

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM,
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA
HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
KALİTELİ YAŞAM ALGISININ BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Bitirme Tezi)

AYSUN PERİM

EDİRNE – 2007

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜNE

YÜKSEK LİSANS
TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

İLGİ : Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve/..... sayılı kararı.

Enstitümüz Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Aysun PERİM'e ait " Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi " konulu Teze ilgi yazı ile jüri üyesi olarak atanmamız üzerine, jüri üyeleri Tez hakkında hazırladıkları kişisel raporlarla toplanarak, ilgili öğrencinin tezini savunulabilir bulmuştur.

Tez sınavıtarihinde..... günü saat başlamış ve.....bitmiştir.

Tez sınavının tamamlanması sonucunda jürimiz ilgili öğrencinin tezi hakkında lisansüstü Yönetmeliğimizin 12.maddesinin (d) bendi gereğince Kabul / Red / Düzeltme Kararı vermiş olup, konunun Enstitü Müdürlüğüne arzına mevcudun oybirliği ile karar vermiştir.

SINAV JÜRİSİ

ÜYE

ÜYE

ÜYE

ÜYE

ÜYE

TEŞEKKÜR

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yürüttüğüm yüksek
lisans eğitimimde ve tez çalışmamda her türlü desteğini,
emeğini ve katkılarını esirgemeyen Danışman Hocam
Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK'a ve eğitimimdeki destek ve
katkılarından dolayı Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın
Öğretim Üyeleri; Prof. Dr. Faruk YORULMAZ'a,
Doç.Dr. Galip EKUKULU'ya,
Yrd. Doç. Dr. Ufuk BERBEROĞLU'na,
Yrd. Doç. Dr. Burcu TOKUÇ'a ve
Arş. Gör.Hasan DEDELER'e çok
teşekkür ederim..

Hem. Aysun PERİM

İÇİNDEKİLER

Sayfa

GİRİŞ VE AMAÇLAR	1
Konunun Seçimi, Tanımlanması, Amaçlarının Belirlenmesi.....	1
Konunun Seçim Nedeni.....	1
Kişi ve Toplum Sağlığı Yönünden Önemi.....	1
GENEL BİLGİLER	3
Hemşireliğin Tarihsel Gelişimi.....	3
Hemşirelik Tanımı.....	4
Hemşireliğin Rollerini.....	6
Hemşirelikte Dört Temel Kavram.....	7
Yaşam Kalitesi.....	9
Kaliteli Yaşamı Sağlamanın Yolları.....	18
Farklı Yaklaşımlar Açısından Yaşam Kalitesi.....	20
Yaşam Kalitesini Değerlendiren Ölçütler.....	31

WHOQOL Ölçeği.....	33
YÖNTEM VE GEREÇLER.....	36
Araştırmanın Yakın ve Uzak Amaç İçin Amaçları.....	36
Araştırma Hipotezlerinin Belirlenmesi.....	36
Araştırmanın Yeri.....	36
Araştırmanın Evreni.....	36
Araştırmanın Tipi.....	37
Kontrol grubu Gereği, Seçimi ve Özellikleri.....	37
Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlerinin Belirlenmesi.....	37
Araştırmada Kullanılacak Araç-Gereçlerin hazırlanması.....	37
Ön Deneme.....	37
Veri Toplama.....	37
Etik Sorunlar.....	37
Araştırma İle İlgili Olarak gerekli İzinlerin Alınması.....	37
Araştırma Bütçesi.....	37
Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	38
Araştırmanın Zamanlama Çizelgesi.....	39

BULGULAR.....	40
TARTIŞMA.....	70
SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	74
TÜRKÇE ÖZET.....	77
İNGİLİZCE ÖZET.....	79
KAYNAKLAR.....	81
RESİMLEMELER LİSTESİ.....	85
ÖZGEÇMİŞ.....	88

SİMGE VE KISALTMALAR

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü (Who Health Organization)

ANA : Amerikan Hemşireler Derneği (American Nurses Association)

ICN : Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of – Nursing)

QOL : Yaşam Kalitesi (Quality of Life)

WHOQOL : Dünya Sağlık Örgütü- Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi

ICF : Uluslararası Fonksiyon, Özürlülük ve Sağlık Sınıflaması (International Cassification of Functioning, Disability and Health)

SSK : Sosyal Sigortalar Kurumu

ES : Emekli Sandığı

GİRİŞ VE AMAÇ

KONUNUN SEÇİMİ, TANIMLANMASI, AMAÇLARIN BELİRLENMESİ

Konunun seçim nedeni

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre yaşam kalitesi; bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, ilgi alanları ve yaşam standartları doğrultusunda hayattaki pozisyonlarını nasıl algıladıklarıdır (1,2).

Kişi ve Toplum Sağlığı Yönünden Önemi

Yaşam kalitesi kavramı yakın geçmişte öne sürülen ve her geçen gün, gittikçe önem kazanan yeni bir kavram olup, DSÖ'nün sağlık tanımlamasına geniş bir boyut getirmiştir. Yaşam kalitesi; bireyin yapabildiği ve yapmayı arzuladığı aktiviteler ile, algılanan farka gösterilen duygusal veya kişisel yanıt olarak tanımlanabilir. Sağlıkta yaşam kalitesi kavramı ise henüz tam olarak tanımlanmamakla beraber; yaşamın iyi ve doyum sağlayan karakterinin bütün olarak, öznel biçimde algılanmasıdır; bir hastalığın ve ona bağlı tedavinin hastada yarattığı işlevsel etkilerin hasta tarafından öznel biçimde algılanmasıdır; bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denen genel durumdan sağladığı doyumun bir bütünüdür gibi tanımlanabilir (3,4).

Başka deyişle, yaşam kalitesi kavramı hastaya ne hissettiğini sormayı öngörmek ve sağlık durumunu bütün boyutlarıyla ele almak gibi zor yönelmiş olup, yalnızca nicelikleri değil, nitelikleri de ölçmeyi hedefler. Bu bağlamda, sağlık hizmeti veren ekip üyeleri için yaşam kalitesi kavramı hem hizmet götürdükleri bireyin yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen bir amaç, hem de sağlık hizmeti alan bireyin optimal sağlık düzeyini ölçebilmek için bir araçtır. Bu amaçla yapılan yaşam kalitesi ölçümüne yönelik araştırmalar bireyin gerçek yaşamdan veya tedavi ve bakım yöntemlerinin nasıl etkili olduğunu görme olanağı tanır. Yani sağlık ekibinde görevli her eleman gerek hizmet verirken gerek verdiği hizmeti değerlendirirken yaşam kalitesi kavramı ile iç içe olmak zorundadır. Sağlık ekibini oluşturan tüm meslekler gibi hemşirelik mesleği için de yaşam kalitesi kavramı olmazsa olmaz bir konumdadır (3,4) .

Hemşireler yoğun çalışma temposu ve bununla beraber yürütmek zorunda oldukları sağlıklarını koruma, arkadaşlık, aile ilişkileri ve benzeri konularda fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak yük altına girmektedir. Bu tez çalışması ile hemşirelerin yaşam kalitesini ve sağlığı ile bunları etkileyen faktörleri saptamak amaçlanmıştır (1,2).

GENEL BİLGİLER

Hemşireliğin tarihsel gelişimi

Hemşireliğin bugünkü durumunu anlamak, özelliklerini yorumlamak ve gelişim aşamalarını kavramak için tarihsel gelişim sürecini bilmek gerekmektedir. Böylece mesleğin sosyal, mesleksel, ekonomik ve politik konumu daha iyi anlaşılıp, meslek üyelerinin rolleri ve işlevleri daha belirgin olarak ortaya konmuş olacaktır (4).

İlkçağlarda ilkel bir yaşam süresi olan insan, sınırlı gereksinim ve olanaklar içinde olup, hastalıkların tedavisinde büyüsel yöntemler kullanıyordu. Ortaçağda ise, hemşirelik dinsel temaların etkisinde kalmış ve birçok zengin-asil kadın rahibe olarak kendini sağlık ve sosyal yardım hizmetlerine adanmıştır. Bu dönemde hemşireliğin oldukça basit şekilde uygulandığı, hemşireliğin çoğunlukla toplumla iç içe hizmet verdiği ve çok az hemşirenin hastanede görev aldığı görülmekte idi.

16.yüzyılın başlarında Avrupa'da meydana gelen politik, ekonomik ve dinsel gelişmeler sonucunda, tıp mesleği manastırdan ayrılıp, üniversiteye geçmiş, hasta bakımı ile bağlantısını reddetmişti. Üniversitelerde tıp yeni düşünce ve eğitim sistemi ile yeni buluşlardan yararlanarak ilerlemiş, hasta bakımı ise bu ilerlemelerden uzak kalarak

karanlık bir döneme girmiştir (4).

Yeniçağda Avrupa'da sanitasyon ve bireysel hijyenin çok kötü durumda olması, bulaşıcı hastalıkların yayılması, hastaların bakımsız kalması, toplumun hemşirelik hizmetlerinden yoksun bırakılması nedenleriyle hastaneler bakım verilmek amacıyla yeniden açılmış, ancak eskisi gibi temiz ve düzenli bir hemşirelik bakımı tam olarak verilememiştir. Fransız devriminden sonra, 18. yüzyılın sonlarında endüstriyel gelişimin hızlanması, kentleşme, insan ve kadın hakları, gelişen fikir ve olaylar, savaşlar hemşireliğin yeniden doğuşuna neden olmuştur. Bu dönemde tıp eğitimi hastalıklara yönelmiş, hemşireliğin rolü ise hekime yardım eden ve gelişen tıbbi teknolojinin uygulayıcısı olarak belirlenmiştir (5).

19. yüzyılın ortalarında Florence Nightingale'in ortaya çıkmasıyla hemşirelik tarihinde yeniden bir aydınlanma dönemi başlamıştı. Florence Nightingale kadının toplumsal konumundan memnun olmadığından, ulusal sağlık ve orduda reform yapmak olan amacını gerçekleştirmek için Kırım savaşında verilen göreve olumlu yanıt vermiş, elde ettiği başarı ve saygınlıktan destek almıştır. Nightingale'in, yenilikçi ve araştırmacı kişiliği yanında, engelleyici kişiliğinin olması, hemşireliğin bir iş olarak düşünülmesinde etkili olmuş, kadınların yüksek eğitim olanaklarına sahip olmasına rağmen, hemşirelik için böyle bir eğitim düşünülmemiştir. Nightingale hemşireliğin statüsünü saygın bir iş düzeyine yükseltmiş, hemşirelik bakımın niteliğini geliştirmiş, modern hemşirelik eğitiminin kurucusu olmuş, ancak hemşireliği bir meslek olarak ele almamıştır (4,5).

20. yüzyıla gelindiğinde dünya nüfusunun artması, hastanelerin büyümesi, tıp bilimlerinin alanının oldukça genişlemesi, yeni iş ve meslek gruplarının doğması sonucunda, geleneksel olarak hemşireliğin yaptığı birçok görevin parçalanarak, yeni oluşan sağlık personeline devredilmesi durumu ortaya çıkmış, hemşireler gerçek görevleri olan hasta bakımı faaliyetlerini üstlenmişlerdir.

Günümüzde değişen sağlık anlayışı ve gelişen teknoloji nedeniyle her geçen gün, hemşirelerin çalışma alanı hastane dışına çıkmakta, bireylerin yaşadıkları, çalıştıkları ve eğlendikleri yerleri de kapsar duruma gelmektedir. Bu bağlamda hemşirelik, dört yıllık lisans eğitimini tüm boyutları ile inceleyip, araştıran bir konuma

gelmiş, mesleksel bilinçlenme hareketleri oldukça artmış, amacının bakım vermekle sınırlanmayacağı, uygulamaları ve eğitimi ile ilgili standartları da geliştirme sorumluluğu anlaşılmıştır. (6,7)

Hemşirelik Tanımı

Hemşireliğin değişik zamanlarda, değişik kuruluşlar tarafından tanımları yapılmıştır.

Hemşireliği tanımlamak ve işlevlerini açıklamak üzere yapılan çalışmalar Florance Nightingale ile başlar. 1859'da Florance 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.

Amerikan Hemşireler Derneği'nin (ANA- American Nurses Association) 1955 yılında yaptığı tanım diğer sağlık disiplinlerini de içine aldığı, hemşireliğin daha sonraki dönemlerde kabul edilmeyen bağımlılığını vurguladığı için 1965 yılında değiştirilmiştir. 1965 yılında yapılan bu 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 (6,8,9,10).

Uluslar arası 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. (9,11,12,13).

Türk Hemşireler Derneği Eğitim Komisyonu, (1981) hemşireliği şöyle tanımlamıştır; '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'dir (9,11,12,13).

Hemşirelik sağlıkta ve hastalıkta birey, aile ve topluma hizmet verir. Doğumdan ölüme, her insanın, sağlığını koruması, değerli kılınması, bozulduğunda düzeltilmesi ile ilgili bir iştir. Bu tanımlardan da anlaşılabilceği gibi hemşirelik, insan yaşamı süresince en çok karşılaşılabilecek mesleklerden biridir (14,15).

Hemşirelik tanımları ve işlevlerinde görüldüğü gibi özünde yardım olayı vardır, bu yardım yaşamın sağlıklı bir biçimde sürdürülebilmesi için bilgi gereksinimini olan bireye, aileye ve dolayısı ile topluma yardımı içerir. Bu yardım insanın sağlığını sürdürebilmesi için bilgi verme olduğu gibi, hastalığı nedeni ile kendi kendine karşılayamadığı gereksinimlerinin karşılanması ve en kısa zamanda onun bağımsız bir hale gelmesini kapsar. Diğer bir deyişle hemşireliğin amacı; sağlıklı / hasta bireyin gereksinimlerinin karşılanması için ona gereksindiği yardımı sağlama eylemidir (5).

Hemşireliğin Roller

Uygulayıcı rolü: Hemşireliğin uygulayıcı rolleri en çok üzerinde durulan ve yerine getirmesi beklenen rolüdür. Bu rol, sağlık bakım ekibinin etkin bir üyesi olarak yatak başı hasta bakımında, poliklinik ve ameliyat hizmetlerinde hastanın fizyolojik, psikolojik ve sosyo-ekonomik gereksinimlerini dikkate alıp, kendi bilgi, beceri ve yeteneklerini kullanarak hastanın servise kabulünde ve hastaneye uyum sağlamasında; günlük yaşam aktivitelerini devam ettirmesinde; tanı işlemlerinin uygulanmasında; fizyolojik ve psikolojik gereksinimlerini karşılamasında; zihinsel aktivitelerini devam ettirmesinde; komplikasyonlar, hastane enfeksiyonları ve kazalardan korunmasında; hijyen ihtiyacının karşılanmasında; hasta, hasta ailesi, hekim ve hastane personeli ve diğer ilgili kuruluşlarla iletişim sağlamada; çevresi ile sosyal ilişkiler kurmasında, hastaneden çıkış işlemlerinin hazırlığı ve yürütülmesinde; hastaneden çıktıktan sonra sağlığının korunması ve geliştirilmesinde, hasta hakkında gerekli bilgiyi toplamak, sorunları saptamak, hastanın bakımını planlamak, uygulamak ve verilen bakımı değerlendirmek ve değerlendirme sonucuna göre aksayan yönleri düzeltmek ve raporlamaktır. Kısacası işbirlikçi, destekleyici, yarı bağımlı, bağımlı, bağımsız şeklinde özetlenebilir (7,16,17,18).

a) Bağımlı Fonksiyonları; hekim istemin uygulamaya yönelik olanlar. Örneğin; tedaviyi uygulama, tanı ve tedavi işlemlerine yardım etme gibi.

b) Bağımsız Fonksiyonlar; hemşirenin bilgi ve deneyimi ile çözümlenebilecek sorunlara yönelik olanlar. Örneğin yatağa bağımlı bir hasta da gelişebilecek komplikasyonların önlenmesine ilişkin etkinlikler.

c) Yarı-bağımlı Fonksiyonlar; hekimin planladığı tedaviyi uygularken, olası sorunların gelişip gelişmediğini bilgi ve deneyimleri doğrultusunda izleme ve gerekli önlemleri almaktır. Örneğin; hekim isteminde yazılan ilacı doğrudan hastaya verme yerine ilacın toksikasyonunu araştırıp, herhangi bir belirti varsa ilacın verilmeyip hekime haber verilmesi gibi (9,17,18).

Eğitici rolü: Hemşirenin eğitici rolü, birey, aile ve topluma sağlık ve hastalığının gerektirdiği sağlık eğitimini yapmak, göreve yeni başlayan personelin kuruma oryantasyonunu sağlamak için oryantasyon eğitimi yapmak, sürekli eğitim için personele hizmet içi eğitimler yapmak, öğrenci eğitimi ile ilgili olarak klinik uygulamalarda onlara yardımcı olmak ve okullarda işbirliği yapmak, mesleki kuruluşlarda hemşireliğin gelişimi için çalışmak olarak belirtilmektedir. Kısacası iki ana hedefi içerir. Bu hedeflerden biri hemşirelik mesleği aday ve mensupları, diğeri ise sağlıklı ya da hasta birey, aile ve toplumdur (7,16).

Araştırmacı Rolü: Hemşirenin araştırmacı rolü, hemşirelik hizmetlerinde sağlık bakım yöntemlerinin geliştirilmesi, uygulanması, hizmet kalitesinin artırılması için araştırmalar planlamak, gerçekleştirmek ve sonuçlarını alanda uygulamak ve ilgili mesleklerle işbirliği yapmak olarak belirtilmektedir (16).

Yönetici Rolü: Hemşirenin yönetici rolü, sağlığı geliştirici, hastalıkları önleyici, tedavi edici ve rehabilitasyona yönelik olarak bireylere, ailelere ve gruplara bakım hizmetinin sağlanmasında insan, malzeme, vb. kaynakları yönetmek ve etkili kılmak; kurumu bireye karşı bireyi de kuruma karşı temsil etmek; hastane ve hemşirelik hizmetleri yönetimi tarafından hemşirelik bakımını geliştirmek üzere yapılan her türlü faaliyete katılmak şeklinde tanımlanmaktadır (7,16).

Profesyonellik Rolü: Hemşireliğe pozisyon, bağımsızlık, statü, saygınlık, yetki ve güç kazandıracak, sosyal hukuki çalışmalara, mesleki kuruluşlar yolu ile katkı sağlar (7).

Hemşirelikte dört temel kavram

Hemşirelikte uygulamalara etki eden ve onu yönlendiren dört temel kavram; insan, toplum, sağlık ve hemşiredir.

Bu dört kavram içinde en önemli olan insandır. İnsan, biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel bir varlıktır. Fizyolojik bir varlık olan insan yaşamının devamlılığının sürdürülmesinde, temel insan gereksinimlerinin karşılanması gereklidir (8,17).

İnsanın getirdiği genetik özellikler, yetiştiği toplum, kültür, ırk, aile özellikleri, aile içinde aldığı eğitim, büyüme ve yetiştirme dönemindeki olanakları, bulunduğu çevredeki insanların eğitim durumu, gelenek göreneklere ve yaşam biçimi gibi pek çok faktör, insanın biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel özelliklerini belirler. İnsanın özellikleri ve koşulları sağlığını, insanın sağlığı aile ve toplumun sağlığını belirlemede, toplum ve çevre koşulları da insanın sağlığını etkilemektedir. İnsan, toplum, sağlık ve hemşirelik kavramları arasında sürekli ve çok yönlü bir ilişki vardır. Hemşirenin özellikleri; yetiştirme biçimi, meslek eğitimi, anlayışı, mesleği benimsemesi ve mesleki olanakları gibi birçok faktör de hemşirenin görevlerini yerine getirmesini etkileyerek, insan sağlığı ve toplumu etkilemektedir (17).

İnsanın kendine özgü kişiliğini kazanması ve benlik bilincinin oluşmasında toplumsal çevre önemli etkidir. Toplumsal çevrenin ana ögesi insan ilişkileri oluşturmaktadır.

