970'lerin ortalarından sonra yıllık sağlık muayenelerinin yeterli olmadığı görülmüştür. Yıllık sağlık muayeneleri veya "check-up"ların yerine periyodik sağlık muayenesi tanımı getirilerek kontrollerin sıklığı, yaş, cinsiyet ve maruziyet gibi kriterlerin ön plana geçtiği her bir parametrenin farklı dönemlerde ele alındığı yeni bir yaklaşım geliştirilmiştir. Bu yeni yaklaşımda, periyodik muayenelerde sağlıklı kişilerde belirli fizik muayene ve laboratuar testlerinin yapılmasının yanı sıra eğitim ve danışmanlık hizmeti de verilmektedir. Yıllık sağlık muayeneleri bu tanımlamalar ışığında ikincil bir korunma (hastalığın olduğu fakat belirtinin olmadığı dönem) önlemi iken periyodik muayene birincil bir korunma (hastalığın da, belirtisinin de olmadığı ancak risk faktörlerinin olduğu dönem) önlemi olarak karşımıza çıkmaktadır (89).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi tanı ve tedaviye yönelik sağlık hizmetleri ile karşılaştırıldığında belirgin şekilde artmıştır. Tıbbi disiplinler arasında Aile Hekimliği bireye yönelik biyopsikososyal yaklaşım tarzı ile koruyucu hizmetlerin yürütülmesinde belirgin şekilde ön plana çıkmaktadır. Hastalıklardan korunma kavramı yerine sağlıklı kalma ve sağlığın geliştirilmesi kavramları ön plana çıkmıştır (89).

Koruyucu hizmetler ve sağlığın korunması aile hekimliği pratiğinin tam merkezinde yer almaktadır. Bu alanlar aile hekimliği disiplinini tanımlayan ve onu diğer uzmanlık dallarından ayıran özelliklerdir. Aile hekimi, muayenehanesinde her yaştan bireylerle karşılaşacağından her yaşa uygun kontrol kılavuzlarından haberdar olup uygulayabilmesi gerekir. Bütün aile fertlerinin gereksinimlerine uygun koruyucu sağlık hizmetlerini, her bir fert için bir çok risk faktörünü gözden geçirerek vermek, ancak bütüncül ve kapsamlı bir hasta yaklaşımıyla mümkündür. Birincil korunma kişilerin sağlıklı kalma sürelerine katkıda bulunarak hastalığın ortaya çıkmasını geciktirir, yaşam kalitesini artırır, yaşam süresini uzatır. Bu nedenlerle; hastalar düzenli aralıklarla risk faktörleri açısından değerlendirilmeli, tanımlanmış risk faktörleri açısından tarama testlerinden geçirilmeli, hastalara koruyucu sağlık hizmetleri, danışmanlık ve eğitim hizmetleri verilmelidir (89).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma, Trakya Üniversitesi öğretim elemanlarının yaşam kaliteleri belirlenmek amacıyla kesitsel tanımlayıcı desende tasarlandı. Bu araştırmada uluslararası etik kurallara uyuldu ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındı (Ek 1). Öğretim elemanlarının kimlik bilgileri toplanmadı. Çalışmaya katılmak istemeyen öğretim elemanlarının anketleri boş teslim edebilecekleri söylendi. Çalışmanın veri toplama aşaması Ekim 2007-Ocak 2008'de yürütüldü.

Araştırma evreni Trakya Üniversitesi'nde görev yapmakta olan tüm öğretim elemanlarından oluşmaktaydı. Çalışmanın yapıldığı dönemde Trakya Üniversitesi'ne kayıtlı 1236 öğretim elemanı bulunmaktaydı. Yapılan görüşmelerden sonra 560 öğretim elemanı araştırmaya katılmayı kabul etti. Böylece araştırma evreninin %45,3'üne ulaşıldı. Ulaşılamayan öğretim elemanları çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler ile anketlerin dağıtımında Trakya Üniversitesi'nde olmayan öğretim elemanlarından oluşmaktaydı.

Araştırmada verilerin toplanması amacıyla araştırmacılar tarafından bir anket geliştirildi. Anket 10 sayfadan oluşmakta, öğretim elemanlarının sosyodemografik özellikleri, yaşam kalitesi, durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri, tükenmişlik ve iş doyumu düzeyleri ile sigara ve alkol kullanımlarını sorgulayan 160 soru içermekteydi. Anket formunun örneği Ek 2'de gösterilmiştir.

Araştırma anketi bir zarf içinde araştırmanın amacını belirten bir yazıyla birlikte araştırmaya katılanlara dağıtıldı, ölçek formu doldurduktan sonra kimlik belirtilmeksizin zarfın kapatılarak teslim edilmesi istendi.

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş bir anket formu olan Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyonu (World Health Organization Quality Of Life Questionaire Abbreviated Version, WHOQOL-BREF) kullanıldı. WHOQOL-BREF Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (43).

Dünya Sağlık Örgütü kişinin iyilik halinin, öznel yaşam kalitesini tanımlama ve ölçme çabaları 1980'li yılların ortalarında başlamıştır. Çalışmanın başlangıcından itibaren çeşitli ülkelerden başlangıçta 15 merkezin katkısıyla çeşitli grupları karşılaştırılabilir kılacak bir aracın geliştirilmesi hedeflenmiş, bu amaçla önce kavramlar tanımlanmış, kalitatif pilot çalışmasıyla daha sonra yaşam kalitesini araştıran sorular oluşturulmuş, 2000 soruyu içeren havuzdan daha sonraki analizlerde 100 soru seçilmiş ve çalışmaların sonucunda WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF adlı ölçekler ortaya çıkmıştır. Bazı merkezler bu ölçeklerin geçerlilik ve güvenirlik çalışmalarını yaparken, bazıları bu aşamaları tamamlamış, ek modüller geliştirilmekte ve farklı gruplarda uygulamaktadır.(43).

Yaşam kalitesi ölçeğinin kısa formunda, biri genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumunun sorgulandığı iki soruyla birlikte toplam 26 soruyu kapsamaktadır. Türkçe geçerlilik çalışmaları sırasında bir ulusal soru eklenmesiyle oluşan WHOQOL-BREF-TR 27 sorudan oluşmaktadır. Soruların son 15 gün dikkate alınarak yanıtlanması istenmektedir. İlk iki genel soru dışındaki sorular kullanılarak bedensel, psikolojik, sosyal, çevre ve ulusal çevre alan puanları hesaplanmaktadır. Alanlara göre soruların içeriği şöyledir:

Bedensel alan: Gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku, dinlenme ve çalışabilme gücü,

Ruhsal alan: Beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, benlik saygısı, olumlu duygular, maneviyat, din, kişisel inançlar, düşünme, öğrenme, bellek ve dikkatini toplama Sosyal alan: Diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam,

Çevre alanı: Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik ve emniyet, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım, ulaşılabilirlik ve nitelik, ev ortamı, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatı, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ile bunlara katılabilme, fiziksel çevre (kirlilik, gürültü, trafik, iklim), ulaşım,

Ulusal çevre alanı: Sosyal baskı olarak nitelenir.

Ölçek uygulandıktan sonra 0-20 puan üzerinden hesaplanan fizik, psikolojik, sosyal, çevre ve ulusal çevre alan puanlarında, puan yükseldikçe yaşam kalitesi de yükselmektedir (90).

TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

Tükenmişlik konusunda otorite sayılan Maslach ve Jackson tarafından 1981'de geliştirilen bu araç Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Maslach Burnout İnvertory-MBI) olarak literatüre geçmiştir. Araştırmada öğretim elemanlarının algıladıkları tükenmişliği belirlemek amacıyla Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanıldı. Toplam 22 maddeden oluşan ölçek tükenmişliği Duygusal Tükenme (Emotional Exhaustion), Duyarsızlaşma (Depersonalization) ve Kişisel başarı (Personel Accomplishment) olmak üzere üç alt boyutta değerlendirmektedir.

Duygusal Tükenme (Emotional Exhaustion) alt ölçeği (DT), iş hayatında aşırı derecede psikolojik ve duygusal talepler maruz kalmaktan dolayı yaşanan enerjinin bitmesi durumunu ifade etmektedir. Bu alt boyutta yorgunluk, bıkkınlık ve duygusal enerjinin azalması ile ilgili 8 madde yer almaktadır. Ölçekteki 1., 2., 3., 6., 8., 13., 16., ve 20. maddeler bu boyutu ölçmeye yöneliktir.

Duyarsızlaşma (Depersonalization) alt ölçeği (D), bireyin bakım ve hizmet verdiklerine karşı, duygudan yoksun bir biçimde, bireylerin kendine özgü birer varlık olduklarını dikkate almaksızın davranmalarını tanımlar. Altı maddeden oluşan duyarsızlaşma alt boyutunda 5., 10., 11., 15., 21. ve 22. maddeler yer almaktadır.

Kişisel başarı (Personel Accomplishment) duygusunda azalma alt ölçeği (KB), insanlarla yüz yüze çalışan mesleklerde kişin kendisini işinde yeterli ve başarılı hissetmesi durumunu tanımlamaktadır. Bu ölçek 8 maddeden oluşmakta ve 4., 7., 9., 12., 14., 17., 18., 19. maddelerini içermektedir (82). Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Ergin tarafından 1992'de Türkçe'ye çevrilmiş ve ölçeğin 235 kişilik (doktor, hemşire, öğretmen, avukat, polis vb) bir grupla yapılan ön uygulamasından sonra, gruptan elde edilen verilerin analizi sonucunda ölçekte bazı değişiklikler yapılmıştır. Ölçeğin özgün formunda hiçbir zaman, yılda birkaç kere, ayda bir, ayda birkaç kere, haftada bir, haftada birkaç kere, her gün şeklinde 7 basamaklı olan cevap seçeneklerinin, hiçbir zaman, çok nadir, bazen, çoğu zaman, her zaman şeklinde beşli dereceleme olarak düzenlenmesine karar verilmiştir (9).

Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Puanlanması

Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı olmak üzere üç alt boyut içeren Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nde puanlama sonucunda alt boyut puanları elde edilmektedir. DT ve D alt boyut puanları, her madde için 1: hiçbir zaman, 5: her zaman olarak 5'li likert tipi derecelemeye göre değerlendirilerek elde edilmektedir. KB ise bunun tam tersi olacak şekilde değerlendirilmektedir. Böylece tüm alt boyutlardan alınan puan yükseldikçe tükenmişliğin yükseldi kabul edilmektedir.

Bu alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde tükenmişliğin düşük, orta, yüksek düzeylerde yaşanan duygu olduğu ve sürekli bir değişken olarak kavramlaştığı görülmektedir. Tükenmişlik var olan yada var olmayan diye ikiye ayrılan bir değişken olarak görülmemektedir (61).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Yorumu

MBI, orijinal tükenmişlik envanteri, 0'dan 6'ya kadar olan 7 seçenekli olarak kullanıldığında alınan puanların yorumu Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Tükenmişliğin 7 seçenekli ölçekte puanların yorumlanması (82)

	Yüksek	**Orta**	**Düşük**
Duygusal tükenme	27 ve üzeri	17-26	0-16
Duyarsızlaşma	13 ve üzeri	7-12	0-6
Kişisel başarı	31 e kadar	32-38	39 ve üzeri

Ayrıca alt boyutlardan alınabilecek en yüksek puanlar değerlendirilerek ve alınabilecek en yüksek puanlarla orantılanarak alt boyular için yeni düzeyler belirlenebilir (82).

Araştırmamızda 1'den 5'e kadar 5 seçenekli MTÖ envanteri kullanıldı. Bu araştırma için belirlenen puan değerleri Tablo 4'te gösterilmiştir.

Bu araştırmada ölçekten elde edilebilecek maksimum puan dikkate alınarak tükenmişlik düşük, orta ve yüksek şekilde üç gruba ayrıldı. Alt boyutlardan alınabilecek maksimum puanlardan minimum puan çıkarılıp, bulunan puanın üçe bölünmesi ile kesim noktaları bu araştırma için bulunmaya çalışıldı.

Tablo 4. Bu araştırma için belirlenen puan değerleri

	Yüksek	Orta	Düşük
Duygusal tükenme	30 ve üzeri	19-29	8-18
Duyarsızlaşma	23 ve üzeri	15-22	6-14
Kişisel başarı	30 ve üzeri	19-29	8-18

Buna göre:

Duygusal tükenme alt boyutunda 30 ve üzeri puanlar tükenmişlik olarak kabul edildi, elde edilen puanlar 19-29 arasında değişiyor ise orta, 8-18 arasında ise düşük düzeyde kabul edildi.

Duyarsızlaşma alt boyutunda 23 ve üzeri puanlar tükenmişlik olarak kabul edildi elde edilen puanlar 15-22 arasında değişiyor ise orta, 6-14 arasında ise düşük düzeyde kabul edildi.

Kişisel başarı alt boyutunda 30 ve üzeri puanlar tükenmişlik olarak kabul edildi, elde edilen puanlar 19-29 arasında değişiyor ise orta, 8-18 arasında ise düşük düzeyde kabul edildi (61,82).

İŞ DOYUMU ÖLÇEĞİ

Bu araştırmada çalışanların iş doyumunu ölçmek amacıyla, 1967 yılında Weiss, Dawis, England ve Lofquist (67) tarafından gerçekleştirilen ve daha sonra aynı kişiler tarafından içsel ve dışsal tatmin durumları ile ilgili maddeler birleştirilerek soru sayısı 100'den 20'ye indirilen Minnnesota Tatmin Ölçeği (Minnesota Satisfaction Questionnaire**)** kısa formu kullanıldı.

Bu ölçeğin avantajlarından biri de iki farklı boyutu içsel (intrinsic) ve dışsal (extrinsic) iş tatmininin bir arada ölçebilmesidir. İçsel iş tatmini (soru 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 20) çalışanların işin kendisi ile ilgili neler hissettiklerini ve dışsal iş tatmini (soru 5, 6, 12, 13, 14, 19) çalışanların işletme ile ilgili neler hissettiklerini yansıtır. Ayrı ayrı alındığında genel iş tatmini için puanlar 20-100 / içsel iş tatmini için 12-60 / dışsal iş tatmini için 6-30 arasında değişmektedir.

Minnesota Tatmin Ölçeği her ifadesi "hiç memnun değilim"den "çok memnunum"a kadar 5 aşamalı likert tipi şeklinde 20 soru içermektedir. Puanlar 1-5 arası değerlerin toplamı alınarak hesaplanmakta ve üç şekilde değerlendirilmektedir; düşük ($\leq$25), normal veya orta (26-74) ve yüksek iş tatmini ($\geq$75). Ölçekte yer alan sorulardan bazıları aşağıdaki gibidir:

Çalıştığım iş yerinden memnunum.

Bana iş güvencesi sağlaması bakımından memnunum (içsel).

Yaptığım iş ve karşılığında aldığım ücret bakımından memnunum (dışsal).

Çalışma arkadaşlarımın birbirleri ile anlaşması bakımından memnunum (genel) (67).

DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu araştırmada çalışanların depresyon varlığını ölçmek amacıyla, 7 soruluk Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depresion İnventory for Primary Care, BDÖ-BB) kısa formu kullanıldı. Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği'nin Türkçe'ye adaptasyonu, geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Aktürk ve arkadaşları tarafından 2005'te yapılmıştır (91). BDÖ-BB, üzüntü, kötümserlik, geçmişteki başarısızlık, kendini beğenme, kendini suçlama, ilgi kaybı ve intihar düşüncesi veya isteği belirtilerini kullanarak yedi başlık altında depresyon taraması yapmıştır. Kullandığı başlıklar DSM-IV'e göre majör depresif bozukluğu yansıtan Beck Depresyon Ölçeği'nden alınmıştır. Her başlık 0'dan 3'e kadar dört basamaklı bir derecelendirme içerir; BDÖ-BB puanı her başlıktaki en yüksek puanların toplanmasıyla elde edilir. Toplam en fazla 21 puan elde edilebilir. Herhangi bir kesme puanı bildirilmemekle beraber 4'ün üzerindeki puanlarda depresyon olasılığı %90'ın üzerindedir (91).

FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

Sigara kullanımı sorularak, halen içmekte olanlarda nikotin bağımlılık düzeyi, Fagerström skorlamasına göre hesaplandı (92). Alınan puana göre nikotin bağımlılık düzeyi Tablo 5'te belirtilmiştir.

Tablo 5. Nikotin bağımlılık düzeyi (92)

Fagerström skoru	**Bağımlılık derecesi**
0-2 puan	Çak az
3-4 puan	Az
5 puan	Orta
6-7 puan	Yüksek
8-10 puan	Çok yüksek

ALKOL BAĞIMLILIĞI TESTİ

Alkol kullananlarda bağımlılık düzeyi Elias ve ark. (93) tarafından Framingham Kalp Çalışması'ndaki verileri değerlendirmede kullanılan ve haftalık alkol kullanım miktarı (ml) ile alkolün cinsine dayanan yöntemle hesaplandı. Haftalık alkol kullanım miktarı belirlenirken, birim olarak bira için şişe, şarap içim kadeh, rakı için ise duble kullanıldı. İçerdikleri saf alkol miktarını hesaplayabilmek için bu miktarlar, alkol içeriğine göre kat sayılarla çarpıldı (bira: şişe sayısı x 25, şarap kadeh sayısı x 15, rakı duble sayısı x 27,5). Bu işlemler sonucunda elde edilen rakamlara göre alkol bağımlılık derecesi belirlendi (Tablo 6).

Alkol kullananlar için ayrıca, Ewing (94) tarafından oluşturulup, Bush ve ark. (95) tarafından klinik kullanıma uyarlanan dört soruluk alkol bağımlılık testi Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener (CAGE) uygulanarak CAGE skorları da hesaplanmıştır. Her "hayır" cevabı için 0, her "evet" cevabı için 1 puan verildi. CAGE skoruna göre 2 veya daha fazla puan alması, alkol kötüye kullanımı veya alkol bağımlılığı ile ilişkilidir (94,95).

Tablo 6. Alkol bağımlılık derecesi (94)

Haftalık alkol miktarı	Bağımlılık derecesi
105 ml veya daha az	Çok hafif
106-211 ml arası	Hafif
212-422 ml arası	Orta
423-933 ml arası	Ağır
933 ml'den fazla	Çok ağır

KAYGI ÖLÇEĞİ

Spielberger ve ark. tarafından 1970 yılında geliştirilen Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory, STAİ) her biri 20 sorudan oluşan sürekli ve durumluk olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. Her bir soru için 1-4 arası puan verilen likert tipi bir ölçektir ve 14 yaş üstü bireylere uygulanabilmektedir. Durumluk kaygı ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini, sürekli kaygı ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler (96).

Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri'nin Türkçe'ye adaptasyonu, geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Öner ve Le Compte tarafından 1983'te yapılmıştır. Ölçeğin normal ve

hasta örneklemleriyle yapılan çalışmalar sonucu elde edilen güvenilirlik katsayılarının 0.83 ile 0.87 arasında değiştiği bildirilmektedir (96).

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlanması

Üçten fazla ifadeye cevap verilmemişse, doldurulan form geçersiz sayılır ve puanlanmaz. Dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri: Durumluk kaygı ölçeğinde 1 hiç, 2 biraz, 3 çok ve 4 tamamiyle şeklinde; Sürekli kaygı ölçeğindeki seçenekler ise 1 hemen hiçbir zaman, 2 bazen, 3 çok zaman ve 4 hemen her zaman şeklindedir.

Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlara 1 doğrudan ya da düz (direct) ve 2 tersine dönmüş (reverse) ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. "Huzursuzum" ifadesi doğrudan, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi de tersine dönmüş ifadelere örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda "huzursuzum" ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse, bu cevaplar yüksek kaygıyı yansıtmış olur.

Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeleri oluşturur.

Puanlama iki şekilde olur: Elle ya da bilgisayarla.

Elle Puanlama: Doğrudan (direct) ve tersine dönmüş (reverse) ifadelerin herbiri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Böylece bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden tespit edilmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk kaygı ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli kaygı ölçeği için ise 35 dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır (96).

Puanların Yorumlanması

Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder. Puanlar yüzdelik

sırasına göre yorumlanırken de aynı durum geçerlidir. Uygulamalarda belirlenen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir (96).

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırma sonucunda elde edilen veriler gözden geçirilip, STATISTICA 7.0 istatistiksel paket programı (Seri No: AXF507C775406FAN2) kullanılarak uygun istatistiksel analizler yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde frekans tabloları, çapraz tablolar, Pearson Ki-kare, Exact Ki-kare, Spearman korelasyon, Mann Whitney-U, Kruskal Wallis ve Dunn çoklu karşılaştırma testleri ve "Chi-squared Automatic İnteraction Detector" (CHAID) analiz testleri kullanıldı.

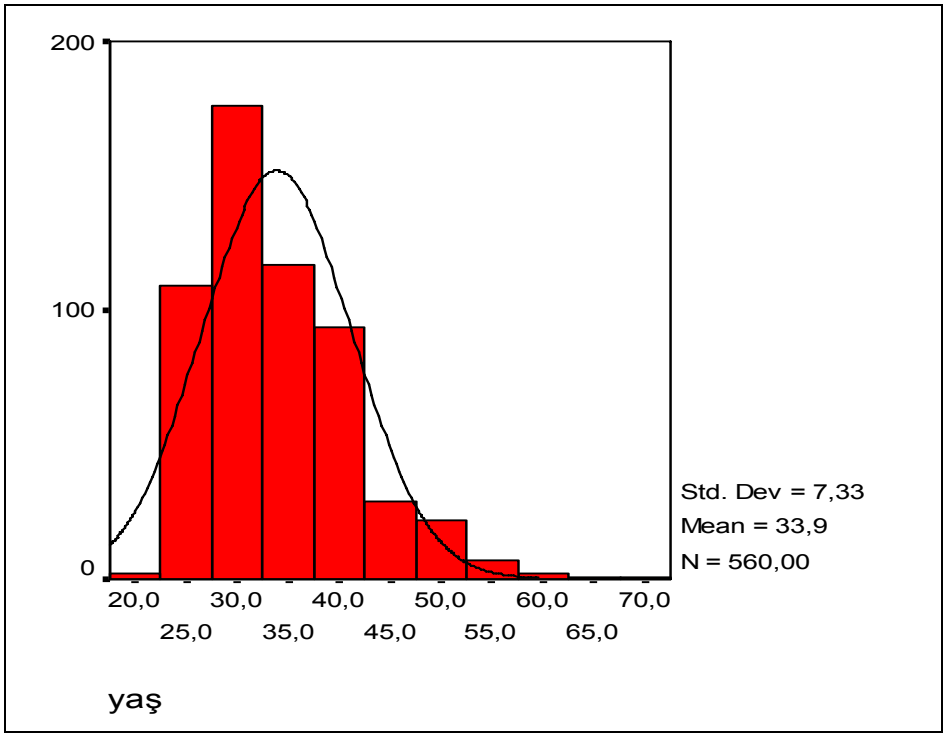
İstatistiksel anlamlılık düzeyi "p", ilgili testlerle birlikte verildi ($p<0.05$ olduğunda istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi).

BULGULAR

Araştırma sonunda 560 kişiye ait verilerin analizi yapıldı.

TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Katılımcıların yaş ortalaması 33,86±7,33'tü (ortanca 32,00). Yaş dağılımı en düşük 20 yaş, en yüksek 72 yaş aralığındaydı. Çalışmaya katılanların yaşa göre dağılımı Şekil 3'te gösterilmiştir.



Şekil 3. Yaş değişkeninin histogram grafiği

Çalışmaya katılan 560 kişinin cinsiyet durumu incelendiğinde %47'sinin (263 kişi) kadın, %53'ünün (297 kişi) erkek olduğu tespit edildi.

Öğretim elemanlarının medeni durumları incelendiğinde %42,9'unun (240 kişi) bekar, %54,5'inin (305 kişi) evli, %2,7'sinin (15 kişi) dul olduğu tespit edildi. Çalışmaya katılanların cinsiyete göre medeni durumları arasında anlamlı fark bulundu (Pearson χ^2=20,623, p<0,001). Cinsiyet ile medeni durum ilişkisi Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların cinsiyetlerinin medeni durumu ile ilişkisi*

Cinsiyet	Medeni durum			Toplam
	Evli	Bekar	Dul	
Kadın	139 (%52,9)	117 (%44,5)	7 (%2,7)	263 (%100)
Erkek	101 (%34,0)	188 (%63,3)	8 (%2,7)	297 (%100)
Toplam	240 (%42,9)	305 (%54,5)	15 (%2,7)	560 (%100)

*Pearson χ^2=20,623, p<0,001.

Katılımcıların çocuk sayısı ortalaması 1,26±0,48, ortanca 1 (en düşük 1 en fazla 3) olduğu belirlendi.

Evli olan 305 (%54,5) katılımcının %42,0'sinin (128 kişi) yüksek lisans mezunu olduğu belirlendi. Eşlerin eğitim durumları Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Eşlerin eğitim durumu

Eşin Eğitim Durumu	N	%
İlkokul	2	0,7
Ortaokul	1	0,3
Lise	14	4,6
Ön lisans	8	2,6
Lisans	101	33,1
Yüksek lisans	128	42,0
Doktora	51	16,7
Toplam	305	100

N:Katılımcı sayısı.

Evli olan 305 katılımcının (%54,5) eşlerinin çalışma durumlarına incelendiğinde %91,5'inin (279 kişi) çalıştığı, %8,5'inn (26 kişi) çalışmadığı belirlendi.

Evli olan 305 katılımcının (%54,5) eşlerinin meslekleri incelendiğinde %4,3'ünün (13 kişi) mesleği olmadığı, %47,5'inin (145 kişi) doktor olduğu belirlendi. Eşlerin meslek dağılımı Tablo 9'da gösterilmiş.

Tablo 9. Katılıcıların eşlerinin meslekleri

Eşlerin meslekleri	**N**	**%**
Çalışmıyor (mesleği yok)	13	4,3
Doktor	145	47,5
Öğretim görevlisi	32	10,5
Öğretmen	38	12,5
Mühendis	14	4,6
Mimar	7	2,3
Bankacı	8	2,6
Diş tabibi	4	1,3
Hemşire	11	3,6
Tıbbi mümessil	5	1,6
Memur	11	3,6
Tekniker	4	1,3
Kimyager	1	0,3
Filolog	2	0,7
Psikolog	2	0,7
Astsubay	2	0,7
Sekreter	1	0,3
Biyolog	2	0,7
Avukat	1	0,3
Eczacı	2	0,7
Toplam	305	100

N:Katılımcı sayısı.

Çalışmaya katılanların evde yaşayan kişi sayısı ortalama 2,27±1,11, ortanca 2 (en düşük 1, en fazla 6 kişi). Katılımcıların %62,1'inin (348 kişi) kirada, %26,8'inin (150 kişi)

kendi evinde, %7,1'inin (40 kişi) baba evinde, %3,9'unun (22 kişi) lojmanda oturduğu belirlendi. Evde yaşayan kişi sayısı Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların evde yaşayan kişi sayısı

Evde yaşayan kişi sayısı	N	%
1 kişi	182	32,5
2 kişi	131	23,4
3 kişi	177	31,6
4 kişi	55	9,8
5 kişi	12	2,1
6 kişi	3	0,5
Toplam	560	100

N: Katılımcı sayısı.

Katılımcıların gelir durumları incelendiğinde %35,5'inin (199 kişi) 1500-2500 YTL, geliri olduğu belirlendi. Katılımcıların gelir durumları Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların gelir durumları

Aylık gelir durumları	N	%
1500 YTL altı	132	23,6
1500-2500 YTL	199	35,5
2500-3500 YTL	93	16,6
3500 YTL ve üzeri	136	24,3
Toplam	560	100

N: Katılımcı sayısı, **YTL**: Yeni Türk Liresi

Katılımcıların %10,2'si (57 kişi) lisans, %54,5'i (305 kişi) yüksek lisans, %35,4'ü (198 kişi) doktora mezunu olduğu belirlendi.

Öğretim elemanlarının %71,1'i (398 kişi) tıp fakültesinde çalıştığı saptandı. Katılımcıların çalıştıkları fakültelerin dağılımı Tablo 12'de gösterilmiştir.

Çalışmaya katılanların %58,2'sinin (326 kişi) araştırma görevlisi olduğu saptandı. Katılımcıların görev ünvanlarının dağılımları Tablo 13'de gösterilmiştir.

Tablo 12 .Katılımcıların çalıştıkları fakülteler

Çalışılan Fakülteler	N	%
Tıp Fakültesi	398	71,1
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	40	7,1
Fen Edebiyat Fakültesi	34	6,1
Mühendislik Mimarlık Fakültesi	27	4,8
Eğitim Fakültesi	25	4,5
Edirne Sosyal Bilimler MYO	12	2,1
Edirne Sağlık YO	10	1,8
Yabancı diller	5	0,9
Rektörlük	4	0,7
Sosyal Bilimler Enstitüsü	3	0,5
Sağlık Bilimleri Enstitüsü	1	0,2
Edirne Teknik Bilimler	1	0,2
Toplam	560	100

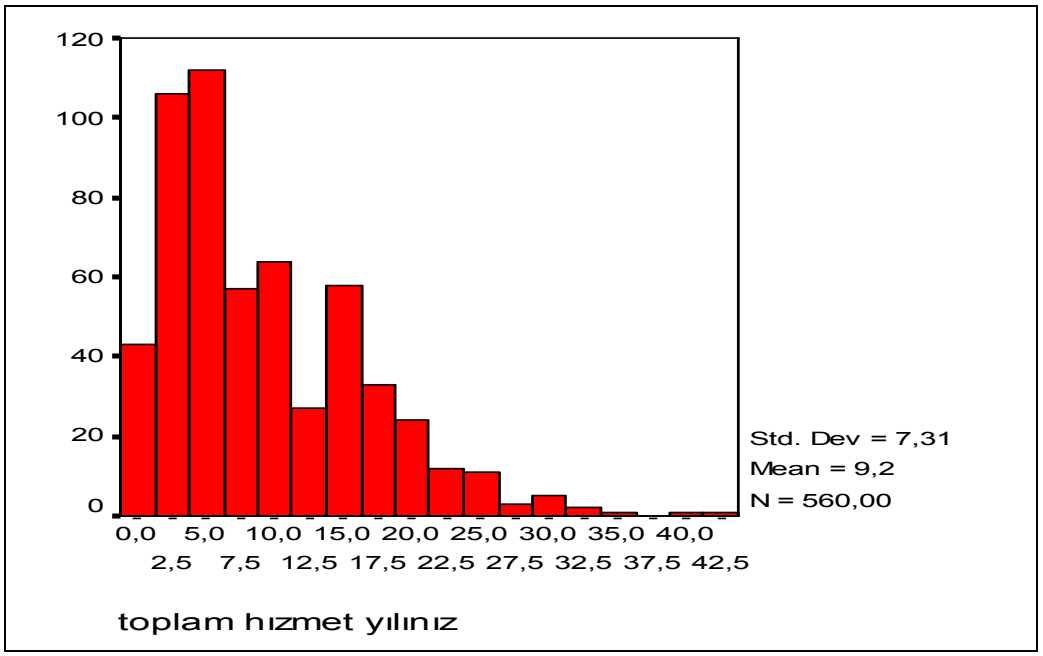
N: Katılımcı sayısı, **MYO**: Meslek yüksek okulu, **YO**: Yüksek okulu.

Tablo 13 .Katılımcıların görev unvanları

Görev ünvanları	N	%
Profesör	37	6,6
Doçent	41	7,3
Yardımcı Doçent	94	16,8
Öğretim Görevlisi	33	5,9
Uzman	15	2,7
Araştırma görevlisi	326	58,2
Okutman	14	2,5
Toplam	560	100

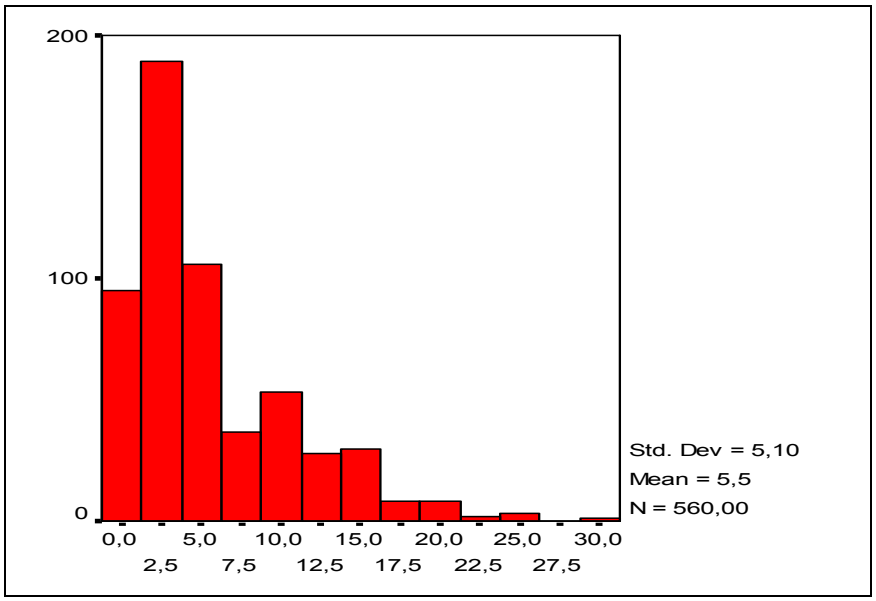
N: Katılımcı sayısı.

Katılımcıların toplam hizmet yılı ortalaması 9,15±7,31 yıl, ortanca 7,00 (en düşük 3 ay, en fazla 42 yıl) olarak bulundu. Katılımcıların toplam hizmet yılı dağılımı Şekil 4'te gösterilmiştir.



Şekil 4. Katılımcıların toplam hizmet yılı dağılımı

Katılımcıların çalıştıkları bölümdeki hizmet yılı ortalaması 5,45±5,10, ortanca 3,5 (en düşük 3 ay en fazla 30 yıl) olduğu saptandı. Katılımcıların çalıştıkları bölümdeki hizmet yılları dağılımı Şekil 5'te gösterilmiştir.



Şekil 5. Katılımcıların bölümlerindeki hizmet yılı dağılımı

Katılımcıların %13,9'unun (78 kişi) yabancı dil bilmediği, % 84,4'ünün (472 kişi) İngilizce, %2,7'sinin (15 kişi) Almanca, % 1,9'unun (10 kişi) Fransızca, % 0,6'ının (3 kişi)

Bulgarca, % 0,6'sının (3 kişi) Çince bildiği saptandı. Katılımcıların yabancı dil bilgisi dağılımı ayrıntıları Tablo 14'te gösterilmektedir.

Tablo 14. Katılımcıların yabancı dil bilgisi durumları

Yabancı dil bilgisi	N	%
Hayır/Bilmiyorum	78	13,9
İngilizce	453	80,9
Almanca	4	0,7
Fransızca	2	0,4
Bulgarca	1	0,2
Çince	1	0,2
İngilizce ve Almanca	10	1,8
İngilizce ve Fransızca	6	1,1
İngilizce ve Bulgarca	2	0,4
İngilizce ve Çince	1	0,2
Almanca ve Fransızca	1	0,2
Fransızca ve Çince	1	0,2
Toplam	560	100

N: Katılımcı sayısı.

Çalışmaya katılan 560 kişinin %67,3'ünün (377 kişi) 20 gün izin yaptığı, %32,7'sinin (183 kişi) 30 gün izin yaptığı belirlendi. Katılımcıların izinlerini çoğunlukla %49,8'inin (279 kişi) ücretli (otel,tatil köyü vb) olarak geçirdiği belirlendi. Katılımcıların izinlerini nerede geçirdiği ile ilgili durumları Tablo 15'te gösterilmiştir.

