



**T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR ANABİLİM DALI**

**HEMŞİRELERİN FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYLERİNİN YAŞAM
KALİTESİ VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Yasemen AYDIN

Çorum 2021

HEMŞİRELERİN FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYLERİNİN YAŞAM KALİTESİ VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Yasemen AYDIN

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı**

Yüksek Lisans Tezi

**TEZ DANIŐMANI
Dr. Öğr. Üyesi Yetkin Utku KAMUK**

Çorum 2021

ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Hemşirelerin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

İmza

13 Ocak 2021
Yasemen AYDIN

ÖN SÖZ

İlkokul mezunu olmasına rağmen, eğitim hayatımız boyunca aldığımız dersleri kendi emekleri ile öğrenip bize öğretmeye çalışan sevgili anneme ilk teşekkürümü etmek istiyorum. 8 evladına da aynı özeni gösterip kendini bize adayan böyle bir anneye sahip olduğum için çok şanslıyım. Okumak özgürlüktür felsefesi ile bizi yetiştiren kıymetli babacığma ve kardeşlerime bu süreçte yanımda oldukları için teşekkür ederim. Yapamayacağımı düşünüp pes ettiğim zamanlarda bana 8 yaşında gücünü emanet ederek aramızdan ayrılan rahmetli abim İbrahim AYDIN'a sonsuz teşekkür ederim.

8 yıldır çalıştığım ortopedi kliniğinde desteğini benden asla esirgemeyen, bilimsel bakış açısı ile tanışmamı sağlayan, yüksek lisansa başlamama vesile olan, azmini ve başarısını örnek aldığım çok değerli sayın Doç. Dr. Murat ÇALBIYIK hocama teşekkürü borç bilirim.

Hastanede çalışmama katılan meslektaşlarıma ve bu süreçte bana yardımcı olan Rabiş'e, İlhan abiye ve Memet'e de teşekkür ederim. Alanlarımız farklı olsada bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen diğer bütün hocalarım iyi ki varsınız.

Sayın tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Yetkin Utku KAMUK'a bizlere öğrettikleri için, aynı sorulara defalarca sabırla cevap verdiği için, bilimin güzel yönlerini tattırdığı için ve zor olanı başarmamızda yanımızda olduğu için teşekkür ederim. En içten sevgi ve saygılarımı sunarım sayın hocam iyi ki varsınız.

Ve son olarak kendime teşekkür ederim. Çok zor şartlar altında, gecesi gündüzü belli olmayan hemşirelik mesleğini icra ederken bu zorlu süreci tamamladığım için kendimle gurur duyuyorum.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ETİK BEYANNAMESİ.....	iii
ÖN SÖZ.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR VE SEMBOLLER.....	vii
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	x
ABSTRACT.....	xi
1. GİRİŞ	1
1.1 Çalışmanın Amacı.....	2
1.2 Problemler	3
1.3 Alt Problemler.....	3
1.4 Hipotezler.....	3
1.5 Sınırlılıklar	3
1.6 Sayıtlılar.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1 Hemşirelik Mesleğinin Dünya’da Tarihsel Gelişimi	5
2.2 Hemşirelik Mesleğinin Türkiye’de Tarihsel Gelişimi	6
2.3 Hemşirelik Mesleğinin Tanımı	6
2.4 Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları.....	7
2.5 Yaşam Kalitesi	8
2.5.1 Yaşam kalitesi kavramının tarihçesi ve tanımı	8
2.5.2 Yaşam kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi.....	9
2.5.3 Yaşam kalitesi göstergeleri	10
2.5.3.1 Sosyal göstergeler	10
2.5.3.2 Sağlıkla ilgili göstergeler	10
2.5.3.3 Ekonomik göstergeler	11
2.6 Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Sınıflandırılması	11
2.6.1 Genel sağlık indeksi ve profilleri	12
2.6.1.1 SF-36 kısa form sağlık ölçeği	12
2.6.1.2 Nottingham sağlık profili	12
2.6.1.3 DSÖ yaşam kalitesi değerlendirme anketi	13
2.6.1.4 İyilik hali skalası	13
2.6.2 Hastalığa özgü ölçekler.....	13
2.6.2.1 Sağlık durumu değerlendirme anketi	14
2.6.2.2 WOMAC osteoartrit indeksi	14
2.6.2.3 Artrit etkisini inceleme ölçeği kısa form 2.....	14
2.6.2.4 Lequesne-Algo fonksiyonel indeksi.....	14
2.7 Hemşirelik Mesleğinde Yaşam Kalitesinin Önemi.....	15
2.8 Fiziksel Aktivite.....	16
2.8.1 Fiziksel aktivite ve enerji harcaması.....	16
2.8.1.1 Dinlenme enerjisi harcamaları	17
2.8.1.2 Aktiviteye bağlı enerji harcamaları	17

