

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**HEMŞİRELERDE FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİ İLE
YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

FİKRET KILINÇ

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

GAZİANTEP

2018

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERDE FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİ İLE
YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Fikret KILINÇ

Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin
Hemşirelik Anabilim Dalı'nın
Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak hazırlanmıştır.


TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Nuran TOSUN

**GAZİANTEP
2018**


TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi **Fikret KILINÇ** tarafından hazırlanan "**Hemşirelerde Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**" başlıklı tez, 19.06.2018 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

<u>Görevi</u>	<u>Unvanı Adı Soyadı</u> <u>Kurumu/Üniversitesi</u>	<u>İmzası:</u>
Tez Danışmanı	: Prof. Dr. Nuran TOSUN Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	
Jüri Başkanı	: Prof. Dr. Nermin OLGUN Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	
Jüri Üyesi	: Dr. Öğr. Üyesi Nurten ÖZEN İstinye Üniversitesi SBF	

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Ayşe YAVA
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanmasında, araőtırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen hocam, Tez Danıőmanım sayın Prof. Dr. Nuran TOSUN hocama;

Eğitim süreci boyunca bana inanan, güvenen ve desteğini esirgemeyen Aileme;

Tez alıőma sürecinde yardımlarını esirgemeyen dostum Ali Kuőtepe'ye;

Verilerin toplanma safhasında göstermiő oldukları hoőgörüden dolayı Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan hemşire arkadaşlarıma;

Sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Fikret Kılınc, Hemşirelerde Fiziksel Aktivite Düzeyi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Gaziantep 2018

Bu çalışma, hemşirelerde fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırma Haziran-Ekim 2017 tarihleri arasında, gerekli kurumsal izinler alınarak, Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini çalışmaya katılmayı kabul eden 442 hemşire oluşturdu. Verilerin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu”, “Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi Kısa Formu”, “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi, SPSS for Windows Version 21.00 paket programı kullanılarak Ki-kare testi, İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t test) ve ANOVA testleri ile yapıldı. Hemşirelerin %48’inin fiziksel aktivite düzeyinin düşük, %19.9’unun fiziksel aktivite düzeyinin yeterli olduğu belirlendi. Erkek, bekar ve 20-30 yaş grubundaki hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyinin daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Hemşirelerin yaşam kalitesi puan ortalamaları sırasıyla, fiziksel fonksiyon için 74.98 ± 19.93 , fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı için 70.99 ± 37.93 , bedensel ağrı için 64.02 ± 20.01 , genel sağlık için 56.54 ± 15.62 , mental sağlık için 64.48 ± 16.24 , emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı için 69.39 ± 40.38 , sosyal fonksiyon için 62.75 ± 25.75 ve canlılık/enerji alt boyutu için 53.59 ± 19.55 olarak bulundu. Yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, beden kitle indeksi, kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanma durumlarının yaşam kalitesinin alt boyutlarını etkileyen faktörler olduğu görüldü. Hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri arttıkça yaşam kalitesinin tüm alt boyut puanlarının arttığı, emosyonel rol kısıtlılığı hariç tüm alt boyutlarda yaşam kalitesi ile fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Sonuç olarak, fiziksel aktivitenin yaşam kalitesini arttırdığını, fiziksel aktivite düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de yükseldiği belirlendi.

Anahtar sözcükler: Fiziksel aktivite, yaşam kalitesi, hemşire

ABSTRACT

Fikret Kiliç, Evaluation Of The Relationship Between Level Of Physical Activity And Quality Of Life In Nurses, Nursing Master's Degree Program With Thesis Gaziantep 2018

This study is a descriptive study designed to evaluate the relationship between level of physical activity and quality of life in nurses. The research was carried out between June and October 2017 in Adıyaman University Training and Research Hospital with the necessary institutional permissions. The research sample was consisted of 442 nurses who were willing to participate in the study. "Personal Information Form", "International Physical Activity Questionnaire Short Form", "SF-36 Quality of Life Questionnaire" were used for the data collection. Statistical analysis of the data obtained from the study was performed using the SPSS for Windows Version 21.00 package program, Chi-square Test, Two Independent Sample t test and ANOVA tests. It was determined that 48% of nurses had low physical activity level and 19.9% had sufficient physical activity level. Male, single and 20-30 age group nurses had higher level of physical activity and the difference between the groups was found to be statistically significant. It was found that the mean scores of the quality of life of nurses, respectively, 74.98 ± 19.93 for physical function, 70.99 ± 37.93 for role-physical, 64.02 ± 20.01 for bodily pain, 56.54 ± 15.62 for general health, 64.48 ± 16.24 for mental health, 69.39 ± 40.38 for role-emotional, 62.75 ± 25.75 for social function, and 53.59 ± 19.55 for vitality/energy. Age, gender, level of education, marital status, body mass index, chronic illness and drug use were found to be factors affecting the quality of life. It was found that as physical activity levels of nurses increase, all subscale scores of life quality increase; and the difference between physical activity levels and the quality of life was statistically significant in all subscales except role-emotional. As a result, it was determined that physical activity increases quality of life and quality of life increases with increasing physical activity level.

Key words: Physical activity, quality of life, nurses

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI	vii
TABLO DİZİNİ.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı.....	1
1.2. Amaç	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. FİZİKSEL AKTİVİTE	4
2.1.1. Fiziksel aktivite türleri	4
2.1.2. Fiziksel aktivitenin süresi ve sıklığı	4
2.1.3. Fiziksel aktiviteyi etkileyen etmenler	5
2.1.4. Fiziksel aktivitenin sağlık üzerine etkileri	5
2.1.5. Fiziksel aktivite değerlendirme yöntemleri.....	8
2.2. YAŞAM KALİTESİ	10
2.2.1. Yaşam kalitesinin tanımı	10
2.2.2. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi	11
2.3. FİZİKSEL AKTİVİTE VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ	12
2.4. HEMŞİRELERDE FİZİKSEL AKTİVİTE VE YAŞAM KALİTESİ	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	14
3.1. Araştırmanın Tipi.....	14

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	14
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	14
3.4. Araştırmanın Etik Yönü	14
3.5. Verilerin Toplanması	14
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	14
3.5.2. Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi Kısa Formu (International Physical Activity Questionnaire Short Form, IPAQ Short Form).	15
3.5.3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	15
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	16
4. BULGULAR	17
5.TARTIŞMA.....	31
5.1. Hemşirelerin Fiziksel Aktivite Düzeyleri	31
5.2. Hemşirelerde yaşam kalitesi	32
5.3. Hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri ile yaşam kalitelerinin karşılaştırması.....	35
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	36
6.1. SONUÇLAR.....	36
6.2. ÖNERİLER.....	37
7. KAYNAKÇA.....	38
8.EKLER	48
EK-1 Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	
EK-2 Etik Kurul Onay Formu	
EK-3 Etik Kurul Kararı	
EK-4 Adıyaman İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Kurum Onayı	
EK-5 Kişisel Bilgi Formu	
EK-6 Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi	
EK-7 Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu	
EK-8 Gönüllüleri Bilgilendirme Ve Olur (Rıza) Formu	

EK-9 İntihal Raporu

EK-10 Sorumlu Araştırmacı Özgeçmişi



TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Hemşirelerde Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

19.06.2018
Fikret KILINÇ



TABLO DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 1: Hemşirelerin Sosyodemografik Ve Tıbbi Özelliklerinin Dağılımı	17
Tablo 2: Hemşirelerin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Dağılımı	18
Tablo 3: Hemşirelerin Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı	19
Tablo 4: Hemşirelerin Fiziksel Aktivite Düzeyleri İle Yaşam Kalitesi Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	20
Tablo 5: Hemşirelerin Sosyodemografik Ve Tıbbi Özellikleri İle Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Karşılaştırılması	22
Tablo 6: Hemşirelerin Yaş Grupları İle Yaşam Kalitesi Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	24
Tablo 7: Hemşirelerin Cinsiyetleri İle Yaşam Kalitesi Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	25
Tablo 8: Hemşirelerin Eğitim Düzeyleri İle Yaşam Kalitesi Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	26
Tablo 9: Hemşirelerin Medeni Durumları İle Yaşam Kalitesi Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	27
Tablo 10: Hemşirelerin BKİ'leri İle Yaşam Kalitesi Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	28
Tablo 11: Hemşirelerin Kronik Hastalık Durumu İle Yaşam Kalitesi Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	29
Tablo 12: Hemşirelerin Sürekli İlaç Kullanım Durumları İle Yaşam Kalitesi Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	30

SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

ACSM: Amerikan Spor Hekimliği Koleji

AHA: Amerikan Kalp Derneği

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DLW: Çift Etiketli Su Yöntemi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KVH: Kardiyovasküler Hastalık

MET: Metabolik Eşitlik



1. GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Sağlıklı yaşam; bireyin yaşamını önlenebilir hastalıklara yakalanmadan sürdürmek veya bunlara olabildiğince geç yakalanmak olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı yaşam için fiziksel aktivitenin önemi uzun zamandır bilinmektedir. Son yıllarda yetersiz fiziksel aktivite düzeyinin sağlık üzerinde olumsuz etkilerinin yanı sıra kronik hastalıkların oluşmasına ve erken ölümlere zemin hazırladığı yapılan araştırmalarda gösterilmiştir (1, 2).

Kronik hastalıklar genel olarak yavaş ilerleyen, sürekli bakım, izlem ve tedavi gerektiren, bir ya da birkaç sistemde geri dönüşü olmayan yapısal ve fonksiyonel bozukluklara neden olabilen ve kişinin fiziksel veya ruhsal fonksiyonlarında yetersizliğe neden olabilen, uzun dönem sağlık problemleridir (3, 4). Günümüzde kronik hastalığı olan bireylerin sayısı giderek artmakta özellikle erken yaşlarda görülen kronik hastalıklar bireyi ve ailesini fiziksel, duygusal ve ekonomik açıdan etkileyerek yaşam kalitesine olumsuz etki yapmaktadır (5, 6). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kronik hastalıklar gün geçtikçe artmakta ve sağlık harcamalarının büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre önümüzdeki 10 yılda kronik hastalıkların dünyada %17 artış göstermesi beklenmektedir. Alkol ve tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite gibi etmenlerin ortadan kaldırılması kardiyovasküler hastalıklar (KVH), inme, diyabet ve bazı kanserler gibi kronik hastalıkların önlenmesinde büyük önem taşımaktadır (7-10). Fiziksel aktivitenin kronik hastalıklar üzerine etkilerinin incelendiği bir çalışmada; hareketli yaşam ile koroner kalp hastalıklarında %9.3, Tip 2 diyabette %11.5, meme kanserinde %16.3 ve kolon kanserinde %16.6 oranında azalma olabileceği bildirilmiştir (11).

Fiziksel aktivite; kalp ritmini düzenler, damar direncini azaltır, kan basıncını düşürür, yüksek kolesterol ve trigliserit düzeyini düşürerek KVH riskini azaltır. Fiziksel aktivitenin pıhtı oluşum riskini azaltan fibrinolitik etkiyi artırdığı gösterilmiştir. Ayrıca düzenli fiziksel aktivitenin obeziteyi ve obezitenin neden olduğu hastalıkları azalttığı bilinmektedir. Yaşın ilerlemesi ile ortaya çıkan diyabetin görülme sıklığı fiziksel aktivite ile azalmakta, düzenli yapılan fiziksel aktivite insülinin etkisini artırarak kan şekeri kontrolüne yardımcı olmaktadır. Fiziksel aktivite ile solunum kapasitesi artar, düzenli aktivite yapan bireylerde sigara bağımlılığından kurtulmak daha kolaydır. Ayrıca fiziksel

aktivite, bireylerin fiziksel sağlığına sağladığı yararın yanında zihinsel sağlığı üzerinde de olumlu etki yapmaktadır (8, 12, 13).

Sağlığı iyileştirmek ve korumak için, 18–65 yaşlarındaki tüm sağlıklı yetişkinlerin, haftada beş gün asgari yarım saat orta yoğunlukta aerobik fiziksel aktivite veya haftada üç gün asgari 20 dakika kuvvetli yoğunlukta aerobik aktivite yapmaları önerilmektedir (14, 15). DSÖ'nün 2010 yılında yayınlamış olduğu raporda, tüm ülkelerde erişkinlerin %23'ünün, adölesanların %81'inin (11-17 yaş) yeteri kadar fiziksel aktivite yapmadığı bildirilmiştir (7). Sağlık Bakanlığının 2011 yılında yayınlamış olduğu “Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması”na göre ülkemizde kadınların %87'si ve erkek bireylerin ise %77'sinin yeteri kadar fiziksel aktivite yapmadıkları gösterilmiştir. Raporda ortaya konulan veriler, fiziksel aktivite azlığının ülkemizde ciddi boyutlara ulaştığını göstermektedir (12). Ülkemizde genç erişkin bireylerde fiziksel aktivite düzeyinin incelendiği bir çalışmada, düşük düzeyde fiziksel aktivite oranının azımsanmayacak oranda olduğu ve kadın erişkinlerde bu oranın daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (16). Yapılan bir sistematik incelemede, hemşirelerin ağırlıklı olarak düşük yoğunlukta fiziksel aktivite yaptıkları belirtilmiştir (17).

Fiziksel aktivitenin kronik hastalıklar üzerindeki olumlu etkilerinin yanı sıra yaşam kalitesi üzerinde de olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir (7). Yaşam kalitesi; bireylerin yaşamlarındaki durumlarını, ait oldukları kültürel yapı ve değerler sistemi içerisinde, algılamaları ve değerlendirmeleri olarak tanımlamaktadır. Bireyin fiziksel, psikolojik ve ruhsal durumlarını kapsamaktadır (18). Fiziksel olarak aktif olan bireylerin fiziksel görünümünü olumlu algıladığı, kendisini iyi hissettiği, pozitif duyguların ve kendisine olan güvenin arttığı belirtilmektedir. Ayrıca fiziksel aktivitenin depresyon ve anksiyeteyi azalttığı, stres seviyesini düşürdüğü ve bireylerin uyku kalitesini artırdığı ifade edilmektedir (19). Fiziksel olarak aktif yaşamın ilerde oluşabilecek kronik hastalıkları engellemesinin yanı sıra kötü alışkanlıklardan koruduğu, sosyalleşmeyi artırdığı ve yaşam kalitesini yükselttiği bildirilmektedir (20). Orta yaşlı kadın ve erkeklerde fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi farklılıklarını ve aralarındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, orta yaşlı bireylerde fiziksel aktivite düzeyi arttığça, yaşam kalitesinin fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı ve sosyal işlev boyutlarında iyileşmeler olduğu gösterilmiştir (21).

Bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin değerlendirildiği çalışmaların daha çok yaşlılar, genel popölasyon, öğrenciler ve belirli

Çalışma grupları üzerinde yoğunlaştığı görülmüştür. Literatürde hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri ve fiziksel aktivite düzeylerinin diğer değişkenlerle ilişkisini ortaya koyan sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Ülkemizde konu ile ilgili yapılmış çalışmaların genel olarak sağlık personeli (doktor, yardımcı sağlık personeli ve idari personel) zerine yoğunlaştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar bulunmakla birlikte, fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kalitesi ile ilişkisini ortaya koyan çalışma bulgularına rastlanmamıştır. Hemşirelerin yoğun çalışma saatlerinden dolayı önerilen düzeyde fiziksel aktivite yapamadıkları düşünülmektedir.

1.2. Amaç

Bu tez çalışmasının amacı, hemşirelerde fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. FİZİKSEL AKTİVİTE

Günlük hayatta, iskelet kaslarını kullanarak yapılan ve enerji harcanmasını gerektiren her hareket fiziksel aktivite olarak tanımlanmaktadır (12). Bu tanım birçok aktiviteyi içinde barındırır. Halk arasında spor ve egzersiz terimleri ile fiziksel aktivite karıştırılmaktadır. Spor, belirli kurallar çerçevesinde bireysel ve grup şeklinde yapılabilen fiziksel aktiviteyi tanımlar (22). Egzersiz ise belirli aralıklarla düzenli olarak yapılan fiziksel aktivitedir. Belirli bir düzende yapılan aktivite de egzersiz olarak değerlendirilir (23).

2.1.1. Fiziksel aktivite türleri

Fiziksel aktivitede temel kural enerji harcanmasıdır. Efor harcanarak ev içinde ve dışında yapılan tüm işler, spor ve egzersizler fiziksel aktivite türleri arasındadır (23).

Oyun oynamak, ev ve bahçe işleri yapmak, merdiven çıkmak, banyo yapmak, yürüyüş gibi gündelik yaşam içindeki hareketlerin yanında; koşma, yüzme, bisiklet sürme, kol ve bacak hareketleri, sıçrama ve çömelme gibi belli başlı vücut hareketlerinin bütünü veya bir bölümünü kapsayan sporlar, egzersiz ve dans da fiziksel aktivite olarak kabul edilebilir. Aerobik egzersizler dayanıklılık egzersizleridir, uzun süreli aktivite boyunca vücuda enerji sağlamak amacıyla oksijen kullanılır. Dayanıklılık egzersizleri, kalbi güçlendirir, solunum ve dolaşım kapasitesini geliştirir (12). Bu egzersizler orta şiddette uzun süre yapılmalıdır. Aerobik egzersizlerin olumlu etki yaptığı parametreler; kan volümü, hemoglobin düzeyi ve kalp atım hacmidir. En üst düzeyde yapılan egzersizler sırasında ihtiyaç duyulan oksijenin kaslara taşınmasını kolaylaştırır, akciğer hacimlerinde ve kapasitesinde artış sağlar, akciğerlerden kana oksijen geçişini artırır. Stresi azaltmada, vücut yağ oranının azalmasında ve enerji seviyesini artırmada faydaları vardır. (24).

2.1.2. Fiziksel aktivitenin süresi ve sıklığı

Fiziksel aktivite süre, sıklık ve şiddet değerlendirilerek sınıflandırılabilir. Yapılan aktivitenin süresi (dakika, saat gibi), sıklığı (haftada bir, ayda bir), şiddeti (dakikada kaç kalori harcadığı gibi) değişebilir. Amerikan Spor Hekimliği Koleji (American College of Sports Medicine- ACSM) ve Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association-AHA), 18-65 yaş arasındaki bütün sağlıklı erişkinlerin sağlıklarını geliştirebilmesi ve

sürdürebilmesi için haftada beş gün en az 30 dakika süreyle orta yoğunlukta aerobik fiziksel aktivite veya haftada üç gün en az 20 dakika süreyle zorlayıcı yoğunlukta aerobik fiziksel aktivite yapmaları gerektiğini vurgulamaktadır (5, 8, 25).

2.1.3. Fiziksel aktiviteyi etkileyen etmenler

Fiziksel aktivite; fiziksel, biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir.

- Sosyodemografik etkenler: Yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, ekonomik ve sosyal faktörler
- Psikolojik, duygusal ve mental faktörler: Ruhsal ve mental durum bozuklukları, kişilik değişiklikleri, özgüven, güdülenme, egzersiz ve egzersizin sağlığa yararları hakkında yeterli bilgi sahibi olma/olmama, egzersiz hakkında engel algılama
- Davranış özellikleri ve beceriler: Çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerindeki egzersiz ve spor yapma hikâyesi, okul ve takım sporlarına katılımı, beslenme alışkanlıkları, sigara, alkol ve madde kullanımı, sorunlarla baş etme yetenekleri
- Sosyokültürel etkenler: Aile ve arkadaş çevresinin sosyal desteği, tutumları ve motivasyonu, uyumlu gruplarla birlikte olma, sosyal izolasyon
- Fiziksel çevreden kaynaklanan etkenler: Yaşadığı çevredeki aktivite/spor olanakları, tesisler, ulaşım kolaylığı, güvenli aktivite/spor ortamları, hava ve mevsim koşulları (25).

2.1.4. Fiziksel aktivitenin sağlık üzerine etkileri

Fiziksel aktivitenin sağlık üzerindeki etkileri üç grupta ele alınabilir.

A. Fiziksel etkiler

Kas ve iskelet sistemi üzerine etkileri: Kas kütlesi yaşla birlikte azalmaktadır. Kas kütlelerinin azalmasının nedeni sadece yaşlanma değildir. Fiziksel inaktivite ve sedanter yaşam da buna neden olmaktadır. Fiziksel aktivitenin kas ve iskelet sistemi üzerine etkileri şu şekildedir:

- Kas gücü ve tonusun korunması ve artırılması

- Ekstremitelerin hareketini sağlayan zıt kas grupları arasındaki dengenin sağlanması
- Eklemlerin hareket yeteneklerinin sürdürülmesi
- Eklem ve kas kontrolünün sağlanması, stabilizasyonun artırılması
- Kondüsyon ve dayanıklılığın artması
- Reflekslerin ve reaksiyon zamanının gelişmesi
- Vücut postürünün korunması ve dengenin geliştirilmesi
- Yorgunluk şikâyetlerinde azalma
- Kemik dansitesinin korunarak osteoporozun önlenmesi
- Yaralanma ve kaza olasılığında azalma (26).

Diğer vücut sistemleri üzerine etkileri: Fiziksel aktivitenin başlıca kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, endokrin sistem ve sinir sistemi üzerinde olmak üzere tüm vücut tüm sistemleri üzerine olumlu etkisi vardır. Fiziksel aktivite; obezite, koroner arter hastalığı, hipertansiyon, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kanser gibi birçok hastalığın ortaya çıkmasının önlenmesinde ya da iyileştirilmesinde önemli rolü vardır.

Obezitenin en önemli nedenlerinden birisi düşük düzeyde fiziksel aktivitedir. Toplumda obezite sağlığı tehdit edecek şekilde artış göstermekte; KVH, inme, hipertansiyon, artrit, diyabet gibi kronik hastalıklara neden olabilmektedir. Obezitenin önlenmesi için fiziksel aktivitenin artırılması ve gıdalar yoluyla alınan enerjinin azaltılması sağlanmalıdır (18).

Bireylerde fiziksel aktivite yüksek düzeydeyse, KVH ve inme riskinin azaldığı bilinmektedir. Hareketsiz yaşam tarzına sahip bireyler, orta seviyede aktivite yapan kişilere oranla daha yüksek riske sahiptir ve aktivite seviyesi arttıkça risk de azalmaktadır. Fiziksel aktivite; kalp ritmini düzenler, damar direncini azaltır ve kan basıncını düşürür, kalp kasını güçlendirerek kalbe dönen kan akışını artırır, kan kolesterol ve trigliserit düzeyini normal düzeye getirerek KVH riskini azaltır (12, 27).

Diyabetten korunmada yürüyüş gibi düşük şiddetli ve uzun süreli egzersiz programları önerilen fiziksel aktivitelerdir. İnsüline bağımlı olmayan diyabeti olan kişilerden fiziksel olarak aktif olanlarda KVH görülme oranı daha düşüktür. Yaşlanma ile ortaya çıkan diyabetin görülme olasılığı fiziksel aktivite ile azalmaktadır. Düzenli fiziksel aktivite insülinin etkisini arttırarak kan şekerinin kontrolüne yardımcı olur (9, 12).

Fiziksel aktivitenin solunum sistemi üzerine de olumlu etkileri vardır. Aktivite artışı ile akciğer hacimleri, solunum kapasitesi ve oksijenlenme artar. Sigara bağımlılığından kurtulmak düzenli fiziksel aktivite yapan bireylerde inaktif bireylere göre daha kolaydır (12).

B. Ruh sağlığı ve sosyal iyilik hali üzerine etkileri

Fiziksel aktivitenin vücut sistemleri üzerine olumlu etkilerinin yanında ruhsal sağlık ve sosyal iyilik hali üzerinde de pozitif etkileri vardır. Bunlar;

- Kişiler egzersiz yaparken kendilerine ayırdıkları zamanı arttırmış olurlar
- Bireyin kendisine ve yaşama pozitif bakmasını sağlar
- Fiziksel aktivite kişinin uygun vücut ağırlığını korumasına sağladığı katkı ile vücut postürü ve farkındalığını geliştirerek fiziksel görünümü ile barışık, kendine güveni olan bireyler oluşturur
- Kişiler arası iletişim becerisini geliştirir
- Pozitif düşünme ve stresle mücadele etme yeteneğini artırır
- Her yaş grubundaki bireylerde sosyal uyum ve kabul görme artar (8, 28, 29).

C. Gelecekteki yaşantı üzerine etkileri

- Yaşlılığın sağlıklı bir şekilde sürdürülmesine olanak sağlar ve kişilerin yaşlılıkta aktif bireyler olmasını sağlar
- Sistemik hastalıklar sebebiyle meydana gelen ölüm riskini en aza indirir
- Kişilerde kanser oluşum riskini azaltır

- Fiziksel olarak aktif olan kişilerde, vücudun savunma mekanizması güçlenir ve enfeksiyonlardan korunmayı sağlar
- Kas – iskelet sistemini güçlendirerek, yaşlılık dönemlerinde daha fazla görülebilen düşmeleri ve kırık riskini azaltır
- Kaygı bozukluğu ve depresyon ile mücadele yeteneğinin gelişimine katkı sağlar
- Yaşamın ileri evrelerinde bireylerin yalnız kalma, işe yaramama gibi kaygılarını azaltır (8, 28, 30).

2.1.5. Fiziksel aktivite değerlendirme yöntemleri

Genel anlamda fiziksel aktivite; süre (dakika, saat), sıklık (her ay, her hafta) ve yoğunluk (kilo joule/saat, kilokalori/dk) olarak üç boyutta tanımlanır. Bir aktivitenin fizyolojik etkilerini fiziksel çevre, psikolojik ya da duygusal şartlar değiştirebilir (31). Fiziksel aktivite ölçümünde tek bir standart yoktur. Değerlendirme yöntemlerinin büyük bir kısmı kişilerin harcamış olduğu enerji miktarı üzerinde durmakta, bazıları da aktivitenin belirli boyutlarını ve kalitesini ölçmektedir (32, 33). Epidemiyolojik çalışmalarda kullanılan fiziksel aktivite değerlendirme yöntemleri, fiziksel aktivite ve enerji tüketim miktarının değerlendirilmesinde kullanılır. Araştırmada kullanılacak yöntemi belirlerken; grubun sosyodemografik özellikleri, büyüklüğü, toplam maliyet, zaman ile yöntemin geçerliği ve güvenilirliği değerlendirilmelidir. Anket, gözlem, kalp hızının kaydedilmesi, akselerometre, pedometre, aktivite günlüğü, direkt-indirek kalorimetre ve Çift Etiketli Su Yöntemi (DLW) fiziksel aktivite değerlendirilmesinde kullanılan saha yöntemleridir (31, 34).

Kriter yöntemler

- Doğrudan (Davranışsal) Gözlem: Vücudun tüm hareketlerini gösteren nesnel yöntem şeklindedir. Bu yöntem ile birey aralıksız gözlemlenir ve kullanılacak olan kodlama sistemine aktiviteler dakika dakika kayıt edilir (35).
- Direkt (Oda) Kalorimetre (Vücut Sıcaklığı Üretimi): Kalorimetre ile enerji tüketimi, doğrudan/direkt ya da dolaylı/indirekt olarak ölçülmektedir. Doğrudan yöntemde, üretilen ve açığa çıkan ısı miktarı ölçülür (36).

- İndirekt Kalorimetre: Bu yöntemde adenozin trifosfat sentezinde kullanılan besinlerin oksidasyonunda ortaya çıkan oksijen miktarı ölçülmektedir (36). Geniş gruplarda kullanımı pratik değildir.
- Çift Etkili Su Yöntemi: İndirekt kalorimetrenin bir formudur. Laboratuar ortamına ve herhangi bir araç-gereç kullanmaya gerek olmadan enerji tüketimini doğru şekilde ölçen bir yöntemdir (31).

Objektif yöntemler

- Kalp Hızı Monitorizasyonu: Kalp atım hızı, enerji ve oksijen tüketimi arasındaki ilişki, fiziksel aktivite düzeyini belirlemede kalp hızının kullanılmasının temelini oluşturur (31).
- Pedometre: Fiziksel aktivite ölçümü için kullanılan hareket algılayıcı, basit ve ucuz bir araçtır. Atılan adım sayısını, toplam aktivite miktarını ve süresini belirler (29).
- Akselerometre: Fiziksel aktivite ölçümü için kullanılan hareket algılayıcı bir araçtır. Yapılan aktiviteleri dikey, yatay ve lateral olarak dakika bazında sayar ve kaydeder (37).

