



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**CERRAHİ SERVİSLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN YAŞAM
KALİTESİ VE ETKİLEYEN DEĞİŞKENLERİN BELİRLENMESİ**

ESRA ÇELEBİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL

İSTANBUL-2015



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**CERRAHİ SERVİSLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN YAŞAM
KALİTESİ VE ETKİLEYEN DEĞİŞKENLERİN BELİRLENMESİ**

ESRA ÇELEBİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL

İSTANBUL-2015

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi

Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()

Anabilim Dalı : Hemşirelik ABD

Tez Sahibi : Esra Çelebi

Tez Başlığı : Cerrahi Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi

Sınav Yeri : Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi

Sınav Tarihi : 10.08.2015

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans / Doktora Tezi Olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Kurumu

İmza

Yrd.Doç.Dr. Nihal SUNAL

İstanbul Medipol Üniversitesi

Sınav Jüri Üyeleri

Yrd.Doç.Dr. Sibel DOĞAN

İstanbul Medipol Üniversitesi

Doç.Dr. Ayfer ÖZBAŞ

İstanbul Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun **28../08../2015.** tarih ve **2015...../31..... - 06...** sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğu, tezin planlamasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığı, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynak listesine aldığımı beyan ederim.

21.07.2015

Esra ÇELEBİ

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince beni her zaman sabır ve anlayışla yönlendiren, bilgi ve deneyimleriyle her zaman yanımda olan değerli danışman hocam,

Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL' a

Mesleki gelişimime katkılarından dolayı, beni her zaman destekleyen, güler yüzünü benden hiç esirgemeyen değerli hocam,

Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN' a

İhtiyacım olan her zamanda yanımda olan ve her türlü desteği gösteren kıymetli aileme,

Tüm yoğunluklarına rağmen bu çalışmaya katılma duyarlılığı gösteren Medipol Mega Üniversitesi Hastanesi Hemşirelerine

TEŞEKKÜR EDERİM.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	v
TABLolar VE ŞEKİL LİSTESİ	vi
i. Şekil Listesi	vi
ii. Tablolar Listesi	vii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1.Yaşam Kalitesi	7
4.2.Yaşam Kalitesinin Tanımı ve Önemi	7
4.3.Yaşam Kalitesinin Alanları	10
4.3.1. Doğal ve fiziksel alan	11
4.3.2. Ekonomik alan	11
4.3.3. Sosyal alan	11
4.3.4. Psikolojik alan	11
4.4.Yaşam kalitesini azaltan faktörler	12
4.5.Yaşam kalitesini arttıran faktörler	12
4.6.Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi	15
4.7.Yaşam Kalitesinin Türleri	17
4.8.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	18
4.9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Değişkenler	20
4.9.1. Beslenme	21
4.9.2. Stres Yönetimi.....	22

4.9.3. Fiziksel Aktivite	23
4.9.4. Tinsellik (Spiritüalizm)	24
4.9.5. Kişiler Arası İlişki	25
4.9.6. Sağlık Sorumluluğu	25
4.10. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkili Faktörler	26
4.11. Hemşirelik Tanımı	26
4.12. Hemşirelikte Yaşam Kalitesi	29
4.13. Hemşirelerde Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	32
4.13.1. Tükenmişlik	32
4.13.2. İş Stresi	33
4.13.3. Özel Yaşam Alanı	33
4.13.4. Vardiyalı Çalışma Sistemi	33
4.13.5. Uyku Düzeni	34
4.13.6. Yorgunluk	35
4.13.7. Halsizlik	35
4.13.8. Sosyal Yaşam	35
4.13.9. Yeterli ve Adil Ücretlendirme	36
5. GEREÇ VE YÖNTEM	37
5.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli	37
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	37
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	37
5.4. Veri Toplama Araçları	37
5.4.1. Kişisel Bilgi Formu	37
5.4.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form 36)	37
5.5. Araştırmanın Uygulanması	39
5.6. Araştırmanın Etik Yönü	40
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	40
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi	40
6. BULGULAR	41
7. TARTIŞMA	59
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	69

9. KAYNAKLAR	72
10. EKLER	82
10.1. EK 1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	82
10.2. EK 2 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (SHORT FORM-36)	85
10.3. EK 3 ETİK KURUL ONAYI	90
10.4. EK 4 ÇALIŞMA İZİNİ	92
11. ÖZGEÇMİŞ	93

KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SF-36: Short Form-36 (Kısa Form-36)

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

SYK: Sağlığa ilişkin Yaşam Kalitesi

ANA: Amerikan Hemşireler Derneği'nin (American Nurses Association)

ICN: Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nursing)

ŞEKİL, RESİM VE TABLOLARIN LİSTESİ

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1. Yaşam Kalitesi Kavramının Boyutları (İçeriği) ve Nitelikleri	15
Şekil 5.4.2.1. SF-36 Ölçeğinin Soru Numaralarına Göre Gruplandırılan Alt Ölçekleri.....	39

TABLULARIN LİSTESİ

Sayfa No

Tablo-5.4.2.1. SF-36'nın Alt Ölçeklerinin Puanlanmasının Tanımlanması	38
Tablo 1. Cerrahi Servisinde Çalışan Sağlık Personelinin Tanıtıcı Özellikleri	41
Tablo 2. Cerrahi Servisinde Çalışan Sağlık Personelinin Mesleki Özellikleri	44
Tablo 3. Cerrahi Servisinde Çalışan Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları	45
Tablo 4. Cerrahi Servisinde Çalışan Sağlık Personelinin Yaş Gruplarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 5. Cerrahi Servisinde Çalışan Sağlık Personelinin Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 6. Cerrahi Servisinde Çalışan Sağlık Personelinin Medeni Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 7. Cerrahi Servisinde Çalışan Sağlık Personelinin Eğitim Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 8. Cerrahi Servisinde Çalışan Sağlık Personelinin Mesleki Hizmet Sürelerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 9. Cerrahi Servisinde Çalışan Sağlık Personelinin Şuan Çalıştığı Hastanedeki Görev Süresine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53

Tablo 10. Cerrahi Servisinde Çalışan Sağlık Personelinin Uyku Sürelerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 11. Cerrahi Servisinde Çalışan Sağlık Personelinin Tanılanmış Hastalığı Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 12. Cerrahi Servisinde Çalışan Sağlık Personelinin Sigara Kullanma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 13. Cerrahi Servisinde Çalışan Sağlık Personelinin Alkol Kullanma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	57
Tablo 14. Cerrahi Servisinde Çalışan Sağlık Personelinin Düzenli Egzersiz Yapma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	58

1. ÖZET

Bu çalışma, cerrahi hemşirelerinde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Özel bir üniversite hastanesinde görev yapan 210 cerrahi hemşire araştırmamızın örneklemini oluşturulmuştur (N=210). Araştırmanın verileri katılımcıların sosyo demografik özelliklerini içeren “Kişisel Bilgi Formu“ ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Formu Türkçe Versiyonu ile elde edilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde ikili grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırmalarında ise Kruskal-Wallis H testi kullanıldı. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 20 istatistik paket programından yararlanıldı. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri olarak yüzde değerler, aritmetik ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir.

Araştırmaya katılan cerrahi hemşireleri yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından en yüksek puanı “Fiziksel Fonksiyon” boyutundan (85.91 ± 15.11) alırken; en düşük puanı (46.90 ± 39.46) “Fiziksel Rol” düzeyi alt boyutundan almışlardır. Araştırma sonuçları incelendiğinde hemşirelerin yaşam kalite düzeyini yaş grubunun etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan 34 yaş ve üzeri cerrahi hemşirelerinde diğer yaş gruplarına göre fiziksel rol ve genel sağlık kategorisinde; 26-29 yaş grubunda ise sosyal fonksiyon ve mental sağlık kategorisinde daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Cerrahi hemşirelerinin yaşam kalite düzeyini etkileyen diğer bir alt boyutta şuan çalıştıkları hastanedeki görev süreleridir. Çalıştığı hastanedeki görev süresi 6 ay ve daha az olan hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur. Fiziksel egzersiz yapan cerrahi hemşirelerinin yaşam kalitesinin alt boyutları anlamlı olarak artış göstermiştir. Elde edilen veriler doğrultusunda hemşirelerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik öneriler de bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi Hemşireliği, Yaşam Kalitesi, Yaşam Kalitesini Etkileyen Değişkenler

2. ABSTRACT

This study has been designed as a descriptive study to identify the factors that affect life quality in surgical nurses. The sample of the study consists of 210 surgical nurses working in a private hospital (N=210). The data of the study was gathered using a “Personal Information Form” that includes the socio-demographic characteristics of the participants and the Turkish version of the World Health Organization Quality of Life Assessment - Short Form. The Mann-Whitney U test was used for double group analyzes and the Kruskal-Wallis H test was used in the comparison of groups of three or more. The IBM SPSS Statistics 20 package program was used to analyze the data. The descriptive statistics of the data are given as percentage values, arithmetic mean, standard deviation, median, minimum and maximum values.

Among the surgical nurses that participated in the study the highest scores of the quality of life assessment were obtained in the sub-dimension “Physical Function” (85.91±15.11) and the lowest scores (46.90±39.46) were in the “Physical Role” level sub-dimension. When the results of the study were reviewed it was concluded that the quality of life levels of the nurses was affected by the age group. It was concluded that surgical nurses 34 years of age and older had higher scores in the physical role and general health categories and the social function and mental health category scores were higher in the 26-29 age group.

Another sub-dimension that affects the quality of life of surgical nurses is the time they have worked at their current hospital. The mean scores of the nurses that had been working in their current hospital for 6 months or less were higher and the difference was statistically significant. The quality of life sub-dimensions increased significantly in surgical nurses that did physical exercises. Recommendations to increase the life quality of life of nurses have also been given in accordance with the data obtained.

Keywords: Surgical Nursing, Quality of Life, Variables Affecting Quality of Life.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşam kalitesi kavramı, ilk bakışta basit bir kavram gibi görünmesine rağmen, oldukça geniş kapsamlıdır. Bu kavram, yaşamda nelerden zevk aldığımızı, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğimizi ifade eder. Kaliteli bir yaşam için herhangi bir kriter yoktur, bu nedenle yaşam kalitesi kavramı soyuttur, tanımları farklıdır, görecelidir ve ölçülmesi zordur. Özetle yaşam kalitesi objektif durumların ötesinde, bireyin kendi yaşamına ilişkin doyum ve mutluluk durumu ile ilişkilidir. Bir başka deyişle yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumdur. İyi bir yaşam için neyin gerekli olduğunu saptamaya yönelik olarak yapılan çalışmalarda, bireylerin objektif durumları uygun olmasa da yaşamlarından doyum bulabildikleri saptanarak bu görüş desteklenmiştir (1, 2, 3, 4).

Yaşam kalitesi göstergeleri başlıca; birey ya da ailenin gereksinimlerini karşılama, çevre üzerinde denetim kurma, kendini geliştirebilme ve anlamlı yaşam sürdürebilme olarak sıralanabilir. Bütün bunları bütünleyen toplumsal ve çevresel nitelikler de kapsama alındığında çalışma koşulları, yaşanılan çevre koşulları, hizmetlerden yararlanma ve toplumsal ilişkiler önem kazanmaktadır (5, 6, 7).

Yaşam kalitesi tartışılırken, bireyin yaşam biçimini de değerlendirmek, sorgulamak gerekir. Yaşam biçimi, bireylerin üzerinde kontrol sahibi olduğu kişisel kararların toplamıdır. Sağlıklı yaşam biçimi ise bireylerin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesidir. Diğer bir ifadeyle, sadece hastalıklardan korunmanın değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran davranışların sergilenmeye çalışılmasıdır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; cinsiyet, yaş, yaşanılan yer, gelir düzeyi, sosyal güvencenin olup olmaması, sigara ya da alkol kullanımı ve sosyal aktivitelerin varlığı gibi pek çok faktörden etkilenmektedir (8)

Günümüzde çalışma hayatı, kişilerin yoğun kaygılar yaşadıkları bir alandır. Özellikle sağlık alanı; yoğun stresler yaşayan hasta bireylere hizmet verme güçlüğüne yanı sıra, bu alanda görev yapanların günlük çalışmalarında sık sık stres yaratıcı olaylarla karşı karşıya kalmaları nedeniyle diğer iş ortamlarından farklılık göstermektedir (5).

Bugün Türkiye’de sağlık yardım hizmetlerinde görev yapmakta olan sağlık personeli pek çok sorunla karşı karşıya hizmet sunmaya çalışmaktadır. Hastane gibi çok riskli bir çalışma ortamında hasta ile birlikte uzun süreli çalışan hemşireler, çalışma ortamındaki kötü şartlardan etkilenen en önemli sağlık çalışanları olarak görülmektedirler (9). Bunlar uzun çalışma saatleri, yorucu iş temposu, çalışma şartlarının uygunsuzluğu, eğitim olanaksızlığı, gelir düzeyinin düşük olması, kendine zaman ayıramama, yeterli uyku ve dinlenme olanağı bulamama, sosyal aktivitelere katılamama gibi yaşam kalitesini etkileyen alanlara yönelik sorunlardır (5).

Çalışma yaşamının bireyi, bireyin de çalışma yaşamını etkilediği bir gerçektir. Sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili önemli görev ve sorumlulukları olan hemşireler, hastalara daha yararlı olabilmek için öncelikle kendi sağlıklarını korumak ve geliştirmek zorundadırlar (10).

Sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmanın; çalışanın beklenen yaşam süresini uzatması, işten kaynaklı korunabilir sağlık sorunlarını önlemesi, mevcut hastalıkların yükünü azaltması, çalışanın çalışma etkinliğini artırması, ekonomik bağımsızlığını ve işe devamlılığını sağlaması, çalışma yaşamının niteliğini artırması gibi pek çok yararı vardır. Bunun yanında, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak sadece çalışanın sağlığının sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi ile sınırlı kalmayıp, aynı zamanda çalışanın sosyal yaşamından hizmet sunduğu alana kadar iyilik halinin devamını da sağlamaktadır (11, 12).

Sağlıksız bir ortamda çalışmak ise, çalışanın iş verimini, ruhsal ve bedensel sağlığını ve sosyal yaşantısını etkilemektedir. İşyerindeki olumsuz etmenler bireyin iş veriminin düşmesine, işe devamsızlığının artmasına, kurumun ekonomik kaybına, iş kazalarının artmasına ve sağlık çalışanlarının bakım/tedavi verdiği kişilerin doğrudan risk altında kalmasına neden olmaktadır (11, 12, 13).

Sağlıkta iyilik halinin ölçülebilmesinde yaşam kalitesi kavramı geliştirilmiştir. Yaşam kalitesi bireyin fiziksel işlevlerini, ruhsal durumunu, aile içindeki ve dışındaki toplumsal ilişkilerini, çevreden etkilenilmişlik düzeylerini kapsar ve bu durumun bireyin işlevselliğini ne derece etkilediğini gösterir. Tıbbın giderek ilerlediği günümüzde, sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, kişilerin yaşam

kalitelerinin arttırılmaları da hedeflenmektedir. Bu nedenle iyilik hali ve yaşam kalitesinin ölçülebilmesi konusunda giderek artan bir çaba gösterilmektedir (14, 15).

Sağlık çalışanları normal çalışma saatleri ve günleri dışında çalışmak durumunda kalmakta, yaşamsal tehdidi bulunan insanlarla çalışmakta, aile ve hastaların büyük beklentileri ile karşılaşmaktadır. Hemşireler hastalarla en uzun süre birlikte olan sağlık profesyonelleri olup, hasta bireyin ve ailesinin her türlü sorunlarında ilk başvurduğu ve ekip içerisinde iletişimi sağlayarak anahtar rol oynayan sağlık personelidir. Yoğun stres altında çalışma sağlık çalışanlarını ruhsal olarak etkileyebilmekte ve bu durum yaşam kalitelerine olumsuz yansıtılabilmektedir. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin incelenmesi, hem çalışanların yaşam kalitesi hem de sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından önemlidir.

Cerrahi klinikleri hem hasta sayısının fazla olduğu hem de hastaların kişisel gereksinimlerini karşılama anlamında hemşireye bağımlı olması nedeni ile hemşirelik bakımına en çok gereksinim duyulan kliniklerdendir (14).

Cerrahi birimler, teknolojik olarak son derece komplekstir. Cerrahi ortam, enfeksiyon, yaralanma, tehlikeli maddelerle karşılaşma olasılığı nedeniyle cerrahi hemşiresi ve cerrahi girişim uygulanacak hasta için yüksek riskli bir ortamdır. Cerrahi ortam, ekip ile uzun süreli fiziksel yakınlığı gerektirmesi, yaşamı tehdit eden durumların bulunması ve hızlı karar vermeyi gerektirmesi nedeniyle stresli bir ortamdır (14). Bu stresli ortam, hemşireleri fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan olumsuz yönde etkileyerek tükenmişliğe yol açabilmektedir.

Ülkemizde hastanelerin iş gücü potansiyelinin %50-60'ını hemşireler oluşturmaktadır. Hemşirelik hizmetleri, hastane ve sağlık hizmetlerinin önemli bileşenlerinden birini oluşturduğundan, hemşirelerin yaşam kalitelerinin artırılmasının sistemin etkinliğini de yükselteceği belirtilmektedir (16).

Cerrahi hemşireliği ameliyat olacak hastanın ameliyat öncesi (preoperatif), ameliyat (intraoperatif) ve ameliyat sonrası (postoperatif) bakımını kapsayan, titiz ve dikkatli bir uygulamayı gerektiren zor bir görevdir. Bununla beraber cerrahi, hemşirelerin büyük çoğunluğunun ilgi duyduğu bir branştır (16, 17). Cerrahi süreç boyunca bakım

verme sorumluluğu olan hemşirelerin, bu sorumluluğu tam anlamıyla yerine getirebilmeleri gerekmektedir (18).

Sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak sadece çalışanın sağlığının sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi ile sınırlı kalmayıp, aynı zamanda çalışanın sosyal yaşamından hizmet sunduğu alana kadar iyilik halinin devamını da sağlamaktadır (19).

Bu nedenle, bu alışma Cerrahi hemşirelerinde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Yaşam Kalitesi

4.2. Yaşam Kalitesinin Tanımı ve Önemi

Kalite, kişilerin, objelerin ya da yaşama dair şeylerin, nasıl niteliklere sahip olduğunu, onları diğer şeylerden ayıran üstün unsurları belirleyen hususlara denir. Yaşam kalitesi ise, kişinin yaşamına dair hususları ortaya koyması, kendisini geliştirmesi, yaşamına anlam ve zenginlik katması ve amacına ulaşmasıdır. Yaşam kalitesinin herkesçe kabul gören bir tanımı mevcut değildir (20).

Yaşam kalitesi kavramı çok boyutludur, zaman içinde değişim gösterebilir, bireylerin beklentileriyle ve yaşantısıyla ilişkilidir, bu nedenle objektif olarak ölçülmesi zordur (21, 22, 23).

Tıbbın giderek ilerlediği günümüzde, sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, kişilerin yaşam kalitelerinin arttırılmaları da hedeflenmektedir. Bu nedenle de iyilik hali ve yaşam kalitesini ölçülebilmesi konusunda giderek artan çaba gösterilmektedir (3, 21).

Yaşam kalitesi değişik bakış açılarından farklı şekilde tanımlanabilir. Düşünsel yaklaşım iyi bir yaşam kalitesine sahip olmanın bedelleri üzerinde dururken; ekonomik yaklaşımda maliyet-etkinlik hesapları ön plana çıkmaktadır. Sosyolojik bakış açısı sosyal ve çevresel faktörlerin yaşam kalitesi üzerine etkilerini ele almaktadır. Bu yaklaşım yaşam kalitesinin sübjektifliğini ve kültürel faktörlerle olan ilişkisini vurgulamaktadır. Psikolojik yönden bakıldığında iyi bir yaşam kalitesine sahip bir kişi yüksek özgüvene sahip, karar alma yetisi olan, mutlu ve her anlamda doyuma ulaşmış bir birey olarak tanımlanır (24).

Yaşam kalitesi yeni bir kavram değildir. İlk olarak Yunan felsefesinde, insanların memnuniyeti tanımlanmış ve Aristo mutsuzluğu tanımlarken yaşam kalitesine değinmiştir. İkinci Dünya Savaşı sonrası, ekonomik büyüme ve yaşam standartlarının gelişmesi sonucu, refah durumu, memnuniyet düzeyi ve psikolojik donanımına ilişkin beklentiler yükselmiştir (25).

Kelime olarak yaşam kalitesi, sözlüğe ilk olarak İkinci Dünya Savaşı sonrasında girmiş ve iş, barınma, çevre, görsel sanatlar ve sağlık gibi geniş alana yayılmış faktörleri içeren ‘iyi yaşam’ adıyla ele alınarak vurgulanmıştır. Buna rağmen günümüzde, bireysel değerlerin farklı olması nedeniyle yardımcı faktörleri tanımlamak karmaşık olmuş ve yaşam kalitesi farklı tanımlanmıştır. Bunun yanında yaşam kalitesi terimi gazeteciler, politikacılar, reklamcılar tarafından da kullanılmış ve hükümetler tarafından günlük konuşmalarda, sağlık hizmetlerinde ve araştırma alanlarında kullanılmıştır (25).

DSÖ’ nün tanımına göre yaşam kalitesi; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılayış biçimidir. Sosyal, ruhsal ve bedensel iyilik halini gösteren yaşam kalitesi kültür, değer yargıları, kişinin konumu ve amaçlarına bağlıdır. Bu kavram, yaşam şartları ile elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyebilen hastalıkların ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri kapsamakta ve günlük rolleri içeren işlevsel yeterlilik, toplumsal ilişkilerde iyilik hali, somatik yakınmalar ve yaşamdan alınan doyumunu ortaya koymaktadır (26).

Yaşam kalitesi tanımının hayatın birçok yönünü içermesi gerektiği konusunda fikir birliğine varılmıştır, ancak bu yönlerin ne olması gerektiği hala tartışılan bir konudur (26,27). En geniş tanımlamalardan birisi Patrick ve Erickson tarafından yapılmıştır. Yazarlar, ölüm ve yaşam süresi, yetersizlik, fonksiyonel (sosyal, psikolojik ya da fiziksel) durum, sağlık algılaması ve sosyo-kültürel dezavantajları içeren temel bir kavram tanımlamışlardır (26).

Burtchard’a göre yaşam kalitesi tanımı; yaşamdan doyum bulma bireylerin fiziksel ve ekonomik yönden iyi olması, bireyler ile iyi ilişkiler kurması, toplumsal-vatandaşlık medeniyete ait davranışlarda sosyal güç yeterliliğine sahip olması bireylerin kendilerini geliştirmeye ve eğlenmeye zaman ayırması şeklindedir. Shin, Johnson ve Patterson yaşam kalitesinin tüm yönlerini değerlendirmede gerekli olduğunu varsayılan özellikleri saptayarak farklı bir yaklaşım geliştirmişlerdir. Bu özellikler; genel sağlık, performans durumu, genel rahatlık, ekonomik durum ve sağlık durumunu kapsamaktadır (28).