DSÖ, sağlığı “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve mental yönden tam bir iyilik halidir.” biçiminde tanımlamaktadır. Hastalık durumunu da bir hastalığın-rahatsızlığın olması ile açıklanamaz. Hastalık anormal bir durum olup, bireyin, fiziksel, emosyonel, entelektüel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarını daha önceki haline göre azaltır ya da iyice tüketir. Hastalık bireyin; çevre ile uyumunu, etkileşimini, üretkenliğini, verimliliğini, kendi içindeki denge durumlarını bozar. Hastalık da sağlık gibi çok boyutlu bir kavramdır (5,18,19,20).

Hastalığın tanımı hem toplumdan topluma hem de zamandan zamana değişmektedir. Bir bireyine ne zaman hasta denileceği ya da bireyin kendisini ne zaman ve hangi koşullarda hasta olarak algılayacağına genel bir ilkesi yoktur (20).

Sağlığın, işlevsel tanımı ise, sadece dengeli bir durumu değil, bireylerin neşeli ve eğlenceli oldukları bir durumu vurgulamaktadır. Bu bağlamda sağlık,

- a) Negatif olarak; yani bir hastalığın olamaması durumu
- b) İşlevsel olarak; yani günlük aktivitelerin üstesinden gelebilme durumu,
- c) Pozitif olarak; yani, sağlıklı ve iyi bir durumda olma durumunu ifade etmektedir (20,21).

YAŞAM KALİTESİ

Bir insanın, nesnenin ya da yaşantının nitelikçe nasıl olduğunu belirten, onun başka şeylerden ayırt edici üstünlüğünü ölçüp değerlendirebilen özelliğe kalite denir. Başka bir deyişle kalite, bir kimsenin entelektüel ve moral alandaki doğasını belirleyen bir nitelik özelliğidir. Yaşam kalitesi kişinin kendini geliştirmesi, kişisel yaşamını zenginleştirilmesi ve hedeflerine varması ile ilgilidir. Kaliteli yaşam, kişinin kendini sorgulaması, tanınması, yaşamının barışçıl, dengeli ve uyumlu olabilmesidir. Bir kişinin yaşamının tümüyle iyiye gittiğine ilişkin hissettiği, subjektif duygu olarak da ele alınabilen yaşam kalitesinin evrensel olarak kabul görmüş tek bir tanımlaması bulunmamaktadır. Yaşam kalitesi, yaşamdan duyulan hoşnutluk ve mutluluk olarak tanımlanabileceği gibi bireylerin kültür ve değerler sistemi içinde, kendi durumlarını algılayış biçimidir diye de tanımlanabilir. Yaşam kalitesinin kapsamında, insanların fiziksel fonksiyonları, psikolojik durumları, aile içinde ve dışındaki sosyal ilişkileri, çevreyle etkileşimleri ve inançları vardır (22,23).

Yaşam kalitesi kavramı ilk bakışta basit bir kavram gibi görünmesine karşın oldukça geniş kapsamlıdır. Yaşam kalitesi tanımının, hayatın birçok boyutunu içermesi

gerektiği konusunda fikir birliği olmakla birlikte halen tartışılan bir konudur. Yaşam kalitesi kavramı son yıllarda önemi artan ve sıkça kullanılan bir terimdir. Tanımı konusunda farklı yorumlar vardır. Patric ve Erickson'a göre yaşam kalitesi; ölüm ve yaşam süresi, özürlülük, fonksiyonel durum, sosyal, psikolojik veya fiziksel sağlığın algılanması ve sosyal- kültürel dezavantajları içeren temel bir kavramdır. Fayos yaşam kalitesini 'kişilerin yaşamlarını değerli buldukları şekilde sürdürme yetileri' şeklinde tanımlamıştır. Maeland ise yaşam kalitesini 4 farklı kavramla tanımlamıştır. Bunlar; mutluluk, memnuniyet, gereksinim duyulan memnuniyet, kendini gerçekleştirmedi. Hoernquist ise yaşam kalitesi fiziksel, psikolojik, sosyal aktivite, maddi ve yapısal alanda tatmin olma ihtiyacının derecesi olarak tanımlamıştır. Cella; fiziksel, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal faktörlerin kombinasyonundan oluşan bir iyilik hali üzerinde durmaktadır (23,24).

Szalai'ne göre yaşam kalitesi bireyin yaşamının iyi ve tatminkâr özelliklerinin genel değerlendirmesidir (22,25,26).

Mc Daniel ve Bach, yaşam kalitesinin dört temel özeliğinden bahsetmektedir:

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

Campbell, yaşam kalitesinin 'üzerinde birçok kişinin konuştuğu, ancak kimsenin bu konuda ne yapacağını tam olarak bilemediği' bir antite olduğunu vurgulamaktadır. Fayos ve Ark ise yaşam kalitesinin tanımını; hastalarının kendi yaşamlarını değerli buldukları şekilde sürdürme yetileri şeklinde yapmışlardır. Shaw yaşam kalitesini bir formül ile tanımlamaktadır.; yaşam kalitesi = doğal ihtiyaçlar (hastanın ailesinin bu yöndeki çabaları+toplumun bu yöndeki çabaları) (26).

Butrckhardt'a göre; yaşamdan doyum bulma, bireylerin fiziksel ve ekonomik

yönden iyi olması, bireyler ile iyi ilişkiler kurması, toplumsal/vatandaşlık/medeniyete ait davranışlarda sosyal güç yeterliliğe sahip olması, bireylerin kendini geliştirmesi ve eğlenceye zaman ayırmasıdır. Evan ve arkadaşları yaşam kalitesini objektif ve subjektif göstergeler olarak iki bölümde incelemişlerdir. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri temel olarak fiziksel iyilik hali ile ifade edilmektedir. Bu göstergeler; fiziksel aktiviteleri yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık semptomları, sağlık durumu ile ilgili konuları saptamaktadır. Subjektif göstergeler ise; temelde psikolojik iyilik halini yansıtmaktadır ve emosyonel iyilik hali, yaşam doyumu, psikolojik etki ile ilgili konuları kapsamaktadır (27,28,29).

Andrews ve Withey bu fikirlere ek olarak sosyal ilişkilerin önemine değinmişler ve yaşam kalitesini, bireylerin doyumu ile onların sosyal ilişkilerinin keşişmesi olarak tanımlamışlardır. Zautra ve arkadaşları ise yaşam kalitesini ‘ mutluluk, doyum ve uyum’ olarak tanımlamışlardır (27,29,30).

DSÖ, yaşam kalitesini bireylerin kültürel bağlamları içindeki yaşamlarını ve yaşamlarındaki değer sistemlerini ve hedeflerini, standartlarını ve ilgilerini algılamalarını tanımlamaktadır. DSÖ’nün yaşam kalitesi tanımında; fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler ve maneviyat ile ilgili özellikleri içeren 6 alan bulunmaktadır. DSÖ’e göre yaşam kalitesinin değerlendirildiği alanların kapsadığı maddeler;

Fiziksel Sağlık;

- Ağrı, rahatsızlık
- Enerji, halsizlik, yorgunluk
- Uyku, dinlenme

Psikolojik Durum;

- Pozitif düşünceler
- Düşünme, öğrenme, hafıza, konsantrasyon

- Kendine güven
- Beden imajı ve dış görünüş
- Negatif düşünceler

Bağımsızlık Düzeyi;

- Hareket edebilme
- Günlük yaşam aktiviteleri
- İlaçlara ve tedaviye bağımlı olma durumu
- Çalışma kapasitesi

Sosyal İlişkiler;

- Kişisel ilişkiler
- Sosyal destek
- Seksüel aktivite

Çevresel Özellikler;

- Fiziksel güvenlik
- Ev çevresi
- Finansal kaynaklar
- Sağlık ve sosyal bakıma ulaşılabilirlik ve kalite
- Yeni bilgilere ve becerilere ulaşma fırsatı
- Fiziksel çevre (hava kirliliği, gürültü, trafik, iklim)

Maneviyat İle İlgili Özellikler;

- Ruhsal/dinsel/kişisel inançlardır (19,30,31,32).

Yaşam kalitesi ile ilgili Campbell, Converse ve Rodgers'in 1976'da yaptıkları çalışmada, 'insanların genel mutluluk ve doyum duygularını özetleyen farklı doyum alanlarını kapsayan bir gösterge' oluşturmak amaçlanmıştır. Ayrıca toplumun 'hangi kesimlerinin yaşam kalitelerinin ilerlediğini ve hangi kesimlerinin gerilediğini' saptayarak, eğer bazı kesimlerde 'değişiklikler' olduysa bu değişime neden olan 'etkenlerin neler olduğunu' ve bu 'etkenleri değiştirmenin mümkün olup olmadığının' belirlenmesi amaçlanmıştır. Önem sırasına göre 11 farklı doyum alanı tespit edilmiştir. Bunlar;

- 1- Sağlık
- 2- Evlilik
- 3- Aile hayatı
- 4- Ulusal Hükümet
- 5- Dostluk
- 6- Ev (konut)
- 7- İş
- 8- Topluluk
- 9- İnanç/din
- 10- Rekreasyon
- 11- Mali durum alanlarıdır (32).

İnsan yaşamının iyileştirilmesine ilişkin bir kavram olan yaşam kalitesi; insan istek ve gereksinimlerinin tatmin edici bir biçimde karşılanması olarak tanımlanabilir. Yaşam kalitesi psiko-sosyal ve ekonomik refahın sağlanması ve dengeli bir biçimde sürdürülmesine temellenmiştir.

Yıllarca felsefenin tartışma konusu olan yaşam kalitesi:

- Antik ve ortaçağda insanın mükemmellik durumu, en üst düzeyde erdem, en üst düzeyde güzelliklere sahip olma olarak ele alınmıştır.
- 1960'lı yıllarda ekonomi ve sosyoloji alanına girmiştir. Ekonomistler tarafından; Ulusal üretim; Ulusal gelir satın alma gücü olarak ifade edilmiş, sosyologlar tarafından da çalışma, barınma sosyal durum boyutları ile ele alınmıştır.
- 1970'li yıllarda psikologlar tarafından yaşam doyumu boyutu ile gündeme getirilmiştir.
- 1970'lerden sonra tıp alanına,
- 1980'lerden sonra da hemşirelik alanına girmiştir (17).

Yaşam kalitesi, yaşam standardı ve yaşam üslubu ayrı ayrı şeylerdir; ama bunlar bir arada değerlendirilmek durumundadır. Kaliteli bir yaşama sahip olabilmenin ölçütleri arasında tüm iletişim kanallarının açık tutulmasını, yani insanın öncelikle ve tüm duyarlılığıyla dışarıdan gelen bütün iletileri algılamamasının ve kendisindeki tüm oluşum ve birikimleri de dışarıya vermesini; sabırlı ve kararlı, saygılı ve dinleyen iyi bir arkadaş olabilmeyi; programlı ve sistemli biçimde zamanının iyi kullanmayı; çalışan, üreten ve paylaşan olmayı; etik ve estetik değerleri benimsemeyi; ortak akla katkıda bulunmayı; güzelliği, iyiliği ve doğruluğu çoğaltmayı; bireyin kendisini, yapıcı ve yaratıcı kılarak özgürleştirmesini; katılımcı ve paylaşımcı olmayı; bunun yanında da beden ve ruh sağlığını gözetmeyi sayabiliriz (23).

Yaşam kalitesi; çok yönlü olması, sürekli gelişim ve değişim göstermesi, kişiden kişiye değişebilmesi, bireyin yaşamda nelerden zevk alındığını, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğini ifade etmesi, sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenmesi nedeniyle tanımlanması zor bir kavramdır (17).

Yaşam kalitesi boyutları - alanları

Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri fiziksel iyilik hali, fiziksel aktiviteleri yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık semptomları ve sağlık durumuyla ilgili konuları kapsar.

Yaşam kalitesini ilgilendiren konular dört temel grup altında değerlendirilebilmektedir.

- Psikolojik Esenlik
- Fiziksel Esenlik
- Sosyal ve Bireysel Esenlik
- Parasal / Maddi Esenlik

Hoes ve Sullivan'a göre yaşam kalitesi alanları:

1- Psikolojik esenlik

- * Doyum alma.....Oto kontrol
- * Yararlılık.....Anksiyete
- * Beden imajı.....Meşguliyet vb.

2- Fiziksel esenlik/ yeterlik

- * Yeme içme
- * İştah
- * Seks
- * Uyku
- * Yorgunluk
- * Sağlık – hastalık algısı

3- Sosyal ve bireysel esenlik

- * Sosyal etkinlik

4- Ekonomik ve maddi esenlik

- * Geleceğe ilişkin güven

* Sigorta

* Barınma

* İş güvencesi vb.

Yaşam kalitesini azaltan durumlar

Bireylerde yaşam kalitesi:

- Temel gereksinimlerinin karşılanması
- Beden imgesinin değişmesi
- Öz bakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği
- Kronik yorgunluk, bitkinlik
- Seksüel fonksiyonlarda bozulma
- Gelecek ile ilgili kaygılar
- Destek sistemlerindeki yetersizlik
- Akut sağlık sorunları
- Kronik sağlık sorunları nedenleri ile yaşam

Yaşam kalitesini artıran durumlar

Yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için; bireyin:

- Ekonomik ve sosyal güvence içinde olması
- Güven içinde yaşaması
- Rahatlık ve gereken konfora sahip olması
- Anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olması

- Yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olması
- Eğlence ve zevk aldığı aktivitelerinin olması
- İtibar görmesi
- Otonomisinin olması
- Mahremiyetine değer verilmesi
- Kendini ifade edebilmesi
- Fonksiyonel olarak yeterli olması
- Özgün bir birey olarak algılanması
- Huzur içinde olması, inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi gerekmektedir.

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi:

Bireyin yaşam kalitesi çeşitli ölçekler kullanılarak puanlanır ve değerlendirilir. Ölçeklerde;

- Fiziksel fonksiyonu
- Sosyal fonksiyonu
- Fiziksel rol fonksiyonu
- Emosyonel fonksiyonu
- Mental sağlık durumu
- Enerji (zindelik) / yorgunluk, ağrı
- Genel sağlık algısı gibi konular ele alınır (17).

Yaşam Kalitesine Ait Kavramlar

KAVRAM	ANLAM
Yaşam Kalitesi	- Bireyin yaşamına ait tüm kişisel ve çevresel faktörler - Sağlık durumunu kapsayabilir veya kapsamaz
Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi	- Bireyin sağlığının fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleri
Sağlık Durumu	- Fiziksel ve semptomatik faktörler
İşlevsel Durum	- Aktiviteler yapılırken ortaya çıkan semptomların seviyelerini de kapsayan istenen/arzulanan aktiviteleri yapabilme yeteneği (Eksternal, izlenebilir)
İyilik Hali	- Yaşamdan duyulan memnuniyete ait his, psikolojik faktörler (İnternal, kendi-kendine değerlendirilir)
Memnuniyet	- Hastanın sağlık yönünde davranışı, durumun hasta tarafından kabul derecesi

Kaliteli Yaşamı Sağlamanın Yolları:

Hareketli Yaşam

Düzenli bir şekilde egzersiz yapan bireylerin yaşam enerjileri artar; kendilerini daha iyi hisseder ve daha iyi görünürler. Yaşam boyu egzersiz yapmak, kalp ve damar hastalıkları, tansiyon yüksekliği ve ileri yaşlarda kemik yoğunluğunun azalması gibi sorunları azaltır. Başka türlü spor yapma olanağı olmasa bile her gün, hiç değilse gün aşırı en az 30 dk. hızlı tempoda yürüyüş yapmak da iyi bir egzersizdir. Egzersiz yapmak bir yaşam biçimidir. Birey günlük hayatını programlarken temel gereksinimleri arasında egzersize de yer açmış olmalıdır (33).

Düzenli egzersiz yapmak kas gücü ve bedensel esnekliğin yanı sıra kalp damar sistemini güçlendirerek dayanıklılığını da artırır. Egzersiz akıl ve ruh sağlığı açısından da faydalıdır. Düzenli egzersiz ile kişi gerilimin azaltabilir, günlük baskılardan uzaklaşabilir ve zihnini zinde tutabilir (33).

Beslenme

Sağlıklı beslenme, vücudun büyüme, gelişme ve günlük işlevlerinin sürekliliğinin sağlanması için gerekli olan besin öğelerinin yeterli miktarlarda alınmasıdır. Az ve sık yemek, güne mutlaka kahvaltı ile başlamak, öğün atlamamak, abur cubur yememek, günde en az 4 - 6 bardak su içmek, kolalı içecekler, çay, kahve, kızartma, kavurmalar, aşırı yağlı, tuzlu ya da şekerli gıdalar ve açıkta satılan yiyeceklerden kaçınmak, yağ seçiminde doymamış yağları tercih etmek, yiyecekleri hazırlarken içlerindeki besin öğelerinin korunmasına dikkat etmek ve uygun koşullarda saklamak, çiğ yenen meyve ve sebzeleri bol ve temiz suyla iyice yıkamak her yaş ve dönem için geçerli temel sağlıklı beslenme kurallarıdır (33).

Düzenli Yaşam ve Uyku

Sağlık ve zindelik için düzenli yaşam ve uyku da vazgeçilmez şartlardır. Uyku gereksinimi insan yaşamı boyunca süre açısından değişkendir. Bireyler arasında uyku gereksinimi ve ritmi farklılık gösterir. Bazı insanlar 4-6 saatlik uyku ile yetinirler kimileri ise 10-12 saat uyurlar. Uyku aynı zamanda ruh sağlığının bir göstergesidir. Streste ve pek çok psikiyatrik hastalıkta uyku ritmi ve süresi bozulur. Bunun yanında yeterli uyku uyunmadığında kişinin fiziksel ve ruhsal streslere dayanıklılığı azalır (33).

Günlük Yaşamda Streslerle Başa Çıkma

Aslında bir parça stres günlük hayatta karşılaşılan zorluklarla başa çıkmada ihtiyaç duyulan enerji, uyanıklık ve gücü sağlar. Ancak uzun süreli, sürekli ve fazla miktarda stres yorgunluğa ve verimin düşmesine neden olur, bedensel ve ruhsal sağlığı tehlikeye sokar.

Uyku bozuklukları, mide rahatsızlıkları, baş ağrısı, bir konu ya da işe yoğunlaşmada zorluk, huzursuzluk, çarpıntı, omuz ve sırt ağrıları gibi yakınmalar

günlük yaşamda başa çıkamadığımız stresler sonucu olabilir (33).

Zamanı iyi değerlendirmek, ‘yapılacak işler listesi’ hazırlamak, zor işleri basamaklara ayırarak bölümler halinde halletmek, zamanlı planlama yapmak ve bunu yaparken gerçekçi olmak, gerektiğinde yardım ya da danışmanlık istemek ve bir sorun için tek bir çözüme bağlanıp kalmadan diğer seçenekleri de göz önünde bulundurmak stres azaltıcı davranışlardır (33).

Zaman Yönetimi

Zaman aslında herkes için sabittir, diğer bir deyişle herkes için günde 24, haftada 168 saat vardır. Ancak benzer koşullarda yaşayan ve çalışanların üretimleri bireysel yeteneklerden de kaynaklanan farklılıklar gösterir. Bu farkı yaratan etkenlerden biri de zamanın nasıl kullanıldığıdır. Zaman yönetimi, zamanı akılcı biçimde kullanarak daha verimli sonuçlar elde edilmesini sağlar (33).

Çalışma Ortamı

İş ve çalışma ortamı da sağlık açısından riskler içerebilir. Çalışma ortamındaki kalabalık, gürültü, kirlilik, sürekli aynı beden pozisyonunda çalışma zorunluluğu, ağır kaldırma, manyetik alanlara ya da kimyasal maddelere maruz kalma, hava kirliliği, iş kazaları gibi daha pek çok etken sağlığı tehdit etmektedir. Bireyler çalışma ortamlarından kaynaklanacak sağlık risklerini tanımalı ve bunları en aza indirmelidirler. Gerektiği şartlarda kurum ya da işyeri hekimlerinden bu konularda danışmanlık alınmalıdır (33).

