



**ELAZIĞ KENT MERKEZİ HASTANELERİNDE
ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN YAŞAM KALİTESİ
VE ETKİLEYEN ETMENLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fulya ÖNAL

ELAZIĞ-2018

T.C
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ELAZIĞ KENT MERKEZİ HASTANELERİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN
ETMENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fulya ÖNAL

DANIŞMAN

Doç. Dr. Ayşe Ferdane OĞUZÖNCÜL

ELAZIĞ2018

ONAY SAYFASI

Prof. Dr. Mustafa KAPLAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez Yüksek Lisans Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

Doç. Dr. Ayşe Ferdane OĞUZÖNCÜ

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Doç. Dr. Ayşe Ferdane OĞUZÖNCÜ

Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Gülseren Güngör

Prof. Dr. Fatma Pınar

Doç. Dr. Ayşe Ferdane OĞUZÖNCÜ



ETİK BEYAN

Kendime ait çalışmalar ile bu tez çalışmasını gerçekleştirdiğimi, çalışmaların planlanmasından, bulgularının elde edilmesine ve yazım aşamasına kadar tüm aşamalarında etiğe aykırı davranışım olmadığını, bu tezdeki tüm bilgileri ve verileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması içinde yer alan ancak bu tez çalışmasının bulguları arasında yer almayan verilere, bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Fulya ÖNAL

18.../01/2018

İmza

Doç. Dr. Ayşe Ferdane OĞUZÖNCÜL
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ELAZIĞ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince her türlü yardımını esirgemeyen, bilgi ve deneyimleriyle yol gösteren, bilgi ve deneyimlerini paylaştan tez danışmanım ve Sayın Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL'e teşekkürlerimi sunarım.

Eğitimim süresince bana her türlü emeği geçen öğretim üyelerimiz Sayın Prof. Dr. S. Erhan DEVECİ , Sayın Prof. Dr. Yasemin AÇIK, Sayın Prof. Dr. Edibe PİRİNÇCİ ve Sayın Yrd. Doç. Dr. A. Tevfik OZAN'a teşekkür ederim.

Eğitimim ve tez çalışmam süresi boyunca bana her türlü desteği verip yanımda olan canım annem, babam ve kızım Zeynep Duru'ya en içten şekilde teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
BAŞLIK SAYFASI	i
ONAY SAYFASI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLO LİSTESİ	vii
KISALTMALAR LİSTESİ	ix
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ	5
3.1. Genel Bilgiler	6
3.1.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı	6
3.1.2. Yaşam Kalitesinin Tarihçesi	11
3.1.3. Yaşam Kalitesi Boyutları	13
3.1.4. Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar	16
3.1.5. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler	18
3.1.5.1. Jenerik Ölçütler	18
3.1.5.2. Hastalığa Özgü Spesifik Ölçütler	19
3.1.5.2.1. SF -36	19
3.1.6. Tarihte Hemşirelik	21
3.1.7. Hemşirelik Tanımları	24
3.1.8. Sağlık Personeli ve Yaşam Kalitesi	26
4. GEREK VE YÖNTEM	37
4.1. Araştırmanın Modeli	37
4.2. Araştırmanın Evreni	37
4.3. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü ve Yöntemleri	37
4.4. Veri Toplama Araçları	38
4.5. Verilerin Analizi	38
4.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	39

5. BULGULAR	40
6. TARTIŞMA	60
7. KAYNAKLAR	70
8. EKLER	78
9.ÖZGEÇMİŞ	91



TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	Toronto Üniversitesi Yaşam Kalitesi Araştırma Merkezi'ne göre yaşam kalitesinin boyutları	15
Tablo 2.	Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin demografik özellikleri	40
Tablo 3.	Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalıştıkları birime göre dağılımı	41
Tablo 4.	Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalıştıkları statüye göre dağılımı	41
Tablo 5.	Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin eğitim durumuna göre dağılımı	42
Tablo 6.	Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin iş dışında eğitim durumuna göre dağılımı	42
Tablo 7.	Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin meslekte çalışma süresine göre dağılımı	42
Tablo 8.	Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin birimde çalışma süresine göre dağılımı	43
Tablo 9.	Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalıştıkları mesai saatine göre dağılımı	43
Tablo 10.	Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin nöbet tutma durumuna göre dağılımı	43
Tablo 12.	Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin kronik rahatsızlık durumuna göre dağılımı	44
Tablo 13.	Araştırma grubuna alınan hemşirelerin günlük öğün sayısına göre dağılımı	44
Tablo 14.	Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin dinlenmek için özel zaman ayırma durumuna göre dağılımı	45
Tablo 15.	Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sigara içme durumuna göre dağılımı	45
Tablo 16.	Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sigara içme durumunun cinsiyete göre dağılımı	46
Tablo 17.	Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin alkol kullanma durumuna göre dağılımı	46
Tablo 18.	Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin spor ve egzersiz alışkanlıklarının dağılımı	47
Tablo 19.	Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sigara içme durumuna göre SF-36 alt ölçek gruplarının karşılaştırılması	48
Tablo 27.	Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin mesai saatine göre SF-36 alt ölçek gruplarının karşılaştırılması	55

Tablo 28. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin eğitim seviyesine göre SF-36 alt ölçek ortalamalarının karşılaştırılması	56
Tablo 30. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin birimde çalışma süresine göre SF-36 alt ölçek gruplarının karşılaştırılması	58
Tablo 31. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin gelir durumuna göre SF-36 alt ölçek gruplarının karşılaştırılması	59



KISALTMALAR LİSTESİ

ANA	: Amerikan Hemşireler Birliği
DFI	: Dougados Fonksiyonel İndeksi (Dougados Functional Index)
EQ-SD	: Euro QOL
FIQ	: Fibrimiyalji Etki Anketi (Fibromyalgia Impact Questionnaire)
ICN	: Ulusal Hemşirelik Konseyi
MACTAR	: McMaster Toronto Arthritis Patient Preference Disability Questionnaire
NHP	: Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile)
QOL-RA	: Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi (Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale)
QWB	: İyilik Hali Skalası (Quality of Well-Being Scale, QWB)
SF-20	: Kısa Form_20 (Short Form-20)
SF-36	: Kısa Form-36 (Short Form-36)
SYK	: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
THD	: Türk Hemşireler Derneği
USEPA	: Amerika Çevre Koruma Ajansı
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
WOMAC	: Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index

1. ÖZET

Bireylerin biyolojik yapıları, yaşam şekilleri, birbirleriyle ilişkileri, yaşadıkları çevrenin değerleri yaşam kalitesini ifade etmektedir. Yaşam kalitesi kavramını meydana getiren birçok unsur vardır. Sağlık, eğitim, sosyal bir birey olma, korunma, yeterli beslenme, çevre, fırsat ve cinsiyet eşitliği, saygınlık ve güvenlik yaşam kalitesini oluşturan bileşenler arasında yer almaktadır. Yaşam kalitesini meydana getiren her bir bileşenin anlamı bulunmakta olup, herhangi bir bileşenin eksikliği yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Kavramsal açıdan ele alındığı zaman yaşam kalitesi; tedavi etkilerinin değerlendirilmesinde ve sağlık durumunun tespit edilmesinde kullanılan bir ölçüttür. Buna ek olarak yaşam kalitesi yalnızca bireysel değil aynı zamanda toplumsal bir gayedir. Bu nedenle yaşam kalitesi, yalnızca bireyin kendi çabalarıyla gerçekleştirebileceği bir amaç olmanın dışında toplumsal çabayı ve kamu müdahalelerini gerekli kılan bir sosyal politika hedefi halini almıştır.

Sağlık personeli normal çalışma mesai dışındaki saatlerde ve günlerde çalışmak durumunda kalmakta, hayati tehlikesi olan bireylerle çalışmakta, aile ve hastaların büyük beklentileri ile karşı karşıya gelmektedir. Yoğun stres altında çalışan sağlık personeli bu koşullar dolayısıyla ruhsal açıdan etkilenmekte ve bu durum yaşam kalitesine olumsuz yansıyabilmektedir.

Bu kapsamda yapılan bu çalışmada, sağlık çalışanları içerisinde geniş bir kitleyi kapsayan hemşirelerin yaşam kalitelerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi amaçlanmıştır.

Gerekli izinler alındıktan sonra, araştırma Temmuz-Eylül 2014 tarihinde Elazığ kent merkezindeki hastanelerde çalışan hemşireler alınarak yapılmıştır. Yapılan çalışmada sosyo-demografik özellikleri tanımlayan sorular yanında SF-36 ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, %68,6'sı kadın olup, %56,8'i evli, %38,7'si bekdir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %50,1'i lisans mezunudur. Araştırmadaki hemşirelerin %27,0 'ı kronik bir rahatsızlık olduğunu belirtmiştir. Aylık gelir düzeyine göre alt ölçek gruplarını karşılaştırdığımızda gelir durumu düştükçe bireylerin yaşamdan aldıkları algı oranıda düşmektedir. Çalışma

süresine göre alt ölçek gruplarını karşılaştırdığımızda ise çalışma süresi artan hemşirelerde sağlık algısı düşmektedir. Çocuk sahibi olma durumuna göre alt ölçek gruplarını karşılaştırdığımızda ise çocuk sahibi olmayan katılımcıların sağlık algı skorları diğer kategorilerden daha yüksektir. Evlilik durumuna göre alt ölçek skorları karşılaştırdığımızda ise tüm alt ölçeklerde bekarların skorları, evlilerden anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır. En zayıf skorlama ise dullarda bulunmuştur.

Tüm bunların sonucu olarak hemşirelerde yaşam kalitesini arttırabilmek için, hemşirelerin özlük haklarında düzeltilmeye gidilmeli, hemşirelerin nöbet sayıları, nöbet süreleri, vardiyalar vb. durumlar düzenlenirken uluslararası ve ulusal düzenlemeler incelenmeli, yeni bir düzenleme yapılmalı, bireylerin özel hayatına zaman ayırabilmesi sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yaşam Kalitesi, Vardiyalı Çalışma, Hemşirelerde Vardiya sistemi

2. ABSTRACT

EVALUATION OF LIFE QUALITY AND LIFE QUALITY RESULTS OF NURSES WORKING IN ELAZIĞ CITY CENTER HOSPITALS

Individuals' biological structures, life styles, relationships with each other, and the values of the environment they live in represent the quality of life. There are many elements that make up the concept of life quality. Health, education, being a social individual, protection, adequate nutrition, environment, opportunity and gender equality, reputation and safety are among the components of life quality. Every component that creates the life quality has its own meaning, and the lack of any component negatively affects the life quality.

Life quality when considered conceptually; a measure used to assess treatment effects and determine health status. In addition, the life quality is not only individual but also a social goal. For this reason, quality of life has become a social policy goal that requires social effort and public intervention besides being an aim that only the individual can accomplish with his own efforts.

Health personnel are forced to work during hours and days outside normal working hours, work with life-threatening individuals, and face great expectations of families and patients. Due to these conditions, health personnel working under intense stress are affected from a mental point of view and this can adversely affect the life quality.

In this research, it was aimed to examine the life quality of nurses covering a wide range of health professionals according to various variables.

After receiving the necessary permits, the survey was conducted on nurses working in the hospitals in Elazığ city center on July-September 2014. SF-36 scale was used besides the questions that define the socio-demographic characteristics. Of the health workers participating in the survey, 68.6% are women and 56.8% of those are married and 38.7% are single. 50,1% of the nurses included in the scope of the research have bachelor's degree. 27.0% of the nurses in the study stated that they had a chronic illness. When we compare the subscale groups according to the monthly income level, as the income level falls the perception rate of the individuals in their lives drops too. When we compare the subscale groups according to working hours,

the perception of health decreases in nurses with increasing working time. When we compare subscale groups according to childbearing status, health perception scores of participants having no child are higher than other categories. When we compared the subscale scores according to marital status, the scores of the bachelors in all subscales were significantly higher than those of the married ones. The weakest scoring was found in the widows.

As a result, in order to increase the life quality of nurses, international and national regulations should be investigated, a new arrangement should be made and time should be allocated to individual's private life while the nurses personal rights should be rectified, nurses shifts and shift periods etc should be reorganized.

Keywords: Life Quality, Work in Shifts, Shift System of Nurses

3. GİRİŞ

İnsan iş hayatının en önemli parçalarından birisi olmuştur. Gerek iş hayatı olsun gerek hayatın diğer alanlarında bu yüzden daha fazla üzerinde durulmaya başlanmıştır. Bu söylem yaşam kalitesi kavramı ile açıklanmaya çalışılmıştır (1-6). Kalite mevcut olan hizmete üstünlük ve mükemmellik getirmektedir (6). Yaşam kalitesi kavramı yaşamın modernleşmesi ve toplumun çağdaş seviyeye gelmesi ile birlikte gündeme gelmeye başlamış ve gelişmeye devam eden bir kavramdır (7). Yapılan araştırmalarda teknolojik gelişmelerin ve gelir seviyesinin yükselmesi ile birlikte maddi zenginliklerin yaşam kalitesi tanımında tek gösterge olmadığını, fiziki şartların sosyal ve hatta politik faktörlerin de bireylerin yaşam düzeylerinde ve biçimlerinde etkili olduğu düşünülmüştür (8).

Son yıllarda popülaritesi gittikçe artan yaşam kalitesi kavramı tüm dünyanın dikkatini çekmektedir. Kavram olarak yaşam kalitesi bir çok araştırma için ilham verici bir nitelikte olmakla birlikte, yerel, ulusal ve uluslararası akademik ve politik tartışmalarda önemli bir gündem maddesi durumuna gelmeye başlamıştır. Yaşam kalitesi kavramı ekonomik ve sosyal platformda güçlü bir etkiye sahip olmasının yanında şehir planlaması, sosyal ve ekonomik göstergeleri kapsayan araştırmalar, zihinsel ve bedensel sağlık alanında ki araştırmalar gibi bir çok farklı çalışma alanını da kapsama alanı içine dahil etmektedir (8).

Yukarıdaki anlatılardan da anlaşıldığı gibi yaşam kalitesi kavramı, son zamanlarda sıkça araştırma konusu olmaya başlamıştır. Başta sağlık bilimleri ve sosyal bilimler alanında çalışan araştırmacıların merak konusu olmuştur. Genellikle sağlık bilimlerinde yaşam kalitesi hastaların üzerinde değerlendirilirken, sosyal bilimler alanında çok fazla şekillerde değerlendirilmeye çalışılmaktadır. Çeşitli

şekillerde değerlendirilmektedir (9). Sosyal bilimlerde siyaset, ekonomi, sosyoloji, eğitim, psikoloji gibi birçok dalı, konuya kendi açılarından değerlendirmiştir. Bu durum günümüze kadar yaşam kalitesi ve boyutları üzerine literatürde birçok şekilde tanım yapılmasına sebep olmuştur (10).

3.1. Genel Bilgiler

3.1.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı

Yaşam kalitesi kişilerin kendilerini geliştirebilmesi, hayatını kolaylaştırabilmesi ve mutlu olabilmesi için bir takım şeylere ulaşabilme amacı olarak tanımlamaktadır (11). Ventegodt ve diğerleri yaşam kalitesini “iyi bir yaşam” olarak tanımlamaktadır. Aynı zamanda iyi bir yaşamın kaliteli bir yaşam anlamına geldiğini ifade etmişlerdir (12).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşam kalitesi; hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile ilişkili bir biçimde, bireylerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarıyla birlikte durumlarını algılaması olarak ifade etmişlerdir. Yapılan tanımlamaya göre yaşam kalitesi, bireyin içinde yaşadığı sosyo-kültürel çevre içerisinde kendi sağlığını subjektif algılaması şeklinde ifade edilmiştir. Yaşam kalitesi, bu tanımlara göre laboratuvar ortamında ölçülebilen bir olgu değil, subjektif bir nitelik olarak değerlendirilmektedir. Burada amaç, bireylerin kendi sosyal, fiziksel ve psikolojik fonksiyonlarında ne kadar memnun olduklarını ve bu özelliklerinin olup olmaması halinde onları ne oranda rahatsız ettiğinin belirleyebilmektir (13).

Mc Daniel ve Bach, yaşam kalitesinin dört temel özellikten oluştuğunu belirtmektedir.

- a) Dinamik özelliği (zaman içinde değişim gösterebilmesi)
- b) Çok boyutluluk
- c) İnteraktif olması (bireyler ve çevre ile olan etkileşimden etkilenmesi)
- d) Bireyin beklentileri ve yaşamındaki olaylara uyum göstermesi “yaşam kalitesi=doğal ihtiyaçlar” (hastanın ailesinin bu yöndeki çabaları+toplumun bu yöndeki çabaları) (7)

Patrick ve Erickson en geniş tanımlamalardan birini yapmıştır. Patrick ve Erickson yaşam kalitesini ölüm ve yaşam süresi, yetersizlik, fonksiyonel durum (sosyal, psikolojik veya fiziksel), sağlık persepsiyonu ve sosyal-kültürel dezavantajları içeren bir temel kavram olarak ifade etmişlerdir (14).

Cella yaşam kalitesi tanımını yaparken; fiziksel, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal faktörlerin kombinasyonundan oluşan bir iyilik hali olarak ifade etmektedir (15). Szalai yaşam kalitesini bireylerin yaşamlarındaki iyi ve tatminkar özelliklerinin genel değerlendirmesi olarak ifade etmektedir (16).

Yaşam kalitesi, genel bir iyilik hali olmasının yanında bir çeşit memnuniyeti simgelemektedir. Yaşam kalitesi kavramıyla sağlığın, fiziksel, maddi, ailesel, duygusal iyilik hallerinin nesnel ve bireysel değerlendirilmesidir. Nesnel değerlendirmeler, bireylerin fiziki sağlığı, maddi gelirleri, yaşanılan konutun durumu, arkadaşlarla olan ilişkileri, fiziki aktiviteler, sosyal rolü, politik ortam gibi yaşam koşullarının ifade edilmesidir. Öznel değerlendirmede ise, bireylerin bu koşullardan aldığı doyum ifade edilmektedir (17).

Thorndike yaşam kalitesini ilk kez, sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi olarak ifade etmiştir. Yaşam kalitesi tanımını Andrews ve Withey bireylerin doyumunu

ve onların sosyal ilişkilerinin kesişimi, Weinstein ve Frankel ise, bireyin kendi yaşamında doyum bulması ve mutluluk kapasitesi olarak tanımlamışlardır (18).

Yaşam kalitesi, hala tam olarak biçimlendirilmesi yapılamamış çok boyutlu bir kavramdır. Yaşam kalitesinin önemine ilişkin birçok yazar, bilim insanı ve uygulamacı tarafından çeşitli vurgular, çeşitli yorumlar yapılmıştır. Yaşam kalitesi tanımının, yaşamın çeşitli açılardan içermesi gerektiği konusunda fikir birliğinin olmasının yanında, bu boyutların neler olması gerektiği hala günümüzde tartışma konusu olarak devam etmektedir. Yaşam kalitesi kavramı çeşitli açılardan ve çok sayıda kullanılmasına rağmen anlamı ve içeriğine ilişkin tam anlamıyla evrensel boyutta bir anlaşmaya varıldığı söylenememektedir (8, 19).

Yaşam kalitesi; fiziksel, duygusal, zihinsel ve ruhsal olmak üzere dört farklı farkındalık seviyesini gerçekleştirmek adına bireyin gereksinimlerini karşılayabilme yetenekleriyle ilgili değişen çevre ve durumların özelliklerinin toplamıdır (20).

Amerika Çevre Koruma Ajansı (USEPA) yaşam kalitesi kavramını; insanların içinde yaşadıkları çevrenin niteliklerinin iyileştirilmesi, bireylerin ve toplumların refah içinde yaşamını sürdürmesi olarak tanımlamıştır (9).

Yaşam kalitesi; fiziksel ve tinsel bakımdan doyum olarak ifade edilmektedir. Sağlık, maddi imkan fiziksel tatmini ifade ederken, ailevi ve psikolojik mutluluk ise ruhsal doyuma karşılık gelmektedir. Fiziksel ve ruhsal tatmin nesnel ve öznel olarak değerlendirilmektedir. Nesnel veri ölçüsü olarak aylık gelir miktarı, sağlık durumu, yaşanılan çevre, konut özellikleri, iş hayatındaki statü gibi somut veriler gösterilebilir. Öznel değerlendirme ise bireyin sahip olduğu maddi olanakları verdiği haz değerlendirilmektedir (11).