Subjektif yöntemler

Kendi kendine rapor edilen anket yöntemi, maliyet açısından ucuz ve daha fazla kişi tarafından uygulanabilir olması nedeniyle tercih edilmektedir (33). Aktiviteler genellikle harcanan enerji düzeyine göre düşük, orta ve yüksek olarak sınıflandırılır. Fiziksel aktivite sırasında harcanan oksijen miktarını ifade etmek için Metabolic Equivalent'in (metabolik eşitlik) kısaltılmış hali olan MET terimi kullanılır. Aktivite sırasındaki enerji tüketim miktarının istirahat sırasındaki enerji tüketimine oranına MET denir. 1 MET dinlenme esnasında kilogram başına 1 dakikada tüketilen yaklaşık 3,5 ml oksijeni ifade eder. ACSM sınıflandırması şu şekildedir (38):

- < 3 MET hafif şiddetli aktivite
- 3-6 MET orta şiddetli aktivite
- > 6 MET yüksek şiddetli aktivite

Anketler genellikle boş zaman aktivitesi, meslek aktivitesi ya da her ikisini birden değerlendirir (33). Anket türleri aşağıdaki şekildedir;

- **Günlük:** Bireyin fiziksel aktivitesini günlük şeklinde kaydetmesidir.
- **Kayıtlar:** Günlük ile benzer yönleri vardır, fakat bütün aktiviteleri değerlendirmez daha çok spesifik aktivite tiplerinin yapıp yapılmadığını gösterir (39).
- **Hatırlama Anketleri:** Telefon ya da görüşme yoluyla uygulanır. Fiziksel aktivite değerlendirilirken genellikle hayat boyu ile bir hafta arasındaki zaman dilimi kullanılır (40).
- **Retrospektif Veriler:** Hatırlama anketlerine benzer tarafları olan, fakat bir yıl gibi uzun bir zamanı içeren bilgileri değerlendiren bir anket türüdür. (41).
- **Evensel Anketler:** Belirli fiziksel aktivite tipleri ile ilgili daha az bilgi elde edilmekte, bu nedenle yalnızca basit fiziksel aktivite sınıflandırılması uygulanmaktadır (42).

2.2. YAŞAM KALİTESİ

2.2.1. Yaşam kalitesinin tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam kalitesi, bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde kendi yaşamını nasıl algıladığıdır. Bireyin amaçları, standartları, beklentileri ve kaygıları ile ilgilidir. Diğer bir ifade ile yaşam kalitesi, bireyin yaşamını sürdürdüğü sosyokültürel çevrede kendi yaşamını bireysel olarak nasıl algıladığını ifade etmektedir (43). Yaşam kalitesi, bireyin yaşamından duyduğu memnuniyet ve mutluluk olarak ifade edilebileceği gibi kişilerin kendilerini yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak da tanımlanabilir (44).

Objektif ve subjektif göstergeler olmak üzere yaşam kalitesi iki bölümde incelenmektedir. Objektif göstergeler esas olarak fiziksel iyilik halini kapsamaktadır. Bunlar; fiziksel aktiviteleri yapmada zorluk, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık belirtileri ve sağlık durumu ile ilgili konuları içermektedir. Subjektif göstergeler ise ruhsal iyilik halini kapsamakta ve emosyonel iyilik hali, yaşam doyumu, ruhsal etki ile ilgili konularından oluşmaktadır (45). Tanımlamaların alt boyutları çevresel, ekonomik,

sosyolojik ve psikolojik özelliklerden oluşmaktadır. Bu tanımlar dört ana başlık altında ele alınabilir (44)

(Kişisel) İçsel Alan: Değerler, inançlar, sorunlarla baş etme, istekler, kişisel amaçlar gibi bireysel özellikler

(Kişisel) Sosyal Alan: Aile yapısı, çalışma durumu, ekonomik durum, toplumsal imkanlar gibi sosyal özellikler

(Dışsal) Doğa Çevre Alanı: Çevre temizliği, gürültü, hava, su kalitesi gibi çevresel özellikler

(Dışsal) Toplumsal Çevre Alanı: Sosyal, kültürel ve dini kurumlar, eğitim ve sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım gibi toplumsal özelliklerdir.

Bireylerin fiziksel fonksiyonları, ruhsal durumları, aile içi ilişkileri, sosyal ilişkileri ve inançları yaşam kalitesinin kapsamında değerlendirilir (46).

2.2.2. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi

Bireyin kendi sağlık durumundan duyduğu memnuniyeti ve sağlık durumuna verdiği duygusal cevabı kapsayan bir kavramdır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi; sağlığın bireylerin fonksiyonlarını yerine getirmekteki yeteneklerini ve bireylerin yaşamlarında algıladıkları fiziksel, mental ve sosyal alanı ifade eder (46, 47).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirildiği alanlar;

- **Fiziksel sağlık;** ağrı, rahatsızlık, enerji, bitkinlik, yorgunluk, uyku, istirahat
- **Psikolojik durum;** olumlu düşünceler, düşünme, öğrenme, bellek, dikkat, özgüven, beden imajı, olumsuz düşünceler
- **Bağımsızlık düzeyi;** hareket etme, günlük yaşam aktiviteleri, tedavi ve ilaçlara bağımlılık, çalışma kapasitesi
- **Sosyal ilişkiler;** kişilerarası ilişkiler, sosyal destek, seksüel aktivite
- **Çevresel özellikler;** güvenlik, ev ortamı, ekonomik kaynaklar, sağlık ve sosyal bakım imkanları, fiziksel çevre (hava kirliliği, gürültü, trafik, iklim)

- **Maneviyat ile ilgili özellikler;** psikolojik, dini ve kişisel inançlardır (46, 47).

2.3. FİZİKSEL AKTİVİTE VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Fiziksel olarak aktif yaşamın ilerde oluşabilecek kronik hastalıkları engellemesinin yanı sıra yaşam kalitesini yükselttiği bildirilmektedir (20). Genç, orta yaşlı ve yaşlı popülasyondaki bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kalitelerinin incelendiği çalışmaların sonuçları, fiziksel aktivite düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin farklı boyutlarının iyileştiğini ortaya koymaktadır (16, 21).

Erişkinler kadın ve erkeklerde fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi farklılıklarını ve aralarındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada; fiziksel aktivite düzeyi yükseldikçe, yaşam kalitesinin fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı ve sosyal işlev boyutlarında da iyileşmeler görülmüştür (21). Genç erişkin kadın ve erkekler arasındaki fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi farklılıklarının incelendiği bir araştırmada, kadınlara göre erkeklerde şiddetli aktivite, orta şiddetli aktivite, toplam fiziksel aktivite, yaşam kalitesinin fiziksel ve mental sağlık puanları daha yüksek bulunmuştur (16). Genç yetişkin erkek ve kadınlarda yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkinin incelendiği bir diğer çalışmada da, kadınlarda fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesinin fiziksel işlevsellik, fiziksel rol, ruhsal sağlık, emosyonel rol, sosyal işlevsellik, zindelik, genel sağlık boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmada, önerilen düzeyde fiziksel aktivite yapan kadın ve erkeklerde, daha az fiziksel aktivite yapan gruba göre yaşam kalitesi yüksek olarak tespit edilmiştir (48).

Yaşlı bireylerde fiziksel aktivite ile ruhsal iyilik hali arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada; orta düzeyde fiziksel aktivitenin yaşlılarda ruhsal ve fiziksel iyilik halini arttırdığı, anksiyeteyi azalttığı bulunmuştur (49). Benzer şekilde yaşlı popülasyonunda yapılan bir diğer çalışmada, fiziksel aktiviteyle yaşam kalitesi parametrelerinden fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı, yaşamsallık, sosyal işlev skorları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve erkeklerin fiziksel aktivite düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. (50). Yaşlı bireylerde egzersiz programının etkisinin incelendiği bir diğer çalışmada da egzersiz programını uygulayan kişilerin hareket kabiliyeti ve dengelerinin önceye göre daha iyi olduğu, kendilerini daha güçlü hissettikleri ve yaşam kalitelerinin de arttığı belirlenmiştir (51).

Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeylerini ve yaşam kalitelerini inceleyen çalışma sonuçları da diğer yaş gruplarındaki çalışma sonuçlarına benzerlik göstermekte olup, fiziksel aktivite düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin çeşitli boyutlarının olumlu yönde etkilendiği ortaya konulmuştur (52, 53, 54).

2.4. HEMŞİRELERDE FİZİKSEL AKTİVİTE VE YAŞAM KALİTESİ

Sağlık bakım kuruluşlarında iş yükünün fazla olması, çok sayıda ve farklı tanılardaki hastalara bakım verme, yönetimle ilişkilerde çeşitli sorunlar yaşanabilmesi, vardiyalı çalışma saatleri ve uyku düzensizlikleri, ekonomik sorunlar, hasta yakınları ile yaşanabilen iletişim problemleri sağlık çalışanlarında stres ve gerginliğe neden olmaktadır (55). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin yaklaşık %50'sinin tükenmişlik sendromu yaşadığı belirtilmektedir (56). Tükenmişlik sendromu, yaşanan stres ve gerginlik yaşam kalitesinde bozulmaya neden olabilmektedir (57).

Yapılmış bir çalışmada, hemşirelerin %60'ının iş hayatında orta düzeyde, %37.1'inin düşük düzeyde ve %2'sinin iyi düzeyde yaşam kalitesi skorları olduğu gösterilmiştir (58). Benzer bir çalışmada da hemşirelerin çalıştıkları bölümler ve çalışma saatleri ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır (59).

Hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri konusunda yapılmış sınırlı sayıda çalışma, hemşirelerin diğer meslek gruplarına göre fiziksel aktivite düzeylerinin daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır (60, 61). Chappel ve ark. (17)'nin yaptığı sistematik incelemede hemşirelerin ağırlıklı olarak düşük yoğunlukta fiziksel aktivite yaptıkları belirtilmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin fiziksel aktivite düzeylerini değerlendirmede geçerli ve güvenilir ölçeklerin kullanıldığı çok az çalışma olduğu vurgulanmıştır. Çalışma ortamında hemşirelerin çoğunlukla ayakta durma ve yürüme şeklinde fiziksel aktivitede buldukları belirtilmiştir. Bu sistematik çalışmada, konu ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunlukla hemşirelerin iş ortamındaki fiziksel aktivite düzeyleri ve hasta bakım sonuçlarına etkilerinin araştırıldığı belirtilmiştir.

Literatürde hemşirelerin sadece çalışma ortamında değil, genel fiziksel aktivite düzeyini ve fiziksel aktivite düzeyleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışmalar son derece sınırlı olduğu görülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, hemşirelerde fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak planlandı ve uygulandı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Haziran-Ekim 2017 tarihleri arasında Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 448'i kadın ve 86'sı erkek olmak üzere 534 hemşire oluşturdu. Belirlenen tarihler arasında bu hemşirelerden çalışmaya katılmayı kabul eden 381'i kadın ve 61'i erkek toplam 442 hemşire çalışmanın örneklemini oluşturdu.

3.4. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Etik Kurulundan Mayıs 2017 tarihinde izin alındı (Etik Kurul No: 2017-05) (EK-2). Adıyaman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden gerekli izinler alındı (EK-4). Araştırmaya katılan hemşirelerden yazılı onam formu alınarak gönüllülük esas kılındı.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler Haziran-Ekim 2017 tarihleri arasında Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışan hemşirelerle, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Katılımcılara öncesinde araştırma hakkında bilgi verilerek onamları alındı (EK-8). Araştırmada verilerin toplanması amacıyla "Kişisel Bilgi Formu", "Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu" ve "SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği" kullanıldı.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-5): Araştırmacı tarafından geliştirilen form, hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum), boy-kilo, kronik hastalık ve sürekli kullandığı ilaç bilgilerinden oluşmuştur.

3.5.2. Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi Kısa Formu (International Physical Activity Questionnaire Short Form, IPAQ Short Form) (EK-6): 15-65 yaş aralığındaki bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek amacıyla Craig ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiştir. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öztürk (2005) tarafından yapılmıştır. Bütün aktivitelerin değerlendirilmesinde her bir aktivitenin tek seferde en az 10 dakika yapıyor olması ölçüt olarak alınmaktadır. Dakika, gün ve MET değeri çarpılarak “MET-dakika/hafta” olarak bir skor elde edilmektedir. Fiziksel aktivite düzeyleri; fiziksel olarak aktif olmayan (<600 MET- dk/hafta), fiziksel aktivite düzeyi düşük (600–3000 MET-dk/hafta) ve fiziksel aktivite düzeyi yeterli olan (sağlık açısından yararlı olan) (>3000 MET-dk/hafta) şeklinde sınıflandırılmaktadır (62, 63).

3.5.3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-7):

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Ware ve arkadaşları (1992) tarafından geliştirilmiştir. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. SF-36’nın özelliklerinin başında bir kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. SF-36’nın değerlendirmesinde son dört hafta göz önünde bulundurulmaktadır. Ölçek 36 maddeden oluşmakta ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin sekiz boyutunun ölçümünü sağlamaktadır. Ölçek; fiziksel fonksiyonellik (sağlık sorunlarından dolayı fiziksel aktivitede kısıtlanma), fiziksel rol (sağlık sorunlarından dolayı günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma), genel sağlık (kişinin genel olarak sağlığını değerlendirmesi), bedensel ağrı, canlılık, sosyal fonksiyonellik, mental sağlık ve emosyonel rol (ruhsal sağlık sorunlarından dolayı günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma) boyutlarından oluşmaktadır.

Boyutlar	Soruların anketteki numaraları	Beklenen olası en düşük ve en yüksek puanlar	Olası puan aralığı
Fiziksel fonksiyonellik	3a+3b+3c+3d+3e+ 3f+ 3g+3h+3i+3j	10-30	20
Sosyal fonksiyonellik	6+10	2-10	8
Fiziksel rol	4a+4b+4c+4d	0-4	4
Emosyonel rol	5a+5b+5c	0-3	3
Mental sağlık	9b+9c+9d+9f+9h	5-30	25
Canlılık	9a+9e+9g+9i	4-24	20
Bedensel ağrı	7+8	2-12	10
Genel sağlık	1+11a+11b+ 11c+11d	5-25	20

Ölçekten beklenen olası en düşük puan, ilgili sorulardan alınabilecek en düşük puanı; ölçekten beklenen olası en yüksek puan, ilgili sorulardan alınabilecek en yüksek puanı ve olası ham puan aralığı ise ilgili sorulardan alınabilecek en yüksek ve en düşük puan arasındaki farkı gösterir.