Farklı Yaklaşımlar Açısından Yaşam Kalitesi

Son yıllarda, bilimsel çevrelerde, yönetim kadrolarında, medyada ve günlük konuşmalarda yaşam kalitesi kavramı ile sık sık karşılaşılmaktadır. Yaşam kalitesinin sosyoloji, ekonomi, psikoloji gibi alanlarda önemli bir inceleme ve araştırma konusu haline gelmesi söz konusudur.

Yaşam kalitesi kavramı, bireyin ve toplumun refah düzeyini, sahip olunan ve

tüketilen nesnelere miktarını nicel özellikleri ile ölçen yaşam standardı kavramına alternatif olarak 1970'lerin ikinci yarısından itibaren modern endüstri toplumlarında gündeme gelmiştir. İçeriği ve öncelikleri zaman ve mekan içinde değişen yaşam kalitesi kavramının, genellenebilen temel unsuru, insanın fizik ve sosyal varoluşunun güvenlik içinde bulunmasıdır. Sosyal haklardan ve toplumsal yaşama aktif olarak katılma süreçlerinden oluşan bu unsur, her birey için kaçınılmaz olarak kabul edilmektedir. Kavramı oluşturan ikinci unsur ise; insan yaşamının her alanında bireysel gelişme olanaklarına sahip olunmasını içermektedir (32).

Bilgin ve arkadaşlarına göre: '.....günlük yaşamdaki gözlemlerimiz, yaşam kalitesinin çeşitli boyutlarda farklılık gösterdiğini, bir başka deyişle yaşamın kişilere, ortamlara, toplumlara ve dönemlere göre farklılaştığını, daha az ya da daha çok kaliteli olduğunu ortaya koymaktadır. (Bilgin, Ergenç, Timurcanday,1986;157). Değişim, kalite kavramını, nicelik- nitelik karşıtlığının içine hapsedmeden değerlendirebilmenin, ölçülebilir bir boyut olarak görebilmenin olanaklarını sunmaktadır. Moles ve Bilginin altının özellikle çizdikleri gibi: 'yaşam kalitesi, değişimleriyle varolan bir olgu olup, değişimle yakından bağlıdır. Çünkü yaşam herhangi bir şekilde ve hissedilebilir bir düzeyde değiştiği andan itibaren kalite konusu olabilir. Yaşam ne iyiye, ne kötüye doğru, kuşaklar boyunca ve kilometre karelere göre değişmedikçe kaliteden söz edilemez (32,33)

1- Ekonomik Göstergelerle Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramına tarihsel açıdan bakıldığında; 'refah, yaşam düzeyi, kalkınma' gibi ekonomik kavramlardan hemen sonra geldiği ve ekonomik kalkınmanın daha gelişmiş bir anlayışı olarak öncelikle ekonomistlerce ele alındığı görülmektedir. Yaşam kalitesinin ekonomik göstergeleri:

- gayri safi milli hasıla,
- kişi başına düşen milli gelir,
- istihdam edilebilme olanakları,
- aile varlıkları,

- ailede çalışan kişi sayısı,
- besin tüketimi,
- sahip olunan dayanıklı tüketim malları gibi değişkenler kullanılmıştır.

Ekonomistler tarafından yapılan çalışmalarda kalite, hizmet kalitesi ve toplam kalite kavramları, yaşam kalitesi kavramı ile ilişkili olan ve üzerinde durulan diğer kavramlardır (32).

2- Sosyal Göstergelerle Yaşam Kalitesi

Sosyolojik ağırlıklı yaklaşımlarda yaşam kalitesi kavramı, yaşam stili veya yaşam tarzı kavramlarıyla benzerlik göstermektedir. Sosyal yükselme ya da hareketlilik düşüncesi, yaşam kalitesi düşüncesiyle paralel olarak ortaya çıkmaktadır.

Sosyolojik ağırlıklı araştırmalarda, yaşam kalitesi göstergeleri olarak:

- meslek dağılımı,
- coğrafi – mesleki hareketlilik,
- dengeli beslenme,
- sağlık koşulları,
- eğitim durumu,
- toplumsal ve mesleki faaliyetlere katılma,
- konut ve konut koşulları,
- kültür,
- gelişme olanakları yer almaktadır.

Bloom (1978), bir çalışmasında sosyal göstergeleri:

- sağlık,
- sosyal refah,

- eğitim,
- kamu güvenliği olmak üzere dört temel kategoriye ayırmıştır.

Sosyal göstergelerle yaşam kalitesi çalışmalarında sorun, toplum düzeyinde ortaya çıkmakta ve değişen bir toplum söz konusu olmaktadır (32).

3- Psikolojik Göstergelerle Yaşam Kalitesi

Sosyal psikologlara göre yaşam kalitesi kavramının oluşumu ve bu konudaki araştırmaların kökenine bakıldığında yaşam kalitesi kavramının temelinde bulunan bu alan; eski filozof ve ahlakçılardan günümüze değin bir değer olarak vurgulanan ve savunulan mutluluk düşüncesidir. Mutluluk konusunda sosyal psikolojinin yöntemleri ile yapılan çalışmalarda elde edilen sonuçlar, filozofların daha önce düşündüklerini aşamamış ve mutluluğun nesnel bir kavrayışa sığamayacağı görülmüştür (32).

Psikolojik açıdan yaşam kalitesini tanımlayan araştırmalarda, bireyin kalite ve doyum tepkisini bildirmede öznel algıları, olayları değerlendirışı ve olaylara olan atıfları çalışılmıştır. Psikolojik göstergelerin araştırılmasında, bireylerde uygulama sırasında istenilen tepkileri verme eğilimlerinin olması ve duygusal içerikli ifadelerde karşıt mekanizmaların kullanılabileceğinden ötürü kısıtlılıklar yaşanmakta olup nesnel koşullarla benzeşmezlik gösterebilmektedir. Yaşam kalitesi göstergeleri olarak;

- kişinin işinden aldığı doyum,
- aile yaşamından aldığı doyum,
- çevresinden aldığı doyum,
- özel yaşamından aldığı doyum gibi bireyin kendi yaşam deneyimlerine gösterdiği tepkiler ile beceri ve öğrenme gibi değişkenler kullanılmıştır.

Yaşam kalitesi ile ilgili psikolojik yönelimli çalışmalarda merkezi bir önem taşıyan yaşam doyum kavramı ilk kez 1961 yılında Neugarten tarafından kullanılmıştır. Neugarten'e göre :

- ‘ Yaşam doyum, bir insanın istedikleri ile elde ettiklerinin karşılaştırılmasıyla

oluşan sonuçtur. Kişinin beklentilerine ulaşmadaki bilişsel değerlendirmesinin ürünüdür. Yaşamın tümünü ve çeşitli boyutlarını içermektedir.’(32,33)

4- Ekolojik Perspektiften Yaşam Kalitesi

Bu yaklaşım, yaşam kalitesini birey – çevre etkileşimi içinde görür. Bu bağlamda temel varsayımı, bireyin çevreyi, çevrenin de bireyi değiştirdiğidir. Yaşam kalitesi ile ilgili son çalışmalarında Sontag, Evers, Eicher ve Bubolz (1980), üç boyutlu bir kavramsal taslak önermişlerdir (32).

- 1) Zamanda verilen bir noktada belli bir alana sahip olan kent, komşular, aile, birey olabilen, insanı çevreleyen birimler;
- 2) İnsan biriminin korunması için gerekli koşulları ve kaynakları sağlayan çevre;
- 3) Çevre – insan birimi arasındaki karşılıklı etki.

Bu araştırmacılar; insan ve çevre olmak üzere iki farklı perspektifle yaşam kalitesini incelemişlerdir. İnsan birimi açısından yüksek yaşam kalitesi, çevresel yaşam alanlarına ilişkin, gereksinim duyulan doyumun yüksek bir derecede olmasını belirler. Çevrenin değerlendirilmesi perspektifinden bakıldığında, yüksek yaşam kalitesi, insan biriminin gereksinimlerini karşılayacak kaynakların bulunmuş (çevre tarafından karşılanmış) olmasını belirler. En genel anlamıyla bu yaklaşıma göre yaşam kalitesi, birey ve çevrenin uyum düzeyidir. Uygun düzeyler çevre ile bireyin konumlarının karşılıklılıklarına bağlıdır (31,32).

5- Sağlık Perspektifinden Yaşam Kalitesi

Genel anlamıyla yaşam kalitesi; ‘iyilik hali’nin’ bir derecesi olarak tanımlanır. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi ise kişinin sağlık durumunu göstermekten daha geniş bir perspektifi işaret eder. Yaşam kalitesi için üzerine uzlaşmış bir tanım mevcut değildir. Bu konuda sosyal rolü yerine getirmeyi de içeren işlevsel yetenekler, toplumsal etkileşimin derecesi ve kalitesi, ruhsal sağlık, ağrı gibi somatik duyular ve yaşamdan duyulan memnuniyet gibi bir dizi bileşene yer verilir (32,33).

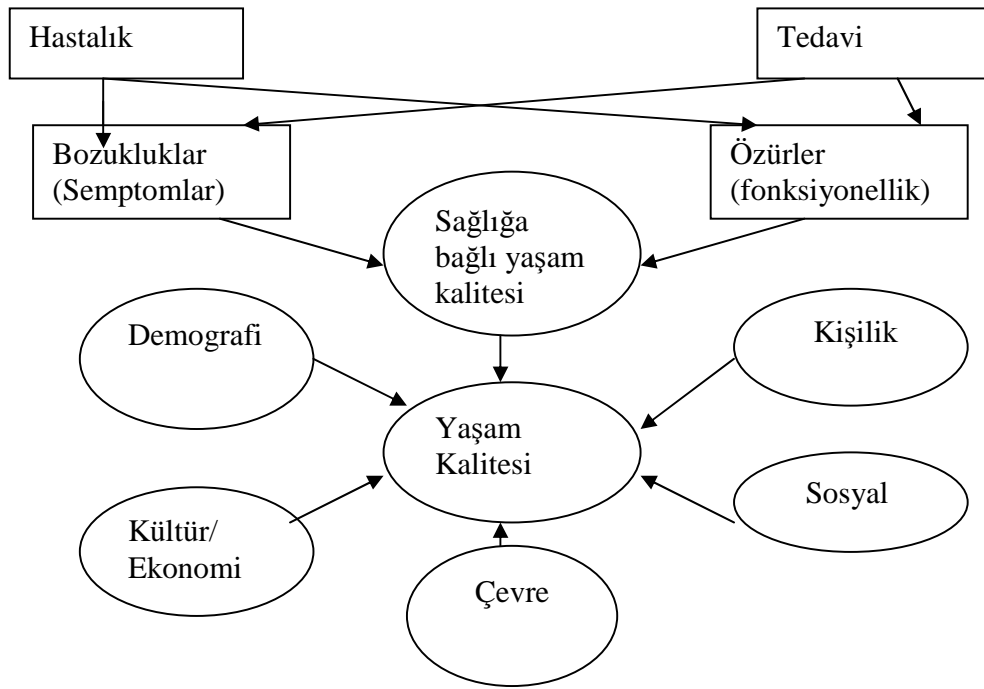
Sağlık ve işlevsellik, sağlığa bağlı yaşam kalitesinin sadece iki boyutudur. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi ölçümü, böyle bir gereksinim doğduğu 1970’li yılların başlarından bugüne, üç önemli nedenle klinik araştırmalarda ve epidemiyolojik çalışmalarda başvurulan genel araçlardan biri haline gelmiştir. Bu nedenle ilki, sağlık hizmet giderlerindeki olağanüstü artıştır. İkincisi; günümüzde sağlık teknolojisindeki gelişime bağlı olarak yaşamın süresinden çok kalitesine önem verilmesidir. Artık çok az sağlık kuruluşu semptomları iyileştirmek ve vücut işleyişini geliştirmek üzerine odaklanmış, yaşam süresini uzatmaya yönelik çalışmalar yapmaktadır. Üçüncü neden olarak da sağlık teknolojileri arasındaki karşılaştırmalar, yaşamın konu bile edilmediği çok küçük farklılıklar arasında yapılmaktadır. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi ölçümünü oluşturan bu üç faktör sırasıyla; nüfusun özellikle sanayileşmiş ülkelerde yaşlanması ve beraberinde kronik hastalıklarda görülen artış ile teşhis – tedavi süreçlerine çok gelişmiş sağlık teknolojilerinin kullanılmaya başlanması şeklinde iki gelişme üzerinde temellenmiştir (34).

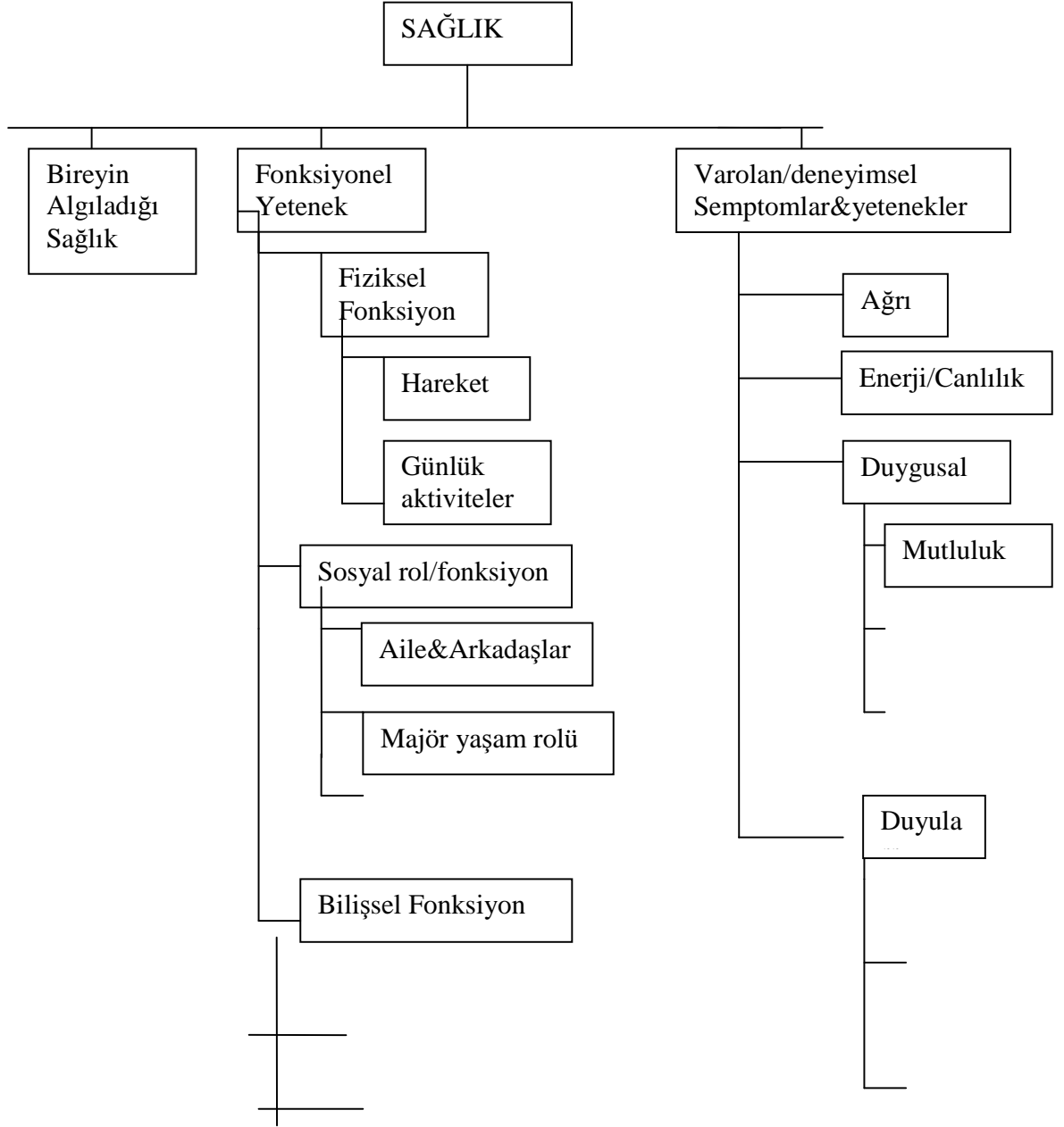
Sağlığa bağlı yaşam kalitesi olgusunun oluşumunda ise iki etken söz konusudur; birincisi 1970’li yılların başında, sanayileşmiş ülkelerde bu tip araçlara duyulan ihtiyaç ve diğer de bu araçların geliştirilmesinde gerekli temel olanakları sağlayan, geleneksel tıp ve sosyal bilimleri de kapsayan birçok disiplindeki uzun süreli bilimsel gelişmelerdir. Bir tarafta sağlık hizmetlerinin sonuçlarının değerlendirilmesi ihtiyacı, diğer taraftan da bilimsel gelişme düzeyi arasındaki etkileşim sonucunda kavramlar, teoriler ve ölçümler açısından literatürün genişlemesine olanak sağlanması, sağlığa bağlı yaşam kalitesinin ölçümünde modern yaklaşımı temsil eder (34).

Sağlığa bağlı yaşam kalitesinin ‘bir hastalık veya tedaviyle bağlantılı olan fiziksel, duygusal ve sosyal öğeleri kapsayan çok boyutlu bir kavram’ olduğu kabul edilmektedir. (Revicki, 1989). Sağlığa bağlı yaşam kalitesine hangi boyutların dahil edileceği konusunda ise tam bir uzlaşma söz konusu değildir. Fizyolojik ve duygusal fonksiyonların yaşam kalitesine direkt etkide bulunduğu ve bu ikisi birlikte ele alındığında ikisinin birden sağlığa bağlı yaşam kalitesine etkisinden ve sosyal rol ve sosyal ilişkiler gibi sosyal fonksiyonlarla birlikte sağlık dışı yaşam kalitesine etkisinden söz edilebilir. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi; iş ortamı, ev veya benzeri faktörlere bağlı yaşam kalitesini,

sağlık durumlarının işlevler üzerindeki etkisi olarak kullanılır ama sosyal rolü de buna dahil eder (Kaplan, 1989). Yaşam kalitesini belirlemede, uygun boyutların örneklenmesi yaşam kalitesi ölçümlerinin geçerliliği için gerekli bir durumdur (34).

Yaşam Kalitesi ve Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler





Sağlık Boyutlarının Olası Hiyerarşik Yapısı (34)

Yaşam kalitesi kavramı ile ilgili literatür tarandığında sağlık alanında yapılan araştırmaların önemli bir yer kapladığı görölmektedir. Yapılan çalışmalarda, zihinsel ve ruhsal sağlığın yanı sıra, fiziksel sağlığın ve sağlık kurumlarında sunulan hizmetin değerlendirildiği görölmektedir. Yetim'e göre, toplumsal zihin sağlığı merkezlerince yapılan yaşam kalitesi araştırmaları sonuçları iki açıdan ele alınmaktadır.

'Birincisi, bireylerin gereksinim duydukları servis hizmetlerini saptamak ve bireylerin doyum ve psikolojik gelişimlerini ölçerek kendi programlarını değerlendirmektir. İkincisi ise yüksek düzeyde yaşam kalitesi değerlerini toplumda yaymak ve desteklemek; düşük düzeyde kaliteli alanların yayılmasını önlemektir'.

1998 Population Report'a göre, halk sağlığı perspektifinden kalitenin anlamı, 'en yüksek sağlık yardımını, en az sağlık riskiyle, en fazla sayıda insana sunmak' anlamına gelmektedir (32). Sağlık alanı çalışmalarıyla yaşam kalitesinin birleştirilmesi ve 'sağlıkla ilgili yaşam kalitesi' kavramının aslında ilk kez DSÖ Anayasası'nda (1948) yer alan sağlığın tanımı içinde rastlamaktayız. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1948'de sağlığı 'yalnızca hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali' olarak tanımlamasından sonra, sağlıkla ilişkin iyilik halinin ölçülebilmesi için, yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetleri uygulamaları ve araştırmalarında giderek artan bir önem kazanmıştır. Yaşam kalitesini değerlendirildiği ilk araştırmalar 1973 yılında yayınlanmış, son yıllarda ise başta yeni programların ve tedavilerin maliyet kullanım analizlerinde olmak üzere, sayıları giderek artmıştır (1,22).