Öğretim elemanlarının ailelerinden destek görme ile ilgili soruya cevapları %37,7'sinin (211 kişi) destek görmediği, %62,3'ünün (349 kişi) destek gördüğü şeklindeydi.

Çalışmaya katılanların %73,0'ü (409 kişi) mesleğinin toplumda hak ettiği yeri bulamadığına inanıyor, %27,0'si (151 kişi) mesleğinin toplumda hak ettiği yeri bulduğuna inandığı şeklinde cevapladılar.

Katılımcıların %29,8'inin (167 kişi) geçimini sağlamak için, %56,8'inin (318 kişi) sevdiği için, %10,0'unun (56 kişi) toplumda kabul gördüğü için, %3,4'ünün (19 kişi) başka iş bulamadığı için mesleğe devam ettiği saptandı.

Tablo 15. Katılımcıların izinlerini geçirdikleri yerler

İzinlerin geçirildiği yer	N	%
Ücretli (otel, tatil köyü)	279	49,8
Aile ve memleket ziyareti	216	38,6
Kendine ait tatil evinde	65	11,6
Toplam	560	100

N: Katılımcı sayısı

Öğretim elemanlarının %32,7'si (183 kişi) mesleğin kendilerine çok uygun, %51,3'ü (287 kişi) uygun, %15,0'i (84 kişi) kısmen uygun, %1,1'i (6 kişi) uygun olmadığını söylediler.

Katılımcıların %84,8'inin (475 kişi) mesleği isteyerek seçtiği, %15,2'sinin (85 kişi) mesleği istemeden seçtiği saptandı.

Katılımcıların %39,8'inin (222 kişi) meslekteki verimlilikleri normal olarak gördüğü saptandı. Katılımcıların meslekteki verimlilik nasıl gördüğü ile ilgili ayrıntılar Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Katılımcılara göre mesleklerindeki verimliliklerinin durumu

Meslekteki verimlilik	N	%
Çok iyi	64	11,4
İyi	245	43,8
Normal	222	39,6
Kötü	28	5,0
Çok kötü	1	0,2
Toplam	560	100

N: Katılımcı sayısı.

Katılımcıların %40,0'ının (224 kişi) mesleklerindeki gelecekleri ile ilgili düşüncelerinin iyi olduğu saptandı. Katılımcıların meslekte geleceklerini nasıl gördüğü ile ilgili durumları Tablo 17'de gösterilmiştir.

Katılımcıların çalışma ortamından memnuniyetleri incelendiğinde %36,3'ünün (222 kişi) bazen memnun olduğu saptandı. Katılımcıların çalışma ortamından memnuniyet durumu Tablo 18'de gösterilmiştir.

Tablo 17. Katılımcılara göre meslekteki geleceklerinin durumu

Meslekteki gelecek durumu	N	%
Çok iyi	60	10,7
İyi	224	40,0
Normal	203	36,3
Kötü	70	12,5
Çok kötü	3	0,5
Toplam	560	100

N: Katılımcı sayısı.

Tablo 18. Katılımcıların çalışma ortamından memnuniyeti.

Çalışma ortamından memnuniyet	N	%
Her zaman	30	5,4
Çoğu zaman	189	33,8
Bazen	222	39,8
Nadiren	86	15,4
Hiçbir zaman	33	5,9
Toplam	560	100

N: Katılımcı sayısı.

Katılımcıların üstlerinden takdir görme durumları incelendiğinde %5,0'inin (28 kişi) her zaman, %25,0'inin (140 kişi) çoğu zaman, %40,2'sinin (225 kişi) bazen, %21,8'inin (122 kişi) nadiren, %8,0'inin (45 kişi) hiçbir zaman takdir görmediği saptandı.

Çalışmaya katılanların günlük iş yükünü %16,6'sı (93 kişi) çok fazla, %31,4'ü (176 kişi) fazla, %46,6'sı (261 kişi) normal, %4,5'şi (25 kişi) az, %0,9'u (5 kişi) önemsiz olduğu şeklinde cevapladılar.

Katılımcıların %26,4'ünün (148 kişi) kendilerine yeterince zaman ayırabildikleri, %73,6'sının (412 kişi) kendilerine zaman ayıramadığı görüldü.

Çalışmaya katılanların %48,6'sının (272 kişi) hobisinin olmadığı, hobisi olanlardan %14,6'sının (82 kişi) spor ile ilgilendiği saptandı (Tablo 19).

Katılımcıların % 58,4'ünün (327 kişi) sigara içmediği belirlendi. Katılımcıların sigara içme durumları ayrıntıları Tablo 20'de gösterilmiştir.

Tablo 19. Katılımcıların hobileri

Hobi	N	%
Hayır yok	272	48,6
Müzik	51	9,1
Resim	7	1,3
kitap okumak	36	6,4
Spor	82	14,6
Film izlemek	22	3,9
Gezmek seyahat etmek	20	3,6
Yemek işleri	5	,9
Çiçek ve bahçe işleri	3	,5
Fotoğraf	15	2,7
Ev hayvanı ile uğraşmak	12	2,1
Dikiş ve tekstil	6	1,1
Koleksiyon işleri	3	,5
Müzik ve resim	1	,2
Müzik ve spor	5	,9
Kitap okumak ve spor	8	1,4
Kitap okumak ve film izlemek	6	1,1
Kitap okumak ve seyahat etmek	2	,4
Spor yapmak ve film izlemek	3	,5
Spor yapmak ve seyahat etmek	1	,2
Toplam	560	100,0

N: Katılımcı sayısı

Tablo 20. Katılımcıların sigara içme durumları

Sigara içme	N	%
İçmiyorum, daha önce hiç içmedim	327	58,4
İçmiyorum bıraktım	85	15,2
Evet, içiyorum	148	26,4
Toplam	560	100

N: Katılımcı sayısı.

Sigara içen veya içmiş olan % 41,6'sının (233 kişi) sigaraya başlama yaşları ortalama 20,62±3,33, ortanca 20,00 (en düşük 13 en yüksek 37) yaşları arasında saptandı. Çalışmaya katılan ve sigarayı bırakan %15,2'sinin (85 kişi) sigarayı bırakma yaşı ortalama 30,9±6,39, ortanca 30 (en düşük 21, en yüksek 55) yaşları arasında saptandı. Halen sigara içen veya bırakmış olan 233 (%41,6) katılımcının günlük içtikleri sigara miktarı ortalama 13,96±7,63, ortanca 10 (en düşük 3 tane, en yüksek 40 tane) sigara içtikleri saptandı.

Halen sigara içen 148 (%15,2) kişinin verdiği yanıtlardan hesaplanan Fagerström testi skorları ortalama 2,67±2,55, ortanca 2 (en düşük 0, en fazla 10) puan olarak bulundu. Çok yüksek fiziksel bağımlılık kademesinde 7 (% 4,7) öğretim görevlisi bulundu. Sigara içen öğretim görevlilerinde Fagerström testi skorlarına göre nikotin bağımlılık durumları ayrıntıları Tablo 21'de gösterildi.

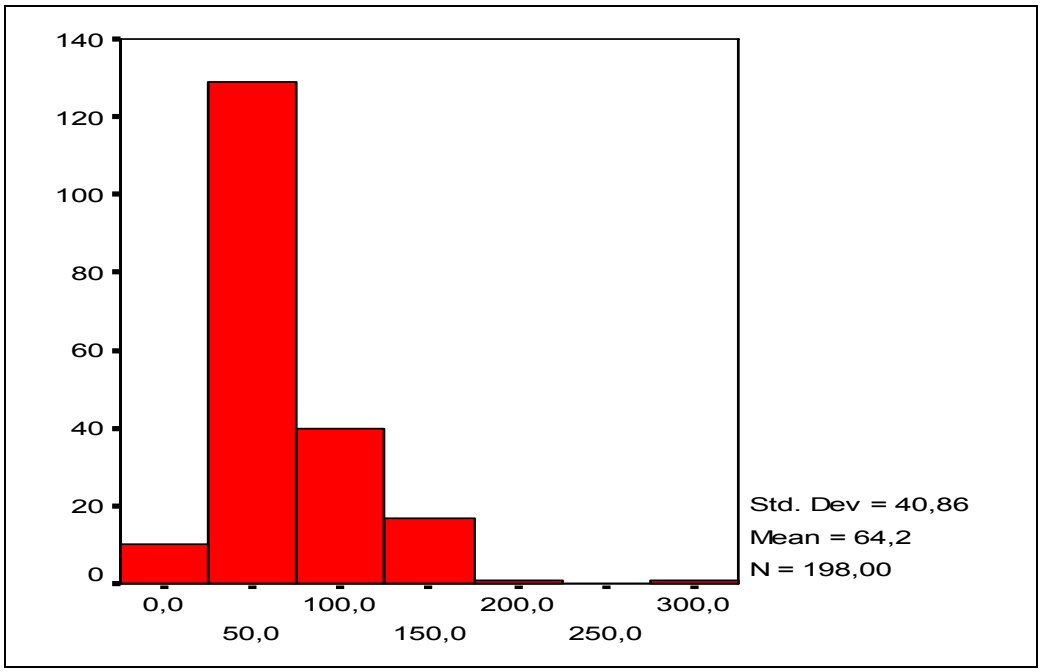
Tablo 21. Sigara içen öğretim görevlilerinde Fagerström testi skorlarına göre nikotin bağımlılık durumları

Bağımlılık Derecesi	**Sıklık**	**Yüzde (%)**
Çok az (0-2 puan)	83	56,1
Az (3-4 puan)	30	20,3
Orta (5 puan)	9	6,1
Yüksek (6-8 puan)	19	12,8
Çok yüksek (9-10 puan)	7	4,7
Toplam	148	100

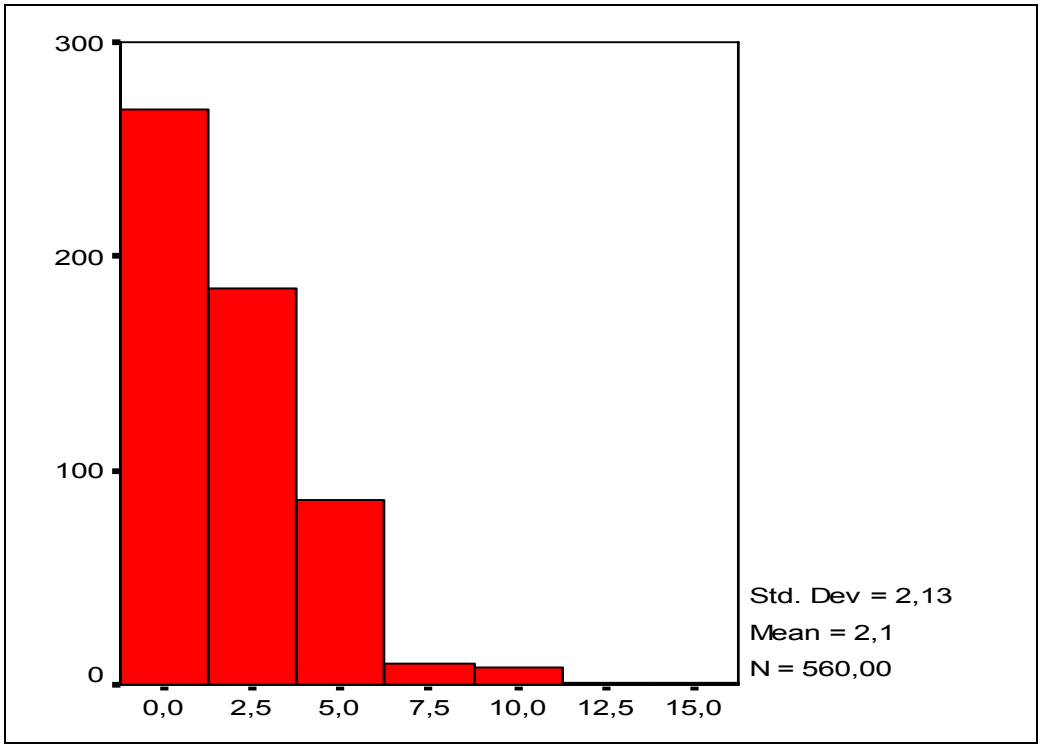
Katılımcıların 198'i (%35,4) alkollü içki kullandığı, 362 kişinin (%64,6) ise alkollü içki kullanmadığı saptandı. Çalışmaya katılanların haftada ortalama tükettikleri alkol miktarı 64,19±40,86 cc, ortanca 55cc (en düşük 15 cc, en yüksek 300 cc) olarak saptandı. Haftalık kullandıkları alkol miktarları dağılımı Şekil 6'da gösterilmiştir.

Öğretim görevlilerin CAGE alkol bağımlılık riski testine göre %81,6'sında (162 kişi) risk olmadığı, %18,4'ünde (36 kişi) bağımlılık riski olduğu saptandı.

Katılımcıların Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ-BB) toplam ortalama puanı 2,09±2,12, ortanca 2,00 (en düşük 0, en yüksek 16) idi. BDÖ-BB puan dağılımı Şekil 7'de gösterilmiştir. BDÖ-BB'ye göre katılımcıların %11,4'ünde (64 kişi) depresyon olduğu saptandı.

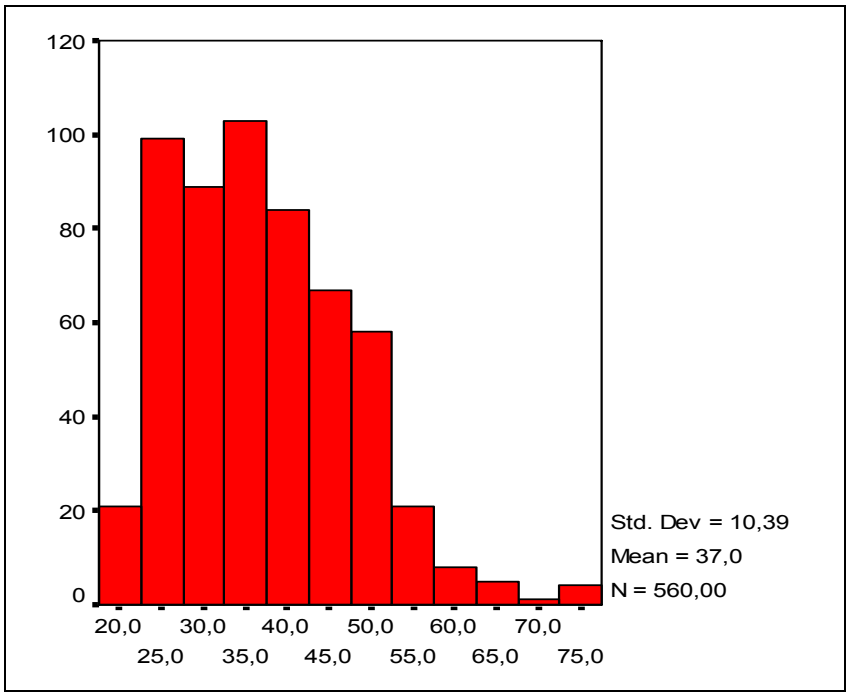


Şekil 6. Kullanılan içki miktarı



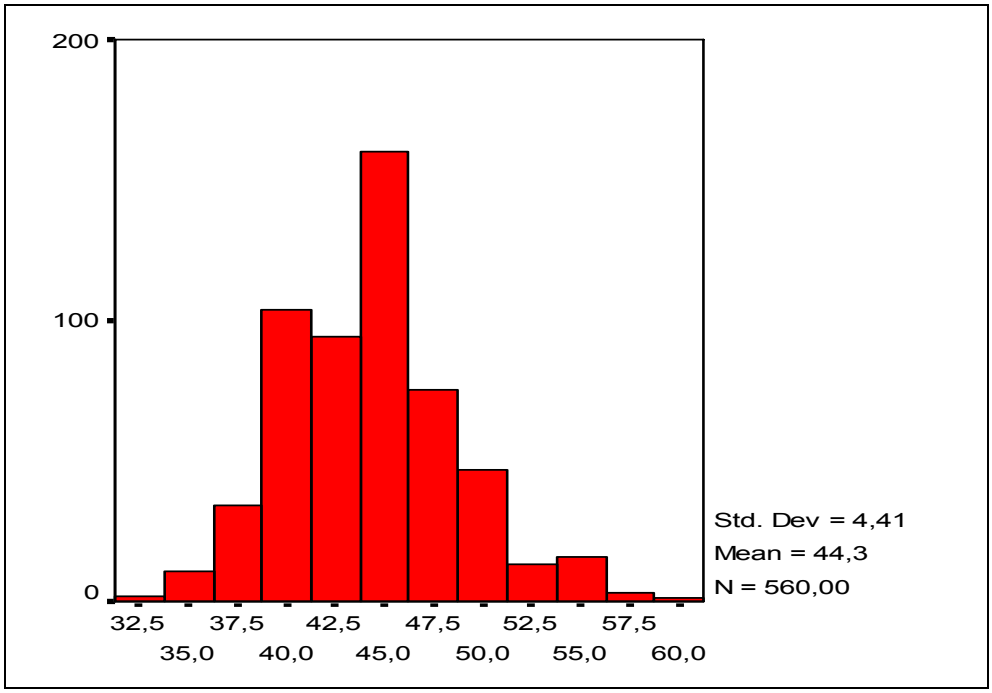
Şekil 7. Katılımcıların depresiyon dağılımı

Çalışmaya katılanların durumluk kaygı düzeyleri ortalaması 36,98±10,39, ortanca 35,00 (en düşük 20, en yüksek 75 puan) olarak saptandı. Çalışmaya katılanların durumluk kaygı düzeyleri dağılımı Şekil 8'de gösterilmiştir.



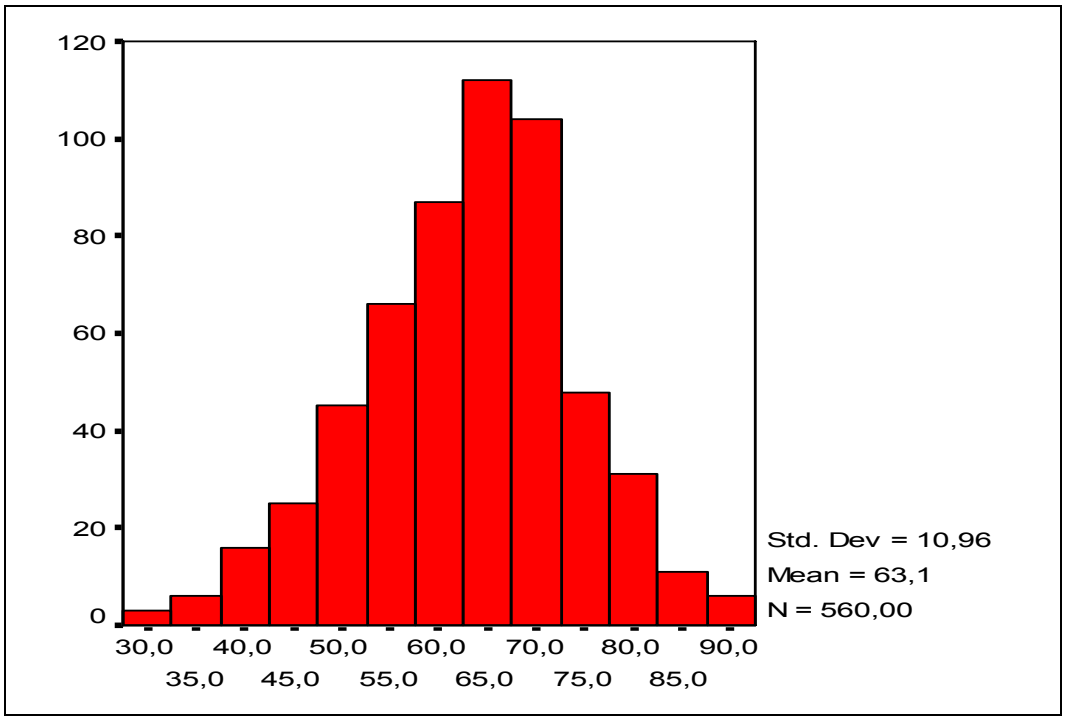
Şekil 8. Katılımcıların durumluk kaygı ölçeğinin dağılımı

Çalışmaya katılanların sürekli kaygı düzeyleri ortalaması 44,32±4,41, ortanca 44,00 (en düşük 32, en yüksek 61 puan) olarak saptandı. Çalışmaya katılanların sürekli kaygı düzeyleri dağılımı Şekil 9'da gösterilmiştir.



Şekil 9. Katılımcıların sürekli kaygı düzeyi dağılımı

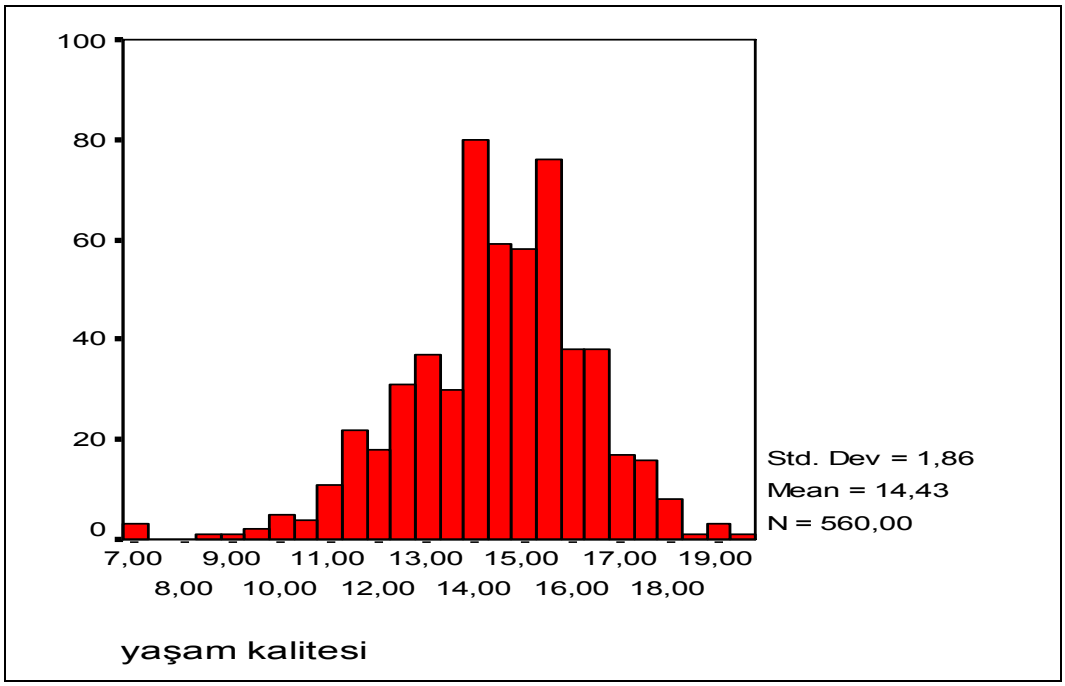
Öğretim elemanlarının genel iş tatmini ortalamaları 63,06±10,96, ortanca 64,00'tü. Katılımcıların genel iş tatmini düzeyleri en düşük 29, en yüksek 90 puan aralığındadır. Çalışmaya katılanların toplam iş tatmin düzeyi dağılımları Şekil 10'da gösterilmiştir. Katılıcıların içsel iş tatmini ortalamaları 44,79±7,49, ortanca 46,00 (en düşük 20, en yüksek 60) puan aralığındadır. Katılımcıların dışsal iş tatmini ortalamaları 18,27±4,64, ortanca18,50 (en düşük 7, en yüksek 30) puan aralığındadır. Öğretim elemanlarının iş tatmini düzeyleri %85,4'ünde (478 kişi) orta, %14,6'sında (82 kişi) yüksek olarak saptandı.



Şekil 10. Katılımcıların toplam iş tatmin düzeyi dağılımı

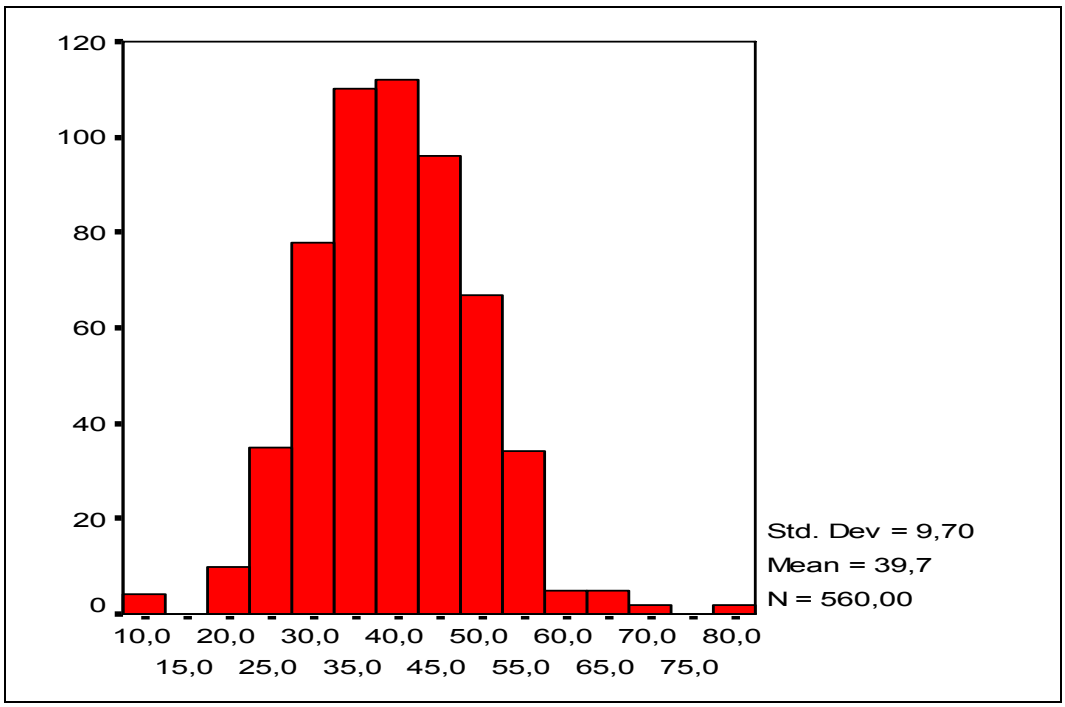
Katılıcıların genel yaşam kalitesi ortalamaları 14,43±1,86, ortanca 14,51 (en düşük 6,81 en yüksek 19,40) puan aralığında saptandı. Çalışmaya katılanların genel yaşam kalitesi düzeyi dağılımları Şekil 11'de gösterilmiştir.

Çalışmaya katılanların yaşam kalitesinin alt ölçeklerinden fiziksel sağlık ölçeğinin puan ortalaması 15,14±2,53, ortanca 15,42 (en düşük 4,6, en yüksek 20,0); psikolojik sağlık puan ortalaması 13,61±2,76, ortanca 14,00 (en düşük 6, en yüksek 20); sosyal ilişkilerin puan ortalaması 14,30±2,68, ortanca 14,66 (en düşük 4, en yüksek 20); çevresel sağlık puan ortalaması 13,60±2,20, ortanca 14,00 (en düşük 5, en yüksek 20); toplumsal çevre puan ortalaması 13,74±2,04, ortanca 13,77 (en düşük 5,8, en yüksek 20) puan aralığında saptandı.



Şekil 11. Katılımcıların genel yaşam kalitesi ortalaması dağılımı

Katılımcıların toplam tükenmişlik ortalaması 39,70±9,69, ortanca 39,00 (en düşük 8 en yüksek 79) puan olarak saptandı. Katılımcıların toplam tükenmişlik düzeyleri Şekil 12'de gösterilmiştir.



Şekil 12. Katılımcıların toplam tükenmişlik düzeyleri dağılımı

Katılımcıların tükenmişlik düzeyleri üç alt boyutta değerlendirildi; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı. Katılımcıların duygusal tükenme açısından değerlendirildiğinde %55,7'sinde (312 kişi) düşük düzeyde tükenme saptandı. Katılımcıların duyarsızlaşma açısından değerlendirildiğinde %59,1'inde (331 kişi) düşük düzeyde tükenme, kişisel başarı açısından değerlendirildiğinde %69,6 (390 kişi) orta düzeyde tükenme tespit edildi. Çalışmaya katılanların duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı açısından dağılımı Tablo 22'de gösterilmiştir.

Tablo 22. Katılımcıların tükenmişlik düzeylerinin dağılımı

Tükenmişlik derecesi	Duygusal tükenme		Duyarsızlaşma		Kişisel başarı	
	Kişi sayısı	%	Kişi sayısı	%	Kişi sayısı	%
Yok	173	30,9	202	36,1	3	0,5
Düşük	312	55,7	331	59,1	151	27
Orta	73	13	26	4,6	390	69,6
Yüksek	2	0,4	1	0,2	16	2,9
Toplam	560	100	560	100	560	100

CİNSİYET İLE İLGİLİ ANALİZLER

Akademik personelin cinsiyete göre öğrenim durumları arasında anlamlı fark saptandı (Pearson χ^2=22,936; p<0,001). Cinsiyete göre öğrenim durumları ayrıntıları Tablo 23'te gösterilmiştir.

Tablo 23. Katılımcıların cinsiyet ile öğrenim durumları arasındaki ilişkisi*

Cinsiyet	Öğrenim durumu			Toplam
	Lisans	Yüksek lisans	Doktora	
Kadın	30 (%11,4)	167 (%63,5)	66 (%25,1)	263 (%100)
Erkek	27 (%9,1)	138 (%46,5)	132 (%44,4)	297 (%100)
Toplam	57 (%10,2)	305 (%54,5)	198 (%35,4)	560 (%100)

*Pearson χ^2=22,936; p<0,001.

Öğretim elemanlarının cinsiyete göre görev ünvanları arasında anlamlı fark saptandı (Pearson χ^2=24,279; p<0,001). Kadın katılımcıların %65,8'inin, erkek katılımcıların %51,5'

inin araştırma görevlisi idi. Cinsiyete göre görev ünvanlarının ayrıntıları Tablo 24'de gösterilmiştir.

Tablo 24. Katılımcıların cinsiyet ile görev ünvanları ilişkisi*

Görev ünvanları	Kadın	Erkek	Toplam
Profesör	10 (%3,8)	27 (%9,1)	37 (%6,6)
Doçent	15 (%5,7)	26 (%8,8)	41 (%7,3)
Yardımcı doçent	30 (%11,4)	64 (%21,5)	94 (%16,8)
Öğretim görevlisi	19 (%7,2)	14 (%4,7)	33 (%5,9)
Uzman	7 (%2,7)	8 (%2,7)	15 (%2,7)
Araştırma görevlisi	173 (%65,8)	153 (%51,5)	326 (%58,2)
Okutman	9 (%3,4)	5 (%1,7)	14 (%2,5)
Toplam	263 (%100)	297 (%100)	560 (%100)

*Pearson χ^2=24,279; p<0,001.

Araştırmaya katılanların cinsiyete göre kullandıkları yıllık izin günü sayısına göre anlamlı fark saptanmadı (Pearson χ^2=3,223; p=0,073). Kadın katılımcıların %71,1'i (187 kişi) 20 gün, %28,9'u (76 kişi) 30 gün izin kullandığı saptandı. Erkek katılımcıların %64,0'ü (190 kişi) 20 gün, %36,0'ı (107 kişi) 30 gün izin kullandığı saptandı.

Katılımcıların cinsiyete göre yıllık izinlerini geçirdikleri yer açısından anlamlı fark saptanmadı (Pearson χ^2=4,093; p=0,129). Cinsiyete ile izinlerini geçirdikleri yer arasındaki ilişki Tablo 25'de gösterilmiştir.

Tablo 25. Katılımcıların cinsiyet ile yıllık izinlerini geçirdikleri yerler arasındaki ilişki*

Cinsiyet	Yıllık izinlerini geçirdikleri yerler			Toplam
	Kendine ait tatil evinde	Ücretli (otel, tatil köyü vb)	Aile ve memleket ziyareti	
Kadın	34 (%12,9)	139 (%52,9)	90 (%34,2)	263 (%100)
Erkek	31 (%10,4)	140 (%47,1)	126 (%42,4)	297 (%100)
Toplam	65 (%11,6)	279 (%49,8)	216 (%38,6)	560 (%100)

*Pearson χ^2=4,093; p=0,129.

Çalışmaya katılanların cinsiyete göre ailelerinden aldıkları destek arasında anlamlı fark saptanmadı (Pearson χ^2=1,537; p=0,215). Kadın katılımcıların %65'şinin (171 kişi) ailelerinden destek aldığı, %35'inin (92 kişi) ailelerinden destek almadığı saptandı. Erkek katılımcıların %59,9'unun (178 kişi) ailelerinden destek aldığı, %40,1'inin (119 kişi) ailelerinden destek almadığı saptandı. Öğretim elemanlarının cinsiyete göre mesleklerinin toplumda hak ettiği yerde olup olmadığı ile ilgili soruya verilen cevaplar arasında ilişki saptanmadı (Pearson χ^2=0,134; p=0,715). Cinsiyete göre öğretim elemanlarının bu soruya cevapları Tablo 26'da gösterilmiştir.

Tablo 26. Katılımcıların cinsiyete göre "mesleklerinin toplumda hak ettiği yerde mi" sorusuna cevapları*

Cinsiyet	Mesleğiniz toplumda hak ettiği yerde mi		Toplam
	Hayır	Evet	
Kadın	194 (%73,8)	69 (%26,2)	263 (%100)
Erkek	215 (%72,4)	82 (%27,6)	297 (%100)
Toplam	409 (%73,0)	151 (%27,0)	560 (%100)

*Pearson χ^2=0,134; p=0,715.

Çalışmaya katılanların cinsiyete göre mesleğini isteyerek seçip seçmediği, mesleğin kişiye uygunluğu, mesleğe devam etmenin nedenleri arasında anlamlı fark saptanmadı (Pearson χ^2=0,856, p=0,355; Exact χ^2=0,238, p=0,971; Pearson χ^2=1,970, p=0,579). Cinsiyet ile mesleğini isteyerek mi seçtiği ilişkisi Tablo 27'de, cinsiyet ile mesleğin kişiye uygunluğu ilişkisi Tablo 28'de, cinsiyet ile mesleğe devam etmenin nedenleri ilişkisi Tablo 29'da gösterilmiştir.

Tablo 27. Katılımcıların cinsiyet ile mesleklerini isteyerek seçme ilişkisi*

Cinsiyet	Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz		Toplam
	Hayır	Evet	
Kadın	36 (%13,7)	227 (%86,3)	263 (%100)
Erkek	49 (%16,5)	248 (%83,5)	297 (%100)
Toplam	85 (%5,2)	475 (%84,8)	560 (%100)

*Pearson χ^2=0,856; p=0,355.

Tablo 28. Katılımcıların cinsiyete göre mesleklerinin kişiye uygunluğu ilişkisi*

Cinsiyet	Mesleğinim size uygun mu				Toplam
	Çok uygun	Uygun	Kısmen uygun	Uygun değil	
Kadın	88 (%33,5)	132 (%50,2)	40 (%15,2)	3 (%1,1)	263 (%100)
Erkek	95 (%32,0)	155 (%52,2)	44 (%14,8)	3 (%1,0)	297 (%100)
Toplam	183 (%32,7)	287 (%51,3)	84 (%15,0)	6 (%1,1)	560 (%100)

*Exact χ^2=0,238; p=0,971.