SF 36'nın sağlık boyutlarının puanlarının hesaplanması işlemi şu şekilde olmaktadır:

1. Soru değerlerinin yeniden kodlanması: Soru değerlerinin yeniden kodlanması ya da ters çevrilmesi işlemi 1, 6, 7, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b ve 11d soruları için yapılmaktadır. Puanların dönüştürülmesi ile "hiç" seçeneği (5), "aşırı" seçeneği ise (1) ham puana sahip olması ve yüksek puanların daha iyi sağlık durumlarını, düşük puanların ise olumsuz sağlık durumlarını yansıtmaları sağlanmaktadır.

2. Ham ölçek puanlarının belirlenmesi: Ham ölçek puanlarını hesaplamak için her bir boyutu oluşturan soruların değerleri toplanarak ham ölçek puanları belirlenmektedir.

3. Ham ölçek puanlarının değerlendirilmesi: Ham ölçek puanlarının 0-100 arasında değerlendirilmesi işlemi yapılmaktadır.

Ham ölçek puanı dönüştürülürken aşağıdaki formül kullanılmaktadır:

$$\text{Dönüştürülmüş puan} = (\text{Ham ölçek puanı} - \text{beklenen en düşük puan}) / \text{olası puan aralığı} \times 100$$

SF-36'nın genel sağlık değerlendirmesi alanında, hastanın sağlık durumunun son bir yıl içindeki değişimini sorgulayan 2. soru puanlanmamaktadır (64, 65).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirmesinde ve istatistiksel analizlerde SPSS for Windows Version 21.00 (SPSS Inc. Chicago, IL, ABD) paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayımla belirlenen değişkenler için sayı ve %, ölçümle belirlenen değişkenler için ise ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir. İncelenen sürekli değişkenlerin normal dağılım parametrelerini karşılayıp karşılamadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiş, normal dağılım gösterdiği tespit edilen değişkenlerinin gruplar arası karşılaştırması için İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t test) ve ANOVA testleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel kararlarda $p \leq 0,05$ seviyesi anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Hemşirelerde fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bu çalışmadan elde edilen bulgular aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.

Tablo 1: Hemşirelerin sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinin dağılımı (N=442)

Özellikler	Sayı	%
Yaş (yıl) $\bar{x}\pm sd=33.10 \pm 6.44$ (Min=20, Max=55) 20-30 yaş 31-40 yaş 41 yaş ve üzeri	179 205 58	40.5 46.4 13.1
Cinsiyet Kadın Erkek	381 61	86.2 13.8
Eğitim durumu Lise Lisans Yüksek lisans ve üzeri	75 273 94	17.0 61.8 21.2
Medeni durum Evli Bekar	297 145	67.2 32.8
Beden Kitle İndeksi (BKİ) <18.5 (zayıf) 18.5-<24.9 (normal) ≥ 25.0 -<29.9 (fazla kilolu) ≥ 30.0 -<39.9 (obez)	10 255 142 35	2.3 57.7 32.1 7.9
Kronik hastalık durumu Var Yok	71 371	16.1 83.9
Sürekli kullandığı ilaç Var Yok	66 376	14.9 85.1

Tablo 1’de çalışmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik ve tıbbi özellikleri verildi. Hemşirelerin yaş ortalaması 33.10 ± 6.44 olup, %40.5’i 20-30 yaş, %46.4’ü 31-40 yaş ve %13.1’i 41 yaş ve üzeri grupta yer almaktadır. Katılımcıların %86.2’si kadın,

%13.8'i erkek, %67.2'si evli ve %32.8'i bekar. Lise mezunu hemşirelerin oranı %17.0 olup %61.8'i lisans mezunu ve %21.2'si yüksek lisans ve üzeri mezundur. Hemşirelerin Beden Kitle İndeksi (BKİ)'ne bakıldığında %2.3'ünün zayıf, %57.7'sinin normal, %32.1'inin kilolu, %7.9'unun obez olduğu ve aşırı obez kişinin bulunmadığı belirlendi. Hemşirelerin %16.1'inde kronik hastalık mevcut olup %14.9'u sürekli ilaç kullandığı saptandı.

Tablo 2: Hemşirelerin fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı (N=442)

Fiziksel Aktivite Düzeyleri	Sayı	%
Fiziksel olarak aktif olmayan (<600 MET-dk/hafta)	142	32.1
Fiziksel aktivite düzeyi düşük (600-3000 MET-dk/hafta)	212	48.0
Fiziksel aktivite düzeyi yeterli (>3000 MET-dk/hafta)	88	19.9

Tablo 2'de katılımcıların fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı gösterildi. Hemşirelerin %32.1'inin fiziksel olarak aktif olmadığı, %48.0'inin fiziksel aktivite düzeyinin düşük ve %19.9'unun fiziksel aktivite düzeyinin yeterli olduğu saptandı.

Tablo 3:Hemşirelerin yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (N=442)

Yaşam kalitesi alt boyutları	Ortalama (\bar{x})	Standart sapma (ss)
Fiziksel Fonksiyon	74.98	19.93
Fiziksel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı	70.99	37.93
Bedensel Ağrı	64.02	20.01
Genel Sağlık	56.54	15.62
Mental Sağlık	64.48	16.24
Emosyonel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı	69.39	40.38
Sosyal Fonksiyon	62.75	25.75
Canlılık /Enerji	53.59	19.55

Tablo 3'te hemşirelerin yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı gösterildi. Hemşirelerin fiziksel fonksiyon puan ortalaması 74.98 ± 19.93 , fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı puan ortalaması 70.99 ± 37.93 , bedensel ağrı puan ortalaması 64.02 ± 20.01 , genel sağlık puan ortalaması 56.54 ± 15.62 , mental sağlık puan ortalaması 64.48 ± 16.24 , emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı puan ortalaması 69.39 ± 40.38 , sosyal fonksiyon puan ortalaması 62.75 ± 25.75 ve canlılık/enerji alt boyutu puan ortalaması ise 53.59 ± 19.55 olarak bulundu.

Tablo 4: Hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri ile yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=442)

	Fiziksel aktivite düzeyleri			Test p
	Fiziksel olarak aktif olmayan (n=142)	Fiziksel aktivite düzeyi düşük (n=212)	Fiziksel aktivite düzeyi yeterli (n=88)	
Yaşam kalitesi alt boyutları	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
Fiziksel Fonksiyon	67.40±21.21	77.14±18.93	81.99±16.17	F:18.3 p<0.001
Fiziksel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı	61.10±44.81	73.70±34.61	80.40±29.48	F: 8.35 p<0.001
Bedensel Ağrı	61.40±19.27	63.17±20.79	70.34±18.10	F: 5.92 p<0.001
Genel Sağlık	52.53±14.55	55.97±16.07	64.43±13.35	F: 17.20 p<0.001
Mental Sağlık	61.67±16.22	64.50±14.87	68.95±18.50	F: 5.59 p<0.001
Emosyonel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı	64.79±44.88	69.50±37.88	76.51±37.88	F: 2.30 p= 0.101
Sosyal Fonksiyon	57.49±25.04	62.85±26.39	71.02±23.33	F: 7.73 p<0.001
Canlılık /Enerji	48.49±19.89	53.51±18.27	61.99±19.35	F:13.70 p<0.001

Tablo 4’te hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri ile yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldı. Yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları ile hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$). Fiziksel olarak aktif olmayan grup ile fiziksel aktivite düzeyi düşük grup arasında fiziksel aktivite düzeyi düşük grup lehine, fiziksel olarak aktif olmayan grup ile fiziksel aktivite düzeyi yeterli grup arasında fiziksel aktivite düzeyi yeterli grup lehine farklılık görüldü.

Yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyona bağırlı rol kısıtlılığı alt boyutu puan ortalamaları ile hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$). Farkın fiziksel aktivite düzeyi yeterli ve fiziksel aktivite düzeyi düşük gruptan kaynaklandığı görüldü.

Bedensel ağrı ve genel sağırlık alt boyutları puan ortalamaları ile hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$). Farkın fiziksel aktivite düzeyi yeterli olan gruptan kaynaklandığı görüldü.

Mental sağırlık alt boyutu puan ortalamaları ile hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$). Farkın fiziksel aktivite düzeyi yeterli gruptan kaynaklandığı görüldü.

Emosyonel fonksiyona bağırlı rol kısıtlılığı alt boyutu puan ortalamaları ile hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.101$).

Sosyal fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları ile hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$). Farkın fiziksel aktivite düzeyi yeterli gruptan kaynaklandığı görüldü.

Canlılık/enerji alt boyutu puan ortalamaları ile hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$). Farkın fiziksel aktivite düzeyi düşük ve fiziksel aktivite düzeyi yeterli gruptan kaynaklandığı görüldü.

Tablo 5: Hemşirelerin sosyodemografik ve tıbbi özellikleri ile fiziksel aktivite düzeylerinin karşılaştırılması (N=442)

	Fiziksel aktivite düzeyleri						Test p
	Fiziksel olarak aktif olmayan (n=142)		Fiziksel aktivite düzeyi düşük (n=212)		Fiziksel aktivite düzeyi yeterli (n=88)		
Özellikler	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş							
20-30 (n=179)	41	22.9	89	49.7	49	27.4	x²=19.613 p< 0.001
31-40 (n=205)	74	36.1	97	47.3	34	16.6	
41 yaş ve üzeri (n=58)	27	46.6	26	44.8	5	8.6	
Cinsiyet							
Kadın (n=381)	129	33.9	192	50.4	60	15.7	x²= 29.988 p< 0.001
Erkek (n=61)	13	21.3	20	32.8	28	45.9	
Eğitim durumu							
Lise (n=75)	20	26.7	34	45.3	21	28.0	x ² =7.915 p=0.095
Lisans (n=273)	98	35.9	125	45.8	50	18.3	
Yüksek lisans ve üzeri (n=94)	24	25.5	53	56.4	17	18.1	
Medeni durum							
Evli (n=297)	111	37.4	144	48.5	42	14.1	x²= 22.939 p<0.001
Bekar (n=145)	31	21.4	68	46.9	46	31.7	
Beden kitle indeksi (BKİ)							
<18.5 (n=10)	3	30.0	5	50.0	2	20.0	x ² = 4.154 p=0.660
18.5-<24.9 (n=255)	84	32.9	117	45.9	54	21.2	
≥25.0-<29.9 (n=142)	40	28.2	76	53.5	26	18.3	
≥30.0-<39.9 (n=35)	15	42.9	14	40.0	6	17.1	
Kronik hastalık							
Var (n=71)	28	39.4	33	46.5	10	14.1	x ² = 2.887 p=0.236
Yok (n=371)	114	30.7	179	48.2	78	21.0	
Sürekli kullandığı ilaç							
Var (n=66)	25	37.9	32	48.5	9	13.6	x ² = 2.337 p=0.311
Yok (n=376)	117	31.1	180	47.9	79	21.0	

Tablo 5’te hemşirelerin sosyodemografik ve tıbbi özellikleri ile fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırıldı. Yaş aralığı 20-30 olan hemşirelerin %22.9’unun fiziksel olarak aktif olmadığı, %49.7’sinin fiziksel aktivite düzeyi düşük ve %27.4’ünün fiziksel aktivite düzeyi yeterli olduğu; 31-40 yaş aralığındaki hemşirelerin %36.1’inin fiziksel olarak aktif olmadığı, %47.3’ünün fiziksel aktivite düzeyi düşük ve %16.6’sının fiziksel aktivite

düzeyi yeterli olduğu ve 41 ve üzeri yaş aralığındaki hemşirelerin %46.6'sının fiziksel olarak aktif olmadığı, %44.8'inin fiziksel aktivite düzeyi düşük ve %8.6'sının fiziksel aktivite düzeyi yeterli olduğu bulundu. Fiziksel aktivite düzeyi ile yaş grupları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0.001$).

Kadın hemşirelerin %33.9'u ile erkek hemşirelerin %21.3'ünün fiziksel olarak aktif olmadığı, kadın hemşirelerin %50.4'ü ile erkek hemşirelerin %32.8'inin fiziksel aktivite düzeyi düşük olduğu ve kadın hemşirelerin %15.7'si ile erkek hemşirelerin %45.9'unun fiziksel aktivite düzeyi yeterli olduğu saptandı. Fiziksel aktivite düzeyi ile cinsiyet karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0.001$).

Evli olan hemşirelerin %37.4'ü ile bekar olan hemşirelerin %21.4'ünün fiziksel olarak aktif olmadığı, evli olan hemşirelerin %48.5'i ile bekar olan hemşirelerin %46.9'unun fiziksel aktivite düzeyinin düşük olduğu, evli olan hemşirelerin %14.1'i ile bekar olan hemşirelerin %31.7'sinin fiziksel aktivite düzeyinin yeterli olduğu bulundu. Fiziksel aktivite düzeyi ile medeni durum karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.001$).

Eğitim düzeyi, BKİ, kronik hastalık ve sürekli kullandığı ilaç değişkenleri ile fiziksel aktivite düzeyi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6: Hemşirelerin yaş grupları ile yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=442)

	Yaş grupları			Test p
	20-30 yaş (n=179)	31-40 yaş (n=205)	41 ve üzeri (n=58)	
Yaşam kalitesi alt boyutları	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
Fiziksel Fonksiyon	79.41±17.22	73.51±20.77	66.47±21.52	F:10.723 p<0.001
Fiziksel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı	70.94±38.14	72.08±35.92	67.24±44.22	F: 0.366 p=0.694
Bedensel Ağrı	63.24±20.10	64.79±20.38	63.80±18.62	F: 0.287 p=0.751
Genel Sağlık	56.92±16.10	56.08±15.25	57.07±15.70	F: 0.179 p=0.836
Mental Sağlık	64.18±17.48	64.72±15.21	64.55±16.13	F:0.054 p=0.948
Emosyonel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı	67.79±39.64	68.45±38.23	77.59±48.92	F: 1.394 p=0.249
Sosyal Fonksiyon	63.33±25.89	62.31±25.52	62.50±26.60	F:0.078 p=0.925
Canlılık /Enerji	54.98±19.43	52.90±18.83	51.72±22.33	F: 0.837 p=0.434

Tablo 6’da hemşirelerin yaş grupları ile yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldı. Hemşirelerin yaş grupları ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$). Farkın 20-30 ve 31-40 yaş gruplarından kaynaklandığı görüldü. Yaşam kalitesinin diğer alt boyutları puan ortalamaları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 7: Hemşirelerin cinsiyetleri ile yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=442)

	Kadın (n=381)	Erkek (n= 61)	Test p
Yaşam kalitesi alt boyutları	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
Fiziksel Fonksiyon	73.59 ±19.91	83.69±17.90	t: -3.729 p<0.001
Fiziksel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı	69.22±38.60	81.97±31.67	t: -2.449 p<0.001
Bedensel Ağrı	62.50 ±20.09	73.60 ±16.73	t: -4.098 p<0.001
Genel Sağlık	55.35±15.60	64.01±13.65	t: -4.090 p<0.001
Mental Sağlık	63.81±16.13	68.65±16.47	t: -2.171 p<0.001
Emosyonel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı	69.11 ±39.95	71.03±43.23	t: -.345 p=.746
Sosyal Fonksiyon	61.335±25.59	71.51±25.32	t: -2.885 p<0.001
Canlılık /Enerji	52.30±19.38	61.55±18.90	t: -3.472 p<0.001

Tablo 7’de hemşirelerin cinsiyetleri ile yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldı. Erkek hemşirelerin tüm alt boyut puan ortalamalarının kadınlardan daha yüksek olduğu, emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarda gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (p<0.001).