Yaşam kalitesi (Quality of life, QOL); kişinin yaşadığı kültür ve değerler sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresi ile ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır. Bu tanım, yaşam kalitesinin kültürel, sosyal ve çevresel kavramlara iyice gömülmüş subjektif bir değerlendirme olduğu görüşünü yansıtmaktadır. Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavilerinin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür ancak farklı kişilere farklı şeyler ifade

eden bir kavram olduğundan net bir tanım yapmak güçtür. Sadece hastalık olmaması değil, tam bir fiziksel, mental ve soysal iyilik halidir (1,9).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin tanımı da yaşam kalitesi tanımı gibi birbirinden farklılık göstermektedir (27).

Devlet politikacıları genellikle, sağlık hizmetleri kararlarını toplumsal konuma göre verme eğilimindedirler. Politikacılar, toplumsal yararıyla göre, amaçlanan tedavinin nasıl sonuçlanacağı ile ilgilendirler (27).

Sigorta şirketleri, yaşam kalitesini bireysel yararlılık açısından değerlendirirler, ancak hastanın ne zaman normal yaşama döneceği ile daha fazla ilgilendirler. Onlara göre normal yaşam demek, sigorta primlerini ödeyebilmek demektir.

Genel popülasyon için ise; daha uzun yaşamanın yanı sıra iyi yaşama anlamındadır. Özellikle ekonomik güçlüklerin olduğu ülkemiz toplumu için daha fazla kazanç daha iyi yaşamla eşdeğer algılanabilir (27).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi sağlığı geliştirme (Health Promotion) kavramı ile de ilişkilidir. Bireylerin sigarayı bırakma, egzersiz, daha iyi beslenme gibi sağlığın geliştirilmesine yönelik davranış değişiklikleri hem yaşamın kalitesini artırır hem de süresini uzatır (27).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlığın bireylerin fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeteneklerini ve bireylerin yaşamlarındaki algıladıkları fiziksel, mental ve sosyal alanı ifade eder. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ölçütleri, sağlık programları, tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve ekonomik değerlendirme çalışmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır (1).

Sağlık ve hastalık kavramları birbirleriyle ilişkili üç alanda gözden geçirilebilir. Bu alanlar; organ veya sistem, kişi, toplum veya sosyal yaşamdır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1980'de üç alandaki kısıtlılıklar veya yetersizlikler Uluslar arası Yetersizlik, Özürlülük ve Engellilik Sınıflaması (International Classification of Impairment, Disability and Handicap, ICDH) olarak yayınlanmıştır. Buna göre yetersizlik (impairment) organ alanını, özürlülük (disability) kişi alanını, engellilik (handicap) ise

toplum alanını yansıtmaktadır. Bu sınıflamada nedensel görüş hakimdir. Bu görüşe göre; hastalık veya bozukluk yetersizliğe, yetersizlik özürllülüğe, özürllülük de engelliliğe neden olmaktadır. Halbuki yaşam kalitesi hem fiziksel sağlık, psikolojik durum ve kişisel inançlar, hem de sosyal ilişkiler ve çevreden karmaşık bir şekilde etkilenen geniş aralıklı bir kavram olduğu için yaşam kalitesindeki bozulmayı açıklamakta bu nedensel görüş tek başına yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle sağlık ve sağlıkla ilişkili durumların tanımında standart bir dil ve çerçeve sağlamak amacı ile WHO tarafından 2001’de Uluslar arası Fonksiyon, Özürllülük ve Sağlık Sınıflaması (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) kavramı yayınlanmıştır. Bu sınıflamada nedensel ilişki yerine sağlığın komponentleri veya kavramların etkileşimi söz konusudur. ICF çerçevesi, çevresel ve kişisel dış faktörleri de içererek özürllülüğe bio-psiko-sosyal yaklaşım olarak tanımlanmıştır (35).

ICF’ deki temel kavramlar iki grupta incelenebilir.

I) Fonksiyon ve özürllülük:

- a. Vücut fonksiyonları ve yapıları,
- b. Aktivite ve katılım

II) Dış faktörler:

- a. Çevresel faktörler,
- b. Kişisel faktörler

ICF’ deki fonksiyon görme kavramı tüm vücut fonksiyonları, aktiviteler ve katılımı içerirken, özürllülük kavramı ise; yetersizlik, aktivite sınırlaması ve katılımın kısıtlanmasını içermektedir. Yeni sınıflamada eskisine göre iki majör farklılık bulunmaktadır. Birincisi; özürllülük ve engellilik şeklindeki olumsuzluk terminolojinin yerine aktivite ve katılım şeklinde nötral terminolojinin kullanılması, diğeri ise kişisel ve çevresel dış faktörlerin de sınıflamaya dahil edilmesidir. Özürllülük, ICF’ deki fonksiyonun negatif terimi olarak görülebilir (35).

ICF, herhangi bir hastalık veya bozuklukta kişinin neleri yaptığı veya

yapabileceğini sistematik olarak gruplar. Çünkü aynı hastalığa sahip iki kişi farklı fonksiyon düzeylerinde olabilir. Benzer şekilde, aynı fonksiyon düzeyindeki iki kişi de aynı sağlık durumuna sahip olmayabilir. ICF, iyilik halinin sağlık ve sağlıkla ilgili komponentlerini daha ayrıntılı bir şekilde tanımladığından yaşam kalitesini değerlendirmede daha kapsamlı bilgi sağlar (35).

YAŞAM KALİTESİNİ DEĞERLENDİREN ÖLÇEKLER

1- Jenerik Ölçekler

Bunlardan Kısa Form – 36, Nottingham Sağlık Profili, Euro QOL, İyilik Hali Skalası, Hastalık Etki Profili, Sağlık Yararlanma İndeksi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi sık kullanılan yaşam kalitesi değerlendirme ölçekleridir.

2- Kısa Form – 36 (Short Form – 36,SF – 36):

SF – 36 jenerik ölçekler içerisinde en yaygın kullanılanıdır. Yaşam kalitesini değerlendirmede geçerli ve oldukça sık kullanılan bir ölçüttür. Herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü değildir. Genel sağlık kavramlarını içerir. Klinik pratikte ve araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir.

Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlanması, emosyonel rol kısıtlanması, vücut ağrısı, sosyal fonksiyon, mental sağlık, canlılık, genel sağlık olmak üzere sekiz alt skalada 36 soru içerir (35).

3- Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile, NHP):

Hasta tarafından algılanan emosyonel, sosyal ve fiziksel sağlık problemlerini değerlendirir.enerji, ağrı, fiziksel mobilite, uyku, emosyonel reaksiyonlar ve sosyal izolasyondan oluşan altı kategoride cevapları evet/hayır şeklinde 38 sorudan oluşur (35).

4- Euro QOL (EQ – 5D) :

Çeşitli girişimlerin sağlık sonuçları üzerine etkisini ortak bir skalayla değerlendirmeyi ve monitorize etmeyi sağlar. Sağlık durumunun beş boyutunu değerlendiren beş sorudan oluşur. Bu boyutlar; mobilite, kendi kendine bakım, genel

aktiviteler, ağrı/ rahatsızlık, anksiyete/ depresyondur. Ankette, anketin uygulandığı gün sorgulanmaktadır (35).

5- Hastalık Etki profili (Sickness Impact Profile, SIP) :

Hasta tarafından algılanan sağlık durumunun davranış esaslı ölçümünü sağlar. On iki alanda 136 soru içerir. Bu alanlar; fiziksel boyut (3 alan), psiko-sosyal boyut (4 alan), ve diğer 5 tanesi de bağımsız alanlardır (35).

6- Sağlık Yararlanma İndeksi (Health Utilities Index, HUI) :

HUI, sağlık durumunu ölçmek, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmek ve yararlanma skorları oluşturmak amaçlı jenerik bir sağlık profilidir. Tedavi edilen hastaların tecrübelerini, hastalık ve tedavi ile ilgili uzun dönem sonuçları, sağlık girişimlerinin etkinlik ve geçerliliğini ve genel popülasyonun sağlık durumunu tanılamak için geliştirilmiştir. HUI2’de duyu, mobilite, kendine bakım, emosyon, bilişsel durum, ağrı ve fertilitate alanları, HUI3’de ise görme, işitme, konuşma, ambulasyon, hüner, emosyon ve bilişsel durum alanları bulunmaktadır (35).

7- İyilik Hali Skalası (Quality of Well – Being Scale, QWB) :

Genel sağlık sonuçlarını değerlendirmek için kullanılır. Mobilite, fiziksel aktivite ve sosyal aktivite olmak üzere üç fonksiyonel komponenti değerlendiren 31 sorudan oluşur (35).

8- Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL) :

DSÖ tarafından kişinin iyilik halini ölçen ve kültürler arası karşılaştırmalara olanak veren geniş kapsamlı World Health Organization – Quality of Life (WHOQOL) geliştirilmiştir. Dünya çapında 15 merkezde yapılan pilot çalışmalar sonucu, 100 soruluk WHOQOL-100 ve arasından seçilen 26 sorudan oluşan WHOQOL-BREF oluşturulmuştur. WHOQOL-BREF ölçeği, biri genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumunun sorgulandığı iki soruyla birlikte toplam 26 soru, fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevresel alanlar olmak üzere 4 alandan meydana gelmiştir.

Türkçe dahil 20'den fazla dile çevrilmiştir. Türkçe'ye uyarlanması Eser ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (35).

WHOQOL ÖLÇEĞİ

WHOQOL ölçeğinin WHOQOL-100 (uzun form) ve WHOQOL-BREF (kısa form) olmak üzere 2 sürümü mevcuttur.

WHOQOL-100 orijinal ölçeği 100 sorudan oluşmaktadır. Ölçek 6 alan (domain) ve her bir alanda farklı sayılarda olmak üzere biri genel bölüm olmak üzere 25 bölümden (facet) oluşmaktadır. Her bir bölüm 4'er sorudan oluşmaktadır. Sorular 5'li Likert tipi ordinal yanıt ölçeğine sahiptir. Ölçeğin toplam skoru yoktur. Her bir bölüm ve alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır. Yüksek puan daha iyi yaşam kalitesini ifade eder. Bu ölçeğin Türkçe sürümünde (WHOQOL-100 TR) ayrı bir 'Sosyal Baskı' fasetini oluşturan Türkiye'ye özgü 3 ek soru daha vardır (36,37).

WHOQOL-BREF, orijinal ölçekteki (whoqol-100) genel bölümden (fasetten) iki, geri kalan 24 fasetten de birer soru alınarak oluşturulmuş olan 26 soruluk bir ölçektir. WHOQOL-BREF, uzun ölçeğin aksine 4 alan (domain) den oluşmuştur. Ayrı ayrı bölümleri yoktur. Bu ölçeğin de toplam skoru yoktur. Her bir bölüm ve alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır (36,37).

WHOQOL-BREF ALAN VE ALANDAKİ FASETLERİ

Alan	Alandaki fasetler
Fiziksel Sağlık Alanı	Ağrı ve rahatsızlık Enerji, halsizlik, yorgunluk Uyku ve dinlenme Hareket edebilme Günlük yaşam aktiviteleri İlaçlara ve tedaviye bağımlı olma durumu Çalışma kapasitesi
Psikolojik Alan	Pozitif ve negatif düşünceler Düşünme, öğrenme, hafıza Beden imajı Kendine güven
Sosyal ilişkiler Alanı	Kişisel İlişkiler Sosyal Destek Cinsel aktivite
Çevresel Alan	Fiziksel Güvenlik Finansal Kaynaklar Sağlık ve sosyal bakıma ulaşabilirlik Ev çevresi Yeni bilgilere e becerilere ulaşma fırsatı

WHOQOL-100 Alan ve Bölümleri:

Bedensel Alan

- 1- Ağrı ve rahatsızlık
- 2- Canlılık ve bitkinlik
- 3- Uyku ve dinlenme

Ruhsal Alan

- 1- Olumlu Duygular
- 2- Düşünme, öğrenme...
- 3- Benlik saygısı
- 4- Beden imgesi
- 5- Olumsuz duygular

Bağımsızlık Düzeyi

- 1- Hareketlilik
- 2- Gündelik işleri yürütebilme
- 3- İlaçlara/ tedaviye bağımlılık
- 4- Çalışabilme gücü

Sosyal İlişkileri

1- Diğer kişilerle ilişkiler

2- Sosyal destek

3- Cinsel yaşam

evre

1- Fiziksel güvenlik..

2- Ev ortamı

3- Maddi kaynaklar

4- Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım: ulaşabilirlik....

5- Yeni bilgi/ beceri edinme

6- Dinlenme boş zaman...

7- Fiziksel evre

8- Ulaşım

Kişisel İnanç

Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesi Bölümü

Sosyal Baskı bölümü (ulusal bölüm) (36).

YÖNTEM VE GEREÇLER

ARAŞTIRMANIN YAKIN VE UZAK GELECEK İÇİN AMAÇLARI

Yakın gelecek için amaç:

Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin, eğitim ve gelir düzeyi, iş güvencesi durumuna göre kaliteli yaşam algısını belirlemek.

Uzak gelecek için amaç:

Kaliteli yaşam algısını daha üst seviyeye yükseltmeye yönelik öneriler geliştirmek.

ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİNİN BELİRLENMESİ

Hipotezler:

H₀: Eğitim seviyesine göre hemşirelerin kaliteli yaşam algısı farksızdır.

H_a: Eğitim seviyesine göre hemşirelerin kaliteli yaşam algısı farklıdır.

H₀: Gelir düzeyine göre hemşirelerin kaliteli yaşam algısı farksızdır.

H_a: Gelir düzeyine göre hemşirelerin kaliteli yaşam algısı farklıdır.

H₀: İş güvencesi olan hemşirelerin kaliteli yaşam algısı farksızdır.

H_a : İş güvencesi olan hemşirelerin kaliteli yaşam algısı farklıdır.

Araştırmanın Yeri:

Trakya Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesi / EDİRNE

Araştırmanın Evreni:

Çalışmanın yapılacağı evrenin tümü araştırma kapsamına alınmıştır. Evren 300 kişidir. Toplam 236 (% 78.6) kişi ile görüşülmüştür.

Araştırmanın Tipi:

Tanımlayıcı, çözümleyici ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

Kontrol grubu gereği, özellikleri ve seçimi: Gerek duyulmadı

Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenlerinin belirlenmesi:

Bağımlı Değişkenler: Sağlık algısı, Kaliteli yaşam hakkındaki algısı

Bağımsız Değişkenler: İş güvencesi, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma süresi, sağlık güvencesi, mezun olduğu okul.

Araştırmada kullanılacak araç-gereçlerin hazırlanması:

Uygulanan anketin ilk bölümü araştırmacılarca hazırlanmış 15 soruluk sosyo-demografik özellikleri içeren sorulardan, ikinci bölümü DSÖ tarafından hazırlanan 27 sorudan oluşan WHOQOL-BREF ölçeğinden oluşmaktadır.

Ön denemeler: Edirne Devlet Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde yapılmıştır.

Veri Toplama, düzenleme, analizleri:

Bilgi toplama formu ile elde edilen veriler, bilgisayar ortamında değerlendirilerek frekans tabloları yapılmış, bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişkenleri ne ölçüde etkilediği EpiInfo Version 3.3.2 paket programı analiz yöntemleri ile irdelenmiştir.

Etik Sorunlar:

Araştırma için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 16.02.2006 tarihli ve 1693 sayılı Etik Kurul Kararı ile onay alınmıştır (ektedir).

Araştırma ile ilgili olarak gerekli izinlerin alınması:

Veri toplama işleminin yapılacağı hastane başhekimliğinden izin alınmıştır(ektedir).

Araştırma bütçesi: Araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

Araştırmanın Kısıtlılıkları:

- Araştırma yalnızca Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan hemşireler üzerinde uygulandığı için sonuçları tüm hemşirelere genellenemez.

Araştırmanın zamanlama çizelgesi :

Zaman (2006)

Yapılacak İşler	Oc.	Şub.	Mart	Nis	May.	Haz.	Tem.	Ağu.	Eyl.	Eki.	Kas.	Aral - May 2007
PLANLAMA AŞAMASI												
Hipotez,literatür	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Anket formunun hazırlanması	+	+	+									
Ön deneme			+	+								
Gerekli izinlerin alınması		+	+									
UYGULAMA AŞAMASI												
Veri toplama				+	+							
Toplanan verilerin işlenmesi				+	+	+						
ANALİZ AŞAMASI												
Verilerin analizleri (tablo,grafik..)						+	+	+				
YAZIM AŞAMASI												
Tezin yazılması,basılma sı,sunulması								+	+	+	+	+

BULGULAR

A.Demografik- Tanımlayıcı Bulgular

- Tüm grubun yaş ortalaması 28.7 ± 5.15 ,
- Ortalama çocuk sayısı 0.47 ± 0.65 ,
- Ortalama çalışma yılı 7.53 ± 5.93 ,
- Ortalama aylık nöbet tutma süresi 4.74 ± 3.22 ,
- Ortalama günlük çalışma saati 14.40 ± 4.94 'tür.

Araştırma grubunun demografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: Araştırma Grubunun Demografik Özellikleri

Yaş	Sayı	%
19-24	41	17.4
25-29	119	50.5
30-34	42	17.8
35-39	24	10.0
40- üzeri	10	4.2
Eğitim Durumu		
Lise	33	14.0
Ön Lisans	110	46.6
Lisans/ Y.Lisans	93	39.4
Medeni Durum		
Evli	119	50.4
Bekar	107	45.3
Dul	3	1.3
Boşanmış	7	3.0
Eş Mesleği(n=119)		
Sağlık Çalışanı	21	8
Diğer	98	92
Çocuk Sayısı		
	SAYI	%
Yok	146	61,8
1	70	29,7
2	20	8,5
Sağlık Güvencesi		
SSK	96	40,7

ES	140	59,3
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun verdiği bilgilere göre; 2/3'ü (% 68.3) 25-34 yaşları arasındadır, % 39.4'ü lisans ve lisansüstü eğitim mezunudur, % 50.4'ü evlidir, % 8'inin eşi sağlık çalışanıdır, % 62.3'ü çocuksuzdur ve % 40'ı devlet memuru olarak çalışmamaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 28.7 ± 5.15 'tir (min:19, max:54). Ortalama çocuk sayısı ise, 0.47 ± 0.65 'tir (min:0,max:2).

Araştırma grubunun mezun olduğu okula göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Araştırma Grubunun Mezun Olduğu Okula Göre Dağılımı

Mezun Olunan Okul	Sayı	%
Trakya Üni.	104	43,9
İstanbul Üni.	19	8,0
Çanakkale Üni.	7	3,0
19 Mayıs Üni.	5	2,1
Yüzüncüyıl Üni.	5	2,1
Anadolu Üni.	30	12,7
Sağlık Koleji	36	15,2
Diğer	30	12,7
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun % 43.9'u Trakya Üniversitesi mezunudur. % 15.2'si ise sağlık koleji mezunudur.

Araştırma grubunun hemşire olarak toplam çalışma yılına göre dağılımı Tablo 3 'te verilmiştir.

Tablo 3: Araştırma Grubunun Hemşire Olarak Toplam Çalışma Yılına Göre Dağılımı

Çalışma yılı	Sayı	%
0-5	100	42,3
6-10	86	36,4
11-15	21	8,8
16-20	23	9,8
20-üzeri	6	2,5
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun % 78.7'si çalışma yılının 10 yıldan az, % 21.1'i ise 10 yıldan fazla olduğunu ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin ortalama çalışma yılı 7.53 ± 5.93 'tür (min: 1, max: 33).

B. Araştırma Grubunun Mesleki Faaliyetlerine İlişkin Bulgular

Araştırma grubunun çalıştığı birimlere göre dağılımı Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4:Araştırma Grubunun Çalıştığı Servis Adına Göre Dağılımı

Servis Adı	Sayı	%
Yönetim	5	2.1
Yeni doğan yoğ.bak.	12	5.1
Acil (eriş.+çoc.)	14	5.9
Ameliyathane	23	9.7
Çocuk servisleri	22	9.2
Yoğun bakım üniteleri	25	10.5
Poliklinik	4	1.6
Dahiliye servisleri	85	36.1
Cerrahi servisleri	44	18.6
Mahkum servisi	1	0.4
Toplam	236	100

Araştırma grubunun % 49.4'ü dahili, % 28.3'ü ise cerrahi servislerde, % 21.5'i ise yoğun bakım ünitelerinde çalıştığını belirtmiştir.