Yukarıda yaşam kalitesi ile ilgili tanımlamalardan da anlaşıldığı üzere asıl amaç, bireyin kendi psikolojik, sosyal, fiziksel ve ekonomik durumundan ne derece memnun olup olmadığını değerlendirebilmektir (9). Yapılan tanımlar incelendiğinde yaşam kalitesine ilişkin şu betimlemeler yapılabilir:

- Yaşam kalitesi sosyal, fiziksel, psikolojik, maddi ve manevi öğelerin etkileşimiyle oluşan çoğul bir bakış açısıdır. Yaşam kalitesi dinamik yani değişken bir yapıdadır.
- Sosyoloji, psikoloji, sosyal hizmet, tıp, psikiyatri, sosyal politika, çevre mühendisliği, mimarlık, halk sağlığı vb. gibi birçok bilim alanı yaşam kalitesi kavramını ele almaktadır. Bu anlamda yaşam kalitesi kavramı multidisipliner bir bilimdir.
- Bilim dalının kapsamına göre yaşam kalitesi kavramı değişiklik gösterebilmektedir. Ancak temel anlamda nesnel ve öznel değerlendirmelerin etkileşiminden oluşmaktadır.
- Yaşam kalitesinden algılanan durum kültürden kültüre, toplumdan topluma, hatta aynı toplum ve kültür yapısı içerisindeki bireyler arasında bile değişiklik gösterebilmektedir. Bu değişiklik bireyin yaşam kalitesinin subjektif boyutunu göstermektedir.
- Yaşam kalitesinin subjektif boyutunun öneminin yanında genel hatlarıyla kabul edilmiş bir kalite standardı vardır. Evrende yaşayan tüm bireyler için ölçülebilir yani bilimsel bir ağırlığı olan, işlevsel bir kalıp mevcuttur (11).

Bireysel açıdan yaşam kalitesi kavramına bakıldığında, bireyin kendi hayatında kendisi için önemli olan alanlarda doyum ve mutluluğu şeklinde ifade edilmektedir. Kişilerin sosyal ve temel ihtiyaçlarının kişisel olarak doyuma

ulaşmasını sağlayacak oranda karşılanabilmesi, kişilerin kendisinin, ailelerinin ve arkadaşlarıyla birlikte sağlıklı bir hayat sũrerek yaşadığı sosyo-kũltũrel ortamdan duyduğu memnuniyet olarak değerlendirilebilmektedir. Yaşam kalitesine bireysel açıdan bakıldığında, bireylerin kendi hayatına dair verdikleri kararlar ȃnemli bir etken olmaktadır. Tũm bunların yanında kişilerin aile ve arkadaşlarıyla olan ilişkileri, kendi sağlıkları, aile ve arkadaşlarının sağlık durumu ve bireylerin gelir dũzeyleri ve yaşam standartları da bireysel yaşam kalitesini belirleyici temel unsurların arasında sayılabilmektedir (8).

Makro açıdan yaşam kalitesine bakıldığında ise yaşam kalitesi çok geniş ve karmaşık duruma dȃnũřmektedir. Toplumsal boyutu ile yaşam kalitesine bakıldığında toplum içerisindeki kişilerin huzur, refahlık ve mutluluk boyutunu da ele almaktadır. Toplumsal açıdan yaşam kalitesi kişilerin yaşam standart seviyelerinin seviyesi ve temel ihtiyaçlarının karşılanabilmesi ile alakalıdır. Toplumda yaşayan bireylerin sağlık, eğitim, gũvenlik gibi mevcut imkanlardan eşit şekilde faydalanabilmeleri, satın alma gũcũnũn bireylere eşit dağıtabilmesi, açlık sınırında bireylerin olmaması olarak değerlendirilebilmektedir (8).

Gũnũmũzde insan haklarında meydana gelen gelişmeler yaşam kalitesi kullanımını yaygınlaştırmış, devlet ve sivil toplum kuruluşlarında da daha sık bir şekilde yer almaya başlamıştır. Ayrıca merkezi ve yerel yȃnetimlerde de bir amaç haline gelmeye başlamıştır (21).

Tıbbın gũnũmũzde sũrekli olarak ilerlemesi ile birlikte hedef artık sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, kişilerin mevcut yaşam kalitelerinin arttırılması olmuştur. Bu nedenle, iyilik hali ve yaşam kalitesinin ȃlũlebilmesi konusunda daha fazla araştırma yapılmaktadır (22).

Karon ve Bernard (2002) yaşam kalitesi tanımını “ bireylerin hayatına dair hoşnut ve iyi tarafların toplu değerlendirimi” olarak ifade etmişlerdir (23).

Mc Daniel ve Bach (1993), yaşam kalitesi konusunu dört ana başlıktan bahsetmiştir:

- a) Değişken bir yapıya sahip olması
- b) Çok yönlü olması
- c) Etkileşim içinde olması
- d) Bireylerin ihtiyaç ve hayatına uyum sağlayabilmesi (7).

3.1.2. Yaşam Kalitesinin Tarihçesi

Araştırmacılar ve filozoflar yaşamın ne olduğunu yüzyıllardır araştırmaktadır. Yaklaşık 2000 yıl önce Tatarkiewicz yaşam kalitesini bir çeşit mutluluk olarak ifade etmiştir. Bu tanım günümüzde yapılan mevcut tanımlamaları da içermektedir (24).

Sağlık durumunun değerlendirilmesinde fizik ve klinik muayeneyle birlikte günlük yapılan aktiviteler, öz bakımını yapabilme, iş hayatında aktif şekilde yer alabilme gibi etkenlerde göz önüne alınmaktadır. 1947 yılında bu etkenleri dikkate alan ölçeklerin il örneği 1947 yılında önerilen Karnefsky Performans ölçeği sayılmaktadır. Bu ölçekte hastanın sağlık durumu 0 (ölüm) ile 100 (hastalık belirtisi yok) arasında skorlanarak ve klinisyen tarafından değerlendirilmektedir. Basit olarak hazırlanmış olan bu ölçekten sonraki zamanlarda, fonksiyon yeterliliği ve günlük aktiviteleriyle birlikte değerlendirme yapılabilen (örneğin; barthel indeksi) birden fazla ölçek yapılmıştır. İlk zamanlarda oluşturulan bu ölçütler bazı kaynaklar tarafından yaşam kalitesi ölçekleri olarak tanımlanabilse de şu an kullanılan mevcut ölçütlere bakıldığında sağlıklı olma durumunu tam olarak değerlendirmesini yapamadığı tespit edilmiştir (25).

İlk kez 1960 yılında Long'un “ On the Quantity and Qality of Life” adlı makalesinde yaşam kalitesi terimi yer almıştır. İnsan hakları konusunda meydana gelen gelişmelerle birlikte, yaşam kalitesi politik kararların alınması için önemli bir gösterge olmuş (26).

Yaşam kalitesinin evrensel bir hedef haline gelmesinde, Maslow (1970)'un ihtiyaçlar hiyerarşisi önemli bir yere sahiptir. Buna göre insanların kişisel ihtiyaçları önceliklerine göre beş alt başlıkta toplanmıştır:

1. Fiziksel ihtiyaçlar (yemek, su, barınma...)
2. Güvenlik ihtiyacı (emniyet, korunma, sağlık....)
3. Sosyal ihtiyaçlar (bir gruba ait olma ihtiyacı,sevmek....)
4. Saygı görme ihtiyacı (toplumda sayılma, sosyal statü...)
5. Kişisel merakları/fikirleri/idealleri ortaya koyma gereksinimi (bireysel ihtiyaçlarını geliştirme, kendini geliştirme...) (26)

Thorndike tarafından ilk kez yaşam kalitesi 1939 yılında tanımlanmıştır. Thorndike yaşam kalitesi kavramını “ bireylerin kendilerini nasıl hissettiklerini, günlük yaşam aktivitelerini nasıl ve ne yeterlilikte yerine getirdiklerini gösteren, kişinin sağlık statüsünü açıklamak için kullanılan kavram” olarak tanımlamaktadır (27).

1960 yılında ABD’de politik tartışmalardan kaynağını alan yaşam kalitesi kavramı, o yıllardan sonra giderek daha da yaygınlaşmaya başlamıştır (28,29). Çalışan bireyleri başta hemşire ve ebelerin iş hayatında daha mutlu ve daha başarılı kılmaya yönelik çalışmalar uluslararası literatürlerde sıklıkla araştırılmaya başlanmış konulardandır. Uluslararası Hemşireler Birliği, üye ülkelerle yapılan toplantılarda

2007 yılı Dünya Hemşireler Günü'nü bu konuya ayırmış ve tarafların duyarlılıklarını araştırmayı planlamıştır (30).

Tarihsel süreç içerisinde yaşam kalitesi üzerine yapılan araştırmalar sosyal göstergelerin de katkılarıyla ekonomik konulardan sosyal konulara doğru şekillenmeye başlamıştır (31).

1990'lı yıllara doğru yaşam kalitesi üzerine yapılan araştırmalar artmaya devam etmiştir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi araştırmaları yapan bir bilimsel dergi piyasaya sürülmüştür. Derginin adı; "International Society of Quality of Life" tır. 1994 yılında Albrecht ve Fitzpatrick, yaşam kalitesi tanımı için 4 kullanım alanı ifade etmişlerdir:

1. Hasta bireylere klinik bakım planı
2. Sağlık hizmeti araştırmalarında ve klinik çalışmalarda sonuç ölçütü olarak kullanılması
3. Toplumların sağlık ihtiyaçlarının karşılanması
4. Kaynakların tahsis edilmesinde (32).

3.1.3. Yaşam Kalitesi Boyutları

Yaşam kalitesi, yaşam biçiminin toplumsal görünüşündeki sorunları değerlendirecek sayıda fiziksel ve psikolojik özelliği içeren; sağlığa ek olarak yaşam standartı, ev kalitesi, kişinin yaşadığı komşuluk ilişkileri, iş memnuniyet kavramıdır. Ayrıca bireysel iyilik halinin bir anlatımıdır ve yaşamın farklı alanlarında öznel bir doyumun tanımıdır (33,34).

Hoes ve Sullivan’a göre yaşam kalitesi alanları:

1) Psikolojik Esenlik

Doyum alma (oto kontrol)

Yararlılık (anksiyete)

Beden imajı (meşguliyet)

2) Fiziksel Esenlik/ Yeterlik

Yeme

İçme

Seks

Uyku

Yorgunluk

Sağlık-Hastalık Algısı

3) Sosyal ve Bireysel Esenlik

Sosyal etkinlik

4) Ekonomik ve Maddi Esenlik

Geleceğe İlişkin Güven

Sigorta

Barınma

İş güvencesi vb(35)

Literatürde yaşam kalitesine verilen önem arttıkça bu konuda yapılan araştırmaların da sayısı artmıştır. Bunun yanında yaşam kalitesini araştırmaya yönelik merkezler kurulmaya başlanmıştır. Bu alanda araştırmaların yapıldığı Toronto Üniversitesi’nde yaşam kalitesinin üç alt boyuttan meydana geldiği, söz konusu alt boyutların “Var Olmak”, “Ait Olmak” ve “Olmak/Gerçekleştirmek” şeklinde sıralandığı ifade edilmiştir. Yapılan bu çalışmada yaşam kalitesinin alt boyutlarına ilişkin bilgiler Tablo 1’de sunulmuştur (9).

Tablo 1. Toronto Üniversitesi Yaşam Kalitesi Araştırma Merkezi'ne göre yaşam kalitesinin boyutları

Birinci Alt Boyut: Var Olmak	Bireyin insan olmasıyla (kim olduğuyla) ilişkilidir.
Fiziksel var olmak	Fiziksel sağlık, kişisel hijyen, beslenme, egzersiz, giyim, dış görünüş
Psikolojik var olmak	Psikolojik sağlık, birey olarak kendini olumlu değerlendirme kendini kontrol edebilme
Manevi var olmak	Kişisel değerler, inançlar, davranış standartları
İkinci Alt Boyut: Ait Olmak	Bireyin çevresi ile etkileşimi ve uyumudur.
Fiziksel ait olmak	Bireyin fiziksel çevresi ile ilişkileri, aile yaşamı, iş yaşamı, okul yaşamı, komşuluk ilişkileri
Sosyal ait olmak	Aile, arkadaşlar, komşular ve ait olunan grup tarafından samimi bir şekilde kabul görme
Toplumsal ait olmak	Yeteri gelir, sağlık hizmetleri, iş, eğitim, sosyal hizmetler ve bireylerin bu hizmetlere katılımı
Üçüncü Alt Boyut: Olmak/Gerçekleştirmek	Bireysel amaçlar, umutlar ve isteklerle ilgilidir.
Uygulama gerçekleştirmek	Ev, iş, okulla ilgili aktivitelerin, sağlık ya da sosyal ihtiyaçların karşılanması için gereken günlük ilerin yürütülmesi
Boş zamanları değerlendirmeyi gerçekleştirmek	Dinlendiren ve stresi azaltan aktiviteleri uygulama, spor aktiviteleri, hobiler
Gelişmeyi/büyümeyi gerçekleştirmek	Bilgi ve becerilerin gelişmesini sağlayan aktiviteler, bireyin yaşamındaki değişikliklerle başa çıkma yeteneği

Fitzpatrick ve arkadaşları birden fazla yaşam kalitesini inceleyerek bu ölçeklerin içerik ve yapıları karşılaştırarak, var olan ölçeklerin çoğunda ortak olarak bulunmakta olan yaşam kalitesi boyutları şu şekilde sıralamaktadır:

- Fiziksel fonksiyon; hareket kabiliyeti, özbakım....
- Emosyonel fonksiyon; depresyon, anksiyete....
- Sosyal fonksiyon; cinsel hayat, sosyal destek, sosyal ilişki....
- Rol performans; iş ve ev hayatında, günlük ev işleri
- Ağrı

- Diğer semptomlar; yorgunluk, bulantı,, hastalığa özgün semptomlar (36).

Juczynski'ye göre yaşam kalitesi sağlık durumu, eğitim ve gelir düzeyi, kişilerarası ilişkiler ve ülkedeki ekonomik düzey gibi birçok konuyu içermektedir (37). Şeker'e göre yaşam kalitesi birçok unsuru içermektedir. Bunları sayacak olursak sağlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanabilme, dengeli beslenme, sağlıklı bir hayat, fırsat eşitliği, günlük işlere katılabılme, güveni sağlayabilme, saygınlık olarak sayılabilir (13).

3.1.4. Yaşam Kalitesi İle İlgili Kavramlar

Yaşam kalitesine alakalı bilimsel olarak çeşitli kavramlar mevcuttur. Mevcut kavramlardan bazıları şunlardır:

Ruhsal Durum: Bireyler yaşadıkları olayları ilk olarak algılar, daha sonra değerlendirir ve sonrasında bunlara duygular yüklemektedir. Böylece bireysel, davranışsal, unutkanlık, psikolojik problemler gibi zihinsel sorunlar; diyabet, tansiyon hastalığı, solunum güçlüğü gibi rahatsızlıklar ve hatta bireyin iş hayatından bile uzaklaşmasına neden olan sorunlar yaşam kalitesine olumsuz anlamda etki etmektedir (11).

İşlevsel durum: Bireyin temel gereksinimlerini karşılayarak, her zamanki görevlerini görevlerini, sağlık ve iyilik halini sürdürebilmesi için günlük işlerini yerine getirebilmesidir. Bireyin ihtiyaçları Maslow'un İhtiyaç Hiyerarşisi Kuramı doğrultusunda önem sırasına göre fiziksel ihtiyaçlar, güvenlik ihtiyacı, sosyal ihtiyaçlar, saygı görme ihtiyacı, kişisel ilgileri, fikirlerini ortaya koyabilme ihtiyacı şeklinde sıralandığında, birey ilk olarak en önemli ihtiyacını doyuma ulaştırmayı hedefler. Zincirin bir halkasında ki ihtiyaç giderildiğinde sıra diğerine gelir. Aç olan birinin çevre güzelliklerine dikkatini vermesi beklenemez. Temel ihtiyaçlar

karşılanamadığı takdirde çıkar gruplarının eline düşerek, sağlıklarına ilişkin yanlış kararlar alabilirler. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisinde yer alan gereksinimleri tamamlayarak, yalnızca aşırı kilolu olduğu için kendini hasta hissedene ya da kiloları dolayısıyla hareketleri kısıtlanan bireyin performansının düşük olması olası bir durumdur (11).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi: Bilindiği gibi sağlık insan yaşamındaki en değerli varlıktır (38). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlıklı olmak sadece hastalık sahibi olmamak şeklinde değil, bireyin fiziksel, mental ve sosyal açıdan tam anlamıyla iyi olmasını ifade etmektedir (39). Sağlık hizmetlerine ilişkin günümüzde genel ya da hastalığa göre hazırlanmış çok sayıda anket mevcuttur. Yapılan bu anketler bireyin yetenekleri, psiko-sosyal durumu, toplumsal katkısı, yaşamdan duyduğu memnuniyeti de ölçebilir. Böylece sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçülebilmektedir (11). Günümüzde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin ele alındığı araştırmaların artış gösterdiği belirtilmektedir (40).

Tıp dünyasında yaşanan gelişmelere paralel olarak son otuz yıldır sağlığa dair yaşam kalitesi incelemeleri daha da merak uyandırmış ve sonuç olarak tıp dünyasında yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar artmaya başlamıştır. Böylece tıp alanında hem literatürde hem de önemli hastalık ve sakatlıkların mesleki tartışmalarında sık olarak kullanılan bir kavram olmuştur. Sağlık alanında yaşam kalitesi kavramının kapsamının içine nelerin alınacağı dair çeşitli fikirler mevcut olmasının yanında bedensel ve ruhsal yeteneklerin, bireyin kişisel beklenti ve algılarının yaşam kalitesi kavramı içinde yer alması gerektiği mevcut araştırmacılar tarafından ortak olarak kabul edilmiştir. Bununla birlikte sağlık alanında yaşam kalitesi ilişkin tam bir anlamıyla ortak bir tanım yapılamamıştır. Ayrıca, sağlığa

ilişkin olan tanımlamalarda genellikle bireysel algılara yani subjektif ölçeklere önem verilmektedir (8).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SYK), ileri yaş gruplarında önemli olan “algılanan sağlık ve mutluluk” üzerine odaklanan, kişisel bir kavramdır. SYK, kronik hastalıkların yaşlanan nüfustaki zararlı ve yıkıcı etkilerinin ölçülmesinde çok duyarlı bir kavram olarak görülmektedir. Bu yaştaki hastaların sorunlarını yok etmek her zaman mümkün olmadığından, ileri yaş grubundaki bireylerin sağlıklı yaşam kalitesini geliştirebilmek önemlidir (41).

3.1.5. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılan ölçütler 2 gruba ayrılmaktadır. Bunlar;

- 1) Jenerik ölçütler
- 2) Hastalığa özgü ölçütler dir.

3.1.5.1. Jenerik Ölçütler

Popülasyonun geneline uygulanabilen, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilen, geniş ilgi alanlarında kullanabilen ölçütlerdir. En önemli avantajı olarak farklı hastalık gruplarında bu hastalıktaki kişilerle toplum arasında karşılaştırma yapabiliyor olmasıdır. Dezavantajları olarak bakıldığında ise belli bir hastalık grubuna özgü olarak yapılmadıkları için bazı hastalık gruplarında tam olarak anlamlı olmayabilmektedir (42).

- Kısa form 36 (Short Form -36) (SF-36)
- Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile, NHP)
- Euro QOL (EQ-SD)

- İyilik Hali Skalası (Quality of Well- Being Scale, QWB)
- Hastalık Etki Profili
- Sağlık Yararlanma İndeksi
- Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi sık kullanılan yaşam kalitesi ölçütleridir (34,43,44)

3.1.5.2. Hastalığa Özgü Spesifik Ölçütler

Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri farklı durumların etkilerinin tanımlamasını sağlarken, hastalıkların en sık olarak görüldüğü yaş gruplarına uygulanabilecek özelliktedirler. Bununla birlikte yaşam kalitesi ölçüm araçları hastalıklara yönelik olarak alternatif tıp yöntemlerinin de geliştirilmesine katkı sağlamaktadır (45)

- Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Anketi (Quality of Life –Rheumatoid Arthritis Scale, QOL-RA)
- Avrupa Osteoporoz Kurumu Yaşam Kalitesi Anketi(Qality of Life Questionnaire of the European D-Foundation for Osteoporosis)
- McGill Ağrı Anketi
- Barthel Engellilik İndeksi
- WOMAC(Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index)
- Pediatrik Astım Yaşam Kalitesi Anketi (PAQLQ) (46,47).