Tartar ve arkadaşları ise yaşam kalitesini; bireyin davranış düzeyini ve kavrama kapasitesini, emosyonel iyilik durumunu, performansını ve sosyal rollerini ele alarak kavram haline getirmişlerdir.

Evans ve arkadaşları, yaşam kalitesini objektif ve sübjektif göstergeler olarak iki bölümde incelenmesini önermişlerdir. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri temel olarak fiziksel iyilik hâli olarak açıklanmakta ve bireyin sosyoekonomik durumu, evdeki durumu gibi fiziksel aktivitelerini yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık semptomları, sağlık durumu ile ilgili konuları kapsamaktadır. Sübjektif göstergeler de bireyin psikolojik durumunu yansıtmaktadır ve emosyonel iyilik hâli, yaşam duyumu, psikolojik etki ile ilgili konuları kapsamaktadır.

Tüm disiplinlerin ortak olarak kabul ettikleri görüşe göre, yaşam kalitesi bireyin kendini nasıl hissettiği yani, kendi yaşamına ilişkin sübjektif doyumudur. McCall ve Compell, yaşam kalitesinin hem sübjektif hem de objektif göstergelerini kabul etmişler ve desteklemişlerdir. Çünkü sübjektif göstergeler bireylerin yaşadıkları, objektif göstergeler ise sübjektif göstergeleri yaşatan etmenlerdir.

Karon ve Bernard (2002) yaşam kalitesini, kişinin hayatına dair hoşnut ve iyi tarafların toplu değerlendirilmesi olarak belirtmişlerdir. Mc Daniel ve Bach (1993), yaşam kalitesi konusunda dört ana husustan bahsetmişlerdir:

- a) Değişken bir yapıya sahip olması
- b) Çok yönlü olması
- c) Etkileşim içinde olması
- d) Kişinin ihtiyaçlarına ve hayatına uyum sağlaması.

Fayos yaşam kalitesini, bireylerin yaşamlarını kendilerince anlamlı ve değerli bir şekilde devam ettirebilme becerisi olarak tanımlamıştır (28).

Maeland yaşam kalitesini dört farklı kavrama bağlayarak tanımlamıştır. Bu kavramlar; mutluluk, hoşnutluk, ihtiyaç olan memnuniyet, kendini gerçekleştirmedi (28, 29).

Hoernquist yaşam kalitesini, fiziksel, psikolojik ve sosyal alana dair yapılan aktiviteler ve kişinin maddi alanlarda tatmin olma seviyesi olarak tanımlamıştır.

Cella ise yaşam kalitesini bir iyilik durumu olarak tanımlamıştır ki içerisinde fiziksel, duygusal ve sosyal etkiler mevcuttur.

Shaw(2001) ise yaşam kalitesi eşittir tabii gereksinimler şeklinde yaşam kalitesini formülize etmiştir (28).

Yaşam kalitesi; bireyin kendisi için önemli olan alanlarda doyum ve mutluluğudur. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi (SYK) ise, bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur.

4.3. Yaşam Kalitesinin Alanları

Yaşam kalitesini ifade eden pek çok tanımlama olmasına rağmen bunlar tanımlayıcı olmaktan çok betimleyicidir. Tanımlama olmaması yaşam kalitesi ile ilgili araştırmalarda ortaya çıkan uyuşmazlıkların nedeni olmuştur. Yaşam kalitesini değerlendirmeyi amaçlayan pek çok ölçüm geliştirilmiştir. Fakat çok azı yaşam kalitesini oluşturan boyutların neler olduğunu belirlemeye çalışmıştır. Son zamanlarda yaşam kalitesi değerlendirmelerinin çok boyutlu olması ve subjektif özellikleri içermesi ile ilgili fikir birliği vardır. Ayrıca yaşam kalitesi ve SYK'nın ayrı ayrı belirlenmesi ile ilgili de görüş birliği oluşmuştur (28, 30).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kişinin kendisini iyi hissetmesi ve sağlık durumuna genel bir çerçeveden bakış açısı ile ilgilidir. Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi hastalığın olmaması yanında, kişinin fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan aktif olmasını, kendisini iyi hissetmesini ve yaşam memnuniyetini kapsar (28,31). Fonksiyonel kapasite ise kişinin gün boyu yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan kendine bakım, yemek yeme, giyinme, ev işleri, alışveriş yapma ve sosyal aktivitelerde kimseden yardım almadan bağımsız olabilme yeteneğini gösterir. Yaşam memnuniyeti, özsaygı, iyilik hali, mutluluk, sağlık, itibar, yaşamın önemi, fonksiyonel durum ve düzen terimleri yaşam kalitesi kavramının içinde yer almaktadır (28).

Yaşam kalitesi, yaşamın pek çok alanını ve kişiden kişiye değişen farklı değerleri kapsamaktadır (7, 28). Fiziksel ve maddi iyilik hâli, sosyal yaşama katılımı sağlayan aktivitelerde tatminkârlık, boş zaman aktiviteleri, psikolojik durum, fonksiyonel yetenek, emosyonel, manevi ve cinsiyet açısından iyi olma hâli, aile ve arkadaşlarla ilişkilerde tatminkârlık, gelecek ile ilgili oryantasyon gibi yaşam kalitesi göstergeleri, kişinin karakterine, yaşamı algılayış biçimine, sosyo-kültürel alışkanlıklarına bağlı olarak değişim gösterir. Bu nedenle, yaşam kalitesinin ne düzeyde olduğunun belirlenmesi için değişik alanları sorgulayan farklı değerlendirme yöntemleri geliştirilmiştir (28).

Bloom ise, bu konuda, sağlık, sosyal refah, eğitim ve kamu güvenliği olarak dört başlık önermiştir. Bilgin ve diğerleri de yaşam kalitesi alanlarının dört grupta toplanabileceğini ifade etmişlerdir:

- 4.3.1. **Doğal ve fiziksel alan:** İklim koşulları, hava, su ve çevre kirliliği, peyzaj ve çevre düzenlemesi ile ilgili değişkenler.
- 4.3.2. **Ekonomik alan:** Kişi başına düşen yıllık gelir, iş olanakları, aile varlıkları, ailede çalışan kişi sayısı, besin tüketimi gibi değişkenler.
- 4.3.3. **Sosyal alan:** Meslek dağılımı, coğrafi- mesleki hareketlilik, dengeli beslenme, sağlık koşulları, eğitim durumu, toplumsal ve mesleki faaliyetlere katılma, konut ve konut koşulları, kültür ve gelişme olanakları gibi değişkenler.
- 4.3.4. **Psikolojik alan:** Bireyin kendi yaşam deneyimlerine gösterdikleri tepkilere dayanmaktadır. Değişken olarak, kişinin işinden, aile yaşamından aldığı doyumu, beceri, öğrenme gibi özellikleri ele alırlar (28).

Yaşam kalitesi konusunda Campbell, Converse ve Rodgers 1976 yılında bir çalışma yapmışlardır. Yaşam kalitesi ile ilgili çalışmaların temelini oluşturan bu çalışmada, kişilerin genel manada mutlulukları ve tatminkârlıklarını özetleyen farklı tatmin alanlarını içeren bir gösterge hazırlamak istemişlerdir. Bununla beraber toplumun hangi bölümlerinde yaşam kalitesinin gelişme gösterdiğini, hangi kesiminde geriye gittiğini belirtmek ve bazı bölümlerinde değişim olduysa bu değişime nelerin sebep olduğunu ve bu sebeplerin değiştirilip değiştirilmeyeceğini belirlemek istemişlerdir (2, 20).

Yaşam kalitesi, yaşam ölçütleri ve yaşam tarzı birbirinden farklı fakat aynı anda ele alınması gereken durumlardır. Yaşamı daha kaliteli bir seviyeye getirmenin kriterleri içinde kişinin bütün iletişim kanallarının açık olması, yani kişinin tüm hassasiyetiyle dışarıdaki bütün mesajları algılaması ve kendisinde var olan bütün deneyimleri de dışarıya aktarmasını; istikrarlı, iddialı ve karşısındaki dinleyen iyi bir dost olabilmeyi; düzenli ve programlı bir şekilde zamanını iyi değerlendirmeyi, yeni şeyler türetebilmeyi; ahlaki ve kültürel değerleri benimsemeyi; doğru olanı, iyi değerleri arttırmayı; kişinin kendisini geliştirerek özgürleştirmesini; katılımcı olmayı; bunları yaparken de fizikî ve psikolojik sağlığını da korumayı ekleyebiliriz (20)

4.4. Yaşam kalitesini azaltan faktörler

- Temel ihtiyaçların yetersizliği
- Bedensel değişim
- Kişisel bakım ve günlük yaşam faaliyetlerinde eksiklik
- Devamlı yorgun olma hali, halsizlik
- Cinsel yaşamda aksaklık
- Gelecek endişesi
- Destek mekanizmasında eksiklik
- Kronik olmayan sağlık problemleri
- Kronik olan sağlık problemleri ile hayat.

4.5. Yaşam kalitesini arttıran faktörler

Yaşam kalitesinin artması için, kişinin:

- Ekonomik ve sosyal anlamda garanti altında olması
- Güven kaygısı taşımaması
- İhtiyacı olan rahata kavuşmuş olması
- Anlamlı ve aktif bir yaşantıya sahip olması

- Etrafindaki insanlarla pozitif ilişkiler geliştirmesi
- Haz duyduğu şeyleri yapması
- Başkalarından saygı görmesi
- Özerkliğe sahip olması
- Özel yaşamının gizliliğine özen gösterilmesi
- Kendisini açıklayabilmesi
- Birçok bakımdan yeterli olması
- Farklı ve yaratıcı bir kişi olarak görülmesi
- Huzurlu, inancını yaşayabilen ve kişisel değerlerine itibar edilmesi gerekmektedir (20).

Berterö, yaşam kalitesi kavramını, olumlu yaşam davranışları olarak geniş bir boyutta ele almaktadır. Olumlu yaşam davranışları; sevme kelimesi içeriğinde, yaşamı sevme, yaşama umuduna sahip olma, şu andaki yaşamına ve yaşamının her dakikasına değer verme, beş duyunun tümü ile çevreyi duyumsayabilme, bedenini kullanabilme, kendini enerjik hissedebilme, bağımsız hissetme, insancıl duygularla donanarak kendini güçlü hissedebilme, kısaca yaşama sevinciyle dolu olabilme yeteneğidir.

Olumlu yaşam davranışlarının iki temel niteliği kişilerarası ilişkiler ve otonomidir; bu boyutların altında birbirleriyle etkileşen güvenlik, destek görme, saygı görme, bilgi ve kendini sözel olarak ifade edebilme boyutları bulunmaktadır (32).

Kişilerarası ilişkiler; çeşitli seviyelerdeki kişilerarası etkileşimi ifade eder. 1. aşama; karıkoca, erkek-kız arkadaş ya da çocuklar-anne/baba tarafından temeli oluşturulan sevgi sevmedir. 2.aşama; arkadaşlar, iş arkadaşları ve akrabalar arasında kurulan arkadaş ilişkileridir. 3. aşama; hekim/hemşire ve sağlam/hasta birey arasındaki ilişkidir. Uygun kişilerarası etkileşim, arkadaşlara sahip olmayı gerektirir. Arkadaş; her şeyin üstünde, duyguları paylaşabilen, kabul edebilen, destek verebilen ve yardım edebilen kişidir. Kişilerarası ilişkilere bakış açısı farklı olabilir; ancak ilişkilerin tüm

şeklinde, etkileşimde bulunulan kişiler tarafından destekleneceğini bilme ve kendini güvende hissetme son derece önemlidir ve bu duygular kendini güçlü hissetme ve yaşamını sürdürmek için çaba göstermenin kaynağıdır. Olumlu kişilerarası ilişkiler kişinin yaşamına değer katar (32).

Otonomi bireyin kendi kararlarını kendisinin verebilmesi anlamına gelir. Otonomi bireye özeldir ve güçlü olma (güçlü hissetme), güvenilir bilgi sağlama, çevresel olaylara duyarlı olma, kendi kendini kontrol edebilme yeteneğine sahip olma, insani değerlere sahip olma ve açık görüşlü olmayı gerektirir (32).

Yaşam kalitesinin kişilerarası ilişkiler ve bağımsızlık boyutları altında birbirleriyle etkileşen güvenlik, destek görme, saygı görme, bilgi ve konuşabilme alt boyutları vardır. Hörnquist'e göre (1989), yaşam kalitesi incelemelerinde,

-fiziksel sağlık ve beden fonksiyonları;

-psikolojik alan (esenlik, algılama, etkileşimler, öğrenme, mantık, yaratma yeteneği);

-sosyolojik alan (bir bütün olarak yaşam, tümüyle sosyal yaşam, genel sosyal etkileşimler, aile yaşamı, cinsel yaşam ve sosyal etkileşim kapasitesi);

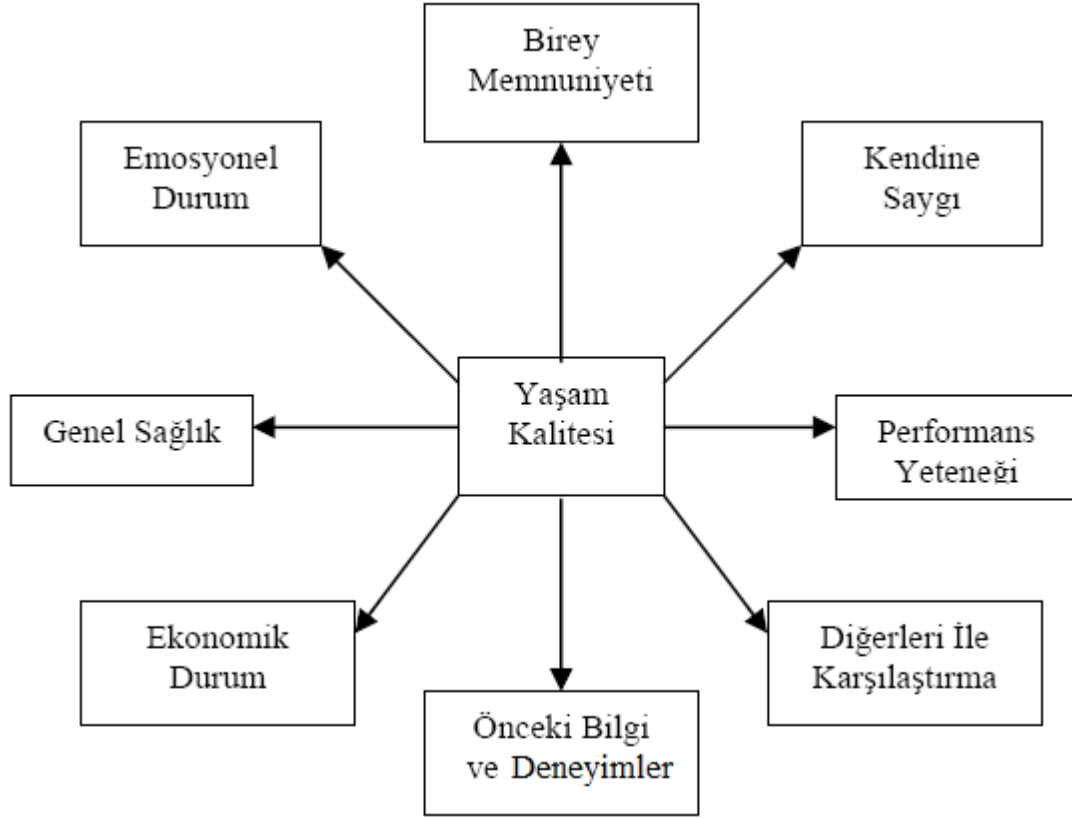
-davranış/aktivite alanı (tüm aktif yaşam, öz-bakım gücü/yeteneği, hareket, çalışma kapasitesi, temel alışkanlıklar, çalışma arzusu, yeme, içme, uyku, sigara ve diğer alışkanlıklar);

-maddi alan (bireysel ekonomi, barınma durumu, özel destekler, gayrimenkuller, işten sağlanan kazanç) ve

-yapısal alan (yaşamın anlamı, sosyal statü, sosyallik görüşü) birlikte değerlendirilmelidir.

O'na göre, yaşam kalitesi incelemeleri, bir bahçe içindeki farklı meyvelerin incelenmesine benzer. Sonuçta elmalar elma, armutlar armut olarak kalır, ilişkili yönleri, aynı bahçe içinde olmaları ve meyve olmalarıdır. Bu sayılan yaşam kalitesi alanları birbirleriyle ilişkili olsun ya da olmasın incelenmek durumundadır (32,33).

Sonuç olarak, yaşam kalitesine tüm bu yaklaşımlar, yaşam kalitesinin çok geniş kapsamlı bir kavram olduğunu ve farklı yaklaşımların içeriğinin iş doyumunu etkileyebilecek faktörleri de içerecek şekilde büyük parçaları bir araya getirdiğini göstermektedir (32).



Şekil 1. Yaşam Kalitesi Kavramının Boyutları (İçeriği) ve Nitelikleri (34).

4.6. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

Kişilerin yaşam kalitesi çeşitli araçlar kullanılarak belirlenir ve buna göre değerlendirilir.

Ölçeklerde;

- Fiziksel işlevi
- Sosyal işlevi
- Fiziksel rol işlevi
- Duygusal işlevi

- Zihinsel sağlık durumu
- Ağrı durumu, bitkinlik hali ve enerjik olma hali
- Genel sağlık durumu gibi hususlar incelenir (35).

Sağlıkta iyilik halinin ölçülebilmesinde yaşam kalitesi kavramı geliştirilmiştir (36). Yaşam kalitesi bireyin fiziksel işlevlerini, ruhsal durumunu, aile içindeki ve dışındaki toplumsal ilişkilerini, çevreden etkilenilmişlik düzeylerini kapsar ve bu durumun bireyin işlevselliğini ne derece etkilediğini gösterir. Tıbbın giderek ilerlediği günümüzde, sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, kişilerin yaşam kalitelerinin arttırılmaları da hedeflenmektedir. Bu nedenle iyilik hali ve yaşam kalitesinin ölçülebilmesi konusunda giderek artan bir çaba gösterilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1980’den beri yaşam kalitesini ölçme ve değerlendirmek için çalışmalar yapmaktadır. Bu amaçla kişinin iyilik halini ölçen ve kültürler arası karşılaştırmalara olanak veren geniş kapsamlı 100 ve bunlardan seçilen 26 sorudan oluşan WHOQOL-BREF oluşturulmuştur. Sağlık çalışanları normal çalışma saatleri ve günleri dışında çalışmak durumunda kalmakta, yaşamsal tehdidi bulunan insanlarla çalışmakta, aile ve hastaların büyük beklentileri ile karşılaşmaktadır. Hemşireler hastalarla en uzun süre birlikte olan sağlık profesyonelleri olup, hasta bireyin ve ailesinin her türlü sorunlarında ilk başvurduğu ve ekip içerisinde iletişimi sağlayarak anahtar rol oynayan sağlık personelidir. Yoğun stres altında çalışma sağlık çalışanlarını ruhsal olarak etkileyebilmekte ve bu durum yaşam kalitelerine olumsuz yansiyabilmektedir. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin incelenmesi, hem çalışanların yaşam kalitesi hem de sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından önemlidir (35,37).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi konusunda kabul edilmiş evrensel bir tanım bulunmamakla birlikte sağlıkla doğrudan ya da dolaylı olarak ilgili birçok faktörü içeren geniş bir kavramdır. Bazı araştırmacılar “mutluluk”, bazıları “hastalık ve tedaviye bedensel, ruhsal ve sosyal cevabın öğretici bir ifadesi” olarak tanımlamışlardır. Tanımlama konusunda fikir birliği olmasa da, araştırmacıların çoğu sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin çok boyutlu, öznel ve dinamik bir kavram olduğu konusunda hem fikirdirler (38).

4.7. Yaşam Kalitesinin Türleri

1- Ekonomik göstergelerle oluşan yaşam kalitesi: Refah, yaşamın düzeyi gibi kavramlar yardımı ile ekonomik olarak daha iyi konuma gelme durumudur. Aylık gelir, kişi başına düşen gelir miktarı, ailenin varlığı, istihdam gibi durumlar ne kadar iyi ise yaşam kalitesi seviyesi de o şekilde artmaktadır.

2- Sosyal göstergeler ile ilgili yaşam kalitesi: Meslek edinme durumu, coğrafi mesleklerdeki dağılım, sağlık koşulları, eğitim durumu, kültür gibi kavramlar sosyolojik olarak yaşam kalitesini arttıran etkenlerdir.

3- Psikolojik Göstergelerle Yaşam Kalitesi: Mutluluk ve mutlu olma düşüncesi yaşam kalitesi için bu kaliteyi arttırıcı düzeydedir. Kişinin işinden aldığı doyum, aile yaşamındaki etkinlik, çevresi ve özel yaşamındaki doyumluluğu etkilidir.

4- Ekolojik Perspektiften Yasam Kalitesi: Kişiler ile çevre arasındaki etkileşimden doğan bu kavramlar yaşam kalitesini arttırmaktadır. İnsanı etkileyen çevresel koşullar ve çevre- insan arasındaki karşılıklı etki yaşam kalitesini etkileyen ve belirleyen faktörlerdendir.

5- Sağlık Perspektifinden Yasam Kalitesi: İyi olma halinin devam etmesi durumu sağlık açısından yaşam kalitesinin belirlenmesine yardımcı olmaktadır. İşlevselliğin yerine getirildiği durumlarda iyilik hali de olduğu zaman yaşam kalitesinin sağlandığı ve ilerlediği gözlemlenmektedir. 1970'lerde sanayileşme ile birlikte tıp ile ilgili konularda ilerleme yaşanmıştır. Aynı zamanda da bilimsel olarak gelişim gösterildiği için sağlığa bağlı yaşam kalitesi ölçütleri artmıştır.

Yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalarda zihin, ruhsal ve fiziksel sağlığın ve sunulan hizmetlerin karşılığında insanın çevre ile olan etkileşimi de göz önünde tutularak yapılan çalışmalar ön plandadır. DSÖ'nün 1948 anayasasında ilk kez yer alan tanımı ile birlikte yaşam kalitesi kavramı reel olarak hayatımıza girmiştir. İlk araştırmaların 1973 yılında yapıldığı yaşam kalitesi kavramı son yıllarda çeşitli program ve eğitimler ile birlikte yaygın olarak tedavilerde kullanılan bir terim olmuştur (20).

Yaşam kalitesini değerlendirebilmek için bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını da bilmemiz gerekir.