Araştırma grubunun çalışma yılına göre dağılımı Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5: Araştırma Grubunun Çalışma Yaşamına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=236)

Toplam Çalışma yılı	Sayı	%
0-4	87	36,8
5-9	73	30,9
10-14	43	18,1
15-19	23	9,8
19- üzeri	10	4,2
Servis Değişikliği		
Evet	110	46,6
Hayır	126	53,4
Nöbet tutma		
Evet	167	70,8
Hayır	69	29,2
Aylık nöbet sayısı(gün)		
0	65	27,5
4-5	61	25,8
6-7	37	15,7
8-10	73	30,9
Kesintisiz en çok çalışma süresi (saat)		
8	73	30,9
16	137	58
24	26	11
Yüksek öğretim programına devam etme		
Evet	35	14,8
Hayır	201	84,1
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun verdiği bilgilere göre; % 67,7'si çalışma süresinin 10 yıldan az, yarıya yakınının görev yeri değişmiş, % 70,8'i nöbet tutmaktayken, % 30,9'unun nöbet sayısı ayda 8 ve daha çok sayıdadır. Yalnızca % 30,9'unun kesintisiz çalışma süresi 8 saatle sınırlıdır ve yalnızca % 14,8'i halen bir yüksek öğretim programına devam etmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin nöbet tutma sayısı ortalama 4.74 ± 3.22 'dir (min:0, max:10). Hemşirelerin ortalama çalışma süresi ise 14.40 ± 4.94 saattir (min:8, max:24).

C. Araştırma Grubunun Sağlık Algısı ve Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Araştırma grubunun genel sağlık değerlendirmesine göre dağılımı Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6: Araştırma Grubunun Genel Sağlık Değerlendirmesi

Genel Değerlendirmesi	Sağlık	Sayı	%
Çok İyi		12	5,1
İyi		118	50,0
Orta		92	39,0
Kötü		12	5,1
Çok Kötü		2	0,8
Toplam		236	100,0

Araştırma grubunun % 55,1'i genel sağlık durumunu iyi ve çok iyi olduğunu, % 44,9'u ise iyi olmadığını ifade etmiştir (ort.: 2.457 ± 0.728).

Araştırma grubunun yaşam kalitesine göre dağılımı Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7: Araştırma grubunun Yaşam Kalitesini Değerlendirme Durumu

Yaşam kalitesini değerlendirme	Sayı	%
Çok Kötü	10	4,2
Biraz Kötü	18	7,6
Ne iyi, Ne Kötü	155	65,7
Oldukça İyi	48	20,3
Çok İyi	5	2,1
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun % 22.4’ü yaşam kalitesini iyi, % 77.5’i ise iyi olmadığını bildirmiştir (ort: 3.084±0.727)

Araştırma grubunun sağlığından hoşnut olma durumuna göre dağılımı Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8: Araştırma Grubunun Sağlığından Hoşnut Olma Durumu

Sağlığınıza ne kadar hoşnutsunuz?	Sayı	%
Hiç hoşnut değilim	7	3,0
Çok az hoşnut	34	14,4
Ne hoşnut,ne de değil	99	41,9
Epeyce hoşnut	91	38,6
Çok hoşnut	5	2,1
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun % 40.7’si sağlığından hoşnuttur. % 59.3’ü ise hoşnut olmadığını bildirmiştir (ort:3.22±0.828)..

Araştırma grubunun ağırlardan etkilenme durumuna göre dağılımı Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9: Araştırma grubunun Ağırlardan Etkilenme Durumu

Ağrılarınız yapmanız gerekenleri ne derecede engelliyor?	Sayı	%
Hiç	23	9,7
Çok Az	104	44,1
Orta Derecede	67	28,4
Çokça	38	16,1
Aşırı derecede	4	1,7
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun % 9.7'si ağrılarının yapması gerekenleri engellemediğini % 89.3'ü ise engellediğini ifade etmiştir (ort: 2.559±0.9321)

Araştırma grubunun tıbbi tedaviye duyduğu ihtiyaç durumuna göre dağılımı Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10: Araştırma Grubunun Günlük İşleri Yürütebilmek İçin Tıbbi Tedaviye Duyduğu İhtiyaç Durumu

Günlük uğraşı yürütmek için tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	Sayı	%
Hiç	99	41,9
Çok az	85	36,0
Orta derecede	37	15,7
Çokça	13	5,5
Aşırı derecede	2	0,8
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun % 41.9'u günlük uğraşlarını yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ihtiyaç duymadığını belirtmiştir. % 58'i ise tıbbi tedaviye ihtiyaç duyduğunu bildirmiştir (ort:1.868±0.9338).

Araştırma grubunun yaşamaktan keyif alma durumuna göre dağılımı Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11: Araştırma Grubunun Yaşamaktan Keyif Alma Durumuna Göre Dağılımı

Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	Sayı	%
Hiç	2	0,8
Çok az	17	7,2
Orta derecede	87	36,9
Çokça	98	41,5
Aşırı derecede	32	13,6
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun yalnızca % 55.1'i yaşamaktan keyif aldığını belirtirken, % 44.9'u ise keyif almadığını belirtmiştir (ort: 3.597±0.842).

Araştırma grubunun yaşamını anlamlı bulma durumuna göre dağılımı Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12: Araştırma Grubunun Yaşamını Anlamlı Bulma Durumu

Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	Sayı	%
Hiç	7	3,0
Çok az	20	8,5
Orta derecede	82	34,7
Çokça	94	39,8
Aşırı derecede	33	14,0
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun yalnızca % 53.8'i yaşamını anlamlı bulduğunu belirtmiştir (ort:3.661±2.134).

Araştırma grubunun dikkatini toplama durumuna göre dağılımı Tablo 13'de verilmiştir.

Tablo 13: Araştırma Grubunun Dikkatini Toplamadaki Başarı Durumuna Göre Dağılımı

Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Sayı	%
Hiç	0	0,
Çok az	13	5,5
Orta derecede	106	44,9
Çokça	105	44,5
Aşırı derecede	12	5,1
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun yalnızca % 49.6'sı dikkatini toplamada başarılı olabildiğini bildirmiştir (ort:3.576±1.380).

Araştırma grubunun kendini güvende hissetme durumuna göre dağılımı Tablo 14’de verilmiştir.

Tablo 14: Araştırma Grubunun Günlük Yaşamda Kendini Güvende Hissetme Durumu

Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	Sayı	%
Hiç	6	2,5
Çok az	20	8,5
Orta derecede	104	44,1
Çokça	87	36,9
Aşırı derecede	19	8,1
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun % 45’i günlük yaşamda kendisini güvende hissettiğini, % 55.1’i ise güvende hissetmediğini belirtmiştir (ort:3.394±0.851).

Araştırma grubunun fiziksel çevresini sağlıklı bulma durumuna göre dağılımı Tablo 15’te verilmiştir.

Tablo 15: Araştırma Grubunun Fiziksel Çevresini Sağlıklı Bulma Ölçüsü

Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	Sayı	%
Hiç	12	5,1
Çok az	48	20,3
Orta derecede	111	47,0
Çokça	57	24,2
Aşırı derecede	8	,4
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun yalnızca % 24.6’sı fiziksel çevresini sağlıklı bulurken, % 72.4’ü ise sağlıklı bulmadığını belirtmiştir (ort: 3.004±0.887).

Araştırma grubunun sahip olduğu güce göre dağılımı Tablo 16’de verilmiştir.

Tablo 16: Araştırma Grubunun Günlük Uğraşlarını Sürdürebilmek İçin Sahip Olduğu Güce Ait Düşüncesi

Günlük uğraşı sürdürmek için yeterli gücünüz var mı?	Sayı	%
Hiç	3	1,3
Çok az	16	6,8
Orta derecede	83	35,2
Çokça	100	42,4
Aşırı derecede	34	14,4
Toplam	236	100,0

Araştırma Grubunun % 56.8’i yeterli güce sahip olduğunu, % 43.3’ü ise yeterli güce sahip olmadığını belirtmiştir (ort: 3.618±0.859).

Araştırma grubunun bedensel görünüşünü kabullenme durumuna göre dağılımı Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17: Araştırma Grubunun Bedensel Görünüşünü Kabullenme Durumu

Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	Sayı	%
Hiç	2	0,8
Çok az	9	3,8
Orta derecede	53	22,5
Çokça	84	35,6
Aşırı derecede	88	37,3
Toplam	236	100,0

Araştırma Grubunun % 72.9’u bedensel görünüşünü kabullendiğini, % 27.1’i ise kabullenmediğini belirtmiştir (ort: 4.046±0.909).

Araştırma grubunun sahip olduğu para durumuna göre dağılımı Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18: Araştırma Grubunun Gereksinimlerini Karşılama İçin Sahip Olduğu Para Durumu

Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	Sayı	%
Hiç	10	4,2
Çok az	44	18,6
Orta derecede	136	57,6
Çokça	31	13,1
Aşırı derecede	15	6,4
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun yalnızca % 19.5’i gereksinimlerini karşılamak için yeterli paraya sahip olduğunu, % 80.4’ü ise yeterli paraya sahip olmadığını belirtmiştir (ort: 2.987±0.862).

Araştırma grubunun gerekli bilgilere ulaşabilme durumuna göre dağılımı Tablo 19’da verilmiştir.

Tablo 19: Araştırma Grubunun Gerekli Bilgilere Ulaşabilme Durumu

Gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	Sayı	%
Hiç	1	0,4
Çok az	29	12,3
Orta derecede	127	53,8
Çokça	66	28,0
Aşırı derecede	13	5,5
Toplam	236	100,0

Araştırma Grubunun % 33.5’i gerekli bilgilere ulaşabildiğini, % 66.5’i ise ulaşamadığını belirtmiştir (ort: 3.258±0.758).

Araştırma grubunun boş zamanlarını değerlendirme durumuna göre dağılımı Tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 20: Araştırma Grubunun Sahip Olduğu Boş Zamanlarını Değerlendirme Durumu

Boş zamanlarınızı değerlendirme uğraşlarınız için ne ölçüde fırsatınız olur?	Sayı	%
Hiç	28	11,9
Çok az	76	32,2
Orta derecede	106	44,9
Çokça	24	10,2
Aşırı derecede	2	0,8
Toplam	236	100,0

Araştırma Grubunun yalnızca % 11’i boş zamanlarını değerlendirme uğraşları için fırsatı olduğunu, %89’u ise fırsatı olmadığını belirtmiştir (ort: 2.559±0.8609).

Araştırma grubunun hareketlilik becerisine göre dağılımı Tablo 21 ’de verilmiştir.

Tablo 21: Araştırma Grubunun Hareketlilik Becerisi

Hareketlilik beceriniz nasıldır?	Sayı	%
Çok kötü	16	6,8
Biraz kötü	22	9,3
Ne iyi, ne kötü	81	34,3
Oldukça iyi	92	39,0
Çok iyi	25	10,6
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun yalnızca % 49.6’sı hareketlilik becerisinin iyi olduğunu, % 50.4’ü ise iyi olmadığını belirtmiştir (ort: 3.372±1.021).

Araştırma grubunun uykusundan hoşnut olma durumuna göre dağılımı Tablo 22’de verilmiştir.

Tablo 22: Araştırma Grubunun Uykusunda Hoşnut Olma Durumuna Göre Dağılımı

Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	Sayı	%
Hiç hoşnut değilim	20	8,5
Çok az hoşnut	57	24,2
Ne hoşnut, ne de değil	73	30,9
Epeyce hoşnut	73	30,9
Çok hoşnut	13	5,5
Toplam	236	100,0

Araştırma Grubunun % 36.4’ü uykusundan hoşnut olduğunu, % 63.6’sı ise hoşnut olmadığını belirtmiştir (ort: 3.178±2.869).

Araştırma grubunun günlük işleri yürütebilme becerisine göre dağılımı Tablo 23’de verilmiştir.

Tablo 23: Araştırma Grubunun Günlük İşlerini Yürütebilme Becerisinden Hoşnut Olma Durumu

Günlük işlerinizi yürütme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Sayı	%
Hiç hoşnut değil	8	3,4
Çok az hoşnut	38	16,1
Ne hoşnut ne de değil	87	36,9
Epeyce hoşnut	86	36,4
Çok hoşnut	17	7,2
Toplam	236	100,0

Araştırma Grubunun % 43.6’sı günlük işlerini yürütebilme becerisinden hoşnut olduğunu, % 56.4’ü ise hoşnut olmadığını belirtmiştir (ort: 3.279±0.935).

Araştırma grubunun iş görme kapasitesine göre dağılımı Tablo 24'te verilmiştir.

Tablo 24: Araştırma Grubunun İş Görme Kapasitesinden Hoşnut Olma Durumu

İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	Sayı	%
Hiç hoşnut değil	1	0,4
Çok az hoşnut	13	5,5
Ne hoşnut, ne de değil	60	25,4
Epeyce hoşnut	133	56,4
Çok hoşnut	29	12,3
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun % 68.7'si iş görme kapasitesinden memnun olduğunu, % 21.3'ü ise memnun olmadığını belirtmiştir (ort: 3.745±0.757).

Araştırma grubunun kendinden hoşnut olma durumuna göre dağılımı Tablo 25'te verilmiştir.

Tablo 25 : Araştırma Grubunun Kendinden Hoşnut Olma Durumu

Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Sayı	%
Hiç hoşnut değil	4	1,7
Çok az hoşnut	16	6,8
Ne hoşnut, ne de değil	55	23,3
Epeyce hoşnut	116	49,2
Çok hoşnut	45	19,1
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun % 68.3'ü kendinden hoşnut olduğunu, % 31.8'i ise hoşnut olmadığını belirtmiştir (ort: 3.771±0.893).

Araştırma grubunun diğer kişilerle ilişkilerinden hoşnut olma durumuna göre dağılımı Tablo 26’da verilmiştir.

Tablo 26 : Araştırma Grubunun Diğer Kişilerle İlişkilerinden Hoşnut Olma Durumu

Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Sayı	%
Hiç hoşnut değil	2	0,8
Çok az hoşnut	12	5,1
Ne hoşnut, ne de değil	64	27,1
Epeyce hoşnut	122	51,7
Çok hoşnut	36	15,3
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun % 67’si diğer kişilerle ilişkilerinden hoşnut olduğunu, % 33’ü ise hoşnut olmadığını belirtmiştir (ort: 3.766±0.784).

Araştırma grubunun cinsel yaşamından hoşnut olma durumuna göre dağılımı Tablo 27 ’de verilmiştir.

Tablo 27: Araştırma Grubunun Cinsel Yaşamından Hoşnut Olma Durumu

Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Sayı	%
Hiç hoşnut değil	21	8,9
Çok az hoşnut	8	3,4
Ne hoşnut, ne de değil	48	20,3
Epeyce hoşnut	61	25,8
Çok hoşnut	21	8,9
Diğer(boş)	77	32,6
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun % 34.7’si cinsel yaşamından hoşnut olduğunu, % 32.6’sı ise hoşnut olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların 1/3’ü soruyu yanıtlamamıştır (ort: 3.280±2.690).

Araştırma grubunun arkadaşlarının desteğinden hoşnut olma durumuna göre dağılımı Tablo 28’ de verilmiştir.

Tablo 28: Araştırma Grubunun Arkadaşlarının Desteğinden Hoşnut Olma Durumu

Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	Sayı	%
Hiç hoşnut değil	3	1,3
Çok az hoşnut	19	8,1
Ne hoşnut, ne de değil	73	30,9
Epeyce hoşnut	115	48,7
Çok hoşnut	26	11,0
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun % 59.7’si arkadaşlarının desteğinden hoşnut olduğunu, % 40.3’ü ise hoşnut olmadığını belirtmiştir (ort: 3.601±0.836).

Araştırma grubunun yaşadığı evin koşullarından hoşnut olma durumuna göre dağılımı Tablo 29’da verilmiştir.

Tablo 29: Araştırma Grubunun Yaşadığı Evin Koşullarından Hoşnut Olma Durumu

Yaşadığımız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	Sayı	%
Hiç hoşnut değil	18	7,6
Çok az hoşnut	19	8,1
Ne hoşnut, ne de değil	61	25,8
Epeyce hoşnut	106	44,9
Çok hoşnut	32	13,6
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun % 58.5’i yaşadığı evin koşullarından hoşnut olduğunu, % 41.5’i ise hoşnut olmadığını belirtmiştir (ort: 3.822±3.828).

Araştırma grubunun sağlık hizmetlerinden hoşnut olma duruma göre dağılımı Tablo 30'da verilmiştir

Tablo 30: Araştırma Grubunun Sağlık Hizmetlerine Ulaşma Koşullarından Hoşnut Olma Durumu

Sağlık hizmetine ulaşma koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	Sayı	%
Hiç hoşnut değil	28	11,9
Çok az hoşnut	44	18,6
Ne hoşnut, ne de değil	89	37,7
Epeyce hoşnut	60	25,4
Çok hoşnut	15	6,4
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun yalnızca % 31.8'i sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarından hoşnut olduğunu, % 68.2'si ise hoşnut olmadığını belirtmiştir (ort:2.957±1.082).

Araştırma grubunun ulaşım olanaklarından hoşnut olma durumuna göre dağılımı Tablo 31'de verilmiştir.

Tablo 31: Araştırma Grubunun Ulaşım Olanaklarından Hoşnut Olma Durumu

Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Sayı	%
Hiç hoşnut değil	12	5,1
Çok az hoşnut	26	11,0
Ne hoşnut, ne de değil	89	37,7
Epeyce hoşnut	84	35,6
Çok hoşnut	25	10,6
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun yalnızca % 46.2'si ulaşım olanaklarından hoşnut olduğunu, % 53.8'si ise hoşnut olmadığını belirtmiştir (ort: 3.521±2.762).

Araştırma grubunun olumsuz duygulara kapılma durumuna göre dağılımı Tablo 32’de verilmiştir.

Tablo 32: Araştırma Grubunun Hangi Sıklıkta Olumsuz Duygulara Kapıldıkları

Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	Sayı	%
Hiçbir zaman	7	3,0
Nadiren	64	27,1
Ara sıra	107	45,3
Çoğunlukla	51	21,6
Her zaman	7	3,0
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun % 69.9’u olumsuz duygulara kapıldığı, % 30.1’i ise olumsuz duygulara kapılmadığını belirtmiştir (ort: 2.944±0.851).

Araştırma grubunun baskı ve kontrollerle ilgili zorluklara göre dağılımı Tablo 33’te verilmiştir.

Tablo 33: Araştırma Grubunun Kendisine Yakın Kişilerle İlişkilerinde Baskı ve Kontrole İlgili Zorlukları

Size yakın kişilerle ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	Sayı	%
Hiç	40	16,9
Çok az	101	42,8
Orta derecede	86	36,4
Çokça	4	1,7
Aşırı derecede	5	2,1
Toplam	236	100,0

Araştırma grubunun % 96.1’i yakın kişilerle ilişkilerinde baskı ve kontrole ilgili zorluklar yaşamadığını belirtmiştir (ort: 2.288±0.851).

Araştırma grubunun genel sağlık durumuna göre dağılımı Tablo 34’te verilmiştir.