Tablo 8: Hemşirelerin eğitim düzeyleri ile yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=442)

	Eğitim durumu			Test p
	Lise (n=75)	Lisans (n=273)	Yüksek lisans ve üzeri (n=94)	
Yaşam kalitesi alt boyutları	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
Fiziksel Fonksiyon	79.47±17.80	74.58±19.81	72.55±21.50	F: 2.671 p= 0.070
Fiziksel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı	66.00±41.63	72.80±37.31	69.69±36.63	F: 1.016 p= 0.363
Bedensel Ağrı	62.00±18.30	64.90±19.90	63.09±21.60	F: 0.753 p= 0.472
Genel Sağlık	53.93±17.37	57.82±14.59	54.94±16.82	F: 2.464 p= 0.086
Mental Sağlık	61.22±16.01	65.68±16.52	63.61±15.34	F: 2.384 p= 0.093
Emosyonel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı	61.78±41.62	72.64±40.33	65.95±38.80	F: 2.580 p= 0.077
Sosyal Fonksiyon	57.00±27.51	64.47±25.17	62.37±25.63	F: 2.504 p= 0.083
Canlılık /Enerji	51.67±18.40	54.97±19.78	51.11±19.63	F: 1.794 p= 0.167

Tablo 8’de hemşirelerin eğitim düzeyleri ile yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldı. Hemşirelerin eğitim düzeyleri ile yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0.05).

Tablo 9: Hemşirelerin medeni durumları ile yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=442)

	Medeni durum		Test p
	Evli (n=297)	Bekar (n=145)	
Yaşam kalitesi alt boyutları	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
Fiziksel Fonksiyon	71.57±20.80	81.97±15.99	t: -5.305 p<0.001
Fiziksel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı	66.91±38.80	79.31±34.78	t: -3.259 p<0.001
Bedensel Ağrı	62.62±20.19	66.89±19.41	t: -2.114 p<0.001
Genel Sağlık	55.09±15.64	59.55±15.20	t: -2.844 p<0.001
Mental Sağlık	63.44±15.25	66.60±17.98	t: -1.917 p= 0.071
Emosyonel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı	67.57±41.37	73.10±38.14	t: -1.355 p=0.176
Sosyal Fonksiyon	60.78±25.50	66.81±25.91	t: -2.324 p<0.001
Canlılık /Enerji	51.12±19.10	58.62±19.59	t: -3.841 p<0.001

Tablo 9’da hemşirelerin medeni durumları ile yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldı. Bekar hemşirelerin tüm alt boyut puan ortalamalarının evli hemşirelerden daha yüksek olduğu, fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı, bedensel ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon ve canlılık/ enerji alt boyutlarında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (p<0.001). Diğer alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0.05).

Tablo 10: Hemşirelerin BKİ'leri ile yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=442)

	BKİ				Test p
	Zayıf (n=10)	Normal (n=255)	Fazla kilolu (n=142)	Obez (n=35)	
Yaşam kalitesi alt boyutları	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
Fiziksel Fonksiyon	77.00±23.60	76.31±19.40	75.00±19.60	64.58±21.78	F: 3.659 p<0.001
Fiziksel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı	85.00±57.98	67.94±37.58	75.89±36.75	69.29±37.41	F: 1.824 p=0.142
Bedensel Ağrı	57.00±18.89	63.13±19.81	67.53±19.21	58.29±23.08	F: 3.035 p<0.001
Genel Sağlık	52.00±16.53	56.84±15.22	57.81±15.80	50.58±16.67	F:2.352 p=0.072
Mental Sağlık	64.40±17.93	64.59±16.52	64.05±16.13	65.49±14.74	F: 0.080 p=0.971
Emosyonel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı	80.00±45.00	66.14±38.33	73.70±44.70	72.39±33.80	F:1.389 p=0.246
Sosyal Fonksiyon	58.75±19.59	62.60±25.37	62.94±26.98	64.29±25.92	F: 0.127 p=0.944
Canlılık /Enerji	52.00±17.82	55.00±19.88	52.58±19.68	47.85±16.29	F: 1.602 p=0.188

Tablo 10'da hemşirelerin BKİ'leri ile yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldı. Fiziksel fonksiyon ile bedensel ağrı alt boyutları puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$), diğer alt boyutlarda fark bulunmadı ($p<0.05$).

Tablo 11: Hemşirelerin kronik hastalık durumu ile yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=442)

	Kronik hastalık var (n=71)	Kronik hastalık yok (n=371)	Test p
Yaşam kalitesi alt boyutları	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
Fiziksel Fonksiyon	67.32±18.60	76.44±19.88	t:-3.577 p<0.001
Fiziksel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı	57.04±39.00	73.65±37.20	t:-3.421 p<0.001
Bedensel Ağrı	53.80 ±22.58	65.99 ±18.90	t:-4.815 p<0.001
Genel Sağlık	45.78±16.10	58.61±14.69	t: -6.644 p<0.001
Mental Sağlık	62.30±16.48	64.90±16.20	t:-1.229 p=0.220
Emosyonel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı	67.13±33.10	69.81±41.65	t:-0.511 p=0.610
Sosyal Fonksiyon	58.80±25.91	63.51±25.70	t:-1.413 p=0.159
Canlılık /Enerji	49.37±20.00	54.40±19.40	t:-1.991 p<0.001

Tablo 11’de hemşirelerin kronik hastalık durumu ile yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldı. Buna göre fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı, bedensel ağrı, genel sağlık, canlılık/ enerji alt boyutlarında kronik hastalığı olmayan kişilerin, kronik hastalığı olan kişilere göre daha yüksek puan aldıkları görüldü ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0.001$). Yaşam kalitesinin diğer alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 12: Hemşirelerin sürekli ilaç kullanım durumları ile yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=442)

	Sürekli kullandığı ilaç var (n=66)	Sürekli kullandığı ilaç yok (n=376)	Test p
Yaşam kalitesi alt boyutları	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
Fiziksel Fonksiyon	64.78±19.81	76.77±19.43	t:-4.611 p<0.001
Fiziksel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı	59.10±41.05	73.08±37.03	t:-2.782 p<0.001
Bedensel Ağrı	53.30 ±20.70	65.55 ±19.51	t:-3.901 p<0.001
Genel Sağlık	46.43±16.72	58.32±14.75	t:-5.914 p<0.001
Mental Sağlık	61.58±16.31	64.99±16.20	t:-1.577 p=0.115
Emosyonel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılığı	75.75±45.88	68.27±39.30	t:1.392 p=0.165
Sosyal Fonksiyon	59.65±26.20	63.30±25.68	t:-1.059 p=0.290
Canlılık /Enerji	48.57±19.77	54.47±19.41	t:-2.274 p<0.001

Tablo 12’de hemşirelerin sürekli ilaç kullanma durumları ile yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı, bedensel ağrı, genel sağlık, canlılık /enerji alt boyutlarında sürekli ilaç kullanmayan hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (p<0.001). Yaşam kalitesinin diğer alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05).

5.TARTIŞMA

Hemşirelerde fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen veriler, bu bölümde literatür bilgileri ışığında değerlendirilerek tartışılmıştır.

5.1. Hemşirelerin Fiziksel Aktivite Düzeyleri

Tüm dünyada yaygın bir sağlık problemi haline dönüşen fiziksel aktivite yetersizliği için, ACSM yetişkin bireylerin her gün en az 30 dakika orta şiddetli fiziksel aktivite yapmasını önermektedir (66, 67). Çalışmamızda hemşirelerin %32.1'inin fiziksel olarak aktif olmadığı, %48'inin fiziksel aktivite düzeyinin düşük ve %19.9'unun fiziksel aktivite düzeyinin yeterli olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri konusunda yapılmış sınırlı sayıda çalışmada da benzer sonuçlar ortaya konulmuş ve hemşirelerin fiziksel aktivite düzeylerinin düşük olduğu gösterilmiştir (17, 61, 68). Özkan ve Yılmaz (69)'ın yaptıkları çalışmada, hemşirelerin sadece %4,3'ü düzenli fiziksel egzersiz yaptıklarını ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldıkları en düşük puanların egzersiz boyutunda olduğu görülmüştür. Kitiş ve Gümüş (70)'ün 20 yaş üzeri kadınların fiziksel aktivite düzeylerini incelediği çalışmalarında, kadınların yarısından fazlasının (%56.6) hafif düzeyde fiziksel aktivite yaptıklarını bildirmişlerdir.

Bu çalışmada hemşirelerin fiziksel aktivite düzeylerinin sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinden de etkilendiği görülmüştür (Tablo 5). Çalışmamızda;20-30 yaş grubundaki hemşirelerin %72.6' sının, 31-40 yaş grubundaki hemşirelerin %83.4'ünün, 41 yaş ve üzerindeki hemşirelerin ise %91.4'ünün fiziksel olarak aktif olmadığı veya fiziksel aktivite düzeyinin düşük olduğu, fiziksel aktivite düzeyi bakımından yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Benzer olarak Burton ve Turrell'in (71) çalışmasında, yaş ile fiziksel aktivite düzeyi arasında negatif ilişki bulunmuş olup yaş arttıkça fiziksel aktivitenin azaldığı bildirilmiştir. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında da erişkinlerde yaş arttıkça fiziksel aktivite düzeyinin azaldığı gösterilmiş olup çalışmamızın sonuçlarının Türk toplumundaki eğilimi yansıttığı söylenebilir (72).

Dünyada ve ülkemizde erkeklerin kadınlara oranla fiziksel aktivite düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir (66, 72). Çalışmamızda da benzer şekilde, kadın hemşirelerin

sadece %15.7' sinin, erkek hemşirelerin de %45.9'unun fiziksel aktivite düzeyinin yeterli olduğu ve cinsiyetlerin arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Kürklü (80) sağlık personelinin fiziksel aktivite durumlarını değerlendirdiği çalışmada, erkeklerin fiziksel aktivite seviyelerinin kadınlardan daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Ancak bu çalışmada yer alan sağlık personeli içinde hemşireler ayrıca belirtilmemiştir. Bunun dışında sağlık çalışanlarında veya hemşirelerde fiziksel aktivite düzeyinin cinsiyetlere göre farklılığını ortaya koyan çalışma bulgularına rastlanmamıştır. Ancak farklı yaş ve meslek gruplarında yapılan çalışmalarda erkeklerin fiziksel aktivite seviyelerinin kadınlardan daha yüksek olduğu gösterilmiştir (16, 73-78).

Çalışmamızda evli hemşirelerin %14.1'inin, bekar hemşirelerin %31.7'sinin fiziksel aktivite düzeyinin yeterli olduğu bulunmuş, ancak her iki grupta da yeterli fiziksel aktivite oranının düşük olduğu değerlendirilmiştir. Bulut (79), bir rehabilitasyon merkezindeki personelin fiziksel aktivite düzeylerini değerlendirdiği çalışmada, bekarların evlilere oranla fiziksel aktivite düzeylerini daha yüksek bulmuş olup, bizim çalışmamızın sonucuna paralellik göstermektedir. Ancak literatürde konu ile ilgili çalışmaların farklı sonuçlar da ortaya koyduğu, evlilerde bekarlara oranla fiziksel aktivite düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (80-82). Elde ettiğimiz sonuç doğrultusunda, evli hemşirelerin iş saatleri dışında kalan zamanlarının çoğunluğunu ev yaşamına ayırdıkları, bu nedenle fiziksel aktivite düzeylerinin daha düşük olduğu söylenebilir.

5.2. Hemşirelerde yaşam kalitesi

Çalışmamızda hemşirelerin yaşam kalitesi puan ortalamaları sırasıyla, fiziksel fonksiyon için 74.98 ± 19.93 , fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı için 70.99 ± 37.93 , bedensel ağrı için 64.02 ± 20.01 , genel sağlık için 56.54 ± 15.62 , mental sağlık için 64.48 ± 16.24 , emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı için 69.39 ± 40.38 , sosyal fonksiyon için 62.75 ± 25.75 ve canlılık/enerji alt boyutu için ise 53.59 ± 19.55 olarak bulunmuştur (Tablo 3). Aksungur (83)'un ebe ve hemşirelerde yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada da benzer şekilde, katılımcıların fiziksel sağlık boyutunda en yüksek ($74,51 \pm 23,21$), canlılık / enerji boyutunda ise en düşük ($50,16 \pm 20,48$) puanları aldıkları gösterilmiştir. Kızılırmak ve Demir'in (84) çalışmada da hemşirelerin fiziksel fonksiyon puan ortalamaları $75,12 \pm 20,42$, canlılık / enerji puan ortalamaları $46,82 \pm 10,51$ olarak bulunmuştur. Hemşirelerin yoğun iş yükü, nöbetler, çalıştıkları birimlerde yaşanan sorunlar, ağır hastalara bakım verme gibi nedenlerle stres ve gerginlik yaşadıkları

bilinmektedir. Bu faktörlerin hemşirelerde yaşam kalitesinin canlılık/enerji boyutunun daha düşük olmasına neden olabileceği değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinin yaşam kalitesini etkilediği görülmüştür. Hemşirelerin yaş grupları ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 6). Farkın 20-30 ve 31-40 yaş gruplarından kaynaklandığı, yaş arttıkça yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon boyutunun olumsuz etkilendiği görülmüştür. Yaşam kalitesinin diğer alt boyutları puan ortalamaları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde, belli yaş gruplarına yönelik çalışmalarda, yaşın yaşam kalitesi için önemli bir etken olduğu gösterilmektedir. Benzer olarak Aksungur (83) tarafından ebe ve hemşirelerle yapılan çalışmada, 24 yaş ve üzerindeki hemşirelerin yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon alt boyutu puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Koltarla (86) çalışmasında ileri yaştaki hemşirelerin, yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon düzeylerinin düşük olduğunu bulmuştur. Bazı benzer çalışmalarda da hemşirelerin çalışma yılları arttıkça fiziksel fonksiyon boyutunun olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (83, 86). Çalışma yılı fazla olan hemşirelerin yaşlarının da ileri olacağı düşünülerek, bu sonuçların da çalışmamızın sonuçlarına paralel olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin cinsiyetleri ile yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, erkek hemşirelerin tüm alt boyut puan ortalamalarının kadınlardan daha yüksek olduğu, emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarda gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 7). Kızılırmak ve Demir'in çalışmasında (84) kadın hemşirelerin fiziksel rol boyutunda erkeklerden daha düşük puan aldıkları belirtilmiştir. Farrokhian ve ark. (87)'nin çalışmasında da erkek hemşirelerin mental ve fiziksel sağlık puanlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Hemşireler dışında farklı gruplarla yapılan benzer çalışmalarda da genel olarak erkeklerin yaşam kalitelerinin kadınlardan daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (88-91). Kadınların toplumsal cinsiyet rollerinden beklenen aile içi rol ve sorumluluklarının fazla olması, bireysel gereksinimlerinin erkeklerden farklı olması ve iş yükü nedeniyle fiziksel ve duygusal olarak daha fazla zorlandıkları ve dolayısıyla yaşam kalitelerinin erkeklerden daha düşük olduğu değerlendirilmektedir.