3.1.5.2.1. SF -36

SF-36 sağlıkla ilişkili olarak yaşam kalitesinin ölçümünde kullanılmaktadır. Jenerik ölçütler içerisinde SF-36 en sık olarak kullanılan ölçüttür. Yaşam kalitesinin değerlendirmesinde geçerli ve oldukça sık olarak kullanılır. Herhangi hastalık, yaş

veya tedavi grubuna özgü değildir. 1992 yılında Rand Corporation tarafından klinik pratikte ve araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir (48,49).

Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir olmasının yanında çok geniş bir alanda kullanılabilmesi amaçlanmıştır. 1990 yılında çalışmalara başlanmış ve ilk olarak 149 madde ile başlanmıştır. 22.000'i aşkın kişi üzerinde yapılan çalışmalarla faktör analizi ile önce 20 maddeli biçimi olan SF-20 hazırlanmıştır. Ancak psikometrik özelliklerin ve kapsamının arttırılması için 36 maddeye çıkılmış ve SF-36 oluşturulmuştur (50).

SF-36'nın özelliklerinin ilki olarak kişinin kendisini değerlendirebilmesi gelir (49). Anket beş dakika kadar kısa bir sürede doldurabilir. Sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilmesi ölçeğin avantajları arasında sayılır (51).

Ölçek 36 maddeden oluşmuştur ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlar. Bu boyutlar;

- Fiziksel fonksiyon (10 madde)
- Sosyal fonksiyon (2 madde)
- Fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde)
- Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde)
- Mental sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (5 madde)
- Enerji/vitalite (4 madde)
- Ağrı (2 madde)
- Sağlığın genel algılanması (5 madde) (49).

Ölçek kişinin son dört hafta göz önüne alarak değerlendirmeyi sağlamaktadır. Standart versiyonunun yanında son bir haftayı değerlendiren akut versiyonu da

vardır. SF-36'ya alternatif olarak daha kısa olan 12 sorudan oluşan SF-12 ve her alt skalanın birer soru ile temsil edildiği 8 sorudan oluşan SF-8 formları da vardır (48).

SF- 36'nın Koçyiğit ve arkadaşları tarafından Türkçe versiyonu geçerlilik çalışması yapılmıştır (52).

SF-36 nın değerlendirmesinde 4. ve 5. maddeler dışındakiler Likert tipi olarak yapılmaktadır (49). 4. ve 5. maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Ölçekte tek bir toplam puan vermek yerine, her bir ölçek için ayrı ayrı puan verilerek hesaplanır. Her soru maddesinin yanında o cevabın puanını hesaplayabilmek için birden başlanarak rakam verilmektedir. Kişilerin işaretlediği şıkka göre her rakam yönergede farklı bir puan almaktadır (51). Kişilerin puanlaması 0 ile 100 arasında değerlendirilir. 0 puan kötü sağlık durumunu belirtirken, 100 puan sağlık durumunun iyi olduğunu göstermektedir (52).

3.1.6. Tarihte Hemşirelik

Hemşirelik mesleğinin başlangıcına baktığımızda ilk çağlara kadar uzanmaktadır. Bu nedenle hemşirelik en eski sağlık mesleklerinden biri olarak sayılabilmektedir. Kadının şifa verici rolü hemşirelik mesleğinin başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Hemşirelik mesleği ilk olarak bakıma muhtaç hasta ya da güçsüz insanların bakımları ile ilgilenme amacıyla ortaya çıkmıştır. Bu nedenle hemşirelik mesleğinin temelinde insanların hastalık nedenleri ve yaşam konusundaki inançlar yer almaktadır (53).

Çok eski kayıtlara bakıldığında hemşireliğin, ayrı bir uğraş olduğunu gösteren kanıtların bulunmasıyla birlikte bunların genelde bir tıp insanının, rahibenin, ebenin veya usta bir kadının uygulamalarından daha da öteye gidemediği bulunmuştur (53). Hasta bakımı ilk başlarda toplumun ihtiyaçlarını karşılayabilmek hasta veya güçsüz

durumda olan bireylerin bakımının yapılabilmesi için oluşmuştur. Bu nedenle bakımlardaki teknikler de bireylerdeki hastalık nedenlerine göre ve yaşam konusundaki inanışlara dayanmaktadır. Eski çağlarda, evde hasta bakımına ilişkin aile bireylerinden kadın bu görevi almıştır. Bu görevi alma nedeni büyük olasılıkla kişilerin eş yada anne rolünden gelmesine dayanmaktadır (54).

Hemşirelik mesleği başta toplum ihtiyacını gidermek için oluşturulmuş olsada teknolojik gelişmelerin sonucunda insanların hastalıklara olan bakış açısı ve uygulamalarını değiştirmiş sonucu olarak hasta bakımında da değişime neden olmuştur (53).

İlk çağlarda insanlar yaşamları için sınırlı sayıda malzemeye ihtiyacı olup hastalıklar için büyüsel yöntemleri kullanmaktaydı. Rönesans ve reform hareketleri zamanında tıp alanında birçok gelişim olmuştur. Biyoloji alanındaki gelişmeler ve araçların icadı tıp alanında da gelişmeleri sağlamıştır. Yeniçağda yaşanan toplumsal ve politik olayların sonucu olarak insan hak ve özgürlüklerinin önem kazanması, hemşireliğin olumlu yönde gelişimin sağlamıştır (35).

Ortaçağ Avrupası'nda ise hemşirelerin genellikle kilise içindekilerden seçilmesi ve kilise tarafında da korunuyor olması hemşirelik mesleğinin kutsal görünmesine sebep olmuş, hemşirelerde melek olarak adlandırılmıştır (53).

1800'lü yıllarda ise tıp alanı bilgiden yoksun, yoksul ve ayyaş kişiler tarafından yapılmaktaydı. Hastanelerin fizik yapısı bozuk, aneztezinin kullanımı tam olarak bilinmemekte, hasta bakımındaki hijyenik durum ise yetersiz durumdaydı. Savaşlarda yaralanan askerler ise yeterli seviyede bakılamamaktaydı. İyi ve özel eğitim almış soylu bir aileden gelen Florance Nightingale küçük yaşlardan itibaren hasta ve muhtaç insanlara yardım etmek istemiş ve bu yüzden hemşirelik mesleğinin

gelişmesine büyük katkı sağlamıştır. Modern anlamda hemşireliğin başlangıcı Kırım Savaşı ile birlikte (1854 – 1910) Florance Nightingale (1820 – 1910) başladığı kabul edilmektedir. Rahibelerden ve sivil hastanelerden seçilen 38 kişilik hemşire kafilesiyle 1854'te İstanbul'a gelen Florance Nightingale ölüm oranını %42' den %2'ye düşürmüştür (55,56).

Osmanlı Devleti'nde hemşirelik eğitimi ilk kez Meşrutiyet Dönemi'nde vermeye başlamıştır. Besim Ömer (Akalin) Türkiye'de modern anlamda hemşireliğin kurucusu olarak kabul edilmiştir. 1907 yılında Besim Ömer Paşa Londra'da Uluslararası Kızılhaç Konferansına Osmanlı delegesi olarak katılmış ve toplantıda Florance Nightingale tanışma fırsatı bulmuştur. Bu toplantıda hemşireliğin ayrı bir meslek dalı olduğunu, branşlara ayrıldığını ve mesleğin önemini kavramıştır. İlk kez İstanbul'da gönüllü hastabakıcılık kursu 1911'de açılmıştır. İstanbuldaki tanınmış ailelerin bayanlarını kendisinin derslerini verdiği bu kurslara çağırmıştır (57).

Kızılay Hemşirelik Okulu (21.02.1925) Cumhuriyet Dönemin'de açılan ilk hemşirelik okuludur. Bu okula kabul şartları olarak okur-yazar, iyi ahlak sahibi ve sağlıklı olmaktı. Bu okulun eğitim süresi iki yıl üç aydı. 1936 yılında okula ortaokul mezunları alınması karar alınmıştır. Eğitim süresi uzatılarak üç yıla çıkarılmış, 1958 yılında üç yıldan dört yıla yükseltilmiştir. 1946 yılında ise Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesindeki yataklı tedavi kurumlarının ihtiyacı için bugünkü adıyla sağlık meslek liselerinin açılmasına karar verilmiştir. 1988-1991 yıllarında sağlık meslek liselerinin sayısı 300'e yaklaşmıştır (54).

Ege Üniversitesi'nde üniversite düzeyinde 1955 yılında ilk hemşirelik yüksekokulu açılmıştır. Ege Üniversitesi'nin arkasından 1961 yılında Hacettepe

Hemşirelik Yüksekokulu ve Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu açılmıştır. Ülkemizdeki hemşirelik alanındaki ilk yüksek lisans 1968 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde açılmıştır. 1972 yılında ise Hacettepe Üniversitesi'nde ilk hemşirelik doktora programı açılmıştır. Eğitim süreleri 2 yıl olan sağlık hizmetleri meslek yüksekokulları “ hemşirelik programları” 1985 yılında açılmaya başlamıştır (54,57).

2 Mayıs 2007 tarihine kadar Türkiye’de hemşirelik hizmetleri günümüz koşullarına uymayan sadece kadınların çalıştığı hekime bağlı bir meslek grubu olarak kabul edilmiştir. 2 Mayıs 2007’de yeni çıkarılan yasa ile meslekte cinsiyet ayırımına son verilmiş, meslekte uzmanlaştırılmaya karar verilmiştir (54,57).

3.1.7. Hemşirelik Tanımları

Hemşireliğin tanımlanması ve işlevlerinin açıklanması Florance Nightingale başlar. 1859’ da “ Hemşirelik Üzerine Notlar” adlı kitabında Nightingale hemşirelik mesleğini “ Hemşirelik, doğanın birey üzerindeki etkilerini olumlu ve zararsız hale getirebilmek için bireyi, en iyi hale getirmektir” şeklinde tanımlar (35).

1930’lu yıllarda hemşirelik mesleğiyle ilgili bilinçli tanımlar yapılmaya başlanmıştır. 1933 yılında Taylor, hemşireliği “Bireyin fizik ve psikolojik ihtiyaçlarına gereken tedaviyi ve önlemleri uygulamaktır” şeklinde tanımlamış ve hasta odaklı bakım ilk kez dile getirilmiştir. Buna göre hemşirelik, hemşirenin hizmet götürdüğü birey veya yerde olur. Hemşirelik kendine özgüdür ve hemşirenin her bir birey ile ilişkisi farklıdır. Hemşirelik bilgi, beceri, kütür, ilişki kavramlarının işlendiği bir eğitim gerektirir (53). Hemşirelik mesleğiyle ilişkili yapılan diğer tanımlar şu şekildedir (54):

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA); hemşirelik, yardım sunan bir meslek olmakla beraber bu hizmetleriyle bireylerin sağlık ve esenliğine katkıda bulunmak şeklinde tanımlamıştır (54).

Ulusal Hemşirelik Konseyi (ICN); birey, aile ve toplumun sağlığını korumak ve gelişmesine yardım ederek bireyi hastalık durumunda iyileştirme ve rehabilite etmeye çalışan bir meslek dalıdır. Hemşireler ayrıca sağlık ekibinin tedavi edici ve eğitsel planlarını geliştirmeye ve uygulamaya katılırlar (58).

1955 yılında Virginia Henderson hemşireliğin günümüzde bile en beğenilen, modern tanımını yapmıştır. Henderson'a göre, "Hemşirenin temel ve benzersiz görevi, sağlam veya hasta bireylere, sağlıklarını korumaları ve tedavileri sırasında, huzur içinde ölmeleri için yardım eden güçtür. Hemşire bu yardımı, birey yeterli güç, istek ya da bilgiye sahip oluncaya kadar veya bu işlevleri yarımsız yapabilecek duruma gelinceye kadar devam ettirir ve bireyi en kısa süre içerisinde bağımsızlığa kavuşturmayı hedeflemektedir (54).

Dorethea Orem; hemşirelik toplumsal bir hizmet, bir sanat ve teknoloji olarak değerlendirilir. Hemşirelik, toplumun ihtiyaçlarını gidermek üzere planlanmış, geliştirilmiş ve güçlendirilmiştir (54).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO); hemşirelik, bireyler ve bireylerin tüm gereksinimleri üzerine odaklanan bir bilim ve sanat olarak tanımlanmıştır (54).

Türk Hemşireler Derneği (THD); hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini korumak, geliştirmek ve hastalık durumunda iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri gerçekleştirecek bireylerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir (56, 59).

Perihan Velioğlu; hemşireliği; toplumun her kesiminden kişinin bedensel, duygusal, akılsal ve toplumsal sağlık gereksinimleri ışığında hemşirelik bakım planını bu planı uygulamaya koyan ve uyguladığı bakım planını sistematik bir biçimde değerlendiren kişi olarak tanımlamıştır (54).

Bütün hemşirelik tanımlamalarında görüldüğü gibi işin özünde insanlara yardım olayı vardır. Bu yardım yaşamın sağlıklı bir biçimde sürdürebilmesi için bilgi gereksinimi olan bireye, aileye ve dolayısıyla topluma olan yardımı içermektedir (35).

3.1.8. Sağlık Personeli ve Yaşam Kalitesi

Beklenen nitelikteki sağlık hizmetlerinin bireylere sunulabilmesi bu hizmeti veren kişilerin mevcut durumları ile bağlantılıdır. Verilen sağlık hizmetlerinin aksaklıklarının giderilebilmesi açısından çalışan bireylerin yaşama ve çalışma koşullarının şartları düzeltilmeli ve mevcut aksaklıklar giderilmelidir. Bu sebeple sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik çalışmalar ortaya çıkmış ve son günlerde daha fazla üzerinde durulmaya başlanmıştır (34).

DSÖ'nün 21. yy'daki hedefleri arasında çalışır yaştaki bireylerin sağlık durumunu iyi tutmaya yönelik politikalar yer almaktadır (33).

Günümüzde tıbbın daha fazla ilerlemesi nedeniyle artık sadece hastalıkların yok edilmesi değil, bireylerin de yaşam kaliteleri de arttırılması istenmektedir. Bu sebepten dolayı iyilik hali ve yaşam kalitesinin ölçülebilmesi konusunda daha fazla çaba harcanmaktadır (22). Bireylerin hayatlarını mutlu bir şekilde geçirebilmek ve çevresi ile uyum içerisinde hayatlarını sürdürebilmesi için kaliteli bir hayat geçirmesi gerekmektedir. WHO, kişilerin toplumsal, ekonomik ve ruhsal olarak üretken bir şekilde yaşam kalitesine sahip olmaları gerektiğini düşünmektedir (60).

Bireylerin çalışma ve iş ortam durumları yaşam kalitesini belirlemektedir. Bu nedenden dolayı günümüzde en sık çalışma ortamında yaşam kalitesinden söz edilmektedir. Çalışma hayatındaki iyi ve kötü durumlar kişilerin yaşam kalitesi üzerinde etki yapmaktadır. Bu nedenden dolayı işin bireylere uygun hale getirilmesi yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi açısından önemlidir (61). İnsan hayatında çalışmak ve bir işe sahip olmak önemlidir. Çalışma yaşamı bireyi, bireylerde çalışma hayatını etkilemektedir. Bireyin çalıştığı işten doyumunu kişiye o işin ne ifade ettiği, işteki olumlu ya da olumsuz davranışlar veya duygular değiştirmektedir. Yapılan işin nitelik durumu, işin severek ya da sevmeden yapılması, işe duyulan duygular bireylerin işi sevip ya da sevmemesine neden olmaktadır (62-65).

Maslach uzun süreli iş stresinin tükenmişliğe neden olduğunu belirtmektedir. Maslach tükenmişliği, bireylerin hizmet verdiği insanlarla ilgilenemez duruma gelmesi, kişinin mesleğinden koparak amacı dışında çalışması şeklinde ifade etmektedir (66). Sürekli olarak yoğun dikkat ve özen, teknik bilgi ve beceri gerektiren yerlerde çalışmak işteki verimliliği etkiler (67).

Daha çok hasta bireylere hizmet vermek durumunda sağlık çalışanları iş hayatında daha çok ve yoğun bir şekilde stresle karşılaşmaktadır. Sağlık alanında hizmetin daha verimi olabilmesi için, sağlık çalışanlarının yaşam kaliteleri ve çalışma koşulları daha iyi hale getirilmeli ve bunlarla ilişkili sorunlar giderilmelidir (68,69).

Sağlık hizmetinin verildiği çalışma alanları hem stres altındaki bireylere hizmet verilmek durumunda kalınması, hem de çalışan kişilerin daha çok stresli durumlarla karşı karşıya gelmesi nedeniyle diğer iş ortamlarından daha stresli olarak gösterilmektedir. Çalışma ortamındaki farklılıklar nedeniyle hemşirelik mesleği daha

sık baskı altında kalarak stres yaşanmasına neden olmaktadır. Bunun yanında hemşirelik mesleğinin genellikle bayan olması toplumsal bakıları da yanında getirmektedir (70-72).

Sunulan hizmetin kalitesini sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi de etkileyebilmektedir. Bu nedenle sadece bireysel olarak değil toplumsal ve sağlık politikalarıyla ilgili çalışmalar yapılmalı tükenmişlik ve depresyon sağlık çalışanlarında erken olarak tespit edilmeli ve bunlara karşı önlemler alınıp, başa çıkma yöntemleri belirlenip, yaşam kalitesi arttırılmaya çalışılmalıdır (73).

1200 sağlık çalışanı ile Fransa'da yapılan çalışmada kadınların %6.5'inde, erkeklerin ise %9.4'ünde depresyon ve tükenmişlik birlikte görülmüştür. Acil servislerde yapılan bir başka çalışmada ise 322 kişi ile çalışma yapılmış, hemşirelerin yaklaşık yarısında tükenmişlik yaşadığı, tükenmişlik arttıkça da yaşam kalitesinde ve iş doyumunda azalma görüldüğü tespit edilmiştir (74).

Hastanelerde hemşireler sağlık çalışanları içerisinde hasta birey ve ailesinin her türlü sıkıntısında 24 saat boyunca ilk danıştıkları ve bu sorumluluklar nedeniyle sağlık ekibinde kilit rol oynayan personeldir (75,76).

Hemşireler için çalışma yaşamı kalitesini etkileyen nedenlere baktığımızda hemşire sayısının yeterli olması, iş ilişkilerinin olumlu olması, hemşirelerin üzerindeki kontrol durumu ve kariyer gelişimi gibi fırsatların olduğu belirtilmektedir. Bütün bunların yanında üstlerle iyi ilişkiler kurabilme, rol çatışması, kişilerin performansına karşı geri bildirim alabilmesi, iyi ve adaletli ücretlendirme gibi bazı durumların hemşirelerin iş yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir (77,78).

Hemşirelerin sağlığını etkileyebilecek başlıca durumlar aşağıdaki gibi gruplandırabilmektedir:

- 1) Hemşirelerin görevlerini yerine getirirken oluşan nedenler
 - Kullanılan cihaz ve aletlerden kaynaklanan nedenler
 - Kullandıkları kimyasal ve ilaçlardan kaynaklanan etkiler
 - Yapılan fiziki aktivite sonucu kaynaklanan sorunlar
- 2) Enfeksiyon riski
- 3) Beslenme bozukluğu
- 4) Çalışma koşullarına bağlı oluşabilecek uyku bozuklukları
- 5) Çalışma ortamından kaynaklanabilecek psikolojik sorunlar (79).

İnceses'in hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada hemşirelerin %76,4'ünde anksiyete yaşadığı ve bunların %17,4'ünde tanı konulduğu, %78,3'ünün yorgunluk hissettiği bunlarında %17,0'ında tanı konulduğu, %69,2'sinde baş ağrısı şikayeti olduğu yine bunların da %21,4'ünde tanı konulduğu, %61,6 sının uykusuzluk şikayeti olduğu ve şikayeti olanların %18,5 inde tanı konulduğu tespit edilmiştir. Yani İnceses'in araştırmasında hemşirelerde tükenmişlik sendromu belirtileri ortaya çıktığı gözükmetedir (80).