Tablo 34: Araştırma Grubunun Yaş Grubuna Göre Genel Olarak Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi

Yaş Grubu	Genel Olarak Sağlığımızı Nasıl Değerlendiriyorsunuz?											
	Çok İyi	%	İyi	%	Orta	%	Kötü	%	Çok Kötü	%	Toplam	%
19-24	4	1,70	22	9,32	13	5,50	2	0,85			41	17,40
25-29	4	1,70	61	25,84	48	20,33	4	1,70	2	0,85	119	50,42
30-34	1	0,42	21	8,90	18	7,62	2	0,85			42	17,80
35-39	1	0,42	10	4,23	11	4,66	2	0,85			24	10,20
40-≤	2	0,85	4	1,70	2	0,85	2	0,85			10	4,23
Toplam	12	5,10	118	50,00	92	39,00	12	5,10	2	0,85	236	100

Tablo 34’e göre; 19-24 yaş arası hemşirelerin %11,02’si (n=26), 25-29 yaş arası hemşirelerin %27,54’ü (n=65), 30-34 yaş arası hemşirelerin %9,32’si (n=22), 35-39 yaş arası hemşirelerin %4,65’i (n=11), 40 yaş ve üzeri hemşirelerin %2,55’i (n=6) genel sağlığını iyi olarak ifade ederken, 19-24 yaş arası hemşirelerin %6,35’i (n=15), 25-29 yaş arası hemşirelerin %22,88’i (n=54), 30-34 yaş arası hemşirelerin %8,47’si (n=20), 35-39 yaş arası hemşirelerin %5,51’i (n=13), 40 yaş ve üzeri hemşirelerin ise %1,7’si (n=4) genel sağlığını iyi olmadığını ifade etmiştir.

Yaş grupları 19-29 ve 30 ve üzeri olarak, genel sağlık değerlendirmesi de iyi ve iyi değil olarak sınıflandırıldığında yaş gruplarına göre genel sağlık durumu açısından fark olmadığı saptandı. ($X^2= 0,64$ p=0,4224).

Araştırma grubunun yaş durumuna göre sağlığından ne kadar hoşnut olma durumlarının dağılımı Tablo 35'te verilmiştir.

Tablo 35: Araştırma Grubunun Yaş Durumuna Göre Sağlığından Hoşnut Olma Durumları

Yaş Grubu	Sağlığınıza Ne Kadar Hoşnutsunuz?											
	Hiç Hoşnut Değil		Çok Az Hoşnut		Ne Hoşnut, Ne de Değil		Epeyce Hoşnut		Çok hoşnut		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
19-24	2	0,85	2	0,85	19	8,00	15	6,35	3	1,30	41	17,40
25-29	1	0,42	18	7,62	57	24,00	41	17,4	2	0,85	119	50,42
30-34	3	1,30	8	3,40	13	5,50	18	7,62			42	17,80
35-39			5	2,10	7	3,00	12	5,10			24	10,23
40-↑	1	0,42	1	0,42	3	1,30	5	2,10			10	4,25
Toplam	7	3,00	34	14,4	99	42,00	91	38,52	5	2,15	236	100

Tablo 35'te 19-24 yaş arası hemşirelerin % 7,65'i (n=18), 25-29 yaş arası hemşirelerin %18,25'i (n=43), 30-34 yaş arası hemşirelerin %7,62'si (n=18), 35-39 yaş arası hemşirelerin %5.10'u (n=12), 40 yaş ve üzeri hemşirelerin %2.10'u (n=5) sağlığından hoşnut olduğunu ifade ederken,19-24 yaş arası hemşirelerin %9,70'i (n=23), 25-29 yaş arası hemşirelerin %32,04'ü (n=43), 30-34 yaş arası hemşirelerin %10,20'si (n=24), 35-39 yaş arası hemşirelerin %5,10'u (n=12), 40 yaş ve üzeri hemşireleri ise %2,14'ü (n=5) sağlığından hoşnut olmadığını ifade etmiştir.

Yaş grupları 0-29 ve 30 ve üzeri olarak, sağlıktan hoşnutluk da hoşnut değil ve diğerleri olarak sınıflandırılarak değerlendirildiğinde yaş gruplarına göre sağlıktan hoşnutluk açısından fark olmadığı saptandı ($X^2 :3.11, p=0.0777$)

Araştırma grubunun yaş grubuna göre yaşam kalitesinin değerlendirilmesi dağılımı

Tablo 36 'da verilmiştir.

Tablo 36: Araştırma Grubunun Yaş Grubuna Göre Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Yaş Grubu	Yaşam Kalitenizi Nasıl Buluyorsunuz?											
	Çok Kötü		Biraz Kötü		Ne İyi, Ne Kötü		Oldukça İyi		Çok İyi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
19-24	1	0,42	4	1,70	30	12,70	6	2,55			41	17,40
25-29	7	3,00	8	3,40	80	33,90	21	8,90	3	1,27	119	50,42
30-34	2	0,84	3	1,30	23	9,75	13	5,50	1	0,42	42	17,80
35-39			2	0,84	17	7,20	4	1,70	1	0,42	24	10,23
40-↑			1	0,42	5	2,11	4	1,70			10	4,25
Toplam	10	4,23	18	7,67	155	65,66	48	20,35	5	2,11	236	100

Tablo 36'da 19-24 yaş arası hemşirelerin %2,55'i (n=6), 25-29 yaş arası hemşirelerin %10,17'si (n=24), 30-34 yaş arası hemşirelerin %5,92'si (n=14), 35-39 yaş arası hemşirelerin %2,12'si (n=5), 40 yaş ve üzeri hemşirelerin ise % 1,70'i (n=4) yaşam kalitesini iyi olarak ifade ederken, 19-24 yaş arası hemşirelerin %14,82'si (n=35), 25-29 yaş arası hemşirelerin %40,3'ü (n=95), 30-34 yaş arası hemşirelerin %11,89'u (n=28), 35-39 yaş arası hemşirelerin %8,05'i (n=19), 40 yaş ve üzeri hemşirelerin ise %2,11'i (n=6) yaşam kalitesinin iyi olmadığını ifade etmiştir.

Yaş grupları 19-29 ve 30 yaş ve üzeri olarak, yaşam kalitesi ise iyi ve iyi değil olarak sınıflandırıldığında, yaşam kalitesi yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde anlamlı bir fark vardır. ($X^2= 3.92$ $p=0,0476$). 19-29 yaş grubu hemşirelerin yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma grubunun eğitim durumuna göre yaşam kalitesinin değerlendirilmesi dağılımı Tablo 37’de verilmiştir.

Tablo 37: Araştırma Grubunun Eğitim Durumuna Göre Yaşam kalitesinin Değerlendirilmesi

Eğitim Durumu	Yaşam Kalitenizi Nasıl Buluyorsunuz?											
	Çok Kötü		Biraz Kötü		Ne İyi, Ne Kötü		Oldukça İyi		Çok İyi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Lise	3	1,27	3	1,27	17	7,20	9	3,80	1	0,42	33	13,97
Ön Lisans	6	2,55	5	2,11	75	31,77	20	8,47	4	1,70	110	46,61
Lisans	1	0,42	10	4,23	61	25,85	17	7,20			89	37,7
Y. Lisans					2	0,85	2	0,85			4	1,70
Toplam	10	4,24	18	7,61	155	65,67	48	20,32	5	2,12	236	100

Tablo 37’de bulunan bulgulara göre hemşirelerin eğitim durumlarına göre yaşam kaliteleri incelendiğinde; lise mezun olan hemşirelerin %4,23’ü (n=10), ön lisans mezunu olan hemşirelerin %10,17’si (n=25), lisans mezun olan hemşirelerin %7,20’si (n=17), yüksek lisans mezun olan hemşirelerin ise %0,85’i (n=2) yaşam kalitelerini iyi olarak ifade ederken, lise mezunu olan hemşirelerin %9,74’ü (N=23), ön lisans mezunu olan hemşirelerin %36,43’ü (n=86), lisans mezunu olan hemşirelerin %30,5’i (n=72), yüksek lisans mezunu olan hemşirelerin %0,85’i (n=2) yaşam kalitelerinin iyi olmadığını ifade etmiştir.

Eğitim durumu lise ve üniversite, yaşam kalitesi ise iyi ve iyi değil olarak sınıflandırılarak değerlendirildiğinde, eğitim durumuna göre yaşam kalitesi açısından fark olmadığı saptanmıştır. ($X^2= 1,36$ p= 0,2442).

Araştırma grubunun sağlık güvencesine göre sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarından hoşnutluğuna göre dağılımı Tablo 38’de verilmiştir.

Tablo 38: Araştırma Grubunun Sağlık Güvencesine Göre Sağlık hizmetlerine Ulaşma Koşullarından Hoşnut Olma Durumu

Sağlık güvencesi	Sağlık Hizmetlerine Ulaşma Koşullarından Ne Kadar Hoşnutsunuz?											
	Hiç Hoşnut Değil		Çok Az Hoşnut		Ne Hoşnut, Ne de değil		Epeyce Hoşnut		Çok Hoşnut		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
SSK	20	8,47	30	12,7	35	14,83	9	3,8	2	0,85	96	40,66
ES	8	3,40	14	5,93	54	22,88	51	21,6	13	5,50	140	59,32
Toplam	28	11,9	44	18,6	89	37,7	60	25,4	15	6,35	236	100

Tablo 38’de sağlık güvencesi SSK olan hemşirelerin %4,6’sı (n=11),ES olan hemşirelerin ise % 27,1’i (n=64) sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarından hoşnut olduğunu, SSK’lı hemşirelerin % 36,00’ı (n=85), ES’na bağlı hemşirelerin ise % 32,21’i (n=76) hoşnut olmadığını ifade etmiştir.

Sağlık güvencesi SSK ve ES olarak, sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarındaki hoşnutluk hoşnut ve hoşnut değil olarak sınıflandırılıp değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerine ulaşmada ES mensubu olma ile SSK mensubu olma açısından fark anlamlıdır ($X^2: 30.82, p=.0.0000$). ES mensubu olanlar sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarından daha hoşnuttur.

Araştırma grubunun sağlık güvencesine göre gereksinimlerini karşılamak için sahip olduğu yeterli para durumuna göre dağılımı Tablo 39’da verilmiştir.

Tablo 39: Araştırma Grubunun Sağlık Güvencesine Göre Gereksinimlerini Karşılamak için Yeterli Para Durumu

Sağlık güvencesi	Gereksinimlerinizi Karşılamak İçin Yeterli Paranız Var mı?											
	Hiç		Çok Az		Orta Derecede		Çokça		Tamamen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
SSK	6	2,55	19	8,05	56	23,70	12	5,08	3	1,30	96	40,70
ES	4	1,70	25	10,60	80	33,90	19	8,05	12	5,08	140	59,33
Toplam	10	4,25	44	18,65	136	57,60	31	13,13	15	6,38	236	100

Tablo 39’da sağlık güvencesi SSK olan hemşirelerin %6,38’i (n=15), EMS olan hemşirelerin ise %13,13’ü (n=31) gereksinimlerini karşılamak için yeterli paraya sahip olduklarını ifade ederken, SSK’lı hemşirelerin % 34,3’ü (n=81), ES’ na bağlı hemşirelerin ise % 46,2’si (n=109) yeterli paraya sahip olmadıklarını ifade etmiştir.

Sağlık güvencesi SSK ve ES olarak, gereksinimlerini karşılamak için yeterli paraya sahip olma durumu da sahip ve sahip değil olarak sınıflandırıldığında, yeterli para durumu ES mensubuna sahip olma ile SSK mensubu olma açısından anlamlı bir fark yoktur. ($X^2= 1,54$ $p=0,2143$)

Araştırma grubunun medeni durumuna göre yaşam kalitesinin değerlendirilmesi durumunun dağılımı Tablo 40'ta verilmiştir.

Tablo 40: Araştırma Grubunun Medeni Durumuna Göre Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Medeni Durum	Yaşam Kalitenizi Nasıl Buluyorsunuz?											
	Çok Kötü		Biraz Kötü		Ne iyi, Ne Kötü		Oldukça İyi		Çok İyi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evli	5	2,11	6	2,55	71	30,08	33	14,00	4	1,70	119	50,44
Bekar	5	2,11	10	4,24	76	32,20	15	6,35	1	0,42	107	45,32
Dul					3	1,30					3	1,30
Boşanmış			2	0,85	5	2,11					7	3,00
Toplam	10	4,22	18	7,64	155	65,69	48	20,35	5	2,12	236	100

Tablo 40'de medeni duruma göre hemşirelerin yaşam kaliteleri incelendiğinde evli olan hemşirelerin %15,70'i (n=37), bekar olanların ise %6,77'si (n=16) yaşam kalitelerinin iyi olduğunu, evli olanların %34,74'ü (n=82), bekar olan hemşirelerin ise %38,55'i (n=92) iyi olmadığını ifade etmiştir.

Medeni durum evli ve evli değil olarak, yaşam kalitesi ise iyi ve iyi değil olarak sınıflandırılıp değerlendirildiğinde, yaşam kalitesi değerlendirilmesinde, evli olma ile evli olmama açısından fark anlamlıdır ($X^2= 7,412$ p=0,0000).

Araştırma grubunun medeni durumuna göre gereksinimlerini karşılamak için sahip olduğu yeterli para durumuna göre dağılımı Tablo 41’de verilmiştir.

Tablo 41: Araştırma Grubunun Medeni Durumuna Göre Gereksinimlerini Karşılamak İçin Yeterli Para Durumu

Medeni Durum	Gereksinimlerinizi Karşılamak İçin Yeterli Paranız Var mı?											
	Hiç		Çok Az		Orta Derecede		Çokça		Tamamen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evli	4	1,70	18	7,62	68	28,80	19	8,05	10	4,23	119	50,40
Bekar	6	2,55	21	8,90	63	26,70	12	5,08	5	2,11	107	45,35
Dul					3	1,30					3	1,30
Boşanmış			5	2,10	2	0,85					7	3,00
Toplam	10	4,25	44	18,62	136	57,65	31	13,13	15	6,34	236	100

Tablo 41’de hemşirelerin medeni durumlarına göre gereksinimlerini karşılamak için yeterli para durumları incelendiğinde evli olan hemşirelerin %12,28’i (n=29), bekar olanların ise %7,19’u (n=17) gereksinimlerini karşılamak için yeterli paralarının olduğunu, evli olanların %38,12’si (n=90), bekar olan hemşirelerin ise %38,15’i (n=90) paralarının yeterli olmadığını ifade etmiştir.

Medeni durum evli ve evli değil olarak, gereksinimlerini karşılamak için yeterli para durumu ise yeterli paraya sahip ve sahip değil olarak sınıflandırılıp değerlendirildiğinde, gereksinimlerini karşılamak için sahip olunan yeterli para durumunun evli olma ve evli olmama açısından bir fark olmadığı saptanmıştır. ($X^2= 3,64$ $p= 0,0564$)

Araştırma grubunun hemşire olarak toplam çalışma yılına göre yaşam kalitesinin değerlendirilmesi Tablo 42’de verilmiştir.

Tablo 42: Araştırma Grubunun Hemşire Olarak Toplam Çalışma Yılına Göre Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Hemşire Olarak Toplam Çalışma Süresi	Yaşam Kalitenizi Nasıl Buluyorsunuz?											
	Çok Kötü		Biraz Kötü		Ne İyi, Ne		Oldukça İyi		Çok iyi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-9 yıl	9	3,80	13	5,50	112	4,75	24	10,16	2	0,85	160	67,70
10-↑	1	0,42	5	2,11	43	18,22	24	10,16	3	1,30	76	32,20
Toplam	10	4,22	18	7,61	155	65,67	48	20,32	5	2,15	236	100,00

Tablo 42’de hemşire olarak toplam çalışma yılına göre yaşam kalitesi incelendiğinde; 0-9 yıl çalışan hemşirelerin %11,01’i (n=26), 10 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin %11,46’sı (n=27) yaşam kalitesini iyi olarak ifade ederken, 0-9 yıl çalışan hemşirelerin %56,75’i (n=134), 10 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin %20,75’i (n=49) iyi olmadığını ifade etmiştir.

Hemşire olarak toplam çalışma yılı 0-9 ve 10 yıl ve üzeri olarak, yaşam kalitesi değerlendirmesi ise iyi ve iyi değil olarak sınıflandırılıp değerlendirildiğinde, yaşam kalitesi değerlendirmesi; çalışma yılının 10 yılın altında ve 10 yılın üzerinde olma açısından anlamlı bir fark vardır ($X^2=10,99$ p=0,000).

Araştırma grubunun hemşire olarak toplam çalışma yılına göre genel sağlık durumunun değerlendirilmesi Tablo 43'te verilmiştir.

Tablo 43: Araştırma Grubunun Hemşire Olarak Toplam Çalışma Yılına Göre Genel Olarak Sağlık Durumu

Hemşire Olarak Toplam Çalışma Süresi	Genel Olarak Sağlığınızı Nasıl Değerlendiriyorsunuz?											
	Çok İyi		İyi		Orta		Kötü		Çok Kötü		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-9 yıl	8	3,40	81	34,30	63	26,70	6	2,55	2	0,85	160	67,80
10-↑	4	1,70	37	15,70	29	12,30	6	2,55			76	32,20
Toplam	12	5,10	118	50,00	92	49,00	12	5,10	2	0,85	236	100

Tablo 43'te 0-9 yıl çalışan hemşirelerin %37,70'i (n=89), 10 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin %17,40'ı (n=41) genel sağlık durumlarının iyi olarak ifade etmişlerdir. 0-9 yıl çalışan hemşirelerin %30,1'i (n=71), 10 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin ise %14,85'i (n=35) iyi olmadığını belirtmişlerdir.

Hemşire olarak toplam çalışma yılı 0-9 yıl ve 10 yıl ve üzeri olarak, genel sağlık değerlendirmesi de iyi ve iyi değil olarak sınıflandırılıp değerlendirildiğinde, hemşire olarak çalışma yılının genel sağlık değerlendirilmesi açısından fark olmadığını saptanmıştır ($X^2=0,06$ p=0,087)

Araştırma grubunun nöbet tutma durumuna göre yaşam kalitesinin değerlendirilmesi Tablo 44'te verilmiştir.

Tablo 44: Araştırma Grubunun Çalıştığı Birimde Nöbet Tutma Durumuna Göre Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Nöbet Tutma durumu	Yaşam Kalitenizi Nasıl Buluyorsunuz?											
	Çok Kötü		Biraz Kötü		Ne iyi, Ne Kötü		Oldukça İyi		Çok İyi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	9	3,80	14	5,93	114	48,30	27	11,45	4	1,70	168	71,20
Hayır	1	0,42	4	1,70	41	17,40	21	8,90	1	0,42	68	28,80
Toplam	10	4,22	18	7,63	155	35,70	48	20,35	5	2,12	236	100

Tablo 44'te hemşirelerin çalıştığı birimde nöbet tutma durumlarına göre yaşam kaliteleri incelendiğinde; nöbet tutan hemşirelerin %13,15'i (n=31), tutmayan hemşirelerin ise %9,32'si (n=22) yaşam kalitelerinin iyi olduğunu belirtmişlerdir. Nöbet tutan hemşirelerin %58,03'ü (n=137), tutmayan hemşirelerin ise %19,52'si (n=46) yaşam kalitelerinin iyi olmadığını belirtmişlerdir.

Nöbet tutma durumu evet ve hayır olarak, yaşam kalitesi değerlendirmesi ise iyi ve iyi değil olarak sınıflandırılıp değerlendirildiğinde yaşam kalitesi değerlendirilmesinin nöbet tutma açısından anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. ($X^2=5,37$ p=0,0204)

Araştırma grubunun nöbet tutma durumunun uyku durumunun hoşnutluğunu etkilemesine göre dağılımı Tablo 45'te verilmiştir.

Tablo 45: Araştırma Grubunun Çalıştığı Birimde Nöbet Tutma Durumuna Göre Uyku Durumundan Ne Kadar Hoşnut Olduğunun Değerlendirilmesi

Nöbet Tutma durumu	Uykunuzdan Ne kadar Hoşnutsunuz?													
	Hiç Hoşnut Değil		Çok Hoşnut		Az		Ne Hoşnut Ne de Değil		Epeyce Hoşnut		Çok Hoşnut		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	15	6,35	46	19,50	57	24,15	43	18,20	7	2,96	168	71,20		
Hayır	5	2,10	11	4,66	16	6,80	30	12,70	6	2,55	68	28,80		
Toplam	20	8,45	57	24,16	73	30,95	73	30,90	13	5,50	236	100		

Tablo 45'te nöbet tutan hemşirelerin %21,16'sı (n=50), nöbet tutmayan hemşirelerin ise %15,25'i (n=36) uykularından hoşnut olduğunu ifade ederken, nöbet tutan hemşirelerin %50,00'ı (n=118), nöbet tutmayan hemşirelerin ise %13,56'sı (n=32) hoşnut olmadığını ifade etmiştir.