Tablo 29. Katılımcıların cinsiyet ile mesleğe devam etme nedenleri arasındaki ilişki*

Cinsiyet	Mesleğe devam etmenin nedenleri				Toplam
	Geçimini sağlama	Mesleğini sevdiği için	Toplumda kabul gördüğü için	Başka iş bulamadığı için	
Kadın	72 (%27,4)	154 (%58,6)	29 (%11,0)	8 (%3,0)	263 (%100)
Erkek	95 (%32,0)	164 (%55,2)	27 (%9,1)	11 (%3,7)	297 (%100)
Toplam	167 (%29,8)	318 (%56,8)	56 (%10,0)	19 (%3,4)	560 (%100)

*Pearson χ^2=1,970; p=0,579.

Öğretim elemanlarının cinsiyetlerine göre meslekteki verimlilikleri, meslekteki geleceklerini nasıl gördükleri, çalışma ortamlarından memnuniyet arasında anlamlı fark saptanmadı (Exact χ^2=7,296, p=0,121, Exact χ^2=2,837, p=0,585; Pearson χ^2=5,905, p=0,206). Cinsiyet ile meslekteki verimlilikleri arasındaki ilişki Tablo 30'da, cinsiyet ile meslekteki geleceklerini nasıl gördükleri ile ilgili düşünceleri Tablo 31'de, cinsiyete göre çalışma ortamından memnuniyet dereceleri Tablo 32'de gösterilmiştir.

Tablo 30. Katılımcıların cinsiyet ile meslekteki verimlilikleri arasındaki ilişkisi*

Cinsiyet	Meslekteki verimliliğiniz nasıl					Toplam
	Çok iyi	İyi	Normal	Kötü	Çok kötü	
Kadın	27(%10,3)	110(%41,8)	117(%44,5)	9(%3,4)	0(%0,0)	263(%100)
Erkek	37(%12,5)	135(%45,5)	105(%35,4)	19(%6,4)	1(%0,3)	297(%100)
Toplam	64(%11,4)	245(%43,8)	222(%39,6)	28(%5,0)	1(%0,2)	560(%100)

*Exact χ^2=7,296; p=0,121

Tablo 31. Katılımcıların cinsiyete ile meslekteki gelecekleri arasındaki ilişki*

Cinsiyet	Meslekteki geleceğinizi nasıl görüyorsunuz					Toplam
	Çok iyi	İyi	Normal	Kötü	Çok kötü	
Kadın	28(%10,6)	103(%39,2)	103(%39,2)	28(%10,6)	1(%0,4)	263(%100)
Erkek	32(%10,8)	121(%40,7)	100(%33,7)	42(%14,1)	2(%0,7)	297(%100)
Toplam	60(%10,7)	224(%40,0)	203(%36,3)	70(%12,5)	3(%0,5)	560(%100)

*Exact χ^2=2,837; p=0,585

Tablo 32. Katılımcıların cinsiyet ile çalışma ortamından memnuniyet ilişkisi*

Cinsiyet	Çalışma ortamından memnun musunuz					Toplam
	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman	
Kadın	13(%4,9)	102(%38,8)	94(%35,7)	39(%14,8)	15(%5,7)	263(%100)
Erkek	17(%5,7)	87(%29,3)	128(%43,1)	47(%15,8)	18(%6,1)	297(%100)
Toplam	30(%5,4)	189(%33,8)	222(%39,6)	86(%15,4)	33(%5,9)	560(%100)

*Pearson χ^2=5,905; p=0,206

Öğretim elemanlarının cinsiyetlerine göre üstlerinden takdir görüp görmedikleri ve günlük iş yükünü nasıl buldukları ile ilgili sorulara cevapları arasında anlamlı fark saptanmadı (Pearson χ^2=6,334, p=0,176, Exact χ^2=5,865; p=0,209). Cinsiyet ile meslekteki verimlilikleri arasındaki ilişki Tablo 33'te, cinsiyet ile meslekteki geleceklerini nasıl gördükleri ile ilgili düşünceleri Tablo 34'te gösterilmiştir.

Tablo 33. Katılımcıların cinsiyete göre üstlerinden takdir görme durumu*

Cinsiyet	Üstlerden taktir görüyor musunuz					Toplam
	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman	
Kadın	10(%3,8)	76(%28,9)	107(%40,7)	50(%19,0)	20(%7,6)	263(%100)
Erkek	18(%6,1)	64(%21,5)	118(%39,7)	72(%24,2)	25(%8,4)	297(%100)
Toplam	28(%5,0)	140(%25,0)	225(%40,2)	122(%21,8)	45(%8,0)	560(%100)

*Pearson χ^2=6,334; p=0,176.

Tablo 34. Katılımcıların cinsiyete göre günlük iş yükü arasındaki ilişki durumu*

Cinsiyet	Günlük iş yükünüz nasıl					Toplam
	Çok fazla	Fazla	Normal	Az	Önemli değil	
Kadın	44(%16,7)	91(%34,6)	118(%44,9)	7(%2,7)	3(%1,1)	263(%100)
Erkek	49(%16,5)	85(%28,6)	143(%48,1)	18(%6,1)	2(%0,7)	297(%100)
Toplam	93(%16,6)	176(%31,4)	261(%46,6)	25(%4,5)	5(%0,9)	560(%100)

*Exact χ^2=5,865; p=0,209.

Öğretim görevlilerinin cinsiyet ile kendilerine zaman ayırabilme arasında anlamlı fark saptanmadı (Pearson χ^2=2,078; p=0,149). Kadın katılımcılarının %23,6'sının (62 kişi) kendilerine zaman ayırabildiği, %76,4'ünün (201 kişi) kendilerine zaman ayıramadığı saptandı. Erkek katılımcılarının %29'unun (86 kişi) kendilerine zaman ayırabildiği, %71,0'inin (211 kişi) kendilerine zaman ayıramadığı saptandı.

Öğretim görevlilerin cinsiyet ile sigara içme durumları arasında anlamlı fark yoktu (Pearson χ^2=7,136; p=0,028). Çalışmaya katılan erkeklerin %28,3'ü (84 kişi), kadınların %24,3'ü (64 kişi) sigara içtiği saptandı. Cinsiyet ile sigara içme durumları arasındaki ilişki Tablo 35'te gösterilmiştir.

Tablo 35. Cinsiyet ile sigara içme ilişkisi*

Cinsiyet	Sigara içiyor musunuz			Toplam
	İçmiyorum hiç içmedim	İçmiyorum bıraktım	İçiyorum	
Kadın	168 (%63,9)	31 (%11,8)	64 (%24,3)	263 (%100)
Erkek	159 (%53,5)	54 (%18,2)	84 (%28,3)	297 (%100)
Toplam	327 (%58,4)	85 (%15,2)	148 (%26,4)	560 (%100)

*Pearson χ^2=7,136; p=0,028.

Katılımcıların cinsiyet ile Fagerström testi skorlarına göre nikotin bağımlılık durumları arasında ilişki saptandı (Pearson χ^2=18,047; p=0,001). Çalışmaya katılan erkeklerin %41,7'sinde (35 kişi), kadınların %75,0'inde (48 kişi) nikotin bağımlılıkları çok düşük saptandı. Cinsiyet ile Fagerström testi arasındaki ilişkinin ayrıntıları Tablo 36'da gösterilmiştir.

Tablo 36. Cinsiyete ile Fagerström testine göre nikotin bağımlılık durumları*

Cinsiyet	Fagerström testine göre nikotin bağımlılık durumu					Toplam
	Çok az	Az	Orta	Yüksek	Çok yüksek	
Kadın	48(%75,0)	7(%10,9)	1(%1,6)	5(%7,8)	3(%4,7)	64(%100)
Erkek	35(%41,7)	23(%27,4)	8(%9,5)	14(%16,7)	4(%4,8)	84(%100)
Toplam	83(%56,1)	30(%20,3)	9(%6,1)	19(%12,8)	7(%4,7)	148(%100)

*Pearson χ^2=18,047; p=0,001.

Çalışmaya katılanların cinsiyete göre alkollü içki içme durumları arasında anlamlı ilişki vardı (Pearson χ^2=45,269; p<0,001). Kadın katılımcıların %20,9'unun (55 kişi) erkek katılımcıların %48,1'inin (143 kişi) alkollü içki kullandığı bulundu.

Akademik personelde cinsiyet ile alkol bağımlılığı arasında ilişki saptanmadı (Pearson χ^2=0,433; p=0,511). Çalışmaya katılan kadınların %14,5'inde (8 kişi), erkeklerin %19,9'unda (28 kişi) alkol bağımlılığı riski saptandı.

Öğretim elemanlarında cinsiyet ile depresyon arasında ilişki saptanmadı (Pearson χ^2=3,414; p=0,065). Çalışmaya katılan kadın öğretim elemanlarının %14,1'inde (37 kişi) erkek öğretim elemanlarının %9,1'inde (27 kişi) depresyon saptandı.

Akademik personelin cinsiyet ile duygusal tükenmişlik düzeyleri arasında ilişki saptandı (Pearson χ^2=13,602; p=0,001). Cinsiyet ile duygusal tükenmişlik arasındaki ilişkinin ayrıntıları Tablo 37'de gösterilmiştir.

Çalışmaya katılanların cinsiyete göre tükenmişliğin duyarsızlaşma ve kişisel başarı düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmadı (Pearson χ^2=0,666, p=0,717; Exact χ^2=0,780; p=0,626). Cinsiyet ile duyarsızlaşma arasındaki ilişki Tablo 38'de, cinsiyet ile kişisel başarı arasındaki ilişki Tablo39'da gösterilmiştir.

Tablo 37. Cinsiyet ile duygusal tükenmişlik arasındaki ilişkisi*

Cinsiyet	Duygusal tükenmişlik düzeyleri			Toplam
	Düşük	Orta	Yüksek	
Kadın	154 (%58,6)	100 (%38,0)	9 (%3,4)	263 (%100)
Erkek	217 (%73,1)	71 (%23,9)	9 (%3,0)	297 (%100)
Toplam	371 (%66,3)	171 (%30,5)	18 (%3,2)	560 (%100)

*Pearson χ^2=13,602; p=0,001.

Tablo 38. Cinsiyet ile tükenmişlik duyarsızlaşma düzeyleri arasındaki ilişkisi*

Cinsiyet	Tükenmişliğin duyarlılık düzeyleri			Toplam
	Düşük	Orta	Yüksek	
Kadın	164 (%62,4)	87 (%33,1)	12 (%4,6)	263 (%100)
Erkek	195 (%65,7)	90 (%30,3)	12 (%4,0)	297 (%100)
Toplam	359 (%64,1)	177 (%31,6)	24 (%4,3)	560 (%100)

*Pearson χ^2=0,666; p=0,717.

Tablo 39. Cinsiyet ile tükenmişliğin kişisel başarı düzeyleri arasındaki ilişki

Cinsiyet	Tükenmişliğin kişisel başarı düzeyleri		Toplam
	Orta	Yüksek	
Kadın	1 (%0,4)	262 (%99,6)	263 (%100)
Erkek	3 (%1,0)	294 (%99,0)	297 (%100)
Toplam	4 (%0,7)	556 (%99,3)	560 (%100)

*Exact χ^2=0,780; p=0,626.

Öğretim elemanlarının cinsiyetleri ile iş doyumu düzeyleri arasında ilişki saptanmadı (Pearson χ^2=0,362; p=0,548). Çalışmaya katılan kadın öğretim elemanlarının tükenmişlik düzeyleri %86,3'ünde (227 kişi) orta derecede, %13,7'sinde (36 kişi) yüksek derecede bulundu. Çalışmaya katılan erkek öğretim elemanlarının tükenmişlik düzeyleri %84,5'inde (251 kişi) orta derecede, %15,5'sinde (46 kişi) yüksek derecede saptandı.

Öğretim elemanlarının cinsiyet ile yaşam kalitesi ve alt ölçekleri ile tükenmişlik, depresyon, iş doyumu, durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında Mann Whitney U analizi yapıldı. Katılımcıların cinsiyete göre yaşam kalitesi ve alt ölçeklerinden fiziksel, psikolojik, sosyal, çevresel, toplumsal çevre ve iş doyumu düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmadı (Z=-0,698, p=0,485; Z=-0,604, p=0,546; Z=-1,730, p=0,084; Z=-0,911, p=0,362; Z=1,012, p=0,312; Z=-0,682, p=0,495). Öğretim elemanlarının cinsiyetleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı fark vardı, erkeklerde yaşam kalitesi kadınlardan yüksek saptandı (Z=-0,064, p=0,039). Çalışmaya katılanların cinsiyetleri ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı fark saptandı; kadınlarda tükenmişlik düzeyleri erkeklerden yüksekti (Z=-2,612, p=0,009). Katılımcıların cinsiyete göre depresyon düzeyleri arasında fark saptandı; kadınlarda

depresyon erkeklerden fazla bulundu (Z=-2,055, p=0,040). Öğretim elemanlarının cinsiyet ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark saptandı;her iki kaygı düzeyi kadınlarda erkeklere göre yüksek saptandı (Z=-3,981, p<0,001; Z=-3,719, p<0,001). Yaşam kalitesinin alt ölçekleri, depresyon, kaygı düzeyleri, iş doyumu ile katılımcıların cinsiyetle karşılaştırılması Tablo 40'ta gösterilmiştir.

Tablo 40. Yaşam kalitesinin alt ölçekleri, depresyon, kaygı düzeyleri, iş doyumu ile katılımcıların cinsiyetle karşılaştırılması

	Kadın (n=263) Medyan (%25-%75 persantil)	**Erkek (n=297) Medyan (%25-%75 persantil)**	**Z***	**p**
YK fiziksel	15,43 (13,71-16,57)	15,43 (13,71-17,14)	-0,698	0,485
YK psikolojik	14,00 (12,00-15,33)	14,00 (12,00-15,33)	-0,604	0,546
YK sosyal	14,66 (12,00-16,00)	14,66 (13,33-16,00)	-1,730	0,084
YK çevresel	13,50 (12,00-15,00)	14,00 (12,50-15,00)	-0,911	0,362
YK toplumsal çevre	13,78 (12,44-15,11)	14,22 (12,44-15,11)	-1,012	0,312
YK toplam	14,37 (13,18-15,55)	14,67 (13,78-15,85)	-0,064	0,039
Tükenmişlik	41,00 (34,00-47,00)	38,00 (32,50-45,00)	-2,612	0,009
İş doyumu	64,00 (56,00-70,00)	63,00 (56,00-70,50)	-0,682	0,495
BDÖ-BB	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (0,00-3,00)	-2,055	0,040
Durumluk kaygı	38,00 (30,00-46,00)	34,00 (27,00-41,00)	-3,981	<0,001
Sürekli kaygı	45,00 (42,00-48,00)	43,00 (41,00-46,00)	-3,719	<0,001

***Mann Whitney U test istatistiği, **YK**: Yaşam kalitesi, **BDÖ-BB**: Birinci başamak için Beck depresyon ölçeği.

EĞİTİM DÜZEYLERİ ANALİZİ

Çalışmaya katılanların eğitim düzeylerine göre BDÖ-BB ile ölçülen depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmadı (Exact χ^2=3,130; p=0,209). Eğitim düzeyi ile depresyon arasındaki ilişki Tablo 41'de gösterilmiştir.

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre iş tatmini düzeyleri arasında anlamlı fark bulundu (Pearson χ^2=13,440; p=0,001). Eğitim ile iş tatmini düzeyi arasındaki ilişki Tablo 42'de gösterilmiştir.

Tablo 41. Katılımcıların eğitim düzeyleri ile depresyon arasındaki ilişki*

Eğitim düzeyi	Depresyon düzeyleri		Toplam
	Yok	Var	
Lisans	54 (%94,7)	3 (%5,3)	57 (%100)
Yüksek lisans	265 (%86,9)	40 (%13,1)	305 (%100)
Doktora	177 (%89,4)	21 (%10,6)	198 (%100)
Toplam	496 (%88,6)	64 (%11,4)	560 (%100)

*Exact χ^2=3,130; p=0,209.

Tablo 42. Katılımcıların eğitim düzeyleri ile iş tatmini düzeyi arasındaki ilişki*

Eğitim düzeyi	İş tatmini düzeyleri		Toplam
	Orta	Yüksek	
Lisans	41 (%71,9)	16 (%28,1)	57 (%100)
Yüksek lisans	273 (%89,5)	32 (%10,5)	305 (%100)
Doktora	164 (%82,8)	34 (%17,2)	198 (%100)
Toplam	478 (%85,4)	82 (%14,6)	560 (%100)

*Pearson χ^2=13,440; p=0,001.

Katılımcıların eğitim durumları ile tükenmişliğin alt ölçeklerinden duygusal tükenme ve kişisel başarı arasında anlamlı fark yoktu (Pearson χ^2=8,666, p=0,070; Pearson χ^2=0,669, p=1,000). Çalışmaya katılanların eğitim durumu ile tükenmişliğin duyarsızlaşma alt ölçeği arasında anlamlı fark saptandı (Pearson χ^2=18,132; p=0,001). Eğitim durumu ile duyarsızlaşma düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 43'te gösterilmiştir.

Tablo 43. Katılımcıların eğitim düzeyleri ile duyarsızlaşma düzeyi arasındaki ilişki*

Eğitim durumu	Duyarsızlaşma düzeyleri			Toplam
	Düşük	Orta	Yüksek	
Lisans	41 (%71,9)	13(%22,8)	3(%5,3)	57(%100)
Yüksek lisans	172 (%56,4)	117(%38,4)	16(%5,2)	305(%100)
Doktora	146 (73,7)	47(%23,7)	5(%2,5)	198(%100)
Toplam	359(64,1)	177(%31,6)	24(%4,3)	560(%100)

*Pearson χ^2=18,132; p=0,001.

Katılımcıların öğrenim düzeyleri ile durumluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark bulundu (KW χ^2=28,610, p<0,001). Post-hoc Dunn testine göre yüksek lisans sahiplerinde durumluk kaygı düzeyleri yüksek saptandı. Çalışmaya katılanların öğrenim düzeyleri ile sürekli kaygı düzeyleri, yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal ve çevresel alt ölçekleri arasında fark tespit edlmedi (KW χ^2=0,790, p=0,674; KW χ^2=1,338, p=0,512; KW χ^2=1,207, p=0,547; KW χ^2=4,095, p=0,129). Çalışmaya katılanların öğrenim düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark saptandı (KW χ^2=14,646, p<0,001). Post-hoc Dunn testine göre yüksek lisans derecesine sahip olanlarda depresyon düzeyleri daha yüksekti. Katılımcıların öğrenim düzeyleri ile iş doyumu düzeyleri arasında anlamlı fark vardı (KW χ^2=31,259, p<0,001). Post-hoc Dunn testine göre iş doyumu yüksek lisans düzeyine sahip olanlarda en düşük, lisans düzeyine sahip olanlarda en yüksek idi. Katılımcıların öğrenim düzeylerine göre yaşam kalitesinin psikolojik ve toplumsal çevre alt ölçekleri düzeyleri arasında anlamlı fark saptandı (KWχ^2=6,527, p=0,038; KW χ^2=11,718, p=0,003). Post-hoc Dunn testine göre her iki ölçeğin puanları yüksek lisans sahibi olanlarda en düşük,doktora sahibi olanlarda en yüksekti. Akademik personelin öğrenim düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı fark vardı (KW χ^2=7,169, p=0,028). Post-hoc Dunn testine göre doktora düzeyine sahip olanların en yüksek, lisans sahibi olanların en düşüktü. Katılımcıların öğrenim düzeyleri ile tükenmişlik düzeyleri anlamlı farklı idi (KW χ^2=10,099, p=0,006). Post-hoc Dunn testine göre yüksek lisans düzeyine sahip olanlarda tükenmişlik en yüksek, doktora düzeyine sahip olanlarda en düşük saptandı. Öğrenim durumu ile yaşam kalitesi ve alt ölçekleri,tükenmişlik, iş doyumu, depresyon ve kaygı düzeyleri ile ilişkisi Tablo 44'te gösterilmiştir.

Tablo 44. Öğrenim durumu ile yaşam kalitesi ve alt ölçekleri,tükenmişlik, iş doyumu, depresyon ve kaygı düzeyleri ile ilişkisi

	Lisans	Yüksek lisans	Doktora	χ^{2}*	p
YK fiziksel	15,42 (14,57-16,57)	14,85 (13,14-16,85)	16,00 (14,28-17,14)	1,338	0,512
YK psikolojik	15,33 (13,33-17,00)	13,33 (11,33-14,66)	14,66 (12,66-15,50)	6,527	0,038
YK sosyal	16,00 (12,00-16,66)	14,66 (12,00-16,00)	14,66 (12,00-16,00)	1,207	0,547
YK çevresel	14,00 (13,00-15,00)	13,50 (12,00-15,00)	14,00 (13,00-15,50)	4,095	0,129
YK toplumsal çevre	14,22 (13,33-15,11)	13,33 (12,00-14,66)	14,22 (13,33-15,55)	11,718	0,003
YK toplam	14,81 (13,85-15,55)	14,22 (13,03-15,40)	14,96 (14,07-16,00)	7,169	0,028
Tükenmişlik	37,00 (33,00-44,00)	41,00 (34,50-46,50)	37,50 (31,75-45,00)	10,099	0,006
İş doyumu	68,00 (62,00-75,00)	62,00 (53,00-68,00)	67,00 (59,00-72,00)	31,259	<0,001
BDÖ-BB	1,00 (0,00-2,00)	2,00 (1,00-3,00)	1,00 (1,00-3,00)	14,646	<0,001
Durumluk kaygı	31,00 (26,00-38,00)	39,00 (31,00-46,00)	33,00 (27,00-40,00)	28,610	<0,001
Sürekli kaygı	44,00 (41,00-47,00)	44,00 (41,00-47,00)	44,00 (41,00-47,00)	0,790	0,674

*Kruskal-Wallis test istatistiği, **YK**: Yaşam kalitesi, **BDÖ-BB**: Birinci başamak için Beck depresyon ölçeği.

GÖREV ÜNVANLARI ANALİZİ

Akademik personelinin görev ünvanına göre BDÖ-BB ölçeği ile ölçülen depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmadı (Exact χ^{2}=6,386; p=0,374). Görev ünvanı ile depresyon arasındaki ilişki Tablo 45'te gösterilmiştir.

Öğretim elemanlarının görev ünvanı ile iş doyumu düzeyleri arasında ilişki saptanmadı (Exact χ^{2}=9,942; p=0,124). Görev ünvanı ile iş doyumu düzeyi arasındaki ilişkinin ayrıntıları Tablo 46'de gösterilmiştir.

Tablo 45. Katılımcıların görev ünvanı ile depresyon arasındaki ilişki

Görev ünvanı	BDÖ-BB'ye göre depresyon		Toplam
	Depresyon yok	Depresyon var	
Prof.	35 (%94,6)	2 (%5,4)	37 (%100)
Doç.	37 (%90,2)	4 (%9,8)	41 (%100
Yrd. Doç.	86 (%91,5)	8 (%8,5)	94 (%100
Öğr. Gör.	30 (%90,9)	3 (%9,1)	33 (%100
Uzm.	11 (%73,3)	4 (%26,7)	15 (%100
Araş. Gör.	285 (%87,4)	41 (%12,6)	326 (%100
Okutman	12 (%85,7)	2 (%14,3)	14 (%100
Toplam	496 (%88,9)	64 (%11,4)	560 (%100

*Exact χ^2=6,386; p=0,374. **BDÖ-BB**: Birinci başamak için Beck depresyon ölçeği.

Tablo 46. Katılımcıların görev ünvanı ile iş doyumu arasındaki ilişki

Görev ünvanı	İş doyumu düzeyi		Toplam
	Orta	Yüksek	
Prof.	31(%83,8)	6(%16,2)	37(%100)
Doç.	34(%82,9)	7(%17,1)	41(%100
Yrd. Doç.	73(%77,7)	21(%22,3)	94(%100
Öğr. Gör.	30(%90,9)	3(%9,1)	33(%100
Uzm.	14(%93,3)	1(%6,7)	15(%100
Araş. Gör.	286(%87,7)	40(%12,3)	326(%100
Okutman	10(%71,4)	4(%28,6)	14(%100
Toplam	478(%85,4)	82(%14,6)	560(%100

*Exact χ^2=9,942; p=0,124.

Öğretim elemanlarının görev ünvanı ile tükenmişliğin alt ölçeklerinden duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı düzeyleri arasında anlamlı ilişki yoktu (Exact χ^2=14,755, p=0,255; Exact χ^2=12,945, p=0,088). Katılımcıların görev ünvanı ile duygusal tükenmişlik arasındaki ilişki durumu Tablo 47'de, kişisel başarı düzeyleri ile arasındaki ilişki durumu Tablo 48'de gösterilmiştir.

Tablo 47. Katılımcıların görev ünvanı ile duygusal tükenmişlik arasındaki ilişki*

Görev unvanı	Duygusal tükenmişlik düzeyi			Toplam
	Düşük	Orta	Yüksek	
Prof.	22 (%59,5)	15 (%40,5)	0 (%0,0)	37 (%100)
Doç.	29 (%70,7)	12 (%29,3)	0 (%0,0)	41 (%100)
Yrd. Doç.	73 (%77,7)	19 (%20,2)	2 (%2,1)	94 (%100)
Öğr. Gör.	24 (%72,7)	8 (%24,3)	1 (%3)	33 (%100)
Uzm.	9 (%60,0)	6 (%40,0)	0 (%0,0)	15 (%100)
Araş. gör.	205 (%62,9)	106 (%32,5)	15 (%4,6)	326 (%100)
Okutman	9 (%64,3)	5 (%35,7)	0 (%0,0)	14 (%100)
Toplam	371 (%66,3)	171 (%30,5)	18 (%3,2)	560 (%100)

*Exact χ^2=14,755; p=0,255.

Tablo 48. Görev ünvanı ile tükenmişliğin kişisel başarısı düzeyleri arasındaki ilişki

Görev ünvanı	Tükenmişliğin kişisel başarı düzeyi		Toplam
	Orta	Yüksek	
Prof.	2 (%5,4)	35 (%94,6)	37 (%100)
Doç.	0 (%0,0)	41 (%100)	41 (%100
Yrd. Doç.	0 (%0,0)	94 (%100)	94 (%100
Öğr. Gör.	0 (%0,0)	33 (%100)	33 (%100
Uzm.	0 (%0,0)	15 (%100)	15 (%100
Araş. Gör. Dr.	2 (%0,6)	324 (%99,4)	326 (%100
Okutman	0 (%0,0)	14 (%100)	14 (%100
Toplam	4 (%0,7)	556 (%99,3)	560 (%100

*Exact χ^2=12,945; p=0,088.

Öğretim elemanlarının görev ünvanı ile tükenmişliğin alt ölçeklerinden duyarsızlaşma düzeyi arasında fark vardı (Exact χ^2=30,517; p=0,002). Araştırma görevlilerinde %38,3'ünde (125 kişi) duyarsızlaşma orta düzeye saptandı. Çalışmaya katılanların görev ünvanları ile duyarsızlaşma arasındaki ilişkinin ayrıntıları Tablo 49'da gösterilmiştir.

Tablo 49. Katılımcıların görev ünvanı ile duyarsızlaşma arasındaki ilişki*

Görev unvanı	Tükenmişliğin duyarsızlaşma düzeyi			Toplam
	Düşük	Orta	Yüksek	
Prof.	24 (%64,9)	12 (%32,4)	1 (%2,7)	37 (%100)
Doç.	32 (%78,0)	9 (%22,0)	0 (%0,0)	41 (%100)
Yard. Doç.	74 (%78,7)	18 (%19,1)	2 (%2,2)	94 (%100)
Öğr. Gör.	24 (%72,7)	8 (%24,3)	1 (%3,0)	33 (%100)
Uzm.	12 (%80,0)	1 (%6,7)	2 (%13,3)	15 (%100)
Araş. Gör.	183 (%56,2)	125 (%38,3)	18 (%5,5)	326 (%100)
Okutman	10 (%71,4)	4 (%28,6)	0 (%0,0)	14 (%100)
Toplam	359 (%64,1)	177 (%31,6)	24(%4,3)	560 (%100)

*Exact χ^2=30,517; p=0,002.

Öğretim elemanlarının görev ünvanlarına göre durumluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark saptandı (KW χ^2=29,643, p<0,001). Post-hoc Dunn testine göre araştırma görevlerinde durumluk kaygı düzeyleri diğer gruplara göre yüksekti. Katılımcıların görev ünvanlarına göre sürekli kaygı düzeyleri, depresyon düzeyleri, yaşam kalitesinin alt ölçeklerinden fiziksel ve sosyal arasında fark saptanmadı (KW χ^2=8,009, p=237; KW χ^2=10,468, p=0,106; KW χ^2=3,887, p=0,692; KW χ^2=9,187, p<0,163). Çalışmaya katılanların görev ünvanlarına göre iş doyumu düzeyleri arasında anlamlı fark saptandı (KW χ^2=31,200, p<0,001). Post-hoc Dunn testine göre diğer gruplara göre araştırma görevlilerinde iş doyumu en düşük saptandı. Katılımcıların görev ünvanlarına göre yaşam kalitesinin alt ölçeklerinden psikolojik dereceleri arasında anlamlı fark vardı (KW χ^2=17,894, p<0,010). Post-hoc Dunn testine göre araştırma görevlilerinde ve öğretim görevlilerinde düşük yardımcı doçentlerde yüksek bulundu. Katılımcıların görev ünvanlarına göre yaşam kalitesinin alt ölçeklerinden çevresel düzeyleri arasında anlamlı fark saptandı (KW χ^2=15,368, p=0,018). Post-hoc Dunn testine göre doçentlerde en yüksek, yardımcı doçent öğretim görevlisi ve araştırma görevlilerinde düşük saptandı. Katılımcıların görev ünvanlarına göre yaşam kalitesinin alt ölçeklerinden toplumsal çevre düzeyleri arasında anlamlı fark saptandı (KW χ^2=17,561, p=0,007). Post-hoc Dunn testine göre araştırma görevlilerinde en düşük, profesör doçent ve yardımcı doçentlerde yüksek saptandı. Katılımcıların görev ünvanlarına göre yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı fark saptandı (KW χ^2=19,754, p=0,003). Post-hoc Dunn testine göre profesör ve uzmanlarda yüksek diğer gruplarda düşük saptandı. Katılımcıların görev

Tablo 50. Görev ünvanı ile yaşam kalitesi ve alt ölçekleri, tükenmişlik, iş doyumu, depresyon ve kaygı düzeyleri ile ilişkisi

	Prof.	Doç.	Yard. Doç.	Öğr. Gör.	Uzm.	Araş. Gör	Okutman	χ^2 *	p
YK fiziksel	16,00 (14,28-17,14)	16,00 (14,85-17,71)	15,71 (13,71-17,14)	14,85 (13,71-17,42)	16,00 (14,85-17,71)	14,85 (13,14-16,57)	15,71 (13,14-17,14)	3,887	0,692
YK psikolojik	14,00 (12,00-15,66)	14,00 (12,66-15,33)	14,66 (12,66-16,66)	14,00 (12,66-14,66)	15,33 (12,66-15,33)	13,33 (11,33-15,33)	15,00 (14,16-16,83)	17,894	0,010
YK sosyal	14,66 (13,33-16,00)	14,66 (12,66-16,00)	14,66 (13,33-16,00)	14,66 (12,00-16,00)	16,00 (13,33-16,00)	14,66 (12,00-16,00)	15,33 (13,00-17,66)	9,187	0,163
YK çevresel	15,00 (13,50-16,25)	14,50 (13,50-15,50)	14,25 (13,50-15,50)	13,50 (13,00-14,50)	14,00 (13,50-15,50)	13,25 (12,00-15,00)	13,50 (12,25-15,00)	15,368	0,018
YK toplumsal çevre	15,11 (13,33-16,44)	14,66 (13,77-15,55)	14,22 (13,66-15,55)	13,77 (12,88-14,66)	14,66 (13,77-15,55)	13,33 (12,00-14,77)	13,55 (12,55-15,11)	17,561	0,007
YK toplam	15,70 (14,14-16,29)	15,40 (14,22-16,07)	14,81 (14,07-16,00)	14,37 (13,85-15,77)	15,25 (14,22-16,88)	14,22 (13,03-15,29)	15,03 (13,66-16,00)	19,754	0,003
Tükenmişlik	40,00 (35,00-50,50)	38,00 (35,00-45,00)	35,00 (30,00-40,25)	39,00 (32,00-45,50)	44,00 (36,00-47,00)	41,00 (34,00-41,00)	36,50 (31,00-45,25)	24,536	<0,001
İş doyumu	65,00 (57,00-71,50)	67,00 (61,50-72,00)	67,00 (59,00-72,00)	66,00 (55,50-69,00)	64,00 (60,00-70,00)	62,00 (53,00-69,00)	68,00 (65,00-75,00)	31,200	<0,001
BDÖ-BB	1,00 (0,00-2,50)	1,00 (0,50-3,00)	1,00 (0,00-3,00)	1,00 (0,00-2,50)	2,00 (1,00-5,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-4,00)	10,468	0,106
Durumluk kaygı	30,00 (26,50-38,50)	34,00 (27,50-38,00)	33,00 (29,00-39,00)	35,00 (27,50-39,00)	31,00 (25,00-40,00)	39,00 (30,00-46,00)	31,00 (27,00-35,50)	6,009	<0,001
Sürekli kaygı	45,00 (41,50-48,00)	43,00 (41,00-46,50)	44,00 (41,00-46,00)	46,00 (43,00-48,00)	46,00 (43,00-48,00)	44,00 (41,00-47,00)	42,50 (41,00-49,25)	29,643	0,237

*Kruskal-Wallis test istatisti, **YK**: Yaşam kalitesi, **BDÖ-BB**: Birinci basamak için Beck depresyon ölçeği

ünvanlarına göre tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı fark vardı (KW χ^2=24,536, p<0,001). Post-hoc Dunn testine göre yardımcı doçentlerde tükenmişlik en düşük, diğer gruplarda yüksekti. Görev ünvanı ile yaşam kalitesi ve alt ölçekleri, tükenmişlik, iş doyumu, depresyon ve kaygı düzeyleri ile ilişkisi Tablo 50'de gösterilmiştir.

ÇALIŞILAN FAKÜLTE İLE İLGİLİ ANALİZLER

Öğretim elemanlarının çalıştıkları fakülteler ile BDÖ-BB ile değerlendirilen depresyon arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 51) (Exact χ^2=17,920; p=0,118).

Tablo 51. Katılımcıların çalıştıkları fakülteler ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki*

Fakülteler	Depresyon		Toplam
	Depresyon yok	Depresyon var	
Tıp	340 (%85,4)	58 (%14,6)	398 (%100)
Mühendislik mimarlık	27 (%100)	0 (%0,0)	27 (%100)
Fen edebiyat	32 (%94,1)	2 (%5,9)	34 (%100)
Eğitim fakültesi	25 (%100)	0 (%0,0)	25 (%100)
Rektörlük	4 (%100)	0 (%0,0)	4 (%100)
İktisadi ve idari bilimler	39 (%97,5)	1 (%2,5)	40 (%100)
Sağlık bilimleri enstitüsü	1 (%100)	0 (%0,0)	1 (%100)
Sosyal bilimler enstitüsü	3 (%10)	0 (%0,0)	3 (%100)
Edirne sağlık YO	10 (%100)	0 (%0,0)	10 (%100)
Edirne teknik bilimler	1 (%100)	0 (%0,0)	1 (%100)
Edirne sosyal bilimler MYO	10 (%83,3)	2 (%16,7)	12 (%100)
Yabancı diller	4 (%80,0)	1 (%20)	5 (%100)
Toplam	496 (%88,6)	64 (%11,4)	560 (%100)

*Exact χ^2=17,920; p=0,118. **MYO**: Meslek yüksek okulu, **YO**: Yüksek okulu.