Sağlık hizmetleri sürekli hizmet veren bir sektör olması nedeniyle hastaneler 7 gün 24 saat vardiya veya nöbet sistemiyle çalışan yerlerdir (81). Nöbet, resmi olarak kabul edilmiş olan (Pazartesi-Cuma) ve çalışma saatleri (08-17) (07-16) dışında kalan çalışma saatleri dışında kalan çalışma gün ve saatlerinde çalışma durumu iken, vardiyalı çalışma ise normal gündüz saatlerinin dışında kalan sürede, aralıklı olarak gündüz, akşam ve gece kurumun belirlediği saatlerde çalışmaktır (75).

Nöbet ve vardiya usulüyle çalışmak zorunda kalmak bireylerin normal biyolojik sistemine ters düşmekte ve her yönden zarar görmesine neden olmaktadır. Çünkü insan yapısı gündüz saatlerinde uyanık olup, gece saatlerinde de uyumaya alışmıştır. Bu alışkanlığı kontrol eden ve sirkadyen ritim adı verilmiş bu sistemde günün saatlerine göre ayrılmış biyolojik sistem kontrol etmektedir (82).

Normal çalışma saatlerinde çalışan bireyler hem toplumsal saat düzeni hem de biyolojik saat düzeniyle uyum içerisinde iken vardiyalı nöbet sistemi ile çalışanlarda iki saat düzeniyle çatışma yaşamaktadır. Bu şekilde çalışmak bireyleri fizyolojik ve psikolojik sağlıklarını, sosyal hayatlarını, bireysel ve hasta güvenliklerini tehlikeye atmaktadır (81,83,84).

Vardiyalı sistemde çalışan bireylerde en çok depresyon ve anksiyete bozuklukları görülmüştür. Bunların yanında uykululuk, yorgunluk, bellek ve konsantrasyon bozuklukları gibi bilişsel sorunlarda bu psikopatolojik sorunlara eşlik eder (85-88). Genellikle duygu durum bozuklukları ile uyku bozuklukları bir arada görülmektedir. Gece çalışmak uykululuk, enerjide azalma, konsantrasyon eksikliği, unutkanlık gibi sorunlara yol açmaktadır. Bu sorunlar depresif sorunlar gibi gözükerek ayırıcı tanısını yapmak çok zor olmaktadır (88,89).

Vardiyalı sistemde çalışmak bireylerin sosyal yaşam ve iletişimlerini etkilemektedir. Bu sistemde çalışmak zorunda kalan bireyler ailelerinden ve arkadaşlarından uzaklaşmış gibi düşünmektedir. Sonuç olarak ailesi ve sosyal görevlerini yerine getirmekte sıkıntı yaşamaktadırlar (90-92).

Bireylerin en temel ihtiyaçlarından birisi olan uyku, Maslow'un Temel Gereksinimler Hiyerarşisi olarak adlandırılmış olan piramitsel tabloda en alttadır. Düzenli bir şekilde alınan gece uykusu, yaşam kalitesinin en önemli parçası olarak

görülmektedir (93). Bireylerin uyandıktan sonra kendisini dinç ve yeni güne hazır olarak hissetmesi uyku kalitesine bağlıdır. Uyku kalitesi denildiğinde uyunan uykunun süresi, ne kadar derin uyuduğu, gece boyunca uyanma sayısı gibi öznel ve nicel yönleri de anlaşılmaktadır. Yetişkin bireylerin 30-40'ında uyku ile ilgili bozukluk, %15-30 'inde uyku kalitesi ile ilgili sıkıntılar görüldüğü tespit edilmiştir (82,93,94).

Türk Hemşireler Derneği (THD), 2008 yılında hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili oluşturduğu raporda, uzun süreli olarak değişen saatlerde çalışma sonucu bireylerin biyolojik yapısının, kendisinin hatta bakım verilen hastaların güvenliğinin, aile ve sosyal yaşamında olumsuz etkilerin oluştuğunu belirtmişlerdir (81).

Bedensel fonksiyonların belirli bir biyolojik ritim içinde çalışıyor olması sağlıklı yaşam sürdürdüğü olarak düşünülmektedir. Hastanede çalışan hemşirelerin vardiya ve nöbet sistemi ile düzensiz olarak çalışmak durumunda kalması kişilerde uyku bozukluğu, beden ritim uyumsuzluğuna neden olabilmektedir. Hatta nöbet veya vardiya çalışma düzeninden çıkılsa dahi bu bireylerde oluşan sorunlardan kurtulmak uzun yılları almaktadır (75,95).

Acı Badem Hastaneler Grubu'nda vardiyalı sistem ile çalışan hemşireler üzerinde yapılan araştırmada, hemşirelerin %71'i nöbet sonrası uyku sonrası dinlenmemiş hissettiklerini, %81'i nöbet sonrası uyunan uykuda ve gece uykularında etkilenme olduğunu, %56'sı ise psikolojik sorunlarının olduğunu belirtmiştir. Bu yaşanan psikolojik sorunların başında iletişimde sıkıntı yaşama, stres ve uyum sorunu, ajitasyon yaşadıklarını bildirmişlerdir (96).

Serebrovasküler hastalıklar, koroner arter hastalıkları, hipertansiyon, diyabet gibi sağlık problemleri gündüz çalışan hemşirelere göre geceleri vardiya sistemi ile çalışan hemşirelerde daha çok görülmektedir (88-99).

Sürekli olarak gece vardiyasında çalışan hemşireler uykusuz ve yorgun oldukları için sadece kendi sağlıklarını değil hizmet verdikleri hastaların da hayatını ve güvenliklerini riske atmaktadırlar (75).

Gece vardiyasında çalışan hemşireler gündüz çalışan hemşireler göre daha zor şartlar altında çalışmaktadır. Gündüz çalışanlar gün aydınlığından faydalanırken, gündüz çalışmak zorunda hemşireler gece yapay aydınlatmadan faydalanmak zorunda kalmaktadır. Bir başka açıdan bakıldığında ise gündüzleri olan canlılık ve hareket yerini sessizlik almaktadır (100). Sonuç itibari ile gece vardiyasında çalışmak zorunda kalan hemşireler fizyolojik, uyku bozukluğu, yorgunluk açısından en çok zarar gören gruptur.

Başka bir açıdan bakıldığında ise vardiya sisteminde daha uzun süre çalışmanın yanında daha fazla hastaya bakım vermek durumundadırlar. Bu nedenlerden dolayı gece vardiyasında çalışmak durumundaki hemşireler fiziki olarak daha çok yorulmakta, motivasyonları olumsuz yönde etkilenerek daha hızlı olarak tükenmektedirler (101).

Tüm bu nedenlerden dolayı vardiya sistemi ile çalışan hemşirelerin çalışma koşulları düzenlenmeli bunun yanında hemşirelere maddi açıdan da düzenleme yapılmalıdır (101).

Hemşirelik mesleği iş ve görevlerinden dolayı büyük insani görev taşımaktadır. Sağlığın korunması ya da sağlığı tekrar kazanılabilmesi için sağlık kurum ve kuruluşlarına gelen bireylerin hem sağlık hem de psikolojik alanda destek

bulması gerekmektedir. Yeterli derecede dinlenememiş, psikolojik ve fiziksel alanlarda sağlamlık durumuna tam anlamda sahip olmayan bireylerden yeterli seviyede hizmet beklenemez (102).

Mevcut araştırmalara bakıldığında en çok sağlık alanındaki bireyler şiddetle karşı karşıya kalmaktadır. Sağlık çalışanlarına yapılan şiddet gün geçtikçe artmaktadır (103).

Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet sağlık kurumlarında hasta, hasta yakınları veya diğer bireylerin gerçekleştirdiği sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel saldırı, cinsel saldırı olarak ifade edilmiştir (104) Sağlık çalışanları en çok sözel şiddetle karşı karşıya kalmaktadır (105). Hemşirelerde şiddetle karşılaşmayı arttıran nedenlere bakıldığında, yetersiz eleman, eksik güvenlik hizmeti, yoğun olarak çalışma, iş stresi, kriz anında personelin deneyim eksikliği gibi personele ve kuruma ait nedenlerin yanında aile üyelerindeki stres, bekleme salonlarının çok kalabalık olması gibi hasta ve hasta yakınlarına bağlı sorunlarda yer almaktadır (106,107).

İnceses'in yaptığı araştırmada hasta ve hasta yakınlarının sebep olduğu travmaya %46,2'lik oranla acil ünitesinde,%29,6'lık oranla yoğun bakım birimlerinde, %16,7'lik oranla ise ameliyathane ve anestezi ünitelerinde maruz kaldığını tespit etmiştir. Acil birim ünitelerinde en fazla oranla gözükmemesinin nedeni olarak o birimde çalışan hemşirelerin stresli hasta yakınlarıyla daha yakın olarak çalıştığını düşünmektedir (80).

Hemşirelerin karşılaştıkları fiziki ve sözel şiddet sonrası işten ayrılma, işte yapılan hatalarda artış, yapılan bakımın kalitesinde azalma, bireylerin verimliliği ve öz saygısında azalma tespit edilmiştir (108).

İlknur ve arkadaşlarının 109 hemşireyle yaptığı araştırmada hemşirelerin %77'sinin son bir yıl içinde sözel şiddete maruz kaldığı (84 kişi), %11'nin (12kişi) fiziksel şiddetle karşılaştığı tespit edilmiştir. Sözel şiddete maruz kalan hemşirelerin %33,9'unun hasta, %33'ünün hasta yakını, %10,1'inin ise çalışma arkadaşları tarafından sözel şiddete maruz kaldığı, fiziksel şiddete uğrayan hemşirelerin %8,3'ü hasta, %1,8'i hasta yakını, %0,9'u ise çalışma arkadaşları tarafından fiziksel şiddete uğradıkları tespit edilmiştir (109).

Ölmezoğlu ve arkadaşlarının 1999 yılında 180 tane 112 sağlık çalışanı üzerinde yaptığı araştırmada, çalışmaya katılan çalışanların %81,0'nın çalışma anında şiddete uğramaktan korktuğunu, son bir yılda %67,6'sının sözel tacizle karşılaştığını, %16,8'inin ise fiziki şiddetle karşılaştıklarını ifade etmişlerdir (110).

Değişen saatlerde çalışma hayatına sahip olan bireylerin aile ve sosyal ilişkiler üzerinde olumsuz sonuçları mevcuttur. Vardiyalı ve nöbet sistemi ile çalışan bireylerde kendileri için önemli olan bireylerle iletişimleri azalarak, kendileri için önemli olan bireylerle iletişimleri azalarak, sosyal izolasyona maruz kalabilmekte ve aile ve arkadaşlarından uzaklaşabilmektedirler. Ve böylece sosyal ve ailedeki görevlerini uygulamakta güçlük çekmektedirler (81, 91, 111-113).

İş hayatı sürekli olarak özel hayata olumlu ve olumsuz duyguların yansımalarına sebep olabilmektedir. Bireyin sosyal hayatını işinden zevk alarak yapması ya da yapamaması etkilemektedir. İş hayatında yaşanan olumsuzluklar bireylerin aile ve sosyal ilişkilerini etkileyerek huzursuz edebilir. İş yerinde huzursuz olan birinin aile ve sosyal hayatında mutlu olabilmesi çok zordur (114).

Türkiye'nin ekonomik ve sosyal yapısı nedeniyle çalışma koşulları oldukça zordur. Türkiye'de üç hemşirenin yapması gereken işi tek hemşire yapmak zorunda

kalabilmektedir. Malzemelerin ve hemşirelerin yetersiz olmasıyla beklenen nitelikte hizmet vermek güç olmaktadır. Beklenen nitelikte hizmetin verilememesinin sonucunda hasta ve hasta yakınları ilk olarak hekim ve hemşirelere tepki göstermektedir. Yetersiz malzeme ve hemşire nedeniyle sağlık personeli fazla mesai yapıp yoğun bir şekilde çalışmaktadır. Saydığımız tüm bu nedenler en başta hemşireler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarını olumsuz etkilemektedir. Birçok alan ve bölümde görev alan hemşirelerin işleri oldukça zordur. İş yüklerinin fazla olması iş yaşam kalitesinde sıkıntılar çıkarmaktadır. Bu sıkıntılar fiziksel ve psikolojik sorunlara yol açabilmektedir (102).

Bir başka açıdan bakıldığında ise çalışma hayatının özel hayatı etkilediği gibi, özel yaşamın olumlu ve olumsuz yönleri de çalışma hayatını olumlu ya da olumsuz etkiler. Çalışan bireyin hayatında meydana gelen boşanma, kaza, hastalık, ölüm, doğum gibi birçok iyi ya da kötü olaylar özel hayatı etkilediği kadar çalışma hayatını da etkilemektedir (114).

Araç-gereçlerin eksikliğinde hemşirelerin çalışma ortamında tükenmişliğini arttırmaktadır. Malzeme eksikliği hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin düşürmenin yanında hemşirelerin çalışma koşullarını güçleştirmektedir. Hemşirelerin sağlığını hastanedeki bulaşıcı hastalıklar, iş kazaları ve radyasyon gibi durumlar olumsuz yönde etkilemektedir. Hastanelerin temizliğinin düzenli bir şekilde sağlanması, bulaşıcı hastalık, iş kazaları ve radyasyondan korunma konusunda önlemlerin alınması hemşirelerin çalışma ortamları, çalışma şartları değerlendirilmelidir (115).

Hemşirelerin çalışma ortamındaki başlıca stres nedenleri olarak ILO, sürekli olarak yoğun bakım ihtiyacı olan ve ölüme yakınlaşmış hastalarla çalışmak, hastalarla ortaya çıkan sorunları vardiyalı sistemde çalışıp sosyal ortamdan

uzaklaşma, görev dağılımının tam belirlenememesi, iş yükünün çok fazla olması olarak sayılabilmektedir (116).

Brezilya'lı hemşirelerde iş yeri streslerini araştırmak için Stacciani ve Troccoli'nin yaptığı araştırmada, hemşirelerin %65,2'si vardiya ve nöbet sisteminden stres olduklarını belirtirken, %58,5'i durumu ağır olan hastalarla çalışmanın stres kaynağını olduğunu ifade etmişlerdir (117).

İş hayatından verimi tam anlamıyla alınabilmesi için ergonomik faktörlerde önem taşımaktadır. Sağlık çalışanlarında ergonomik nedenlere bağlı sorun olarak ilk olarak karşımıza kas-iskelet sistemi sorunları karşımıza çıkar. Rahat olmayan iş koşulları ve yeterli derecede dinlenememe ile sağlık çalışanlarında kas-iskelet sistemi ağrıları artarak direnç azalır. Sonuç olarakta verilen bakımın kalitesi düşer (118). Sağlık çalışanlarındaki sağlık sorunları, sadece kendileri için değil, bunun yanında aileleri, iş arkadaşları ve hizmet verilen bireyler için önem taşımaktadır. Bu yüzden, hastanedeki sağlık çalışanlarının hizmet alması önemlidir (119).

Sağlığın geliştirilmesi kavramı ile sadece hastalıkların önlenmesi değil, bireylerin iyilik ve genel durumunu mevcut seviyeden daha yüksek seviyeden daha üste çıkarmak hedeflenmektedir. Bunun için hemşirelerin yaşam tarzlarının düzeltilmesi, sağlıklı yaşam kavramlarının bilinçlendirilmesi, sağlığı korumada kendi görev ve sorumluluklarının farkına varıp sağlığı kötü yönde etkileyen davranışlardan uzak durmaları oldukça önemlidir (118).

Bu kapsamda yapılan bu araştırmada, sağlık çalışanları içerisinde geniş bir kitleyi kapsayan hemşirelerin yaşam kalitelerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi amaçlanmıştır.

4. GEREK VE YÖNTEM

4.1.Araştırmanın Modeli

Mevcut durumu belirlemek için yapılan bu çalışma, kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırılan değişkenler arasında çoklu ilişkiler araştırılmıştır. İlişkili olan değişkenler; cinsiyet ve sigara içme durumu, çocuk sayısı, medeni durum vb.

4.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Elazığ ili sınırları içerisindeki Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Harput Devlet Hastanesi, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Özel Medical Park Hastanesi'nde çalışan hemşireler oluşturdu. Bu araştırma yapıldığı zaman içerisinde hastaneler de toplam çalışan hemşire sayısı 1082 dir. Araştırmaya katılan hemşire sayısı 723 tür. 359 kişi yıllık izin, doğum izni, raporlu olmak veya araştırmayı kabul etmeme nedeni ile araştırma kapsamına alınamamıştır.

Çalışma grubuna dahil edilme kriterleri; Elazığ ili sınırları içinde bulunan Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, Harput Devlet Hastanesi, Özel Medical Park Hastanesi'nde çalışıyor olması ve kişinin araştırmayı gönüllü olarak kabul etmesi ve sözlü onay vermesidir. Yazılı onam ve imza alınması kişilerin ankete katılma yüzdesini düşüreceğinden kullanılmamıştır. Çalışmada hariç tutulma kriterleri ise, görüşmeyi kabul etmemek, üç kez gidildiği halde ulaşılamamaktır.

4.3. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü ve Yöntemleri

Araştırmanın kapsamına alınan hemşirelerden herhangi bir örneklem seçilmedi. Anketler araştırma kapsamına alınan kişiler yüz yüze görüşme yöntemi ile

katılımcılar tarafından dolduruldu. Etik kurul ve gerekli izinler alındıktan sonra 16.07.2014 -21.09.2014 tarihleri arasında anketler hemşirelere uygulandı. Cevaplılık oranı %66,8 (723 kişi) dir. Ulaşılamama nedenleri izinli olma, raporlu olma, görevlendirme ve görüşmemeyi kabul etmemektedir.

4.4. Veri Toplama Araçları

Yapılan araştırmada verilerin toplanmasında anket yöntemi kullanıldı. Ankete başlamadan önce anketin ön çalışması rastgele seçilen 30 hemşire arasında yapılmış, soruların anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği değerlendirilmiştir. Aynı zamanda anketin en üst kısmında katılımcılara, alınan bilgilerin bu çalışmanın bilimsel platformu dışında kullanılmayacağına dair bilgi verilmiştir. Araştırmacı tarafından çeşitli kaynaklardan taranarak yapılan anket formu sosyo-demografik özellikler, yaşam kalitesi ile ilgili değişkenler, iş ortamı ve yapılan görevlere ait özellikler, sağlık davranışları ile ilgili değişkenler, SF-36 testine ait soruları içermektedir.

Anket, sosyo-demografik özellikler, iş ortamı ve yapılan görevlere ait özelliklere ilgili olarak 19 soru, sağlık davranışları ile ilgili 11 soru, SF-36 testi 36 soru içermektedir (Ek-1)

4.5. Verilerin Analizi

Elde edilen veriler SPSS-22 programı kullanılarak analiz edildi. Bunun yanında hata kontrolleri, sonuç tabloları ve istatistiksel analizleri bu program aracılığıyla yapıldı. İstatistiksel değerlendirmelerde değişkenlerin özelliğine göre, yüzde, t testi, ki kare testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve ortalama testleri kullanılmış, ortaya çıkan farklar ANOVA-LSD tekniğiyle belirlenmiştir. $p<0,05$ istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

4.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Fırat Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi, Elazığ Eğitim ve Araştırma, Harput Devlet Hastanesi, Özel Medical Park Hastanesi'nde görev yapan ve araştırmayı gönüllü olarak kabul eden hemşirelerin cevapları ile sınırlıdır. Gönüllü olmayan, izinde olan personel araştırma kapsamı dışındadır. Araştırmamızda gönüllülük oranı beklenen oranın çok altındaydı. Örnek büyüklüğünden kaynaklanan bu sınırlılık, elde edilen bulguların güvenirliğini ve veri analizinin gücünü sınırlamaktadır.

5. BULGULAR

Araştırma grubunun %68,6 sı kadın, %56,8 i evlidir. Araştırma grubundaki hemşirelerin eş çalışma durumlarına bakıldığında ise 79,85'i çalışmaktadır. Hemşirelerin eş eğitim seviyesine bakıldığında ise %1,2 si okur yazar değil iken, %29,7'si lisans mezunudur. %51,7'sinin çocuğu bulunmaktadır (tablo 2).