Hemşirelerin medeni durumları ile yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında bekar hemşirelerin tüm alt boyut puan ortalamalarının evli hemşirelerden daha yüksek olduğu, fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı, bedensel ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon ve canlılık/ enerji alt boyutlarında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 9). Benzer sonucu ortaya koyan az sayıda çalışma (87, 92) olmasının yanı sıra aksi yönde sonuçlar gösteren çalışmalar da mevcuttur (93, 94). Literatürde genel olarak evli bireylerin yaşam kalitesinin bekarlardan daha yüksek olduğu; evli olmanın ve bir eş ile yaşamının bireylerin sosyal destek sistemlerini arttırdığı, ekonomik açıdan güçlendirdiği ve yalnızlığı azalttığı, dolayısıyla yaşam kalitesini yükselttiği belirtilmektedir (95). Bizim çalışmamızda aksi yönde bir sonuç elde edilmesi, çalışma grubunun farklılığına bağlanabilir.

Kronik hastalıkların getirdiği kısıtlamalar ve tedavilerin yarattığı anksiyetenin, bireylerin fiziksel ve sosyal yaşamlarını, dolayısıyla yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği bilinmektedir. Çalışmamızda kronik hastalığı bulunmayan hemşirelerin, kronik hastalığı olanlara göre yaşam kalitesinin birçok alt boyutunda daha yüksek puanlar aldıkları görülmüş ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 11). Benzer olarak, Şahin ve ark. (96) hemşirelerde kronik hastalıkların bulunmasının yaşam kalitesini azalttığını bildirmiştir. Ayrıca çalışmamızda, sürekli ilaç kullanan hemşirelerde yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı, bedensel ağrı, genel sağlık, canlılık /enerji alt boyutları puan ortalamalarının daha düşük bulunması da bu sonucu destekler niteliktedir (Tablo 12). Fiziksel aktivitenin sağlığın önemli bir belirleyicisi olmasından hareketle (95-98), kronik hastalıkların bireylerin fiziksel aktivitelerini kısıtlayabildiği, dolayısıyla yaşam kalitesini azalttığını da söyleyebiliriz. Nitekim çalışmamızda fiziksel aktivite düzeyi yeterli olan hemşirelerin yaşam kaliteleri daha yüksek bulunmuş ve bu sonucun da kronik hastalığı bulunanlarda yaşam kalitesinin daha düşük olmasını desteklediği değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin BKİ ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon ve bedensel ağrı alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. BKİ'ye göre obez olan hemşirelerin, yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon ve ağrı alt boyutlarının olumsuz etkilendiği görülmüştür (Tablo 10). Fine ve ark. (99)'nın çalışmasında kadınlarda kilo kaybının, yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon ve ağrı boyutlarında iyileşmeyi sağladığını ortaya koymuşlardır. Fazla kilolu ve obez bireylerin

daha az aktif olmaları, günlük yaşam aktivitelerinde ve iş ortamında daha fazla zorluk yaşamalarının, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği değerlendirilmiştir.

5.3. Hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri ile yaşam kalitelerinin karşılaştırması

Çalışmamızda hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki incelendiğinde, hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri arttıkça yaşam kalitesinin tüm alt boyut puanlarının arttığı, emosyonel rol kısıtlılığı hariç tüm alt boyutlarda yaşam kalitesi ile fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 4). Literatürde hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışma bulgularına rastlanmamıştır. Farklı gruplarla yapılan çalışmaların sonuçları, çoğunlukla bizim çalışmamıza benzer sonuçları ortaya koymaktadır. Kürklü'nün (80) bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan sağlık personelinde fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesine etkisini incelediği tez çalışmasında, fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan bireylerin yaşam kalitesinin tüm boyutlarından aldıkları puanların daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Gomez ve ark. (104)'nın erişkin kadınlarda fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesine etkisini incelediği çalışmasında, orta ve yüksek düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda yaşam kalitesinin fiziksel ve mental boyutlarının olumlu etkilendiği bildirilmiştir. Bunların dışında farklı gruplarla yapılan çalışmalarda fiziksel aktivitenin yaşam kalitesini arttırdığına yönelik sonuçlar elde edilmiştir (100-103). Farklı bir sonuç olarak, Vatansever ve ark. (21)'nin çalışmasında, orta yaşlı bireylerde fiziksel aktivite düzeyine göre yaşam kalitesi puanlarının anlamlı olarak değişmediği saptanmıştır.

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular, fiziksel aktivitenin yaşam kalitesini arttırdığını, fiziksel aktivite düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin tüm boyutlarının olumlu yönde etkilendiğini ortaya koymuştur.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Hemşirelerde fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bu çalışmanın sonuçları şu şekildedir:

- Hemşirelerin yaş ortalaması 33.10 ± 6.44 yıl olup, %40.5'i 20-30 ve %46.4'ü 31-40 yaş grubundadır.
- Hemşirelerin %86.2'si kadın, %67.2'si evli, %61.8'i lisans mezunudur.
- BKİ'ye göre hemşirelerin %57.7'sinin normal kilolu, %32.1'inin fazla kilolu olduğu, %16.1'inde kronik hastalık bulunduğu ve %14.9'unun sürekli ilaç kullandığı belirlendi.
- Hemşirelerin %32.1'inin fiziksel olarak aktif olmadığı, %48.0'inin fiziksel aktivite düzeyinin düşük ve %19.9'unun fiziksel aktivite düzeyinin yeterli olduğu saptandı.
- Erkek, bekar ve 20-30 yaş grubundaki hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyinin daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Hemşirelerin yaşam kalitesi puan ortalamaları sırasıyla, fiziksel fonksiyon için 74.98 ± 19.93 , fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı için 70.99 ± 37.93 , bedensel ağrı için 64.02 ± 20.01 , genel sağlık için 56.54 ± 15.62 , mental sağlık için 64.48 ± 16.24 , emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı için 69.39 ± 40.38 , sosyal fonksiyon için 62.75 ± 25.75 ve canlılık/enerji alt boyutu için ise 53.59 ± 19.55 olarak bulundu.
- Erkek hemşirelerin yaşam kalitesinin tüm alt boyut puan ortalamalarının kadın hemşirelerden daha yüksek olduğu, emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarda gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.
- Bekar hemşirelerin yaşam kalitesinin tüm alt boyut puan ortalamalarının evli hemşirelerden daha yüksek olduğu, fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı, bedensel ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon ve canlılık/enerji alt boyutlarında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.
- BKİ'ye göre obez olan hemşirelerin, yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon ve ağrı alt boyut puanlarının daha düşük olduğu görüldü.
- Kronik hastalığı bulunan ve sürekli ilaç kullanan hemşirelerin yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı, bedensel ağrı, genel

sağlık, canlılık/ enerji alt boyutları puan ortalamalarının kronik hastalığı olmayan hemşirelerden daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

- Hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri arttıkça yaşam kalitesinin tüm alt boyut puanlarının arttığı, emosyonel rol kısıtlılığı hariç tüm alt boyutlarda yaşam kalitesi ile fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü.

Sonuç olarak, hemşirelerde fiziksel aktivitenin yaşam kalitesini arttırdığını, fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan hemşirelerin yaşam kalitelerinin de yüksek olduğu bulundu.

6.2. ÖNERİLER

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Kadın, evli ve 30 yaş üzerindeki hemşirelerin fiziksel aktivite düzeylerini arttırmaya yönelik motive edici eğitimler planlanması ve uygulanması,
- Sağlık kurumlarında hemşirelerin fiziksel aktivite / egzersiz yapmalarını mümkün olduğunca kolaylaştırıcı fiziksel ortam/tesislerin hazırlanması ve uygun zaman düzenlemelerinin yapılması, tüm sağlık ekibinin katılabileceği sportif faaliyetlerin planlanması ve uygulanması,
- Lisans eğitimi süresince hemşirelik öğrencilerine fiziksel aktivitenin önemi ve yararları konusunda tekrarlı eğitimler yapılması, fiziksel aktiviteyi arttırıcı ve motive edici sosyal ve sportif faaliyetler planlanması ve uygulanması,
- Hemşirelerin fiziksel aktivite düzeylerini arttırılması ve sonuçlarının değerlendirilmesine yönelik araştırmaların planlanması ve uygulanması önerilmektedir.

Hemşirelerin yeterli fiziksel aktivite yapmalarının yaşam kalitesini arttırdığı sonucundan hareketle, yaşam kalitesi yüksek olan hemşirelerin daha kaliteli sağlık bakım hizmeti sunmaları sağlanacaktır.

7. KAYNAKÇA

1. Kaptan G., Dedeli Ö.,(2012). *Teoriden uygulamaya temel iç hastalıkları hemşireliği kavram ve kuramlar*. İstanbul Tıp Kitabevi.34-38.
2. Kruk J. Review. Physical Activity in the Prevention of the Most Frequent Chronic Diseases: an Analysis of the Recent Evidence. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 8, 325-338
3. Ovayolu N., Ovayolu Ö.,(2017). *Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar*. Nobel Tıp Kitabevi.
4. Kumsar A.K., Yılmaz F.T., (2014) Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış Derleme. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. Cilt:2, Sayı:2,
5. World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Chapter 4: Recommended population levels of physical activity for health, pp.15-33, 2010.
6. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ankara 2013; Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş 10. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Basımevi; 2011. p. 210-14.
7. World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Chapter 4: Recommended population levels of physical activity for health, pp.15-33, 2010.
8. EU Physical Activity Guidelens, Recommended Policy Actions in Support Of Health-Enhancing Physical Activity. Brussels, 10 October 2008.
9. Karadakovan A., Aslan F.E., (2014). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Akademisyen Tıp Kitabevi. 91-105
10. Can S., Ersöz G. Arslan E., (2014). Güncel Bakış açısı ile fiziksel aktivite. Ankara Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi 2014.
11. Lee, M., Shiroma, E.J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S., Katzmarzyk, P.T.(2012). For The Lancet Physical Activity Series Working Group. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy, *The Lancet*, pp. 219-229.

12. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı Yayın No:940, Ankara ve Yayın Tarihi:2014.
13. Lewis S.L., Heitkemper M.M., Dirksen S.R., O'Brien P.G., Bucher L. (2014). Medical Surgical Nursing Assesment And Management Of Clinical Problems Volume 1, Seventh Edition; National Center for chronic Disease Prevention and Health Promotion. Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity. *State Indicator Report on Physical Activity*.
14. Mozaffarian D., Benjamin E., Go A.S., (2016). Et Al. Heart disease and stroke statistic - 2016 Update. *AHA Statistical Update. Circulation 133:e599*.
15. Haskell W.L, Lee I-M, Powell K.E, Blair S.N., (2007) Physical activity and public Health Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association, *Circulation; 116:1081-1093*.
16. Genç A, Şener Ü, Karabacak H, Üçok K.(2011) Kadın ve erkek genç erişkinler arasında fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi farklılıklarının araştırılması. *Kocatepe Tıp Dergisi; 12: 14*.
17. Chappel S.E., Verswijvere S.J.J.M., Aistbett B., Considine JK. Nurses occupational physical activity levels: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies 73(2017) 52-62*.
18. Kuşuoğlu S., Demirbağ B.C.,(2015) Aile Temelli Sağlık Yaklaşımı. Akademisyen Tıp Kitabevi. Sayfa:355.
19. Fiziksel Aktivite Beslenme ve Sağlıklı yaşam T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Dairesi Başkanlığı tarafından bastırılmıştır.
20. Türkiye Diyabet Vakfı, Ulusal Diyabet Konsensus Grubu, Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2016;14-60.
21. Vatanserver Ş., Ölçücü B., Özcan G., Çelik A., (2015) Orta yaşlılarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Uluslar arası eğitim bilimleri dergisi Yıl: 2, Sayı: 2*.