Katılımcıların fakültelere göre tükenmişliğin alt ölçeklerinden duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, kişisel başarı düzeyleri arasında anlamlı fark mevcuttu (Tablo 52, Tablo 53, Tablo 54) (Exact χ^2=14,340, p=0,889; Exact χ^2=16,201, p=0,806; Exact χ^2=1,640, p=1,000). Çalışmaya katılanların çalıştıklar fakülteler ile iş doyumu düzeyleri arasında anlamlı farklıydı (Exact χ^2=36,875; p=0,001). Fakülteler ile iş doyumu düzeyleri arasındaki ilişkinin ayrıntıları Tablo 55'te gösterilmiştir.

Tablo 52. Katılımcıların çalıştıkları fakültelere göre duygusal tükenmişlik düzeyleri*

Fakülteler	Duygusal tükenmişlik			Toplam
	Düşük	Orta	Yüksek	
Tıp	253 (%63,6)	131 (%32,9)	14 (%3,5)	398 (%100)
Mühendislik mimarlık	17 (%63)	9 (%33,3)	1 (%3,7)	27 (%100)
Fen edebiyat	22 (%64,7)	12 (%35,3)	0 (%0,0)	34 (%100)
Eğitim fakültesi	19 (%76,0)	5 (%20,0)	1 (%4,0)	25 (%100)
Rektörlük	2 (%50,0)	2 (%50,0)	0 (%0,0)	4 (%100)
İktisadi ve idari bilimler	32 (%80,0)	7 (%17,5)	1 (%2,5)	40 (%100)
Sağlık bilimleri enstitüsü	1 (%100)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	1 (%100)
Sosyal bilimler enstitüsü	2 (%66,7)	1 (%33,3)	0 (%0,0)	3 (%100)
Edirne sağlık YO	9 (%90)	1 (%10)	0 (%0,0)	10 (%100)
Edirne teknik bilimler	1 (%100)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	1 (%100)
Edirne sosyal bilimler MYO	9 (%75)	2 (%16,7)	1 (%8,3)	12 (%100)
Yabancı diller	4 (%80,0)	1 (%20)	0 (%0,0)	5 (%100)
Toplam	371 (%66,3)	171 (%30,5)	18 (%3,2)	560 (%100)

*Exact χ^2=14,340; p=0,889. **MYO**: Meslek yüksek okulu, **YO**: Yüksek okulu.

Tablo 53. Katılımcıların çalıştıkları fakültelere göre duyarsızlaşma düzeyleri*

Fakülteler	Duyarsızlaşma			Toplam
	Düşük	Orta	Yüksek	
Tıp	244 (%61,3)	136 (%34,2)	18 (%4,5)	398 (%100)
Mühendislik mimarlık	17 (%63,0)	10 (%37,0)	0 (%0,0)	27 (%100)
Fen edebiyat	26 (%76,5)	6 (%17,6)	2 (%5,9)	34 (%100)
Eğitim fakültesi	18 (%72,0)	6 (%24,0)	1 (%4,0)	25 (%100)
Rektörlük	3 (%75,0)	1 (%25,0)	0 (%0,0)	4 (%100)
İktisadi ve idari bilimler	24 (%60,0)	14 (%35,0)	2 (%5,0)	40 (%100)
Sağlık bilimleri enstitüsü	1 (%100)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	1 (%100)
Sosyal bilimler enstitüsü	2 (%66,7)	1 (%33,3)	0 (%0,0)	3 (%100)
Edirne sağlık YO	10 (%100)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	10 (%100)
Edirne teknik bilimler	1 (%100)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	1 (%100)
Edirne sosyal bilimler MYO	9 (%75)	2 (%16,7)	1 (%8,3)	12 (%100)
Yabancı diller	4 (%80,0)	1 (%20)	0 (%0,0)	5 (%100)
Toplam	359 (%64,1)	177 (%31,6)	24 (%4,3)	560 (%100)

*Exact χ^2=16,201, p=0,806. **MYO**: Meslek yüksek okulu, **YO**: Yüksek okulu.

Tablo 54. Katılımcıların çalıştıkları fakülteler ile kişisel başarı düzeyleri*

Fakülteler	Kişisel başarı		Toplam
	Orta	Yüksek	
Tıp	4 (%1,0)	394 (%99,0)	398 (%100)
Mühendislik mimarlık	0 (%0,0)	27 (%100)	27 (%100)
Fen edebiyat	0 (%0,0)	34 (%100)	34 (%100)
Eğitim fakültesi	0 (%0,0)	25 (%100)	25 (%100)
Rektörlük	0 (%0,0)	4 (%100)	4 (%100)
İktisadi ve idari bilimler	0 (%0,0)	40 (%100)	40 (%100)
Sağlık bilimleri enstitüsü	0 (%0,0)	1 (%100)	1 (%100)
Sosyal bilimler enstitüsü	0 (%0,0)	3 (%100)	3 (%100)
Edirne sağlık YO	0 (%0,0)	10 (%100)	10 (%100)
Edirne teknik bilimler	0 (%0,0)	1 (%100)	1 (%100)
Edirne sosyal bilimler MYO	0 (%0,0)	12 (%100)	12 (%100)
Yabancı diller	0 (%0,0)	5 (%100)	5 (%100)
Toplam	4 (%0,7)	556 (%99,3)	560 (%100)

*Exact χ^2=1,640; p=1,000. **MYO**: Meslek yüksek okulu, **YO**: Yüksek okulu.

Tablo 55. Katılımcıların çalıştıkları fakülteler ile iş doyumu düzeyleri arasındaki ilişki*

Fakülteler	İş doyumu düzeyi		Toplam
	Orta	Yüksek	
Tıp	354 (%88,9)	44 (%11,1)	398 (%100)
Mühendislik mimarlık	25 (%92,6)	2 (%7,4)	27 (%100)
Fen edebiyat	29 (%85,3)	5 (%14,7)	34 (%100)
Eğitim fakültesi	18 (%72,0)	7 (%28,0)	25 (%100)
Rektörlük	3 (%75,0)	1 (%25,0)	4 (%100)
İktisadi ve idari bilimler	23 (%57,5)	17 (%42,5)	40 (%100)
Sağlık bilimleri enstitüsü	1 (%100)	0 (%0,0)	1 (%100)
Sosyal bilimler enstitüsü	3 (%10)	0 (%0,0)	3 (%100)
Edirne sağlık YO	7 (%70)	3 (%30)	10 (%100)
Edirne teknik bilimler	1 (%100)	0 (%0,0)	1 (%100)
Edirne sosyal bilimler MYO	10 (%83,3)	2 (%16,7)	12 (%100)
Yabancı diller	4 (%80,0)	1 (%20)	5 (%100)
Toplam	478 (%85,4)	82 (%14,6)	560 (%100)

*Exact χ^2=36,875; p=0,001. **MYO**: Meslek yüksek okulu, **YO**: Yüksek okulu.

GELİR DÜZEYLERİ ANALİZİ

Akademik personelin gelir düzeylerine göre durumluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark saptandı (KW χ^2=11,293, p=0,010). Post-hoc Dunn testine göre gelir düzeyi 3500YTL ve üzeri olanların durumluk kaygı düzeyleri daha düşüktü. Katılımcıların gelir düzeylerine göre sürekli kaygı düzeyleri, yaşam kalitesinin alt ölçeklerinden fiziksel, psikolojik, çevresel, toplumsal çevre ve tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmadı (KW χ^2=5,629, p=0,131; KW χ^2=1,168, p=0,761; KW χ^2=5,786, p=0,122; KW χ^2=4,063, p=0,255; KW χ^2=3,302, p=0,347; KW χ^2=5,441, p=0,142).

Çalışmaya katılanların gelir düzeylerine göre depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark saptandı (KW χ^2=14,621, p=0,002). Post-hoc Dunn testine göre gelir düzeyleri 2500-3500 YTL olanların depresyon düzeyleri yüksek bulundu. Öğretim elemanlarının gelir düzeylerine göre iş doyumu düzeyleri arasında anlamlı fark saptandı (KW χ^2=12,032, p=0,007). Post-hoc Dunn testine göre geliri 3500 YTL üzerinde olanlarda iş tatmini diğerlerine göre yüksek yüksek olarak belirlendi. Çalışmaya katılanların gelir düzeylerine göre yaşam kalitesinin alt ölçeklerinden sosyal düzeyleri arasında anlamlı fark vardı (KW χ^2=9,684, p=0,021). Post-hoc Dunn testine göre geliri 1500 YTL altında olanların en düşük, geliri 2500-3500 YTL olanların en yüksekti. Öğretim görevlilerinin gelirlerine göre yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı fark saptandı (KW χ^2=17,021, p<0,001). Post-hoc Dunn testine göre geliri 3500 YTL üzerinde olanlarda yaşam kalitesi en yüksekti (KW χ^2=17,021, p<0,001). Gelir düzeyi ile yaşam kalitesi ve alt ölçekleri,tükenmişlik, iş doyumu, depresyon ve kaygı düzeyleri ile ilişkisi Tablo 56'da gösterilmiştir.

YAŞ İLE İLGİLİ ANALİZLER

Öğretim elemanlarının yaşları ile yaşam kalitesi ve alt ölçekleri ile, tükenmişlik, depresyon, iş doyumu, durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında Spearman Korelasyon analizi yapıldı. Öğretim elemanlarının yaşları ile yaşam kalitesinin alt ölçeklerinden fiziksel, çevresel ve toplumsal çevre düzeyleri arasında korelasyon mevcuttu (r=0,129, p=0,002; r=0,181, p<0,001; r=0,185, p<0,001). Katılımcıların yaşları arttıkça yaşam kaliteleri artıyordu (r=0,208, p<0,001). Çalışmaya katılanların yaşları ile yaşam kalitesinin alt ölçeklerinden psikolojik ve sosyal durumları arasında korelasyon saptanmadı (r=0,043, p=0,311; r=0,048, p=0,261). Akademik personelin yaşları ile tükenmişlik ve depresyon düzeyleri arasında önemli ilişki saptanmadı (r=-0,064, p=0,132; r=-0,010, p=0,808). Katılımcıların yaşları ile durumluk kaygı düzeyleri arasında negatif korelasyon vardı (r=-0,173, p<0,001).

Tablo 56. Gelir düzeyi ile yaşam kalitesi ve alt ölçekleri, tükenmişlik, iş doyumu, depresyon ve kaygı düzeyleri ile ilişkisi

	1500 YTL altı	1500-2500 YTL	2500-3500 YTL	3500 YTL ve üzeri	χ^2 *	p
YK fiziksel	14,85 (13,14-16,57)	15,43 (13,14-17,14)	14,85 (13,71-16,57)	16,00 (14,28-17,14)	1,168	0,761
YK psikolojik	14,00 (11,50-16,00)	13,33 (11,33-15,33)	14,00 (11,33-15,33)	14,66 (12,66-15,33)	5,786	0,122
YK sosyal	13,33 (12,00-16,00)	14,66 (12,00-16,00)	14,66 (12,00-16,00)	14,66 (13,33-16,00)	9,684	0,021
YK çevresel	13,50 (12,00-15,00)	13,50 (12,00-14,50)	13,50 (11,75-15,50)	14,50 (13,50-16,00)	4,063	0,255
YK toplumsal çevre	13,77 (12,44-15,11)	13,77 .(12,00-14,66)	13,77 (12,00-15,11)	14,66 (13,44-16,00)	3,302	0,347
YK toplam	14,22 (13,03-15,25	14,37 (13,03-15,55)	14,51 (13,18-15,70)	15,25 (14,11-16,00)	17,021	<0,001
Tükenmişlik	38,50 (32,00-46,00)	41,00 (35,00-47,00)	38,00 (32,00-46,50)	38,00 (33,00-44,75)	5,441	0,142
İş doyumu	64,00 (55,00-71,75)	63,00 (54,00-69,00)	64,00 (54,00-70,50)	65,50 (60,00-71,75)	12,032	0,007
BDÖ-BB	1,00 (0,00-3,00)	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (1,00-3,00)	1,00 (0,00-2,00)	14,621	0,002
Durumluk kaygı	36,00 (29,00-45,75)	38,00 (30,00-45,00)	37,00 (29,00-45,00)	33,00 (28,00-39,00)	11,293	0,010
Sürekli kaygı	45,00 (42,00-48,00)	44,00 (41,00-47,00)	44,00 (41,00-46,00)	44,00 (41,00-47,00)	5,629	0,131

*Kruskal-Wallis test istatistiği. **YK**: Yaşam kalitesi, **BDÖ-BB**: Birinci basamak için Beck depresyon ölçeği, **YTL**: Yeni Türk Lirası

Katılımcıların yaşları ile sürekli kaygı düzeyleri korele değildi (r=-0,028, p=0,507). Öğretim elemanlarının yaşları arttıkça iş tatmini artıyordu (r=0,098, p=0,023). Katılımcıların yaşları arttıkça toplam hizmet yılı artıyordu, çalıştıkları bölümdeki hizmet yılı artıyordu (r=0,944, p<0,001; r=0,719, p<0,001). Katılımcıların yaşları ile yaşam kalitesi ve alt ölçekleri, tükenmişlik, iş doyumu, depresyon ve kaygı düzeyleri ile ilişkisi Tablo 57'de gösterilmiştir.

Tablo 57. Katılımcıların yaşları ile yaşam kalitesi ve alt ölçekleri,tükenmişlik, iş doyumu, depresyon ve kaygı düzeyleri ile ilişkisi

Ölçekler	Katılımcıların yaşları	
	r*	p
YK fiziksel	0,129	0,002
YK psikolojik	0,043	0,311
YK sosyal	0,048	0,261
YK çevresel	0,181	<0,001
YK toplumsal çevre	0,185	<0,001
YK toplam	0,208	<0,001
Tükenmişlik	-0,064	0,132
Durumluk kaygı	-0,173	<0,001
Sürekli kaygı	-0,028	0,507
BDÖ-BB	-0,010	0,808
İş doyumu	0,096	0,023

***Spearman's korelasyon analizi. **YK**: Yaşam kalitesi, **BDÖ-BB**: Birinci basamak için Beck depresyon ölçeği

TOPLAM HİZMET YILI ANALİZLERİ

Öğretim elemanlarının toplam hizmet yılları ile yaşam kalitesi ve alt ölçekler, tükenmişlik, depresyon, iş doyumu, durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında Spearman Korelasyon analizi yapıldı. Öğretim elemanlarının toplam hizmet yılı arttıkça bölümdeki hizmet yılı artıyordu (r=0,755, p<0,001). Katılımcıların toplam hizmet yılı ile yaşam kalitesinin alt ölçeklerinden fiziksel, çevresel ve toplumsal çevre düzeyleri arasında korelasyon vardı (r=0,114, p<0,001; r=0,165, p<0,001; r=0,168, p<0,001). Katılımcıların toplam hizmet yılı ile yaşam kalitesinin psikolojik ve sosyal alt ölçekleri arasında korelasyon saptanmadı (r=0,029, p=0,496; r=0,033, p=0,436). Çalışmaya katılanların toplam hizmet yılları arttıkça yaşam kaliteleri artıyordu (r=0,100, p<0,001). Katılımcıların toplam hizmet yılları ile tükenmişlik ve depresyon arasında korelasyon yoktu (r=-0,067, p=0,111; r=-0,027 p=0,526). Çalışmaya katılanların toplam hizmet yılı arttıkça iş doyumu artıyordu (r=0,097, p=0,022). Katılımcıların toplam hizmet yılı ile durumluk kaygı düzeyleri arasında negatif korelasyon saptandı (r=-0,134, p=0,001). Katılımcıların toplam hizmet yılı ile sürekli kaygı düzeyleri arasında ilişki saptanmadı (r=-0,007, p=0,660). Katılımcıların toplam hizmet yılı ile

yaşam kalitesi ve alt ölçekleri, tükenmişlik, depresyon, iş doyumu, durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 58'de gösterilmiştir.

BÖLÜMDEKİ HİZMET YILI ANALİZLERİ

Öğretim elemanlarının çalıştıkları bölümlerdeki hizmet yılları ile yaşam kalitesi ve alt ölçekleri ile tükenmişlik, depresyon, iş doyumu, durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında Spearman Korelasyon analizi yapıldı. Öğretim elemanlarının bölümdeki hizmet yılı ile yaşam kalitesinin alt ölçeklerinden fiziksel, çevresel, toplumsal çevre düzeyleri arasında korelasyon vardı (r=0,140, p=0,001; r=0,216, p<0,001; r=0,246, p<0,001). Katılımcıların bölümdeki hizmet yılı ile yaşam kalitesinin alt ölçeklerinden psikolojik, sosyal düzeyler arasında korelasyon yoktu (r=0,024, p=0,567; r=0,070, p=0,099). Çalışmaya katılanların bölümdeki hizmet yılları arttıkça yaşam kaliteleri artıyordu (r=0,238, p<0,001). Katılımcıların bölümdeki hizmet yılları ile tükenmişlik ve depresyon arasında korelasyon saptanmadı (r=-0,037, p=0,383; r=-0,073 p=0,086). Çalışmaya katılanların bölümdeki hizmet yılı arttıkça iş doyumu artıyordu (r=0,097, p=0,022). Katılımcıların bölümdeki hizmet yılı ile durumluk kaygı düzeyleri arasında negatif korelasyon saptandı (r=-0,167, p<0,001). Katılımcıların bölümdeki hizmet yılı ile sürekli kaygı düzeyleri arasında korelasyon yoktu (r=-0,022, p=0,609). Katılımcıların bölümdeki hizmet yılı ile yaşam kalitesi ve alt ölçekleri, tükenmişlik, depresyon, iş doyumu, durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 58'de gösterilmiştir.

YAŞAM KALİTESİ ANALİZLERİ

Öğretim elemanlarının yaşam kalitesi ile tükenmişlik, depresyon, iş doyumu, durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında Spearman Korelasyon analizi yapıldı. Öğretim elemanlarının yaşam kalitesi ile tükenmişlik, depresyon ve durumluk kaygı düzeyleri arasında negatif korelasyon saptandı (r=-0,329, p<0,001; r=-0,383, p<0,001; r=-0,504, p<0,001). Katılımcıların yaşam kalitesi ile sürekli kaygı düzeyleri arasında korelasyon yoktu (r=-0,043, p=0,306). Öğretim elemanlarının yaşam kalitesi arttıkça iş doyumu artıyordu (r=0,478, p<0,001). Katılımcıların yaşam kalitesi ile tükenmişlik, depresyon, iş doyumu, durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 59'da gösterilmiştir.

Tablo 58. Toplam ve bölümdeki hizmet yılları ile yaşam kalitesi ve alt ölçekleri, tükenmişlik, iş doyumu, depresyon ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişki

	Toplam hizmet yılı		Bölümdeki hizmet yılı	
	r*	p	r*	p
YK fiziksel	0,114	0,007	0,140	<0,001
YK psikolojik	0,029	0,496	0,024	0,567
YK sosyal	0,033	0,436	0,070	0,099
YK çevresel	0,165	<0,001	0,246	<0,001
YK bağımsızlık düzeyi	0,168	<0,001	0,246	<0,001
YK toplam	0,190	<0,001	0,238	<0,001
Tükenmişlik	-0,067	0,111	-0,037	0,383
Durumluk kaygı	-0,134	0,001	-0,167	<0,001
Sürekli kaygı	-0,007	0,860	-0,022	0,609
BDÖ-BB	-0,027	0,526	-0,073	0,086
İş doyumu	0,097	0,022	0,097	0,022

*Spearman's korelasyon analizi. **YK**: Yaşam kalitesi, **BDÖ-BB**: Birinci başamak için Beck depresyon ölçeği

Tablo 59. Yaşam kalitesi ile tükenmişlik, iş doyumu, depresyon ve kaygı güzeyleri ile ilişkisi

	Katılımcıların yaşam kaliteleri	
	r*	P
Tükenmişlik	-0,329	<0,001
Durumluk kaygı	-0,504	<0,001
Sürekli kaygı	-0,043	0,306
BDÖ-BB	-0,383	<0,001
İş doyumu	0,478	<0,001

*Spearman's korelasyon analizi. **BDÖ-BB**: Birinci başamak için Beck depresyon ölçeği

TÜKENMİŞLİK ANALİZLERİ

Öğretim elemanlarının tükenmişlik ile yaşam kalitesi ve alt ölçekleri, depresyon, iş doyumu, durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında Spearman Korelasyon analizi yapıldı. Öğretim elemanlarının tükenmişlik ile yaşam kalitesi ve alt ölçeklerinden fiziksel, psikolojik,

sosyal, çevresel, toplumsal çevre depresyon, iş doyumu düzeyleri arasında negatif korelasyon saptandı (r=-0,258, p<0,001; r=-0,386, p<0,001; r=-0,159, p<0,001; r=-0,262, p<0,001; r=-0,268, p<0,001; r=-0,376, p<0,001). Katılımcıların tükenmişlik düzeyleri arttıkça depresyon, durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri artıyordu (r=0,335, p<0,001; r=0,417, p<0,001; r=0,273, p<0,001). Katılımcıların yaşam kalitesi ile tükenmişlik, depresyon, iş doyumu, durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 60'ta gösterilmiştir.

Tablo 60. Tükenmişlik ile yaşam kalitesi alt ölçekleri, iş doyumu, depresyon ve kaygı güzeyleri ile ilişkisi

	Katılımcıların tükenişlikleri	
	r*	**p**
YK fiziksel	-0,258	<0,001
YK psikolojik	-0,386	<0,001
YK sosyal	-0,159	<0,001
YK çevresel	-0,262	<0,001
YK toplumsal çevre	-0,268	<0,001
Durumluk kaygı	0,417	<0,001
Sürekli kaygı	0,273	<0,001
BDÖ-BB	0,335	<0,001
İş doyumu	-0,376	<0,001

*Spearman's korelasyon analizi. **YK**: Yaşam kalitesi, **BDÖ-BB**: Birinci başamak için Beck depresyon ölçeği

AĞAÇ ANALİZİ

Yaşam kalitesi, tükenmişlik düzeyi ve iş doyumu birçok bağımsız değişkenden (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, unvan, çalıştığı fakülte, gelir düzeyi, toplam hizmet yılı ve bölümdeki hizmet yılı) etkilenmektedir. Karıştırıcı faktörleri elimine etmek için sınıflandırılma ağaçlarında Chi-Squared Automatic Interaction Detector (CHAID) analizi kullanılarak incelendi.

Chi-Squared Automatic Interaction Detector Analizi; bir bağımlı ve birden fazla tahminleyici değişken arasındaki ilişkileri araştıran bir yöntemdir. CHAID algoritması bağımlı değişkeni açıklayan bağımsız değişkenler arasındaki çok yönlü etkileşimleri vermesinin yanında, bu etkileşimleri ağaç diyagramı yoluyla kolaylıkla yorumlama imkanı da vermektedir.

Ağaç analizde bağımlı değişkeni en çok tahmin eden bağımsız değişken ilk dal olarak belirlenir. CHAID, bu bağımsız değişkenin bağımlı değişken ile ilişkisini otomatik olarak maksimum yapacak şekilde kategorilere ayrılır. Daha sonra bu kategorilerin (dallar) diğer bağımsız değişkenlerle ilişkisine bakılır ve en önemli değişken ağacın alt dallarını oluşturur. Bu işlem son dalın oluşturulmasına kadar devam eder. Her adımda istatistiksel kontroller yapılır ve en önemli değişkenin istatistik sonuçları belirtilir.

Yaşam Kalitesini Etkileyen Bağımsız Değişkenler

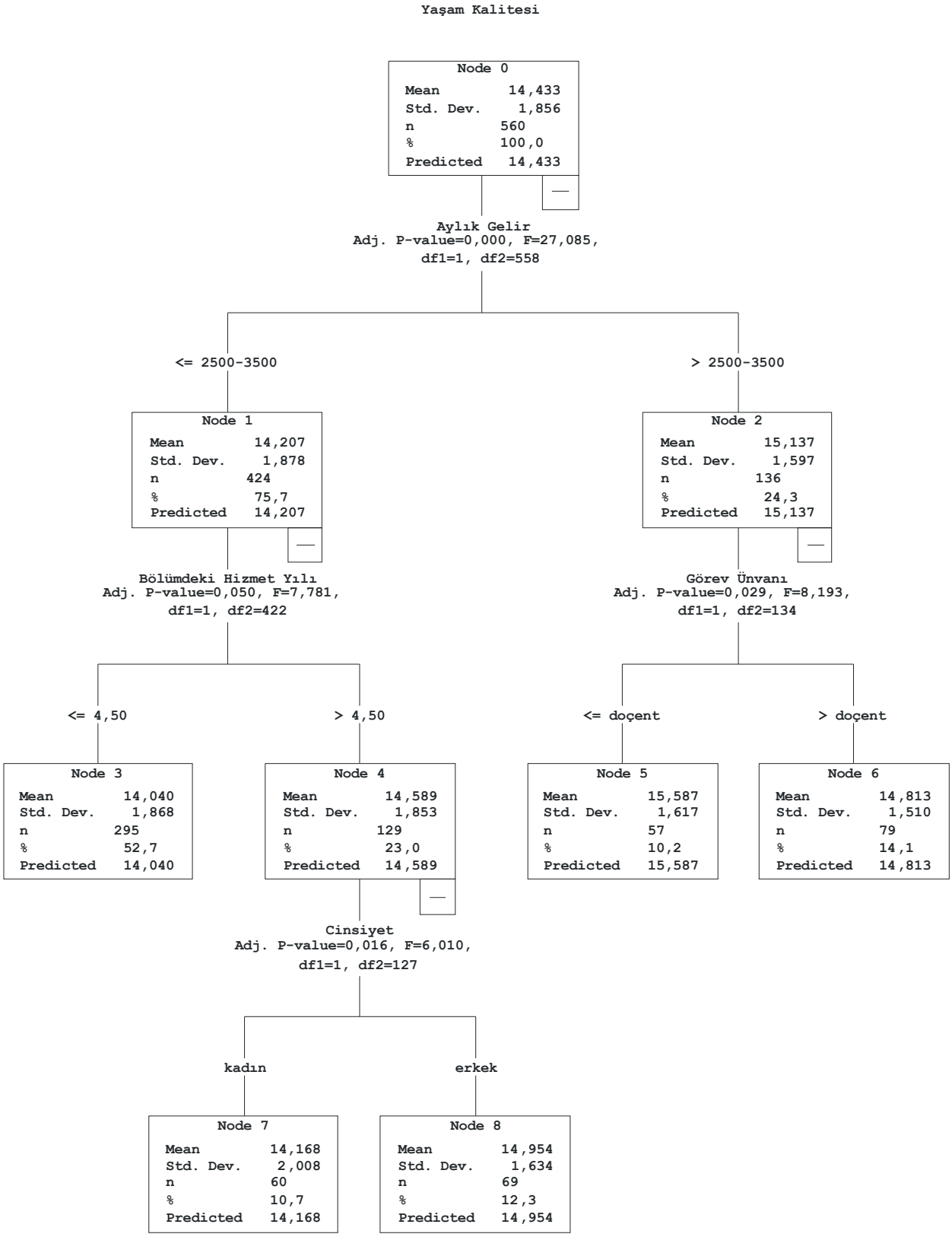
Yaşam kalitesi ile bağımsız değişkenlerden gelir düzeyi, bölümdeki hizmet yılı, görev ünvanı ve cinsiyet değişkenlerinin ilişkili olduğu saptandı. Yaşam kalitesini etkileyen en önemli bağımsız değişken gelir düzeyiydi (F=27,085, p<0,001). Gelir düzeyi ≤2500-3500 YTL olanlarda ortalama yaşam kalitesi puanı 14,207±1,878 değerleri ile düşük saptandı. Gelir düzeyi >2500-3500 YTL olanlarda ortalama yaşam kalitesi puanı 15,137±1,597 değerleri ile yüksek saptandı.

Gelir düzeyi ≤2500-3500 YTL olanlar bölümdeki hizmet yıllarından etkilenmekte idi (F=7,781, p=0,05). Bölümdeki hizmet yılı ≤4,5 yıl olanların ortalama yaşam kalitesi puanı 14,040±1,868 değerleri ile düşük, bölümdeki hizmet yılı >4,5 yıl olanların ortalama yaşam kalitesi puanı 14,589±1,853 değerleri ile yüksek saptandı.

Gelir düzeyi >2500-3500 YTL olanlar görev ünvalarından etkilenmekte idi (F=8,193, p=0,029). Görev ünvanı okutmandan doçente kadar olanların ortalama yaşam kalitesi puanı 15,587±1,617 değerleri ile yüksek, ünvanı profesör olanların ortalama yaşam kalitesi puanı 14,813±1,510 değerleri ile düşük saptandı.

Bölümdeki hizmet yılı 4,5 yıl üzerinde olanlar cinsiyetten etkilenmekte idi (F=6,010, p=0,016). Kadınların ortalama yaşam kalitesi puanı 14,168±2,008 değerleri ile düşük, erkeklerin ortalama yaşam kalitesi puanı 14,954±1,634 değerleri ile yüksek saptandı.

Yaşam kalitesini etkileyen bağımsız değişkenler ile CHAID analizi kullanılarak yapılan ağaç diyagramı Şekil 13'te gösterilmiştir.



Şekil 13. Yaşam kalitesini etkileyen bağımsız değişkenler ile ilgili ağaç diyagramı.

Tükenmişliği Etkileyen Bağımsız Değişkenler

Tükenmişlik ile bağımsız değişkenlerden görev ünvanı, cinsiyet ve gelir düzeyi değişkenlerinin ilişkili olduğu saptandı. Tükenmişliği etkileyen en önemli bağımsız değişken görev ünvanıydı (F=9,154, p=0,002). Profesörlerde ortalama tükenmişlik puanı 41,595±8,444 değerleri ile düşük saptandı. Doçent ve yardımcı doçentlerde ortalama tükenmişlik puanı 36,674±8,450 değerleri ile en düşük saptandı. Öğretim elemanları, uzman, araştırma görevlileri ve okutmanlarda ortalama tükenmişlik puanı 40,585±10,008 düşük saptandı.

Doçent ve yardımcı doçentler cinsiyetten etkilenmekte idi (F=8,828, p=0,004). Kadınların ortalama tükenmişlik puanı 39,644±9,262 değerleri ile yüksek saptandı. Erkeklerin ortalama tükenmişlik puanı 35,189±7,642 değerleri ile düşük saptandı.

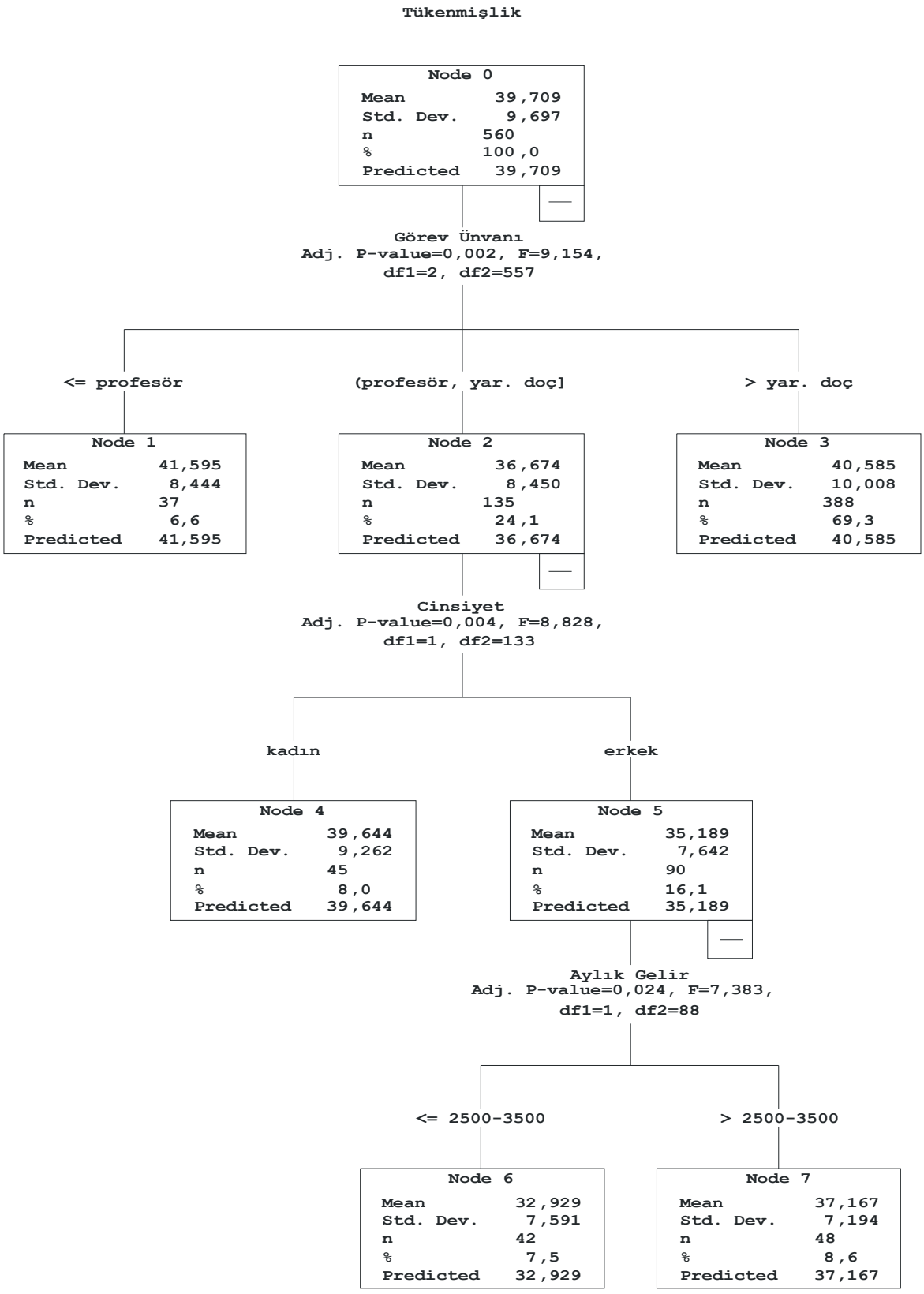
Erkekler gelir düzeyinden etkilenmekte idi (F=7,383, p=0,024). Gelir düzeyi ≤2500-3500 YTL olanlarda ortalama tükenmişlik puanı 32,929±7,591 değerleri ile düşük saptandı. Gelir düzeyi >2500-3500 YTL olanlarda ortalama tükenişlik puanı 37,167±7,194 değerleri ile yüksek saptandı. Tükenmişliği etkileyen bağımsız değişkenler ile CHAID analizi kullanılarak yapılan ağaç diyagramı Şekil 14'te gösterilmiştir.