Araştırma grubuna alınan kişilerin sosyo-demografik ilişkilerine göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin demografik özellikleri

		Sayı	%*
Cinsiyet (n=723)	Kadın	496	68,6
	Erkek	227	31,4
Medeni durum (n=723)	Evli	412	56,8
	Bekar	279	38,7
	Dul	3	0,4
	Boşanmış	23	3,3
	Ayrı yaşıyor	6	0,8
Eş çalışma (n=412)	Evet	329	79,85
	Hayır	83	20,15
Eş iş durumu (n=412)	Memur	193	46,8
	İşçi	36	8,8
	Serbest	82	19,9
	Emekli	14	3,39
	Çalışmıyor	83	20,14
	Diğer**	4	0,97
Eş eğitim durumu (n=412)	Okur-yazar değil	5	1,2
	İlkokul mezunu	12	2,9
	Ortaokul mezunu	36	8,6
	Lise mezunu	93	22,4
	Önlisans mezunu	131	31,7
	Lisans	121	29,7
	Diğer***	14	3,5
Çocuk (n=723)	Evet	374	51,7
	Hayır	349	48,3
Aylık Gelir (n=723)	1000-3000 TL	258	35,6
	3001-5000 TL	324	44,9
	5000 TL'den fazla	141	19,5

*yüzdelere n üzerinden alınmıştır, sütun yüzdesi

**diğer (akademisyen)

***diğer(yükseklisans, doktora)

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %18,1 en büyük oranla dahiliye servisinde, daha sonra %13,4'lük oranla acil servislerde, %1,4'lük en az oranla yönetim kadrosunda çalışmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalıştıkları birime göre dağılımı

Çalışılan birim (n=723)	Sayı	%*
Yönetim	10	1,4
Yeni Doğan Yoğun Bakım	57	7,9
Yoğun Bakım Üniteleri	94	13,0
Cerrahi Servisler	95	13,1
Acil Servisler	97	13,4
Ameliyathaneler	59	8,2
Çocuk Servisleri	91	12,6
Dahiliye Servisleri	131	18,1
Poliklinik	89	12,3

* sütun yüzdesi

Tablo 4 de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %19,4 ü sözleşmeli statüde çalışırken, %6,8'i taşeron, %72,1 ise kadrolu olarak çalıştığını belirtti (tablo 4).

Tablo 4. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalıştıkları statüye göre dağılımı

Statü (n=723)	Sayı	%*
Sözleşmeli(4b'li)	140	19,4
Kadrolu	521	72,1
Taşeron	49	6,8
Diğer**	13	1,7

* sütun yüzdesi

**diğer (özel hastanede sözleşme olmadan geçici süreli çalışanlar)

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin eğitim durumuna göre dağılımı Tablo 5 te verilmiştir.

Tablo 5. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin eğitim durumuna göre dağılımı

		Sayı	%*
Eğitim Durumu (n=723)	Lise	149	20,6
	Önlisans	185	25,6
	Lisans	362	50,1
	Yükseklisans/doktora	27	3,7

* sütun yüzdesi

Araştırma grubundaki hemşirelerin %15,4 ü eğitime devam etmektedir (Tablo 6).

Tablo 6. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin iş dışında eğitim durumuna göre dağılımı

		Sayı	%*
İş Dışında Eğitim (n=723)	Evet	111	15,4
	Hayır	612	84,6

* sütun yüzdesi

Araştırma grubunun %39,0'u 0-5 yıl arası çalıştığını belirtmiştir (Tablo 7)

Tablo 7. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin meslekte çalışma süresine göre dağılımı

		Sayı	%*
Meslek Yıl (n=723)	0-5 yıl	283	39,0
	6-10 yıl	172	23,8
	11-15 yıl	108	14,9
	16-20 yıl	103	14,4
	21+ yıl	57	7,9

* sütun yüzdesi

Hemşirelerin %2,8'i 20 yıldan fazla süredir aynı birimde çalıştığını belirtti.(Tablo 8)

Tablo 8. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin birimde çalışma süresine göre dağılımı

		Sayı	%*
Birimde Çalışma Süresi (yıl) (n=723)	1 Yıldan Az	84	11,6
	1-5 yıl	388	53,7
	5-10 Yıl	157	21,7
	10-20 Yıl	74	10,2
	20 Yıldan Fazla	20	2,8

* sütun yüzdesi

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %51,9'u 16 saatlik mesailerde çalışırken, %32'si 8 saatlik mesailerde çalışmaktadır (tablo 9).

Tablo 9. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalıştıkları mesai saatine göre dağılımı

		Sayı	%*
Mesai Saati (N=723)	8	232	32,0
	12	45	6,4
	16	375	51,9
	24	71	9,7

*sütun yüzdesi

Araştırma grubunu oluşturan hemşirelerin %68,3'ü nöbet tutmakta iken, %31,7'si nöbet tutmadığını belirtti (tablo 10).

Tablo 10. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin nöbet tutma durumuna göre dağılımı

		Sayı	%*
Nöbet (n=723)	Nöbet tutmuyorum	228	31,7
	Nöbet tutuyorum	495	68,3

* sütun yüzdesi

Araştırmaya katılan hemşirelerin %31,5'i sürekli gündüz çalıştığını belirtirken, %61,3'ü vardiyalı, %4,7'si ise sürekli gece nöbeti olarak çalıştığını belirtmektedir (Tablo 11).

Tablo 11. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin birimdeki çalışma şekline göre dağılımı

Birimde çalışma şekli		Sayı	%*
N=723	Sürekli gündüz	228	31,5
	Sürekli gece	34	4,7
	Vardiyalı	443	61,3
	Karışık	18	2,5

* sütun yüzdesi

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %72,33'ünde kronik bir rahatsızlık bulunmamaktadır (Tablo 12).

Tablo 12. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin kronik rahatsızlık durumuna göre dağılımı

Kronik Bir Rahatsızlık		Sayı	%
n=723	Evet	200	27,67
	Hayır	523	72,33

* sütun yüzdesi

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %56,8'i 3 öğün yemek yerken, %2,2'si 6 öğün yemek yediğini belirtmektedir (Tablo 13)

Tablo 13. Araştırma grubuna alınan hemşirelerin günlük öğün sayısına göre dağılımı

Günde kaç öğün yemek (n=723)		Sayı	%*
	1	17	2,4
	2	117	16,2
	3	411	56,8
	4	128	17,7
	5	27	3,7
	6	16	2,2
	7	4	0,6
	8	3	0,4

*sütun yüzdesi

Hemşirelerin %53,4'ü düzenli beslenmediğini belirtti.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %71,9'u dinlenmek için özel zaman ayıramadıklarını belirtti (Tablo 14).

Tablo 14. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin dinlenmek için özel zaman ayırma durumuna göre dağılımı

		Sayı	%*
Dinlenmek için özel zaman n=723	Evet	203	28,1
	Hayır	520	71,9

*sütun yüzdesi

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %24,9'u halen sigara içtiğini belirtirken, %20,7'si içip bıraktığını, %54,4 'ü ise hiç içmediğini belirtti. Sigara içenlerin %34,6'sı en çok evde, %30,0 ile ikinci sırada dışarıda içtiklerini söyledi. Sigara tüketim süresi olarak baktığımızda ise %35,7'si 6-10 yıldır sigara içtiğini, %32,2'si 0-5 yıldır sigara kullandığını, %15,5'i 16 yıldan fazla süredir sigara kullandığını bildirdi (Tablo 15).

Tablo 15. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sigara içme durumuna göre dağılımı

		Sayı	%*
Sigara alışkanlığı n=723	Evet halen içiyorum	180	24,9
	Bıraktım	150	20,7
	Hiç İçmedim	393	54,4
En sık içilen yer n=180	Evde	62	34,6
	İş yerinde	50	27,7
	Dışarıda	54	30,0
	Diğer	14	7,7
Sigara tüketim süresi n=180	0-5 yıl	58	32,2
	6-10 yıl	64	35,7
	11-15 yıl	30	16,6
	16+ yıl	28	15,5

* yüzdelere üzerinden alınmıştır, sütun yüzdesi

Araştırma kapsamına alınan kadın hemşirelerin %62,9'u, erkek hemşirelerin ise %35,7'si hiç sigara içmediğini belirtti (Tablo 16).

Tablo 16. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sigara içme durumunun cinsiyete göre dağılımı

		Cinsiyet				X=50,47 p<0,05
		Kadın		Erkek		
		Sayı	%	Sayı	%	
Sigara içme n=723	Evet halen içiyorum	92	18,5	88	38,8	
	İçtim bıraktım	92	18,5	58	25,6	
	Hayır hiç içmedim	312	62,9	81	35,7	

X=50,47
p<0,05

*sütun yüzdesi

Araştırmaya alınan bireylerin %85,5 'i hiç alkol almadığını belirtirken, %1,5'i alkol kullandığını belirtti. Alkol alan kişilerin %65,7'si ayda bir ya da daha az alkol kullandığını belirtirken %5,8'i haftada bir kez alkol içtiğini belirtti (tablo 17).

Tablo 17. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin alkol kullanma durumuna göre dağılımı

		Sayı	%*
Alkol Alışkanlığı n=723	Hayır Hiç İçmedim	618	85,5
	Ara sıra içerim	94	13,0
	Kullanıyorum	11	1,5
Alkol tüketim sıklığı n=105	Ayda bir ya da daha az	69	65,7
	Ayda 2-3 defa	21	19,9
	Haftada 1	6	5,8
	haftada 2-3 defa	4	3,8
	Haftada 2-3 defadan daha sık	5	4,8

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %29,2 'si spor yaptığını, en fazla %71,6 lık oranla yürüyüş yaptığını belirtti (Tablo 18).

Tablo 18. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin spor ve egzersiz alışkanlıklarının dağılımı

Spor yapmasına ilişkin bulgular		Sayı	%*
n=723	Evet	218	29,5
	Hayır	505	70,5
Egzersiz	Evet	218	29,5
	Hayır	505	70,5
Yürüyüş	Hayır	205	28,4
	Evet	518	71,6
Basketbol	Hayır	689	95,3
	Evet	34	4,7
Yüzme	Hayır	592	81,9
	Evet	131	18,1
Plates	Hayır	681	94,2
	Evet	42	5,8
Aletli jimnastik	Hayır	699	96,7
	Evet	24	3,3
Bisiklet	Hayır	649	89,8
	Evet	74	10,2
Voleybol	Hayır	711	98,3
	Evet	12	1,7
Diğer**	Hayır	661	91,4
	Evet	62	8,6

* sütun yüzdesi

**diğer (tenis, futbol, koşu..)

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sigara içme durumuna göre SF-36 alt ölçek gruplarının karşılaştırılmasına baktığımızda emosyonel durum hariç tüm alt ölçeklerde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). Sigara içme durumuna göre alt ölçek ortalamalarına baktığımızda hiç sigara içmedim diyen bireylerde fiziksel fonksiyon, ruhsal durum alt ölçek ortalaması diğer bireylere göre yüksek olarak bulundu (Tablo 19).

Tablo 19. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sigara içme durumuna göre SF-36 alt ölçek gruplarının karşılaştırılması

	Sigara Alışkanlığı						
	Evet halen içiyorum		İçtim Bıraktım		Hiç İçmedim		p-değeri
	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	
Fiziksel Fonksiyon	74,22	25,11	67,37	23,90	74,55	22,19	0,004
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	33,45	18,39	26,67	18,13	31,93	18,95	0,003
Sosyal İşlev Algısı	31,30	13,39	27,52	10,16	30,65	13,41	0,015
Ruhsal	59,29	18,97	57,07	16,21	63,80	18,18	0,001
Ağrı	70,24	22,03	62,38	19,52	70,11	22,07	0,001
Emosyonel Durum	35,31	18,79	32,97	17,19	36,59	18,36	0,12
Enerji Vitalite	53,44	22,28	47,67	19,12	52,54	23,04	0,036
Genel Sağlık Algısı	55,11	15,81	48,20	14,45	54,62	17,37	0,001

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sigara içme süresine göre SF-36 alt ölçek gruplarına göre karşılaştırılmasına baktığımızda fiziksel rol kısıtlılığı, enerji-vitalite, genel sağlık algısı arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Sigara içme süresine göre yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde fiziksel rol kısıtlılığı, enerji-vitalite ve genel sağlık kategorisinde 0-5 yıldır sigara içen bireylerin yaşam kalitesi ortalaması daha yüksek bulundu (Tablo 20).

Tablo 20. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sigara içme süresine göre SF-36 alt ölçek gruplarına göre karşılaştırılması

	Sigara içme süresi (yıl)								p-değeri
	0-5		6-10		11-15		16+		
	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sa	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sa	
Fiziksel Fonksiyon	79,69	26,02	72,03	25,40	66,86	26,40	72,19	20,44	0,861
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	37,10	19,70	27,36	17,71	29,64	20,58	36,33c	16,91	0,013
Sosyal İşlev Algısı	33,56	14,34	29,20	12,43	28,53	13,01	29,33	13,91	0,176
Ruhsal	61,44	20,56	55,54	16,30	55,31	18,39	63,63	20,76	0,089
Ağrı	73,28	24,70	67,03	20,93	63,29	20,76	71,72	20,47	0,128
Emosyonel Durum	38,44	19,78	30,65	17,36	33,43	19,71	37,50	18,51	0,088
Enerji Vitalite	58,75	25,02	46,52	18,38	49,14	22,61	56,56	22,30	0,008
Genel Sağlık Algısı	59,14	15,95	52,10	14,94	50,00	16,58	54,22	16,81	0,022

Araştırma kapsamındaki bireyler yaş grupları 17-25, 26-35, 36-45, 46+ olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. SF -36 nın tüm alt maddelerinde yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Yaş gruplarına göre alt ölçek gruplarını karşılaştırdığımızda fiziksel fonksiyon kategorisi 17-25 yaş aralığında diğer yaş grup ortalamalarına göre daha yüksektir (tablo 21).

Tablo 21. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş grubuna göre SF-36 alt ölçek gruplarının karşılaştırılması

	Yaş								P- değeri
	17-25		26-35		36-45		46+		
	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	
Fiziksel Fonksiyon	83,82	22,26	73,76	22,81	64,64	21,48	59,14	22,92	0,00
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	38,28	17,61	31,60	18,05	26,10	18,61	21,55	20,84	0,01
Sosyal İşlev Algısı	34,76	14,32	29,52	12,58	27,98	11,31	26,67	11,16	0,01
Ruhsal	68,65	19,38	60,39	17,60	56,56	16,72	62,21	15,59	0,00
Ağrı	76,21	22,25	68,25	21,90	62,90	19,37	66,81	20,97	0,03
Emosyonel Durum	44,04	17,69	34,19	18,14	31,75	16,61	28,88	18,77	0,00
Enerji Vitalite	62,33	23,59	49,93	21,62	45,98	19,25	52,93	19,30	0,01
Genel Sağlık Algısı	61,52	17,83	53,28	14,85	47,93	15,52	46,38	18,61	0,00

Araştırma kapsamına alınan bireylerinin medeni durumlar arasında SF-36 alt ölçeklerinin ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Tüm alt ölçeklerde bekarların skorları, evlilerden anlamlı derecede daha yüksek çıktı. En zayıf skora ise dullara aittir (tablo 22).

Tablo 22. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin medeni duruma göre SF-36 alt ölçek gruplarına göre karşılaştırılması

	Medeni Durum										
	Evli		Bekar		Dul		Boşanmış		Ayrı yaşıyor		P-değeri
	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	
Fiziksel Fonksiyon	68,89	22,54	79,26	23,42	31,25	23,94	77,62	17,07	67,50	19,69	0,03
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	28,12	18,82	36,08	17,75	21,88	18,75	30,36	16,57	22,92	25,52	0,00
Sosyal İşlev Algısı	29,09	11,89	32,30	13,97	29,63	5,92	24,00	10,72	24,83	17,71	0,01
Ruhsal	59,86	16,66	64,98	19,61	60,00	14,24	43,05	12,89	48,00	11,03	0,01
Ağrı	65,83	20,89	72,77	22,64	66,25	9,24	67,86	13,59	57,92	36,52	0,00
Emosyonel Durum	33,04	17,69	39,91	18,13	26,88	14,05	30,95b	19,94	19,17	17,80	0,00
Enerji Vitalite	47,97	20,24	58,29	23,47	52,50	8,66	41,43	17,26	37,50	29,96	0,02
Genel Sağlık Algısı	50,89	15,99	58,02	16,88	36,25	8,54	46,19	9,34	44,17	15,94	0,01

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerden çocuk sahibi olmayan katılımcıların sağlık algı skorları diğer kategorilerden daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 23).

Tablo 23: Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çocuk sayısına göre SF-36 alt ölçek ortalamalarının karşılaştırılması

	Çocuk Sayısı								p-değeri
	Çocuk Yok		1 Çocuk		2 Çocuk		3 ve daha fazla		
	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	
Fiziksel Fonksiyon	79,36	22,71	68,48	22,50	67,11	21,81	63,73	24,09	0,01
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	35,65	17,98	27,13	18,30	28,88	18,55	22,83	18,65	0,02
Sosyal İşlev Algısı	32,08	13,81	27,56	12,02	28,20	11,28	30,07	11,52	0,03
Ruhsal	64,25	19,52	58,52	17,13	58,66	15,79	57,92	16,42	0,01
Ağrı	72,76	22,48	65,33	19,25	64,21	21,56	63,77	19,48	0,00
Emosyonel Durum	38,96	18,44	30,37	18,41	33,99	16,33	31,93	18,07	0,00
Enerji Vitalite	57,39	23,14	44,37	20,52	47,70	19,44	47,33	19,16	0,01
Genel Sağlık Algısı	57,93	16,65	48,63	14,70	50,34	15,80	47,40	15,86	0,00

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin cinsiyete göre alt ölçek gruplarını karşılaştırdığımızda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, sosyal işlev algısı ağrı, emosyonel durum, enerji-vitalite arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Anlamlı farklılık gösteren tüm alt ölçeklerde erkeklerin skorları kadınlara göre daha yüksek bulundu. (Tablo 24).

Tablo 24. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin cinsiyete göre SF-36 alt ölçek ortalamalarının karşılaştırılması

	Cinsiyet				p-değeri
	Kadın		Erkek		
	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	
Fiziksel Fonksiyon	71,46	22,94	76,30	24,25	0,01
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	29,92	19,24	34,03	17,43	0,00
Sosyal İşlev Algısı	29,29	13,11	32,08	12,10	0,00
Ruhsal	62,06	17,63	59,58	19,29	0,08
Ağrı	66,55	22,29	72,87	19,93	0,00
Emosyonel Durum	34,56	18,49	37,62	17,61	0,03
Enerji Vitalite	49,91	22,07	55,79	21,87	0,00
Genel Sağlık Algısı	52,71	16,94	54,93	15,82	0,95

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalıştıkları statüye göre SF-36 alt ölçek gruplarının karşılaştırılmasına baktığımızda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, sosyal işlev algısı, ağrı, emosyonel durum, enerji-vitalite ve genel sağlık algısında arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Taşeron olarak çalışan hemşirelerde fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, ağrı, emosyonel durum, enerji vitalite alt ölçek ortalamaları diğer statüde çalışan hemşirelere göre daha yüksek oranda bulundu (tablo-25).