22. Haskell, W.L., Kiernan, (2000).M. Methodological issues in measuring physical activity and physical fitness when evaluating the role of dietary supplements for physically active people. *Am. J. Clin. Nutr*, 72, 541-550.
23. Kayapınar, Ç.F. (2012). Physical activity levels of adolescents. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 47, 2107-2113.
24. Gökdemir, K., Koç, H., & Yüksel, O. (2007). Aerobik antrenman programının üniversite öğrencilerinin bazı solunum ve dolaşım parametreleri ile vücut yağ oranı üzerine etkisi. *Egzersiz çevrim içi dergisi*, 1, 44-49.
25. ACSM. Position stand on exercise and physical activity for older adults. *Med. Sci. Sports Exerc.* 2007, 30(6): 992-1008.
26. Bek, N. (2008). Fiziksel aktivite ve sağlığımız. (1. Baskı). Ankara: Klasmat Matbaacılık. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı Yayın No:940, Ankara ve Yayın Tarihi:2014.
27. Alpözgen AZ., Özdiñler AR., (2016). Fiziksel aktivite ve koruyucu etkiler. Derleme. *HSP*;3(1):66-72.
28. Bek, N. (2008). Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız, Hacettepe Üniversitesi- Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730, Şubat 2008,1. Basım Ankara.
29. Bulut S., Sağlıkta sosyal bir belirleyici; fiziksel aktivite; Derleme. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi Cilt:70, Sayı:4 2013*.
30. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kurumu. Aile Hekimliği <http://ailehekimligi.gov.tr/salk-ve-bakm/265-fiziksel-aktivite.html> [27.03.2018].
31. Günaydın B. Fiziksel aktivite ve fiziksel etkinliğin ölçüm yöntemleri, https://prezi.com/gb0lu2mnavgf_/fiziksel-aktivite-ve-fiziksel-etkinligin-olcum-yontemleri/ [15.11.2017].
32. Kriskai A.M., Caspersen C.J. (1997). A collection of physical activity questionnaire for health-related research. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 29, 6, 201-205.

33. Şahin, G. (2010). Yaşlılarda fiziksel aktivite düzeyi değerlendirme yöntemleri. *Turkish Journal of Geriatrics*, 14, 2, 172-178.
34. Can S., Arslan E., Ersöz G., (2014). Güncel bakış açısı ile fiziksel aktivite. Ankara Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi, 12(1), 1- 10.
35. Malina, R.M., Bouchard, C., Bar-Or, O. (2004). Growth, maturation and physical activity, (Second edition). *Human Kinetics, USA*.
36. Reaburn P. Dascombe B. Reed R. Weyers J. Jones A. Practical Skills in Sport and Exercise Science First Ed. *Pearson Education, 2011: p.281-293*.
37. Özüdoğru E. (2013), üniversite personelinin fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Ve Spor Öğretimi Programı, Burdur, (Tez Danışmanı Doç. Dr. Fatma Çelik Kayapınar).
38. Pate, R.R., Pratt, M., Blair, S.N., Haskell, W. L., Macera, A.M., Bouchard, C., ve ark. (1995). Physical activity and Public Health. A Recommendation From the centers for Disease control and prevention and the American college of Sports Medicine. *Jama (The journal of the American Medical Association)*, 273, 402-407.
39. Lamb KL. ve Brodie DA. The assesment of physical activitiy by leisure-time physical activity questionnaire. *Sports Med. 1990,103:169-180*.
40. Dubbert, P.M., Weg, M.W.V., Kirchner, K.A., Shaw, B. (2004). Evaluation of the 7-day physical activity recall in urban and rural men. *Medicine and Science in Sport and Exercise* 36, 1646-1654.
41. Bouchard C. Physical Activity and Obesity. *Human Kinetics. USA 2000: p.133-150*.
42. Lamonte, M.J., Ainsworth, B.E. (2001). Quantification of energy expenditure and physical activity in the context of dose-response. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 33, 6, 370-378.
43. Skevington, S., M., Loftly, M., O'Connell, K., A. (2003) The World Health Organization's WHOQOL-BREF Quality of Life Assesment:Psychometric Properties and Results of the İnternational Field Trial A Report from The WHOQOL Group. *Quality of Life Research* 13:299-310.

44. Levine, R.J. (1996). Quality of life assessments in clinical trials: an ethical perspective. In: Bert Spilker, Ph.D., M.D. (Ed.), *Quality of life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. 2nd edition. Philadelphia: *Lippincott-Raven Publishers*, (pp. 51, 489-495).
45. Michalos A., *Essays on the Quality Of Life*, Kluwer Academic Publishers, London, 2003: 153-182.
46. Fayers M., Machin D., *Quality Of Life*, England, 2000: 3-27.
47. Kumsar A.K., Yılmaz F.T., Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış: Derleme. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi Cilt:2, Sayı:2, 2014*.
48. Acree L.S., Longfors J., Fjeldstad A.S., Fjeldstad C., Schank B., Nickel K.J., (2006) et al. Physical Activity is Related To Quality of Life in Older Adults. *Health and Quality of Life Outcomes*. 4:37.
49. Vuillemin, A., Boini, S., Bertrais, S., Tessier, S., Oppert, j.M., Hercberg S., Guillemin, F., Briancon, S. (2005) Leisure time physical activity and health related quality of life. *Preventive Medicine* 41: 562– 569.
50. Stathi A., Simey, P.(2007) Quality of Life in the Fourth Age: Exercise experiences of nursing home residents. *Journal of Aging and Physical Activity*. 15:272-286.
51. Barron DN, West E.(2007). The emotional costs of caring incurred by men and women in the British labour market. *Soc Sci Med*; 65:2160-71.
52. Kavlu İ, Pınar R.(2009). Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*; 29:1543-55.
53. Kılınç, H., Bayrakdar, A., Çelik, B., Mollaoğulları, H., & Gencer, Y. G. (2016). Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi. *Journal of Human Sciences*, 13(3), 3794-3806.
54. Krzepota J., Biernat E., Florkiewicz B., (2015). The Relationship Between Levels Of Physical Activity And Quality Of Life Among Students Of The Third Age Cent Eur J Public Health ; 23(4):335-339.

55. Yıldırım A., Hacıhasanoğlu R.. (2011). Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. *Journal of Psychiatric Nursing*;2(2):61-6.
56. French SE, Lenton R, Walters V,(2000). Eyles J. An empirical evaluation of an expanded Nursing Stress Scale. *J Nurs Meas* ;8:161-78.
57. Kim Y. Effect Factors on Health Promotion Lifestyle of Shift Work Nurses. *Korean J Occup Health Nurs*. 2011;20:356–364.
58. Tayebeh Moradi 1; Farzaneh Maghaminejad 1; Ismail Azizi-Fini. Quality of Working Life of Nurses and its Related Factors. *Nurs Midwifery Stud*. June 2014; 3(2).
59. Farrokhian A.R., Motaghi M., (2016)Sharif M.R. Quality of Life in Nurses; Case Study of Shahid Beheshti Hospital of Kashan City, Iran. *Int Arch Health Sci Summer Vol. 3, Iss. 3*).
60. Haddad L, Kane D, Rajacich D, Cameron S,(2004) Al-Ma'aitah R. A Comparison of Health Practices of Canadian and Jordanian Nursing Students. *Public Health Nurs*. 2004;21:85–90.
61. Van Amelsvoort LG, Schouten EG, (1999) Kok FJ. Duration of shiftwork related to body mass index and waist to hip ratio. *Int J Obes Relat Metab Disord.*;23:973–8.
62. Craig, C., Marshall, A., Sjöström, M., Bauman, A., Booth, M., Ainsworth, B., et al. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* , 35 (8), 1381-1395.
63. Öztürk M. (2005). Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,2005.
64. Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., & Memiş, A. (1999). Kısa Form-36 (KF-36)' nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği . *İlaç ve Tedavi Dergisi* (12), 102-106.
65. Ware, J. J., & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* , 30 (6), 473-483.

66. Mozaffarian D., Benjamin E., Go A.S., (2016). Et Al. Heartdiseaseandstroke statistic-2016 Update. *AHA Statistical Update. Circulation* 2016;133:e599.
67. Jakicic, J.,Otto A. (2005). Physicalactivityconsiderationsfort he treatmentandprevention of obesity. *TheAmericanJournal Of ClinicalNutrution*, 82(1),226-229.
68. Haddad L, Kane D, Rajacich D, Cameron S, (2004). Al-Ma'aitah r.a comparison of healthpractices of canadianandjordanian nursing students. *Publichealthnurs*; 21:85–90.
69. Özkan, S., Yılmaz, E. (2008). Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat sağlık hizmetleri dergisi*, 3(7), 90.
70. Kitiş Y., Gümüş Y.(2015) 20 yaş ve üzeri kadınların fiziksel aktivite düzeyleri, fiziksel aktiviteye ilişkin inançları ve davranış aşamalarının belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane UniversityJournal of Health Sciences*;4(3).
71. Burton NW., Turrell G.,(2000). Occupation,hoursworkedandleisure- time physicalactivity. *Prev Med*.2000; 31:673-681.
72. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı Yayın No:909, Ankara ve Yayın Tarihi: 2013.
73. Vural, Ö. (2010). Masa başı çalışanlarda fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi ilişkisi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Hareket Bilimleri Programı, Ankara.
74. Öner S.,(2016) Fırat Üniversitesinde çalışan akademik personelin fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Elazığ.
75. YerlisuLapa , T. , Haşıl Korkmaz , N .(2017). Fiziksel aktivite düzeyinin negatif ve pozitif duygu durumuna etkisinin cinsiyete göre karşılaştırılması: Akdeniz ve Uludağ Örneği. *Journal Of Human Sciences*:14(4).
76. Cengiz C. (2007). Orta Doğu Teknik Üniversitesi öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri ve egzersiz davranışının değişim basamakları. Yüksek lisans tezi, Ankara;

Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı. 2007.

77. Karaca, A, Turnagöl HH.(2007) IPAQ anketinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Hacettepe üniversitesi spor bilimleri dergisi*, 2007; 18: 68-84.
78. Şanlı , E .(2008).Öğretmenlerde fiziksel aktivite düzeyi yaş, cinsiyet ve beden kitle indeksi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
79. Bulut, S. (2010). Bir fizik tedavi ve rehabilitasyon eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan personelin fiziksel aktivite düzeyi ve ilgili faktörlerin belirlenmesi. Ankara; Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
80. Kürklü S., Bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarında fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesine olası etkilerinin incelenmesi, Türk Hava Kurumu Ün., Sosyal bilimler Enstitüsü, 2014.
81. Arabacı r., Çankaya c., (2007) Beden eğitimi öğretmenlerinin fiziksel aktivite düzeylerinin araştırılması, *Uludağ ün. eğt. fak. Dergisi* ; 1(20):1-15.
82. Özdoğru E., (2013) Üniversite personelinin fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor Öğretimi Programı, Yüksek Lisans Tezi.
83. Aksungur, A. (2009). *Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin İş Doyumu ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
84. Kızılırmak M., Demir S.,(2016). Hastanede çalışan hemşirelerde depresyon ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin Cilt 15; Sayı 2*.
85. Koltarla, S. (2008) *Taksim eğitim ve araştırma hastanesi sağlık personelinin yaşam kalitesinin araştırılması*. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

86. Gholami A, Farsi M, Hashemi Z, Lotfabadi P. (2012) Quality of life in nursesworking in NeyshaburHospitals, *ThritaJournal of MedicalSciences* ;1(3):94-100.
87. Farrokhian A.R.,Motaghi M., Sharif M.R. (2016). Quality of Life in Nurses; Case Study of ShahidBeheshtiHospital of Kashan City, Iran. *IntArchHealthSciSummer 2016, Vol. 3, Iss. 3.*
88. Koçoğlu, D. ve Akın, B. (2009). “Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2(4).
89. Torlak, S. E. ve Yavuzçehre, P. S. (2008). “Denizli kent yoksullarının yaşam kalitesi üzerine bir inceleme”, *çağdaş yerel yönetimler*, 17 (2).
90. Tekkanat, Ç. (2008). Öğretmenlik bölümünde okuyan öğrencilerde yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite düzeyleri. Denizli, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sporda Psiko-Sosyal Alanlar Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.
91. Genç, A., Şener, Ü., Karabacak, H., Üçok, K. (2011). Kadın ve erkek genç erişkinler arasında fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi farklılıklarının araştırılması. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 12: 145-150.
92. Alexandre, T.,Cordeiro, R., &Ramos, L. (2009). Factorsassociatedtoquality of life in activeelderly. *Rev.SaudePublica* , 43 (4), 613-621.
93. Perim, A. (2007). “Trakya Üniversitesi eğitim, araştırma ve uygulama hastanesi'nde çalışan hemşirelerin kaliteli yaşam algısının belirlenmesi”, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Trakya.
94. Avcı, K. ve Pala, K. (2004). “Uludağ Üniversitesi tıp fakültesinde çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi”, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(2), 8185.
95. Boylu A., A., Paçacıoğlu B., (2016) Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Akademik araştırmalar ve çalışmalar dergisi*, Cilt:8, Sayı:15.

96. Şahin DS, Önal Ö, Sütü SP, Kılınç AS, Mutluay D. (2014). Acil servis ve yoğun bakımda çalışan hemşirelerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, *MAKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*;2(2):81-92.
97. Bulut S., (2013). Sağlıkta sosyal belirleyici; fiziksel aktivite. *Türk hijyen ve deneysel biyoloji dergisi*; 70(4):205-214 Ankara.
98. Kruk J., (2007). Physical activity in the prevention of the most frequent chronic diseases: an analysis of the recent evidence. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, Vol 8*.
99. Jennifer T. Fine, ScD., Graham A. Colditz, MD., Eugenie H. Coakley, MA, MPH., George Moseley, JD, MBA., JoAnn E. Manson, MD., Walter C. Willet, MD., Ichiro Kawachi, MD. A Prospective Study of Weight Change and Health-Related Quality of Life Women. *American Medical Association. All rights reserved. December 8, 1999- Vol 282, No.22*.
100. Diane L., Cara, C., Erin, J., Christine, M., Rennae, A., Melanie, M., et al. (2013). Physical activity and quality of life. *J PrevMedPublicHealth. , 46 (1), 28-34*.
101. Koçak FÜ, Özkan F. (2010). Yaşlılarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi. [Physical Activity Levels and the Quality of Life in the Elderly.] *Türkiye Klinikleri J Sports Sci; 2: 46*.
102. Karaca, A.A. & Yerlisu Lapa, T. (2016). Examining of leisure time participation, psychological well-being and leisure negotiation of university students. *International journal of human science, 13 (2), 3293-3304*.
103. Kılınç, H., Bayraktar, A., Çelik, B., Mollaoğulları, H., & Gencer, Y. G. (2016). Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi. *Journal of Human Sciences, 13(3), 379*.
104. Luis F. Gomez., Jose Merone- Olga L. Gomez., Rocio Carvajal., Diana C. Parra. Physical activity and health-related quality of life among adult women in Cali, Colombia: a cross-sectional study. *Qual Life Res (2013) 22:2351-2358*.