İş Doyumunu Etkileyen Bağımsız Değişkenler

İş doyumu ile bağımsız değişkenlerden yaş, öğrenim durumu, toplam hizmet yılı ve bölümdeki hizmet yılı değişkenlerinin ilişkili olduğu saptandı. İş doyumunu etkileyen en önemli bağımsız değişken yaştı (F=13,026, p<0,001). Yaşları ≤26 olanların ortalama iş doyumu puanı 66,257±10,700 değerleri ile diğer gruplara göre en yüksek saptandı. Yaşları (26, 28] aralığında olanların ortalama iş doyumu puanı 57,558±11,837 değerleri ile en düşük, yaşları (28, 37] aralığında olanların ortalama iş doyumu puanı 62,460±10,834 değerleri ile diğer gruplara göre orta düzeyde, yaşları >37 olanların ortalama iş doyumu puanı 65,596±9,493 değerleri ile orta düzeyde saptandı.

Yaşları ≤26 olanların öğrenim düzeyinden etkilenmekte idi (F=13,485, p=0,001). Öğrenim düzeyi lisans olanların ortalama iş doyumu puanı 72,435±6,687 değeri ile yüksek saptandı. Öğrenim düzeyi yüksek lisans ve doktora olanların ortalama iş doyumu puanı 63,234±11,042 değeri ile düşük saptandı.

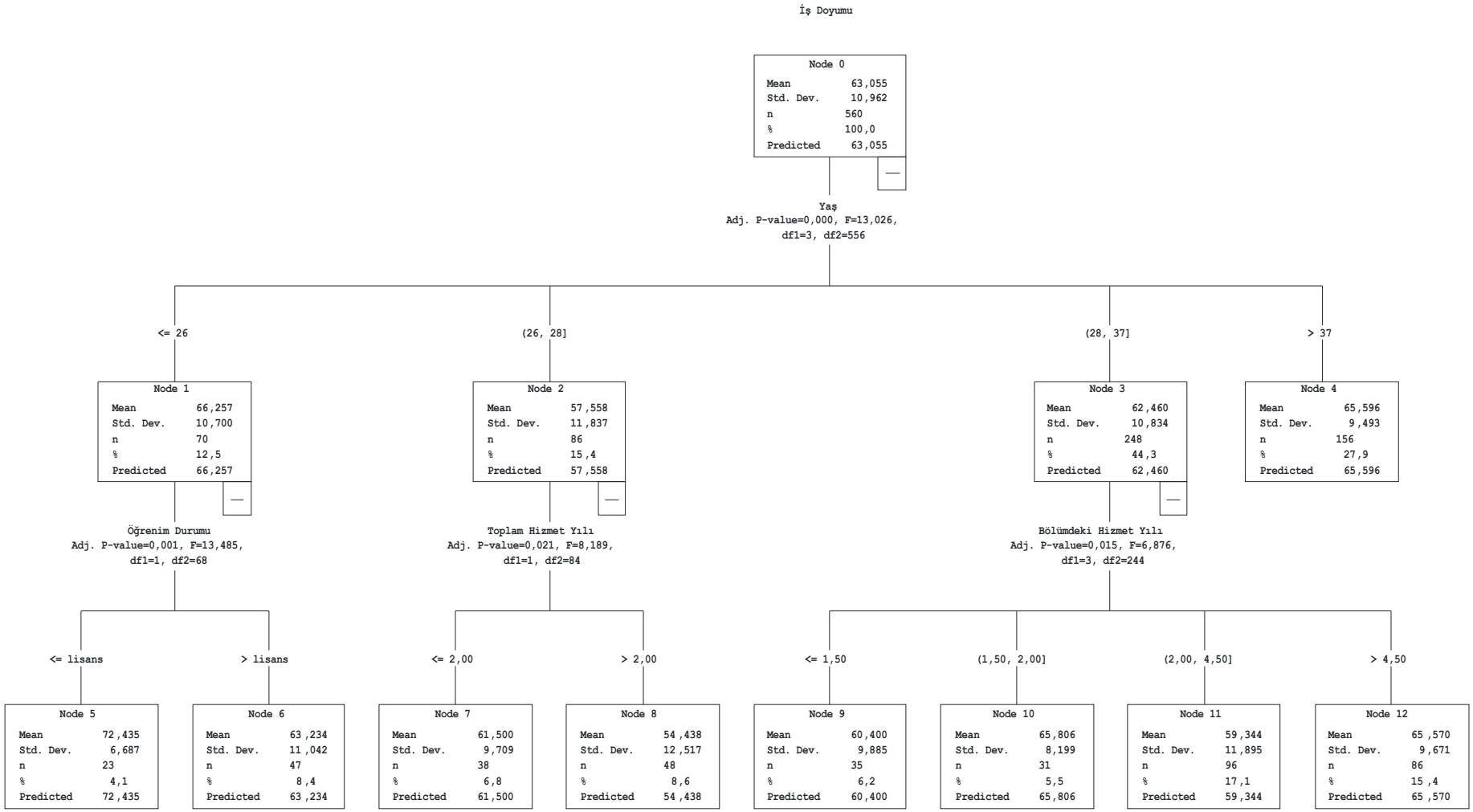
Yaşları (26, 28] aralığında olanların toplam hizmet süresinden etkilenmekte idi (F=8,189, p=0,021). Toplam hizmet süresi ≤2 yıl olanlarda ortalama iş doyumu puanı 61,500±9,709 değeri ile yüksek, toplam hizmet süresi >2 yıl olanlarda ortalama iş doyumu puanı 54,438±12,517 değeri ile düşük saptandı.



Şekil 14. Tükenmişliği etkileyen bağımsız değişkenler ile ilgili ağaç diyagramı.

Yaşları (28, 37] aralığında olanlar bölümdeki hizmet süresinden etkilenmekte idi (F=6,876, p=0,015). Bölümdeki hizmet süresi ≤1.5 yıl olanların ortalama iş doyumu puanı 60,400±9,885 değeri ile diğer gruplara göre orta düzeyde, bölümdeki hizmet süresi (1.5, 2] yıl aralığında olanların ortalama iş doyumu puanı 65,806±8,199 değeri ile en yüksek, bölümdeki hizmet süresi (2, 4.5] aralığında olanların ortalama iş doyumu puanı 59,344±11,895 değeri ile en düşük saptandı. Bölümdeki hizmet süresi >4.5 yıl olanların ortalama iş doyumu puanı 65,570±9,671 değeri ile diğer gruplara göre orta düzeyde saptandı.

İş doyumunu etkileyen bağımsız değişkenler ile CHAID analizi kullanılarak yapılan ağaç diyagramı Şekil 15'te gösterilmiştir.



Şekil 15. İş doyumunu etkileyen bağımsız değişkenler ile ilgili ağaç diyagramı.

TARTIŞMA

Son yıllarda bilim ve teknolojide hızlı değişim ve gelişmeler pek çok sosyal kavramı gündeme getirmiştir. Yaşam kalitesi kavramı da bunlardan birisidir. Özellikle gelişmiş ülkeler için "iş yaşamının nasıl daha nitelikli bir hale getirilebileceği" konusu önemli bir sorun haline gelmiştir. Günümüzde insanın sahip olduğu rollerin artması, kişiye önemli sorumlulukların yüklenmesi ve ilişkilerin karmaşıklaşması ruh sağlığını zorlayıcı bir hal almakta, kişiler arası ilişkiler doğrudan insanlarla çalışan bireylerin yaşamında daha da önemli bir yer tutmaktadır. Öğretim elemanlığı, insanlarla en yoğun olarak ilişkilerin yaşandığı alanlardan biridir (9).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleri genel yaşam kalitesi ya da özel bir hastalıkla ilgili olabilmektedir. Ülkemizde bu konu ile ilgili çalışmalar daha çok hastalar üzerinde yapılmıştır.

Yaşam kalitesi kavramı, öğretim elemanlarında sağlık sorunlarında psikososyal etmenlerin rol oynadığının farkedilmesiyle son 20-25 yılda önemli ilgi odağı haline gelmiş ve bu konudaki araştırmalara hız kazandırmıştır.

Öğretim elemanlarının yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik araştırmalara ulaşılamadığından, bu araştırma bulgularının doğrudan karşılaştırılması mümkün görülmemektedir. Tartışma, doktorlar, hemşireler, öğrenciler ve hastalar üzerinde yapılmış bir yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen tükenmişlik, iş doyumu, yaşam doyumu gibi konularda yapılmış çalışmaların bulguları ile karşılaştırmalar yapılarak olgunlaştırılmaya çalışılmıştır.

Çalışma evreninin Trakya Üniversitesi ile sınırlı olması, sonuçların ulusal ve benzeri daha geniş topluluklara uygulanabilirliğini kısıtlayacaktır. Çalışmanın yapısı gereği verilerin

kişisel beyana dayanması ve gerçeklerden belli oranda sapma riskinin içermesi çalışmanın diğer kısıtlı yanlarını oluşturmaktadır. Kişisel beyanların doğruluğunu güvene almak amacıyla, öğretim görevlilerinin çalışmaya katılmaları gönüllülüğe bağlanmış ve katılımcıların kimlik bilgilerinin toplanmasından kaçınılmıştır. Ancak bu öğretim elemanlarına ait verilerin tümüne ulaşılamamasını da beraberinde getirmiştir. Çalışmanın yapıldığı Kasım 2007-Ocak 2008 döneminde Trakya Üniversitesinde görevli 1236 öğretim elemanı bulunmaktadır. Araştırmaya 560 öğretim elemanı katılmayı kabul etti. Böylece çalışma evreninin %45,3'üne ulaşıldı.

Bizim çalışmamızda öğretim elemanlarının yaş ortalaması 33,86±7,33'dür. Kurçer'in Harran Üniversitesindeki çalışmasında katılımcıların yaş ortalaması 30,7±0,5'di (56).

Çalışmaya katılan 560 kişinin cinsiyet durumu incelendiğinde %47'sinin kadın, %53'ünün erkek olduğu tespit edildi. Dokuz Eylül Üniversitesi ve Cumhuriyet Üniversitesi akademisyenlerde yapılan çalışmalarda %35'i kadın %65'i erkekmiş (11,97).

Öğretim elemanlarının medeni durumları incelendiğinde %42,9'unun bekar, %54,5'inin evli, %2,7'sinin dul olduğu tespit edildi. Akademisyenlerde yapılan başka çalışmada %62'si evli, %29'u bekar, %6'sı boşanmış ya da dul oldukları saptanmıştır (11). Marmara Üniversitesi'ndeki araştırmada da katılımcıların %65,7'si bekar, %32,3'ü evli ve %2'si dulmuş (81). Çalışmamızda katılan kadınların çoğu evli iken erkeklerin çoğu bekar bulundu.

Katılımcıların %39,8'inin çocuğu vardı. Kurçer (56)'in çalışmasında katılımcıların %64'ünün evli ve bunların %72'sinin çocuğu olduğu, Budak ve Sürgevil (11)'in akademik personelde yaptıkları çalışmada da katılımcıların %53'ünün çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda ortalama çocuk sayısı 1,4'tür ve bulgularımız Edirne'de yapılan geçmiş dönem tezlerde saptananlarla benzerdi (98,99,100). Türk Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2003'e göre Türkiye'nin toplam doğurganlık hızı 2,23 saptanmış olup (101), Edirne'nin sosyokültürel yapısının özellikleri sonucu genel doğurganlık hızının düşük olabileceği düşünülmektedir.

Evli olan 305 (%54,5) katılımcının eşlerinin %42,0'sinin yüksek lisans mezunu, %91,5'inin çalıştığı belirlendi. Kurçer'in (56) çalışmasında ise eşleri %34'ünün çalışmadığı belirlenmiştir. Bu ise bölgesel ve kültürel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların %10,2'si (57 kişi) lisans, %54,5'i (305 kişi) yüksek lisans, %35,4'ü (198 kişi) doktora mezunu idi ve öğretim elemanları ile yapılan başka çalışmalarla da paralellik gösteriyordu (11,97,102,103).

Çalışmaya katılanların %6,6'sı Prof.Dr., %7,3'ü Doç.Dr., %16,8'inin Yrd.Doç.Dr., %5,9'unun Öğr.Gör., % 58,2'inin Araş.Gör.Dr., %2,7'si uzman, %2,5'inin okutman olduğu saptandı. Dokuz Eylül Üniversitesi'ndeki çalışmada da benzer oranlar (%21'i Prof.Dr., %5'i Doç,Dr., %22'si Yrd.Doç.Dr., %4'ü Öğr.Gör., % 48'i Araş.Gör.Dr.) bulunmuştur (11).

Katılımcıların toplam hizmet yılı ortalama 9,15±7,31, bölümdeki hizmet yılı ortalama 5,45±5,10 olduğu saptandı. Bu hekimlerde ve öğretim elemanlarında yapılan diğer çalışmalar ile uyumluydu (103-106).

Katılımcıların %36,3'ünün çalışma ortamından bazen memnun olduğu saptandı. Cumhuriyet Üniversitesi'nde aynı grupta yapılan çalışmada katılımcıların %54,9'u mesleklerinden memnun olmadıklarını belirtmişlerdir ve bunun en önemli nedeninin stresli bir meslekte çalışmaları olduğu belirtilmiştir (107).

Dünya sağlık örgütünün 2002 yılında yaptığı tahminlere göre gelişmiş ülkelerde sigara içme oranı %28,5, gelişmekte olan ülkelerde ise %29,5 olarak bulunmuştur (108,109). Sigara içme sıklığı ve riskleri açısından evrelere ayıran Dünya Sağlık Örgütü sınıflamasına göre ülkemiz Doğu Avrupa, Güney Avrupa ve Latin Amerika ile birlikte evre 3 grubunda yer almaktadır ve bu grup "sigaraya bağlı hastalık ve ölümlerde yükselmenin görülmesiyle" tanımlanmaktadır (110). Ülkemizde sigara içme sıklığının dünya ortalamasının üzerinde olmasını gelişmiş ülkelerde büyük sigara şirketlerinin yasal kısıtlamalarla karşılaşmasına ve yatırımlarını bizim gibi gelişmekte olan ülkelere kaydırmasına bağlayabiliriz. Ayrıca toplumda sigara konusunda yeterince bilinç gelişmediği ve sigara karşıtı kampanya ve çalışmaların yetersiz olduğu sonucunu çıkarabiliriz. Ülkemizde sigaranın en fazla içildiği bölge %33,6 ile Marmara bölgesidir. Karadeniz bölgesi ise %29,9'la sigaranın en az içildiği bölgedir (111).

Çalışmamızda katılımcıların % 58,4'ü hiç sigara içmemişti, %26,4'ü içiyordu, %15,2'si sigarayı bırakmıştı. Sigara içen veya içmiş olan katılımcıların % 41,6'sının sigaraya başlama yaşları ortalama 20,62 idi. Edirne'de sigara içme sıklığı ise Yalçın'ın 2002 yılında yaptığı çalışmada %42,4 olarak bulunmuştur (112). Tunç'un (113) 2007 yılında Edirne'de öğretmenlerde sigara içme durumu ile ilgili araştırmasında %33'ünün sigara içtiğini, %17'sinin sigarayı bıraktığını, %41'inin ise hiç içmediğini saptanmış (113).

Sigara içiminin cinsiyetle ilişkisine baktığımızda tüm dünyada erkeklerde sigara içme sıklığı %47, bayanlarda %12 bildirilmiştir (114). Bizim çalışmamızda da erkeklerin sigara içme oranları kadınlara göre fazla idi. Katılan erkeklerin %28,3'ünün kadınların %24,3'ünün sigara içtiği saptandı. Tunç'un 2007 yılında Edirne'de öğretmenlerde sigara içme durumunu

ile ilgili araştırmasında da kadınların %31,8'inin, erkeklerin de %34,9'unun sigara içtiği bildirilmiştir.(113)

Temini kolay ve kullanımının yasal olması ve eroin, kokain, esrar gibi madde bağımlılıkları için geçiş maddesi olması nedeniyle sigara bağımlılığı en sık görülen ve en önemli madde bağımlılığı tipidir (115). Nikotin bağımlılığı klinik olarak önemli sorunlara neden olur. Fagerström testi nikotin bağımlılık derecesini ölçmeyi hedefleyen bir testtir (116).

Halen sigara içen 148 (%15,2) kişinin verdiği yanıtlardan hesaplanan Fagerström testi skorları ortalama 2,67±2,55, ortanca 2 (en düşük 0, en fazla 10) puan olarak bulundu. Çok yüksek fiziksel bağımlılık kademesinde 7 (% 4,7) öğretim görevlisi bulundu. Cumhuriyet Üniversitesi'nde akademik personelde yapılan çalışmada katılımcıların %58,8'i sigara içmezken, %19,6'sının arada sırada sigara içmekte, %21,6 düzenli olarak içmekte olduğu gösterilmiştir (107).

Çalışmamızda öğretim görevlilerin cinsiyet ile Fagerström testi skorlarına göre nikotin bağımlılık durumları arasında ilişki saptandı. Çalışmaya katılan erkeklerin %4,7'sinde kadınların %4,8'inde nikotin bağımlılıkları çok yüksek saptanırken, erkeklerin %41,7'sinde kadınların %75'inde nikotin bağımlılıkları çok düşük idi.

Katılımcılardan 362 kişi (%64,6) alkollü içki kullanmıyordu. Sağlık Bakanlığı'nın yayınlamış olduğu 2001 yılındaki raporda da alkol kullanım yaygınlığı %42,6 olarak bildirilmiştir (117). Öğretim görevlilerinin Cage alkol bağımlılık riski testine göre de alkollü içki kullananların %18,4'ünde bağımlılık riski olduğu saptandı. Cumhuriyet Üniversitesi'nde akademik personelde yapılan çalışmada %68,6 alkol kullanmazken, %29,4'ü arada sırada alkol kullanıyormuş.(107).

Kadın katılımcıların %20,9'unun (55 kişi) alkollü içki kullandığı, erkek katılımcıların ise %48,1'inin (143 kişi) alkollü içki kullandığı saptandı. Çalışmaya katılan kadınların %14,5'inde (8 kişi), erkeklerin %19,9'unda (28 kişi) alkol bağımlılığı riski vardı. Edirne şehir merkezinde 2007 yılında yapılan çalışmada da kadınların %24,1'i, erkeklerin %72,9'nun alkol kullandığı belirlenmiştir (100). Bu bulgular ışığında Edirne'de özellikle erkekler arasında alkol kullanımının yaygın olduğunu söylemek mümkündür.

Katılımcıların BDÖ-BB toplam ortalama puanı 2,09±2,12, ortanca 2,00 (en düşük 0, en yüksek 16) idi. BDÖ-BB'ye göre katılımcıların %11,4'ü depresyondaydı ve depresyon oranı kadınlarda %14,1, erkeklerde %9,1 bulundu.

Katılımcıların görev ünvanları ve çalıştıkları fakülte depresyon düzeyini etkilemiyordu. Literatür bilgileri, ruhsal bozuklukların düşük eğitim ve gelir düzeylerine sahip

kişilerde yoğunlaştığını göstermektedir (118). Bizim çalışmamızda da yüksek lisans derecesine sahip olanlarda (araştırma görevlileri) ve orta düzey gelire sahip olanlarda depresyon düzeyleri en yüksekti. Yüksek eğitimin, artan bilgi ve yeteneklerin sorunlarla başa çıkma yeteneğini arttırarak aynı zamanda yeterlilik ve kontrol duygularını da geliştirmesi ile depresif bozukluk oranının düşürülmesinde etkili olabilir.

Çalışmaya katılanların durumluk kaygı düzeyleri ortalaması 36,98±10,39, sürekli kaygı düzeyleri ortalaması 44,32±4,41, olarak saptandı. Çalışmamızda sürekli kaygı düzeyleri ile eğitim, ünvan, yaş, hizmet yılı ve gelir düzeyleri arasında ilişki saptanmadı. Yüksek lisans mezunu, kadın, araştırma görevlisi, genç, hizmet yılı ve geliri az olanlarda durumluk kaygı düzeyleri yüksek saptandı. Öğretim elemanlarında her iki kaygı düzeyi kadınlarda erkeklere göre yüksek saptandı

Sağlık çalışanlarının durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini etkileyen etmenleri saptamak amacı ile yapılan çalışmada cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, aylık gelir gibi değişkenlerden etkilenmediği görülmüş. Meslekteki toplam çalışma süresi arttıkça durumluk kaygı düzeyi değişmemekte olup, sürekli kaygı puanlarında ise on yılın üzerinde çalışanlarda anlamlı yükseklik saptanmıştır. Kişilerin halen görev yapmakta bulunduğu kurumdaki çalışma süresine bakıldığında yine durumluk kaygı puanları arasında fark anlamlı değilken, sürekli kaygı puanları arasında farklılık anlamlı olup en yüksek puanlar 10 yılın üzerinde çalışanlarda saptandı.(119). Akdeniz Üniversitesinde öğrencilerde yapılan çalışmada Beck depresyon ölçeği, durumluk ve sürekli kaygı envanterinden elde edilen test sonuçlarının birinci ve ikinci yıllarda arttığı, üçüncü yılda yüksek düzeyin korunduğu, dördüncü sınıftan itibaren düşme eğiliminde olduğu gösterilmiş. Uzun ve yorucu tıp eğitiminin öğrencilerin ruhsal durumu üzerindeki olumsuz etkileri çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. (120,121). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada kız ve erkek öğrencilerin kaygı düzeyleri arasında fark saptanmadı (122). Asistan doktorlarda yapılan bir çalışmada sürekli ve durumluk kaygı düzeyleri gruplar arasında farklı bulunmadı. Asistanlık süreleri ve yaşları arttıkça sürekli kaygı puanları azalıyordu (123). Bazı çalışmalarda çalışma süresinin uzunluğu geliri ve işyerindeki pozisyonu olumlu yönde etkileyebilir, ancak sağlık çalışanlarının görev yaptığı bu kurumlarda, çalışma süresinin artmasına bağlı olarak sosyal statü, gelir ve benzeri durumlarda belirgin bir değişiklik olmaması, hatta sorumlulukların artması ve yaş faktörünün de eklenmesi bu grupta sürekli kaygı puanlarının yüksek olmasını açıklayabilir

Katılımcıların genel yaşam kalitesi ortalamaları 14,43±1,86 idi. Çalışmamızda erkeklerde yaşam kalitesi kadınlardan yüksek saptandı (Z=-0,064, p=0,039). Katılımcıların

cinsiyetleri ile yaşam kalitesi ve alt ölçeklerinden fiziksel, psikolojik, sosyal, çevresel ve toplumsal çevre düzeyleri arasında anlamlı ilişki yoktu. DSÖ'nün araştırmasında, Manisa'da Devlet Hastanesinde yatan hastalarda ve sağlık personelinde yapılan çalışmalarda bedensel ve ruhsal alan puanları erkeklerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (124,125). Üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada erkeklerin yaşam kalitesi puanları kadınlara göre yüksek saptanmıştır (126). Gençlerde yapılan çalışmada da kadınlarda yaşam kalitesinin fiziksel, çevresel ve psikolojik puanlarının düşük olduğu, kamuda çalışanlarda yapılan bir çalışmada kadınların sosyal yaşam kalitesi erkeklere göre daha düşük olduğu saptanmıştır (127,128). Farklı ölçekler kullanılarak yapılan bir araştırmada da erkeklerin yaşam kalitesinin daha iyi olduğu bildirilmiştir (129). Huzurevlerinde yapılan çalışmalarda da erkeklerde yaşam kalitesinin daha yüksek bulunmuştur, özellikle kendi ihtiyaçlarını karşılayabilenlerin (banyo, giyinme, tuvalet, beslenme gibi) yaşam kalitesi daha yüksek olduğu görülmüştür (130,131,132). Ankara'da 112 acil yardım hizmetlerinde çalışanlarda yapılan bir çalışmada erkeklerde yaşam kalitesinin alt ölçeklerinden fiziksel, sosyal, ve çevre alanı kadınlara göre yüksek saptanmıştır (133). Uludağ Üniversitesinde yapılan çalışmada cinsiyet ile yaşam kalitesi alan puanları arasında fark olmamakla birlikte bedensel ve ruhsal alan puanları erkeklerde, sosyal, çevre ve ulusal çevre alan puanları kadınlarda daha yüksek olarak bildirilmiştir (134). Taiwan'da aile hekimlerinde yapılan bir çalışmada yaşam kalitesinin cinsiyetle değişmediği bildirilmiştir (135). Çalışmamızda yaşam kalitesini etkileyen bağımsız değişkenler ile yapılan CHAID analizine göre; bölümdeki hizmet süreleri yüksek olanların yaşam kalitesini üçüncü sırada etkileyen bağımsız değişken cinsiyettir. Erkeklerin yaşam kalitesi puanları kadınlara göre yüksekti. Bu durum kadın olmak, çalışıyor olmak, ev işleri ve çocuklarla uğraşıyor olmak kısaca daha fazla yıpranıyor olmaları, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatlarının daha az olmasının yaşam kalitesini etkilediği düşünülebilir.

Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yapılan çalışmada sosyal alan puan ortalamalarında cinsiyete göre farklılık saptanmamıştır. Kırsal kesimde yaşlı kadınların, erkekler gibi sosyal çevre ile uyum içinde olmaları bunun nedeni olarak gösterilmiştir. Genel yaşam kalitesi ve alt ölçeklerinden fiziksel, psikolojik, çevre ve ulusal çevre puanları ise erkeklerde daha yüksek bildirilmiş ve kadınlarda kronik hastalık sıklığının daha fazla olmasının yaşam kalitesini düşürebileceği vurgulanmıştır (136).

Obsesif kopulsif bozukluğu olan hastalarda yaşam kalitesi ile cinsiyetler arasında ilişki saptanmamıştır (137). Psöriazisli hastalarda yaşam kalitesi skoru ile hastaların cinsiyet arasında ilişki saptanmamış, ancak öncelikle kozmetik sorunların nedeni ile kadınların daha

fazla etkilenebileceği belirtilmiştir (138). Lenfoma tanısı alan ve kemoterapi alan hastalardaki çalışmada da yaşam kalitesinin kadınlarda daha yüksek olduğu bulunmuş (139). Ankara'da şizofreni hastaları ve kontrol grubu ile yapılan çalışmada genel yaşam kalitesi ve tüm alt ölçekleri hasta grupta düşük olarak saptanmıştır (140). Yaşam kalitesi, tıbbi bakım ve hizmetlerin değerlendirilmesinde önemli bir göstergedir. Tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesinde de yaşam kalitesinin önemi giderek artmaktadır.(141). Hastalığın süresi uzadıkça bireyler kronik hastalığa sahip olmanın getirdiği sınırlılıkları daha uzun süre yaşamakta, daha çok invaziv girişimlere maruz kalmakta, hastalık semptomları artmakta ve bu durum yaşam kalitesini bozmaktadır.

Çalışmamızda öğretim elemanlarının yaşları ile yaşam kalitesinin alt ölçeklerinden fiziksel, çevresel ve toplumsal çevre düzeyleri arasında ilişki saptandı ($r=0,129$, $p=0,002$; $r=0,181$, $p<0,001$; $r=0,185$, $p<0,001$). Katılımcıların yaşları arttıkça genel yaşam kaliteleri artıyordu ($r=0,208$, $p<0,001$).

Ankara'da 112 acil yardım hizmetlerinde çalışanlarda yapılan araştırmada ise yaş arttıkça yaşam kalitesinin fiziksel puanının arttığı, sosyal alan puanının düştüğü bulunmuştur (133). Yaş arttıkça iş ortamı ve sağlık örgütüne uyumlarının artmasının yaşam kalitelerini olumlu etkilediği düşünülebilir. İleri yaş grubundakilerin işyerinde tanınıyor, daha nitelikli iş yapıyor, işte ilerlemiş olmaları nedeniyle yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu düşünülebilir.

New Jersey'de yapılan çalışmada yaşları ileri olanlarda yaşam kalitesi daha düşük saptanmış. Bu sonuç yaşlanma ile birlikte kronik hastalıkların ortaya çıkmasına bağlanmıştır (142). Huzurevinde yapılan başka bir çalışmada da yaş ve eğitim seviyesi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (143). Narlıdere'de yapılan çalışmada katılımcıların yaşları arttıkça sosyal yaşam kalitesi azaldığı, fakat anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (131). Manisa İli Salihli ilçesinde kadınlarda yapılan bir çalışmada da 45 yaş üzeri yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır (144). Taiwan'da aile hekimlerinde yapılan bir çalışmada yaş arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır (135). Bu farklılığın bizim populasyonumuzun daha genç olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Yaşın ilerlemesi ile birlikte organizmada bazı değişiklikler meydana gelir. Tüm sistemlerdeki değişim sonucu hastalıkların görülme sıklığı artmakta ve kronikleşen hastalıklar kişilerin beden yapısında bozulmaya neden olmaktadır. Nitekim Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yapılan çalışmada genel yaşam kalitesi ve alt ölçeklerinden fiziksel, psikolojik, çevre ve ulusal çevre puanlarının 70 yaş sonrası giderek kötüleştiği saptanmıştır (136). Bu

sonuçlar ise fonksiyonel bozukluk, yetersizlik ve sakatlıklar sonrasında bireyin yaşam kalitesinin bozulduğunu göstermektedir.

Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalar ile lenfoma tanısı alan ve kemoterapi alan hastalarda da yaşam kalitesinin yaşla değişmediği saptanmıştır (137,139). Bir çalışmada ise hemodiyaliz hastalarında yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin düştüğü, çevresel fonksiyonlarda gerilemeler yaşandığı görülmüştür (145).

Psöriazis, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmış en önemli deri hastalıklarından biridir. Bir çalışmada psöriazisin daha genç hastaların yaşam kalitesini daha fazla etkilediği bulunmuştur. Bu hastaların genel yaşam kalitelerinin belirgin düzeyde azaldığı ve uzun süredir psoriazis hastası olanlarda psikososyal sorunların daha şiddetli seyrettiği bulunmuştur (138). Bu durum hastaların zamanla hastalıklarını kabullenerek hastalıkla yaşamaya alışmadıkları, tam tersine durumun kronik hale gelmesinin hastaları olumsuz yönde etkilediğini işaret etmektedir.

Genel yaşam kalitesi eğitim düzeyi doktora olanların en yüksek, eğitim düzeyi lisans olanların en düşüktü (KW χ^2=7,169, p=0,028). Yaşam kalitesinin psikolojik ve bağımsızlık alt ölçekleri düzeyleri yüksek lisans sahibi olanlarda en düşük, doktora sahibi olanlarda en yüksekti. (KWχ^2=6,527, p=0,038; KW χ^2=11,718, p=0,003).

Ankara'da 112 acil yardım hizmetlerinde çalışanlarda yapılan çalışmada öğrenim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin alt ölçeklerinden sosyal alan hariç arttığı saptanmıştır. Sosyal alan tıp fakültelerinden mezun olanlarda düşük bulunmuştur (133). Tayvan'da aile hekimlerinde yapılan bir çalışmada da öğrenim durumu yüksek olanların yaşam kalitesinin de yüksek olduğu vurgulanmıştır (135).

Öğrenim düzeyinin yükselmesi ile özgüvenin, benlik saygısının arttığı, gereksinim ve beklentilerin daha iyi karşılanabildiği söylenebilir. Eğitimin yükselmesi ile sosyoekonomik düzey yükselir. Buna bağlı olarak ihtiyaçlarını giderme, bilgi ve habere ulaşabilme, boş zamanlarını değerlendirme, sağlık ve ulaşım olanaklarından yararlanabilme şansı artmaktadır. Yüksek eğitimlilerin psikolojik anlamda, yaşam kalitelerini artırabilecek olanaklardan daha fazla haberdar olabilme şansına sahip olmaları da bu sonucu doğurabilir.

Eskişehir Mahmudiye ilçesindeki yaşlılarında öğrenim düzeyleri arttıkça genel yaşam kalitesi ve fiziksel, psikolojik, çevre ve ulusal çevre alt ölçek puanlarının artığı saptanmıştır (136). Huzurevinde yapılan başka bir çalışmada da eğitim seviyesi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (143).

Selçuk Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran obsesif-kompulsif bozukluğu olan hastalarda yapılan çalışmada eğitim düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında fark saptanmamıştır (137). Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda ise eğitim seviyesi yüksek olanlarda özellikle fiziksel, sosyal ve çevresel alanlardaki yaşam kalitesi puanlarının eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (145). Lenfomalı ve talasemili hastalarında da eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (139,146). Bu sonuçlar bize eğitim düzeyi yüksek olanların baş etme düzeneklerini etkin bir şekilde kullanabildiklerini gösteriyor.

Genel yaşam kalitesi düzeyleri profesör ve uzmanlarda en yüksek idi (KW χ^2=19,754, p=0,003). Yaşam kalitesinin alt ölçeklerinden; psikolojik alanın puanları yardımcı doçentlerde en yüksek (KW χ^2=17,894, p<0,010), çevresel alan puanları doçentlerde en yüksek (KW χ^2=15,368, p=0,018), toplumsal çevre alan puanı profesör ve doçentlerde yüksek saptandı (KW χ^2=17,561, p=0,007).

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan bir çalışmada da uzmanların yaşam kalitesi araştırma görevlilerinden yüksek saptanmıştır (107). Türkiye'de yapılan diğer yaşam kalitesi araştırmalarına bakıldığında araştırmaya katılanların fiziksel alan puanları; Soma Elektrik Üretim ve Ticaret A.Ş. (SEAŞ) işçilerinden ve tekstil fabrikası işçilerinden düşük, Manisa'daki ebe-hemşireler ve sağlık ocaklarında çalışan personelle benzer, diğerlerinden ise yüksek bulunmuştur (41,147,-150).

Bedensel alan puanları günlük yaşantıdaki işlevselliği yansıttığından, bizim araştırmamızda yer alanların genç ve sağlıklı kişilerden oluşması bu alandaki puanların diğer araştırmalardan yüksek olmasına neden olabilir. Çevre alan puanları ise diğer araştırmalardan elde edilen puanlara göre daha düşüktü. Çevre alan puanı, maddi olanaklar, fiziksel güvenlik, ev ortamı, ulaşım, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatı, dinlenme ve boş zamanları değerlendirme fırsatından oluşmaktadır. Çevre alan puanlarının diğer araştırmalarda bulunan sonuçlara göre nispeten düşük olması, maddi kaynakların yetersizliği, yoğun iş yükü ve uzun çalışma saatleri nedeniyle dinlenme ve boş zamanlarını değerlendirme ve yeni bilgi, beceri edinme olanağının kısıtlı olmasıyla bağlantılı olabilir.

Araştırmamızda yaşam kalitesini etkileyen bağımsız değişkenler ile yapılan CHAID analizine göre; geliri yüksek olanların yaşam kalitesini ikinci sırada etkileyen bağımsız değişken ünvandır. Doçent ve Profesörlerin yaşam kaliteleri diğer gruplara göre daha yüksekti. Araştırma görevlilerin göreve yeni başlamış olmaları, yeni ortama uyumda problemlerin varlığı, iş ve eğitimlerini bir arada sürdürüyor olmaları kendilerine ve

çevrelerine ayıracak boş zamanlarının olmaması ile yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Özellikle tıp fakültesinde çalışan araştırma görevlilerin diğer gruplara göre daha fazla stres altında çalışıyor olmaları, görevleri olmayan işleri yapmaları ve daha olumsuz ve uygunsuz koşullarda çalışmaları ile açıklanabilir.

Trakya Üniversitesi öğretim elemanlarının toplam hizmet yılları arttıkça genel yaşam kaliteleri ve alt ölçeklerinden fiziksel, çevresel ve ulusal çevre düzeyleri artıyordu (r=0,100, p<0,001; r=0,114, p<0,001; r=0,165, p<0,001; r=0,168, p<0,001).