Nöbet tutma durumu evet ve hayır olarak, uykunuzdan hoşnut olma durumu ise hoşnut, hoşnut değil olarak sınıflandırılıp değerlendirildiğinde, nöbet tutmanın uyku hoşnutluğunu anlamlı bir şekilde etkilediği saptanmıştır ($X^2= 6,39$ $p=0,0114$).

WHOQOL BREF YAŞAM KALİTESİ ALAN DEĞERLENDİRMELERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Katılımcıların bildirimlerindeki değerlerin Yaşam Kalitesi Alanlarına göre ortalama değerleri aşağıdadır (Likert tipi skalada, 1; en kötüyü, 5; en iyiyi belirtmekteydi):

Fiziksel Alan: ortalama: 3.51±0.98

Psikolojik Alan: ortalama 3.40±1.00

Sosyal İlişkiler Alanı: ortalama: 3.57±1.56

Çevresel Alan: 3.12±0.96

Tablo 46: Araştırma Grubunun Bağımsız Değişkenlere Göre Yaşam Kalitesi Alanları Açısından Korelasyon Analizi Sonuçları

	Yaş	Medeni Durum	Eğitim Durumu	Sağlık Güvencesi	Çalışma Yılı	Para Durumu	Nöbet Tutma Durumu
Fiziksel Alan	P=0.048	P=0.548	P=0.031	P=0.243	P=0.048	P=0.000	P=0.063
Psikolojik Alan	P=0.008	P=0.534	P=0.001	P=0.060	P=0.008	P=0.000	P=0.985
Sosyal İlişkiler Alanı	P=0.906	P=0.001	P=0.993	P=0.119	P=0.829	P=0.000	P=0.430
Çevresel Alan	P=0.000	P=0.027	P=0.116	P=0.001	P=0.001	P=0.000	P=0.004

Yaş ortalaması azaldıkça; fiziksel ve psikolojik alanın daha iyi olarak değerlendirildiği, sosyal ilişkiler ve çevresel alan değerlendirilmesinde ise; fark olmadığı ortaya çıkmıştır.

Medeni durumu bekar olan hemşirelerin, sosyal ilişkiler ve çevresel alanını daha iyi olarak değerlendirmiştir. Fiziksel ve psikolojik alan değerlendirilmesinde ise evli ve bekar hemşireler arasında fark olmadığı ortaya çıkmıştır.

Eğitim seviyesi yükseldikçe, fiziksel ve psikolojik alan daha iyi olarak değerlendirilmiştir.

Sosyal ilişkiler ve çevresel alanda ise fark olmadığı ortaya çıkmıştır.

Sağlık güvencesi ES olan hemşireler çevresel alanlarını daha iyi olarak değerlendirmişlerdir. Fiziksel, psikolojik ve sosyal ilişkiler alanlarında ise SSK ve ES mensubu hemşireler arasında fark olmadığı ortaya çıkmıştır.

Çalışma yılı azaldıkça, fiziksel, psikolojik ve çevresel alanların daha iyi olarak değerlendirildiği fakat sosyal ilişkiler alanın da bir fark olmadığı ortaya çıkmıştır.

Gereksinimlerini karşılamak için yeterli para varlığı durumu arttığa, fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevresel alanlarda farklılık ortaya çıkmıştır.

Nöbet tutan hemşireler çevresel alanlarını daha iyi olarak değerlendirmiştir. Fiziksel, sosyal ilişkiler ve çevresel alan değerlendirilmelerinde ise bir fark olmadığı ortaya çıkmıştır.

TARTIŞMA

Hemşirenin sağlıklı olması gerek fiziksel, gerek psikolojik, gerekse ekonomik sorunların olmaması ailesi ve çevresi ile iyi ilişkiler içinde olması özel yaşamından ve işinden memnun olduğunu başka bir deyişle yaşam kalitesinin iyi olduğunu gösterir. (24).

Yaşam kalitesi ile ilgili araştırmacılara göre yaşam kalitesi göstergeleri bireye ve çevresine bağlı olarak değişmekte olup genel olarak fiziksel, sosyo-ekonomik, psikolojik ve aile durumunu belirleyen göstergeler olmak üzere dört grupta toplanmakta ve değişik alt sorularla incelenmektedir. Yaşam kalitesinden söz edilebilmesi için bütün bu parametrelerin tümünde kişinin yeterli memnuniyet ifadeleri gerekmektedir. Kişinin yaşam kalitesi bir başka deyişle yaşamdan doyum bulmasıdır. Genel olarak yaşam kalitesi iyi olan, yaşamından memnun ve hoşnut olan bir kişi yaptığı işten, görevden mutluluk duyar, diğer yandan bu durum kişinin iş performansını yükseltir ve yapılan iş çok daha başarılı olur. Bu durum hemşirelik mesleğine özelleştirildiğinde ise yaşam kalitesi iyi olan hemşirenin daha kaliteli bakım vermesinin beklenmesi doğal bir süreçtir (24,25).

Esen ve ark.'nın '2000 Yılına Yaklaşırken Hemşirelerin Yaşam Kalitesine Bir Bakış' adlı çalışmasında araştırma kapsamındaki hemşirelerin bazı sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; %34'ünün 20 yaş üzeri, %51'inin ön lisans, %53.9'unun evli, %25.5'inin bir çocuk sahibi olduğu, hemşirelerin en fazla oranla; %34'ünün 1-5 yıl süreyle hemşirelik yaptığı, sadece %26,9'un 1-3 nöbet/ay nöbet tuttukları, %72,6'sının haftalık çalışma durumunun 40-44 saat olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin %46,5'i yaşam kalitesini orta, %32'si ise kötü, %6,81'i ise iyi olarak değerlendirmiştir.

Çalışmamızda ise hemşirelerin % 17.4'ünün 24 yaşın altında olduğu, %50.4'ünün evli, %46.6'sının ön lisans, %38.2'sinin çocuk sahibi olduğu, %42.3'ünün

çalışma yılının 5 yılın altında olduğu, %70.8'inin nöbet tuttuğu belirtilmiştir. Aynı çalışmamızda hemşirelerin %22.4'ünün yaşam kalitesini iyi, %77.5'inin ise iyi olmadığı değerlendirilmiştir. Yaşam kalitesinin değerlendirmesi bakımından çalışmalarımız benzerdir (24,26).

Avcı ve Pala'nın Uludağ Üniversitesi'nde çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi' adlı çalışmasında ise yaşam kalitesini çok iyi olarak değerlendiren araştırma görevlisi oranı %2.2'dir. Bizim çalışmamızda ise bu oran %2.11'dir. Yine aynı çalışmada araştırmaya katılanlara algıladıkları genel sağlık durumu sorulduğunda, %13.2'si çok hoşnut olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızdaki hemşire grubunun ise %5.10'u çok hoşnut olduğunu belirtmiştir. Aynı ortamlarda çalışıp farklı işleri yapan iki meslek grubunda da görüldüğü gibi yaşam kalitesi ve genel sağlık algısı benzerlik göstermektedir. Bu durumu farklı meslek grupları olmalarına rağmen aynı ortamlarda, aynı yoğunlukta ve nöbet sisteminde çalışmalarına bağlıyabiliriz (1).

Genel sağlık durumu değerlendirilmesinde 19-29 yaş ve 30 yaş ve üzeri grubun arasında istatistiksel olarak fark olmadığı görülmüştür. Bu durum aynı şartlar altında çalışan hemşirelerin genel sağlığını yaş durumunun etkilemediğini göstermiştir.

Yine 19-29 ve 30 yaş ve üzeri yaş grubunun sağlık durumundan hoşnutluğunu etkilemediği görülmüştür. İki yaş grubu arasında istatistiksel olarak fark olmadığı görülmüştür.

Yaşam kalitesi değerlendirilmesinde ise 19-29 ve 30 yaş ve üzeri yaş grubunda istatistiksel olarak fark olduğu saptanmıştır. Genel sağlık durumu ve sağlık durumundan hoşnutluk değerlendirilmelerinde fark olmaması yaşam kalitesinin sadece sağlık ile ilgili olmadığı konusunda düşündürmüştür.

Yaşam kalitesi değerlendirmesinde eğitim durumu lise ve üniversite olarak sınıflandırıldığında istatistiksel olarak fark gözlenmemiştir. Eğitim seviyesinin yaşam kalitesini etkilememesi sonucu dikkat çekicidir.

Sağlık hizmetlerine ulaşmada SSK mensupları ile Emekli sandığı mensupları arasındaki fark, aynı işyerinde, aynı işi yapmakta olanların sağlık hizmeti

gereksinimlerini karşılamadaki farkı göstermesi açısından dikkat çekicidir.

Gereksinimlerini karşılamak için yeterli para durumunda SSK mensubu hemşireler ile EMS mensubu hemşireler arasında fark olmadığı görülmüştür. Aylık gelir konusunda iki grup arasında fark olmasına rağmen bu sonucun çıkması düşündürücüdür.

Yaşam kalitesi değerlendirmesinde evli olma ile evli olmama arasındaki fark, aynı işyerinde, aynı işi yapmakta olan evli hemşirelerin daha büyük sorumluluklar altına girdiği konusunda bizi düşündürmüştür.

Gereksinimlerini karşılamak için yeterli para durumu değerlendirmesinde evli olma ile evli olmama arasında fark olmadığı gözlenmiştir.

Hemşire olarak toplam çalışma yılının yaşam kalitesini anlamlı ölçüde etkilediği gözlenmiştir. Çalışma yılını 0-9 yıl ve 10 yıl ve üzeri olarak sınıflandırdığımızda istatistiksel olarak fark olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin hem yoğun iş temposuna sahip olmaları hem de sosyal olarak kendilerine ve ailelerine vakit ayıramamalarının bu sonucu etkilediği konusunda bizi düşündürmüştür.

Genel sağlık durumu değerlendirmesinde ise hemşire olarak toplam çalışma yılını 0-9 yıl ve 10 yıl ve üzeri olarak sınıflandırdığımızda istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır. Bu durum bize yine yaşam kalitesi tanımını düşünmemize neden olmuştur. Yaşam kalitesinin kapsamında, insanların fiziksel fonksiyonları, psikolojik durumları, aile içinde ve dışındaki sosyal ilişkileri, çevreyle etkileşimleri ve inançları vardır. Çalışma yılının genel sağlığı etkilemediği fakat yaşam kalitesini etkilediği sonuçları ortaya çıkmıştır. Bu durumda yine hemşirelerin yoğun iş temposu konusunda bizi düşündürmüştür.

Yaşam kalitesi değerlendirmesinde, nöbet tutan ve nöbet tutmayan hemşireler arasındaki fark nöbet tutmanın yaşam kalitesini anlamlı ölçüde etkilediğini saptamamıza neden olmuştur. Nöbet sırasında sorumluluğun daha fazla olması, uykusuzluk problemi, aile ortamında bulunamama gibi nedenlerin yaşam kalitesinin etkilenmesine neden olabilir.

Uyku durumundan hoşnutlukta nöbet tutan ve nöbet tutmayan hemşireler arasındaki fark nöbet tutmanın uyku durumunu anlamlı ölçüde etkilediğini göstermiştir. Nöbet saatlerinin uzun süre olması ve uykusuzluk problemlerinin bu sonucu ortaya çıkarabileceği konusunda bizi düşündürmüştür.

SONUÇ

Çalışmamızda Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde görev yapan hemşirelerin yaşam kalitesini ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi konusu ele alınmıştır.

Çalışmamızda hemşirelerin %39.4'ü lisans ve üstü mezunudur. %50.4'ü evli, %38.2'si çocuk sahibi, %40.7'si SSK, %59.3'ü ise EMS bağlı olarak çalışmakta idi. %49.4'ü dahiliye, %21.5'i yoğun bakım üniteleri, %28.3'ü ise cerrahi servislerinde görev yapıyor. %32.1'i 10 yıldan fazla çalışıyor. %70.8'i çalıştığı birimde nöbet tutuyor. %55.1'i genel sağlık durumunu iyi olarak değerlendiriyor, %77.5'i ise yaşam kalitesinin iyi olmadığını bildirmiştir. %55.1'i günlük yaşamında kendisini güvende hissetmediğini belirtmiştir. %89'u boş zamanlarını değerlendirmek için yeterli fırsatı olmadığını, %63.6'sı ise uyku düzeninden hoşnut olmadığını belirtmiştir. %68.2'si de sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarından hoşnut olmadığını bildirmiştir.

Genel sağlık durumu değerlendirmesinde yaş grupları 19-29 ve 30 yaş ve üzeri olarak sınıflandırıldığında fark olmadığı gözlenmiştir.

Yaşam kalitesi değerlendirilmesinde yaş ortalaması 19-29 ve 30 yaş ve üzeri olarak sınıflandırıldığında ise anlamlı bir fark bulunmuştur.

Sağlık güvencesi EMS olan hemşirelerin sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarından daha hoşnut olduğu görülmektedir. Sağlık güvencesi SSK olan hemşirelerin de çalıştıkları hastanede sağlık olanaklarından daha rahat bir şekilde faydalanmalarını sağlamanın bu sorunu azaltabileceğini düşünüyoruz. Sağlık hizmetlerine ulaşmada SSK mensupları ile Emekli sandığı mensupları arasındaki fark giderilmelidir.

Sağlık güvencesi EMS olan hemşireler ile SSK olan hemşireler arasında gereksinimlerini karşılamak için sahip oldukları para durumu için istatistiksel olarak bir fark görülmemiştir.

Çalışan hemşirelerin yaşam kaliteleri incelendiğinde evli olan hemşirelerin yaşam

kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu durumunda evli olanların daha fazla sorumluluk altında olmaları konusunu dűşündürebilir.

Çalışma yılı 10 yılın üzerinde ve altında olan hemşirelerin yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde farkın çok yüksek olmadığı gözlenmiştir. Bu durumda yaşam kalitesini sadece çalışma ortamı ve yılı ile değerlendirmememiz gerektiğini ortaya koymuştur.

Çalıştıkları birimde nöbet tutan hemşireler yaşam kalitelerinin iyi olmadığını bildirmişlerdir. Yine nöbet tutan hemşirelerin nöbet tutmayan hemşirelere göre uyku düzeninden daha az hoşnut olduklarını bildirmişlerdir. Çalışan birimlerde hemşire sayısının arttırılarak nöbet sayısının en aza indirgenmesi ile bu sonuçların olumlu yönde etkileneceği kanısındayız.

Araştırma grubumuzdaki hemşirelerin yarısı (%55.1'i) genel sağlık durumun iyi olarak değerlendirmiştir. Yine çalışmamıza katılan hemşirelerin yarısı sağlığından hoşnut olduğunu belirtmiştir. Hemşireler sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirirken, yaşam kalitelerinin iyi olmadığını belirtmişlerdir. Yaşam kalitesi göstergeleri bireye ve çevresine bağlı olarak değişmekte olup genel olarak fiziksel, sosyo-ekonomik, psikolojik ve aile durumunu belirleyen göstergeler olmak üzere dört grupta toplanmaktadır. Yaşam kalitesinden söz edilebilmesi için bütün bu parametrelerin tümünde kişinin yeterli memnuniyet ifadeleri gerekmektedir. Yaşam kalitesi iyi olan hemşirelerin yaptığı işten ve görevden daha çok mutluluk duyacağı, buna bağlı olarak iş performansının daha da yükseleceği ve daha başarılı olacağı kanaatindeyiz.

Hemřirelerin büyük bir kısmı (89.3'ü) ağrılarının yapması gerekenleri engellediğini belirtmiştir. Bu durum özellikle nöbet sistemi ile çalışan hemşirelerin iř gücü kaybına neden olabileceğini dűşündürmüřtür.

Hemşirelerin büyük bir kısmı çalıştıkları ortamı (fiziksel çevre) sağlıklı bulmadıklarını belirtmişlerdir. (hijyen, işıklandırma, kimyasal atık, vs.)

Hemşirelerin gerek özel ilgi ve uğraşlarına gerekse mesleki bilgi ve aktivitelere yeterince zaman ayıramadıkları saptanmıştır.

ÖNERİLER

Yukarıdaki sonuçlar ışığında ;

Hemşirelerin yaşam kalitelerinin artırılmasının hem günlük yaşamlarında hem de iş ortamında olumlu bir adım olacağı düşünülmüş ve bu bağlamda;

- Hemşirelerin bakmakla sorumlu oldukları hasta sayılarının azaltılmalıdır.
- Haftalık/aylık nöbet sayısının azaltılması gerekir. Çalışan sayısının artırılarak bu sorun giderilebilir.
- İş ortamlarının hem sağlık hem de çalışma ortamı olarak en elverişli hale getirilmelidir.
- Hemşirelerin ekonomik durumları iyileştirilmelidir.
- Sağlık hizmetlerine ulaşmada kolaylaştırıcı önlemler alınmalıdır. SSK sağlık güvencesi ile çalışan hemşirelerin de hastane olanaklarından daha kolay yararlanabilmelerinin sağlanmalıdır.
- Hastane ortamına ulaşım daha rahat olması sağlanmalıdır.
- Hem günlük hem de mesleki bilgilere ulaşabilmeleri için gerekli imkanların sağlanması gerekir. Çalışma ortamında internet, dergi gibi haberleşme araçlarının kullanımı artırılabilir ya da seminer, kongre gibi toplu etkinliklere katılım sağlanmalıdır.
- Hastane içi sosyal faaliyetler artırılmalıdır (hizmet içi eğitim,internet vs.).

ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam kalitesi, bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, ilgi alanları ve yaşam standartları doğrultusunda hayattaki pozisyonları nasıl algıladıklarıdır. Hemşireler yoğun çalışma temposu ve bununla beraber yürütmek zorunda oldukları sağlıklarını koruma, arkadaşlık, aile ilişkileri ve benzeri konularda fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak yük altına girmektedir. Çalışma Trakya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesini ve sağlığını ve bunları etkileyen faktörleri saptamak amacı ile yapıldı. Çalışan 350 hemşireden 236'sına ulaşıldı. Çalışma tanımlayıcı, kesitsel ve çözümleyici bir araştırmadır. Yüz yüze görüşme tekniği ile iki bölümden oluşan bir anket uygulandı. Anketin ilk bölümü 15 soruluk sosyo-demografik özellikleri içeren sorulardan, ikinci bölümü ise DSÖ tarafından hazırlanan 27 sorudan oluşan WHOQOL-BREF ölçeğinden oluşmaktadır.

Yapılan araştırmada hemşirelerin %22.4'ü yaşam kalitesini iyi olarak değerlendirirken, %40.7'si sağlığından hoşnuttur. Hemşirelerin %67.7'sinin çalışma süresi 10 yıldan azdır. Hemşirelerin %40.7'sinin sağlık güvencesi SSK, % 59.3'ünün ise ES'dir. Sağlık güvencesi SSK olan hemşirelerin %4.6'sı, ES olan hemşirelerin ise %27.1'i sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarından hoşnuttur. Hemşirelerin %50.4'ü evlidir. %39.4'ünün eğitim düzeyi lisans ve üstüdür. Hemşirelerin %70.8'i nöbet tutuyor. Nöbet tutan hemşirelerin %13.15'i yaşam kalitesini iyi olarak değerlendirmiştir. Yaş 19-29 ve 30 yaş ve üzeri olarak sınıflandırılarak yaşam kalitesi değerlendirildiğinde yaş grupları arasında fark saptanmıştır. Yaşam kalitesi medeni duruma göre incelendiğinde ise evli olan hemşireler ile evli olmayan hemşireler arasında istatistiksel olarak fark görülmüştür. Sağlık güvencesi SSK olan hemşireler ile EMS olan hemşirelerin sağlık hizmetlerine ulaşmadaki hoşnutluk durumu arasında da fark olduğu saptanmıştır. Hemşire olarak toplam çalışma yılı ile yaşam kalitesi değerlendirildiğinde anlamlı bir fark bulunmuştur. Sonuç olarak; hemşirelerin yaşam kalitelerinin

arttırılmasının hem günlük yaşamlarında hem de iş ortamında olumlu bir adım olacağı düşünülmüş ve bu bağlamda özellikle iş ortamında yapılacak olan düzeltmelerin bu sorunları giderebileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Algılanan Sağlık, Yaşam Kalitesi, WHOQOL-BREF, Edirne

SUMMARY

Life quality according to World Health Organisation is how the individuals that live in the own culture and worths system perceive position of life in direction of living standarts, hobbies, expectations and aims. Nurses are forced physically, socially and psychologically because of hard working situation, saving health, friendship and family interaction and like other subjects. The aim of this study to detect living standart and health status of nurses that working in Trakya University Hospital and also to detect what factors effect these. 236 ones of 350 working nurses were reached. This study is definitive, cross-sectional and analytic. A questionnaire that consist of two parts was applied with face to face technique. First part of questionnaire has 15 questions that related to socio-demographic features. Second part of questionnaire was formed WHOQOL-BREF scale that contained 27 questions created by WHO.