4.8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Davranış kelimesi, her zaman bilinçli ve isteyerek olmasa da bireylerin yaptıkları veya yapmaktan sakındıkları bir şeyleri anlatmaktadır. Sağlık davranışı; bireyin sağlıklı olabilmek için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranışı olarak tanımlanmaktadır (39). Sağlık davranışı yalnızca doğrudan gözlenebilen açık davranışlar değil, dolaylı olarak ölçülebilen mental olayları ve duygu durumlarını da içermektedir. Koal ve Cobb sağlıkla ilgili davranışların spesifik kategorilerini belirleyen makalelerinde, sağlık davranışını, kendisinin iyi olduğuna inanan, herhangi bir hastalık belirtisi göstermeyen kişilerin sağlıklı kalmak amacıyla yaptıkları eylemler olarak ifade ederler. Gochman (1988) sağlık davranışını sağlık ve sağlık düzeninin korunması, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesiyle ilgili davranışlar bütünü olarak tanımlamış ve kişinin sağlık davranışları, inançlarını, beklentilerini, değerlerini, algılarını ve kişisel tavırlarını, ayrıca duygusal-psikolojik özelliklerini, davranış biçimlerini ve alışkanlıklarını kapsadığını belirtmiştir (40).

Sağlık davranışları, sağlığı iyileştirmeye, sürdürmeye ve geliştirmeye yarayan davranış biçimleri, eylemler ve alışkanlıklardır. Bir başka deyişle sağlıklı yaşam biçimi bireyin bedensel, duygusal ve zihinsel sağlığını iyileştirmesine, korumasına ve geliştirmesine yarayan günlük yaşamdaki davranış biçimlerin toplamına verilen isimdir. Sağlık davranışları, sağlığı sürdürücü, iyileştirici ve geliştirici tutumların, eylemlerin ve alışkanlıkların bütünü olarak da tanımlanmaktadır. Bu tanımın içerisindeki davranışların içinde tıbbi hizmet almak (muayene, görüntüleme vs.), tıbbi önerilere uyum (zayıflama, diyabet ve tansiyon düşürücü diyetler) ve doğrudan sağlıkla ilişkili davranışlar bulunmaktadır (dengeli beslenme, egzersiz, sigara içme/içmeme, alkol tüketimi). Sağlıklı bir yaşam biçimi, bireyi hastalıklardan koruduğu kadar sağlığı güçlendirme ve erken ölümleri önleme gibi yararlılara da sahiptir (41,42, 43, 44).

Sağlıklı olma hali; esasen sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirmeyi bünyesinde ihtiva eder. Bunun için de bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını günlük hayatlarının bir parçası haline getirmeleri gerekmektedir. Bu davranışların kendi iyilik seviyelerini koruyan ve yükselten sağlıklı yaşam biçimi davranışları olması bu sürecin önemli bir parçasıdır (41).

Sağlık davranışı, olumlu ve olumsuz sağlık davranışı olarak iki gruba ayrılmaktadır. Yeterli dengeli beslenmek, düzenli uyumak, spor yapmak, kolesterolden kaçınmak, en az yılda bir kez sağlık kontrolünden geçmek, emniyet kemeri takmak ve diğer kişilerle olumlu iletişim kurmak olumlu sağlık davranışlarına örnektir. Olumsuz sağlık davranışları kapsamında ise sigara içmek, alkol kullanmak ve aşırı yemek yeme sayılabilir (40).

Yaşam biçimi ise, bireylerin yaptığı pozitif ya da negatif olabilen, uygulama veya davranışlardır. Sonuçlarını düşünmeksizin, spontan olarak yapılan rutin hareketler, sağlığımızı olumlu veya olumsuz olarak etkilemektedir. Yaşam biçiminin yaşam beklentisi üzerinde önemli bir etkisi vardır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin ve az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni yaşam biçimine bağlı ortaya çıkan, önlenebilir hastalıklardır (45). Günümüzde ilk sıralarda görülen ölüm nedenlerinin tamamına yakını kronik hastalıklardır (46). Bu nedenle yaşam beklentisinin kontrolü büyük ölçüde gençlik döneminde seçilen yaşam biçimine bağlıdır. Örneğin, aşırı yağlı besinler, tuz, alkol alımı, sigara içme, hareketsiz yaşam bu tür hastalıkların oluşumunu hızlandırmaktadır (40).

İnsanları hastalanmaktan korumak için sağlıklı beslenme, düzenli fizik egzersiz, sigara ve alkol içmeme, aşırı yorgunluk ve stresten kaçınma, günde 7-8 saat uyku, çevreyi sağlığa uygun hale getirme gibi çeşitli uygulamaları yapar duruma getirmek gerekmektedir. Geçmişte tıp ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeye bakıldığında, insanların önce hastalananları iyileştirmeye çalıştıkları, daha sonra da hastalıktan korunma yolları aradıkları görülür. Tüm çabalar insanı olabildiğince sağlıklı yaşatma amacına yöneliktir. Bunun için insanları hastalanmaktan koruyan ve yaşamları boyunca sağlıklı olmalarını sağlayan pek çok uygulama geliştirilmiştir (40).

Günümüzde bu uygulamaların hepsine birden “Sağlıklı Yaşam Biçimi” adı verilmektedir. 2000’li yılların başından itibaren Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), temel sloganı olan “herkes için sağlık” başlığı altında sağlıklı insan sayısını arttırmayı hedeflemektedir. DSÖ, sağlıklı yaşam biçimini teşvik etmek amacıyla sağlıklı yaşam biçimine özendirme, sağlık düzeyi arttıran yaşam alanları oluşturma, sağlık hizmetlerini geliştirme ve bütün bunlara göre sağlık yasa ve politikaları oluşturma gibi yöntemlerin uygulanmasının gerekliliğini vurgulamıştır (41, 47, 48, 49).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesine yönelik ölçeklerde yapılan değerlendirmeler; beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişilerarası destek ve stres yönetimine yönelik yapılan değerlendirmelerin bir bileşkesi olarak ortaya konulmaktadır (50).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir ve bunları birbirinden ayırmak imkânsızdır. Çünkü yaşam kalitesini oluşturan parametreler sağlık sorunlarını belirleyen temel faktörlerdir (51).

4.9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Değişkenler

Son yıllarda hedeflenen sağlık davranışı, bireyin bedensel ve zihinsel sağlık durumunu geliştirecek ve bu gelişimi sürdürecektir davranışlar edinmesi yönündedir (41, 52, 53). Bu davranışların en büyük belirleyicisi ise sağlıklı yaşam biçimini şekillendiren davranış örüntüleridir. Yapılan araştırmalarda yıllık ölümlerin yaklaşık %50’sinin sağlıksız yaşam koşullarından kaynaklandığı belirlenmiştir. Buna göre, kişinin sağlığını koruması ve geliştirmesi için en önemli etkenin sağlıklı yaşam biçimi olduğu söylenebilmektedir (41).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sürdürülen yaşam tarzına bağlı gelişen bireysel tercihlerin yanı sıra bireyin içinde bulunduğu sosyo-ekonomik çevreye bağlı olarak da şekillenmektedir. Sosyo-ekonomik çevre farklılıklarını en aza indirmek için hükümetler belli dönemlerde bağışıklama, kanser taraması, sigara bıraktırma ve anne sütünü teşvik etme gibi eğitici ve bilinçlendirici program ve kampanyalar düzenlemişlerdir. Sağlık yaşam biçimi davranışlarının kilit noktalarını belirlemek amacıyla Türkiye’de de çeşitli çalışmalar yapılmıştır.

Bir sağlık davranışının olumlu ve yapıcı olarak değerlendirilebilmesi için, kişinin sağlığını kontrol altına almak için sağlığıyla ilgili sorunları iyi gözlemesi, sorunları neden-sonuç ilişkisine dayandırabilmesi ve sağlığını iyileştirmek için harekete geçmesi beklenmektedir (41).

Sağlığı koruma ve geliştirme denilince uzun bir süre insanların aklına ilk olarak doktorlar, hemşireler ve hastaneler gelmiş sonraları insanların sağlıklarının yaşam biçimlerine çok bağlı olduğu fark edilmeye başlanmıştır. Günümüzde, egzersiz, diyet, sigara içme ve stres gibi yaşam biçimi unsurlarının sağlığı ve kardiyovasküler hastalık riskini etkilediği, kanser, kalp hastalığı, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklardaki morbidite ve mortalitenin yaşam biçimi değişiklikleri ile önemli ölçüde azaltılabildiği bilinmektedir. Çalışmalar, yaşam biçimi ile sağlık durumu, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık hizmeti sistemleri arasında ilişki olduğunu göstermektedir (54).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilecek davranışlarını kontrol edebilmesi, günlük aktivitelerini düzenler iken kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır. Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir düzeye getirebilir. Beslenme, stres yönetimi, egzersiz, tinsellik, kişiler arası ilişki ve sağlık sorumluluğu sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında sayılmaktadır (43, 54). Sağlıklı yaşam biçiminin bilinmesi yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde yardımcı olacaktır.

4.9.1. Beslenme

Beslenme; büyümek, vücut fonksiyonlarını yapabilmek ve yaşamı sağlıklı, mutlu olarak sürdürebilmek amacıyla vücudun yediğimiz gıdalardan yararlanmasıdır. Tüm canlılar yaşamlarını idame ettirebilmek için enerjiye gereksinim duyarlar. Enerjilerini oksijen kullanarak veya oksijensiz yollarla sağlarlar. Ancak enerji üretimi için besin kullanımı ortaktır. Beslenme, uluslararası insan hakları belgelerinde bir hak olarak ifade edilmekte ve bir ülkenin beslenme durumu o ülkenin en önemli refah göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Toplumun ve bireylerin sağlıklı ve güçlü olarak yaşamasında, ekonomik ve sosyal yönden gelişmesinde, refah düzeyinin

artmasında yeterli ve dengeli beslenme temel şartlardandır. Bireyin yaşı, cinsiyeti ve içinde bulunduğu fizyolojik ortama göre, vücudun büyümesi, dokuların yenilenmesi ve işlevselliğinin devamı için gerekli olan besin öğelerinin yeterince alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması durumu “yeterli ve dengeli besleme” olarak açıklanabilir (54, 55).

Bireylerin ve toplumların sağlıklı olarak yaşamasında, ekonomik ve sosyal yönden gelişmesinde, refah düzeyinin artmasında, mutlu, huzurlu ve güvence altında varlığını sürdürebilmesinde yeterli ve dengeli beslenme temel koşullardan birisi, belki de en önemlisidir (50).

Yaşamın her evresinde bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı olmanın ve bunu devam ettirmenin, sağlıklı beslenme ile mümkün olduğu bilinmektedir. Beslenmenin amacı bireyin yaşı, cinsiyeti ve içinde bulunduğu fizyolojik ortama göre gerekli olan besin öğelerini vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için yeterli ve dengeli biçimde almasıdır (40, 56).

4.9.2. Stres Yönetimi

Günümüzde yaşanmakta olan hızlı gelişim ve değişme, iş hayatına ve sosyal hayata da büyük bir hareketlilik ve hız getirmiştir (43). Hızla değişen ve gelişen hayat şartları nedeniyle, sosyal bir varlık olan insanın, fiziksel ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesi ile değişik tepkiler vermesi ve bu değişimlere uyum sağlamayı çabalaması kaçınılmazdır (55). Değişim o kadar hızlı olmaktadır ki, insanlar hangi sosyal ortamda olurlarsa olsunlar ya da hangi işi yaparlarsa yapsınlar yaşamlarının büyük bir bölümünde kendi sınırlarını zorlamaktadırlar. Bu nedenle stres kavramı sık karşılaşılan ve kullanılan bir kavram haline gelmiştir. Medikal açıdan stres insanların dış ve iç dünyaları tarafından tehdit edilip, kafa tutma durumları ile karşı karşıya kaldıkları durumlar karşısında ürettikleri psikolojik, fizyolojik ve davranış reaksiyonları olarak ifade edilebilir (54).

Vücut sistemlerimizin sürekli değişime uyum gereksinimi vardır. İnsan yaşam boyu birçok stresörle karşı karşıyadır. Bireyin kendisinden, başkalarından veya çevresinden kaynaklanan stresöre karşı verdiği tepkide tüm vücudunda ya da kişiliğinde meydana gelen değişiklikler süreci ise uyumu oluşturur. Stresörler, içsel

ve dışsal olmak üzere iki grupta ele alınabilir. İçsel stresörler, bireyin kendisi ile ilgili olanlar; dışsal stresörler, fiziksel ve sosyal çevreden kaynaklananlardır (40).

4.9.3. Fiziksel Aktivite

Tanım olarak egzersiz, soluk alıp verme hızını, derinliğini ve kalp atış hızını belirli bir oranda arttıran, az da olsa terlemeye yol açan, kollar ve bacaklar gibi büyük kas gruplarıyla yapılan bazal düzeyin üzerinde enerji harcamayı gerektiren bedensel hareketlerdir. Egzersiz, fiziksel aktivitenin alt sınıfı olarak kabul edilmektedir. Fiziksel uygunluğun bir ya da birkaç unsurunu geliştirmeyi amaçlayan planlı, yapılandırılmış, sürekli aktivitelerdir. Fiziksel uygunluk ise günlük işleri yorgunluk duymaksızın, canlı ve uyanık bir şekilde yapabilmek, boş zamanları neşeli uğraşlarla geçirebilmek için gerekli enerjiye sahip olmak ve beklenmeyen durumları karşılayabilecek yeterliliğe sahip olmak olarak tanımlanabilir. Egzersizin amacı, fiziksel uygunluğu geliştirmek için oksijen dağılımını yapmak, metabolik süreçleri düzenlemek, kas-eklem hareketlerini iyileştirmek ve vücut yağ oranını azaltmaktır (54, 57).

Günümüzde özellikle yaşam seviyeleri yüksek ülkelerde ilerleyen teknoloji ve çevre koşullarının değişmesi ile birlikte insanlar artık yürümekte, merdiven çıkmamaktadır. Masa başında sürekli oturma durumunda kalan öğrenci, memur, öğretim elemanları vb. meslek grupları yanı sıra saatlerce televizyon seyretmek, yine uzun süreli araba kullanma ya da trafik araçlarında kısıtlı hareketlilik içinde oturma bu kişilerin günlük hayatını olumsuz yönde etkilemektedir. Bütün bu olumsuzluklardan kurtulmak, organizmayı zinde ve sağlıklı kılmak için spor yapma mecburi bir gereksinim olarak ortaya çıkmaktadır. İnsanların, yeme, içme, uyuma gibi günlük ihtiyaçlarının yanında spor da en az bu ihtiyaçlar kadar önemli ve sağlığı olumlu yönde etkileyen, sindirim, dolaşım, sinir sisteminin düzenli çalışmasını sağlayan, yaşam süresini uzatan bir ihtiyaç olarak kabul edilmektedir (50).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 54. Dünya Assamblesi'nde 2002 yılı için konu sağlık için zinde olmak olarak önerilmiş ve yılın sloganı, sağlık için hareket et (move for health) olmuştur. Egzersiz yapılarak yeniden hareketliliğin sağlanması sonucu, insan için daha kaliteli bir yaşam söz konusu olabilir.(40, 55).

4.9.4. Tinsellik (Spiritüalizm)

Tinsel kelimesi, Türk Dil Kurumu sözlüğünde ruhi, manevi kelimeleriyle karşılık bulmaktadır. Tinsellik, bireyin kendisinin ve varoluşunun ötesindeki güçtür. Başka bir tanımda ise, hem fiziksel boyutu kapsayan hem de onun ötesindeki kişisel farkındalıktır. Tinsellik, bireyin kişisel bağlılığı, kişilerarası bağlılığı ve transandantal amaçlara ilişkin bağlılığı olarak da tanımlanmakta olup bu kavramlar tinselliğin boyutlarını oluşturmaktadır.

Dolayısıyla bireyin, yaşamın anlamını ve amacını yakaladığı yer onun tinsel alanıdır. Araştırmalarda, kişinin tinsel inançlarının sağlığı, uzun yaşamayı ve fiziksel hastalığın iyileşmesini pozitif olarak etkileyebildiği gösterilmiştir. Bazı inançlar, sağlıkta risk oluşturan tütün kullanımı, alkol kullanımı, riskli cinsel davranışlar gibi davranışlara karşı spesifik yasakları kapsar. Kişinin bedenine bakması, bedensel anlamın yanında tinsel yanının da olması sonucu sağlığın geliştirilmesini destekler. İnsanın tinsel yönü, fiziksel, duygusal, sosyal yönü kadar önemlidir ve bu boyutlarla ilişkilidir. Bireylerin sağlık ve hastalık davranışlarını sorgulamada, değişimlere uyum sağlamada, sorunların üstesinden gelebilme becerisi kazanma, yeniden iyileşme gücü ve umudu bulmada tinselliğin olumlu etkisi olduğu bilinmektedir. Bazı davranış ve sosyal bilim akademisyenleri felsefi temelde sağlığı, aklın, beden, ruhun birlikteliği ve özellikle uyumu olarak tanımlamakta; ruhun akli, aklın ise bedeni kontrol ettiğini savunmakta, hatta bireyi felsefi temelde, “tinsel deneyimler yaşayan insani bir varlık” değil, tam aksine “insani deneyimler yaşayan tinsel bir varlık” olarak dahi açıklamaktadırlar. Bu yüzden, yaşam kalitesi, yaşam doyumu gibi değişkenleri belirlemede kullanılan ölçeklere bireyin biyo-psikososyal çevresini kuşatan tinsellik de katılmaya başlanmıştır (54).

Kendini gerçekleştirme, gereksinim hiyerarşinin üst basamağında bulunur. Maslow’a göre fizyolojik, güvenlik, ait olma, sevgi, saygınlık ve kendini gerçekleştirme bireyin gereksinimleridir (40). Bu doğrultuda, sağlık personelinin öncelikle kendilerini, kendini tanıma ve gerçekleştirme boyutlarında geliştirmeleri sonrasında ise, bakım verdikleri bireyleri kendini gerçekleştirme konusunda desteklemek için bireysel donanıma sahip olmaları gerekmektedir.

4.9.5. Kişiler Arası İlişki

Kişiler arası ilişkiler kavramı; karı-koca etkileşimi, çocuğun anne ve babasıyla etkileşimi, akrabalar, arkadaşlar, meslektaşlar arasındaki etkileşimler, öğrenci-öğretmen etkileşimi, duygusal ilişkiler gibi örnekler ile somutlaştırılabilir (43, 54). Chen, kişiler arası ilişki desteğini; yakın arkadaşlarla vakit geçirmek, başkalarıyla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurmak, başkalarına karşı ilgi ve sevgiyi ifade etmek ve onlara karşı içten olmak, kendine yakın kişilere dokunmaktan ve onların dokunmasından hoşlanmak, kişisel sorunlarını yakın arkadaşlar ve aile üyeleri ile paylaşmak olarak değerlendirmiştir. İnsan davranışlarının büyük çoğunluğu, genelde kişilerarası, özeldede ikili ilişkiler yoluyla şekillenmekte, sürdürülmekte ve değişmektedir. Yaşam boyu başarıya ulaşmada, mutlu ve verimli olmada "kişiler arası ilişkiler" büyük rol oynamaktadır (54).

Bireyin sağlığını sürdürme ve geliştirmede kullandığı destek sistemlerini bilmek uygulanacak sağlığı geliştirme programları için önemlidir. Chen'in (1999) çalışmasında, bireylerin kişilerarası destek davranışı, kendine yakın arkadaşları ile zaman geçirmek için zaman ayırma, başkaları ile anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurma, başkalarının başarılarını takdir etme, yakın bulduğu (aile, arkadaş) bireylere dokunmaktan hoşlanma, başkaları ile fikir ayrılıklarını tartışma ve uzlaşma yolu ile çözme sorunlarını içeren bir ölçekte değerlendirilmiştir (40).

4.9.6. Sağlık Sorumluluğu

Yaşam biçiminin sağlık üzerindeki etkileri eski Yunan ve Roma'da vurgulanmış ve kişilerin kendi sağlıkları üzerinde biraz da olsa sorumlu olması kavramı orta çağ ve Rönesans boyunca değişen derecelerde devam etmiştir. Sorumluluk, Türk Dil Kurumu sözlüğünde kişinin kendi davranışlarını veya kendi yetki alanına giren herhangi bir olayın sonuçlarını üstlenmesi anlamına gelmektedir. Fişek'e göre herkes kendi sağlığından sorumludur. Özellikle hastalıklardan korunmada asıl yapılacak işler, kişilerin kendilerinin alacakları önlemlerdir. O nedenle, kişiler kendi sağlıklarının değerini bilmeli ve onu korumaya çalışmalıdırlar. Böyle olmazsa, sağlık hizmetlerinin sunumu zorlaşır ve başarılı olunamaz (54).

Bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hastalık ve ölümlerle doğrudan ilişkili olduğu bildirilmektedir. Yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıkların oluşumunda önemli olan kişinin kendi tutum ve davranışları, bu hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde de aynı derecede önemlidir (50).

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığıyla ilgili olarak koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışlara yönelik tutum ve davranış değişikliği göstermesi anlamına gelmektedir. Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını belirlemektedir (40).

4.10. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkili Faktörler

Sigara içme, yoğun alkol kullanımı, sağlıksız diyet ve fiziksel hareketsizlik birçok hastalığın morbidite ve mortalitesinde “dört büyük” etken olarak kabul edilmektedir. Kanseri, tip 2 diyabet ve kardiovasküler hastalıklar gibi kronik hastalıkların farklı tiplerinin ortaya çıkmasında bu dört yaşam tarzının katkıda bulunduğuna dair epidemiyolojik kanıtlar mevcuttur. Sağlıksız yaşam tarzı davranışları bazı sosyo-demografik gruplarda daha fazla görölmektedir. Çalışmalar bunların genç erkekler, daha genç yaş grupları, bekârlar, daha düşük sosyo-ekonomik statüye ve eğitim seviyesine sahip olanlar arasında yaygın olduğunu göstermiştir.

Sağlıklı yaşam biçimi hedefini yakalayabilmek için; sigara içme, alkol ve madde kullanımı, dengesiz ve düzensiz beslenme davranışları, fiziksel aktivite eksikliği, şiddet davranışları, sağlıksız cinsel davranışlar, kilo artışı, aile ile iletişim sorunları ve stres gibi riskli davranışlardan kaçınılması gerekir (50, 58).

4.11. Hemşirelik Tanımı

Hemşireliğin değişik zamanlarda, değişik kuruluşlar tarafından tanımları yapılmıştır. Hemşireliği tanımlamak ve işlevlerini açıklamak üzere yapılan çalışmalar Florence Nightingale ile başlar. 1859’da Florence Nightingale “Hemşirelik Üzerine Notlar” adlı kitabında “hemşirelik, doğanın birey üzerindeki etkilerini olumlu ve zararsız hale getirebilmek için bireyi, en iyi hale getirmektir. Hemşirenin hastaya temiz hava,

iyi ışık, yeterli ısı, temizlik, sessizlik ve iyi seçilmiş bir diyet sağlaması ona yaşama gücü verir” demektedir (59).

Amerikan Hemşireler Derneği'nin (ANA- American Nurses Association) 1965 yılında yapılan hemşirelik tanımında; “hemşire, yaralının, hastanın, sağlıklı bireyin durumunun düzeltilmesi, hastalıklardan korunması, diğer personelin eğitimi ve gözetimi ile ilgilenip, tedavi ve ilaçları uygular. Bu faaliyetlerini yaparken biyoloji, fizik ve sosyal bilimlerden destek alır” görüşü üzerinde durmuştur.