Çalışmamızda öğretim elemanlarının bölümdeki hizmet yılları arttıkça genel yaşam kaliteleri ve alt ölçeklerinden fiziksel, çevresel ve ulusal çevre düzeyleri artıyordu (r=0,238, p<0,001; r=0,140, p=0,001; r=0,216, p<0,001; r=0,246, p<0,001).

Ankara'da 112 acil yardım hizmetlerinde çalışanların toplam hizmet süreleri arttıkça yaşam kalitesinin alt ölçeklerinde fiziksel puanları düşük saptanırken ruhsal, sosyal ve çevresel puanlarda değişiklik saptanmamıştır (133). Çalışmamızda Yaşam kalitesini etkileyen bağımsız değişkenler ile yapılan CHAID analizine göre; gelir düzeyi düşük olanların yaşam kalitesini etkileyen ikinci bağımsız değişken bölümdeki hizmet süresidir. Bölümdeki hizmet süresi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı saptandı. Görevde hizmet sürelerinin artması meslekte doyuma ulaşmalarına, meslek kaygısı taşımamalarına yada bu süre içerisinde birimde çalışmaya karşı belli bir duyarsızlaşma ve bedensel olarak yıpranmalarına bağlanabilir.

İşçilerde yapılan bir çalışmada iş yükü arttıkça yaşam kalitesi puan değerlerinin düştüğü saptanmıştır (151). Dokuz Eylül Üniversitesi'nde Psikiyatri polikliniğine başvuran obsesif-kompulsif bozuklukta yaşam kalitesinin sağlıklı bireylerle karşılaştırılmasında obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi daha düşük saptanmıştır. Gruplar arasında yaşam kalitesindeki bu farklılığın psikolojik ve sosyal alt ölçeklerinden kaynaklandığı saptanmıştır (152). Bu çalışmada obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesini etkilendiği ve yaşam kalitesinin bilişsel işlevler ve hastalık şiddeti ile ilişkili olduğu görülmüştür. Hastalıkların tedavisinin düzenlenmesinde ve tedavi etkinliklerinin saptanmasında yaşam kalitesinin yeri göz önünde bulundurulursa obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin de önemi ortaya çıkmaktadır (152).

Selçuk Üniversitesi Psikiyatri polikliniğine başvuran obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda yapılan çalışmada psikolojik ve sosyal ilişkiler alanlarında yaşam kalitesi puanları kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük bulunurken, fiziksel sağlık ve çevresel alanlarında herhangi bir fark bulunmamış. Bu hastaların kendilerine güvenlerinin azalması, aile ilişkilerinin bozulması, arkadaş edinememe ve ilişki sürdürememe, akademik başarıda

düşme, kariyer arzusunun azalması ve mesleksel sorunlar nedeni ile işine devam edememe gibi problemler ortaya çıkabileceği belirtilmiş (137). Hastalığın artan süresi ile kişinin belirtilerine bağlı olarak üzerinde artan bir sosyal baskı hissetmesi, işlevselliğinin giderek düşmesi ile maddi kaynaklarının azalması yada üretkenliğinin azalması ve boş zamanlarını değerlendirme yeteneğinin giderek azalması gibi nedenlere bağlı olarak yaşam kalitesi düşebilir.

Öğretim görevlilerinden geliri 3500 YTL üzerinde (en yüksek) olanlarda genel yaşam kalitesi en yüksek saptandı (KW χ^2=17,021, p<0,001). Sosyal yaşam kalitesi geliri 1500 YTL altında olanların en düşük, geliri 2500-3500 YTL olanlarda en yüksekti (KW χ^2=9,684, p=0,021). Gelir düzeyleri ile yaşam kalitesi ve diğer alt ölçekleri arasında fark yoktu.

Tayvan'daki aile hekimlerinde de gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır (135). Manisa ili Salihli ilçesinde yapılan 15-49 yaş arası kadınlardaki çalışmada da geliri yüksek olanlarda yaşam kalitesi yüksek bulunmuştur (153). Bedensel ruhsal ve çevresel yaşam kalitesi alanlarının üst sosyoekonomik düzeyden olumlu etkilenirken, sosyal puanın daha alt sosyoekonomik düzeylerdeki bireylerde daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (127,153).

Manisa'da kamuda çalışanlarda yapılan çalışmada sosyal ve çevresel yaşam kaliteleri gelir düzeyi düşük olanlarda düşük saptanmıştır (128). Huzurevinde yapılan başka bir çalışmada sosyoekonomik durumun yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel ve çevresel alan skorları ile olumlu yönde korelasyon bulunmuştur (143). Ege Üniversitesinde hemofili hastalarında yapılan başka bir çalışmada da gelir düzeyleri yüksek olanların genel yaşam kalitesi ve tüm alt ölçekleri yüksek saptanmıştır (153). Araştırmamızda yaşam kalitesini etkileyen bağımsız değişkenler ile yapılan CHAID analizine göre; yaşam kalitesini etkileyen en önemli bağımsız değişken gelir düzeyidir. Gelir düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi artıyordu. Bu sonuçlar ekonomik yükünün yaşam kalitesi doğrudan etkilediği göstermektedir. Ayrıca büyük kentte yaşıyor olmanın, evin, çocukların geçimini sağlayacak ekonomik yeterliliğe sahip olmanın bireyleri olumlu yönde etkilediği ve yaşam kalitesini arttırdığı söylenebilir. Bununla beraber maddi kaynaklarını daha özgürce harcayabilme, boş zamanlarını daha iyi ve kendi istediği gibi değerlendirme özgürlüğüne sahip olmaları ile de açıklanabilir.

İş doyumunun olması, başka deyişle, işe karşı tutumun olumlu olması halinde ortaya çıkan bir dizi yönetsel ve davranışsal sonuç vardır. İş doyumu çağdaş yönetim anlayışının önemli faktörlerindendir. İş doyumu her şeyden önce bir sosyal sorumluluk, ahlaki gerekliliktir. Çalışmak kuşkusuz insanlar için bir gereksinimdir. Kişi çalışmak istiyorsa,

yaşamının önemli bir kısmını iş yerinde geçiriyorsa, yöneticiler ve yönetim de iş yerini ödüllendirici, en azından sıkıntısız bir hale getirmek zorundadır. Sağlık nasıl insanın genel fiziksel durumunu gösteriyorsa ve de önemli ise, iş doyumu da çalışanın genel durumunu yansıtması açısından önemlidir. İş doyumu da tıpkı sağlık gibi, önem, tanı ve tedavi arz etmektedir. İş doyumu, çalışanların genel duygusal durumunu gösterebilmektedir (63).

İş doyumu, işe yönelmeyi sağlayan olumlu etki olarak tanımlanmaktadır. İş doyumu diğer adıyla mesleki doyum, kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin en önemli gereklerinden biridir. Özellikle meslek dışı yaşamları doğrudan etkileyen ve sürekli özveri gerektiren mesleklerde iş doyumu büyük önem taşımaktadır (154). Saygınlığı yüksek, bağımsız çalışma olanağına sahip, insanlarla doğrudan ilişki içinde olan, düzenli ve yeterli ücreti olan meslek gruplarında iş doyumu yüksek bulunmuştur (155).

Bizim çalışmada öğretim elemanlarının genel iş doyumu, İstanbul Tıp Fakültesi'nde hekimlerde yapılan çalışmadaki iş doyumuna paralel olarak orta düzeyde saptandı (104). Bu bulgular Trabzon, Malatya ve İstanbul'da hekimlerde yapılan diğer araştırmalardaki iş doyumu sonuçları ile uyumludur (96,106,129). Musal ve ark. (156) İzmir'de yaptıkları çalışmada ve Kurçer (56)'in Harran Üniversitesi'nde yaptıkları çalışmada ise iş doyumu düşük düzeyde saptanmıştır. Bölgeler arasındaki bu farklılıklar, iş doyumunda ücret, yönetim, işin kişiye uygunluğu ve iş arkadaşları ile ilişkiler yanında yaşanılan bölgesel farklılıkların da etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Katılımcıların içsel iş tatmini ortalamaları 44,79±7,49'dır. Katılımcıların dışsal iş tatmini ortalamaları 18,27±4,64'dır. Öğretim elemanlarının iş tatmini düzeyleri %85,4'ünde orta, %14,6'sında yüksek olarak saptandı. Bu sonuçlar daha önceki araştırma bulguları ile uyumludur (104,157). Vara'nın (158) hemşirelerde yaptığı çalışmada ise iş doyumlarının düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar çalışanların genel ve içsel doyumları ile kişilik gelişimi ve sistemin işleyişi boyutları arasında ilişki olabileceğini ve dışsal iş doyumunun çalışma ortamının özellikleriyle ilgili olabileceğini düşündürmektedir.

Kanada'daki çocuk doktorlarında iş doyumu yüksek saptanırken, İngiltere'deki aile hekimlerinde iş doyumları düşük düzeyde bulunmuştur (159,160). Çalışmamızda öğretim elemanlarının tükenmişlikleri arttıkça iş doyumunun azaldığı saptandı ($r=-0,376$, $p<0,001$). Macaristan'da sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan değerleri arttıkça iş doyumunun azaldığı, kişisel başarı puan değerleri arttıkça iş doyumu düzeyinin de arttığı saptanmıştır (161).

Çalışanların işlerinden memnun olmadıklarında, verimlikleri azaldığında, maddi kaynakları kısıtlı olduğunda, kendisine ve çevresine ayıracak boş zamanlarını olmadığında işlerini severek yapmaları engellemektedir.

Çalışmamızda öğretim elemanlarının cinsiyetleri ile iş doyumu düzeyleri arasında ilişki yoktu. Bu bulgu İstanbul tıp fakültesinde, Samsun'daki hekimlerde ve Türkiye genelinde akademisyenlerde yapılan diğer çalışma sonuçları ile uyumlu idi (104,162,163). Kıbrıs Yakındoğu Üniversitesi ve Fırat Üniversitesi akademik personellerinde yapılan çalışmalarda da iş doyumu ile cinsiyet arasında ilişki saptanmamıştır (74,84). Bu günümüzde her iki cinsin eşit oranda çalışma hayatında yer almasından kaynaklanıyor olabilir.

Çam (157) ile Vara ve ark. (158)'nın hemşirelerle yaptığı çalışmalarda da iş doyumunun cinsiyetten etkilenmediği saptanmıştır. Musal ve ark. (156)'da benzer sonuçlar bildirmiştir. Ünal ve ark.nın Malatya'da hekimlerde yaptıkları araştırmada kadınlarda yüksek saptamışlar (106). Yine Cooper 1989 yılında kadın hekimlerinde iş doyumunu daha yüksek saptamıştır (164).

Cinsiyetler arasındaki bu farklılıklar diğer çalışanlarla işbirliği, çalışma koşulları, örgüt içindeki görevlerin adil dağılımı ve ücretten etkileniyor olabilir.

Araştırmamızda iş doyumunu etkileyen bağımsız değişkenler ile yapılan CHAID analizine göre; iş doyumunu etkileyen en önemli bağımsız değişken yaştır. Yaşları ≤26 ve >37 olanların iş doyumu yüksek saptandı. Yaşları küçük olanların yani göreve yeni başlayanlarda beklentiler fazla, sorumlulukları az olması nedeni ile iş doyumu iyi olabilir.

Çalışmamızda öğretim elemanlarının yaşları arttıkça iş tatmini artıyordu ($r=0,098$, $p=0,023$) ve Türkiye genelinde akademisyenlerde yapılan başka bir çalışmanın sonuçları ile paraleldi (163). Fırat Üniversitesi akademik personelinin yaşı arttıkça iş doyumu düzeyinin arttığı saptanmıştır (74). Avukatlarda yapılan çalışmada yaşları arttıkça iş doyumu düzeylerinin de arttığı saptanmıştır (165). İzmir'de, Malatya'da ve Ankara'da da hekimlerde yaş ile iş doyumu ilişkisi benzerdi (129,166,167).

Bu çalışma sonuçlarına göre ileri yaş grubundakilerin iş yerinde tanınıyor, iş tecrübeleri nedeni ile daha nitelikli iş yapıyor, işte ilerlemiş olmaları nedeniyle iş doyumlarının daha iyi olduğu düşünülebilir. Ancak Kıbrıs Yakındoğu Üniversitesi akademik personelinin iş doyumu ile yaş arasında fark bulunmamıştır (84). İstanbul Tıp Fakültesi'ndeki ve Samsun'daki hekimlerde yaş ile iş doyumları arasında ilişki saptanmamıştır (104,162). İzmir'de de eğitim hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerde yapılan bir çalışmada yaşa

göre iş doyumu arasında fark bulunamamıştır (154). Öğretmenlerde yaş düzeylerine göre ve iş doyumu puanları arasında anlamlı düzeyde bir farklılaşma görülmemiştir (168).

Lisans mezunlarının iş doyumu, yüksek lisans ve doktora mezunlarına göre daha yüksekti (KW χ^2=31,259, p<0,001). Bu diğer çalışmalardan elde edilen bulgularla paralellik göstermektedir (156). Hemşirelerde de eğitim düzeyleri yükseldikçe iş doyumunun arttığı saptanmıştır (169). Kıbrıs Yakındoğu Üniversitesi ve Türkiye çapında akademisyenlerde yapılan çalışmalarda ise eğitim düzeyleri ile iş doyumu arasında fark saptanmamıştır (84,163). Bu farklılıklar yönetim, denetim şekli çalışma arkadaşları ile ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi etkenlerden etkilenmektedir. Araştırmamızda iş doyumunu etkileyen bağımsız değişkenler ile yapılan CHAID analizine göre; yaşı 26'dan küçük olanlarda iş doyumunu etkileyen ikinci bağımsız değişken öğretim düzeyidir. Öğretim düzeyi lisans olanlarda iş doyumu yüksek saptandı. Üniversiteyi yeni mezun olmuş, idealist, çalışmaya yeni başladıklarında işin yeniliğinden ve ilk beklentilerin, gereksinimlerin, istek ve dileklerin karşılanmasından kaynaklanan iş doyumu yüksek bulunabilir.

Araştırmacılara göre bir asistan hekimin hekimlik yaşantısını etkileyebilecek negatif içsel ve dışsal etmenler; çalıştığı örgütsel yapı, işlevsel bağımlılık ve zorlu sınavlar, yabancı dil sorunu, yenilikleri takip etmede yaşanılan çeşitli güçlükler, düşük ücret, iş güvenliği problemi, çalışma ortamı ve koşulların zorluğu, çok fazla çalışma, çok emek isteyen iş, rutin tıbbi işlemler, uzman olduktan sonra nerede çalışacaklarının belirsiz oluşu gibi etkenler var (155).

Çalışmamızda da araştırma görevlilerinde iş doyumu en düşüktü (KW χ^2=31,200, p<0,001). Akademisyenlerde yapılan bir çalışmada araştırma görevlilerinde iş tatmini düzeyi doçent ve profesörlerden yüksek bulunmuş, Türk Silahlı Kuvvetleri'nde çalışan hekimlerdeki araştırmada da iş doyumu düzeyi pratisyenlerde uzmanlardan ve asistanlardan düşük saptanmıştır (163,167). Statü ile iş doyumu arasında güçlü bir ilişki olduğu bilinmektedir. Hiyerarşik düzende de yüksek düzeyde olan birey, daha düşük düzeyde olana göre daha fazla doyum sağlamaktadır.

Kanada Ontario'da onkoloji servislerinde çalışanlarla ve Ankara Eğitim ve Araştırma hastanesinde çocuk kliniğinde çalışanlarla yapılan araştırmalarda hekimlerde iş doyumu düzeyleri diğer sağlık personeline göre daha yüksek saptanmıştır (170,171). İstanbul'da da içsel ve dışsal doyum puanı uzmanlarda yüksek saptanmıştır (155). Ancak İstanbul Tıp Fakültesinde hekimlerde, Kıbrıs Yakındoğu Üniversitesi ve Fırat Üniversitesi akademik personelinde yapılan çalışmalarda ünvan ile iş doyumları arasında fark saptanmamıştır

(74,84,104). Sabit bir iş güvencesi, uzman olduğu konuda etrafına ne yapılması gerektiğini söyleme şansı "yani otorite oluşu", tek başına çalışma olanağı, kendi kararlarını alabilme yani sorumluluk, iş karşılığında tanınma ve takdir görme şansı, işi yaparken yeteneklerini kullanma veya sergileyebilme fırsatı gibi faktörler de iş doyumunun yüksek oluşuna katkıda bulunmuş olabilir. Uzman hekimlerin bir çoğu tıbbi uygulamalarda ekibin yöneticisi konumunda olup, ülkemizde aldıkları uzmanlık eğitimi nedeniyle de hizmet verdikleri hasta kitlesi tarafından saygın, tecrübeli, bilgili kabul edilmektedir. Bu onların iş doyumunu etkileyebilir.

Çalışmaya katılanların toplam hizmet yılı ve bölümdeki hizmet yılı arttıkça iş doyumu artıyordu (r=0,097, p=0,022; r=0,097, p=0,022). Bu bulgular Türkiye'de değişik illerdeki yapılan çalışma sonuçları ile uyumlu idi (129,163,166,167). Avukatlarda da hizmet süresi ile iş doyumu doğru orantılı olarak saptanmıştır (165). Görevde toplam hizmet sürelerinin artması meslekte doyuma ulaşmalarına neden olabilir. Kıbrıs Yakındoğu Üniversitesi akademik personelinde, İstanbul Tıp Fakültesi'nde ve Samsun'da hekimlerde yapılan çalışmalarda ise hizmet süreleri ile iş doyumları arasında fark saptanmamıştır (84,104,162). Öğretmenlerde yapılan bir çalışmada hizmet süreleri ile iş doyumu düzeyleri arasında fark saptanmamıştır (168). Araştırmamızda iş doyumunu etkileyen bağımsız değişkenler ile yapılan CHAID analizine göre; yaşları (26, 28] aralığında olup toplam hizmet yılı 2 yılın altında olanların iş doyumu yüksek saptandı. Yaşları (28, 37] aralığında olanların bölümdeki hizmet yılı arttıkça iş doyumu arttığı bulundu. Kişilerin hizmet sürelerinin arttıkça meslekte var olan problemlerin genelde çözüme kavuştuğu, gelecek kaygısı azaldığı bu nedenle de iş doyumunun arttığı bilinmektedir.

Geliri yüksek olan öğretim elemanlarında iş doyumu yüksek saptandı (KW χ^2=12,032, p=0,007). Makin ve ark. (172) 1988 yılında, Appleton ve ark. (173) 1998 yılında ve Ünal ve ark. (106) 2001 yılında hekimlerde yapılan çalışmalarında da gelir düzeyleri arttıkça iş doyumunun arttığı saptanmıştır. Türk silahlı kuvvetlerde çalışan hekimlerde ile İstanbul ve Edirne'de sağlık yüksekokullarında çalışan eğiticilerde de gelir ve iş doyumu arasında doğrusal ilişki saptanmıştır (167,174). Chambers ve ark. (175) işi iyi olan, gelir düzeyi iyi olan ve değişik işlerde çalışanlarda iş doyumu yüksek saptamıştır. Ülkemizde ve yurt dışında hemşirelerde yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (169,176). Kıbrıs Yakındoğu Üniversitesi ve Fırat Üniversitesi akademik personellerinde çalışmalarda iş doyumu ile gelir düzeyleri arasında ilişki saptanmamıştır (74). İnsanları çalışmaya zorlayan en önemli etkenin ücret olduğu bilinmekte ve yapılan çalışmalar da iş tatminini belirleyen

önemli faktörlerden bir tanesinin ücret olduğunu gösterilmektedir. Kişinin yaşamını sürdürebilmesi için gelire ihtiyacı vardır. Bu nedenle geliri yükselirse iş tatminin de aynı şekilde artacağı söylenebilir.

Tükenmişlik sendromu akademik personelinin yaşadığı önemli sorunlardan biridir. Günün üçte birini işte geçiren çalışanların daha verimli çalışabilmeleri, öğrencilerin daha faydalı olabilmeleri için işlerini severek yapmaları, yaptıkları işten memnun olmaları gerekmektedir. Bu noktada "tükenmiş" veya "tükenmemiş" bireyler yerine; düşük, orta ve yüksek tükenmişlik düzeylerine sahip bireylerden söz etmenin daha doğru olduğunun belirtilmesi gerekir.

Çalışmamızda öğretim elemanların toplam tükenmişlik ortalaması 39,70±9,69 'di. Katılımcıların tükenmişlik düzeyleri üç alt boyutta değerlendirildi; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı. Bunlarda duygusal tükenme; kişinin mesleği tarafından tüketilmiş yada aşırı yüklenilmiş olma duygularını, duyarsızlaşma; çalışanların hizmet verdikleri kişilere karşı duygudan yoksun ve umursamaz bir şekilde davranmalarını, kişisel başarı noksanlığı ise bireylerin sorunlarının üstesinden gelememe durumlarını ifade etmektedir. Bu nedenle alınan tükenme puanlarının ayrı ayrı ifade etmek ve tartışmak yerinde olur. Araştırmamızda duygusal tükenme açısından değerlendirildiğinde %55,7'sinde düşük düzeyde tükenme, duyarsızlaşma açısından değerlendirildiğinde %59,1'inde düşük düzeyde tükenme, kişisel başarı açısından değerlendirildiğinde %69,6 orta düzeyde tükenme saptandı. Amerika'da cerrahlarda, Dokuz Eylül Üniversitesi akademik personelinde, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi hekimlerinde yapılan çalışmada duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma düzeyleri düşük ve kişisel başarı düzeyleri yüksek saptanmıştır (56,104,177). Karlıdağ ve ark. (178) hekimlerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşmayı yüksek, kişisel başarıyı düşük saptamıştır, Aktuğ ve ar. (102) kişisel başarıyı ve duyarsızlaşmayı yüksek, duygusal tükenmeyi orta düzeyde bulmuştur. Peru'da cerrahlarda ve Bolu'da spor uzmanlarında yapılan çalışmada duygusal tükenme yüksek olarak bildirilmiştir (179,180).

İngiltere'deki aile hekimlerinde ise duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı düzeyleri yüksek, duyarsızlaşma ise düşük düzeyde bulunmuştur (160). Türkiyede aile hekimlerinde ise duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma yüksek, kişisel başarı ise düşük saptanmıştır (181). Amerika'da transplantasyon cerrahlarında duygusal tükenmişlik yüksek, duyarsızlaşma ve kişisel başarı düzeyleri düşük bildirilmiştir (177). Yapılan çeşitli deneysel çalışmalarda meslekle ilgili stres faktörleri; öğrencilerle yaşanan zorluklar, personelle yaşanan problemler, mali durumlarla ilgili sıkıntılar olarak belirtilmiştir ve bunların öğretim elemanlarının kişisel

başarısını azaltabileceği vurgulanmıştır(107). İspanyada da terapistlerde tükenmişlik yüksek saptanmıştır (182). Ülkemizde ve yurt dışında yapılan tüm bu araştırmalardaki tükenmişlik düzey farklılıkları çalışma koşullarından, çalışılan kurumların farklı olmasından, bölgesel ve sosyokültürel etkenlerden kaynaklandığı düşünülebilir.

Cinsiyet, tükenme sendromu açısından önemli bir değişkendir (57). Çalışmamızda kadınlarda tükenmişlik düzeyleri erkeklerden yüksekti (Z=-2,612, p=0,009). Duygusal tükenmişlik kadınlarda erkeklere göre daha yüksek iken, duyarsızlaşma ve kişisel başarı açısından cinsiyet farkı saptanmadı. Daha önce yapılan çalışmalarda cinsiyetin tükenme sendromu üzerine olan etkisi hakkında farklı sonuçlar bildirilmektedir. Bazı çalışmalarda kadınların erkeklerden daha fazla duygusal tükenme yaşadıkları, bazılarında erkeklerin daha fazla duygusal tükenme yaşadığı, bazılarında ise cinsiyetler arasında fark olmadığı bildirilmiştir.(10,11,183). Literatürde tükenmişlik ile cinsiyet arasında fark olmadığını bildiren çalışmalar da vardır (75,183,184). Ankara'da aile hekimlerinde, İstanbul'da asistan doktorlarda, Washington Üniversitesi dahiliye servisinde çalışanlarda, Canberra Üniversitesi psikiyatri servisinde çalışanlarda ve Peru'da hekimlerde yapılan bir çalışmada cinsiyet ile tükenmişlik arasında ilişki saptanmamıştır (179,185-187)

Macaristan'da sağlık personelinde yapılan bir çalışmada erkeklerde duyarsızlaşma puan değeri düştükçe kişisel başarı düzeylerinin yükseldiği saptanmıştır (161). Türkiye çapında psikolojik danışmanlarda, Ankara'da demiryollarında çalışanlarda, Hacettepe Üniversitesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi akademisyenlerinde yapılan araştırmalarda kadınlarda duygusal tükenmişlik daha yüksek saptanmıştır (10,57,188,189).

Benzer olarak Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan kadın asistanlarında genel tükenmişlik düzeyleri yüksek bulunmuştur (102). Amerika'da bir üniversitede yapılan çalışmada kadınlarda duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan değerleri erkeklere göre yüksek bulunmuştur (190).

Trabzon sağlık ocaklarında çalışan hekimlerde ise duygusal tükenme kadınlarda yüksek olarak bulunmuşken, duyarsızlaşma ve kişisel başarı açısından cinsiyetler arası fark saptanmamıştır (57). Çalışmamızda da tükenmişliği etkileyen bağımsız değişkenler ile yapılan CHAID analizine göre; Doç. ve Yard. Doç.'lerde tükenmişliği etkileyen ikinci bağımsız değişken cinsiyettir. Kadınlarda erkeklere göre tükenmişlik yüksek saptandı. Kadınlarda tükenme düzeylerinin yüksek olmasında; kadınlarda tükenmeyi iş ve iş dışı etmenlerin, erkeklerde ise yalnızca iş ile ilgili etmenlerin belirliyor olması ve erkeklerle kadınların işin farklı yönlerine önem vermelerinden kaynaklanabileceği düşünülebilir. Bu bulgu toplumsal

rollerin gereği kadınların iş yaşamı ile birlikte ev işleri ve çocuk bakımı ile birlikte çifte rol yüklenmeleri ile açıklanabilir. Ayrıca kadınlar genellikle işin "insan ilişkileri" yönüne önem verirken, erkekler işin "sonuçlarına" önem vermektedirler. Kadınlar iş yerinde hiyerarşiyle ilgili stresi ve diğer personelle olan sorunları daha çok duyumsamaktadırlar. Bu da kadınların meslekte deneyimli olsalar da tükenmeyi yoğun olarak yaşamalarını açıklayabilir (185).

İzmir'de öğretmenlerdeki çalışmada duyarsızlaşmanın, Ankara'da akademisyenlerdeki çalışmada kişisel başarının, İsviçre'de birinci basamakta çalışan hekimlerde genel tükenmişlik düzeylerinin erkeklerde kadınlarınkinden yüksek olduğu bildirilmiştir (10,191,192). Cumhuriyet üniversitesi akademik personelinde yapılan çalışmada kişisel başarı hariç erkek katılımcıların tükenmişlik değerleri, bayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (107). Tabipler birliğinin hekimlerde yapılan çalışmada duygusal tükenmişlik açısında erkek ve kadınlarda fark saptanmamıştır. Ancak erkeklerin duyarsızlaşma açısından kadınlara göre daha tükenmiş oldukları, kadınların ise kişisel başarı açısından erkeklere göre daha tükenmiş olduğu görülmüştür. Kadınların iş dışı yaşamlarında sorumluluklarının fazla olması da kişisel başarı düzeylerinin erkeklere göre daha düşük olmasının nedeni olarak bildirilmiştir (193).

Çalışmamızda yaş ile tükenmişlik arasında ilişki yoktu. Peru'da hekimlerde, Ankara Üniversitesi hastanesinde çalışanlarında, Ankara'da öğretmenlerde ve Dokuz Eylül Üniversitesi öğretim elemanlarında yapılan çalışmalarda yaş ile tükenmişlik arasında ilişki saptanmamıştır (179,183,184,194). Gençlerin işe yeni başlaması, beklentilerinin yüksek olması fakat işi iyi bilmemeleri nedeni ile fazla yoruldukları, yaşı ileri olanların tecrübelerin artmasına rağmen statülerinin yükselmesi ve sorumlulukların artması nedeni ile tükenmişlikleri artığı söylenebilir.

Ankara'da Demiryolları Fabrikasında çalışanlarda, İzmir'de hastanede çalışan hemşire ve teknisyenlerde, Meksika'da hemşirelerde, Amerika'da psikiyatristlerde, Yeni Zelanda'da hekimlerde, Amerika'da AİDS'li hasta bakımı verenlerle yapılan çalışmalarda yaş arttıkça duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma düzeylerinin azaldığı bulunmuştur (189,195-199). Ankara'da öğretmenlerde yapılan iki çalışmada yaş arttıkça tükenmişlik, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin azaldığı, kişisel başarı düzeyinin arttığı saptanmıştır (200,201). Cerrahpaşa tıp fakültesinde çalışan hemşirelerde yapılan çalışmada yaş ortalamasının artması ile kişisel başarı puanları da artma olduğu tespit edişmiş (199).

İsviçre'de birinci basamakta çalışan hekimlerde yapılan çalışmada yaşı ileri olanlarda tükenmişlik yüksek saptanmıştır (192). Tabipler birliğinin yaptığı çalışmada hekimlerin ileri yaş grubunda duygusal tükenme yükselirken duyarsızlaşmanın azaldığı bulunmuştur (193).

Türkiye çapında anaokulu öğretmenlerde yapılan bir çalışmada öğretmenlerin yaş arttıkça duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı düzeyleri arttığı saptanmıştır (202).

Yaş arttıkça kişilerin işle ilgili sorunlarla daha etkin mücadele yolları geliştirmeleri ve zaman içinde mesleki olgunlaşmanın doğal sonucu olarak kendilerini daha yeterli ve başarılı hissettikleri sonucuna varılabilir.

Çalışmamızda yüksek lisans düzeyine sahip olanlarda tükenmişlik en yüksek, doktora düzeyine sahip olanlarda en düşük saptandı (KW χ^2=10,099, p=0,006). Katılımcıların eğitim durumları ile tükenmişliğin alt ölçeklerinden duygusal tükenme ve kişisel başarı arasında fark yoktu. Yüksek lisans mezunlarında duyarsızlaşma yüksek saptandı (Pearson χ^2=18,132; p=0,001).

Demiryollarında çalışanlardaki araştırmada eğitim düzeyi arttıkça duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı puanının arttığı belirlenmiştir (94). Macaristan'da sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi daha iyi olanlarda duyarsızlaşma puan değeri düştükçe kişisel başarı düzeylerinin yükseldiği saptanmıştır (161). Eğitim düzeyleri arttıkça kişinin mesleğine yönelik bölümlerde çalışması, dolayısı ile mesleğine yönelik beklentileri ve umutları artabileceği ve tükenmenin azalacağı düşünülebilir.

Çalışmamızda yardımcı doçentlerde genel tükenmişlik düzeyleri düşük, diğer gruplarda yüksek bulundu (KW χ^2=24,536, p<0,001). Öğretim elemanlarının görev ünvanı ile tükenmişliğin alt ölçeklerinden duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı düzeyleri arasında ilişki saptanmadı. Araştırma görevlilerinde duyarsızlaşma orta düzeyde saptandı. Hacettepe Üniversitesinde araştırma görevlilerinde doçent ve profesörlere göre duyarsızlaşma yüksek iken kişisel başarı duygusu düşük olduğu belirlenmiştir (10). Dokuz Eylül Üniversitesi'nde duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma düzeyleri yardımcı doçent ve öğretin görevlilerinde yüksek, kişisel başarı düzeyleri profesör ve doçent'lerde yüksek saptanmıştır (11). İsviçre'de birinci basamakta çalışan pratisyenlerde tükenmişlik düzeyleri yüksek bulunmuştur (192). Ankara Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelerde duygusal tükenme doktorlara göre yüksek iken, kişisel başarı ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinde anlamlı bir fark saptanmamıştır (184).

Bir grup akademisyende yapılan çalışmada araştırma görevlilerinde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan düzeyleri yüksek, kişisel başarı düzeyleri düşük saptanmıştır (203). Dokuz Eylül Üniversitesi'ndeki Yrd.Doç. ve Öğr. Elem.'larında duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma profesörlere göre yüksek iken, Profesörlerdeki kişisel başarı düzeyi araştırma görevlilerine göre yüksek saptanmıştır (194).

Demiryollarında çalışanlarda görev ünvanları yükseldikçe duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı puanının arttığı bulunmuştur (189). Kanada Ontario'da onkoloji servislerinde çalışanlarda yapılan çalışmada duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma düzeyleri hekimlerde yüksek bulunurken, kişisel başarı puanları hemşirelerde yüksek saptanmıştır (170).

Araştırmamızda iş doyumunu etkileyen bağımsız değişkenler ile yapılan CHAID analizine göre; tükenmişliği etkileyen en önemli bağımsız değişken ünvandı. Doç. ve Yrd. Doç.'lerde tükenmişlik düşük, diğer gruplarda yüksek saptandı. İletişim, başa çıkma ve yönetme becerileri konusunda yeterli olmamak tükenmeyi arttırıcı bir etkiye sahiptir. Deneyimlerle bu beceriler geliştikçe, bu alanlardan kaynaklanan stres azalmaktadır. Ayrıca meslekte bilgi ve deneyimi arttıkça ve kariyerde ilerledikçe öğretim elemanının mesleğine ilişkin olarak yeterlilik duygusu gelişmekte ve daha otonom davranabilmektedir.

Çalışmamızda hizmet yılları ile tükenmişlik arasında ilişki saptanmadı. Macaristan'da sağlık çalışanlarında, Canberra Üniversitesi psikiyatri servisinde çalışanlarında, Türkiye çapında anaokulu öğretmeleri, Ankarada sınıf öğretmenlerinde, Ankara üniversitesi hastanesinde çalışanlarında ve Cumhuriyet Üniversitesi öğretim elemanlarında yapılan çalışmalarda hizmet süresi ile tükenmişlik arasında fark saptanmamıştır (75,161,183,184,187,202).

Dokuz Eylül Üniversitesi öğretim elemanlarında hizmet süresi arttıkça tükenmişliğin arttığı bulunmuştur (75). Ankara'da ve Mersin'de öğretmenlerde yapılan çalışmada hizmet süresi arttıkça, genel tükenmişliğin azaldığı ve kişisel başarının arttığı saptanmıştır (200,204). Cerrahpaşa tıp fakültesinde çalışan hemşirelerde yapılan çalışmasında hizmet yılı arttıkça kişisel başarı puanları da artmıştır (205). Aile hekimlerinde yapılan çalışmada meslekte çalışma süreleri attıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan düzeyleri düşerken, kişisel başarı puanlarının yükseldiği saptanmıştır (182). Türkiye çapında psikolojik danışmanlarda yapılan araştırmada en çok kişisel başarısızlık şeklinde tükenmişlik (%24) görülmüş, hizmet süresi azaldıkça mesleğini istemeden seçenlerde duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlık şeklinde tükenmişlik görülmüştür (188).

İletişim, başa çıkma ve yönetme becerileri konusunda yeterli olmamak tükenmeyi arttırıcı bir etkiye sahiptir. Deneyimlerle bu beceriler geliştikçe, bu alanlardan kaynaklanan stres azalmaktadır. Ayrıca meslekte bilgi ve deneyimi arttıkça ve kariyerde ilerledikçe öğretim elemanının mesleğine ilişkin olarak yeterlilik duygusu gelişmekte ve daha otonom davranabilmektedir.