Tablo 25. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalıştıkları statüye göre SF-36 alt ölçek gruplarının karşılaştırılması

	Çalıştıkları Statü								P- değeri
	Sözleşmeli		Kadrolu		Taşeron		Diğer**		
	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	
Fiziksel Fonksiyon	78,53	22,38	70,55	23,92	81,73	16,78	77,30	19,85	0,00
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	32,85	17,50	30,12	19,30	36,98	16,32	35,57	14,29	0,00
Sosyal İşlev Algısı	32,61	12,53	29,19	12,80	32,51	13,59	33,80	11,72	0,01
Ruhsal	63,74	19,16	60,36	17,57	63,34	20,46	63,38	21,65	0,19
Ağrı	72,21	20,83	66,68	21,83	78,67	19,64	64,80	22,57	0,00
Emosyonel Durum	37,48	18,06	34,39	18,42	40,76	16,84	39,80	17,26	0,03
Enerji Vitalite	56,14	23,55	49,90	21,37	59,77	22,48	52,30	26,97	0,00
Genel Sağlık Algısı	2,80	0,94	3,23	0,85	2,84	1,02	3,08	1,18	0,00

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin çalışılan birime göre alt ölçek gruplarına baktığımızda anlamlı farklılık bulunamadı. ($p>0,05$, Tablo 26)

Tablo 26. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalışılan birime göre SF-36 alt ölçek gruplarının karşılaştırılması

	Çalışılan birim																		
	Yönetim		yeni doğan yoğun bakım		yoğun bakım uniteleri		cerrahi servisler		acil servisler		ameliyathaneler		çocuk servisleri		dahiliye servisleri		poliklinik		p-değeri
	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Mean	Standard Deviation	
Fiziksel Fonksiyon	75,50	21,01	72,37	25,25	69,31	27,38	74,00	21,12	79,33	22,37	73,47	22,94	72,91	19,88	73,24	22,78	68,31	25,41	
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	40,00	16,46	32,02	17,52	31,38	19,03	31,32	20,86	31,83	16,93	36,86	16,65	30,22	17,59	28,72	19,96	29,69	19,45	0,20
Sosyal İşlev Algısı	33,50	10,42	30,17	11,20	29,28	12,38	29,36	13,67	31,97	13,10	31,87	13,10	29,54	13,03	30,60	12,12	28,46	14,16	0,60
Ruhsal	68,40	17,23	58,95	16,17	57,15	19,08	59,66	19,66	60,58	20,02	64,07	17,03	61,93	16,40	63,39	16,93	63,19	18,63	0,13
Ağrı	78,50	16,42	65,75	20,15	67,07	20,80	66,50	24,37	71,75	21,01	75,04	18,98	69,15	17,71	67,60	22,78	65,87	25,08	0,10
Emosyonel Durum	47,75	16,73	36,89	14,53	34,57	18,99	35,71	18,68	35,21	19,08	39,66	18,46	35,88	15,88	33,13	18,49	34,80	19,88	0,22
Enerji Vitalite	64,50	23,15	51,58	17,30	47,87	22,70	49,84	23,62	51,80	24,70	59,58	19,35	53,02	21,65	51,91	21,12	49,83	22,57	0,05
Genel Sağlık Algısı	54,00	14,10	49,30	16,16	53,83	17,85	53,58	15,28	55,88	17,78	55,42	14,03	51,26	1,91	52,94	1,85	54,21	17,71	0,39

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin mesai saatine göre SF-36 alt ölçek gruplarının karşılaştırılmasına baktığımızda ruhsal durum, emosyonel durum, ve genel sağlık algısında anlamlı bir farklılık bulunamadı ($p>0,05$). Sosyal işlev algısı, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, ağrı, enerji-vitalite de anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Mesai saatine göre yaşam kalitesi puanlaması değerlendirilmiştir. Fiziksel fonksiyon kategorisinde 16 saatlik mesai diliminde çalışanların yaşam kalitesi puanlaması 12 saatlik çalışanlara oranla daha yüksektir (Tablo 27).

Tablo 27. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin mesai saatine göre SF-36 alt ölçek gruplarının karşılaştırılması

	Mesai Saati								p-değeri
	8		12		16		24		
	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	
Fiziksel Fonksiyon	69,91	23,22	63,80	32,75	77,17	21,71	66,71	21,87	0,00
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	29,22	18,50	37,77	15,70	31,95	19,03	29,46	19,39	0,02
Sosyal İşlev Algısı	29,05	12,53	30,17	9,59	31,35	13,32	27,34	12,76	0,03
Ruhsal	62,30	17,24	58,52	17,51	61,13	19,03	60,46	17,32	0,58
Ağrı	65,81	21,36	64,02	21,89	70,75	21,96	69,18	20,55	0,02
Emosyonel Durum	34,59	17,78	41,41	17,29	35,53	18,93	34,64	16,49	0,13
Enerji Vitalite	50,00	21,62	58,70	15,79	52,67	23,33	48,29	20,21	0,04
Genel Sağlık Algısı	52,36	16,22	53,15	13,01	53,40	16,96	57,43	17,71	0,16

Araştırmaya katılan kişilerin SF-36 ölçek ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde, fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel durum, ağrı, enerji-vitalite ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Eğitim seviyesine göre yaşam kalitesi puanlaması değerlendirildiğinde enerji-vitalite kategorisinde lise mezunu bireylerin yaşam kalitesi puanları yüksek lisans- doktora mezunu bireyelere oranla daha yüksektir (Tablo 28).

Tablo 28. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin eğitim seviyesine göre SF-36 alt ölçek ortalamalarının karşılaştırılması

	Eğitim Seviyesi								P- değeri
	Lise		Önlisans		Lisans		Yükseklisans- Doktora		
	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	
Fiziksel Fonksiyon	77,25	22,05	71,46	25,28	72,36	22,30	68,15	30,36	0,06
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	33,36	18,86	34,66	17,15	29,14	18,91	23,61	22,02	0.00
Sosyal İşlev Algısı	31,73	14,03	30,54	12,63	29,54	12,38	27,28	13,62	0,20
Ruhsal	63,92	17,26	62,25	19,22	59,71	17,72	61,04	20,92	0,09
Ağrı	72,33	20,78	69,92	20,86	66,89	21,90	60.19	27,38	0,01
Emosyonel Durum	38,05	17,63	38,04	17,63	33,81	18,36	27,22	20,38	0,00
Enerji Vitalite	55,23	22,25	55,84	22,26	48,26	21,15	51,48	27,38	0,00
Genel Sağlık Algısı	56,07	18,56	52,16	16,45	52,65	15,42	57,41	20,35	0,06

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin ayda tutulan nöbet sayısına göre SF-36 alt ölçek gruplarının karşılaştırılmasına baktığımızda ise ruhsal durum ve ağrı alt skalalarında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Ayda tutulan nöbet sayısına göre yaşam kalitesi puanları değerlendirilmiştir. Ağrı kategorisinde ayda 6-10 nöbet tutan bireylerin ağrı ortalaması ayda 10 dan fazla nöbet tutan bireylerden daha yüksektir (Tablo 29).

Tablo 29. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin ayda tutulan nöbet sayısına göre SF-36 alt ölçek gruplarının karşılaştırılması

	Ayda Tutulan Nöbet								
	Nöbet Tutmuyorum		Ayda 1-5		Ayda 6-10		Ayda 10'dan fazla		p-değeri
	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	
Fiziksel Fonksiyon	70,66	22,92	69,77	22,96	75,39	23,59	71,69	25,61	0,055
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	29,07	18,63	31,96	18,26	32,30	18,96	32,84	18,70	0,204
Sosyal İşlev Algısı	28,98	12,55	31,11	12,18	30,97	13,39	30,21	10,94	0,3
Ruhsal	62,35	16,64	62,91	18,19	61,48	19,16	54,71	17,52	0,027
Ağrı	65,06	21,74	69,01	21,42	71,49	21,77	64,87	19,97	0,003
Emosyonel Durum	34,38	17,53	36,51	19,06	36,14	18,51	35,64	18,68	0,682
Enerji Vitalite	49,50	21,61	55,00	19,90	53,00	23,12	50,93	19,90	0,151
Genel Sağlık Algısı	52,06	16,31	52,95	16,60	54,63	17,11	52,88	14,77	0,331

Araştırma kapsamındaki hemşirelerde sosyal işlev algısı hariç bütün alt skalalarda anlamlı bir farklılık görüldü ($p<0,05$). Birimde çalışma süresine göre yaşam kalitesi puanları değerlendirilmiştir. Fiziksel fonksiyon kategorisinde çalışılan yıl oranı arttıkça yaşam kalitesi puanı düşmektedir (Tablo 30).

Tablo 30. Araştırma kapamına alınan hemşirelerin birimde çalışma süresine göre SF-36 alt ölçek gruplarının karşılaştırılması

	Birimde Çalışma Süresi (yıl)										P- değeri
	1 Yıldan Az		1-5 Yıl		5-10 Yıl		10-20 Yıl		20 Yıldan Fazla		
	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	
Fiziksel Fonksiyon	80,06	21,68	75,98	23,04	67,45	23,50	64,05	22,66	61,50	20,27	0,000
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	35,71	17,80	32,86	18,62	27,48	17,87	27,03	19,63	25,00	21,84	0,000
Sosyal İşlev Algısı	32,27	14,86	30,81	12,49	28,38	12,14	28,86	13,37	27,53	13,20	0,097
Ruhsal	69,24	18,03	61,39	18,72	57,61	16,95	59,51	16,98	61,00	11,96	0,000
Ağrı	73,04	22,58	70,82	21,81	62,55	20,97	64,56	20,23	67,13	18,27	0,000
Emosyonel Durum	41,90	16,57	36,56	18,13	31,78	18,29	32,36	18,65	29,50	17,29	0,000
Enerji Vitalite	57,62	23,50	53,34	22,63	45,76	19,97	51,49	20,39	44,50	20,06	0,000
Genel Sağlık Algısı	60,89	15,78	54,56	16,77	49,33	14,87	48,65	16,14	49,25	18,52	0,000

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin gelir durumuna göre SF-36 alt ölçek gruplarının karşılaştırılmasına baktığımızda bütün alt ölçekler arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Genel olarak baktığımızda aylık gelir arttıkça yaşam kalitesi puanları düşmektedir (Tablo 31).

Tablo 31. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin gelir durumuna göre SF-36 alt ölçek gruplarının karşılaştırılması

	Aylık Gelir						p-değeri
	1000-3000 TL		3001-5000 TL		5000 TL'den fazla		
	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	Ort.	St.Sap	
Fiziksel Fonksiyon	76,87	23,59	71,26	23,82	69,96	22,50	0,005
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	35,85	17,47	28,67	19,33	28,62	18,45	0,00
Sosyal İşlev Algısı	31,96	13,71	29,03	12,38	29,93	11,59	0,024
Ruhsal	64,24	19,48	59,81	17,53	59,51	17,01	0,007
Ağrı	71,92	23,83	67,11	19,88	66,65	21,54	0,015
Emosyonel Durum	39,26	18,80	33,61	18,04	33,93	17,01	0,001
Enerji Vitalite	58,39	23,40	48,55	20,56	47,90	20,99	0,00
Genel Sağlık Algısı	56,31	16,92	51.99	16,07	51,52	16,70	0,003

6. TARTIŞMA

Bu araştırmada Elazığ kent merkezi hastanelerinde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen etmenler araştırılıp değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamına Elazığ kent merkezinde bulunan Harput Devlet Hastanesi, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Medikal Park Hastanesinde çalışan hemşireler dahil edilmiştir. Araştırmada katılımçıya ulaşılabilme oranı %66,82 dir (723 kişi)

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin sigara içme alışkanlığına göre baktığımızda hiç içmeyen kişilerin oranı %54,4 iken halen içen birey oranı %24,4'tür. Sigara içen bireylerin %34,6'sı evde, %27,7' i ise iş yerinde sigara içtiğini belirtti. Kaya'nın Zonguldak Karaelmas Üniversitesi' nde hemşireler üzerinde yaptığı araştırmada çalışanların %37,9'u (53 kişi) halen sigara içtiğini belirtmiştir (114).

Aylaz ve arkadaşları yaptığı çalışmada hemşirelerin %54,4'ünün sigara içtiğini ve en çok sigarayı (%59,4) iş yerinde içtiklerini saptamıştır (92). Bizim çalışmamızda hala sigara içen hemşire sayısı diğer çalışmalara göre daha az oranda bulundu.

Sigara içme durumunu cinsiyetlere göre karşılaştırdığımızda ise sigara içen bayan sayısı erkeklere göre düşük bulundu. Hiç sigara içmeyen bayanların oranı %62,9 iken erkeklerin oranı %35,7 olarak bulundu ($p<0,05$). Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde sağlık personeli arasında cinsiyete göre sigara içme durumu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (120).

Yaptığımız araştırmada %54,4 kişi hiç sigara içmediğini, %20,7 ise içip bıraktığını belirtti. İşyerinde sigara içme oranı %27,7, evde %34,6, dışarda ise %30,0

idi. Bu konuyla ilgili Türkiye’de çok fazla araştırma yapılmıştır. Aylaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşirelerin %54,4 ünün sigara içtiğini ve en çok sigarayı %59,4 ile işyerinde içtiğini belirtmiştir (92). Çalışmamızda sigara içme durumuna göre alt ölçekleri karşılaştırdığımızda emosyonel durum dışındaki tüm alt ölçeklerde sigara alışkanlığı ile ölçek arasında anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır ($p<0,05$). Çoğu alt ölçekte içip bırakan grup skorları hem hiç içmeyenlerden hemde halen içen gruptan düşük çıkmıştır. Bunu sigarayı bırakanların çeşitli kötü etkileri tecrübe ettikleri için sigarayı bırakmasına bağlayabiliriz. İlginç olan halen sigara içen grup ile hiç içmeyenlerin arasında hiç bir alt ölçekte bir fark bulamamış olmamızdır. Oysa beklentimiz sigara içen grup ile hiç içmeyen grup arasındaki farkı tespit etmektir.

Sigara içme süresine göre alt ölçekleri karşılaştırdığımızda ise çoğu alt ölçekte anlamlı bir fark tespit edilemedi. Fiziksel rol kısıtlılığı, enerji vitalite ve genel sağlık algısında ise 0-5 yıl arası sigara içen katılımcıların skorları 6-10 ve 11-15 yıl sigara katılımcılardan daha yüksektir. İlginç bulgu ise 16 yıldan uzun süredir sigara içenlerin algılarının 0-5 yıl arasında sigara tüketenlerden farklı olmamasıdır.

Bireylerde yaşın ilerlemesiyle birlikte hem fiziki hem de ruhsal yönden yıpranma meydana gelmektedir. Yaş grubuna göre SF-36 ölçekleri ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde tüm alt skalalar arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir($p<0,05$). Fiziksel fonksiyon ortalaması yaş seviyesi yükseldikçe düşmektedir. Bunun nedeni ilerleyen yaşla birlikte insan vücudunda değişiklikler meydana gelmektedir. İlerleyen yaşla birlikte bireylerde hastalık oranı artmakta ve kronik hastalıklar daha çok ortaya çıkmaktadır.

Trakya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Perim 'in hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada sağlık durumunu incelemiş 19-29 ve 30 yaş üzeri kişiler arasında istatistiksel bir farklılık gözlememiştir (35). Koltarla'nın Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde sağlık personeline yaptığı araştırma SF-36 ölçeği incelenmiş ve 20 yaş altı grup hariç diğer tüm yaş gruplarında fiziksel fonksiyon ve ağrı alanlarında yaş grubu arttıkça ortalamalar daha düşük çıkmıştır (42). Araştırmamızda emosyonel durumda tıpkı fiziksel fonksiyon gibi yaş seviyesi arttıkça düşmektedir. Bireylerin yaşı arttıkça ailedeki görev ve sorumluluklarında artmakta ve hastanede geçirdikleri sürede artmaktadır. Bu da bireylerin sorunlarıyla başa çıkabilmelerini zorlayabilmektedir.

Medeni durumun etkisinin SF-36 'nın alt ölçeklerinde karşılaştırdığımızda tüm alt ölçekler anlamlı derece farklı çıktı ($p<0,05$). Tüm alt ölçeklerde bekarların skorları evlilerden anlamlı derecede daha yüksek bulundu. En zayıf grup dullardır. Yıldırım ve Hacıhasanoğlu'nun yaptığı çalışmada evli olanların sosyal alan puanları, bekarlara göre istatistiksel olarak daha yüksek çıkmıştır ve çalışmacı bunu evliliğin sürekli sosyal destek sağladığını düşünmektedir (73).

Araştırmamızda kişilerin sahip olduğu çocuk sayısına göre SF-36 alt ölçek ortalamalarını incelediğimizde hepsinde anlamlı derecede fark bulundu ($p<0,05$). Çocuk sayısı arttıkça tüm alt ölçeklerin ortalamaları düşmektedir. Çocuk sayısının artması bireylerin meslekte daha uzun yıllardır çalışıyor olması ve yaş düzeylerinin de artması demektir. Yine başka bir açıdan da ele alındığında çalışan hemşirelerin genelinin bayan olduğunu düşünürsek iş yerinde hastaya bakan bireyler akşam eve gittiğinde çocuğuna ve evine bakmak zorunda kalmaktadır. Meslekte çalışma yılları artmasa dahi evde anne rolünü alan hemşireler daha fazla yorulmaktadır. Çünkü iş

yerinde yoğun bir şekilde çalışan kişi akşam eve geldiğinde annelik rolüne geçmektedir. Bu da onları fiziki ve ruhsal yönden daha fazla yormaktadır. Koltarlı' da yaptığı araştırmada SF-36 fiziksel fonksiyon alt ölçek ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulmuştur. Koltarla'nın da araştırmasında bizim araştırmamızda olduğu gibi hiç çocuğu olmayan ya da tek çocuğa sahip olanların birden fazla çocuğu olanlara göre fiziksel alt skala ölçeği yüksek çıkmıştır. Doğum izinlerinin az olması ya da hemşire eksiklerinden dolayı yeterli izin alamama, hemşirelerin genelde gece çalışması nedeniyle çocuğun bakımı ile ilgili sorunlar yaşama bireylerin sosyal ve fiziksel olarak yıpranmasına neden olduğu düşünülmektedir (42). Kaya'nın bir üniversite hastanesinde hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada çocuk sahibi olma SF-36 nın alt ölçeklerini etkilememiştir. Bunlar onu araştırma kapsamındaki bireylerin genelinin çocuk sahibi olmamasına bağlamıştır (114).

Cinsiyete göre alt ölçek gruplarını karşılaştırdığımızda genel sağlık algısı ve ruhsal fonksiyon anlamlı bir farklılık bulunamadı ($p>0,05$). Alt ölçek grupları ile fiziksel rol kısıtlılığı, fiziksel fonksiyon, sosyal işlev algısı, ağrı, emosyonel durum, enerji-vitalite karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). Cinsiyete göre de skala ortalamalarının bayanlarda erkeklere göre daha düşük olmasında bayanların ev işleri yapmak zorunda kalması bunun yanında fiziksel yapı olarak erkekler kadar güçlü olmaması, iş yerinde erkeklerle aynı fiziksel gücü harcaması, bunun yanında eve geldiğinde iş yapmaya devam etmesinin etkisi bulunmaktadır. Erdem ve Ergüney'in yaptığı araştırmada da kadınlar erkeklerden daha yüksek oranda emosyonel reaksiyon gösterip, ağrılarının daha fazla olduğu,

fiziksel immobiliteye sahip oldukları ve tüm bunların da yaşam kalitesini azalttığı görülmektedir (121).

Hemşirelerin çalıştıkları statüye göre SF-36 alt ölçek gruplarının karşılaştırılmasına baktığımızda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, sosyal işlev algısı, ağrı, emosyonel durum, enerji-vitalite arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Aksungur Zekai Tahir Budak Hastanesi'nde ebe ve hemşirelerin çalışma türlerine göre yaşam kalitesi puanları değerlendirmiştir. Ağrı kategorisinde kadrolu çalışanların yaşam kalitesi puanları sözleşmeli olarak çalışanlara göre daha yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (123).

Mesai saatine göre alt ölçek skalalarına baktığımızda ruhsal durum, emosyonel durum ve genel sağlık algısı arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$). Bunun yanında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, sosyal işlev algısı, ağrı, enerji-vitalitenin bulunduğu beş alt skalada anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Hemşirelik mesleği bireylerin genelde ayakta durması gerektirmektedir. Ayrıca çalışırken çok fazla güç harcamaları gerektirmektedir. Özellikle yoğun bakımda çalışan hemşireler sürekli olarak hasta bakımları için eğilip kalkmak zorunda kalmakta ve fiziki olarak mesai saatlerinin artması ile birlikte bireyler sosyal hayattan iletişimini daha çok kesmek zorunda kalmaktadırlar. 2010 yılında Günüşen ve Üstün'ün çalışanların işle ilgili tükenmişliğe yönelik çalışmasında çalışma saatinin fazla olması, nöbet usulü ya da vardiyalı çalışmanın en önemli değişkeni olduğu tespit edilmiştir (123).