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nursing –ICN), hemşireliği tanımlar; “Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur” şeklinde tanımlamıştır.

Türk Hemşireler Derneği Eğitim Komisyonu, (1981) hemşireliği “Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini” şeklinde tanımlamıştır.

Günümüzde hemşirelikte bütüncül yaklaşım önem kazanmıştır. Hemşirelik, insan yaşamıyla, yaşamın kalitesiyle, bireylerin, ailelerin, toplumların sağlığının kalitesiyle ilgilidir ve bireylerin en üst düzeyde sağlıklı olmalarına yardımcı olmayı amaçlar.

Bu tanımlardan da anlaşılacağı gibi hemşirelik, insan yaşamı süresince en çok karşılaşılacak mesleklerden biridir. Hemşireliğin özünde yardım olayı vardır. Hemşireliğin amacı; sağlıklı / hasta bireyin gereksinimlerinin karşılanması için ona gereksindiği yardımı sağlama eylemidir (59).

Çalışma yaşamının bireyi, bireyin de çalışma yaşamını etkilediği bir gerçektir. Sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili önemli görev ve sorumlulukları olan hemşireler, hastalara daha yararlı olabilmek için öncelikle kendi sağlıklarını korumak ve geliştirmek zorundadırlar (10, 60).

Sağlık hizmetlerinin belkemiğini oluşturan hemşirelik mesleği üyeleri çalışma koşullarındaki farklılıklar nedeni ile daha yoğun baskılar altında kalmakta ve iş ortamında büyük ölçüde stres yaşamaktadır. Bunun yanı sıra hemşirelik mesleğinin yakına kadar bir kadın mesleği olması, stresin boyutunu geliştirmekte ve iş yaşamından gelen zorluluklara ev yaşamından kadın ve anne rolünün getirdiği sorunlar ile toplumsal baskılar eklenmektedir (16, 61).

Sağlık alanında çalışma hayatı, yoğun stresler yaşayan hasta bireylere hizmet vermenin güçlüğü yanı sıra, bu alanda görev yapanların günlük çalışmalarında stres oluşturan olaylarla sık sık karşı karşıya kalmalarıyla karakterizedir. Hemşirelerin hastalarla daha yakın ilişkilerde bulunması stresli ortamlarda daha fazla kalmalarını kılmaktadır (62).

Hemşirelik mesleği, meslek saygınlığının yetersiz olması, sayılarındaki yetersizlik, zor çalışma koşulları, uykusuzluk, yorgunluk, görev tanımlarının belirlenmemiş olması, düzensiz çalışma saatleri, uygun olmayan fiziksel koşullarda çalışma gibi bir dizi soruna sahiptir (62, 63, 64).

Çalışma koşullarındaki iyileşme ve zorluklar genel yaşam koşullarını da etkilemektedir. Buna bağlı olarak isin insancillaştırılması her alanda yaşam koşullarının niteliğinin yükseltilmesini öngören yaşam kalitesinin temel ögesidir (5). Özellikle sağlık çalışanlarının sistemden kaynaklanan sorunlardan dolayı daha çok şiddete maruz kaldığı görülmektedir (65).

Cerrahi hemşireliği; hastanın sağlık ve iyilik durumunun yeniden kazandırılması ve sürdürülmesi için fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin belirlenerek bilimsel bilgi üzerine temellendirilmiş hemşirelik faaliyetlerinin koordine edildiği ve kişiselleştirilmiş bakımın uygulandığı hemşirelik dalıdır. Cerrahi hastalıklarda; hastanın iyileşmesi, ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası hemşirelik bakımıyla yakından ilgilidir (66).

Cerrahi hastalarının, bakım ve tedavi uygulamaları hemşireler tarafından sürdürüldüğünden günün her saatinde hastalar hemşire ile beraberdir (14).

4.12. Hemşirelikte Yaşam Kalitesi

Sağlık çalışanları çalışma yaşamları süresince pek çok risk ile karşılaşmaktadırlar. Çalışma ortamlarına göre değişiklik gösteren bu riskler onların ve hizmet sundukları bireylerin sağlığını da etkileyebilmektedir. Bu nedenle son derece önemli olan çalışanların sağlığının geliştirilmesi için sağlık hizmetlerinin bütünü değerlendirilmelidir (34).

Hemşirelerin sağlıklı yaşam bilincinin gelişmesi, yaşam tarzının iyileştirilmesi, bireylerin sağlıklarını korumalarında kendi görevlerini algılayıp, riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları kişisel yaşamlarında uygulamaları oldukça önemlidir (34, 67).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi felsefesi içinde yaşam kalitesi kavramı son yıllarda sağlığın bütüncül bakış açısından yola çıkarak geliştirilmiş ve çalışma koşullarını etkileyebilecek bir yaklaşım olarak tanımlanmıştır (34, 63).

Yaşam kalitesi kavramı 1960'lı yıllardan bu yana sık kullanılmaya ve irdelenmeye başlanan bir kavramdır. Yaşam kalitesi yalnızca sağlık alanında çalışan uzmanlar tarafından değil, aynı zamanda filozoflar, psikologlar, ilahiyatçılar, şairler ve politikacılar tarafından da çok kullanılan bir terimdir (34)

Bugün birçok yazar tarafından varılan ortak kanı, ortalama yaşam süresi artışına ek olarak sağlık bakım politikalarında kronik, sakat bırakan ve stres yaratan hastalıkların önem kazanması ve toplumun daha büyük kesiminin bu hastalıklardan yakınır hale gelmesi sonucu insanların “yaşam kalitesine” daha çok önem verilmesi gerekliliğinin ortaya çıktığı şeklindedir (34).

Günümüzde; ülkemizde ve dünyada, sağlık hizmetleri kapsamının genişlemesi nedeniyle nitelikli işgücü gereksinimi artırmıştır. Bununla birlikte, hemşire sayısındaki yetersizlik nedeniyle mevcut çalışanları kurumda tutmak da öncelik kazanmıştır (34).

Çalışanları ve özellikle hemşireleri iş ortamında daha mutlu ve verimli kılmaya yönelik “yaşam kalitesi”ne ilişkin çalışmalar uluslararası literatür kapsamında sıklıkla ele alınan konulardan birisidir. Uluslararası Hemşireler Birliği, üye ülkelere

yapılan etkinlikler ile “2007 Dünya Hemşireler Günü”nü bu konuya ayırmış ve ilgili tarafların konuya duyarlılığını araştırmayı amaçlamıştır (34).

Hemşirelerin iş yaşamlarının kalitesinin yükseltilmesine yönelik en önemli faktörler şu şekilde sıralanmaktadır (16)

- 1.İş aktivitelerinin bilinirliği: Hemşirelerin çalışmalarını düzenleyici politika ve prosedürler.
- 2.Fiziksel çevre: Güvenli ve sağlıklı çevre koşulları, yeterli ve kullanışlı malzemelere ulaşabilme ve devamlılığını sağlayabilme.
- 3.İş üzerindeki kontrol / otonomi: Hasta bakımının planlamasında söz sahibi olma ve inisiyatif kullanabilme.
- 4.İş yükü: Hasta- hemşire oranlarının doğru planlanması.
- 5.Çalışma listeleri: Bireyin iş dışı yaşamını düzenleyebileceği, makul çalışma saatleri.
- 6.Sosyal çevre: İş arkadaşları, hasta ve hasta yakınları ile iletişim.
- 7.Destekleyici süper vizyon (Liderlik): Yöneticilerin çalışanlarına karşı sergilemiş oldukları liderlik stili, çalışanın yöneticisi tarafından desteklenmesi, cesaretlendirilmesi.
- 8.Rol (görev) tanımları: Açık, anlaşılır ve çalışan tarafından bilinen görev tanımları.
- 9.Geri bildirim (performans değerlendirmesi), tanınmak: Performansa ait geri bildirim almak, takdir edilmek, ödül sistemleri.
- 10.Katılımcı yönetim: Hemşireleri ilgilendiren konularda söz sahibi olmak.
- 11.Gelişme ve yükselme fırsatları: Kariyer planlaması, terfi edebilme.
- 12.Hasta bakım modeli: Hasta bakım hizmetlerinin sunumunda kullanılan hemşirelik bakım modelinin verilen hizmete ve hemşirelerin iş aktivitelerine etkisi.
- 13.İletişim sistemi: Hastane içi bilgi akışını sağlayan sistemler.

- 14.Takım çalışması (Ekip işbirliği): İş aktivitelerini yerine getirirken çalışanlar arasında ekip çalışmasının benimsenmesi ve yönetim tarafından desteklenmesi.
- 15.Teknolojik gelişmeleri izleme fırsatları: Hasta bakımını sunarken kullanılan alet ve cihazların çağın gelişmelerine cevap verir nitelikte olması.
- 16.Düşük iş stresi: Hasta bakımını yerine getirirken çalışanın görevini tam olarak yerine getirmesini engelleyecek her türlü stres kaynağının azaltılması, iş güvenliğinin sağlanması.
- 17.Örgüte bağlılık (ait hissetmek): Kurumun çalışan tarafından benimsenmesi, örgüt kültürünün oluşturulması.
- 18.Adalet: Çalışanın, yöneticisi tarafından diğer çalışanlarla eşit muamele gördüğünü hissetmesi.
- 19.Eğitim: Hemşirelik üzerine alınan temel eğitim, hizmet içi eğitimler, sürekli eğitim fırsatlarından yararlanma olanaklarının bulunması.
- 20.Profesyoneellik: Hemşirenin hasta bakım hizmeti sunarken profesyonel hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirebileceği bir iş çevresi yaratmak.
- 21.Ücretlerde adalet: Alınan ücretlerin bireyin yaşam kalitesini sağlayacak yeterlilikte olmasının yanı sıra benzer çalışma koşullarında olan profesyonellerle dengeli bir gelir elde edebilmeleri.
- 22.Bireysel iyilik hali (ailevi ve bireysel faktörler): Ailevi sıkıntılar, ailede bakıma gereksinim duyan bir aile bireyinin bulunması, çocuk bakımı ile ilgili yaşanan güçlükler vb.
- 23.Sağlık bakım politikaları: Ülkede hemşirelerin çalışmalarını etkileyen tüm sağlık politikaları, hemşireliğin çalışmasını düzenleyici yasa ve yönetmelikler.
- 24.Yan olanaklar (kreş, lojman, servis... vs.): Kurum tarafından sunulan ve çalışanın iş dışı yaşamına ait stres faktörlerinin azaltılmasına katkı sağlayan olanaklar.

4.13. Hemşirelerde Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Hemşirelik, mesleki beceri, ekip çalışmasına yatkınlık ve mesai saatleri haricinde de hizmet vermeyi gerektiren stresli bir iştir. Sağlık çalışanlarında yoğun iş temposu, görevlerinin yükümlülüğü, fazla sorumluluk alma, fazla mesai, hasta yakınları ile iletişim kurmak, ölümcül ve ağır yaralı hastalar ile ilgilenmek strese yol açmaktadır. Yaşamsal olarak tehdit altındaki insanlar ile ve bu hastaların yakınları ile çalışmak büyük beklenti içine girmelerine yol açmaktadır. Hemşireler, hastalarla en fazla zaman geçiren personel olup iletişimi ilk sağlayan ve anahtar olarak bu iletişimde rol oynayan kimselerdir. Stres altında çalışmak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Sağlık personelleri mesleki zorlukların yüksek olduğu konumda bulunmaktadır. Tüm sağlık çalışanlarında olduğu gibi hemşirelerde de anksiyete ve depresyon riskinin artması yüksek olarak kabul edilmektedir. İş yerinde maruz kalınan stresin çeşitli ruhsal ve fiziksel bozukluklara yol açtığı bilinmektedir. Kişilerin bireysel hayatı iş yaşamından ayrı düşünülemez. Bu yüzden hemşirelerin stresli olma durumları göz ardı edilmemelidir. Yapılan pek çok çalışma hemşireliğin zor bir meslek dalı olduğunu ve stres altında çalıştıklarını göstermektedir. Baskı altında çalışmak, çalışma saatlerinin uygunsuzluğu hemşirelerdeki iş kalitesini de düşürmektedir (20).

4.13.1. Tükenmişlik

Hemşirelerin kronik stresleri için savunma mekanizmaları geliştirdikleri görülmüştür. Bu savunma mekanizmaları ve depresyonun, yaşantılarının bu dönemini daha da karamsar olarak algılayıp tükenmişlik sendromunun gelişmesine sebebiyet verdiği gözlemlenmiştir. Çalıştıkları ortamdan ve yaptığı işten memnuniyetsiz olan hemşirelerin hem mesleki sorumluluklarından uzaklaştığı hem de tükenmişliğe daha da çabuk yaklaştıkları bilinmektedir. İş ve meslek yaşamında depresif ruh halindeki artışlar, hayat kalitesindeki düşüşler, uykusuzluk, öfke nöbetleri gibi durumlar tükenmişlik sendromu belirtileri olmaktadır. Çalışanların tükenmişlikleri insan kaynakları birimleri açısından önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Tükenmiş olduğunu hisseden çalışanın zihinsel ve bedensel bir takım ciddi rahatsızlıklara sahip olduğunu düşünürsek bu kişilerin hizmet

verdikleri insanlara karşı olumsuz davranışlar göstereceği ve standartların altında hizmet vereceği bekleneceğinden hem kendi, hem karşısındaki insanları hem de çalışanı olduğu örgüte zarar vereceğini söylemek yanlış olmayacaktır (68, 69).

4.13.2. İş Stresi

Yetersiz çalışma koşulları ve iş stresi, istenen fakat sıklıkla zor elde edilen iş ile yaşam arasındaki dengeyi sağlamayı amaç edinen toplumlarda, işle ilgili göstergelerden biridir. Birçok insan, öncekine oranla daha fazla ve daha uzun süreli çalışmakta ve işle yaşam arasındaki dengeyi çok zor sağlamaktadır. İşin yapısı, personel oranı, iş yükü, yönetim stili ve genel çalışma ortamı olarak tanımlanmıştır. Sağlık çalışanları arasındaki stresin kaynaklarını ise, iş yükü, çalışanlar arasındaki zayıf iletişim, hasta ölümleri, işin karmaşık yapısı, çalışma saatleri, yetersiz personel ve yetersiz işte ilerleme olanakları oluşturmaktadır. Fazla iş yükü, zorunlu fazla mesai, rol belirsizliği ve çatışmanın, çalışanlarda duygusal strese neden olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (68, 70).

4.13.3. Özel Yaşam Alanı

Bir yetişkinin yaşamında iki önemli alan aile ve iştir. Bu iki boyutun rol beklentileri daima uyumlu değildir ve aile ve iş yaşamı arasında çatışmaya neden olabilmektedir. Çatışmanın nedenleri kişinin cinsiyeti, yaşı, kişiliği gibi kişisel özellikleri, işin özellikleri ve ailenin yapısal özellikleri olarak üç grupta ele alınabilmektedir. Çalışanlar ayrı ayrı incelendiğinde zaman, farklı rollere sahip her çalışanın, üstlendiği rollerden ötürü farklı düzeyde çatışma yaşadığı görülmektedir. Kadın, erkek, genç, evli ve çocuk sahibi çalışanlar üstlendikleri sorumluluklar paralelinde farklı düzeylerde çatışma yaşamaktadır. Kişini iş yaşamında memnuniyet sağlaması, aile yaşamı gibi diğer yaşam boyutları üzerinde de etkiye sahiptir. Bu nedenle, iş aile etkileşiminden kaynaklanan sorunlar bireyin ailesine yansıdığı gibi, çalışanın üyesi olduğu örgütü ve toplumu da yakından ilgilendirmektedir (68).

4.13.4. Vardiyalı Çalışma Sistemi

Hastanelerde verilen hizmet haftanın 7 günü 24 saat devam ettiği için, verilen hizmetin devamlılığı açısından çalışanlar vardiyalı veya nöbet sistemiyle çalışmak

durumundadır. Sağlık çalışanları birebir insan hayatıyla ilgilenen, hayati tehlikesi olan bir takım görev ve yükümlülüklerle sahip, standart çalışma günleri ve saatleri dışında çalışmak zorunda olan, zamanla yarışan, işini yaparken karmaşık teknolojilerden faydalanan, büyük sorumlulukları olan ve yoğun stres altında çalışan bir gruptur. Vardiyalı çalışma şeklinde, verilen hizmet 24 saat devam ettiği için günlük çalışma saati belirlenir ve çalışma saatleri periyodik olarak değiştirilir. Ancak sağlıklı yaşam şartları, gündüz çalışmayı gece de uyuyarak dinlenmeyi ve vücudun kendini yenilemesini gerektirir (20, 70, 71, 72, 73).

4.13.5. Uyku Düzeni

Uyku, bireylerin yaşam kalitesini ve sağlığını etkileyen temel ve vazgeçilmez günlük yaşam aktivitelerinden biri olup fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir kavramdır. İnsanların gereksinim duydukları uyku; yaş, cinsiyet, beslenme, aktivite, sağlık durumu, çevresel ortam ve bireysel özelliklerine göre farklılık göstererek kişiden kişiye göre değişmekte, bireyin yaşam kalitesini etkilemektedir (74).

Bireyin uyku yapısını ve kalitesini, çalışma koşulları, mesleki faktörler, stres önemli ölçüde etkilemektedir. Sağlık çalışanları, çalışma koşullarındaki farklılıklar nedeni ile daha yoğun baskılar altında kalmakta ve iş ortamında büyük ölçüde stres yaşamaktadırlar (74).

Hemşirelik mesleği, sunmuş oldukları sağlık hizmeti gereği vardiyalı çalışmadan da kaynaklanan bir dizi iş güçlükleri taşımaktadır (74).

Vardiyalı çalışma sisteminin en olumsuz etkilerinden birisi uyku düzeninin bozulmasıdır. İnsan metabolizması gece çalışmasına hiçbir zaman adapte olamaz ve bu çalışma şekli bırakılsa dahi bedende oluşturduğu olumsuz etkiler devam edebilir (20).

Yeterli düzeyde ve kalitede uyuyamamaya bağlı olarak bağışıklık sistemi zayıflamaktadır. Bu durumda da hipertansiyon, kalp hastalıkları, venöz tromboz ve venöz yetmezlik gibi kardiyovasküler bozukluklar; ülser, konstipasyon, gastrit, gibi sindirim sistemi bozuklukları; diyabet, meme ve kolon kanserleri gibi metabolik

bozukluklar ve depresyon gibi psikolojik rahatsızlıkların görülme riski artabilmektedir (20).

4.13.6. Yorgunluk

İnsan vücudu çalışırken, düzenli olarak enerji üretir ve ürettiği bu enerjiyi tüketir. Yapılan araştırmalar, bireyler çalışırken çalıştıkları sürenin en az %15' i kadar dinlenme süresinin olması gerekliliğini ortaya koymuştur. Çalışma süresinin içinde yeterli dinlenme aralıklarının bulunması, hem ergonomik hem de psikolojik açıdan büyük yararlar sağlamaktadır. Çalışma süresi içindeki dinlenme molalarının kısa olması, iş kazalarının artmasına neden olmaktadır. Kısa dinlenme sürelerinin yanında uzun çalışma sürelerinin de olması iş kazalarını kaçınılmaz hale getirmektedir. Dinlenme aralıklarıyla sürelerinin yeterli olduğu işyerlerinde kaza oranlarının yüksek olmadığı yapılan araştırmalarla doğrulanmıştır (20).

Çalışan bireyler zaten sınırlı miktarda olan enerjilerini gün içinde yapacakları diğer tüm aktiviteler için uygun şekilde dağıtmaya çalışırlar. Çalışanların bireysel, sosyal ve kültürel ihtiyaçları göz önüne alınmadan düzenlenen çalışma saatleri iş verimini düşürür ve yorgunluğa sebep olur bu da iş kazası riskini artırır (20).

4.13.7. Halsizlik

Vücudun uyumaya alışık olduğu saatlerde uzun süre uyumadan uyanık kalmaya çalışmak nedeniyle oluşan yorgunluk durumu halsizlik olarak ifade edilmektedir. Halsizliğe bağlı olarak konsantrasyon bozulmakta bu da iş kazalarına, yaralanmalara ve bir takım yanlış uygulamalara sebep olabilmektedir. Ayrıca halsizliğin kritik karar verme ve problem çözme sürecini yavaşlattığı bunun da üretkenliğin azalmasına ve performansın düşmesine yol açtığı araştırmalarla desteklenmektedir (20).

4.13.8. Sosyal Yaşam

İş hayatı bireyin sosyal hayatının önemli parçalarından biridir. Bireyin iş hayatından memnuniyet duyması ya da duymaması sosyal hayatını yakından etkiler (20).

Zamanın büyük bir bölümünü işinde geçiren insan, işinde mutlu olabildiği oranda üretkenliği artmaktadır (68).

Bireyler aileleri ve sosyal çevreleriyle yeterli iletişim kuramadıkları için sosyal izolasyon yaşayabilmektedirler. Vardiyalı çalışan bireyler diğer insanların çalıştığı saatlerde uyuyup, onların dinlendiği saatlerde de çalıştıkları için sosyal ve aile içi rollerini yerine getirmekte zorluk çekerler bu da kendilerini dışlanmış hissetmelerine sebep olur (20).

4.13.9. Yeterli ve Adil Ücretlendirme

Yaşam kalitesini etkileyen en önemli değişkenlerden biri de ücret olduğu söylenebilir. Ücretlendirme sistemi, çalışanların tatmin ya da tatminsizliğinin başlıca belirleyicilerindendir. Ücret, çalışan açısından çok hassas, işletme açısından da çok kritik bir konudur. Örgütteki ücretleme sisteminin doğru bir şekilde tasarlanması, tasarım aşamasında çalışan katılımının sağlanması, dengeli, adil ve eşit bir ücret yapısının kurulması gerekmektedir (68, 75).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1.Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu araştırma Cerrahi hemşirelerinde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

5.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma kapsamına Medipol Mega Hastaneler Kompleksi Üniversite Hastanesi Cerrahi Servisleri'nde çalışan hemşireler alınmıştır. Ocak 2014 ve Haziran 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

5.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Bu araştırmanın evrenini Medipol Mega Hastaneler Kompleksi Üniversite Hastanesi'nde çalışan 300 cerrahi hemşiresi oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerin tamamı örnekleme oluşturmuştur ancak istifa ve iş yoğunluğu gerekçesiyle araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hemşireler kapsam dışı bırakılmış ve çalışma araştırmaya katılmayı kabul eden 210 hemşire ile Mayıs-Haziran 2014 tarihleri arasında yürütülmüştür.

5.4.Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri kurumdan gerekli izinler alındıktan sonra Kişisel Bilgi formu ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Formu Türkçe Versiyonu ile toplanmıştır.

5.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllülerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eşinin işi, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, meslek, aylık gelir, çalıştığı bölüm ve süre, çalışma şekli, ek iş durumu, sosyal aktivite, uyku, beslenme, hastalık durumu, sigara ve alkol alışkanlığı, egzersiz ilgili toplam 23 sorudan oluşan anket formudur.