In this study, 40.7 % of nurses were pleasure for health while 22.4 % of them to evaluate their life quality were good. Total working time of 67.7 % of nurses were lower than 10 years. 40.7 % of nurses health insuarence were Social Security Instution, 59.3 % of them were Pension Fund. 4.6 % of nurses that had Social Security Instution and 27.1 % of nurses that had Pension Fund were pleasure as to reach health service. 50.4 % of nurses were married. 39.4 % nurses education level were licience and high. 70.8 % of nurses took duty. 13.15 % of nurses that had duty to evaluate their quality of life were good. The differrence was detected for evaluating the quality of life of age group when they grouped as 19-29 years old and 30 and more. The difference between married nurses and single was found for evaluating their life quality as marital status. In addition, there was difference between nurses with Social Security Instution and nurses with Pension Fund for evaluating about satisfaction to reach health servise. There was significantly a difference for evaluating life quality and total working years of nurses. In

conclusion, it was considered that increasing the life quality of nurses could create a positive step both their daily life and working field. Moreover, it was considered that especially to improve in working field could ceased these problems.

Key Words: Nurse, percieving health, quality of life, WHOQOL-BREF, Edirne

KAYNAKLAR

- 1- Avcı K., Pala K., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Bursa <http://www.uludağ.edu.tr/> Erişim Tarihi: 05.03.2006
- 2- Ay S., Güngör N., Özbaşaran F. Manisa İl Merkez'inde Sağlık Ocaklarında Çalışan Personelin Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Sosyo-Demografik Faktörler, Manisa <http://www.bayar.edu.tr/> Erişim Tarihi: 10.03.2006
- 3- Öztekin Z., Üner S. Hacettepe Üniversitesi Tıp, Diş Hekimliği ve Eczacılık Fakülteleri 3. Sınıf Öğrencilerinin WHOQOL-BREF Ölçeği İle Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi (Ekim-2005) <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/>
- 4- Talas S. Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Hizmetleri. <http://www.sabem.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 05.10.2005
- 5- Akbulut Z., Esen A., Hemşirelik Hizmetlerinde Olmazsa Olmaz kavramı, yaşam Kalitesi, İzmir <http://www.halksagligi.org/> Erişim Tarihi: 27.02.2006
- 6- Çoban İ., Çağdaş Hemşire İş Tanımı Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Hemşirelerinin Benimseme ve Uygulama Durumu, İstanbul (tez), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1999
- 7- Özcan N., Farklı Coğrafik Bölgelerde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Sorunlarının ve Bunların Davranışlarına Olan Etkilerinin Araştırılması (tez), İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 1996
- 8- Öz F. Hemşire – Hekim İlişkisi, Türk Hemşireler Dergisi, 2003,;55,3
- 9- Aştı N. Pektekin Ç. Çalışan Hemşirelerin İşgünü Kaybı Nedenleri, Sıklığı ve İş Doyumu İlişkisi, Hemşirelik Bülteni, 1994; 31

- 10- Birol L. Hemşirelik Süreci 'Hemşirelik Bakımında Sistemik Bakımında Sistemik Yaklaşım' 4. Baskı, İzmir, Bozkaya Matbaacılık, 2000
- 11- Özabacı N., Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerde Görülen Meslek Hastalıkları ve Nedenlerinin Araştırılması (tez), İstanbul, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1990
- 12- Ulusoy F., Görgülü S. Hemşirelik Esasları, 5. Baskı, Cilt 1, 2000;5,Ankara
- 13- Akdemir N., Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2.baskı Ankara, Eylül, 2004
- 14- Uyer G., Hemşireliğe Genel Bakış, Ankara, 1993;2-17
- 15- Orak N., İstanbul İli'ndeki Hemşirelerin Profesyonel Hemşirelik Değerleri ve Etkileyen faktörlerin Analizi (tez), İstanbul, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005
- 16- Altuntaş S., Hemşirelerin İşlerine Karşı Tutumlarının Belirlenmesi (tez), İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2004.
- 17- Pektekin Ç., Hemşirelik Bülteni, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayın Organı; 1994; 31
- 18- Birol L, Hemşirelik Süreci, 'Hemşirelik Bakımında Planlı Yaklaşım' Ankara, Temmuz Matbaa ve Yayıncılık, 1989.
- 19- Uslukol E, Özdemir A, Gencer Z, Kaliteye Yolculuk , Antalya, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
- 20- Cirhinlioğlu Z., Sağlık Sosyolojisi, 1. Baskı, Ankara: Nobel Kitapevi; 2001
- 21- Renwick R., Brown I., Nagler M., Quality Of Life İn Health Promotion and Rehabilitation, London, 1996;14-25
- 22- Arslantaş D., Metintaş S., Ünsal A, Kalyoncu C, Eskişehir Mahmudiye İlçesi Yaşlılarında Yaşam Kalitesi, Bursa, [http:// tip.ogu.edu.tr](http://tip.ogu.edu.tr). Erişim Tarihi: 08.10.2006

- 23- Bozkurt N. Kaliteli Yaşamın felsefesi, İstanbul, [http:// www.iticu.edu.tr/](http://www.iticu.edu.tr/), Erişim Tarihi: 10.08.2006
- 24- Esen A., Ergün Şenuzun F., Akyol Durmaz A., 2000 Yılına Yaklaşırken Hemşirelerin Yaşam Kalitesine Bir bakışı, 11.Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir, 2003
- 25- Döndar ç., Üriner İnkontinansın Kadın Cinsel Fonksiyonları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi (tez), İstanbul, Marmara Üniversitesi, 2006
- 26- Arslan Ş., Gökçe Y. Geriatriye Yaşam Kalitesinin Değerlendirmesi, İstanbul, <http://geriatri.dergisi.org/> Erişim Tarihi: 02.09.2006
- 27- Acaray A., Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi ve Hasta Yakınlarının Hastalara İlişkin Algıladıkları Yaşam Kalitesi Görüşleri İle Karşılaştırılması (tez), İstanbul; Marmara üniversitesi; 2003
- 28- Fayers M., Machin D., Quality Of Life, England, 2000: 3-27
- 29- Michalos A., Essays on the Quality Of Life, Kluwer Academic Publishers, London, 2003: 153-182
- 30- Üstün Eşit M., Karadeniz G., Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Önemi, Manisa, <http://www.final.edu.tr> Erişim Tarihi: 11.11.2006
- 31- Arnoğlu S., Beğert., Kaan M., Yaşlılarda EvdeBakım ve Yaşam Kalitesine Katkısı, Aktüel tıp Dergisi Özel Sayısı, 2004;9
- 32- Oktile N., Huzurevinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi, Muğla, Muğla Üniversitesi Basımevi, 2004
- 33- Sağlıklı Yaşam Önerileri, Ankara, <http://www.bilkent.edu.tr/> Erişim Tarihi:12.12.2006
- 34- Öksüz E., Malhan S., Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri, Ankara, 2005
- 35- Başaran S., Güzel R., Sarpel T., Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını

Değerlendirme Ölçütleri, Adana <http://www.cu.edu.tr/> Erişim Tarihi: 10.03.2006

36- Eser E., Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) Geçerlilik ve Güvenilirlik Alan Kişisel Notlar.

37- Whoqol-Bref Introduction, Administration, Scoring And Generic Version Of The Assessment
Field Trial Version December 1996 Programme On Mental Health World Health Organization
Geneva http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf Erişim Tarihi: 21.11.2006

RESİMLEMELER LİSTESİ

Tablolar Dizini	Sayfa
Tablo 1: Araştırma grubunun demografik özellikleri.....	40
Tablo 2: Araştırma Grubunun Mezun Olduğu Okula Göre Dağılımı.....	41
Tablo 3: Araştırma Grubunun Hemşire Olarak Toplam Çalışma Yılına Göre Dağılımı.....	42
Tablo 4: Araştırma Grubunun Çalıştığı Servis Adına Göre Dağılımı.....	42
Tablo 5: Araştırma Grubunun Çalışma Yaşamına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	44
Tablo 6: Araştırma Grubunun Genel Sağlık Değerlendirmesi.....	45
Tablo 7: Araştırma grubunun Yaşam Kalitesini Değerlendirme Durumu.....	46
Tablo 8: Araştırma Grubunun Sağlığından Hoşnut Olma Durumu.....	46
Tablo 9: Araştırma grubunun Ağrılardan Etkilenme Durumu.....	46
Tablo 10: Araştırma Grubunun Günlük İşleri Yürütebilmek İçin Tıbbi Tedaviye Duyduğu İhtiyaç Durumu.....	47
Tablo 11: Araştırma Grubunun Yaşamaktan Keyif Alma Durumu.....	47
Tablo 12: Araştırma Grubunun Yaşamını Anlamlı Bulma Durumu.....	48
Tablo 13: Araştırma Grubunun Dikkatini Toplamadaki Başarı Durumu.....	48
Tablo 14: Araştırma Grubunun Günlük Yaşamda Kendisini Ne Kadar Güvende Hissettiği.....	48
Tablo 15: Araştırma Grubunun Fiziksel Çevresini Sağlıklı Bulma Ölçüsü.....	49
Tablo 16: Araştırma Grubunun Günlük Uğraşlarını Sürdürebilmek İçin Sahip Olduğu Güce Ait Düşüncesi.....	49
Tablo 17: Araştırma Grubunun Bedensel görünüşünü Kabullenme Durumu.....	50

Tablo 18: Araştırma Grubunun Gereksinimlerini Karşılama İçin Sahip Olduğu Para Durumu.....	50
Tablo 19: Araştırma Grubunun Gerekli Bilgilere Ulaşılabilir Durumu.....	51
Tablo 20: Araştırma Grubunun Sahip Olduğu Boş Zamanlarını Değerlendirme Durumu.....	51
Tablo 21: Araştırma Grubunun Hareketlilik Becerisi.....	52
Tablo 22: Araştırma Grubunun Uykusunda Hoşnut Olma Durumu.....	52
Tablo 23: Araştırma Grubunun Günlük İşlerini Yürütebilme Becerisinden Hoşnut Olma Durumu.....	52
Tablo 24: Araştırma Grubunun İş Görme Kapasitesinden Memnun Olma Durumu.....	53
Tablo 25 : Araştırma Grubunun Kendinden Hoşnut Olma Durumu.....	53
Tablo 26 : Araştırma Grubunun Diğer Kişilerle İlişkilerinden Hoşnut Olma Durumu..	54
Tablo 27: Araştırma Grubunun Cinsel Yaşamından Hoşnut Olma Durumu.....	54
Tablo 28: Araştırma Grubunun Arkadaşlarının Desteğinden Hoşnut Olma Durumu....	55
Tablo 29: Araştırma Grubunun Yaşadığı Evin Koşullarından Hoşnut Olma Durumu...55	
Tablo 30: Araştırma Grubunun Sağlık Hizmetlerine Ulaşma Koşullarından Hoşnut Olma Durumu.....	56
Tablo 31: Araştırma Grubunun Ulaşım Olanaklarından Hoşnut Olma Durumu.....	56
Tablo 32: Araştırma Grubunun Hangi Sıklıkta Olumsuz Duygulara Kapıldıkları	57
Tablo 33: Araştırma Grubunun Kendisine Yakın Kişilerle İlişkilerinde Baskı ve Kontrolle İlgili Zorlukları	57
Tablo 34: Araştırma Grubunun Yaş Grubuna Göre Genel Olarak Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi.....	58
Tablo 35: Araştırma Grubunun Yaş Grubuna Göre Sağlığından Ne Kadar Hoşnut Olma Durumları.....	59
Tablo 36: Araştırma Grubunun Yaş Grubuna Göre Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	60
Tablo 37: Araştırma Grubunun Eğitim Durumuna Göre Yaşam kalitesinin Değerlendirilmesi.....	61
Tablo 38: Araştırma Grubunun Sağlık Güvencesine Göre Sağlık hizmetlerine Ulaşma	

Koşullarından Hoşnut Olma Durumu.....	62
Tablo 39: Araştırma Grubunun Sağlık Güvencesine Göre Gereksinimlerini Karşılama İçin Yeterli Para Durumu.....	63
Tablo 40: Araştırma Grubunun Medeni Durumuna Göre Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	64
Tablo 41: Araştırma Grubunun Medeni Durumuna Göre Gereksinimlerini Karşılama İçin Yeterli Para Durumu.....	65
Tablo 42: Araştırma Grubunun Hemşire Olarak Toplam Çalışma Yılına Göre Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	66
Tablo 43: Araştırma Grubunun Hemşire Olarak Toplam Çalışma Yılına Göre Genel Olarak Sağlık Durumu.....	67
Tablo 44: Araştırma Grubunun Çalıştığı Birimde Nöbet Tutma Durumuna Göre Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	68
Tablo 45: Araştırma Grubunun Çalıştığı Birimde Nöbet tutma Durumuna Göre Uyku Durumundan Ne Kadar Hoşnut olduğunun Değerlendirilmesi	69

Şekiller Dizini

Sayfa

Şekil 1: Yaşam Kalitesine Ait Kavramlar.....	18
Şekil 2: Yaşam Kalitesi ve Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	26
Şekil 3: Sağlık Boyutlarının Olası Hiyerarşik Yapısı.....	27

Ekler Dizini

Sayfa

Ek 1: Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi Sosyo-Demografik Formu.....	89
Ek 2: WHOQOL-BREF TR Ölçeği.....	91
Ek 3: Etik Kurul İzni.....	99
Ek 4: Tez Çalışma İzni (Hastane Başhekimliği).....	98

ÖZGEÇMİŞ

Hemşire Aysun PERİM 1982 yılında İstanbul'da doğdu.

Orta öğrenimini 2000 yılında İstanbul Pertevniyal Lisesi'nde tamamladı. 2004 yılında da Trakya Üniversitesi Tekirdağ Sağlık Yüksekokulu'ndan hemşire unvanı ile mezun oldu.

2004-2005 Öğretim Yılı Bahar Döneminde Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans sınavını kazandı ve 21.02.2005 tarihinde Yüksek Lisans eğitimine başladı.

2004-2006 yılları arasında Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroşirurji Servisi'nde hemşire olarak çalıştı.

2007 yılında da İstanbul Kadın ve Aile Sağlığı Merkezi'nde eğitim hemşiresi olarak göreve başladı.

**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA
HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
KALİTELİ YAŞAM ALGISININ BELİRLENMESİ**

Bu çalışma hemşirelerin kaliteli yaşam algısını belirlemek amacı ile yapılmaktadır. Toplanan veriler gizli tutulacak ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.

Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK
Hem.Aysun PERİM
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

(SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER)

- 1- Yaşınız ?.....
- 2- Cinsiyetiniz ?.....
- 3- Mesleğiniz ? a) Hemşire b) Ebe c) Sağlık memuru
- 4- Eğitim Durumunuz ? a)Lise b) Ön Lisans c)Lisans d) Yüksek Lisans e)Diğer.....
- 5- En son mezun olduğunuz okul?.....
- 6- Medeni Durumunuz? a) Evli b)Bekar c)Dul d) Boşanmış e) Ayrı yaşıyor
- 7- Evli iseniz eşinizin mesleği?
- 8- Çocuğunuz var mı? a) Evet (kaç çocuğunuz var?)..... b) Hayır
- 9- Sağlık güvenceniz nedir? a) SSK b) EMS c) Bağ-kur d) Diğer.....
- 10- Çalıştığınız birimin (servisin) adı ?.....
- 11- Hemşire olarak toplam çalışma yılınız nedir?.....
- 12- Şu anda çalıştığınız birimdeki, toplam çalışma yılınız nedir?.....

13- Çalıştığınız kurumda birim (servis) değişikliği yaptınız mı? a) Evet b) Hayır

14- Çalıştığınız birimde nöbet tutuyor musunuz? a) Evet (.....kez/ay) b) Hayır

15- Günlük maksimum çalışma saatiniz? a) 8 saat b) 16 saat c) 24 saat

16- Bulduğunuz birimde çalışırken aynı zamanda eğitim görüyor musunuz?

a) Evet..... b) Hayır

17- Genel olarak sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?

a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çok kötü

WHOQOL-BREF(TR)

Ulusal Versiyon/Şubat 1999

RUH SAĞLIĞI PROGRAMI DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ CENEVRE

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız.

Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz.

Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
Gereksiniminiz olan	1	2	3	4 ○	5

	desteği başkalarından alabiliyor musunuz?					
--	---	--	--	--	--	--

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

ŞİMDİ, Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini	1	2	3	4	5

	düşünüyorsunuz?					
4 F11. 3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24. 2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16. 1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5

9 F22. 1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5
----------------	--	---	---	---	---	---

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18. 1	Gereksinimlerini karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20. 1	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5

14	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5
F21.1						

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5
F9.1						

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
F3.3						
17	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne	1	2	3	4	5
F10.3						

	kadar hoşnutsunuz?					
18 F12. 4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13. 3	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15. 3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14. 4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
23 F17.	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar	1	2	3	4	5

3	hoşnutsunuz?					
24 F19. 3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23. 3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U.	Yaşamınızda size	1	2	3	4	5

27	yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?					
----	--	--	--	--	--	--

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

YARDIMLARINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURUL KARARLARI

Oturum Sayısı:

Karar Tarihi:

15-Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu 16.02.2006 tarihinde "Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli ve Sağlıklı Yaşam Hakkındaki Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi" adlı TÜTFEK 2006/025 protokol no.lu Yüksek Lisans Öğrencisi Aysun PERİM'in tez çalışmasını incelemek üzere toplandı ve çalışmanın incelenmesine geçildi.

Yapılan inceleme sonunda çalışmanın Fakültemiz Halk Sağlığı Anabilim Dalında yapılacağı, Doç.Dr.Muzaffer ESKİOCAK'ın yürütücüsü olduğu; araştırma protokolünün amaç, yaklaşım, gereç ve yöntemler dikkate alınarak incelenmesi sonucunda etik kurallara uygun olarak hazırlandığına ve araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde sakınca olmadığına mevcudun oybirliğiyle karar verildi.

Doç.Dr.Dikmen DÖKMECİ
BAŞKAN
Farmakolog

Doç. Dr. Betül BİNER
ORHANER
Üye

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Uzmanı

Doç. Dr. Dilek MEMİŞ
Klinisyen Üye
Anesteziyoloji Uzmanı

Doç.Dr.Betül UĞUR ALTUN
Klinisyen Üye
İç Hastalıkları Uzmanı

Yrd.Doç.Dr. Ümit Nusret
BAŞARAN
Klinisyen Üye
Çocuk Cerrahisi Uzmanı

Yrd.DoçDr.Hakan ERBAŞ
Üye
Biokimya Uzmanı

Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA
Üye
Patoloji Uzmanı

Emine SAKMAN
Eczacı

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

Sayı : 164

EDİRNE / 27.04.2006

Konu :

T.Ü. TIP FAKÜLTESİ BAŞHEKİMLİĞİ' NE,

Anabilim Dalımız yüksek lisans öğrencisi Aysun PERİM' in “ **Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi** “ konulu tez çalışmasını yürütebilmesi için Başhekimliğiniz tarafından ilgili birimlerde çalışan hemşirelerle görüşülmesine izin verilmesi gerekmektedir.

Gereğinin yapılması hususunu bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Faruk YORULMAZ
Halk Sağlığı ABD Bşk.