Çalışmamızda gelir düzeyi ile tükenmişlik arasında ilişki bulunmadı. Asistan doktorlarda yapılan bir çalışmada aylık gelir ile tükenmişlik arasında fark saptanmamıştır (190).

İzmir'de öğretmenlerde yapılan bir çalışmada gelir düzeyleri düşük olanların duygusal tükenmişlik puanları yüksek bulunmuştur (191). Aile ve çevreden alınan destek olmadığında, üstlerinde takdir görmediklerinde duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları arttığı saptanmıştır (191). Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde çalışan hemşirelerde yapılan çalışmasında gelir düzeyleri arttıkça genel tükenmişlikleri azaldığı görülmüştür (205). Ankara Eğitim ve araştırma hastanesinde çocuk kliniğinde çalışanlarda yapılan çalışmada ücret azaldıkça duygusal tükenmişliğin arttığı saptanmıştır (186). Ankara Demiryolları fabrikasında çalışanlarda ve Türkiye genelinde anaokulu öğretmenlerinde yapılan çalışmalarda gelir düzeyleri arttıkça kişisel başarı puanının arttığı tespit edimiştir (189,202). Mali açıdan durumları düzeldikçe kişilerin ailelerinin temel ihtiyaçlarını karşılaması ile birlikte kendilerine daha güvenli ve çevreleri ile daha uyum içinde olduklarını gösteriyor.

Tükenmişliğin ortaya çıkmaması için alınabilecek önlemlerden başlıcalarının şunlar olduğu belirtilmektedir: kişilerin bir işe başlarken ne ile karşılaşabilecekleri yönünde bilgilendirilmesi; insanlara söz konusu durumu yaşayabileceklerinin anlatılması ve bu konuya yönelik eğitim kurslarının verilmesi; çalışanların takip edilmesi ve onların tükenmişliklerine neden olan durumların ortadan kaldırılması; çalışanların enerjilerinin yeniden kazanabilecekleri yeni işler verilmesi; çalışanların günlük stresten uzaklaşmalarını sağlayabilecek ortamlar hazırlanması; kişilere kendi yetenekleri hakkında geri bildirim verilmesi; çalışanların dış baskılar ve saldırılara karşı konulması; yöneticilerin yüksek performans sergileyen elemanlara daha fazla iş verme eğilimlerinin kontrol edilmesi.(202).

Akademik personelinin olumsuz çalışma koşullarının düzeltilmesi, gelir düzeylerinin artırılması, sosyal destek sağlayacak programların geliştirilmesi ile tükenmişlik düzeyleri azaltılıp iş doyumu düzeyleri artırılabilir. Akademik personelinin yaşam kalitesinin yükseltilmesi, tükenmişlik durumlarının iyileştirilmesi, iş doyumunun artırılması, iş verimliliklerini ve başarılarının arttırmaları yönünde oldukça önemlidir.

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi'nde çalışan tüm akademik personelinin sosyodemografik özellikleri, sağlıkla ilintili yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri, iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi ve bunların giderilmesi yönünde öneriler yapmamızı sağlayacak şekilde planlanıp, yürütülmüş olan çalışmamızdan elde edilen sonuçlar, şu şekilde özetlenebilir:

1- Öğretim elemanlarının yaş ortalaması 33,86 idi. Çalışmaya katılanların %47'sinin kadın, %53'ünün erkek, %42,9'u bekar, %54,5'i evli, %2,7'si dul olduğu belirlendi. Kadınların 1/2'si, erkeklerin 1/3'ü evli idi. Katılımcıların ortalama 1,26 çocuğu vardı. Katılımcıların 2/3'ü kirada, 1/3'ü kendi evinde, baba evinde veya lojmanda oturuyordu.

2- Öğretim elemanlarının %10,2'si lisans, %54,5'i yüksek lisans, %35,4 doktora mezunu olduğu ve bunların %71,1'i tıp fakültesinde çalıştığı saptandı. Katılımcıların en çok İngilizce olmak üzere %86,1'i yabancı dil biliyordu. Katılımcıların toplam hizmet yılı ortalaması 9,15 yıl, bölümdeki hizmet yılı ortalaması 5,45 yıl olduğu belirlendi.

3- Öğretim elemanlarının 2/3'ünün ailelerinden destek gördüğü, 1/8'inin mesleğini istemeyerek seçtiği, 3/4'ünün mesleğinin toplumda hak ettiği yeri bulamadığını, yarısı günlük iş yüklerinin normal düzeyde olduğunu, 1/4'ünün kendilerine yeterince zaman ayırabildiklerini, 1/3'ünün bazen çalışma ortamından memnun olduklarını, yarısı mesleğinin kendilerine uygun olduğunu belirttiler. Katılımcıların yarıdan fazlası mesleğini sevdiği için, geri kalanı geçimini sağlamak için, toplumda kabul gördüğü için veya başka iş bulamadığı için mesleğe devam ediyordu.

4- Katılımcıların 1/4'ü hala sigara içiyordu. Yapılan çalışmalarda sigara içiminin cinsiyetle ilişkisine bakıldığında erkeklerde yüksek bildirilmiş. Bizim çalışmamızda da erkeklerin sigara içme oranları kadınlara göre fazla idi. Fagerström testine göre % 4,7 öğretim görevlisi çok yüksek fiziksel bağımlılıkları vardı ve erkeklerde bağımlılık düzeyi kadınlardan iki kat daha fazla idi.

5- Çalışmaya katılanların 1/3'ü alkollü içki kullandığı saptandı ve Cage'ye göre 1/5'inde bağımlılık riski vardı. Erkekler kadınlardan iki kat daha fazla alkollü içki içyordu ve erkeklerde alkol bağımlılığı beklendiği gibi daha yüksekti. Bu bulgular ışığında Edirne'de özellikle erkekler arasında alkol kullanımının yaygın olduğunu söylemek mümkündür.

6- Katılımcıların Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği toplam ortalama puanı 2,09 idi ve buna göre katılımcıların 1/10'unda depresyon olduğu saptandı. Literatür bilgileri ile uyumlu olarak öğrenim düzeyleri düşük ve geliri orta olanlarda depresyon daha yüksekti ve depresyon oranı kadınlarda daha fazla bulundu. Yüksek eğitimin, artan bilgi ve yeteneklerin sorunlarla başa çıkma yeteneğini arttırarak depresif bozukluk oranının düşürülmesinde etkili olabilir.

7- Çalışmaya katılanların durumluk kaygı düzeyleri ortalaması 36,98 olarak saptandı ve diğer çalışmalarla paralellik gösteriyordu. Durumluk kaygı düzeyleri kadınlarda, öğrenim düzeyleri yüksek lisans ve araştırma görevlilerinde daha yüksek bulundu. Katılımcıların yaşları, toplam hizmet yılı, bölümdeki hizmet yılı ve gelir düzeyi arttıkça durumluk kaygı düzeylerinin azalıyordu. Çalışma süresinin artmasına bağlı olarak sosyal statü, gelir ve benzeri durumlarda belirgin bir değişiklik olmaması, hatta sorumlulukların artması ve yaş faktörünün de eklenmesi kaygı düzeylerinin yüksek olmasını açıklayabilir.

8- Öğretim elemanlarının sürekli kaygı düzeyleri ortalaması 44,32 idi ve kadınlarda erkeklere göre yüksek bulundu. Öğrenim düzeyi, görev ünvanı, yaş, toplam hizmet yılı, bölümdeki hizmet yılı, gelir düzeyi ile sürekli kaygı düzeyleri arasında ilişki saptanmadı.

9- Öğretim elemanlarının genel iş tatmini ortalamaları 63,06 idi ve 3/4'ünde orta düzeyde saptandı. Öğretim elemanlarının yaşları, toplam hizmet yılı, bölümdeki hizmet yılı, gelir düzeyleri ve öğrenim düzeyleri arttıkça iş tatmini artıyordu. Çalışmamızda cinsiyet ile iş doyumu düzeyleri arasında ilişki saptanmadı. Bu ise günümüzde her iki cinsin eşit oranda çalışma hayatında yer almasından kaynaklanıyor olabilir.

10- Katılımcıların toplam tükenmişlik ortalaması 39,70 olarak saptandı. Katılımcıların yarısında duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düşük düzeyde, 2/3'ünde kişisel başarı orta düzeyde idi. Tükenmişlik oranı kadın ve erkeklerde benzer olarak bulundu. Öğrenim

düzeyleri düşük olanlarda tükenmişlik yüksekti, ancak kademik personelin çalıştıkları fakülte, yaşları, toplam hizmet yılı, bölümdeki hizmet yılı ve gelir düzeyleri ile genel tükenmişlik düzeyleri arasında ilişki yoktu.

11- Öğretim elemanlarının görev ünvanları ve eğitim durumları ile duygusal tükenmişlik arasında ilişki saptanmadı, ancak kadınlarda erkeklere göre daha yüksekti. Bu bulgu toplumsal rollerin gereği kadınların iş yaşamı ile birlikte ev işleri ve çocuk bakımı ile birlikte çifte rol yüklenmeleri ile açıklanabilir. Öğrenim düzeyleri yüksek lisans olanlarda ve araştırma görevlilerinde duyarsızlaşma orta düzeyde saptandı, cinsiyetler arasında fark yoktu. Çalışmaya katılanların öğretim elemanlarının cinsiyet, eğitim durumları ve görev ünvanları ile tükenmişliğin alt ölçeklerinden kişisel başarı düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

12- Katılıcıların genel yaşam kalitesi ortalamalası 14,43 idı ve pek çok araştırmada olduğu gibi erkeklerde kadınlardan daha yüksek saptandı. Katılımcıların öğrenim düzeyleri, görev ünvanları, yaşları, toplam hizmet yılları, bölümdeki hizmet yılları ve gelirleri arttıkça genel yaşam kaliteleri de artıyordu. Bu durum kadın olmak, çalışıyor olmak, ev işleri ve çocuklarla uğraşıyor olmak kısaca daha fazla yıpranıyor olmaları ve boş zamanlarının daha az olmasının yaşam kalitesini etkilediği düşünülebilir.

13- Öğretim elemanlarının yaşları, toplam hizmet yılı ve bölümdeki hizmet yılı arttıkça fiziksel yaşam kalitesinin arttığı saptandı. Ancak cinsiyet, görev ünvanı, öğrenim düzeyi ve gelir düzeyi ile fiziksel yaşam kalitesi arasında ilişki yoktu. Bedensel alan puanları günlük yaşantıdaki işlevselliği yansıttığından, bizim araştırmamızda yer alanların genç ve sağlıklı kişilerden oluşması bu alandaki puanların diğer araştırmalardan yüksek olmasına neden olabilir.

14- Öğrenim düzeyi ve görev ünvanı arttıkça psikolojik yaşam kalitesi artıyordu. Yaş, toplam hizmet yılı, bölümdeki hizmet yılı, cinsiyet ve gelir düzeyi psikolojik yaşam kalitesi üzerinde etkili değildi. Öğrenim düzeyinin yükselmesi ile özgüvenin, benlik saygısının arttığı, gereksinim ve beklentilerin daha iyi karşılanabildiği söylenebilir.

15- Çalışmaya katılanların sosyal yaşam kalitesi gelir düzeyi arttıkça artıyordu. Katılımcıların yaşları, toplam hizmet yılı, bölümdeki hizmet yılı, cinsiyetleri, görev ünvanları ve öğrenim düzeylerine göre sosyal yaşam kalitesi arasında anlamlı fark saptanmadı.

16- Öğretim elemanlarının yaşları, toplam hizmet yılı ve bölümdeki hizmet yılı arttıkça çevresel yaşam kalitesinin arttığı bulundu. Katılımcıların görev ünvanlarına göre yaşam kalitesinin alt ölçeklerinden çevresel düzeyleri doçentlerde en yüksek, yardımcı doçent öğretim görevlisi ve araştırma görevlilerinde düşük saptandı. Katılımcıların cinsiyeti, gelir

düzeyi ve öğrenim düzeyi çevresel yaşam kalitesine etki etmiyordu. Görevde hizmet sürelerinin artması meslekte doyuma ulaşmalarına, meslek kaygısı taşımamalarına yada bu süre içerisinde birimde çalışmaya karşı belli bir duyarsızlaşma ve bedensel olarak yıpranmalarına bağlanabilir.

17- Toplumsal çevre yaşam kalitesi yüksek lisans sahibi olanlarda en düşük, doktora sahibi olanlarda en yüksek olarak bulundu. Öğretim elemanlarının yaşları, toplam hizmet yılı ve bölümdeki hizmet yılı arttıkça toplumsal çevre yaşam kalitesi de arttıyordu. Toplumsal çevre yaşam kalitesi araştırma görevlilerinde en düşük, profesör, doçent ve yardımcı doçentlerde yüksek idi. Katılımcıların cinsiyet ve gelir düzeyleri ile yaşam kalitesi ve alt ölçeklerinden toplumsal çevre düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Bu sonuçlar ekonomik yükünün yaşam kalitesi doğrudan etkilediği göstermektedir. Bununla beraber maddi kaynaklarını daha özgürce harcayabilme, boş zamanlarını daha iyi ve kendi istediği gibi değerlendirme özgürlüğüne sahip olmaları ile de yaşam kalitesini arttırdığı söylenebilir.

ÖZET

Bu çalışmada Trakya Üniversitesi'nde çalışan akademik personelinin sağlıkla ilintili yaşam kalitelerinin ölçülmesi ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamızda 560 öğretim elemanına sosyodemografik özellikler, yaşam kalitesi, durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri, tükenmişlik ve iş doyumu düzeyleri ile sigara ve alkol kullanımlarını sorgulayan anket uygulandı.

Öğretim elemanlarının yaş ortalaması 33,86 idi. Çalışmaya katılanların %47'sinin kadın, %53'ünün erkek, %10,2'si lisans, %54,5'i yüksek lisans, %35,4 doktora mezunu idi. Katılanların %6,6'ının Profesör, %7,3'ünün Doçent, %16,8'inin Yardımcı Doçent, %5,9'unun Öğretim Görevlisi, %2,7'sinin Uzman, %58,2'sinin Araştırma Görevlisi, %2,5'inin Okutman olduğu saptandı.

Genel yaşam kalitesi ortalaması 14,43'tü ve erkeklerde kadınlardan yüksekti. Katılımcıların yaşları, gelirleri, toplam hizmet yılları, bölümdeki hizmet yılları ve gelirleri arttıkça yaşam kaliteleri ve iş doyumları artıyordu. Yaşam kalitesinin psikolojik ve toplumsal çevre alt ölçek düzeyleri yüksek lisans sahibi olanlarda düşük, doktora sahibi olanlarda yüksekti. Yaşam kalitesinin psikolojik, çevresel ve toplumsal çevre alt ölçek düzeyleri ve iş doyumları araştırma görevlilerinde düşük saptandı.

Toplam tükenmişlik ortalaması 39,70 puan ile düşük olarak saptandı. Duygusal tükenme %55,7'sinde, duyarsızlaşma %59,1'inde düşük iken, kişisel başarı %69,6'ında orta düzeydeydi. Tükenmişlik düzeyleri kadınlarda erkeklerden yüksekti. Öğrenim düzeyleri yüksek lisans olanlarda tükenmişlik düzeyleri yüksek, doktora olanlarda düşüktü. Yardımcı doçentlerde tükenmişlik düzeyi en düşük, diğer gruplarda yüksek olarak belirlendi.

Sonuç olarak öğretim elemanlarının sağlıkla ilintili yaşam kalitesi yaş, cinsiyet, eğitim durumu, statüden gelir düzeyinden etkilenmektedir. Akademik personelin tükenmişlik durumlarının iyileştirilmesi, iş doyumlarının arttırılması, iş verimliliklerinin ve başarılarının arttırılması, yaşam kalitelerinin arttırılması yönünde oldukça önemlidir.

Anahtar kelimeler: Öğretim elemanları, sağlıkla ilintili yaşam kalitesi, Edirne

HEALT RELATED QUALITY OF LIFE AMONG ACADEMIC STAFF WORKING AT TRAKYA UNIVERSITY

SUMMARY

In this study we aimed to determine the factors related to health life quality of the academic personel working in Trakya University.

In our study we applied 560 applicants questionnaire which consists questions about their life quality, sociodemografic features, state-trait anxiety level, to be consumed and their job satisfication level and also we asked them if they smoke and drink alcohol.

The average age of the lecturers was 33.86. The participants were 47% women, 53% men. They were graduated with 10.2% bachelor's degree, 54.5% master's degree, 35.4% doctor's degree.

The participants were; 6.6% professor, 7.3% associate professor, 16.8% assistant professor, 5.9% educator , 2.7% specialist, 58.2% research assistant, 2.5% lecturer.

The general life quality was 14.43 and this was higher. In the men than the women. When the participants age, income, total working years and the working years in their parts, increase, their life quality and job satisfications increases too. The psychologic and social environment sub-scale level of the life quality was low in who has master's degree and was high who has doctor's degree.

In determined that, the psychologic, environmental and social environmental sub-scale level and also job satisfication of the life quality, was low in research assistant.

The total consume avarege was low with 39.7%. Emotional consume was low with 55.7% and desensitization was low with 59.1%. Personal satisfication average was higher in the women than the men. The total consume average was high in the one's who have high bachelor's degree and low who has doctor's degree.The lowest consume average seen in the associate professor but it was high in the other groups.

Lastly, we can say that the health life quality of the educators is affected by thair age, sex, education, status and from their in come.It is very imported, to improve the consume level, to increase job satisfication and the life quality of the academic persons for raising their success and productivity.

Key Words: Faculty members, Health Related Quality of Life, Edirne.

KAYNAKLAR

1. Eser E. Sağlıkla İlgili Yaşam kalitesi ölçeklerinin kültürel uyarlaması. Sağlıkta Birikim Dergisi 2006;1(2):6-8.
2. Yıldırım A, Ateş M, Bektaş G. Sağlık hizmetlerinin ölçümünde yaşam kalitesi ve yıllara uyarlanan kalite. 5. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kongre Kitabı s.395-400, Eskişehir, 2002.
3. Carr J A, Gibson B, Robinson P G. Measuring of life is quality of life determined by expectations or experience. BMJ 2001;322:1240-3.
4. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. N Engl J Med 1996;334(13):835-40.
5. Carr JA, Higginson IJ. Measuring quality of life are quality of life measures patient centered. BMJ 2001;322:1357-60.
6. Jenney EMJ, Campbell S. Measuring quality of life. Arch Dis Child 1997;77:347-50.
7. Aydemir Ö. Sağlıkta yaşam kalitesinin klinik uygulamalarda kullanımı. Sağlıkta Birikim Dergisi 2006;1(2):9-13.
8. Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. Sağlıkta Birikim Dergisi 2006;1(2):1-5.
9. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav 1981;2:99-113.
10. Ergin C. Akademisyenlerde tükenmişlik ve çeşitli stres kaynaklarının incelenmesi. HÜ Edebiyat Fakültesi Dergisi 1995;12(1-2):37-50.
11. Budak G, Sürgevil O. Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerine bir uygulama. DEÜİİBF Dergisi 2007;20(2):95-108.
12. Casillo JX, Cano J. Factor explaning job satisfaction among faculty. JAE 2004;45(3):65-74.

13. Şenol Y, Türkay M. Yaşam kalitesi ölçütlerinde taraf tutma: cevap kayması. TSK Koruyucu Sağlık Bülteni 2006:5(5):382-89.

14. The WHOQOL Group. What quality of life. World Health Forum 1996;17:354-6.

15. Fidan D, Ünal B, Demiral Y. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kavramı ve ölçüm yöntemleri. Sağlık Toplum 2003;13(3):3-8.

16. Saka Ö, Fidan D, Yıldırım HH. Yaşam Kalitesi Ölçütlerinin Sağlık Ekonomisinde Kullanımı. Sağlıkta Birikim Dergisi 2006;1(2):14-20.

17. Groenvold M. Metodological issues in the assessment of health-related quality of life in palliative care trials. Acta Anaesthesiol Scand 1999;43:948-53.

18. Yaşam kalitesi 2006. http://www.ozetkitap.com/yasam_kalitesi.pdf.

19. Ventegodt S. Measuring Quality of Life From Theory to Practice. Denmark Quality of Life Center [Serial online] 1996. http://home2.inet.tele.dk/fclk/mql_eng.htm.

20. Fries JF, Singh G. The hierarchy of patient outcomes. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Second Edition. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1996: 33.

21. Cooley ME. Quality of Life in pearsons with nonsmall cell lung cancer. A concept analysis. Cancer Nurs 1998;21(3):151-61.

22. Flanagan JC. A research approach to improving our quality of Life. Am Psychocol 1978;33:138.

23. Fidaner C. Sağlıkta yaşam kalitesi (SYK) kavramı: bir giriş denemesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı s.1, İzmir,2004.

24. Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are Quality of Life measurements measuring? BMJ 1998;316:542-5.

25. Treasure T. The measurement of health related quality of life. Heart 1999:81;331-2.

26. Tesla MA, Nackley JF. Methods for Quality of Life Studies. An Rev Public Health 1994;15:535-59.

27. Yıldırım A. Sağlığa ilişkin sosyal yaşam kalitesi. Gülhane Tıp dergisi 2002;44(4):480-5.

28. Eser E. Yaşam kalitesinin sınıflandırılması ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümü. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı s.4, İzmir,2004.

29. Fırat R. Yaşam kalitesi mi, yaşam standardı mı? Sivil Toplum & İletişim [e-dergi]. 2005. http://www.koprudergisi.com/index.asp?Bolum=EskiSayilar&Goster=Yazi&YaziNo=679

30. Bottomley A. The cancer patient and quality of life. The Oncolojist 2002;7:120-5.

31. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care I: Applications and issues in assessment. BMJ 1992;305(6861):1074-7.

32. Baydur H, Eser E. Uygulama: Yaşam kalitesi ölçeklerinin psikometrik çözümlenmesi. Sağlıkta Birikim Dergisi 2006;1(2):99-123.

33. Aral V. Yaşamda sevgi. Gri Dergi [e-dergi].2006.http://gridergi.8k.com/felsefe/sevgi.htm.

34. Calvert M.J, Freemantle N. Use of health-related quality of life in prescribing research. Part 2: metodological considerations for the assessment of health-related quality of life in clinical trials. J Clin Pharm Ther 2004;29:85-94.

35. Guyatt GH, Naylor CD, Juniper E, Heyland DK, Jaeschke R, Cook DJ. Users' guides to the medical literature. XII. How to use articles about health-related quality of life. Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA 1997;277(15):1232–7

36. Carr AJ, Huggison IJ, Robinson PG. Quality of life. Eur J Public Health 2005;15(6):668

37. Calvert M.J, Freemantle N. Use of health-related quality of life in prescribing research. Part 1: why evaluate health-related quality of life?, J Clin Pharm Ther 2003;28:512-21.

38. Huggison IJ, Carr AJ. Measuring quality of life using quality of life measures in the clinical setting. BMJ 2001;322:1297-300.

39. Şahin B. Sağlığın ölçümü ve kullanım alanlarına teorik bir bakış. Sağlık Toplum 1999;9(3):3-12.

40. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. Romatizma 2005;20(1):55-63.

41. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychol Med 1998;28:551-8.

42. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N. Kısa form 36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonu güvenirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi Derg 1999;12:102-6.

43. Eser SY, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H, Eser E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. 3P Dergisi 1999;7:5-13 (Ek 2).

44. Ersoy F, Yıldırım C, Edirne T. Tükenmişlik (Staff Burnout) Sendromu. STED [e-dergi]. 2001. http://www.ttb.org.tr/STED/sted0201/1.html

45. Kaçmaz N. Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. İst Tıp Fak Derg 2005;68(1):29-32.

46. Cox T, Tisserand M, Taris T. The conceptualization and measurement of burnout: Questions and directions. Work Stres 2005;19(3):187-91. 47. Sever AD. Hemşirelerin İş Stres İle Başa Çıkma Yollari ve Bunun Sonuçlarının Araştırılması (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı;1997.

48. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annu Rev Psychol 2001;52:397-422.

49. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. In: Zalaquett CP, Wood RJ (Eds.). Evaluating Stres A book of Resources. London: The Scarecrow Pres; 1997. p.191-218.

50. Chopra SS, Sotile WM, Sotile MO. Physician Burnout. JAMA 2004;291(5):633.

51. Özer R. Rehber Öğretmenlerde Tükenmişlik Düzey, Nedenleri ve Çeşitle Değişkenlere Göre İncelenmesi (tez). Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü;1998.

52. Torun A. Tükenmişlik,Aile Yapısı ve Sosyal Destek İlişkleri Üzerine Bir İnceleme (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü;1995.

53. Barrick RK. Burnout ad Job Satisfaction of Vocational Supervisors. JAE 1989:35-41.

54. Felton JS. Burnout as a clinical entity its importance in health care workers. Occup Med 1998;48(4):237-50.

55. Izgar, H. Okul yöneticilerinin tükenmislik düzeyleri. Kuram ve Uygulamada Egitim Yönetimi Dergisi 2001;27:335-40.

56. Kurçer MA. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi hekimlerinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri. Harran Üniv Tıp Fak Derg 2005;2(3):10-5.

57. Yavuzyılmaz A, Topbaş M, Çam E, Çan G, Özgün Ş. Trabzon il merkezindeki sağlık ocakları çalışanlarında tükenmişlik sendromu ile iş doyumu düzeyleri ve ilişkili faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(1):41-50.

58. Wood T, McCarthy C. Understanding and Preventing Teacher Burnout. ERİC Digest Washington DC: ERIC Clearinghouse on Teaching and Teacher Education. [Serial online] 2002. http://www.ericdigests.org/2004-1/burnout.htm.

59. Neils H. Signs of Burnout and How To help You Avoid It. Kombis [Serial online]. 2005 http://www.asssessment.com/mappmembers/avoidingburnout.asp.

60. Başaran BI. Zihinsel görme ve işitme özürlü çocuklara eğitim veren özel eğitim kurumlarında çalışan öğretmenlerin kişilik özelliklerinin belirlenmesi ve karşılaştırılması (tez). İzmir:Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü;1999.

61. Şanlı S. Adana ilinde çalışan polislerin iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi (tez). Adana. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı; 2006.

62. Ramirez A, Addington-Hall J, Richards M. ABC of palliative care: The carers. BMJ 1998;316:208-11.

63. Sevimli F, İşcan ÖF. Bireysel ve iş ortamına ait etkenler açısından iş doyumu. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Bölümü http://www.eab.ege.edu.tr/pdf/5/C5-S1-2-M7.pdf

64. Bilge B, Akman Y, Kelecioğlu H. Öğretim elemanlarının iş doyumlarının incelenmesi. HÜ Eğitim Fakültesi Dergisi 2007;(32):32-41.

65. Erigüç G. Sağlık personelinin kişisel özelliklerine göre iş doyumu üzerine bir inceleme. SABEM 2007 http://www.sabem.saglik.gov.tr/akademikmetinler/linkdetail.aspx?id=2313.

66. Serinkan C, Bardakçı A. Pamukkale Üniversitesi'nde Çalışan Öğretim Elemanlarının İş Tatminlerine İlişkin Bir Araştırma. Karaman İİBF Dergisi 2007;9(12):33-8

67. Ekşi H. İlköğretim kurumlarında çalışan öğretmenlerinin kurum içi iletişimleri ile iş tatminleri arasındaki ilişki (Bilimsel Araştırma Ders Ödevi). İstanbul: Yeditepe Üniversitesi Sosyal bilimler Enstitüsü; 2006.

68. Uyguç N, Duygulu E, Arbak Y, Çıraklık NH. İş ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin üç temel varsayım altında incelenmesi. DEÜİİBF Dergisi 1998;13(2):193-204.

69. Aytaç S. Örgütsel davranış açısından kişiliğin önemi. İş Güç Dergisi [e-dergi] 2006 http://isguc.org/arc_view.php?ex=96.

70. Aytaç S. İşyerindeki kronik stres kaynakları. İş Güç Dergisi [e-dergi] 2006. http://isguc.org/arc_view.php?ex=117.

71. Karaman F, Altunoğlu AE. Kamu Üniversitesi öğretim elemanlarının iş tatmini düzeyini etkileyen faktörler. Yönetim Ve Ekonomi 2007;14(1):109-20.

72. Acar E.Uzman alanında çalışmanın iş doyumuna etkileri. Paradoks, Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi [e-dergi]. 2007. http://www.paradoks.org/makale/yil3_sayi1/eacar31.pdf .

73. Jasper M. Editorial. Keeping our staff-the links between job satisfaction. J Nurs Manag. 2005;13:279-81.

74. Tosunoğlu H. Fırat Üniversitesi Öğretim Elemanlarında İş Doyumu (tez). Elazığ: Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 1998.

75. Özdemir HD. Universite Akademik Personelinin Görev Ünvanları Açısından İş ve Tükenmişlik Düzeylerinin Araştırması (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2001.

76. Maslow's hierarchy of needs. Wikipedia Encyclopedia 2008 http://en.wikipedia.org/wiki/Maslow's hierarchy of needs.

77. Maslow's Hierarchy 2002 http://changingminds.org/explanation/needs/maslow.htm.

78. Maslow A. Atheory of human motivasyon. Pschological Rewiew [Serial online]. 2001 http://psychclassics.yorka.ca/maslow/motivation.htm.

79. Herzberg F. Wikipedia Encyclopedia 2008 http://en.wikipedia.org/wiki/Frederick Herzberg

80. Gawel JE. Herzberg's theory of motivation and Maslow's hierarchy of needs. Practical Assessment, Research&Evaluation [Serial online]. 2008. http://pareonline.net/getvn.asp?v=5&n=11.

81. Silahtar AN. Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi akademik personelinin iş tatmini düzeyinin belirlenmesi (tez). İstanbul:Marmara Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü; 2005.

82. Demirkol İ. Avukatlarda İş Doyumu, Tükenmişlik ve Denetim Odağının Bazı Demografik Değişkenler Bağlamında İncelenmesi (tez). Mersin: Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı; 2006.

83. Oran NB. A Study On Satisfaction Of A Grup Of Academical Sfaff İn Marmara Üniversity (tez). İstanbul: Marmara Universitesi;1989.

84. Dorsan H. Akademik Personelin İş Doyum Düzeylerinin İncelenmesi (Kıbrıs Yakın Doğu Üniversitesi Örneği) (tez). Gaziantep: Gaziantep Ünivesitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim bilimleri Anabilim Dalı; 2007.

85. Ellez AM. Öğretim Elemanı Stresi Ve Başarı Güdüsü (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 1999.

86. Ünalan P. Aile hekimliğinin tanımı ve temel ilkeleri. Aile doktorları için kurs notları-1. aşama'da. Ankara:TC Sağlık Bakanlığı, 2004.9-16.

87. Ölüç F. Edirne Kentsel Kesimde Yaşlılarda Sağlıkla İlintili Yaşam Kalitesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2007.

88. Kırdı N, Bumin G, Kayıhan H. Geriatri yaş grubunda yaşam kalitesi ve değerlendirilmesi. Arıoğlu S (Editör). Geriatri ve Gerontoloji. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2006.s.245-56.

89. Mazıcıoğlu M, Uzuner A. Periyodik Sağlık Muayenesi. Aile doktorları için kurs notları-1. aşama'da. Ankara:TC Sağlık Bakanlığı, 2004.128-42.

90. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. 1.basım. Ankara: Hekimler Yayin Birligi,2006:354-62.

91. Aktürk Z, Dağdeviren N, Türe M, Tuğcu C. Birinci basamak için beck depresyon tarama Ölçeğinin Türkçe çeviriminin geçerlilik ve güvenirliği. Türkiye Aile Hekim Derg 2005; 9(3):117-22.

92. Fagerström K, Scheineder N. Measuring nicotine dependance: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. J Behav Med 1989;12:159-82.

93. Elias PK, Elias MF, D'Agostino RB, Silberschatz H, Wolf PA. Alcohol consumption and cognitive performance in the Framingham Heart Study. Am J Epidemiol 1999;150(6):580 -9.

94. Eving JA. Detection alcoholizm. The CAGE questionare. JAMA 1984;252:1905-7.

95. Bush B, Shaw S, Cleary P, Delbanto TL, Aronson MD. Screening for alcoholizm using the CAGE questionnaire. Am J Med 1987;82:231-5.

96. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. 1.basım. Ankara: Hekimler Yayin Birligi,2006.153-62.

97. Özdemir Ak, Coşkun A, Özdemir HD, Çınar Z. Dişhekimliği Fakültesi Ögretim Elemanlarında Mesleki Tükenmişlik Ölçeğinin Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniv Diş Hek Fak Derg 1999;2(2):98-104.

98. Kılıçarslan S. Edirne Şehir Merkezinde'ki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik özellikleri, Yaşam kaliteleri, Kaygı düzeyleri (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008

99. Eker E. Edirne İli Kentsel Alanda Yaşayan Erişkinlerde Beslenme Durum Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2006.

100. Yetim D. Edirne Şehir Merkezinde Kadınlara Yönelik Şiddet Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008.

101. Kas İ, Özdemir E. Türkiye Nufus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nufus Etüdleri Entitüsü 2004. Ankara: 45-60.

102. Aktuğ Yİ, Susur A, Keskin S, Balcı Y, Seber G. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Çalışan Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyleri. Osmangazi Tıp Derg 2006;28(2):91-101.

103. Keser A. Akademisyenlerin çalışan tatmini-yaşam tatmini araştırması. Paradoks, Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi [e-dergi]. 2006. http://www.paradoks.org/makale/yil2_sayi1/calisantatmini.pdf.

104. Yıldız N, Yolsal N, Ay P, Kıyan A. İstanbul Tıp Fakültesi'nde çalışan hekimlerde iş doyumu. İst Tıp Fak Derg 2003;66(1):56-61.

105. Erol A, Sarıçiçek A, Gülseren Ş. Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumu ve depresyonla ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg 2007;8:241-7.

106. Ünal S, Karlıdağ R, Yoloğlu S. Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerinin yaşam doyumu düzeyleri ile ilişkisi. Klinik Psikiyatri 2001;4:113-8.

107. Özdemir AK, Özdemir D, Sümer H, Kılıç E, Öztürk M. Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi akademik personelinde tükenmişlik ölçeğinin üç yıllık arayla değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniv Diş Hek Fak Derg 2003;6(1):14-8.

108. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One Prevalence and Health, 3. Male smoking, 2002:24-5.

109. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One Prevalence and Health, 4. Female smoking, 2002:26-7.

110. Lopez AD,Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cgarette epidemic in developed countries. Tob Control 1994;3:242-7.

111. MESTAR grubu (Kozan Ö, Oğuz A, Erol Ç, Öngen Z, Abacı A, Temizhan A ve ark.) Metabolik Sendrom Araştırması (MESTAR) 20.Ulusal Kardiyoloji Kongresi Özet Kitabı s. 44, Antalya, 2004.

112. Yalçın BM. Edirne İlinde Hipertansiyon Prevalansı Ve Eşlik Eden Etyopatolojik Risk Faktörleri (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2002.

113. Tunç Z. Edirne'de Öğretmenlerin Sigara İçme İle Bırakma Davranışları Ve Etkileyen Faktörler (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2007.

114. Kaplan K, Jarvis M. Leave the pack behind. WHO, Geneva 1999.

115. Doğan YB. Bağımlılık kavram ve anlayışı. Dilbaz HN (Editör). Alkol ve Alkol Dışı Madde Bağımlılığı. Ankara: 1998.s.1-8.

116. Gearleton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom test for nicotine dependance: a revision of the Fagerstrom tolerance questionare. Br J Addict 1991; 86:1119-27.