5.4.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form 36)

Short Form 36, bireyin kendi yaşam kalitesini değerlendirme ölçeğidir. Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Koçyiğit ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçekte sağlık, 8 alt boyut ve 36 madde ile incelenmektedir.

- Fiziksel Fonksiyon, 10 madde
- Sosyal Fonksiyon, 2 madde
- Rol Kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel), 4+3 madde
- Mental Sağlık, 5 madde
- Vitalite (enerji) 4 madde
- Ağrı ve Genel olarak sağlık, 2+6 madde

Ölçek son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Değerlendirme 4. ve 5. maddeler dışında Likert tipi (üçlü- altılı) yapılmaktadır; 4. ve 5. maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir. Alt ölçekler sağlığı 0 ila 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu ifade ederken 100 iyi sağlık durumunu göstermektedir (20, 76, 77).

Tablo-5.4.2.1. SF-36'nın Alt Ölçeklerinin Puanlanmasının Tanımlanması

Alt Ölçekler	Düşük puan	Yüksek puan
Fiziksel Fonksiyon	Yıkama ve giyinme de dahil tüm fiziksel aktiviteleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dâhil tüm fiziksel aktiviteleri kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme
Fiziksel Rol	Fiziksel sağlığın bozulmasıyla işte ya da diğer günlük aktivitelerde sorunlar	Fiziksel sağlık olarak işte ya da günlük aktivitelerde sorun olmaması
Sosyal Fonksiyon	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı toplumsal etkinlikleri kesinti olmaksızın yürütme
Ağrı	Aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı	Ağrı olmaması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Mental Sağlık	Sürekli sinirlilik ya da depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme
Emosyonel Rol	Emosyonel sorunların sonucu işte ya da diğer günlük aktivitelerde sorunlar	Emosyonel sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük aktivitelerde sorun olmaması
Vitalite/Enerji	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Sürekli canlı ve enerjik hissetme
Genel Sağlık	Sağlığın kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma	Sağlığın mükemmel olduğuna inanma

(34).

Ölçek Soru No	Alt ölçekler	Özet ölçümler
3a.	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Sağlık
3b.		
3c.		
3d.		
3e.		
3f.		
3g.		
3h.		
3i.		
3j.		
4a.	Rol-Fiziksel	Fiziksel Sağlık
4b.		
4c.		
4d.		
7.	Vücut Ağrısı	Fiziksel Sağlık
8.		
1.	Genel Sağlık Durumu	Fiziksel Sağlık
11a.		
11b.		
11c.		
11d.		
9a.	Canlılık	Ruh Sağlığı
9e.		
9g.		
9i.		
6.	Sosyal Foksiyon	Ruh Sağlığı
10.		
5a.	Rol-Emosyonel	Ruh Sağlığı
5b.		
5c.		
9b.	Ruh Sağlığı	Ruh Sağlığı
9c.		
9d.		
9f.		
9h.		

Şekil 5.4.2.1. SF-36 Ölçeğinin Soru Numaralarına Göre Gruplandırılan Alt Ölçekleri (34).

5.5.Araştırmanın Uygulanması

Araştırma Medipol Üniversite'nden etik kurul onayı ve araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alındıktan sonra uygulamaya başlanmıştır. Araştırma birim hemşirelerine birebir ulaşılmış, kendilerine araştırmanın kapsamı ve amacı anlatılmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden 210 hemşireden araştırma verileri toplanmıştır.

5.6.Araştırmanın Etik Yönü

Medipol Üniversitesi Etik Kurulu'ndan alınan etik kurul onayı, araştırmanın ön projesi ve araştırmanın konu, amaç ve yöntemi ile ilgili bilgi veren bir dilekçe ile araştırmanın yapılacağı üniversite hastanesinin başhekimliğine başvuruda bulunulmuş, kurumun yazılı izin ve onayından sonra çalışmaya başlanmıştır.

5.7.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma tek bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerle gerçekleştirilmiş olup, araştırma sonuçları çalışmanın yapıldığı üniversite hastanesinde çalışan hemşireler için genellenebilir tüm evrene genellenemez. Araştırmanın tek bir hastanede yapılmış olması başka kurumlarla karşılaştırılma yapılmamış olması da araştırmanın sınırlılıklarındandır.

5.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 20 istatistik paket programından yararlanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri olarak yüzde değerler, aritmetik ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediklerine Shapiro-Wilk testi ile bakılmış, verilerin normal dağılım göstermemesi nedeni ile veri analizinde nonparametrik yöntemlerden yararlanılmıştır. Yapılan istatistiksel analizlerde ikili grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırmalarında ise Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. İstatistik analizlerde $p < 0.05$ ise sonuçlar anlamlı kabul edilmiştir.

6. BULGULAR

Tablo 1. Cerrahi Servisinde Çalışan Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellik	Sayı	Yüzde
Yaş		
18-21 yaş	57	27.0
22-25 yaş	93	44.3
26-29 yaş	23	11.0
30-33 yaş	14	6.7
34 ve üzeri	23	11.0
Cinsiyet		
Kadın	177	84.3
Erkek	33	15.7
Medeni durum		
Evli	58	27.6
Evli Değil	143	68.1
Boşanmış/ Ayrı yaşıyor	9	4.3
Eşinin çalışma durumu (n=58)		
Hayır	50	86.2
Evet	8	13.8
Eşinin mesleği (n=50)		
Devlet memuru	29	58.0
İşçi	9	18.0
Esnaf	4	8.0
Serbest meslek	8	16.0
Çocuk (n=58)		
Var	40	59.7
Yok	27	40.3
Çocuk sayısı (n=40)		
1	29	72.5
2	11	27.5
Eğitim durumu		
Lise	96	45.7
Önlisans	19	9.0
Lisans	82	39.0
Yüksek Lisans	13	6.3
Aylık gelir düzeyi (n=155)		
1000-1999 TL	21	13.5
2000-2999 TL	115	74.2
3000-3999 TL	14	9.1
4000 TL ve üstü	5	3.2
Arkadaşları ile birlikte olma sıklığı		
Her gün	29	13.8
2-3 günde bir defa	37	17.6
Haftada bir defa	48	22.9
İki haftada bir defa	31	14.8
Ayda bir defa	49	23.3
Hiç birlikte olmuyorum	16	7.6
Toplam	210	100.0

Tablo 1. Cerrahi Servisinde Çalışan Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (Devamı)

Tanıtıcı Özellik	Sayı	Yüzde
Ortalama uyku süresi		
5-6 saat/gün	76	36.2
7-8 saat/gün	116	55.2
9-10 saat/gün	18	8.6
Tanılanmış hastalığı olma durumu		
Hayır	171	81.4
Evet	39	18.6
Tanılanmış hastalığın türü (n=39)		
Göz problemi	3	7.7
Alerji	5	12.8
Hipertansiyon	4	10.3
Hipotiroid	2	5.1
Baş ağrısı	6	15.4
Böbrek rahatsızlığı	7	17.9
Mitral yetmezlik	2	5.1
Anemi	4	10.3
Kronik gastrit	2	5.1
Diğer	4	10.3
Ortalama öğün sayısı		
1 öğün/gün	2	1.0
2 öğün/gün	59	28.0
3 öğün/gün	131	62.4
3 ana -3 ara öğün/gün	18	8.6
Sigara kullanma durumu		
Kullanıyor	70	33.3
Kullanmış, bırakmış	11	5.2
Hiç kullanmamış	129	61.5
Sigara kullanma sıklığı (n=70)		
1-5 adet/günde	25	35.7
6-10 adet/günde	29	41.4
11 adet/günde ve üzeri	16	22.9
Sigara kullanmaya başlama yaşı (n=81)		
10-15 yaş	11	13.6
16-21 yaş	57	70.4
22 yaş ve üzeri	13	16.0
Alkol kullanma durumu		
Evet	55	26.2
Hayır	155	73.8
Son bir yıl içinde alkol kullanma sıklığı		
Ayda 2-3 defa	9	16.4
Haftada bir	45	81.8
Haftada 2-3 defadan daha fazla	1	1.8
Düzenli egzersiz yapma durumu		
Evet	79	37.6
Hayır	131	62.4

Toplam	210	100.0
---------------	------------	--------------

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin yer aldığı Tablo 1 incelendiğinde; hemşirelerin %44.3'ünün 22-25 yaş arasında, %84.3'ünün kadın, %27.6'sının evli ve %59.7'sinin çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin; %86.2'sinin eşinin çalışmadığı, eşi çalışan sağlık personelinin %58.0'ının eşinin mesleğinin devlet memuru olduğu belirlenmiştir. Cerrahi hemşirelerin %45.7'sinin lise mezunu, %74.2'sinin aylık gelir düzeyinin 2000-2999 TL olduğu ve %23.3'ünün ayda bir defa arkadaşları ile birlikte zaman geçirdiği saptanmıştır. Hemşirelerin; ortalama uyku süresinin çoğunlukla (%55.2) 7-8 saat/gün olduğu, %81.4'ünün tanılanmış herhangi bir hastalığı olmadığı, tanılanmış hastalığı olan (%18.6) hemşirelerin en çok böbrek rahatsızlığı (%17.9), baş ağrısı (%15.4) ve alerji (%12.8) sorunları yaşadığı belirlenmiştir. Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin; %62.4'ünün günde 3 öğün beslendiği, %61.5'inin hiç sigara kullanmadığı, sigara kullananların çoğunun (%41.4) günde 6-10 adet sigara kullandığı, sigara kullananların %70.4'ünün sigaraya başlama yaşının 16-21 yaş olduğu, %26.2'sinin alkol kullandığı ve %81.8'inin haftada bir alkol tükettiği ve %62.4'ünün düzenli egzersiz yapmadığı saptanmıştır.

Tablo 2. Cerrahi Servisinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Özellikleri

Tanıtcı Özellik	Sayı	Yüzde
Mesleki hizmet süresi		
1 yıl altı	45	21.4
1 yıl	35	16.7
2 yıl	28	13.4
3 yıl	26	12.4
4 yıl	15	7.1
5 yıl ve üzeri	61	29.0
Şu an çalışmakta olduğu kurumdaki çalışma süresi		
1-3 ay	86	41.0
4-6 ay	31	14.8
7-9 ay	23	11.0
10 ay ve üzeri	70	33.2
Birimdeki çalışma şekli		
Sürekli gündüz	77	36.7
Sürekli gece	2	0.9
Vardiyalı	46	22.9
Karışık	85	40.5
Ek iş yapma durumu		
Evet (Dış nöbet)	6	2.9
Hayır	204	97.1
İş dışındaki zamanını değerlendirme şekli		
Evde internet ya da bilgisayar oyunları oynayarak geçiririm	24	11.4
Ailemle birlikte vakit geçiririm	35	16.7
Spor yaparım	28	13.3
Müzik dinlerim	31	14.8
Kitap okurum	21	10.0
Uyurum	29	13.8
Diğer (gezme,ev işleri)	42	20.0
Toplam	210	100.0

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin mesleki özellikleri Tablo 2’de verilmiştir. Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin mesleki hizmet süresi incelendiğinde; %29,0’ının mesleki hizmet süresinin 5 yıl ve üzeri olduğu, %41,0’ının şu an çalıştığı kurumda 1-3 ay süre ile görev yaptığı, %36,7’sinin biriminde sürekli gündüz şeklinde çalıştığı, %2,9’unun ek iş olarak dış nöbet tuttuğu ve %16,7’sinin iş dışındaki zamanını ailesi ile birlikte değerlendirdiği görülmektedir.

Tablo 3. Cerrahi Servisinde Çalışan Hemşirelerin Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları (n=210)

SF-36 / Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Ortalama	SS	Ortanca	Min	Max
Fiziksel Fonksiyon	85.91	15.11	90.00	30.00	100.00
Fiziksel Rol	46.90	39.46	50.00	0.00	100.00
Ağrı	62.66	24.24	62.00	0.00	100.00
Genel Sağlık	63.70	18.68	62.00	15.00	100.00
Enerji	51.85	20.29	50.00	5.00	100.00
Sosyal Fonksiyon	67.85	23.67	75.00	0.00	100.00
Emosyonel Rol	54.28	37.25	66.70	0.00	100.00
Mental Sağlık	62.62	17.58	64.00	4.00	96.00

Tablo 3’de cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesi ölçeğinin; fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalaması 85.91 ± 15.11 , fiziksel rol alt boyutu puan ortalaması 46.90 ± 39.46 , ağrı alt boyutu puan ortalaması 62.66 ± 24.24 , genel sağlık alt boyutu puan ortalaması 63.70 ± 18.68 , enerji alt boyutu puan ortalaması 51.85 ± 20.29 , sosyal fonksiyon alt boyutu puan ortalaması 67.85 ± 23.67 , emosyonel rol alt boyutu puan ortalaması 54.28 ± 37.25 ve mental sağlık alt boyutu puan ortalaması 62.62 ± 17.58 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4. Cerrahi Servisinde Çalışan Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=210)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları	Yaş	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test
Fiziksel Fonksiyon	18-21	57	84.61	14.52	35.00	100.00	3.820 0.431
	22-25	93	86.66	15.57	35.00	100.00	
	26-29	23	87.17	16.70	30.00	100.00	
	30-33	14	82.50	13.55	65.00	100.00	
	34 ≤	23	86.95	14.67	45.00	100.00	
Fiziksel Rol	18-21	57	36.84	38.98	0.00	100.00	10.390 0.034
	22-25	93	48.92	38.64	0.00	100.00	
	26-29	23	43.47	33.04	0.00	100.00	
	30-33	14	46.42	44.78	0.00	100.00	
	34 ≤	23	67.39	40.89	0.00	100.00	
Ağrı	18-21	57	60.68	23.25	20.00	100.00	8.589 0.072
	22-25	93	59.79	25.34	0.00	100.00	
	26-29	23	63.08	25.11	22.00	100.00	
	30-33	14	69.71	19.29	41.00	100.00	
	34 ≤	23	74.47	21.18	22.00	100.00	
Genel Sağlık	18-21	57	63.82	19.01	25.00	100.00	12.730 0.013
	22-25	93	60.68	18.35	15.00	97.00	
	26-29	23	66.69	17.55	30.00	100.00	
	30-33	14	59.42	21.23	22.00	92.00	
	34 ≤	23	75.17	14.70	40.00	97.00	
Enerji	18-21	57	47.71	20.81	5.00	100.00	9.178 0.057
	22-25	93	51.34	21.27	5.00	90.00	
	26-29	23	60.86	15.71	30.00	85.00	
	30-33	14	50.71	14.78	20.00	80.00	
	34 ≤	23	55.86	19.80	5.00	95.00	
Sosyal Fonksiyon	18-21	57	62.28	26.25	0.00	100.00	11.287 0.024
	22-25	93	66.80	23.05	12.50	100.00	
	26-29	23	77.17	21.86	25.00	100.00	
	30-33	14	65.17	20.32	37.50	100.00	
	34 ≤	23	78.26	18.16	37.50	100.00	
Emosyonel Rol	18-21	57	53.80	37.67	0.00	100.00	1.794 0.774
	22-25	93	51.61	36.62	0.00	100.00	
	26-29	23	55.06	39.71	0.00	100.00	
	30-33	14	61.90	36.65	0.00	100.00	
	34 ≤	23	60.86	38.47	0.00	100.00	
Mental Sağlık	18-21	57	56.84	19.47	4.00	88.00	14.935 0.005
	22-25	93	61.80	17.98	4.00	96.00	
	26-29	23	70.26	11.92	52.00	92.00	
	30-33	14	66.00	16.80	32.00	88.00	
	34 ≤	23	70.60	9.23	48.00	88.00	

*Kruskal Wallis H Test

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin yaş gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4’de verilmiştir. Yaş gruplarına göre cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, ağrı, enerji ve emosyonel rol alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin yaş gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel rol ve genel sağlık alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 34 yaş ve üzeri olan hemşirelerin diğer yaş gruplarına göre puan ortalamalarının daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (sırasıyla; $p=0.034$, $p=0.013$). Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin yaş gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği sosyal fonksiyon ve mental sağlık alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 26-29 yaş grubunda ve 34 yaş üzeri olan hemşirelerin diğer yaş gruplarına göre puan ortalamalarının daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (sırasıyla; $p=0.024$, $p=0.005$).

Tablo 5. Cerrahi Servisinde Çalışan Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=210)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Cinsiyet	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test
Fiziksel Fonksiyon	Kadın	177	85.15	15.56	30.00	100.00	2429.000
	Erkek	33	89.98	11.85	65.00	100.00	0.116
Fiziksel Rol	Kadın	177	48.30	39.31	0.00	100.00	2544.500
	Erkek	33	39.39	40.03	0.00	100.00	0.228
Ağrı	Kadın	177	61.51	24.02	0.00	100.00	2416.000
	Erkek	33	68.84	24.85	22.00	100.00	0.113
Genel Sağlık	Kadın	177	62.82	18.73	15.00	100.00	2442.000
	Erkek	33	68.39	17.96	25.00	100.00	0.135
Enerji	Kadın	177	51.04	20.48	5.00	100.00	2500.000
	Erkek	33	56.21	18.91	5.00	85.00	0.188
Sosyal Fonksiyon	Kadın	177	67.44	22.73	0.00	100.00	2609.000
	Erkek	33	70.07	28.45	0.00	100.00	0.325
Emosyonel Rol	Kadın	177	54.42	36.86	0.00	100.00	2915.500
	Erkek	33	53.54	39.92	0.00	100.00	0.987
Mental Sağlık	Kadın	177	62.48	17.14	4.00	96.00	2746.500
	Erkek	33	63.39	20.05	4.00	96.00	0.586

* Mann Whitney U Test

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 5’de görülmektedir. Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi ölçeği tüm (fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 6. Cerrahi Servisinde Çalışan Hemşirelerin Medeni Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=210)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Medeni Durum	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test
Fiziksel Fonksiyon	Evli Bekar	58 152	84.82 86.33	14.74 15.28	45.00 30.00	100.00 100.00	4066.500 0.375
Fiziksel Rol	Evli Bekar	58 152	50.00 45.72	40.28 39.21	0.00 0.00	100.00 100.00	4146.500 0.495
Ağrı	Evli Bekar	58 152	63.03 62.52	22.16 25.06	22.00 0.00	100.00 100.00	4327.500 0.837
Genel Sağlık	Evli Bekar	58 152	64.77 63.28	17.72 19.07	25.00 15.00	100.00 100.00	4256.000 0.699
Enerji	Evli Bekar	58 152	53.18 51.34	18.46 20.98	5.00 5.00	85.00 100.00	4150.500 0.512
Sosyal Fonksiyon	Evli Bekar	58 152	70.25 66.94	21.18 24.55	12.50 0.00	100.00 100.00	4183.500 0.563
Emosyonel Rol	Evli Bekar	58 152	55.74 53.73	40.17 36.20	0.00 0.00	100.00 100.00	4254.500 0.687
Mental Sağlık	Evli Bekar	58 152	65.93 61.36	15.52 18.19	24.00 4.00	88.00 96.00	3765.000 0.101

* Mann Whitney U Test

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin medeni durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6'da yer almaktadır. Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin medeni durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği tüm (fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 7. Cerrahi Servisinde Çalışan Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=210)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Eğitim Durumu	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test
Fiziksel Fonksiyon	Lise	96	83.72	17.83	30.00	100.00	1.904 0.592
	Önlisans	19	87.10	10.84	65.00	100.00	
	Lisans	82	88.34	11.99	45.00	100.00	
	Y.Lisans	13	85.00	15.27	55.00	100.00	
Fiziksel Rol	Lise	96	44.53	39.60	0.00	100.00	1.622 0.654
	Önlisans	19	47.36	39.87	0.00	100.00	
	Lisans	82	50.60	39.47	0.00	100.00	
	Y.Lisans	13	40.38	40.23	0.00	100.00	
Ağrı	Lise	96	62.79	25.50	0.00	100.00	0.772 0.856
	Önlisans	19	66.36	24.24	20.00	100.00	
	Lisans	82	62.53	22.13	22.00	100.00	
	Y.Lisans	13	57.15	29.01	0.00	100.00	
Genel Sağlık	Lise	96	62.16	20.84	15.00	100.00	4.858 0.182
	Önlisans	19	70.10	18.04	35.00	97.00	
	Lisans	82	65.02	16.12	27.00	97.00	
	Y.Lisans	13	57.30	15.94	25.00	92.00	
Enerji	Lise	96	49.37	21.52	5.00	100.00	2.719 0.437
	Önlisans	19	56.31	21.39	20.00	95.00	
	Lisans	82	53.71	18.85	5.00	85.00	
	Y.Lisans	13	51.92	17.74	25.00	80.00	
Sosyal Fonksiyon	Lise	96	65.62	27.14	0.00	100.00	3.069 0.381
	Önlisans	19	68.42	18.80	25.00	87.50	
	Lisans	82	71.18	21.03	12.50	100.00	
	Y.Lisans	13	62.50	16.13	37.50	87.50	
Emosyonel Rol	Lise	96	54.51	38.73	0.00	100.00	3.449 0.327
	Önlisans	19	56.14	31.54	0.00	100.00	
	Lisans	82	56.50	36.55	0.00	100.00	
	Y.Lisans	13	35.89	37.17	0.00	100.00	
Mental Sağlık	Lise	96	60.08	19.74	4.00	96.00	3.155 0.368
	Önlisans	19	64.63	16.18	32.00	88.00	
	Lisans	82	65.31	15.71	20.00	96.00	
	Y.Lisans	13	61.53	11.25	44.00	80.00	

*Kruskal Wallis H Test

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 7’de görülmektedir. Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeği tüm (fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 8. Cerrahi Servisinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Hizmet Sürelerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=210)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Mesleki Hizmet Süresi	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test
Fiziksel Fonksiyon	1 yıl ve altı	80	86.43	13.09	35.00	100.00	0.501 0.778
	2-4 yıl	69	86.77	14.99	35.00	100.00	
	5 yıl ve üzeri	61	84.26	17.65	30.00	100.00	
Fiziksel Rol	1 yıl ve altı	80	44.68	39.31	0.00	100.00	0.344 0.842
	2-4 yıl	69	47.82	39.46	0.00	100.00	
	5 yıl ve üzeri	61	48.77	40.16	0.00	100.00	
Ağrı	1 yıl ve altı	80	60.28	24.37	0.00	100.00	3.016 0.221
	2-4 yıl	69	61.34	22.67	0.00	100.00	
	5 yıl ve üzeri	61	67.27	25.51	10.00	100.00	
Genel Sağlık	1 yıl ve altı	80	63.51	16.92	25.00	97.00	2.141 0.343
	2-4 yıl	69	61.92	18.50	20.00	100.00	
	5 yıl ve üzeri	61	65.95	21.02	15.00	100.00	
Enerji	1 yıl ve altı	80	51.87	18.79	5.00	85.00	0.310 0.856
	2-4 yıl	69	51.23	21.23	5.00	100.00	
	5 yıl ve üzeri	61	52.54	21.38	5.00	95.00	
Sosyal Fonksiyon	1 yıl ve altı	80	67.34	21.00	0.00	100.00	0.342 0.843
	2-4 yıl	69	68.11	25.86	0.00	100.00	
	5 yıl ve üzeri	61	68.23	24.74	12.50	100.00	
Emosyonel Rol	1 yıl ve altı	80	55.42	36.34	0.00	100.00	0.748 0.688
	2-4 yıl	69	56.03	37.70	0.00	100.00	
	5 yıl ve üzeri	61	50.81	38.30	0.00	100.00	
Mental Sağlık	1 yıl ve altı	80	62.80	16.46	20.00	96.00	3.013 0.222
	2-4 yıl	69	60.17	18.31	4.00	88.00	
	5 yıl ve üzeri	61	65.18	18.05	4.00	96.00	

*Kruskal Wallis H Test

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin mesleki hizmet sürelerine göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 8'de görülmektedir. Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin mesleki hizmet sürelerine göre yaşam kalitesi ölçeği tüm (fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık) alt boyutlarından aldıkları

puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 9. Cerrahi Servisinde Çalışan Hemşirelerin Şuan Çalıştığı Hastanedeki Görev Süresine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=210)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Şuan Çalıştığı Hastanedeki Görev Süresi	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test
Fiziksel Fonksiyon	6 ay ve altı 7 ay ve üzeri	117 93	87.43 84.00	13.93 16.35	30.00 35.00	100.00 100.00	4788.500 0.127
Fiziksel Rol	6 ay ve altı 7 ay ve üzeri	117 93	57.90 33.06	38.79 35.95	0.00 0.00	100.00 100.00	3498.000 0.000
Ağrı	6 ay ve altı 7 ay ve üzeri	117 93	67.74 56.27	23.44 23.83	0.00 0.00	100.00 100.00	3891.000 0.000
Genel Sağlık	6 ay ve altı 7 ay ve üzeri	117 93	68.00 58.29	18.08 18.10	22.00 15.00	100.00 100.00	3805.000 0.000
Enerji	6 ay ve altı 7 ay ve üzeri	117 93	56.36 46.18	19.24 20.24	5.00 5.00	100.00 85.00	3900.500 0.000
Sosyal Fonksiyon	6 ay ve altı 7 ay ve üzeri	117 93	73.39 60.88	20.98 25.08	12.50 0.00	100.00 100.00	3862.000 0.000
Emosyonel Rol	6 ay ve altı 7 ay ve üzeri	117 93	60.97 45.87	34.82 38.67	0.00 0.00	100.00 100.00	4224.000 0.004
Mental Sağlık	6 ay ve altı 7 ay ve üzeri	117 93	66.32 57.97	15.91 18.53	4.00 4.00	96.00 96.00	3850.000 0.000

* Mann Whitney U Test

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin şuan çalıştığı hastanedeki görev süresine göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 9'da yer almaktadır. Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin şuan çalıştığı hastanedeki görev süresine göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin şuan çalıştığı hastanedeki görev süresine göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık alt boyutlarından aldıkları

puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalıştığı hastanedeki görev süresi 6 ay ve daha az olan hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p \leq 0.005$).