8.EKLER

EK-1

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU TOPLANTI TUTANAĞI

Karar no : 2017/011

Karar tarihi : 18.04.2017

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Enstitü Yönetim Kurulu 18.04.2017 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

1- Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
154101050 Çiğdem KULOĞLU	Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi
164101020 Elvan DEMİR	Genel cerrahi ünitesinde ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi
164101013 Fikret KILINÇ	Hemşirelerde fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi
164101005 Hüseyin SEVER	Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği taburcu olan annelerin bebeğin bakımına ilişkin kaygılarının değerlendirilmesi
164101006 İsmail ÖZTAŞ	Acil servis hemşirelerinin şiddete maruz kalma durumları ve baş etme yöntemlerinin belirlenmesi
164101074 Veysi TÖR	Hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve hastalıkları konusundaki bilgi düzeylerinin incelenmesi
164101073 Sima ANNAÇ	Koroner arter hastalığı olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin incelenmesi
164101072 Yusuf İNAL	Ameliyat öncesi verilen planlı eğitimin hastanın ameliyata bağlı kaygı ve ağrı algısı üzerine etkisi
164101075 Zekeriya SAKMAN	Koroner hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi

2- Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
154102046 Mustafa Rıdvan CEYLAN	Diş hekimleri ve diş hekimliği öğrencilerinin üst ekstremitte kas iskelet sistemi rahatsızlıklarının araştırılması ve üst ekstremitte germe ve gevşeme egzersizlerinin etkisinin karşılaştırılması
154102001 Bayram DÜNDAR	Hemiplejik serebral palsi'li çocuklarda omuz stabilizasyon egzersizlerinin el fonksiyonları üzerine etkisi
164102044 Burcu BAĞCI	Miyofasiyal ağrı sendromu olan hastalarda farklı fizyoterapi uygulamalarının ağrı, özür ve yaşam kalitesi üzerine etkisi
154102027 Satriye KALKAN	Servikal problemlerle birlikte temporomandibular eklem disfonksiyonu olan hastalarda temporomandibular eklem tedavisinin etkinliğinin incelenmesi
154102047 Zehra KILIÇ	Erken dönem serebral palsili çocuklarda servikal bölge egzersizlerinin üst ekstremitte fonksiyonelliğine etkisi
164102036 Sedef ERGİN	Sağlıklı bireylerde "Türk Kalkışı" egzersizinin fiziksel uygunluk parametreleri üzerine etkileri
154102013 Sadık YILDIZ	Bakım evinde yaşayan yaşlı bireylerde egzersiz eğitiminin postüral kontrol ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi

EK-1 DEVAMI

(2021/2022 DÖNEMİ VE 16.09.2021 TARİHİNİN SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÖNETİM KURULU KARARI 2. SAYFASIDIR.)

154102022 Kevser ASLAN	Depresyon tanısı almış kadınlarda denge eğitiminin yaşam kalitesi ve denge üzerine etkisi
154102041 İdris DOĞAN	Presbiyobik kişilerde göz egzersizlerinin görme fonksiyonu ve ince motor becerileri üzerine etkisinin incelenmesi
154102044 Fatma Beyza POLAT	Total diz replasmanı geçirmiş bireylerde geç dönem egzersiz eğitiminin etkinliğinin karşılaştırılması
154102020 Elif Nur BOZ	Nörolojik defisiti olmayan lomber bölge patolojilerinde denge eğitiminin fonksiyonel özür, ağrı düzeyi ve denge üzerine etkisi
164102020 Aysun KAPLAN	Adölesan taekwondo sporcularında pliometrik eğitiminin fiziksel uygunluk parametrelerine etkisi
164102018 Eylül Pınar KISA	Omuz Bölgesi Tendon Patolojilerinde Fonksiyonel Değerlendirme Yönteminin Etkinliğinin İncelenmesi

3- Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
164103025 Birsen KARA	Üniversite öğrencilerinin besin desteği kullanma durumlarının belirlenmesi
164103021 Ayşe Gökçe ALP	Otistik bozukluğu olan çocukların beslenme durumlarının tanımlanması ve ailelere verilen beslenme eğitiminin etkisinin belirlenmesi
164103004 Gamze TULUKÇU	Adana ili'nde iki farklı huzurevinde yaşayan yaşlılarda malnutrisyon durumunun tarama testleri ile belirlenmesi

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Ayşe YAVA
Başkan
(Enstitü Müdürü)

Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR
Üye
(Enstitü Müdür Yardımcısı)



Aylin FİLİZ
Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sekreteri

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Üye

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye

ASLI GİBİDİR

Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ
Üye

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Yüksekokulu)

02.05.2017

Sayın Fikret KILINÇ

“Hemşirelerde Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” konulu çalışmanız 02.05.2017 tarih ve 2017-05 nolu girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Rektör Yardımcısı
Etik Kurul Başkanı

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARARI**

Karar No : 2017/05
Karar Tarihi : 02.05.2017

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu aşağıdaki kararları almıştır.

Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR'ın "...*Hemşirelik Öğrencilerinin Mizah Tarzlarının ve Mizahla Başa Çıkma Becerilerinin Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Yusuf İNAL'ın "...*Ameliyat Öncesi Verilen Planlı Eğitimin Hastanın Ameliyata Bağlı Kaygı ve Ağrı Algısı Üzerine Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Zekeriya SAKMAN'ın "...*Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Veysi TÖR'ün "...*Hipertansif Hastaların İlaç Tedavisine Uyumluluğu ve Hastalıkları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Fikret KILINÇ'ın "...*Hemşirelerde Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Mustafa Rıdvan CEYLAN'ın "...*Diş Hekimleri ve Diş Hekimliği Öğrencilerinin Kas İskelet Sistemi Problemlerinde Üst Ekstremitelere Germe ve Gevşeme Egzersizlerinin Etkisinin Araştırılması...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Elvan DEMİR'in "...*Genel Cerrahi Ünitesinde Ameliyat Olan Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
İsmail ÖZTAŞ'ın "...*Acil Servis Hemşirelerinin Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Baş Etme Yöntemlerinin Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ'ın "...*Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulunda Öğrenim Gören Kız Öğrencilerinin Serviks Kanseri, Human Papilloma Virüsü (HPV) ve HPV Aşısının Farkındalıklarının Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Burçak ÖCAL'ın "...*Koroner Bypass Greft Yapılan Hastaların Fizyoterapi Beklentileri ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Gamze TULUKÇU'nun "...*Adana İli'nde İki Farklı Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Malnutrasyon Durumunun Tarama Testleri ile Belirlenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Çiğdem KULOĞLU'nun "...*Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Aile Merkezli Bakıma İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Sima ANNAÇ'ın "...*Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
İnci ARPACI'nın "...*Diyabet Okulunun Diyabetli Bireylerde Öz Etkililik Algısına Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Burcu BAĞCI'nın "...*Miyofasiyal Ağrı Sendromlu Hastalarda Farklı Fizyoterapi Uygulamalarının Ağrı, Özür ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Sadık YILDIZ'ın "...*Bakımevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Egzersiz Eğitiminin Postür Kontrol ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Tahir DEDEOĞLU'nun "...*Fizyoterapistlerin Mesleki Profesyonelliklerini Uygulayabilme Düzeylerinin Araştırılması...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Mutlu Erdi BİLECEN'in "...*Kotesistektomi Ameliyatı Olan Hastalara Saptanan Gereksinimler Doğrultusunda Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi...*" konulu çalışmasının yürütülmesinin,

EK-3 DEVAMI

2017/05 Sayı ve 02.05.2017 Tarihli Girişimsel Olmayan Etik Kurul Kararı 2. Sayfasıdır.
(Fikret KILINÇ)

Birsen KARA'nın "...Üniversite Öğrencilerinin Besin Desteği Kullanma Durumlarının Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Ayşe Gökçe ALP'in "...Otistik Bozukluğu Olan Çocukların Beslenme Durumlarının Tanımlanması ve Ailelere Verilen Beslenme Eğitiminin Etkisinin Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Zerrin DELİN
Başkan

Prof. Dr. Yasemin BEYHAN
Üye

Prof. Dr. S. Mine YURTTAGÜL
Üye

Prof. Dr. Nermin OLGUN
Üye

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye

Prof. Dr. Yavuz YAKUT
Üye

Prof. Dr. Ayla YAVA
Üye

ASLIGIBİDİR

Güven Kağıdı
T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sekreterliği





TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Adıyaman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ADİYAMAN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - ADİYAMAN İLİ KHBGS İSTATİSTİK-
ANALİZ VE RAPORLAMA BİRİMİ
30.03/2017 14.03 - 66243326 - 663.08 - E 321



Sayı : 66243326-663.08
Konu : Araştırma Çalışması

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA
ADİYAMAN

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Fikret KILINÇ, Genel Sekreterliğinize bağlı Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde "Hemşirelerde Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" konulu araştırma tezi çalışmasını uygulamayı talep etmektedir. Anılan araştırma çalışmasının yapılabilmesi için gerekli izin verilmesi hususunu;

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm.Dr.Cengiz YORULMAZ
Tıbbi Hizmetler Başkanı

OLUR

.../.../2017

Uzm.Dr. Erdoğan ÖZ
Genel Sekreter

Tıbbi Hizmetler Başkanlığı - Müşterek Sağlık Hizmetleri Birimi
Barbaros Hayrettin Mh. Atatürk Blv. Yanyolu Merkez/Adıyaman
Faks No:(0416) 213 12 22

e-Posta: ebru.karadas@saglik.gov.tr İnt.Adresi: adiyaman.khb.saglik.gov.tr

Bilgi için: Ebru KARADAŞ

Unvan: TIBBİ SEKRETER

Telefon No: 0 (416) 225 01 95 - 5059

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden a1d6d00a-7a9a-48b5-bcfc-2ed4b053689b kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

HEMŞİRELERDE FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİ İLE YAŞAM KALİTESİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Hasta No:

Adı Soyadı:

Cinsiyet:

Yaş:

Eğitim Durumu :

1)Lise 2)Lisans 3)Diğer (.....)

Medeni Durum:

1) Evli 2) Bekar 3) Diğer (.....)

Boy:cm

Kilo:kg

Kronik Hastalık

1)Var 2)Yok

Sürekli Kullandığınız İlaç

1)Var 2)Yok

ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ

Bu bölümdeki sorular son 7 gün içerisinde fiziksel aktivitede harcanan zamanla ilgilidir. Lütfen son 7 günde yaptığımız şiddetli fiziksel aktiviteleri düşünün. (işte, evde, bir yerden bir yere giderken, boş zamanlarınızda yaptığınız spor, egzersiz veya eğlence vb.)

Şiddetli fiziksel aktiviteler yoğun fiziksel efor gerektiren ve nefes alıp verme temposunun normalden çok daha fazla olduğu aktivitelerdir. Sadece herhangi bir zamanda **en az 10 dakika** süre ile yaptığınız aktiviteleri düşünün.

1.Geçen 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol, veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?

Haftada___**gün**

Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → (3.soruya gidin.)

2.Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız? **Günde**___**saat**

Günde___**dakika**

Bilmiyorum/Emin değilim.

Geçen 7 günde yaptığınız **orta** dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceli aktivite orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün

3.Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız? Yürüme hariç.

Haftada___**gün**

Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. → (5.soruya gidin.)

4. Bu günlerin birinde **orta** dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde___**saat**

Günde___**dakika**

Bilmiyorum/Emin değilim.

Geçen 7 günde **yürüyerek** geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5. Geçen 7 gün, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

Haftada ___ gün

Yürümedim. → (7.soruya gidin.)

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim.

Son soru, geçen 7 günde hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dâhildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Geçen 7 gün içerisinde, günde **oturarak** ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Adı-Soyadı :

Tarih :

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
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 ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	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 aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET HAYIR

- | | | |
|--|---|---|
| a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesin | 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

- | | |
|----------------|---|
| Hiç | 1 |
| Çok az | 2 |
| Orta | 3 |
| Çok | 4 |
| İleri derecede | 5 |
| Çok şiddetli | 6 |

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- | | |
|----------------|---|
| Hiç | 1 |
| Çok az | 2 |
| Orta | 3 |
| Çok | 4 |
| İleri derecede | 5 |
| Çok şiddetli | 6 |

EK-7 DEVAMI

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin 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 sinirli 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 aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

EK-7 DEVAMI

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 kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Bu araştırmanın amacı Hemşirelerde Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi hedeflenmektedir. Bu araştırma çerçevesinde araştırmacı tarafından size yöneltilen soruları cevaplamanız istenecek ve yanıtlarınız araştırmada kullanılmak üzere kaydedilecektir. Araştırma kapsamında vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Bu bilgiler, farklı bir araştırma/uygulamada da kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Bu çalışma sizlere daha iyi hizmet vermeyi ve hasta bakım verenlerin yaşadıkları sıkıntıları belirleyerek daha kaliteli ve destekleyici bir bakım vermek için yapılmaktadır.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün:

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi(varsın telefon numarası):

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının

Adı-Soyadı: Fikret KILINÇ (HKÜ Hemşirelik Yüksek Lisans)

Eposta:fikretkhh@gmail.com

İmzası:

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI İNTİHAL RAPORU FORMU

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tarih: 28/05/2018

Tez Başlığı / Konusu: HEMŞİRELERDE FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİ İLE YAŞAM KALİTESİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 37 sayfalık kısmına ilişkin, 28/05/2018 tarihinde Enstitü Sekreterliği tarafından **TURNİTİN** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil % 21'dir. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).

Uygulanan filtrelemeler:

- Kaynakça hariç
 Alıntılar dahil
 5 kelimededen daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Açıklamalar

Hasan Kalyoncu Üniversitesi **TURNİTİN** adlı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Tarih ve İmza

Adı Soyadı: Fikret KILINÇ
Öğrenci No: 164101013
Anabilim Dalı: HEMŞİRELİK
Programı: HEMŞİRELİK
Statüsü: Y.Lisans Doktora

28.05.2018



DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.



Prof. Dr. Nuran TOSUN

(Ünvan, Ad Soyad, İmza)

ADI SOYADI: Fikret KILINÇ

ÖZGEÇMİŞ

Adıyaman Mekeze bağılı Özelevler Köyünde doğdum. İlköğretimimi Özelevler İlköğretim Okulu'nda tamamladım. Lise eğitimimi Adıyaman Lisesi'nde aldım. 2009 yılında Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Sağlık Memurluğu eğitimimi tamamladım. 2010 yılında Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Devlet Hastanesine atandım. 2011 yılında Adıyaman 82.yıl Devlet Hastanesinde Koroner Yoğun Bakımda çalışmaya başladım. 2013-2017 yılları arasında Adıyaman Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İdari Hizmetlerde çalıştım. 2018 Ocak ayından beri Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Müdür Yardımcısı olarak çalışmaktayım.