117. Sağlık Bakanlığı (TC). Herkese sağlık, Türkiye'nin hedef ve stratejileri. Özerk Z, Akdur R, Aycan S ve ark (editör). Ankara: 2001.

118. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of sychiatric disorder in the general populasyon: results of the Nederlands Mental Health Survey and incidance Study (NEMESIS). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998;587-95.

119. Ocaktan ME, Keklik A, Çöl M. Abidinpaşa sağlık grup başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında çalışan sağlık personelinde Spielberg durumluk ve sürekli kaygı düzeyi. Ankara Üniv Tıp Fak Mecm 2002;55(1):21-8.

120. Aktekin M., Şenol Y., Turkay M., Erengin H. Tıp öğrencilerinde kaygı, depresyon ve bazı yaşam sorunlarının düzeyleri: Uzunlamasına bir çalışma. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, DiyarbakırÖzet Kitabı s. 23, 2002.

121. Aktekin M, Karaman T, Yiğiter ŞY, Erdem Ş, Erengin H, Akaydın M. Anxiety, depression and stressful life events among medikal students: aprospective study in Antalya, Turkey. Med Educ 2001;35(1):12-7.

122. Akkaya Ş. Üniversite son sınıftaki öğrencilerin kaygılarını etkileyen etmenler 1999. http://www.odevarsivi.com/dosya.asp?islem=gor&dosya_no=16214

123. Sarıcaoğlu F, Akıncı SB, Gözaçan A, Güner B, Rezaki M, Aypar Ü. Gece ve gündüz vardiya çalışmasının bir grup anestezi asistanının dikkat ve anksiyete düzeyleri üzerine etkisi. Türk Psikiyatri Derg 2005;16(2):106-12.

124. The WHOQOL Group: The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Soc Sci Med 1998;46(12):1569-85.

125. Kaya M, Piyal B: Ankara'da 112 acil yardım hizmetlerinde çalışan personelin öznel yaşam kalitelerinin sosyo-demografik özellikler yönünden yaşam kalitesi ait alanlarına göre değerlendirilmesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı s.61, İzmir, 2004.

126. Ducinkiene D, Kalediene R, Petrauskiene J. Quality of life among Lithuanian University. Acta Med Lituanica 2003;10(2):76-81.

127. Dündar PE, Bilge B, Baydur H, Pala T, Eser E, Ergör A ve ark. 17 Yaş ve üzeri çalışan gençlerin yaşam kalitesini belirleyen faktörler. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı s.60, İzmir, 2004.

128. Baydur H, Taşpınar A, Bolsoy N, Özbaşaran F. Kamu sektörü büro çalışanlarında sağlığı geliştirici davranışlar ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı s.39, İzmir, 2004.

129. Wang X, Matsuda N, Ma H, Shinfuku N: Comparative study of quality of life between the Chinese and Japanese adolescent populations. Psychiatry Clin Neurosci 2000; 54:147-52.

130. Azak A, Karamanoğlu AY, Sert H, Çetinkaya B, Çınar İÖ, Kartal A. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı s.25, İzmir, 2004.

131. Turgul Ö, Mandıracıoğlu A, Özuğurlu B, Özgener N, Deveci H. Narlıdere ilçesinde 65 yaş üstü nufusun yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı s.26, İzmir, 2004.

132. Luleci E, Hey W, Subasi F. Assessing selected quality of life factors of nursing home residents in Turkey. Archives of Gerontology and Geriatrics 2008;46(1):57-66.

133. Kaya M. Ankara'da 112 Acil Yardım Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi (tez) Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003.

134. Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uludağ Üniv Tıp Fak Derg 2004;30(2):81-5.

135. Chou YC, Lin LC, Chang AL, Schalock RL. The quality of life of family cregivers of adults with ıntellectual disabilities in Taiwan. JARID 2007;20:200-10.

136. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. Osmangazi Tıp Derg 2006; 28(2):81-9.

137. Beşiroğlu L, Uğuz F, Sağlam M, Yılmaz E, Ağargün MY, Aşkın R. Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Derg 2007;8:5-13.

138. Kaçar N, Ergin Ş, Erdoğan BŞ. Psoriasisli hastalarda yaşam kalitesi. Türkderm 2007;41:117-20.

139. Saatçı E, Koçak Y, Bozdemir N, Akpınar E, Kalaylıoğlu Wheeler Z. Effect of chemotherapy on the qualty of life in patients with lymphoma. Marmara Med J 2007;20(2):98-103.

140. Örsel S, Akdemir A, Dağ İ. The sensitivity of Quality-of-Life Scale WHOQOL-100 to psychopathological measures in Shizophrenia. Comprehensive Psychiatry 2004;45(1):57-61.

141. Arslan Ş, Gökçe Kutsal Y. Geriatride yaşam kalitesini değerlendirimi. Geriatri 1999;2(4):173-8.

142. Galette CL, Hepstead K, Bresnitz EA. Healthy Days: Measuring the Health Related Quality of Life, New Jersey 2003. NJ Department of Health and Senior Services - Center for Health Statistics 2005. Healty Days http://nj.gov/health/chs/healthydays_0905.pdf.

143. Yazgan Ç, Kora K, Topçuoğlu V, Kuşçu K. Huzurevinde kalan demansı olmayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Geriatri 2006;9(3):143-9.

144. Altıparmak S, Eser E. 15-49 yaş grubu evli kadınlarda yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı s.37, İzmir, 2004.

145. Ünal G, Bilge A. Hemodiyaliz tedavisindeki son dönem böbrek yetmezliği hastaların ruhsal durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Ege Tıp Derg 2005;44(1):35-8.

146. Seyfioğlu U, Solak U, Aydınok Y, Kavaklı K. Talasemi tanısı alan hastalarda yaşam kalitesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı s.57, İzmir, 2004.

147. Baydur H. Soma Elektrik Üretim Ve Ticaret Anonim Şirketi Tesislerinde Çalışan İşçilerde Bazı Sosyodemografik Faktörlerle Yaşam Kalitesinin İlişkisi (tez). Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2001.

148. Baydur H, Taşpınar A, Bolsoy N, Özbaşaran F: Kamu sektörü büro çalışanlarında sağlığı geliştirici davranışlar ve yaşam kalitesi rasındaki ilişki. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı s.39, İzmir, 2004.

149. Çeçen D, Eser E, Baydur H: Bir işyerinde çalışan işçilerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı s.62, İzmir, 2004.

150. Ay S, Güngör N, Özbaşaran F: Manisa il merkezinde sağlık ocaklarında çalışan personelin yaşam kalitesi ve bunu etkileyen sosyo-demografik faktörler. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı s.66, İzmir, 2004.

151. Lerner DJ, Levine S, Malspeis S, D'Agostino RB. Job strain and healt related quality of life in a national sample. Am J Public Health 1994;84(10):1580-5.

152. Kıvırcık Akdede BB, Alptekin K, Akvardar Y, Kitiş A. Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi: Bilişsel işlevler ve klinik bulgular ile ilişkisi. Türk Psikiyatri Derg 2005;16(1):13-9.

153. Kavaklı K, Şenol S, Genç ER, Balkan C, Güngör N. Ege Üniversitesi Hastanesinde tedavi gören hemofili hastalarının sosyo-demografik özellikleri ile yaşam kalitelerinin incelenmesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı s.51, İzmir, 2004.

154. Ellidokuz H, Ünalan Gedik H. İzmir'deki eğitim hastanelerin acil servislerinde çalışan doktor ve hemşirelerin iş doyumu. Acil ve İlkyardım [e-dergi]. 2006 http://www.acilveilkyardim.com/arastirmalar/acilservisisdoyumu.htm.

155. Kocabaşoğlu N, Vural M, Uludüz DU. Uzman ve asistan statüsündeki bir grup hekime mesleki doygunluk, depresyon ve çalışma karakteristiği ilişkisinin incelenmesi. Yeni Semposium 2001;39(4):168-73.

156. Musal B, Elçi ÖÇ, Ergin S. Uzman hekimlerde mesleki doyum. Toplum ve Hekim 1995;10(68):2-7.

157. Çam O, Akgün E, Babacan Gümüş A, Bilge A, Ünal Keskin G. Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin klinik ortamlarını değerlendirilmeleri ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Derg 2005; 6:213-20.

158. Vara Ş. Yoğun Bakım Hemşirelerinde İş Doyumu Ve Genel Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (tez). İzmir: Ege Üniversitesi; 1999.

159. Bennett S, Plint A, Clifford TJ. Burnout, psychological morbidity, job satisfaction, and stres: asurvey of Canadian hospital based child protection professionals. Arch Dis Child 2005;90:1112-6.

160. Thommasen HV, Lavancy M, Connelly I, Berkowitz J, Grzybowski S. Mental health, Job satisfaction, ang intention to relocate. CFP 2001;47:737-44.

161. Piko BF. Bunout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionaire survey. İnter J Nurs Stud 2006;43(3): 311-8.

162. Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Peşken Y. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe baylı gerginlik ve iş doyumu düzeyleri. Genel Tıp Derg 2006;16(1):9-14.

163. Keser A. Akademisyenlerin çalışan tatmini-yaşam tatmini araştırması Paradoks, Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi, [e-dergi]. 2006. http://www.paradoks.org/makale/yıl2 sayı1/home_ofis.pdf.

164. Cooper C L, Rout U, Faragher B. Mental health, job satisfaction, and job stres among general practitioners. Br Med J 1989;298:366-70.

165. Demirkol İ. Avukatlarda İş Doyumu, Tükenmişlik Ve Denetim Odağının Bazı Demografik Değişkenler Bağlamında İncelenmesi. (tez). Mersin: Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü;2006.

166. Erol A, Sarıçiçek A, Gülseren Ş. Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumu ve depresyonla ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg 2007;8:241-7.

167. Özaltın H, Kaya S, Demir C, Özer M. Türk silahlı kuvvetlerinde görev yapan muvazzaf tabiplerinin iş doyum düzeylerinin değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Derg 2002;44(4):423-7.

168. Avşaroğlu S, Deniz E, Kahraman A. Teknik öğretmenlerde yaşam doyumu iş doyumu ve mesleki tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2005;14:115-130.

169. Alçıkaya Y, Aytekin T, Gürbüz Y, Özveri H, Akdaş A. Toplam kalite çerçevesinde hemşirelerde iş tatmin düzeyinin ölçülmesi SABEM 1998. http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=2317.

170. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willian AR, Montesanto B, Evans WK. Canser care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stres and job satisfaction. CMAJ 2000;163(2):166-9.

171. Dallar Y, Arıkan Fİ, Aslan S, Çakır İ. Çocuk kliniğimizde personel iş doyumu ve tükenmişlik. 50. Milli Pediatri Kongresi Özet Kitabı s.80, Antalya, 2006.

172. Makin PJ, Rout U, Cooper CL. Job satisfaction and occupational stres among general practitioners-a pilot study. JR Coll Pract 1988;38:303-6.

173. Appleton K, House A, Dowell A. A survey of job satisfaction, sourse of stres and psychological symptoms among general practitioners in Leeds. British Journal of General Practice 1998;48:1059-63.

174. Söyük S, Sohbet R. İstanbul ve Edirne'de sağlık yüksekokullarında çalışan eğiticilerin özellikleri ve iş doyumlarının ölçülmesi SABEM 2005. http://www.sabem.saglık.gov.tr//akademik_metinler/linkdetail.aspx?id=2330.

175. Chambers R, Wall D, Campbell İ. Stresses,coping mechanisms job satisfaction in general practitioner registrars. Br J Gen Pract 1996;46:343-8.

176. Kunaviktikul W, Nuntasupawat R, Srisuphan W, Booth RZ. Relationships among conflict, conflict management, job satisfaction, intent tos tay, and turnover of Professional nurses in Thailand. Nursing and Health Sciences 2000;2:9-16.

177. Yost WB, Eshelman A, Raoufi M, Abouljoud MS. A national study of burnout among american transplant surgeons. Transplantation Proc 2005;37(2):1399-401.

178. Karlıdağ R, Ünal S, Yoloğlu S. Hekimlerde tükenmişlik düzeylerinin aleksitimi düzeyleriyle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg 2001;2(3):153-60.

179. Duenas M, Merma L, Ucharico R. Prevalencia de Burnout en medicos de la ciudad de Tanca. CİMEL 2003; 8(1):33-7.

180. Özen G, Mirzeoğlu N. Bir spor örgütünde çalışan spor uzmanlarının tükenmişlik ve örgütsel bağlılıklarının incelenmesi. SYBT Dergisi 2006;1(2):12-7.

181. Gutierrez JLG, Rodriguez RM, Puente CP, Costa NA, Recio LA, del Barco Cerro P et al. Burnout in occupational therapy: an analysis focused on the level of individual and organizational consequences. Psychology in Spain 2004;8(1):98-105.

182. Yaman H, Ungan M. Burnout in Young Physician: A study on Family Medicine Residents. Türk Psikoloji Derg 2002;17(49):45-6.

183. Sayıl I, Haran S, Ölmez Ş, Özgüven HD. Ankara Üniversitesi Hastaneleri'nde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. Kriz Derg 1997;5(2):71-7.

184. Kırılmaz AY, Çelen Ü, Sarp N. İlköğretim'de çalışan bir öğretmen grubunda "tükenmişlik durumu" araştırması. İlköğretim-Online [e-dergi]. 2003 http://www.ilkogretim-online.org.tr.

185. Özçınar M. Asistan Doktorlarda Burnout Sendromu. (tez). İstanbul: Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2005.

186. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an Medicine Residency Program. Ann İntern Med 2002;136(5):358-67.

187. Shaddock A J, Hill M, Van Limbeek CAH. Factors associated with burnout in workers in residential facilities for people whith an intellectual disability. Journal of Intellect Dev Disab 1998;23(4):309-18.

188. Gökçakan Z, Özer R. Psikolojik danışmanlarda tükenmişlik sendromu, nedenleri ve çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Yoret Postası-19 [e-dergi]. 2003 http://www.yoret.org.tr/download/posta/66.doc.

189. Budakoğlu İİ, Özcan C, Erdal R. T.C. Devlet Demiryolları Ankara Fabrikaları ve 2. Bölge Müdürlüğü'nde çalışanların tükenmişlik durumları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006;5(5):317-25.

190. Hogan R L, McKnight M A. Exploring burnout among university online instructors: An initial investigation. Internet and Higher Education 2007;10:117–24.

191. Girgin G, Baysal A. Zihinsel engelli öğrencilere eğitim veren öğretmenlerin mesleki tükenmişlik düzeyi ve bazı değişkenler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005;4(4):11-21

192. Goehring C, Gallacchi MB, Künzi B, Bovier P. Psychosocial and proffessional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: across-sectional survey. Swiss Med Wkly 2005;135:101-8.

193. Aslan D, Kiper N, Karaağaoğlu E, Topal F, Güdük M, Cengiz ÖS. Türkiye'de tabip odalarına kayıtlı olan bir grup hekimde tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Ankara, 2005.

194. Sürgevil O. Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörler: Akademik Personel Üzerine Bir Uygulama (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı; 2005.

195. Gülseren Ş, Karaduman E, Kultur S. Hemşire ve teknisyenlerde tükenmişlk sendromu ve depresif belirti düzeyi. Kriz Derg 2001;9(1):27-38.

196. Silvia L, Gutierrez C, Rojas PL, Tovar SS, Guadalupe J, Tirado O et al. Burnout Syndrome among Mexican hospital nursery staff. Rev Med IMSS 2005;43(1):11-5.

197. Rosenberg T. Burnout among mental health professionals: special considerations for the marriage and family therapist. J Marıtal Fam Ther 2006;32(1):87-99.

198. Bruce SM, Conaglen HM, Conaglen JV. Burnout in physicians: a case for peer-support. İntern Med J 2005;35:272-8.

199. Gueritault-Chalvin V, Kalichman SC, Demi A. Work-related stres and occupational burnout in AİDS caregivers: test of a coping model with nurses providing AİDS care. AİDS Care 2000;12(2):149-61.

200. Dolunay AB. Keçiören ilçesi "genel liseler ve teknik-ticaret-meslek liselerinde görevli öğretmenlerde tükenmişlik durumu" araştırması. Ankara Üniv Tıp Fak Mecm 2002;55(1):51-62.

201. Dolunay AB, Piyal B. Öğretmenlerde bazı meslek özellikler ve tükenmişlik. Kriz Derg 2003;11(1):35-48.

202. Tuğrul B, Çelik E. Normal çocuklarla çalışan anaokulu öğretmenlerinde tükenmişlik. PAÜ Eğitim Fak Derg 2002;2(12):1-11.

203. Bilici M, Mete F, Soylu C, Bekaroğlu M, Kavakçı Ö. Bir grup akademisyende depresyon ve tükenme düzeyleri. Türk Psikiyatri Derg 1998;9(3):181-9.

204. Gündüz B. İlköğretim öğretmenlerinde tükenmişlik. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2005;1(1):152-66.

205. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydan N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg2006;7:100-8.

EKLER

EK-1. ETİK KURUL ONAYI

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
YEREL ETİK KURUL BAŞKANLIĞI
ETİK KURUL KARAR ORGANI

Oturum Sayısı:20

Karar Tarihi:25.10.2007

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu 25.10.2007 tarihinde "Trakya Üniversitesi öğretim elemanlarının sağlıkta ilhatili yayını hatteği" adlı TUTUK 2007/177 protokol no'lu Dr. Zeliha MUSAOĞLU'nun tez çalışmasını inceleyerek sözlü toplandı. Doç. Dr. Betül ÜNÜR ALTUN, Yrd. Doç. Dr. Ümit Nusret BAŞARAN izinli olması nedeniyle katılmadı ve çalışmanın incelenmesine geçildi.

Yapılan incelemeler sonucunda çalışmanın Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yapılacağı, Doç. Dr. Nevin DAĞDEVİREN'in yürütücüsü olduğu ve araştırma protokolünün amaç, yaygınlık, süreç ve yöntemler dikkate alınarak incelenmesi sonucunda; Helsinki Deklarasyonu Kararlarına, Tıbbi Etik Yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak hazırlandığına ve araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda çalışmanın UYGUN olduğuna oybirliği ile karar verildi.

Ünvanı/Adı/Soyadı / Ek Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Kalıtım (**)	İmza
Prof. Dr. Dilmen DÖKMECİ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	K	E / H	E / H	
Yrd. Doç. Dr. Ümit N. BAŞARAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	E / H	E / H	Kar Ret
Prof.Dr. Betül Biner ORHANER Üye	Çocuk Sağ. Ve Hst.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst. A.D.	K	E / H	E / H	
Doç. Dr. Dilek MEMİŞ Üye	Anesteziyoloji	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji A.D.	K	E / H	E / H	
Doç. Dr. Betül Uğur ALTUN Üye	Endokrinoloji	T.Ü.T.F. İç Hst. A.D.	K	E / H	E / H	Kaldırıldı
Doç. Dr. Gürcan ALTUN Üye	Adli Tıp	T.Ü.T.F. Adli Tıp A.D.	E	E / H	E / H	
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ Üye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	E / H	E / H	
Yrd. Doç. Dr. Ulrik USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	E / H	E / H	
Ecz. Emine SAKMAN Üye	Eczacı	T.Ü.T.F. Başhekimliği	K	E / H	E / H	
Avukat Barış DEMİRELLİ Üye	Ceza Hukuku	T.Ü. Rektörlüğü	E	E / H	E / H	

(*) Araştırma ile ilgisi
(**) Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Filiz AKATA
Dekan

T.C. Trakya Üniversitesi Rektörlüğü
Tıp Fakültesi Dekanlığı

EK-2. ANKET FORMU

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ ÖĞRETİM ELEMANLARININ SAĞLIKLA İLİNTİLİ YAŞAM KALİTESİ

Tıpta Uzmanlık Tezi

Dr.Zeliha Musaoğlu
TÜTF Aile Hekimliği AD
Danışman: Doç.Dr.Nezih DAĞDEVİREN

Sayın katılımcı;

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak "Trakya Üniversitesi Öğretim Elemanlarının sağlıkla ilintili yaşam kalitesi" ni ölçme amacıyla hazırladığımız bu anketi doldurmanızı rica ediyoruz.

Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül yada ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

1.Kaç yaşındasınız ? ……..
2.Cinsiyetiniz ? 0.Kadın, 1.Erkek
3.Medeni durumunuz ? 0.Evli , 1.Bekar, 3.Dul
4.Evli iseniz çocuğunuz var mı? 0.Hayır 1.Evet sayısı……yaşları……
5.Eşinizin öğrenim durumu nedir?.....
6.Evli iseniz eşiniz çalışıyor mu? 0.Hayır 1.Evet
7.Eşinizin mesleği nedir? ……..
8.Aylık toplam net geliriniz? ( )1500 YTL altında ( ) 1500-2500 YTL
( )2500-3500 YTL ( ).3500 YTL ve üzeri
9. Evde yaşayan kişi sayısı?.....
10.Oturduğunuz ev kime ait?( )kira( )kendimin( )baba evi( )lojman ( )diğer
11.Öğrenim durumunuz nedir?
( )Ön Lisans ( )Lisans ( )Yüksek Lisans ( )Doktora ( )Diğer
12. Çalıştığınız fakülte? .....
13.Görev ünvanınız nedir?.( )Profesör ( ).Doçent ( )Yrd.Doçent
( )Öğr.görevlisi ( )Uzman ( )Araş.Görevlisi ( )Okutman
14.Toplam hizmet yılınız? .....
15.Halen çalıştığınız bölümdeki hizmet süreniz? .....
16.Yabancı dil biliyormusunuz? 0.Hayır 1.Evet…….
17.Yılda kaç gün izin yapıyorsunuz?
18.İzinlerinizi nasıl geçiriyorsunuz?
( )Kendinize ait tatil evinde ( )Ücretli(otel,tatil köyü vb) ( )Aile/memleket ziyareti
19.İş çevreniz ve aileniz haricinde yakın çevrenizdeki insanlardan yeterince destek görüp sorunlarınızı paylaşabiliyormusunuz? 0.Hayır 1.Evet
20.Mesleğin izin toplumda hak ettiği yeri bulduğuna inanıyor musunuz?
0.Hayır 1.Evet
21. Mesleğe devam etmenin en önemli nedeni nedir?
( ) geçimimi sağlama ( ) sevdiğim için ( ) toplumda kabul gördüğü için
( ) başka iş bulamadığım için ( ) diğer
22. Mesleğiniz size ne kadar uygun?
( ) çok uygun ( ) uygun ( ) kısmen uygun ( ) uygun değil
23. Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz? 0. Hayır 1. Evet
24. Meslekte verimliliğimizin ne kadar olduğuna düşünüyorsunuz?
( ) çok iyi ( ) iyi ( ) normal ( ) kötü ( ) çok kötü
25. Meslekteki geleceğinizi nasıl görüyorsunuz?
( ) çok iyi ( ) iyi ( ) normal ( ) kötü ( ) çok kötü
26. Çalışma ortamınızdan memnun musunuz?
( ) her zaman ( ) çoğu zaman ( ) bazen ( ) nadiren ( ) hiçbir zaman
27. Çalışmalarınızda üstlerinizden takdir görür müsünüz ?
( ) her zaman ( ) çoğu zaman ( ) bazen ( ) nadiren ( ) hiçbir zaman
28. Günlük iş yükünüzü nasıl görüyorsunuz?
( ) çok fazla ( ) fazla ( ) normal ( ) az ( ) önemli değil
29.Hobiniz var mı? ( ) Hayır, ( ) Evet Varsa nedir……
30.Günlük hayatınızda kendinize, diğer ilgi ve uğraşlarınıza yeterince zaman ayırabildiğinize inanıyor musunuz? 0. Hayır 1. Evet

FAGERSTRÖM

1.Sigara içiyor musunuz?

0.İçmiyorum,daha önce de hiç içmedim.(9 soruya geçiniz)

1.İçmiyorum, bıraktım

2.Evet,içiyorum

2.Başlama yaşı: …… Bırakma yaşı: ……..

3.Günde ortalama kaç sigara içiyorsunuz/içerdiniz?.....adet(bırakanlar için 9 soruya geçilecek)

4.Sabah ilk sigarayı uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

0.61 dak ve üstü 1.31-60 dak içinde

2.6-30 dak içinde 3.ilk 5 dak içinde

5.Sigara içmenin yasak olduğu bölgelerde içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?

0.Hayır 1.Evet

6.Uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre daha sık mı sigara içersiniz?

0.Hayır 1.Evet

7.Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar hasta olsanız yine de sigara içer misiniz?

0.Hayır 1.Evet

8.Gün boyu içtiğiniz sigaralardan vazgeçilmesi en zor olan hangisidir?

0.sabahın ilk sigarası 1.Diğer

CAGE

9. Alkollü içki kullanıyormusunuz?

0.Hayır(bir sonraki sayfaya geçiniz) 1.Evet

10.Haftalık aldığınız alkol miktari:……..Cinsi:……..

11.Hiç içkiyi kesmeyi düşündünüz mü?

0.Hayır 1.Evet

12.İçki içtiğinizden dolayı sizi eleştirdikleri için insanlara kızdığınız oldu mu?

0.Hayır 1.Evet

13.İçki içtiğinizden dolayı kendinizi kötü ya da suçlu hissettiniz mi?

0.Hayır 1.Evet

14.Sinirlerinizi yatıştırmak için veya akşamdan kalmanın etkşlerşnş ortadan kaldırmak için sabah ilk iş olarak alkol aldığınız oldu mu?

0.Hayır 1.Evet

BDÖ-BB

Açıklama: Bu ankette yedi grup ifade bulunmaktadır.Her gruptaki ifadeleri dikkatle okuduktan sonra bugün dahil olmak üzere son iki haftadaki duygu durumunuzu en iyi açıklayan ifadeyi seçiniz.Seçtiğiniz ifadenin yanındaki sayıyı daire içine alınız.Eğer bir grupta birden fazla ifade sizin durumunuza uyuyorsa en yüksek puanı alan ifadeyi seçiniz.

1. Üzüntü
   - 0 Üzgün değilim
   - 1 Zaman zaman üzgünüm
   - 2 Her zaman üzgünüm
   - 3 Dayanamayacak kadar üzgün ve yalnızım
2. Kötümserlik
   - 0 Gelecekten umutsuz değilim
   - 1 Geleceğim hakkında eskisinden daha umutsuzum
   - 2 Gelecekten çok umutsuzum
   - 3 Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok
3. Geçmişteki başarısızlıklar
   - 0 Kendimi başarısız görmüyorum
   - 1 Yapabileceğim kadar başarılı olamadım
   - 2 Geriye baktığımda pek çok başarısızlık görüyorum
   - 3 Kendimi bir insan olarak tamamen başarısız görüyorum
4. Kendini beğenmeme
   - 0 Kendi hakkında her zamanki gibi hissediyorum
   - 1 Kendime olan güvenim azaldı
   - 2 Kendimle ilgili hayal kırıklığı yaşıyorum
   - 3 Kendimden nefret ediyorum.
5. Kendini suçlama
   - 0 Kendime her zamankinden fazla eleştirmiyor suçlamıyorum
   - 1 Kendimi her zamankinden fazla suçluyorum suçluyorum
   - 2 Kendimi bütün hatalarım için suçluyorum
   - 3 Her kötü olayda kendimi suçluyorum
6. İlgi kaybı
   - 0 İnsanlara ve olaylara olan ilgimi kaybetmedim
   - 1 İnsanlara ve olaylara olan ilgim azaldı
   - 2 İnsanlar ve olaylara olan ilgimin çoğunu kaybettim
   - 3 Artık hiçbir şeye ilgi duymuyorum
7. İntihar düşüncesi veya isteği
   - 0 Kendimi öldürme gibi düşüncelerim yok
   - 1 Kendimi öldürme düşüncem var ama bunu yapmam
   - 2 Kendimi öldürmek isterdim
   - 3 Fırsatını bulsam kendimi öldürdüm

FORM TX-1

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir.Her ifadeyi okuyun,sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin.Doğru yada yanlış cevap yoktur.Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1.	Şu anda sakinim.	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Şu anda sinirlerim gergin.	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim. .	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok.	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

FORM TX-2

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir.Her ifadeyi okuyun,sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin.Doğru yada yanlış cevap yoktur.Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

		Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
1.	Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Genellikle çabuk yoruluyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Genellikle kolay ağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Kendimi dinlenmiş hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Genellikle sakin kendime hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Önemsiz şeyler hakkında endişelerinim.	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Genellikle kendimi güvende hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sıkıntılı ve güç durumlarda karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Hayal kırıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Aklı başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

MASLACH TÜKENMİŞLİK ENVANTERİ

Aşağıda belli bazı duyguları ve durumları içeren ifadeler yer almaktadır.Bu ifadelerde belirtilen duygu ve durumları yaşayıp yaşamadığınızı düşünerek size en uygun olan sıklık sayısını aşağıdaki tabloya bakarak her cümle için en rakamı yazmanız gerekmektedir**.**

Duyguları Yaşama Sıklığı ve Sayısı

0	**1**	**2**	**3**	**4**
Hiçbir zaman	**Çok nadir**	**Bazen**	**Çok zaman**	**Her zaman**

	Hangi sıklıkta	
1		İşimden soğuduğumu hissediyorum.
2		İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.
3		Sabah kalktığında bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı düşünüyorum.
4		İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissetiğini hemen anlarım.
5		İşim gereği bazı insanlara sanki insan değilmişim gibi davrandığımı fark ediyorum.
6		Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.
7		İşim gereği insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.
8		Yaptığın işten tükendiğimi hissediyorum.
9		Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum
10		Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.
11		Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.
12		Çok şeyler yapabilecek güçteyim.
13		İşimin beni kısıtladığımı hissediyorum.
14		İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.
15		İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.
16		Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yapıyor.
17		İşim gereği karşılaştığım insanlar ile aramda rahat bir hava yaratırım
18		İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissederim
19		Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim.
20		Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum
21		İşimde duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.
22		İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.

MİNNESOTA İŞ DOYUM ÖLÇEĞİ

Duyguları Yaşama Sıklığı ve Sayısı

1	**2**	**3**	**4**	**5**
İşimden hiç hoşnut değilim	İşimden hoşnut değilim	İşimle ilgili kararsızım	İşimden hoşnutum	İşimden çok hoşnutum

	Hangi Sıklıkta	
1		Beni her zaman meşgul etmesi bakımından
2		Tek başıma çalışma olanağımın olması bakımından
3		Ara sıra değişik seyler yapabilme şansımın olması bakımından
4		Toplumda "saygın bir kişi" şansını vermesi bakımından
5		Amirimin karar vermedeki yeteneği bakımından
6		Amirimin emrindeki kişileri idare tarzı bakımından
7		Vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansımın olması bakımından
8		Bana sabit bir iş sağlaması bakımından
9		Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olabilmeme bakımından
10		Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansıma sahip olmam bakımından
11		Kendi yeteneklerimle bir şeyler yapabilme şansımın olması bakımından
12		İş ile ilgili alınan kararların uygulanmaya konulması bakımından
13		Yaptığım iş karşılığında aldığım ücret bakımından
14		İş içinde terfi olanağımın olması bakımından
15		Kendi kararlarımı bana uygulama serbestliği vermesi bakımından
16		Kendi yeteneklerimi kullanabilme şansını bana sağlaması bakımından
17		Çalışma şartları bakımından
18		Çalışma arkadaşlarımın birbirleri ile anlaşmaları bakımından
19		Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir bakımından
20		Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissinden

WHOQOL BREF

Lütfen her soruyu okuyunuz,duygularınızı değerlendiriniz ve her sorunun ölçeğinde size en uygun yanıtı işaretleyiniz.

1.**Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?**
□ Çok kötü □ Biraz kötü □ Ne iyi,ne kötü □ Oldukça iyi □ Çok iyi
2.**Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?**
□ Hiç hoşnut değil □ Çok az hoşnut □ Ne hoşnut,ne de değil
□Epeyce hoşnut □ Çok hoşnut

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

3.**Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?**
□ Hiç □ Çok az □ Orta derecede □ Çokça □ Aşırı derecede
4.**Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?**
□ Hiç □ Çok az □ Orta derecede □ Çokça □ Aşırı derecede
5.**Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?**
□ Hiç □ Çok az □ Orta derecede □ Çokça □ Aşırı derecede
6.**Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?**
□ Hiç □ Çok az □ Orta derecede □ Çokça □ Aşırı derecede
7.**Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?**
□ Hiç □ Çok az □ Orta derecede □ Çokça □ Aşırı derecede
8.**Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?**
□ Hiç □ Çok az □ Orta derecede □ Çokça □ Aşırı derecede
9.**Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?**
□ Hiç □ Çok az □ Orta derecede □ Çokça □ Aşırı derecede

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

10.**Günlük yaşamı sürdürmeniz için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?**
□ Hiç □ Çok az □ Orta derecede □ Çokça □ Tamamen
11.**Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?**
□ Hiç □ Çok az □ Orta derecede □ Çokça □ Tamamen
12.**İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?**
□ Hiç □ Çok az □ Orta derecede □ Çokça □ Tamamen
13.**Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?**
□ Hiç □ Çok az □ Orta derecede □ Çokça □ Tamamen
14**.Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız var?**
□ Hiç □ Çok az □ Orta derecede □ Çokça □ Tamamen

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

15.**Bedensel hareketlilik(etrafta dolaşabilme,bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?**
□ Çok kötü □ Biraz kötü □ Ne iyi,ne kötü □ Oldukça iyi □ Çok iyi

16.**Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?**
□ Hiç hoşnut değil □ Çok az hoşnut □ Ne hoşnut,ne de değil
□ Epeyce hoşnut □ Çok hoşnut

17.**Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?**
□ Hiç hoşnut değil □ Çok az hoşnut □ Ne hoşnut,ne de değil
□ Epeyce hoşnut □ Çok hoşnut

18.**İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?**
□ Hiç hoşnut değil □ Çok az hoşnut □ Ne hoşnut,ne de değil
□ Epeyce hoşnut □ Çok hoşnut

19.**Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?**
□ Hiç hoşnut değil □ Çok az hoşnut □ Ne hoşnut,ne de değil
□ Epeyce hoşnut □ Çok hoşnut

20.**Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?**
□ Hiç hoşnut değil □ Çok az hoşnut □ Ne hoşnut,ne de değil
□ Epeyce hoşnut □ Çok hoşnut

21.**Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?**
□ Hiç hoşnut değil □ Çok az hoşnut □ Ne hoşnut,ne de değil
□ Epeyce hoşnut □ Çok hoşnut

22.**Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?**
□ Hiç hoşnut değil □ Çok az hoşnut □ Ne hoşnut,ne de değil
□ Epeyce hoşnut □ Çok hoşnut

23.Yaşadığınız yerin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?
□ Hiç hoşnut değil □ Çok az hoşnut □ Ne hoşnut,ne de değil
□ Epeyce hoşnut □ Çok hoşnut

24.**Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?**
□ Hiç hoşnut değil □ Çok az hoşnut □ Ne hoşnut,ne de değil
□ Epeyce hoşnut □ Çok hoşnut

25.**Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?**
□ Hiç hoşnut değil □ Çok az hoşnut □ Ne hoşnut,ne de değil
□ Epeyce hoşnut □ Çok hoşnut

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

26.**Ne sıklıkta hüzün,ümitsizlik,bulantı,çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?**
□ Hiçbir zaman □ Nadiren □ Ara sıra □ Çoğunlukla □ Her zaman

27.**Yaşamınızda size yakın kişilerle(eş, iş arkadaşı,akraba)ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?**
□ Hiç □ Çok az □ Orta derecede □ Çokça □ Aşırı derecede