Tablo 10. Cerrahi Servisinde Çalışan Hemşirelerin Uyku Sürelerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=210)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Uyku Süresi	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test
Fiziksel Fonksiyon	7 saat ve altı 8 saat ve üzeri	135 75	87.31 83.39	13.99 16.76	35.00 30.00	100.00 100.00	4400.000 0.108
Fiziksel Rol	7 saat ve altı 8 saat ve üzeri	135 75	47.40 46.00	39.97 38.78	0.00 0.00	100.00 100.00	4931.000 0.749
Ağrı	7 saat ve altı 8 saat ve üzeri	135 75	62.80 62.42	25.11 22.75	0.00 10.00	100.00 100.00	4984.000 0.852
Genel Sağlık	7 saat ve altı 8 saat ve üzeri	135 75	63.19 64.61	18.47 19.13	15.00 22.00	100.00 97.00	4799.500 0.532
Enerji	7 saat ve altı 8 saat ve üzeri	135 75	51.74 52.06	19.89 21.13	5.00 5.00	100.00 95.00	4997.000 0.876
Sosyal Fonksiyon	7 saat ve altı 8 saat ve üzeri	135 75	67.22 69.00	24.66 21.87	0.00 0.00	100.00 100.00	4944.000 0.776
Emosyonel Rol	7 saat ve altı 8 saat ve üzeri	135 75	52.34 57.77	38.96 33.93	0.00 0.00	100.00 100.00	4694.000 0.367
Mental Sağlık	7 saat ve altı 8 saat ve üzeri	135 75	62.37 63.09	17.72 17.43	4.00 4.00	96.00 96.00	4920.000 0.735

* Mann Whitney U Test

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin uyku sürelerine göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 10'da verilmiştir. Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin uyku sürelerine göre yaşam kalitesi ölçeği tüm (fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 11. Cerrahi Servisinde Çalışan Hemşirelerin Tanılanmış Hastalığı Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=210)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Tanılanmış Hastalık Durumu	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test
Fiziksel Fonksiyon	Var Yok	39 171	82.43 86.70	15.63 14.92	35.00 30.00	100.00 100.00	2755.000 0.083
Fiziksel Rol	Var Yok	39 171	48.07 46.63	41.51 39.10	0.00 0.00	100.00 100.00	3286.000 0.884
Ağrı	Var Yok	39 171	57.66 63.80	24.14 24.19	20.00 0.00	100.00 100.00	2882.000 0.184
Genel Sağlık	Var Yok	39 171	55.84 65.49	18.82 18.23	25.00 15.00	97.00 100.00	2351.000 0.004
Enerji	Var Yok	39 171	45.76 53.24	17.45 20.68	5.00 5.00	75.00 100.00	2630.500 0.039
Sosyal Fonksiyon	Var Yok	39 171	64.42 68.64	25.41 23.26	12.50 0.00	100.00 100.00	2990.000 0.308
Emosyonel Rol	Var Yok	39 171	53.84 54.38	36.37 37.56	0.00 0.00	100.00 100.00	3293.500 0.901
Mental Sağlık	Var Yok	39 171	59.89 63.25	20.40 16.87	4.00 4.00	88.00 96.00	3118.000 0.526

* Mann Whitney U Test

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin tanılanmış hastalığı olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 11’de görülmektedir. Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin tanılanmış hastalığı olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin tanılanmış hastalığı olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık ve enerji alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tanılanmış hastalığı olmayan hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (sırasıyla; $p=0.004$, $p=0.039$).

Tablo 12. Cerrahi Servisinde Çalışan Hemşirelerin Sigara Kullanma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=210)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Sigara Kullanma Durumu	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test
Fiziksel Fonksiyon	Kullanıyor	70	86.88	12.70	35.00	100.00	4887.000
	Kullanmıyor	140	85.42	16.21	30.00	100.00	0.974
Fiziksel Rol	Kullanıyor	70	45.00	40.95	0.00	100.00	4658.500
	Kullanmıyor	140	47.85	38.80	0.00	100.00	0.550
Ağrı	Kullanıyor	70	63.32	25.49	0.00	100.00	4894.500
	Kullanmıyor	140	62.33	23.67	0.00	100.00	0.989
Genel Sağlık	Kullanıyor	70	65.18	20.21	20.00	97.00	4532.500
	Kullanmıyor	140	62.95	17.89	15.00	100.00	0.375
Enerji	Kullanıyor	70	51.85	20.23	5.00	100.00	4895.000
	Kullanmıyor	140	51.85	20.39	5.00	95.00	0.990
Sosyal Fonksiyon	Kullanıyor	70	67.32	27.68	0.00	100.00	4784.500
	Kullanmıyor	140	68.12	21.48	12.50	100.00	0.778
Emosyonel Rol	Kullanıyor	70	46.19	39.44	0.00	100.00	4023.000
	Kullanmıyor	140	58.33	35.57	0.00	100.00	0.029
Mental Sağlık	Kullanıyor	70	60.05	19.33	4.00	96.00	4403.000
	Kullanmıyor	140	63.91	16.55	16.00	96.00	0.230

* Mann Whitney U Test

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin sigara kullanma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 12’de verilmiştir. Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin sigara kullanma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon ve mental sağlık alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin sigara kullanma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği emosyonel rol alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sigara kullanmayan hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p=0.029$).

Tablo 13. Cerrahi Servisinde Çalışan Hemşirelerin Alkol Kullanma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=210)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Alkol Kullanma Durumu	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test
Fiziksel Fonksiyon	Kullanıyor	55	89.18	14.80	35.00	100.00	3367.000 0.018
	Kullanmıyor	155	84.75	15.10	30.00	100.00	
Fiziksel Rol	Kullanıyor	55	52.27	38.27	0.00	100.00	3814.000 0.234
	Kullanmıyor	155	45.00	39.82	0.00	100.00	
Ağrı	Kullanıyor	55	61.81	25.03	0.00	100.00	4153.000 0.776
	Kullanmıyor	155	62.96	24.03	10.00	100.00	
Genel Sağlık	Kullanıyor	55	64.47	21.16	15.00	100.00	4083.500 0.643
	Kullanmıyor	155	63.42	17.78	22.00	100.00	
Enerji	Kullanıyor	55	54.90	19.91	5.00	85.00	3672.500 0.126
	Kullanmıyor	155	50.77	20.37	5.00	100.00	
Sosyal Fonksiyon	Kullanıyor	55	66.13	27.49	0.00	100.00	4200.000 0.870
	Kullanmıyor	155	68.46	22.22	12.50	100.00	
Emosyonel Rol	Kullanıyor	55	51.52	39.45	0.00	100.00	4057.000 0.583
	Kullanmıyor	155	55.26	36.53	0.00	100.00	
Mental Sağlık	Kullanıyor	55	63.20	17.18	4.00	88.00	4138.000 0.747
	Kullanmıyor	155	62.42	17.76	4.00	96.00	

* Mann Whitney U Test

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin alkol kullanma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 13’de yer almaktadır. Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin alkol kullanma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin alkol kullanma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; alkol kullanan hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p=0.018$).

Tablo 14. Cerrahi Servisinde Çalışan Hemşirelerin Düzenli Egzersiz Yapma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=210)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Sayı	Ortalama	SS	Min	Max	Test
Fiziksel Fonksiyon	Yapıyor	79	87.20	12.92	45.00	100.00	4961.000
	Yapmıyor	131	85.13	16.29	30.00	100.00	0.608
Fiziksel Rol	Yapıyor	79	50.31	39.93	0.00	100.00	4743.500
	Yapmıyor	131	44.84	39.18	0.00	100.00	0.299
Ağrı	Yapıyor	79	67.63	23.62	0.00	100.00	4187.500
	Yapmıyor	131	59.67	24.20	0.00	100.00	0.020
Genel Sağlık	Yapıyor	79	67.75	17.48	22.00	100.00	4233.000
	Yapmıyor	131	61.25	19.01	15.00	100.00	0.027
Enerji	Yapıyor	79	57.84	17.75	15.00	100.00	3849.500
	Yapmıyor	131	48.24	20.99	5.00	95.00	0.002
Sosyal Fonksiyon	Yapıyor	79	71.20	21.49	25.00	100.00	4641.000
	Yapmıyor	131	65.83	24.74	0.00	100.00	0.205
Emosyonel Rol	Yapıyor	79	53.16	35.62	0.00	100.00	5028.500
	Yapmıyor	131	54.96	38.33	0.00	100.00	0.723
Mental Sağlık	Yapıyor	79	65.26	14.96	24.00	96.00	4644.500
	Yapmıyor	131	61.03	18.86	4.00	92.00	0.213

* Mann Whitney U Test

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin düzenli egzersiz yapma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 14’de verilmiştir. Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin düzenli egzersiz yapma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin düzenli egzersiz yapma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği ağrı, genel sağlık ve enerji alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; düzenli egzersiz yapan hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (sırasıyla; $p=0.020$, $p=0.027$, $p=0.002$).

7. TARTIŞMA

Hemşirelerde yaşam kalitesi araştırmalarına bakıldığında, cerrahi hemşireleri ile yapılan yurt içi araştırmalara rastlanmamış, yurt dışında yapılan literatürlere bakıldığında ise birkaç tane ile sınırlı yaşam kalitesi çalışmalarına rastlanmıştır. Cerrahi hemşirelerinin sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından önemli olduğu düşünülen yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerinin belirlenmesi amacıyla planlanan araştırmada;

Üniversite hastanesindeki cerrahi hemşirelerinin yaş dağılımına bakıldığında %44,3' ünün 22-25 yaş arasında olduğu görülmektedir. Piyal ve ark. (2000), İpek (2007), Aslan (2008), Örs ve ark. (2003), Karahan (2008b) ve Çalışkan'ın (2005)' in yaptıkları hemşirelerin iş doyumunu ve örgütsel bağlılık çalışmalarında da hemşirelerin çoğunluğunu genç yaş grubu oluşturmaktadır (78, 79, 80, 81, 82, 83). Çalışma yaptığımız hastanenin yeni bir hastane olmasından dolayı hemşirelerin çoğunluğunu genç ve dinamik bir grubun oluşturduğu görülmektedir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunu, kadın (%84,3) ve evli (%27,6) hemşireler oluşturmaktadır. Dede ve Çınar (2008), Yüksel (2002), Uyguç ve Çımrın'ın (2004) çalışmalarında da grubun çoğunluğu kadın hemşireler oluşturmaktadır (84, 85, 86). Hemşirelik Yüksekokul' larına erkek hemşire alınmasının yakın geçmişte başlaması ve mezun sayısının az olması bu oranın yüksek olduğunun başlıca nedenlerinden sayılabilir (17). Çalışma yaptığımız hastanenin üniversite hastanesi olması neticesinde erkek hemşire sayısının artacağı düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan cerrahi hemşirelerin %59,7' sinin çocuk sahibi olması, grubun çoğunluğunun evli olması ile uyumludur. Araştırma sonucu Özkan ve Yılmaz'ın yaptıkları çalışma ile paralellik göstermektedir (45).

Araştırma kapsamındaki cerrahi hemşirelerinin %86,2' sinin eşlerinin çalışmadığı görülmektedir. Eşi çalışan hemşirelerin ise %58' inin eşi devlet memurudur.

Çalışmamıza katılan cerrahi hemşirelerinin %45,7' si lise mezunudur. Dede ve Çınar (2008), Yüksel (2002) ile Örs ve ark.'nın (2003) çalışmalarında yüksekokul mezunları çoğunluğu oluştururken, Söyük ve ark. (2009), Çalışkan (2005), Bayrak'ın

(2004) çalışmalarında ise ön lisans mezunları çoğunluğu oluşturmaktadır (81, 84, 85, 87). Ülkenin hemşire ihtiyacı göz önüne alındığında, özellikle çalışma yapılan hastanenin çok büyük bir hastane olması ve geniş bir kitleye hizmet vermesi nedeniyle lise mezunu hemşirelerin alımına neden olmuş olabilir.

Cerrahi hemşirelerinin %74,2' sinin 2000-2999 TL arasında gelir sahibi olduğu görülmektedir. Gelirin yaşam kalitesini etkilediği ve motivasyon kaynağı olduğu bilinmektedir. Taycan ve ark.' ın (2006) çalışmalarında hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyo-demografik özelliklerle ilişkisini araştırdıkları, aylık gelirin tükenmişlik düzeyini etkilediği, gelir düzeyi yeterli olan hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin daha az olduğu saptanmıştır (20). Ekonomik durumun sağlıklı yaşam biçimini etkilediği bildirilen bir faktördür. Bir çalışmada ekonomik düzeyin artıkça çevre alan puanını arttırdığı, diğer çalışmalarda ise gelir düzeyinin yaşam kalitesini olumlu etkilediği görülmüştür (35).

Çalışmamıza katılan cerrahi hemşirelerinin %23,3' ünün ayda bir defa arkadaşları ile birlikte zaman geçirdiği görülmüştür. İş yaşamı dışında sosyal hayatına daha az vakit ayıran hemşirelerde yaşam kalitesinin düşük olabileceği düşünülmektedir.

Cerrahi hemşirelerinin ortalama uyku süresinin çoğunlukla (%55,2) 7-8 saat/gün olduğu görülmektedir. Bir çalışmaya göre hemşirelerin 5-8 saat uyuduğunu ve uyandıktan sonra kendini dinlenmiş hissettiğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin uyku süreleri değerlendirildiğinde çoğunun yeterli sürede uyuduğu görülmektedir. Ancak uyandıktan sonra kendisini dinlenmiş hissetmemiş olmaları uykunun süresi kadar kalitesinin de önemli olduğunu göstermektedir (Tablo 1). Cerrahi hemşirelerinde vardiyalı çalışma durumunun uyku kalitesini olumsuz etkilediği görülmektedir. Gece vardiyasında çalışan hemşirelerle yapılan bir araştırmaya göre; vardiyalı çalışan hemşireler gündüz çalışan hemşirelerle karşılaştırılmış, aralarında uyku bozukluklarının ve uyuklama eğilimlerinin fazla olduğu görülmüştür (42).

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin %81,4' ünün tanılanmış herhangi bir hastalığı olmadığı, tanılanmış hastalığı olan (%18,6) sağlık personelinin en çok böbrek rahatsızlığı (%17,9), baş ağrısı (%15,4) ve alerji (%12,8) sorunları yaşadığı

görülmüştür (Tablo 1). Sağlığın korunması ve geliştirilmesi bileşenleri içinde çevresel ve sosyal koşulların yanında hemşirelerin yaşam tarzı davranışlarına bağlı olarak bazı kronik hastalıklar gelişebilmektedir (34, 40). Araştırma verileri toplanırken cerrahi hemşirelerinde en çok görülen rahatsızlıklar sorgulandığında ilk üç sırada böbrek rahatsızlığı, baş ağrısı ve alerji şeklinde sıralama olmuştur. Cerrahi biriminde tanılanmış herhangi bir hastalığı olmayan hemşire oranının yüksek olduğu, görülen hastalıkların ise mesleğe başlamadan önce de olabileceği düşünülebilir. Baş ağrısının hemşirelerde görülmesinin genç yaşlarda beklentilerin fazla olması ve çalışma hayatına uyum sağlayamamadan kaynaklandığını düşündürebilir. İş yoğunluğu nedeniyle ve sirkülasyonun hızlı olduğu birimde çalışan hemşirelerde baş ağrısının görülmesi mümkündür. Öyle ki lateks eldivenler, sterilizasyonda kullanılan malzemeler, çeşitli farmasotik ajanlar, iritan aerosolize ilaçlar ve temizleyiciler hemşirelerde alerjiyi tetikleyen maddelerdendir. İş yoğunluğunun fazla ve sirkülasyonun hızlı olması cerrahi hemşirelerinin yaşam tarzını da etkilemiş ve tuvalet alışkanlığını değiştirmiş, ihtiyacı ertelemelerine neden olmuş olabilir. Begat ve ark. (2005) tarafından yapılan bir çalışmada hemşirelerin çalışma ortamı ve iş memnuniyetleri araştırılmış, hemşirelik aktiviteleri için zaman ayırma yokluğu, hastalığın var olması, anksiyete, yaş ve fiziksel belirtilerin, demografik değişkenlerin sağlık profilini etkilediği görülmüştür (88). Elfering ve ark. (2002) çalışmasında bir yıl süre ile çalışmış hemşirelerin iş yükü fazlalığı, zaman kontrolünün yapılamaması ve diğer potansiyel değişkenlerden kaynaklanan ağrının öngörüldüğü belirtilmiştir (89).

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin; %62,4' ünün günde 3 öğün beslendiği görülmektedir. Hemşirelik 24 saat hizmet vermeyi gerektiren bir meslek olduğu için gece, gündüz ve akşam vardiyaları düşünülerek öğünlerin işverenler tarafından en az bir öğününün planlanması gerekmektedir (42). Sağlıklı beslenme açısından önerilen bireylerin her gün üç ana ve üç ara öğün tüketmesidir. Alçelik ve ark. tarafından 2005 yılında yapılan bir çalışmada hemşirelerin %80,9' unun öğün atladığı bulunmuştur (34). Bu oran bizim araştırmamızda %29 görülmüştür. Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin yarısından fazlasının düzenli beslenme alışkanlığına sahip olduğu görülmüştür. Bu durum hastanenin yemek zamanlarının düzenli ve yemekhanenin temiz olmasına, hemşirelerin en az bir öğününü yemekhanede yemeyi

tercih etmelerine bağlı olabilir. Persson ve ark. (2006) tarafından yapılan bir çalışmada gece vardiyasında çalışan hemşirelerin diyet ve egzersiz alışkanlıkları üzerine önemli etkisinin olduğu saptanmıştır (90).

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin %61,5'inin hiç sigara kullanmadığı, sigara kullananların çoğunun (%41,4) günde 6-10 adet sigara kullandığı, sigara kullananların %70,4'ünün sigaraya başlama yaşının 16-21 yaş olduğu görülmektedir. Bir araştırmaya göre; Ebe ve hemşirelerin yaşam tarzı davranışları değerlendirildiğinde araştırmaya katılanların %42,3'ünün hiç sigara içmediği, sigara içenlerin %33,1'inin 18-19 yaşlarında sigaraya başladığı, %28,8'inin 16 yıl ve daha uzun süredir sigara içtiği, %37,0'mın işyerinde sigara içtiği saptanmıştır (10). Bu konuda Türkiye'de hemşireler arasında da pek çok çalışma yürütülmüş ve sigara içme sıklığının genel olarak %30,0-60,0 arasında değerliği görülmüştür. Aslan ve ark. tarafından sağlık çalışanları arasında yapılmış olan ulusal bir çalışma sonuçlarına göre ebe ve hemşirelerde sigara içme sıklığı %30,7 olarak bulunmuştur (34). Bu bulgu uluslararası literatür bilgileri ile paraleldir. Sağlık alışanlarının sigara içme sıklığı Japonya'da %18,6, İngiltere'de %43,0, Fransa'da %25,0, Kanada'da % 17,0, İtalya'da %41,0, İspanya'da %47,7, Yeni Zelanda da %18,0, Avusturalya'da ise %21,0 olarak saptanmıştır (34). Ameliyathane hemşirelerinde yapılan bir çalışmada ise sigara içme oranı %37,5 olarak bulunmuştur (10). Araştırmadan elde edilen bulgu özel hastanenin sigara içme politikasının sigarayı bırakma yönünde olumlu göstergesi olarak sayılabilir.

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerinin %26,2' sinin alkol kullandığı ve alkol kullananların %81,8' inin haftada bir alkol tükettiği görülmektedir. DSÖ tarafından; 2002 yılı itibarıyla dünyada iki milyar kişinin alkollü bir içecek içtiği ve 76,3 milyon kişide de bu alışkanlığa bağlı sağlık sorunları görüldüğü belirtilmiştir. Alkol tüketimi nedeniyle 60'dan fazla hastalık ve yaralanmalar arasında ilişki görülmesi, alkollü içecek içmenin sağlığı geliştiren davranışlar açısından riskli olduğunu göstermektedir (91). Aksungur, A. (2009)' nin çalışması ile bu araştırmadaki cerrahi hemşirelerinde görülen bulgular paralellik göstermektedir (34).