Hemşirelerin eğitim durumuna göre SF-36'nın alt ölçeklerini incelediğimizde fiziksel rol kısıtlılığı, ağrı, emosyonel durum, enerji-vitalite de anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Perim'in Trakya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma hastanesinde

yaptığı çalışmada eğitim durumunu lise ve üniversite olarak sınıflandırmış ve istatistiksel olarak herhangi bir fark izlenememiştir (35). Araştırmamızda fiziksel rol kısıtlılığı lise ve lisans ve yüksek lisans arasında birbirinden anlamlı derece farklıdır ($p<0,05$). Ağrı ise lisans-lise, lise-yüksek lisans, önlisans-yüksek lisans arasında anlamlı derecede farklı çıkmıştır ($p<0,05$). Emosyonel durum ise lise-lisans, lise-yüksek lisans, önlisans-lisans, önlisans-yüksek lisans arasında anlamlı derecede farklıdır ($p<0,05$). Araştırmamızda fiziksel rol kısıtlılığının en fazla lise mezunlarında görülmesi ve eğitim durumu arttıkça kişilerin daha az sahada çalıştığı düşünülmektedir. Ağrı seviyesinde eğitim seviyesi yükseldikçe düşmektedir. Yine bu alt skalada da hemşirelerin daha az sahada çalıştığı düşünülmektedir.

Aylık tutulan nöbet sayısına göre SF-36 alt ölçek karşılaştırmalarını yaptığımızda ruhsal ve ağrı skalalarında anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). Ruhsal durum ortalaması nöbet tutmayanlarda en yüksek iken nöbet sayısı arttıkça ruhsal durum ortalaması düşmektedir. Nöbet sırasında hemşirelerin sorumlulukları daha fazladır. Geceleri bunun yanında bireylere uykusuzlukta eklenmektedir. Nöbet sayısı arttıkça kişilerin belli bir süreden sonra ruhsal etkilenmelerinin arttığını düşünülenebilir. Durmuş ve Günay'ın yaptığı çalışmada vardiyalı nöbet usulü çalışan kişilerin %22,5'i kendisini depresyonda hissettiğini söylemiştir (124). Yeşilçiçek ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşirelerin %87,2'i çalışma saatlerinin psikolojik sağlıkları üzerine bir yada birden fazla olumsuz etkisi olduğunu belirtmiştir (125).

Bireylerin ekonomik düzeyleri insan hayatını ruhsal ve fiziki yönden etkilemektedir. Ekonomik açıdan alt ölçek gruplarını karşılaştırdığımızda mevcut alt skalaların hepsinde anlamlı fark tespit edildi. Araştırmamızda katılımcılar arasında

ekonomik durum düştükçe tüm alt skalalarda da daha düşük sonuçlar tespit edildi. Baum ve arkadaşları, sosyoekonomik durumun sağlık ve hastalıkların önemli bir göstergesi olduğunu ve sosyo-ekonomik durum düşükluğünün, ruhsal hastalıkların artması ile ilgili olduğunu belirtmiştir (126). Koltarla'nın yaptığı araştırmada da ekonomik düzey değişkenine göre SF-36 ölçekleri ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde, fiziksel fonksiyon ve vitalite alt ölçekleri ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmuştur (42).

Sonuç ve Öneriler

Elazığ kent merkezi hastanelerinde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesini ve yaşam kalitesini etkileyen etmenleri tespit etmek amacıyla yapılmış ve bu çalışma yaşam kalitesini arttırmaya yönelik yapılacak programlara temel oluşturacaktır. Çalışmamızın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

- Çalışmaya 723 hemşire katılmıştır. Çalışmaya katılan hemşirenin %68,6'sı (496) kadın, %56,8'i (411) evli bulundu.
- Sağlık personelinin %20,6'sı(149) lise, %25,6'sı (185) önlisans, %50,1'i (362)lisans, %3,7'si (27) yüksek lisans-doktora mezunuydu.
- Çalışmaya katılan katılımcıların %15,4'ü (111) iş dışında eğitime devam etmekteydi.
- Çalışmaya katılan hemşirelerin %51.7 si (374) çocuk sahibiydi.
- Çalışmadaki hemşirelerin %79.85'inin (329) eşi çalışmaktaydı.
- Çalışmadaki hemşirelerin eşlerinin %46,8'i (193) memur olarak çalıştığı görüldü.
- Çalışmaya katılan hemşirelerin eşlerinin %1,2'si (5) okur-yazar değil, %2,9'u (12) ilkokul mezunu, %8,6'sı(36) ortaokul mezunu, %22,4'ü (93) lise mezunu,

%31,7'si (131) önlisans mezunu, %29,7'si (121) lisans mezunu, %3,4'ü (14) yüksek lisans-doktora mezunu olduğu tespit edildi.

- Çalışmadaki hemşirelerin %19,4'ü (140) sözleşmeli, %72,1'i (521) kadrolu, %6,8'i (49) taşeron, %1,8'i (13) diğer (özel hastanelerde günlük nöbet ücreti) statülerde çalıştıklarını belirtti.
- Hiç çocuğu olmayan hemşirelerin genel sağlık algısı %57,93 iken, bir çocuk sahibi olanların genel sağlık algısı %48,63, iki çocuk sahibi olanların %50,34, 3 ve daha fazla çocuk sahibi olanların genel sağlık algısı %47,40 olarak tespit edildi.
- Çalışmaya katılan sağlık personelinin çalıştıkları birime göre dağılımları incelendiğinde, araştırmanın yapıldığı zaman dilimi içinde yönetim kadrosunda %1,4(10), yeni doğan yoğun bakım %7,9(57), %13,0'ı (94) yoğun bakım üniteleri, %13,1'i (95) cerrahi servisler, %13,4 (97) acil servisler, %8,2'si(59) ameliyathaneler, %18,1'i (131) dahiliye servisleri, %12,3'ü (89) poliklinikte çalışmaktaydı.
- Çalışmaya katılan sağlık personelinin meslekte çalışma süreleri incelendiğinde %39,0'ı(283) 0-5 yıl, %23,8'i (172) 6-10 yıl, %14,9'u(108) 11-15 yıl, %14,4'ü (103) 16-20, %7,9'u(57) 21+ yıl çalıştığı tespit edildi.
- Çalışmadaki hemşirelerin mesai saatleri incelendiğinde %32'si (232) 8, %6,4 'ü (46) 12, %51,9'u (375) 16,%9,7'si (70) 24 saat çalıştığı tespit edildi.
- Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %31,7'sinin (228) nöbet tutmadığı görüldü.
- Çalışma kapsamındaki hemşirelerin % 31,5'i (228) sürekli gündüz, %4,7'si (34) sürekli gece, %61,3'ü (443) vardiyalı, %2,5'i (18) karışık çalıştığı tespit edildi.

- Çalışmaya katılan hemşirelerin %27,0'ında (195) herhangi kronik rahatsızlık vardı.
- Araştırmamıza katılan hemşirelerin 56'8'i (411) 3 öğün, %17,7'si (128) 4 öğün beslenmekteydi.
- Araştırma kapsamında bireylerin %71,9'u (520) dinlenmek için özel zaman ayıramadıklarını belirtti.
- Araştırma kapsamındaki hemşirelerden halen sigara içen bayan sayısı 92 (%18,5), erkek sayısı 88(%38,8) dir.

Hemşirelerin yaşam kalitelerinin artırılması kişilerin hem günlük yaşamının kalitesinin artmasına hemde iş yerinde daha kaliteli hizmet vereceği düşünülmüştür

- Hemşirelerin aylık/haftalık nöbet sayısının azaltılması gerekmektedir. Bu da çalışan sayısının artırılması ile giderilebilecektir.
- Hemşirelerin gelirlerinde arttırılmaya gidilmelidir.
- Çocuğu olan hemşirelerin çocuk bakımı ile ilgili özellikle geceleri yeni çözüm yöntemleri bulunmalıdır.
- Fazla mesailer ücretlendirilmeli ve ücretlendirme hemşireleri tatmin edebilecek düzeyde olmalıdır. Ücretlendirme yapılamıyorsa bu hemşireler izin olarak geri verilmelidir.
- Hemşirelerin yaşam kalitesini daha iyi hale getirebilmek için kişilerin nöbet, nöbet süreleri, vardiyalar vb. durumlar düzenlenirken uluslararası ve ulusal düzenlemeler incelenmeli, kişilerin tercihleri araştırılmalı ve yeni bir düzenleme yapılmalıdır.

- Hatasız olarak çalışması gereken bir meslek olan hemşireliğin, hizmet verdiği bireylerin de yaşam kalitesini etkilediği düşünülerek, hemşirelerin sorunları ve beklentileri dinlenerek çözüm yolları aranmalıdır.



7. KAYNAKLAR

- 1- Ünsar S, Taştan İ, Ünsar S, Dindar İ. İş Tatmin Düzeyleri ve Etkileyen Etmenler: Sağlık Sektöründe Bir Alan Araştırması. Verimlilik Dergisi, 2014; 2: 131-134
- 2- Serbest F. İş Yaşamı Niteliği (Qwl). Verimlilik Dergisi 2000; 2: 27-40
- 3- Bilgi Ü, Esatoğlu AE. Sağlık ve Hastane Yönetimi II. Ulusal Kongresi Bildiriler Kitabı Sağlık Yönetiminde Fırsatlar Ve Tehditler. Esatoğlu E., Önder Ö. ve Ağırbaş İ. (Ed) Hemşirelerin İş Doyumu ve Empatik Eğilim Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Ankara: Ankara Üniversitesi, 2005: 499.
- 4- Durmuş S, Günay O. Hemşirelerde İş Doyumu ve Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörler. Erciyes Tıp Dergisi 2007; 29: 145
- 5- Yüksel İ, Esatoğlu AE. Sağlık ve Hastanede Yönetimi II. Ulusal Kongresi Bildiriler Kitabı Sağlık Yönetiminde Fırsatlar ve Tehditler Esatoğlu E Önder Ö. ve Ağırbaş İ. (Ed) İş Tatminini Etkileyen Çalışma Yaşam Kalitesi Öğelerinin Belirlenmesi Bir Hastane’de Yapılan Gönüllü Bir Çalışma. Ankara Üniversitesi, Ankara, 2005: 454
- 6- Şahin, N. Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi Kırıkkale Devlet ve SSK Hastahaneleri Örneği (556-701)Yüksek Lisans Tezi Ankara Üniversitesi, Ankara, 2001
- 7- Mc Daniel RW, Bach CA. Quality of Life; a Concept Analysis. Rehab Nurs Res 1994; 3 (1)18-22.
- 8- Sapancalı F. Toplumsal Açidan Yaşam Kalitesi İzmir 2009: 12
- 9- Eriş HM. Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme Bilim Dalı 2012: 1
- 10- Boylu AA, Terzioğlu G. Ailenin Yaşam Kalitelerini Etkileyen Bazı Objektif ve Subjektif Göstergelerin İncelenmesi Ankara 2007: 25
- 11- Güney Z. Sağlık Yöneticilerinin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi (Ankara İli Örneği). Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Sağlık Kurumlar İşletmeciliği Bilim Dalı 2004: 7
- 12- Ventegodt S, Mernick J, Andersen NJ. Quality Of Life Theory I. The Iqol Theory; An Integrative Theory Of The Global Quality of Life Concept 2003: 1030
- 13- Şeker M. İstanbul’da Yaşam Kalitesinin Araştırılması. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayın No: 2010-103 2011: 21
- 14- Patrick D, Erichson P. Health Sattus And Health Policy. New York: Oxford University Press 1993
- 15- Cella DF. Quality of Life: The Concept. J. Palliative Care 1992; 3: 8-13
- 16- De Haes JCJ, Van Krippenherg FCE. The Quality Of Sci Med 1984; 20(8):809-817

- 17- Felce P, Perry J, Exploring Current Conceptions of Quality of Life: Brown I, Renwick R, Nagler M, (Editors) Quality Of Life In Health Promotion And Rehabilitation. Sage Pub 1996.
- 18- Özkan S. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, Whoqol 100 ve Whoqol-Bref Psikiyatri. Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1999; 7: 2; 5-13.
- 19- Arslan Ş, Gökçe Y, Kutsal Geriatriye Yaşam Kalitesinin Değerlendirimi 1999; Cilt 2 Sayı 4: 174.
- 20- Kyriakos A. Exercise And Quality Of Life Papavasiliou Department Of Orthopedic Aristotle University Of Thessolonik, Thessalpniki, Greece Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2010: 54.
- 21- Koçoğlu D. Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinde Sağlıkta Sosyo-ekonomik Eşitsizlikler. Yüksek Lisans Tezi: Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı 2006.
- 22- Eser SY, Fidaner H, Fidaner C Elbi H, Eser E: Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, Whoqol 100 ve Whoqol-Bref 3P Dergisi 1999;7:5-13.
- 23- Karan S, Bernard S. Development Of Operation Definitions Of Quality Indicators For Medicaid Services For People With Disabilities Washington DC; Centers For Medicare And Medical Services 2002;49:707-717
- 24- Tatarzewicz W. Analysis Of Happiness. PWN-Polish Scientific Publishers 1976
- 25- Fidan D. Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Kavramı ve Ölçüm Yöntemleri. Sağlık ve Toplum Dergisi 2003;13: 3
- 26- Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri (Quality Of Life And Indicators). Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi 2016; 5: 137
- 27- İz FB, Özer M. Yaşam Doyumu ve Yaşam Kalitesi Kavramlarına Bir Bakış Hemşirelik Forum Dergisi, 200; 36: 24-26
- 28- Campbell A. The Sence Of Wellbing İn America” Marc Graw Hill (Pub) New York 1981
- 29- Campell A. The Quality Of American Life: Perceptions Evaluations And Satisfactions. Russe Sage (Pub), New York, 1970.
- 30- Yıldırım A. Sağlığa İlişkin Sosyal Yaşam Kalitesi. Gülhane Tıp Dergisi, 2002; 44: 482-485
- 31- Torlak SE, Yavuz PS. Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme. Çehre Çağdaş Yerel Yönetimler, 2008; 17: 2-5.
- 32- Top MŞ, Özden SY, Sevim ME. Psikiyatride Yaşam Kalitesi Düşünen Adam Dergisi 2003; 16(1): 20-21

- 33- Küçük M. Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesi, Hasta Özellikleri ve Hemşirelik Hizmetleri ile İlgili Duyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Afyonkarahisar, 2008: 56-70.
- 34- Şahin N. Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Özel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi Kırıkkale Devlet ve SSK Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi Ankara: Ankara Üniversitesi 2001
- 35- Perim A. Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma Ve Uygulama Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi. Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi, 2007
- 36- Fitzpatrick R. Quality Of Life Measures in Health Care. Applications and Issues in Assessment BMJ 1992; 305: 1074-1077.
- 37- Juczynski Z. Health-Related Quality of Life Theory and Measurement. Acta Universitatis Lodzensis Folia Psychologica 10 2006: 3.
- 38- Compendium Of OECD Well-Being Indicators Quality Of Life OECD 2011: 20
- 39- Programme On Mental Health WHOQOL Measuring Quality Of Life. Division Of Mental Health And Prevention Of Substance Abuse World Health Org 1997: 1
- 40- BioMed Central Associations Between Health-Related Quality Of Life And Demographics And Health Risks. Results From Rhode Island's 2002 Behavioral Risk Factor Survey. Jiang And Hesser; License Biomed Central Ltd.2006
- 41- Eser E. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri ve Ölçümü. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 2010: 2-5.
- 42- Koltarla S. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi: İstanbul 2008.
- 43- Şahin N. Eski Bir Kavram Yeni Bir Ölçüt Yaşam Kalitesi. Toplum ve Hekim 2001: 77: 40-46
- 44- Bellamy N. Principles Of Outcome Assessment In Hochberg Mc, Silman AJ. Smolen Js, Wein Blatt Me, Weisman
- 45- Guyatt D, Estwing C, Ferrans RN. Exploration of the Value of Health-related Quality-of Life Information from Clinical Research and Into Clinical Practice. The Clinical Significance Consensus Meeting Group 2007; 82: 1229-1239
- 46- Campbell A. The Quality of American Life: Perceptions Evaluations and Satisfaction. Russe Sage (Pub) New York, 1970.
- 47- Başaran S, Güzel R. Sarpel T. Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarının Değerlendirme Ölçütleri, Romatizma. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, 2005; 20: 1-5.

- 48- Van Riel PL, Van Gestelam CM, Welsing PMJ. Evaluation and Outcome of the Patient with Established Rheumatoid Arthritis in Hochberg. Smolen, 2010.
- 49- Ware JE, Sherbourne CD. The Mos 36-İtem Short Form Healthy Survey I. Conceptual Framework And İtem Selection Med Care 1992.
- 50- Bowling A. Measuring Health: A Review Of Quality Of Life Measurement Scales II. En Open University Press Philadelphia 1997.
- 51- Carr AJ, Thompson PW, Kirwa Quality Of Life Measures. BRJ Rheumatol 1996; 35.
- 52- Koçyiğit H, Aydemir Ö Fişek G. Kısa Form-36'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999.
- 53- Ökdem Ş, Abbasoğlu A, Doğan N. Hemşirelik Tarihi, Eğitimi ve Gelişimi. Ankara Üniversitesi Dikim Evi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Yıllığı 2000; 1: 5
- 54- Milli Eğitim Bakanlığı Hemşirelik, Deontoloji ve Mesleği Sorumluluk ve Yükümlülükleri Ankara 2013: 4
- 55- Bayık A. Hemşirenin Değişen Rolü Türk Hemşireler Dergisi Sayı: 1984; 4.
- 56- Birol L. Hemşirecilik Süreci Temmuz Matbaa ve Yayıncılık Ankara 1989
- 57- Hazelin Blog By Hazelin Blog <http://hazelinblog.wordpress.com>2016/03/09/Hemşirecilik- Tarihi Erişim Tarihi: 12/05/2016
- 58- Pınar R. Tedavisine Devam Eden Son Dönem Böbrek Yetmezliği Hastaların Durumluluk Kaybı Düzeyleri. Çınar Dergisi, 1996; 2: 50-52
- 59- Özabacı N. Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerde Görülen Meslek Hastalıkları ve Nedenlerinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı 1990.
- 60- Testa MA, Simanson DC, Assessment of Quality of Life Outcomes. NJEM 1996; 334: 35-40
- 61- Schulze N. Yaşam Kalitesini Yükselten Temel Unsur Olarak İnsancıllaştırılması 6. Ergonomi Kongresi Ankara 1998
- 62- Yüksel D. Çalışma Yaşamı Kalitesinin Tipik ve Atipik İstihdam Açısından İncelenmesi Kırıkkale Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Doğuş Üniversitesi Dergisi 2004; 5: 47-58.
- 63- Özgür G, Yıldırım S, Aktaş N. Bir Üniversite Hastanesinin Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinde Ruhsal Durum Değerlendirmesi. C.Ü Hemşirelik Yüksek Okul Dergisi 2008.
- 64- Parlar S. Sağlık Çalışanlarında göz ardı edilen Bir Durum Sağlıklı Çalışma Ortamı. Ege Üniversitesi Taf Preventive Medicine Bulletin 2008: 7: 6.

- 65- Esnek M, Demircan S, Oflaslı F. Yatağan termik sanralı çalışanlarında 1995-1999 yılları arasında görülen sistem hastalıklarının incelenmesi. Zonguldak: III. Uluslararası Katılımlı İş Sağlığı ve İş Yerleri Hemşireliği Sempozyumu 2003: 164-171
- 66- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP, Jab Busnout Annu Rev Psychol 2001; 52:397-422.
- 67- Baser M. Hemşirelerin Motivasyonunun Değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik-Ebelik Eğitim ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu 1998
- 68- Pınar R. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Aylık Aktüel Tıp Dergisi 1997;5:117-123
- 69- Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Quality Of Life Measures İn Health Care: Applications And İssues Assesment. BMJ 1992; 305:1074-1077
- 70- Karakaç Kaya Ö, Şimşek Z, Kabalcıoğlu F. Hemşirelerin Mesleki İmajlarını ve Mesleği Algılamada Durumlarını Etkileyen Faktörler. Hemşirelik Forumu Dergisi 2004; 7(1);1-6
- 71- Boey KW. Coping and Family Reistion Ship in Stres Resistance Study of Nurse in Singapore. İnt J Nurs Stud1998; 35:353-359
- 72- Tel H, Karadağ M, Aydın Ş, Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantıları ile Başetme Durumlarının Belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003; 5: 13-23
- 73- Yıldırım AÖ, Hacıhasanoğlu R. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011;2:61-68
- 74- Kavlu İ, Pınar R, Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Türkiye Klinikleri Med Sci 2009; 29: 1543-1554
- 75- Bilazer FN, Konca GE, Uğur S. Türkiyede Hemşirelerin Çalışma Koşulları. Ankara 2008
- 76- Narlı M, Hemşirelerin Çalışma Vardialarının Değerlendirilmesi ve Çizelgelendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü 2007
- 77- Uğur E, Hemşirelerin Çalışma Yaşamı Kalitesi ve Etkileyen Ettmenlere İlişkin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi Ankara: Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Programı, 2005.
- 78- McGiir M, Bakker DA. Shoping Positive Work Envoriments for Nurses: the Contributions of Nurses at Various Organizational Levels. Conadian Journal Of Nursing Leadership, 2000; 13: 7-14
- 79- Özabacı N. Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerde Görülen Meslek Hastalıkları ve Nedenlerinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, 1990.