Cerrahi hemşirelerinin %62,4'ünün düzenli egzersiz yapmadığı görülmektedir (Tablo 1). Bunun nedeni de cerrahi hemşirelerinin iş yüklerinin fazla olması, çalışma

sistemlerinin düzenli olmayışı, haftalık izinlerin belirli bir düzen içinde verilmemesi, vardiyaların yorucu geçmesi ve kendilerine vakit ayıramamalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Evli ve küçük çocuğu olan hemşireler izinli günlerinde kendilerini çocuk bakımı ve evin sorumluluğuna adadıkları için fizik aktivite yapamadıklarını belirtmişlerdir. Alçelik ve arkadaşları çalışmasında hemşirelerin %65,7'sinin fizik aktivite yapmadığını, Yılmaz ve Özkan'ın çalışmasında da hemşirelerin %93,9'u düzensiz de olsa egzersiz yaptıklarını belirtmişlerdir (10, 42). Persson ve ark. çalışmasında gece vardiyasının olmadığı durumlarda hemşirelerin kendi sirkadiyen ritimlerini kontrol edebildiğini ve egzersiz alışkanlığının sosyal yaşamını olumlu etkilediği sonucuna ulaşmıştır (90).

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerin %29,0'ının mesleki hizmet süresinin 5 yıl ve üzeri olduğu görülmüştür. Hizmet süresinin artması mesleki deneyimin artmasına ve iş stresinin azalmasına etki edebilir. Bu dönemdeki hemşirelerin mesleki deneyimlerinden dolayı yönetici pozisyonda veya daha az yorulacakları alanlarda çalışıyor olması yaşam kalitesini olumlu etkilediğini düşündürmektedir. Çalışmamızda hemşirelerin toplam %41,0'ının şu an çalıştığı kurumda 1-3 ay süre ile görev yaptığı görülmüştür. Cerrahi hemşirelerinin meslekte deneyim ve kurumda çalışma sürelerinin kısa olduğu görülmüştür. Bu durum çalışma yaptığımız hastanenin yeni bir hastane olmasından dolayı beklenen sonucu doğrulamıştır. Literatürlerde hemşirelerin çalışma yılı arttıkça yaşadıkları ruhsal ve fiziksel sağlık sorunlarının da arttığı görülmektedir (45, 92). Demerouti ve ark. (2000) çalışmasında hemşirelerin yaşam kalitesi üzerinde yorgunluk, bitkinlik, işten ayrılma, çalışma koşulları gibi etkenlerin olumsuz etkisi olduğu görülmüştür (93).

Cerrahi hemşirelerinin %36,7' sinin biriminde sürekli gündüz şeklinde çalıştığı, %2,9'unun ek iş olarak dış nöbet tuttuğu ve %16,7'sinin iş dışındaki zamanını ailesi ile birlikte değerlendirdiği görülmektedir. Hemşirelerin vardiyalı çalışma şeklinin yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği ve bir takım zorluklara neden olduğu görülmektedir. Standart çalışma günleri ve saatleri dışında çalışmak zorunda olan hemşirelerin aile içi rollerini yerine getirememelerine bağlı olarak görülen huzursuzluk, benlik saygısının azalması ve anksiyete varlığının daha yüksek olduğu görülmüştür (20). Ancak çalışmamızda çalışma şekli, ek iş ve iş dışındaki zamanı

değerlendirme şeklinin yaşam kalitesi düzeyini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Blachowicz ve ark. (2006) çalışmasında vardiyalı çalışmanın zorlukları araştırıldığında çalışma saatlerinin uzun olması hemşirelerde yorgunluğun artması ve hasta güvenliğini tehlikeye düşürdüğü sonucuna varılmıştır (94). Berger ve ark. (2005) çalışmasında vardiyalı çalışmanın hemşirelerin ve hastaların güvenliği ve sağlığı üzerine etki araştırıldığında gün ışığı dışında çalışmanın vücudun iç dengesini bozduğu görülmüştür. Bozulmanın genellikle uyku bozukluğu, artan kazalar ve yaralanmalar ve sosyal izolasyon gibi sorunlara neden olduğu görülmüştür (95).

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; hemşirelerin en yüksek puanı “Fiziksel Fonksiyon” düzeyi alt boyut ortalamasından (85.91 ± 15.11) aldıkları; en düşük puanı ise “Fiziksel Rol” düzeyi alt boyut ortalamasından (46.90 ± 39.46) aldıkları sonucuna varılmıştır (Tablo 3).

Cerrahi Hemşirelerinin “Fiziksel Fonksiyon” alt boyutundan en yüksek puanı almaları; koşma, ağırlık kaldırma, merdiven çıkma, eğilme, uzun mesafede yürüme, yıkanma giyinme dâhil tüm fiziksel aktiviteleri herhangi bir kısıtlılık olmadan gerçekleştirebilme durumunu yansıtmaktadır. Koltarla’ nın (2008) sağlık çalışanlarının yaşam kalite düzeylerini incelediği çalışmasında hemşireler fiziksel fonksiyon alt boyutunda doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarından daha düşük puan almışlardır (20). Bu çalışmada Fiziksel fonksiyonun yüksek puan almasında hemşirelerin yaş ortalamalarının düşük olması ve tanımlanmış kronik rahatsızlıklarının az olmasından kaynaklı olduğu söylenilebilir.

Cerrahi Hemşirelerinin “Fiziksel Rol” alt boyutundan düşük puan almaları, fiziksel sağlığın bozulması sonucu işte veya günlük etkinliklerin yapılmasında zorluk yaşandığını göstermektedir. Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerde, çalışma ortamının riskli oluşu, vardiyalı çalışma sistemi, hastalık nedeniyle yoğun stres altındaki bireylerle çalışma, yoğun iş yükü, uykusuzluk gibi fiziksel sağlığın bozulmasına ve “Fiziksel Rol Güçlüklerinin” artmasına yol açmaktadır.

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin yaş gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; fiziksel rol, genel

sağlık ve mental sağlık alt boyutlarında yaşa bağlı oluşan farklılaşma anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo-4). Anlamlı farklılaşan boyutlar arasında en yüksek yaşam kalitesi düzeyi ortalamaları 34 yaş ve üstündeki yaşta gözlenmiştir. Taycan ve ark.(2006) araştırmalarında yaşa bağlı anlamlı farklılaşma ifade ederek hemşirelerin yaş ile azalan iş doyum ve yaşam kalitesi düzeylerini vurgulamışlardır (96). Hemşirelerin öğrencilik ve mesleğe ilk başladıkları döneme denk gelen 20-25 yaşta deneyim kazanmaya yönelik istekleri, sosyal ilişkilerinin daha kuvvetli olması, sağlıklarına yönelik herhangi bir işlev kaybının olmaması, riskli bir çalışma ortamı olan hastanelerdeki mesleki risklere henüz maruz kalmamış olmaları gibi nitelikleri yaşam kalitelerine yönelik olumlu etki ettiği düşünülebilir. İlerleyen yaşın çalışma kapsamında doğrudan yaşam kalitesini düşüren bir etken olduğu gözlemlenmemiştir. Ayrıca 35 yaş sonrası da hala genç bir grubu temsil ettiğinden çıkan sonuçları bu açıdan değerlendirmek de gerekmektedir.

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırıldığında; yaşam kalitesi ölçeği (fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo-5). Taycan ve arkadaşlarının (2006) da belirttiği gibi Türkiye’de hemşirelik mesleğinde kadınların daha aktif rol alması nedeniyle birçok çalışmada cinsiyetin hemşirelerde yaşam kalitesi düzeyine olan etkisinin gözlemlenmesini zorlaştırdığı görülmektedir (96). Bu nedenle, hemşirelerde yaşam kalitesi düzeyini inceleyen çalışmalarda cinsiyetin göz önünde bulundurulmadığı görülmektedir.

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin medeni durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırıldığında; yaşam kalitesi ölçeği (fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo-6). Perim’ in (2007) hemşirelerin yaşam kalite algularıyla ilgili yaptığı çalışmasında, evlilerin algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin bekârlara oranla daha yüksek çıktığı görülmüştür (59). Ancak

bizim çalışmamızda anlamlı bir ilişki bulunmadığından literatüre paralel olmadığı söylenebilir.

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırıldığında; yaşam kalitesi ölçeği (fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo-7). Perim (2007)' in hemşirelerin yaşam kalite düzeyi algılarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında, eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (59). Hemşirelikte yasalarca tanımlanmış olan görev, yetki ve sorumlulukların belirlenmesi, hemşirelere de aldıkları eğitime uygun olarak görevlendirilme şansı verilmesi, eğitim düzeyinin artması sonucunda yaşam kalite düzeyine de olumlu etkisi görülebilir. Ancak günümüz şartlarında farklı düzeylerde eğitim alan ve aynı şekilde görevlendirilen hemşirelerin, eğitim düzeyi arttıkça mesleki beklentileri artmakta, bu beklentiler gerekli kurumlarca karşılanmadıkça da yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir.

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin mesleki hizmet sürelerine göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırıldığında; yaşam kalitesi ölçeği (fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo-8).

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin şuan çalıştığı hastanedeki görev süresine göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalıştığı hastanedeki görev süresi 6 ay ve daha az olan hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p \leq 0.005$). Okulu yeni bitirmiş olmanın ve mesleğe yönelik ilginin fazla olması, beklentilerinin olması, hemşirelerin yaşının genç olması, öğrenmeye ve çalışmaya istekli olmaları, mesleki yıpranma ve risk faktörlerine henüz maruz kalmamış olmaları gibi nedenlerden dolayı hemşirelerin yaşam kalitesinde olumlu bir etki görülmektedir (Tablo-9).

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin uyku sürelerine göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırıldığında; kalitesi ölçeği (fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo-10). Literatürlere bakıldığında uyku süresi ve uyku kalitesi karşılaştırıldığında vardiyalı çalışmanın uyku süresini ve kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür (71).

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin tanılanmış hastalığı olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tanılanmış hastalığı olmayan sağlık personelinin puan ortalamalarının daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür ($p=0.004$, $p=0.039$). (Tablo-11). Genel Sağlık alanında yüksek puan alınması cerrahi hemşirelerinin sağlığını mükemmel olarak inandıklarını göstermektedir. Bunun nedeni olarak objektif sağlıktan çok subjektif sağlığı kabul etmeleri, kendilerini sağlıklı hissetmeleri ve genç yaş grubunu içermesi olabilir. Hemşirelik mesleğinin asıl amacı sağlığın korunması, yükseltilmesi ve geliştirilmesi olduğuna göre hemşirelerin öncelikle kendi sağlıklarını koruması, yükseltmesi ve geliştirmesi önemlidir (20). Enerji alt boyutundan da yüksek puan alınması, hemşirelerin kendilerini canlı ve enerjik hissettiği anlamına gelmektedir. Cihan (2011)' in çalışmasında sağlık çalışanlarında depresyon görülme sıklığının topluma oranla çok daha yüksek oranda olduğu; Durmuş ve Günay'ın (2007) çalışmasında ise hemşirelerde iş doyumunu ve anksiyete düzeyini incelediklerinde hemşirelerin genel durumunun kötü ya da çok kötü olduğunu, sıklıkla kendini depresyonda hissettiğini, sık sık ya da her zaman uyku sorunları olduğunu ifade ettikleri sonucuna ulaşmışlardır (97,98). Çalışmamızdan elde edilen verilerin, belirtilen literatür bilgileriyle uyumlu olmadığı görülmüştür. Çalışma yaptığımız kurumun mesleğe yeni başlamış ve meslek öncesi de herhangi bir tanılanmış hastalığının düşük oranda görünüyorsa araştırılmamız çerçevesinde çıkan sonucun anlamlı olduğunu göstermektedir.

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin sigara kullanma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırıldığında;

sigara kullanmayan hemşirelerin puan ortalamalarının sadece emosyonel rol alt boyutundan daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür (Tablo-12). Bu ölçekten alınan yüksek puan emosyonel sorunlar nedeni ile işte veya diğer etkinliklerde kesinti olmaması anlamına gelmektedir. Sigaranın insan sağlığına ve toplum üzerine olan sosyal ve ekonomik etkileri bilinmektedir. Temel ve ark. (2004)' in çalışmasında hemşirelerde sigara alışkanlığı, bırakma sıklığı ve bağımlı kişilik özelliklerinin ilişkisi incelendiğinde %50 oranında sonuca ulaşmışlardır (99). Çalışmamızdan elde edilen verilerin, literatürlerle uyumlu olduğu görülmüştür.

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin alkol kullanma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırıldığında; alkol kullanan hemşirelerin puan ortalamalarının fiziksel fonksiyon alt boyutundan daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür (Tablo-13). Alkol tüketimi nedeniyle 60'dan fazla hastalık ve yaralanmalar arasında ilişki görülmesi, alkollü içecek içmenin sağlığı geliştiren davranışlar açısından riskli olduğunu göstermektedir (91).

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin düzenli egzersiz yapma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırıldığında; düzenli egzersiz yapan hemşirelerin puan ortalamalarının ağrı, genel sağlık ve enerji alt boyutlarından daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür (Tablo-14). Bireyler farklı nedenlerden dolayı egzersize günlük yaşantılarında yeterli zaman ayıramamaktadır. Bu durum günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biridir (40). Bir araştırmaya göre hemşirelerin düzenli egzersiz yapmadıkları görülmüştür (34). Çalışmamızda cerrahi hemşirelerinin büyük çoğunluğunun egzersiz yapmadığı ve iş dışındaki vaktini gezme ve alışveriş olarak değerlendirildiği görülmektedir. Cerrahi servisinin yoğun sirkülasyon ve yüksek efor sarf edildiği bir birim olmasından dolayı, hemşirelerin iş yaşamı dışında düzenli egzersize vakit ayıramadıkları düşünülebilir. Bu durumun olması da hemşirelerde genel sağlık, enerji ve ağrı alanlarında yüksek puan almasına engel görülmemiştir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Cerrahi hemşirelerinde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan cerrahi hemşirelerin %44,3'ünün 22-25 yaş arasında, %84,3'ünün kadın, %27,6'sının evli ve %59,7'sinin çocuk sahibi olduğu görülmektedir.

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin; %86,2'sinin eşinin çalışmadığı, eşi çalışan sağlık personelinin %58,0'ının eşinin mesleğinin devlet memuru olduğu belirlenmiştir.

Cerrahi hemşirelerinin %45,7'sinin lise mezunu, %74,2'sinin aylık gelir düzeyinin 2000-2999 TL olduğu ve %23,3'ünün ayda bir defa arkadaşları ile birlikte zaman geçirdiği görülmüştür.

Ortalama uyku süresinin çoğunlukla (%55,2) 7-8 saat/gün olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin %81,4'ünün tanılanmış herhangi bir hastalığı olmadığı, tanılanmış hastalığı olan (%18,6) hemşirelerin en çok böbrek rahatsızlığı (%17,9), baş ağrısı (%15,4) ve alerji (%12,8) sorunları yaşadığı belirlenmiştir.

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin; %62,4'ünün günde 3 öğün beslendiği, %61,5'inin hiç sigara kullanmadığı, sigara kullananların çoğunun (%41,4) günde 6-10 adet sigara kullandığı, sigara kullananların %70,4'ünün sigaraya başlama yaşının 16-21 yaş olduğu, %26,2'sinin alkol kullandığı ve alkol kullananların %81,8'inin haftada bir alkol tükettiği ve %62,4'ünün düzenli egzersiz yapmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin; %29,0'ının mesleki hizmet süresinin 5 yıl ve üzeri olduğu, %41,0'ının şu an çalıştığı kurumda 1-3 ay süre ile görev yaptığı, %36,7'sinin biriminde sürekli gündüz şeklinde çalıştığı, %2,9'unun ek iş olarak dış nöbet tuttuğu ve %16,7'sinin iş dışındaki zamanını ailesi ile birlikte değerlendirdiği görülmektedir.

Hemşirelerin yaşam kalite düzeylerinin yaş, şuan çalıştığı hastanedeki görev süresi, tanılanmış hastalığı olma durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu ve düzenli egzersiz yapma durumlarından etkilendiği saptanmıştır.

Araştırmaya katılan cerrahi hemşireleri yaşam kalitesi düzeylerinin alt boyut ortalamalarından en yüksek puanı “Fiziksel Fonksiyon” (85.91±15.11) alt boyutunda; en düşük puanı ise “Fiziksel Rol” (46.90±39.46) alt boyutunda almıştır.

Araştırmaya katılan 34 yaş ve üzeri cerrahi hemşirelerinde diğer yaş gruplarına göre fiziksel rol ve genel sağlık kategorisinde daha yüksek ortalamaya; sosyal fonksiyon ve mental sağlık kategorisinde 26-29 yaş grubunda ve 34 yaş üzeri olan hemşirelerin diğer yaş gruplarına göre puan ortalamalarının daha yüksek ortalamaya sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır (sırasıyla; $p=0.034$, $p=0.013$).

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin şuan çalıştığı hastanedeki görev süresine göre yaşam kalitesi, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık alanında 6 ay ve daha az olan hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek bulunmuştur ($p\leq 0.005$).

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin tanılanmış hastalığı olma durumuna göre yaşam kalitesi, genel sağlık ve enerji alanında tanılanmış hastalığı olmayan hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (sırasıyla; $p=0.004$, $p=0.039$).

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin sigara kullanma durumuna göre yaşam kalitesi, emosyonel rol alanında sigara kullanmayan hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur ($p=0.029$).

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin alkol kullanma durumuna göre yaşam kalitesi, fiziksel fonksiyon alanında puan ortalaması kullanmayana göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.018$).

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin düzenli egzersiz yapma durumuna göre yaşam kalitesi, ağrı, genel sağlık ve enerji alanında düzenli egzersiz yapan hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmüştür. (sırasıyla; $p=0.020$, $p=0.027$, $p=0.002$).

Araştırma sonuçları hemşirelerin yaşam kalite düzeylerinin yeterince yüksek olmadığını ve fiziksel, emosyonel, mental ve sosyal anlamda bir takım kısıtlılıklar

yaşadıklarını göstermektedir. Bu sonuçlardan hareketle hemşirelerin görevlerini yaparken yıprandıkları, yaşam kalitelerinin düştüğü söylenilebilir.

Araştırmada elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

Meslek dışı uygulamaları önlemek için görev, yetki ve sorumlulukların net olarak belirlenmesi,

Cerrahi hemşirelerinin iş yükünü azaltmak için; hasta bağımlılık düzeylerinin belirlenmesi, hemşire sayısının gereksinimlere göre hesaplanması ve kadro istihdamlarının ünitelere göre bu doğrultuda planlanması,

Hemşirelerin mezuniyet sonrası eğitimlerine ve uzmanlık alanlarına uygun pozisyonlarda görevlendirilmesi,

Yoğun çalışma koşulları nedeniyle oldukça yorulan hemşirelere yeterli dinlenme olanağının sunulması,

Araştırma sonuçlarına göre hemşirelere psikolojik destek sağlanması,

Cerrahi hemşirelerinin çoğunluğu genç yaş popülasyonunda olduğu için sosyal etkinliklere önem verilmesi, belirli aralıklarla düzenlenmesi,

Hemşireleri sosyal açıdan desteklemek için çeşitli aktiviteler düzenlenmesi,

Cerrahi hemşirelerine, stresle baş etme yöntemleri ve zaman yönetimi konusunda eğitim ve destekleyici programların sunulması,

Tek bir üniversite hastanesinde gerçekleştirilen çalışmanın daha büyük örneklem ve daha güçlü veriler ile yeniden çalışılması önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

1. Kurt, A. S., Çetinkaya, Ş. (2008). “Lösemili Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımı”, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, s:8 (3).
2. Tuna, Z. (2004). Yanıklı Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Osmangazi Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
3. Gürel, D. K. (2007). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
4. World Health Organization. (1997). Health Measuring Quality Of Life. Geneva: WHO (MSA/MNH/ PSF/ 97.4).
5. Koltarla, S. (2008). Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul.
6. Aba, G. (2009). İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyon İlişkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. Akdeniz Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
7. Atasever, A., Erdiñç, E. (2003). KOAH’da Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi; 51(4): 446-455.
8. Çepni, S.A. (2010). Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Sağlık Kontrol Odağı ve Sağlık Öz Yeterliliği İlişkisi. Gazi Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
9. Mollaoğlu, M., Fertelli, T.K., Tuncay, F.Ö. (2010). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 15 (5).
10. Yılmaz, E., Özkan, S. (2006). Bir İlçede Çalışan Hemşirelerin Sağlık Sorunları ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 3 (1).
11. Kuzu, F. (2009). Sağlık Ocaklarında Çalışan Sağlık Personelinin Çalışma Ortamında Karşılaştıkları Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

12. Gülşen, H. (2004). "İş Sağlığı Ve Güvenliği Konseptinin Dünyadaki Gelişmeler Işığında Değerlendirilmesi". TİSK İşveren Dergisi; 7 (42): 29
13. Karadağ, M., Kabasakal E. (2013, 16-17 Kasım). Hemşirelerin Çalışma Ortamlarında Karşılaştıkları Risklerin Ve Maruziyet Sıklıklarının Belirlenmesi. Sağlık Çalışanların Sağlığı 4. Ulusal Kongresi, Ankara; 58-65.
14. Karahaliloğlu, N. (2013). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi. Haliç Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
15. Kulaksız, Y. (2011). Çalışma Sürelerinin İş Kazaları Ve Meslek Hastalıkları Üzerine Etkileri. Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Teftiş Kurulu Başkanlığı, Erzurum.
16. Öztürk, D.A. (2010). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İş Yaşam Kalitesinin İş Doyum Düzeyine Etkileri Üzerine Bir Araştırma. Beykent Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
17. Çınar, G. (2010). Cerrahi Hemşirelerinde Örgütsel Bağlılığın İş Doyumlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
18. Karaöz, S. (2000). Cerrahi Hemşireliği ve Etik. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4 (1).
19. Memik, N.Ç., Ağaoğlu, B., Coşkun, A., Üneri, Ö.Ş., Karakaya I. (2007). Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 Yaş Ergen Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 18(4):353-363.
20. Erkıral, C. (2014). Hemşirelerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
21. Avcı, K., Pala K. (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30 (2) 81-85.
22. Erdem, N., Ergüney, S. (2005). Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3 (8).
23. World Health Organization. (2004). WHOQOL-BREF Quality Of Life Assessment: Psychometric Properties And Results Of The International Field

- Trial A Report From The WHOQOL Group. Quality of Life Research, 13: 299–310.
24. Altuğ, N. (2011). Karaciğer Nakilli Çocukların ve Ailelerinin Yaşam Kalitesi/Yaşam Kalitesini Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
 25. Ercan, N. (2010). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
 26. Yağcıoğlu, R. (2013). Huzurevinde Kalan 65 Yaş Üstü Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
 27. Sönmez, Y., Uçku, R., Kıtay, Ş., Korkut, H., Sürücü, S., Sezer, M. Vb. (2007). İzmir’de Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 75 Yaş Ve Üzeri Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 3 (21):145 – 153.
 28. Tunç, M. (2011). Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Etmenler: Yenimahalle İlçesi Örneği. Hacettepe Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
 29. Çakıroğlu, A. (2007). Relationship Between Quality Of Life And Happiness In Turkey. A Thesis Submitted To The Graduate School Of Social Sciences Of Middle East Technical University.
 30. Öksüz, E., Malhan, S. (2005). Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri. Başkent Üniversitesi, Ankara.
 31. Işıklı, B., Kalyoncu, C., Arslantaş, D. (2007). Eskişehir Mahmudiye’de 35 Yaş ve Üzeri Kişilerde Yaşam Kalitesi. Toplum Hekimliği Bülteni, 3 (26).
 32. Kavlu, İ. (2008). Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Marmara Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
 33. Yaşam Kalitesi www.dicle.edu.tr/.../8c442d91-9150-4cd9-b498-763f579372f4.pdf (Erişim Tarihi: 20.05.2014).
 34. 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. Hacettepe Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

35. Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, R. (2011). Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, 2(2):61-68.
36. Özşaker, E. (2002). Böbrek Transplantasyonu Olan Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesinin Saptanması ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
37. Gülmez, H. (2013). Çalışanların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care (TJFMPC)*;7(4):74-82. DOI: 10.5455/tjfm.38192.
38. Öztürk, E. (2011). Radyoterapi Alan Baş ve Boyun Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
39. Özkan, S., Yılmaz, E. (2008). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7 (3):89-105.
40. Akgül, N. (2008). Sivas İl Merkezi Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Etkililik- Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
41. Ünal, E. (2014). Üniversite Öğrencilerinde Ruh Sağlığı, Sağlık Kaygısı ve Sağlık Davranışları Arasındaki İlişkiler. Okan Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
42. Kesgin, M.T., Kublay, G. (2011). Özel Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Yaşam Alışkanlıkları ve Çalışma Koşullarından Kaynaklı Sağlık Sorunlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi; 41-49.
43. Bostan, N. (2013). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

44. Özarslan, B.B. (2013). Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
45. Cürcani, M., Tan, M., Özdelikara, A. (2010). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin; 9(5):487-492.
46. Yalçinkaya, M., Özer, F.G., Karamanoğlu, A.Y. (2007). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6): 409-420.
47. Yılmaz, E. (2012). Cerrahi Hemşireliği Ve Yaşam Kalitesi İle İlgili Yapılan Çalışmalar- Ulusal Boyut. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu: Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Manisa.
48. Güner, İ.C., Demir, F. (2006). Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının (Sybd) Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(9): 17-25.
49. Özbaşaran, F., Çetinkaya, A.Ç. (2004). Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Davranışları. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(7): 43-55.
50. Cihangiroğlu, Z. (2010). Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ.
51. Eser, E. (2004). Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir.
52. Özalp, E. (2010). Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, 46.Ulusal Psikiyatri Kongresi, İzmir.
53. Yazgan, M. (2009). Sağlık İşletmelerinde, Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

54. Bozhüyük, A. (2010). Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana.
55. Sabancıoğullarından, Y. (2010). Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dışı Fakülte Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana.
56. Ulaş, B., Genç, M.F. (2010). Malatya Asker Hastanesinde 2007 Yılında Görev Yapan Personelin Sağlıklı Beslenme Konusundaki Tutum ve Davranışları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 17 (3), 187-193.
57. Arslan, C., Ceviz, D. (2007). Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5 (21):211-220.
58. Kılıç, M. (2011). Yozgat İl Merkezindeki Sağlık Çalışanlarında Seçilmiş Olumsuz Sağlık Davranışlarının Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Erciyes Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
59. Perim, A. (2007). Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
60. Aras, D. (2013). Isparta İl Merkezinde Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamı Riskleri, Risk Alguları Ve Yaşam Kalitesi İle ilişkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta.
61. Çınar, D., Olgun, N. (2013). Klinik Uygulamalarda Erkek Hemşire Algısı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 10(3): 3-6.
62. Ciğerci, Y. (2004). Afyon Bölgesinde Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Çalışmakta Olan Cerrahi Hemşirelerinin İş Doyumu Düzeylerinin ve Bunları Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
63. Aldem, M., Arslan, F.T., Kurt, A.S. (2013). Sağlık Profesyonellerinde Çalışan Güvenliği. Tıp Araştırmaları Dergisi, 11(2): 60-67.

64. Camkurt, M.Z. (2007). İşyeri Çalışma Sistemi ve İşyeri Fiziksel Faktörlerinin İş Kazaları Üzerindeki Etkisi. TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi, 6 (20):80-106.
65. Aydın, M. (2008). Isparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Ve Şiddet Algısı. Türk Tabipleri Birliği, Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı.
66. Cerrahi Hemşireliğine Giriş Kitabı. (2012). T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara.
67. Eser, E. (2007). Klinik Uygulamada Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Kullanılması. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, Kongre Özet Kitabı, İzmir.
68. Aydın, İ. (2009). Sağlık Yönetimi Alanında Lisans Eğitimi Almış Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
69. Kılıç, R., Keklik, B. (2012). Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi Ve Motivasyona Etkisi Üzerine Bir Araştırma. Afyon Kocatepe Üniversitesi, İİBF Dergisi, 2 (14):73-93.
70. 7 Gün-24 Saat/ Hasta Başında Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları. (2008). Türk Hemşireler Derneği, Ankara.
71. Selvi, Y., Özdemir, P.G., Özdemir, O., Aydın, A., Beşiroğlu, L. (2010). Sağlık Çalışanlarında Vardiyalı Çalışma Sisteminin Sebep Olduğu Genel Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 4 (23): 238-243.
DOI: 10.5350/DAJPN2010230403.
72. Yüksel, İ. (2002). Vardiyalı ve Vardiyasız Çalışan Hemşirelerin İş Güçlüğünü Ayırt Edici Değişkenlerin Belirlenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi/ İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, 1 (7): 199-210.
73. Rogers, A.E., Hwang, W.T., Scott, L.D., Aiken, L.H., Dinges, D.F. (2004). The Working Hours Of Hospital Staff Nurses And Patient Safety. DOI 10.1377/hlthaff.23.4.202. Project HOPE–The People-to-People Health Foundation, Inc.

74. Şen, A.F. (2013). İç Hastalıkları Klinik Ve Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerde Uyku ve Yaşam Kalitesi. Gazi Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
75. Özkan, Ö., Koçyiğit, Z., Şen, Ü. (2013). Özel Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Algılanan İş Ve Gelir Güvencesizliği İle Çalışma Koşulları. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2(1):15-25.
76. Eser E., Yasam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Geçerlilik ve Güvenilirlik Alan Kisisel Notlar.
77. Whoqol-Bref Introduction, Administration, Scoring And Generic Version Of The Assessment.
78. Piyal B., Çelen Ü., Şahin N., Piyal B. (2000) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışanların İş Doyumu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 53(4):241-250.
79. İpek H. (2003) Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu ve Denetim Odakları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, (Danışman: Doç.Dr. Süheyla Aban).
80. Aslan Ş. (2008) Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ile Örgütsel Bağlılık ve Mesleğe Bağlılık Arasındaki İlişkilerin Araştırılması. Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F. Yönetim ve Ekonomi Dergisi, 15(2):163-178.
81. Örs M., Acuner A.M., Sarp N., Önder Ö.R. (2003) Antalya Tıp Fakültesi Hastanesi"nde, Antalya Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi"nde ve Antalya Devlet Hastanesi"nde Çalışan Hekimler ile Hemşirelerin Örgütlerine Bağlılıklarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 56(4):217-224.
82. Karahan A. (2008) Çalışma Ortamındaki Statü Farklılıklarının Örgütsel Bağlılığa Etkisi. Sosyal Bilimler Dergisi, 10(3):231-246.
83. Çalışkan Z. (2005) İş Tatmini: Malatya"da Sağlık Kuruluşları Üzerine Bir Uygulama. Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları Dergisi, 4(1):9-18.
84. Dede M., Çınar S. (2008) Dahili Yoğun Bakım Hemşirelerinin Karşılaştıkları Güçlükler ve İş Doyumlarının Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 1(1):3-14.

85. Yüksel İ. (2002) Hemşirelerin İş Doyum Düzeyini Ayırt Edici İş Doyum Ögelerinin Diskriminant Analiziyle Belirlenmesi. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1(3):67-78.
86. Uyguç N., Çımrın D. (2004) DEÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi Merkez Laboratuvarı Çalışanlarının Örgüte Bağlılıklarını ve İşten Ayrılma Niyetlerini Etkileyen Faktörler. D.E.Ü İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 19(1):91-99.
87. Söyük S., Polat Ş., Pirecioğlu M. (2009) Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ile Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkilere Yönelik Bir Çalışma. VII. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi, Girne, Bildiri Kitabı, Eds: Söyük S., Yarar O.:142-150.
88. Begat I, Ellefsen B, Severinsson E, Begat I, Ellefsen B, Severinsson E. (2005) Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being- a Norwegian study, Journal of Nursing Management, 13: 221-230.
89. Elfering A, Grebner S, Semmer NK ve Gerber H. (2002) Time control, catecholamines and back pain among young nurses. Scandinavian Journal of Work Environment & Health, 28(6): 386-393.
90. Persson M, Martensson J. (2006). Situations influencing habits in diet and exercise among nurses working night shift. Journal of Nursing Management, 14: 414-423.
91. Dilbaz, N., ve Apaydın, L. (2002). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşireler Arasındaki Sigara İçme, Bırakma Sıklığı Ve Sigara İçme Davranışının Özellikleri. Bağımlılık Dergisi, 3(2): 73-83.
92. Gülgün, F.E. (2014). Hemşire Ve Ebelerde Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesi Algısı (Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Örneği). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
93. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. Journal of Advanced Nursing, 32: 454-464.
94. Blachowicz E., Letizia M. (2006). Best practice. The challenges of shift work, Medsurg Nursing, 15 (5): 274-280.

95. Berger A., Hobbs B. (2005) Impact of shift work on the Health and Safety of Nurses and patients, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10 (4) : 465- 471.
96. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. (2006) Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 7: 100-108.
97. Cihan YB.,(2011). Onkoloji bölümünde çalışan sağlık personelinde tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Yeni Tıp Dergisi*, 28: 17-22
98. Durmuş S., Günay O.(2007). Hemşirelerde iş doyumunu ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*, 29 (2): 139,146
99. Temel, A., Dilbaz, N., Bayam, G., Okay, T. ve Şengül, C. (2004); “Bir Eğitim Hastanesinin Sağlık Personelinde Sigara Alışkanlığı, Bırakma Sıklığı ve Bağımlı Kişilik Özelliklerinin İlişkisi”, *Bağımlılık Dergisi*, 5 (2): 10-22.

10.EKLER

10.1. EK 1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Yaşınız?

2.Cinsiyetiniz?

1) Kadın 2)Erkek

3.Medeni durumunuz?

1) Evli

2) Evli Değil (6. Soruya geçiniz)

3) Boşanmış/ Ayrı yaşıyor

4) Diğer (lütfen belirtiniz

4.Eşiniz çalışıyor mu?

a) Evet : Ne iş yapıyor lütfen belirtiniz:

b) Hayır

5.Çocuğunuz var mı?

a) Evet: Kaç tane olduğunu lütfen belirtiniz:

b) Hayır

6.Öğrenim durumunuz nedir?

1)Lise 2)Ön Lisans 3)Lisans 4)Yüksek Lisans 5)Doktora

6)Diğer (lütfen belirtiniz

7.Aylık geliriniz ne kadardır?YTL (tüm yan ödentilerle birlikte)

8.Mesleki hizmet sürenizyılay

9.Şu anda çalışmakta olduğunuz hastanedeki çalışma süreniz

.....yıl.....ay

10.Çalıştığınız birim

11.Biriminizdeki çalışma şekliniz nasıl ?

1) Sürekli gündüz 2)Sürekli gece 3)Vardiyalı 4)Karışık

12.Ek iş yapıyor musunuz?

a) Evet (lütfen belirtiniz

b) Hayır

13. Ne sıklıkla arkadaşlarınızla birlikte olursunuz?

- a) Her gün
- b) 2-3 günde bir defa
- c) Haftada bir defa
- d) İki haftada bir defa
- e) Ayda bir defa
- f) Hiç birlikte olmuyorum

14. İş dışındaki zamanlarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Evde internet ya da bilgisayar oyunları oynayarak geçiririm.
- b) El işi yaparım.
- c) Ailemle birlikte vakit geçiririm.
- d) Spor yaparım.
- e) Müzik dinlerim.
- f) Kitap okurum.
- g) Uyurum.
- h) Diğer (lütfen belirtiniz

15. Günde ortalama kaç saat uyursunuz? (lütfen belirtiniz

16. İlaç kullanmanızı gerektiren veya tanısı konmuş bir hastalığınız var mı?

- a) Evet (lütfen ne hastalığı olduğunu belirtiniz
- b) Hayır

17. Günde ortalama kaç öğün yemek yersiniz?

- a) 1 öğün
- b) 2 öğün
- c) 3 öğün
- d) 3 ana öğün 3 ara öğün

18. Sigara içiyor musunuz?

- a) Evet, halen içiyorum/adet günde
- b) İçtim, bıraktım
- c) Hayır, hiç içmedim.

19. Sigara içmeye kaç yaşında başladınız? (lütfen belirtiniz

20. Alkollü içecek içiyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

21. Son bir yıl içerisinde ne sıklıkla alkollü içecek itiniz?

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

22. Düzenli olarak, haftada en az iki kez, 30 dakikadan az olmayacak Şekilde egzersiz yapıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

10.2. EK 2

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (SHORT FORM 36)

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Her hangi bir sorunun yanıtı hakkında emin değilseniz bile size en uygun yanıtı verin. Ayrıca 10 uncu sorudan sonraki boşluğa yorumlarınızı yazabilirsiniz.

1. Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- Mükemmel
- Çok iyi
- İyi
- Orta
- Kötü

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda, sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- Bir yıl öncesinden çok daha iyi
- Bir yıl öncesinden biraz daha iyi
- Hemen hemen aynı
- Bir yıl öncesinden biraz daha kötü
- Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktiviteler) ilgilidir.

Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Evet kısıtlıyorsa ne kadar?

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlı	Evet, biraz kısıtlı	Hayır, hiç kısıtlı değil
a. Zorlu aktiviteler; örneğin koşma, ağır eşyaları kaldırma, zor sporlara katılma vb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Orta derecede aktiviteler; örneğin bir masayı kaldırma, elektrikli süpürgeyi itme, hafif sporlara katılma vb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ağır kaldırma ve yük taşıma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d. Çok sayıda merdiven basamağı çıkma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tek bir merdiven basamağı çıkma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Öne eğilme, çömelme veya diz çökme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. İki kilometreden çok yürüyebilme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Bir kilometre yürüme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 100 metre yürüme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Kendi başına banyo yapma ve giyinme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

	EVET	HAYIR
a. Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (aşırı efor gösterdiniz mi?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında duygusal sorunlar nedeniyle (depresyon veya sıkıntı gibi nedenlerle) aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

	EVET	HAYIR
a. Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Çalışma veya diğer aktivitelerinizi her zamanki gibi yapabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Son 4 hafta içinde fizik sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne ölçüde etkiledi?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- | | |
|----------------|--------------------------|
| Hiç etkilemedi | <input type="checkbox"/> |
| Çok az | <input type="checkbox"/> |
| Orta derecede | <input type="checkbox"/> |
| Epeyce | <input type="checkbox"/> |
| Çok fazla | <input type="checkbox"/> |

7. Son 4 hafta içinde ne kadar ağrınız oldu?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- | | |
|---------------|--------------------------|
| Hiç olmadı | <input type="checkbox"/> |
| Çok az | <input type="checkbox"/> |
| Az | <input type="checkbox"/> |
| Orta derecede | <input type="checkbox"/> |
| Çok | <input type="checkbox"/> |
| Pek çok | <input type="checkbox"/> |

8. Son 4 hafta içinde ağrınız sizin normal çalışmanızı ne kadar etkiledi (hem ev dışında, hem de ev işi olarak) ?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Hiç etkilemedi | <input type="checkbox"/> |
| Biraz etkiledi | <input type="checkbox"/> |
| Orta derecede etkiledi | <input type="checkbox"/> |
| Epey etkiledi | <input type="checkbox"/> |
| Çok etkiledi | <input type="checkbox"/> |

9. Aşağıdaki sorular duygularınızı ve son bir ay içinde nasıl olduğunuzu anlamak için düzenlenmiştir. Her bir soru için lütfen size en uygun tek bir yanıtı işaretleyin.

	Sürekli	Çoğu Zaman	Epey Zaman	Bazen	Ara sıra	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi yaşam dolu olarak mı hissediyorsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Çok sinirli biri mi oldunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Kendinizi lağım çukuruna düşmüş gibi hissettiğiniz ve hiçbir şeyin moralinizi düzeltemeyeceğini düşündüğünüz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Kendinizi sakin ve barışçıl hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Çok enerjik oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Kendinizi yıpranmış hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Mutlu bir insan oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Yorgunluk hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Son bir ay içerisinde sağlığınız sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- Sürekli
- Çoğu zaman
- Epey Zaman
- Bazen
- Ara sıra
- Hiçbir Zaman

11. Aşağıdaki cümlelerin sizin için ne kadar doğru veya yanlış olduğunu belirtiniz.

Her bir soruya tek bir yanıt veriniz.

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Emin değilim	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
a. Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sağlığım mükemmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.3. EK 3

ETİK KURUL ONAYI

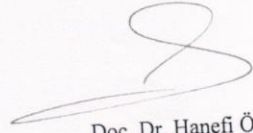
T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

21/03/2014

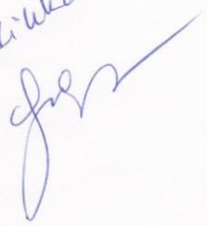
Sayı : 10840098 – 50
Konu: Etik Kurulu Kararı

Sayın Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL


Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler" isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur. Bilgilerinize rica ederim.



Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Yrd. Doç. Dr. Nihal Sunal'ın
dekkat'ine


EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

21/03/2014-İ.FİL 

Tel: (0216)681 53 00
Faks:(0212)531 75 55
E-mail: ilknurfil@medipol.edu.tr

Adres: Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19,34810
Kavacık/BEYKOZ

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR
FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

10.4. EK 4

ÇALIŞMA İZNI

TEM Avrupa Otoyolu Göztepe Çıkışı
No: 1 Bağcılar 34214 İstanbul
Tel: 0212 460 77 77 Fax: 0212 460 70 70
medipol@medipol.com.tr | www.medipolmega.com.tr



Sayı : İ.K./800
Konu : Çalışma Belgesi

14.07.2015

İLGİLİ MAKAMA

Esra Çelebi (T.C.:20264629786) 10/09/2012 tarihinden itibaren hastanemizde Hemşire olarak görev yapmakta olup; bu belge isteği üzerine düzenlenmiştir.

Bilgilerinize sunulur.

A. Yunus Sarıyıldız
İnsan Kaynakları Müdürü

11.ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Ad : Esra
Soyadı : Çelebi
E-Mail Adresi : esra.celebi@hotmail.com
Cep Telefonu : 0553-412-96-85
Doğum Yeri / Tarihi : Sakarya / 08-12-1986
İkametgâh Adresi : Medipol Mega Üniversite Hastanesi Lojmanı
Bağcılar/İstanbul
Yabancı Dili : İngilizce (İYİ)

İŞ DENEYİMLERİ

Şirket İsmi : GfK Araştırma Şirketi
Çalıştığı Süre : 08-2010 / 02-2011 (Proje Bazlı)
Pozisyon : Saha Araştırmacısı
Ayrılma Nedeni : Mesleki tatminsizlik

Şirket İsmi : İzmir Ticaret Odası Kamuoyu Araştırma Ofisi
Çalıştığı Süre : 10-2008 / 10-2009 (Proje Bazlı)
Pozisyon : Saha Araştırmacısı
Ayrılma Nedeni : Bölümün kapatılması

Şirket İsmi : Medipol Mega Üniversite Hastanesi
Çalıştığı Süre : 10.09.2012
Pozisyon : Eğitim-Gelişim Hemşiresi
Ayrılma Nedeni : Halen çalışıyorum

EĞİTİM BİLGİLERİ

Okul (yüksek lisans) :Medipol Üniversitesi Cerrahi Hemşireliği AD (İstanbul)
Öğrenim Tipi :Örgün Öğretim
Başlama Tarihi :Şubat 2013
Mezuniyet Tarihi :

Okul (Üniversite) :Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (İZMİR)
Öğrenim Tipi :Örgün Öğretim
Başlama Tarihi :Ekim 2007
Mezuniyet Tarihi :Haziran 2012

Okul (Lise) :Abidin Serhoş Çok Programlı Lisesi - Süper Lise (Kocaali)
Öğrenim Tipi :Tam Gün (Matematik / Fen)
Başlama Tarihi :Eylül 2001
Mezuniyet Tarihi :Haziran 2005

YABANCI DİL

Dil	Genel	Okuma	Yazma	Konuşma	Öğrenilen Yer
İngilizce	İyi	İyi	İyi	İyi	Yurtiçi lise/üniversite

BİLGİSAYAR DENEYİMİ

Program	Seviye	Öğrenilen Yer
MS Office (Word-Excel-Powerpoint)	Çok İyi	Üniversite
İnternet	Çok İyi	Üniversite
SPSS programı	Çok İyi	Üniversite

SERTİFİKA & LİSANSLAR

- Türk Kızılayı Toplum Afet Gönüllüsü (2009)
- E. Ü. EGECAN Arama Kurtarma Topluluğu İlk Yardım Sertifikası (2009)
- Piri Reis Denizcilik Derneği Denizler Yaşamalı - Denizler Yaşanmalı Avrupa Birliği Projesi (2011)
- Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar (2011)
- 11.Uluslararası Hemşirelik Kongresi (Bursa) Poster Sunumu
- Basınç Ülseri Prevelans Çalışması Eğitim Programı (2014)
- Eğitim Hemşireliği Sertifika Programı-Kadir Has Üniversitesi (2014)
- Çocuk Hemşireliği Sertifika Programı-İstanbul Medipol Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi (2014)
- Palyatif Bakım Sempozyumu-Yeditepe Üniversitesi (2014)
- Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Eyleme Konsensus'14
- Acil ve İlk Yardım Eğitimliği (2014)
- Kemoterapi Kursu (2014)

KURS & SEMİNERLER

- AKUT (Arama Kurtarma Derneği) :Dağcılık Temel Seviye (2010)
- AKUT (Arama Kurtarma Derneği) :İlk Yardım (2010)
- E. Ü. EGECAN Arama Kurtarma Topluluğu :Depremle Mücadele (2009)
- E. Ü. EGECAN Arama Kurtarma Topluluğu :Yangınla Mücadele (2009)
- E. Ü. EGECAN Arama Kurtarma Topluluğu :İlk Yardım (2009)