- 80- İnceseli A. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Çalışma Ortamında Hemşirelerin Sağlığını ve Güvenliğini Tehdit Eden Risk Faktörlerinin İncelenmesi Adana: Çukurova Üni. SBE, 2005
- 81- Bilazer FN, Konca GE, Uğur S. 7 gün- 24 Saat Hasta Başında Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları. Ankara THD, 2008.
- 82- Çalıyurt O. Sirkadiyen Uyku Uyanıklık Düzenini Etkileyen İş ve Çalışma Gruplarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı 1998
- 83- Knutsson A, Health Disorders of Shift Workers. Occupational Medicine 2003; 53: 103-108
- 84- Yıldız AN, Gedikli FG, Küçükbiçer B. Vardiyalı Çalışmalarda İş Sağlığı ve Güvenliği Konuları. Ankara İşçi Sendikaları Konfederasyonu Yayını 2012.
- 85- Scott AJ, Monk TH, Brink I, Shiftwork AS. A Risk Factor for Depression: A Pilot Study. Int J Occup Environ Health 1997; 3: 2-9
- 86- Drake CL, Roehrs T, Richardson G, Walsh JK, Rath T. Shift Work Sleep Disorder: Prevalence and Consequences Beyond that of Symptomatic Day Workers Sleep 2004; 27: 1453-1462
- 87- Akerstedt T, Wright KP. Sleep Loss and Fatigue in Shift Work and Shift Work Disorder J. Fam Pract 2010; 5: 3-11
- 88- Selvi Y, Özdemir GP, Özdemir O. Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2010;23: 238-243
- 89- Culpepper L, The Social And Economic Burden Of Shift Work Disorder, JFAM Pract 2010: 3-11
- 90- Wilson J, The Impact of Shift Patterns on Health Care Professionals. Journal Of Nursing Management 2002;1:211-219
- 91- Hughes R, Stone P. The Perils of Shift work Evening shift, Night shift and Rotating shifts: Are They for you? The American Journal Of Nursing 2004;104:60-63
- 92- Aylaz R, Aydın S, Acil ve Diğer Servislerde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Vardiyalı Çalışmasının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi, 2014; 2: 3
- 93- Üstün Y, Yücel SÇ. Hemşirelerin Uyku Kalitesinin İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2011; 4: 29-38.
- 94- Sönmez S, Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde Horlama, Uyku Bozuklukları ve İş Kazaları. Uzmanlık Tezi. Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları, 2010.
- 95- Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011; 2(2): 61-68

- 96- Biçim S, Dakman M, Coşkun Y. Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde Uyku Kalitesi, Bilimsel Çalışmalar 2002.
- 97- Dochi M, Sakata K. Relation-ship Between Shift-work and Hypercholesterolemia in Japan. Scand J Work Enuman Health 2008; 34: 33-39
- 98- Marikova Y, Nakagowa H, Miura K. Shift-Work and the Risk of Diabetes Melitus among Japanese Male Factory. Workers and J Work Environhealth 2005; 23: 2173-2178
- 99- Oishi M, Suwazono Y, Sakala K, Okuba Y, Harada H, Kabayashi E, Shift-Work And The Progreison Of Hypertansion İn Male Workers Jhypertens 2005; 23: 2173-2178
- 100- Özkalp E, Kirel Ç. Örgütsel davranış. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Eğitim Sağlık ve Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı Yayın No:145, 2010.
- 101- Demir A, Hemşirelikte Tükenmişliğe Bir Bakış Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 7: 2004
- 102- Erat Ş, Korkmaz M, Çimen V. Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesinin Motivasyona Etkisi. Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi 2011; 1: 51
- 103- Annagür B. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Risk Faktörleri Etkileri; Değerlendirilmesi ve Önlenmesi Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar. Current Approoches İn Psychiatry 2010; 2: 161-173
- 104- Saines JC, Violence And Aggression in a Euro commendations for Action. Accid Emerg Nurs 1999; 7: 8-12.
- 105- Ayıracı U, Yenilmez C, Balcı Y, Kaptanoğlu C. İdentification of Violence in Turkish Health Care Settigs. J Interpers Violence 2006; 21: 276-296
- 106- Stathopaulo HG, Violence and Agression Toword Health Care Profesionals. Health Sciences Journal 2007; 1: 29-30.
- 107- Ünsal AŞ, Dönmez S, Hemşirelere Karşı İş Yeri Şiddeti. Adli Tıp Dergisi 2011; 25: 71-80.
- 108- Uzun Ö, Bağ B, Özer N, İş Ortamındaki Sözel Saldırının Hemşireler Üzerindeki Etkileri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 4: 41-47.
- 109- Kahraman İ. Hemşirelerin Sözel ve Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2014; 5(2): 77-83
- 110- Ölmezoğlu B. İzmir İli Metropol Acil 112 Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarında Şiddete Maruziyetin Değerlendirilmesi. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ankara : I. Ulusal Kongresi Bildiri Kitabı 1996; 146
- 111- Yıldız AN, Gedikli FG, Küçükbiçer B. Vardiyalı Çalışmalarda İş Sağlığı ve Güvenliği Konuları. Ankara Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu Yayını 2012.

- 112- Gedikli FG. Otomotiv Sektöründe Faaliyet Bir İş Yerinde Vardiya Sistemi ile Yapılan Çalışmanın Sağlık ve Güvenlik Üzerine Etkileri. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversite Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2008.
- 113- Samaha E, Lal S, Samaha N, Psychological Lifestyle and Coping Contributors to Chronic Fatigue in Shift-worker Nurses. Journal Of Advanced Nursing 2007; 59: 221-232
- 114- Kaya N. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Çalışma Yaşamı Kalitesi ve Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi.. Yüksek Lisans Tezi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı 2010.
- 115- Demir A. Hemşirelikte Tükenmişliğe Bir Bakış. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 7: 2004
- 116- Mc Vicor A. Workplace Stress in Nursing a Literature. Review J Adu Nurs 2003; 44(6): 633-642
- 117- Stacciarini R, Traccoli T. Occupational Stress and Constructive Thinking: Health and Job Satisfaction. Journal of Advanced Nursing 2004;5(46);480
- 118- Karadeniz G, Yanikkerem G, Uçum E, Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008 7(6);497-502
- 119- WHO. Quantifying Selected Major Risks To Health The World Health Report (2002) 10.05.2013 <http://www.who.int/whr/2002/en/>
- 120- Koç EM, Başar A, Döner P. Hastane Çalışanlarının Sigara İçme Düzeylerinin Belirlenmesi ve Dumansız Hava Sahası Uygulamasının Değerlendirilmesi. JCEİ 2015; 6(1): 33-39
- 121- Erdem N, Ergüney S, Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi 2005; 8: 3.
- 122- Aksungur A. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin İş Doyumu ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi Ankara Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009
- 123- Günüşen NP, Üstün P. Türkiyede İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire ve Hekimlerde Tükenmişlik Literatür İncelemesi 2010; 1:40-51
- 124- Durmuş S, Günay O, Hemşirelerde İş Doyumu ve Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörler Erciyes Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 29(2): 139-146
- 125- Çalık KY, Aktaş S, Kobya H. Vardiyalı ve Nöbet Sistemi Şeklindeki Çalışma Düzeninin Hemşireler Üzerine Etkisi Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2015; 1(1): 131-144
- 126- Baum A, Gorfalo JP, Yali AM. Socioeconomics Status and Chronic Stress Does Stress Account for Stress Effects on Health. Ann Acad Sci 1999; 886: 131-144.

8.EKLER

Ek 1. ANKET FORMU

Bilgilendirme:

Sayın Katılımcı;

Yaşam kalitesi bireylerin kendilerini fiziksel ve ruhsal yönden iyi hissetmesi olarak tanımlanabilir. Birçok faktör yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Bu araştırma, Elazığ kent merkezinde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesi ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacı ile yapılmaktadır.

Anketlere ad ve soyadınızı kesinlikle yazmayınız. Bu araştırma bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Bu ankette herhangi bir parasal ödeme yapılmayacaktır. Ankete katılmayı kabul ettiğiniz ve soruları cevapladığınız için teşekkür ederiz.

Fulya ÖNAL

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1) Yaşınız?

.....

2) Cinsiyetiniz

- 1) Kadın 2) Erkek

3) Medeni durumunuz?

- 1) Evli 2) Bekar (8. soruya geçiniz) 3) Dul 4) Eşinden Boşanmış 5) Ayrı Yaşıyor
6) Diğer (.....)

4) Kaç yıllık evlisiniz?

.....yıl.....ay

5) Eşiniz çalışıyor mu?

- 1) Evet
2) Hayır

6) Eşinizin mesleği nedir?

- 1) Memur 2) İşçi 3) Serbest meslek 4) Emekli 5) Çalışmıyor 6) Diğer
(.....)

7)Eşinizin eğitim durumu nedir?

- 1) Okur-yazar değil 3) Ortaokul mezunu 5) Önlisans mezunu 7)Diğer (.....)
2) İlkokul mezunu 4) Lise mezunu 6) Lisans

8) Çocuğunuz var mı?

1) Evet (Lütfen sayısını belirtiniz)

2) Hayır

9) Ailenize bir ayda giren toplam gelir miktarı?

.....TL

10) Ailenize giren gelir miktarından faydalanan kişi sayısı?

.....kişi

11) Şu an hastanede çalıştığınız birim?

1) Yönetim

6) Ameliyathaneler

2) Yeni Doğan Yoğun Bakım

7) Çocuk Servisleri

3) Yoğun Bakım Üniteleri

8) Dahiliye Servisleri

4) Cerrahi Servisler

9) Diğer (.....)

5) Acil Servis (Erişkin+Çocuk)

12) Hastanedeki çalışma statünüz nedir?

1) Sözleşmeli 2) Kadrolu 3) Taşeron 4)Diğer (.....)

13) Öğrenim durumunuz?

1) Lise 2) Önlisans 3) Lisans 4) Yüksek lisans-Doktora

14) Çalıştığınız iş dışında eğitiminiz hala devam ediyor mu?

1) Evet(Lütfen belirtiniz.....) 2) Hayır

15) Meslekte kaç yıldır çalışıyorsunuz?

1) 0-5 2) 6-10 3) 11-15 4) 16-20 5) 21+

16) Şu anda çalıştığınız birimdeki, toplam çalışma yılınız nedir?

.....Yıl.....Ay

17) Mesai saatleri içinde en çok kaç saat çalışıyorsunuz?

1) 8 2) 12 3) 16 4) 24

18) Aylık nöbet sayınız nedir?

1)Nöbet tutmuyorum

2).....kez

19) Biriminizdeki çalışma şekliniz?

1) Sürekli Gündüz 2) Sürekli Gece 3) Vardiyalı 4) Diğer (.....)

SAĞLIK DAVRANIŞLARI

20) Kronik bir hastalığınız var mı?

- 1) Evet (lütfen belirtiniz)
- 2) Hayır

21) Günde kaç öğün yemek yersiniz?

.....

22) Düzenli beslendiğinizi düşünüyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

23) Kendinize dinlenmek için özel zaman ayırabiliyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

24) Sigara içiyor musunuz?

- 1) Evet, halen içiyorum
- 2) İçtim, bıraktım
- 3) Hayır, hiç içmedim (28. soruya geçiniz)

25) En sık olarak nerede sigara içiyorsunuz/ içtiniz?

- 1) Evde
- 2) İşyerinde
- 3) Dışarıda arkadaşlarla birlikteyken
- 4) Diğer (.....)

26) Toplam kaç yıldır sigara içiyorsunuz / içiyordunuz ?

- 1) 0-5
- 2) 6-10
- 3) 11-15
- 4) 16+

27) Tükettiğiniz sigara adedi?

.....gün

.....hafta

28) Alkol kullanıyor musunuz?

- 1) Hayır, içmedim (30. soruya geçiniz)
- 2) Ara sıra içerim
- 3) Evet, kullanıyorum

29) Son bir yıl içerisinde ne sıklıkta alkollü içecek içtiniz?

- a) Ayda bir ya da daha az
- b) Ayda 2-3 defa
- c) Haftada bir
- d) Haftada 2-3 defa

e) Haftada 2-3 defadan daha fazla

30) Düzenli olarak, haftada en az iki kez, 30 dakikadan az olmayacak şekilde egzersiz yapıyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

31) Genellikle hangi sporları yapıyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1) Yürüyüş

2) Basketbol

3) Yüzme

4) Plates

5) Aletli Jimnastik

6) Bisiklet binmek

7) Voleybol

8) Diğer (.....)

SF-36 FORMU

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- | | |
|-------------|---|
| a) Mükemmel | 1 |
| b) Çok iyi | 2 |
| c) İyi | 3 |
| d) Orta | 4 |
| e) Kötü | 5 |

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- | | |
|----------------------------------|---|
| a) Geçen seneden çok daha iyi | 1 |
| b) Geçen seneden biraz daha iyi | 2 |
| c) Geçen sene ile aynı | 3 |
| d) Geçen seneden biraz daha kötü | 4 |
| e) Geçen seneden çok daha kötü | 5 |

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır.

Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar?

AKTİVİTELER	Bir tanesini yuvarlak içine alınız		
	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizden aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a) İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b) İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c) İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d) İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a) İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu?	1	2
b) İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c) İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- | | |
|------------|---|
| a) Hiç | 1 |
| b) Çok az | 2 |
| d) Biraz | 4 |
| e) Oldukça | 5 |

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- | | |
|-------------------|---|
| a) Hiç | 1 |
| b) Çok az | 2 |
| c) Orta | 3 |
| d) Çok | 4 |
| e) İleri derecede | 5 |
| f) Çok şiddetli | 6 |

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- a) Hiç 1
- b) Çok az 2
- c) Orta 3
- d) Çok 4
- e) İleri derecede 5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve nasıl gittiği ile ilgilidir.

Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız					
	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerin ize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- a) Her zaman 1
- b) Çoğu zaman 2
- c) Bazı zamanlarda 3
- d) Çok az zaman 4
- e) Hiçbir zaman 5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

Teşekkür Ederim...

Ek 2: Anket Uygulama İzin Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 16/07/2014-14276



T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı :19003918/730.08.03/
Konu :Anketler

Sayın Fulya ÖNAL

Hastanemizde anket yapma isteği ile ilgili 15.07.2014 tarihli dilekçeniz incelenmiş olup, talebiniz başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. M.Said BERİLGİN
Üniversite Hastanesi Başhekimisi

MEDİKALPARK HASTAHANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

ELAZIĞ

Elazığ Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Hemşire olarak görev yapmakta olup, ayrıca Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğrencisiyim.

"Elazığ Kent Merkezi Hastahanelerin de Çalışan Hemşirelerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi" adlı tez çalışmam için kurumunuzda çalışan hemşirelere anket yapmak istiyorum. Gerekli olan etik kurul izni ve anket formu ekte sunulmuştur.

Gerekli izin verilebilmesi için gereğini arz ederim.

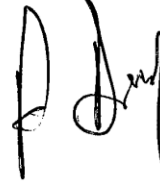
Adres: Fırat Üniversitesi Araştırma ve Uygulama

Hastahanesi

GSM: 0 507 499 9476

14.07.2014

Fülya ÖNAL



Ekler: 1. Etik Kurul Kararı

2. Anket Formu

Anketin mesai saatı dışında
doldurulması kaydıyla uygundur

Medical Park Hastanesi
Dr. Masah DEMİR
Başhekim
Tıp. Tesc. No: 62097

**SAĞLIK BAKANLIĞI ARAŞTIRMA VE UYGULAMA
HASTAHANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE**

ELAZIĞ

Elazığ Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Hemşire olarak görev yapmakta olup, ayrıca Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğrencisiyim.

"Elazığ Kent Merkezi Hastahanelerin de Çalışan Hemşirelerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi" adlı tez çalışmam için kurumunuzda çalışan hemşirelere anket yapmak istiyorum. Gerekli olan etik kurul izni ve anket formu ekte sunulmuştur.

Gerekli izin verilebilmesi için gereğini arz ederim.

Adres: Fırat Üniversitesi Araştırma ve Uygulama
Hastahanesi
GSM: 0 507 499 9476

14.07.2014

Fülya ÖNAL



Ekler: 1. Etik Kurul Kararı
2. Anket Formu

Uğur

Elazığ Eğt. ve Arast. Hastanesi
Emel KILIC SAGLAMPINAR
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü

SAĞLIK BAKANLIĞI HARPUT DEVLET HASTAHANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

ELAZIĞ

Elazığ Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Hemşire olarak görev yapmakta olup, ayrıca Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğrencisiyim.

"Elazığ Kent Merkezi Hastahanelerin de Çalışan Hemşirelerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi" adlı tez çalışmam için kurumunuzda çalışan hemşirelere anket yapmak istiyorum. Gerekli olan etik kurul izni ve anket formu ekte sunulmuştur.

Gerekli izin verilebilmesi için gereğini arz ederim.

Adres: Fırat Üniversitesi Araştırma ve Uygulama
Hastahanesi

GSM: 0 507 499 9476

14.07.2014

Fülya ÖNAL

Ekler: 1. Etik Kurul Kararı
2. Anket Formu



Uygundur
Fırat Devlet Hastanesi
Başhekimliği
M. GÜLTÜRK
Sağlık Bakanlığı Müd.

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÖNETİM KURULU KARARLARI

Oturum Tarihi
03.07.2014

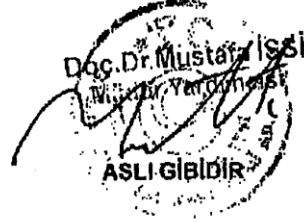
Oturum Sayısı
28

Enstitümüz Yönetim Kurulu 03.07.2014 Perşembe günü saat 10:30'da Müdür Vekili Doç. Dr. Mete ÖZCAN'ın başkanlığında, aşağıda imzaları bulunan üyelerin katılmalarıyla toplanarak gündemdeki konuları görüşmüş ve aşağıdaki kararları almıştır.

28.01. Yüksek Lisans Öğrencisi Fulya ÖNAL'ın Tez Konusu Önerisi;

Enstitümüz Tıp Programı Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Fulya ÖNAL'ın tez konusu önerisi ile ilgili Anabilim Dalı Başkanlığının 26.06.2014 tarih ve 44241 sayılı yazısı ve Anabilim Dalı Kurul Kararı görüşüldü;

Tıp Programı Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Fulya ÖNAL'ın "Elazığ Kent Merkezi Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi" başlıklı tez konusu önerisinin kabul edilmesine, oy birliği ile karar verildi.


Doç. Dr. Mustafa İSSİ
ASLI GİBİDİR

MÜDÜR V.	Doç. Dr. Mete ÖZCAN	İMZA
-----------------	---------------------	------

Doç. Dr. Mustafa İSSİ	İMZA	Prof. Dr. Engin ŞAHNA	İMZA
Prof. Dr. Hasan Basri ERTAŞ	İMZA	Prof. Dr. Neriman ÇOLAKOĞLU	İMZA

9.ÖZGEÇMİŞ

1988 yılında Nazilli’de doğdum. İlk, orta ve lise öğrenimimi Nazilli’de tamamladım. 2011 yılında Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü’nden mezun oldum. 2013 bahar yarıyılında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı’nda Yüksek Lisans Programına başladım. 2011-2014 yılları arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi’nde Kalp- Damar Yoğun Bakım’da hemşire olarak çalıştım.2014 yılından itibaren Ege Üniversitesi Hastanesi’nde Çocuk Yoğun Bakım Hemşireliği yapmaktayım. Bir çocuk annesiyim.

0507 499 94 76