2.8.1.3 Termodinamik etki	17
2.8.2 Fiziksel aktivitenin sağlık üzerindeki etkileri	17
2.8.3 Fiziksel aktivitenin değerlendirilmesi	19
2.8.3.1 Çift etiketli su	19
2.8.3.2 Hareket sensörleri (pedometreler ve akselerometreler)	19
2.8.3.3 Kalp atım hızı monitörleri	20
2.8.3.4 Direkt kalorimetre	21
2.8.3.5 İndirekt kalorimetre	21
2.8.3.6 Öz bildirim yöntemi	21
2.8.3.7 Fiziksel aktivite kayıtları ve günlükler	21
2.8.3.8 Fiziksel aktivite anketleri	22
2.8.3.9 Doğrudan gözlem	22
2.9 Fiziksel Aktivitenin Depresyon ve Stres Üzerine Etkisi	23
2.10 Tükenmişlik Hakkında Temel Kavramlar	24
2.10.1 Maslach tükenmişlik modeli: tükenmişliğin 3 boyutu	24
2.10.1.1 Yorgunluk	25
2.10.1.2 Sinizm	25
2.10.1.3 Etkisizlik	25
2.11 Tükenmişlik Sendromu Belirtileri	25
2.12 Mesleki Tükenmişlik ve Hemşirelik Mesleği	26
2.13 Tükenmişlik ve Depresyon İlişkisi	27
2.14 Fiziksel Aktivite ve Tükenmişlik Sendromu İlişkisi	27
3. MATERYAL VE YÖNTEM	29
3.1 Evren ve Örneklem	29
3.2 İzinler	29
3.3 Verilerin Toplanması	29
3.3.1 Kişisel bilgi formu	30
3.3.2 Fiziksel aktivite değerlendirme anketi kısa formu	30
3.3.3 IPAQ anketinin puanlanması ve skorlaması	30
3.3.4 SF-36 kısa form sağlık ölçeği	31
3.3.5 Maslach tükenmişlik ölçeği	31
3.4 İstatistiksel Analiz	32
4. BULGULAR	33
5. TARTIŞMA	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	69
EKLER	84
ÖZGEÇMİŞ	94

KISALTMALAR VE SEMBOLLER

BKİ	: Beden Kütle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSÖYK	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi
EOEAH	: Erol Ölçök Eğitim ve Araştırma Hastanesi
HBDC	: Hasta Beyanına Dayalı Çıktılar
HİTÜ	: Hitit Üniversitesi
IPAQ	: International Physical Activity Questionnaire (Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi)
kcal	: Kilokalori
kj	: Kilojoule
MET	: Metabolik Eşdeğer
SDA	: Sağlık Değerlendirme Anketi
SF-36	: 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36 Kısa Form Sağlık Ölçeği)
THD	: Türk Hemşireler Derneği
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 2.1 : SF-36 ölçeği alt boyutlarına ait Türk popülasyonu normları.	12
Çizelge 2.2 : Fiziksel aktivitenin bazı sağlık faktörleri üzerindeki etkileri.	19
Çizelge 4.1 : Hemşirelerden elde edilen verilere ilişkin tanımlayıcı istatistikler.....	33
Çizelge 4.2 : Hemşirelerin demografik ve profesyonel özelliklerine ilişkin veriler..	34
Çizelge 4.3 : SF-36 testinden elde edilen puanların dağılımı.	35
Çizelge 4.4 : Fiziksel aktivite ölçeği ve Maslach tükenmişlik ölçeğinden elde edilen puanların dağılımı.	36
Çizelge 4.5 : Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nden elde ettikleri puanların dağılımı.	37
Çizelge 4.6 : Ölçeklerden elde edilen puanların normal dağılıma uygunluğunun incelenmesi.....	38
Çizelge 4.7 : SF-36 puanlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğinin Mann-Whitney <i>U</i> testi ile incelenmesi.....	38
Çizelge 4.8 : SF-36 puanlarının medeni hal değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğinin Mann-Whitney <i>U</i> testi ile incelenmesi.....	39
Çizelge 4.9 : SF-36 puanlarının nöbet tutma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğinin Mann-Whitney <i>U</i> testi ile incelenmesi.....	40
Çizelge 4.10 : SF-36 puanlarının fazla mesai yapma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğinin Mann-Whitney <i>U</i> testi ile incelenmesi.....	40
Çizelge 4.11 : SF-36 puanlarının BKİ kategorilerine göre farklılık gösterip göstermediğinin Kruskal-Wallis <i>H</i> testi ile incelenmesi.....	41
Çizelge 4.12 : BKİ kategorilerine göre SF-36 alt boyutlarında var olan farklılıkların Mann-Whitney <i>U</i> testi ile incelenmesi.....	42
Çizelge 4.13 : SF-36 puanlarının eğitim düzeylerine göre farklılık gösterip göstermediğinin Kruskal-Wallis <i>H</i> testi ile incelenmesi.....	43
Çizelge 4.14 : SF-36 puanlarının mesleği isteyerek seçme değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğinin Kruskal-Wallis <i>H</i> testi ile incelenmesi.....	44
Çizelge 4.15 : SF-36 puanlarının kıdem süresi değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğinin Kruskal-Wallis <i>H</i> testi ile incelenmesi.....	45
Çizelge 4.16 : Hemşirelerin kıdem sürelerine göre SF-36 alt boyutlarında var olan farklılıkların Mann-Whitney <i>U</i> testi ile incelenmesi.	46
Çizelge 4.17 : SF-36 puanlarının görev yeri değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğinin Kruskal-Wallis <i>H</i> testi ile incelenmesi.....	48
Çizelge 4.18 : Hemşirelerin görev yerlerine göre SF-36 alt boyutlarında var olan farklılıkların Mann-Whitney <i>U</i> testi ile incelenmesi.	49
Çizelge 4.19 : Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğinin Mann-Whitney <i>U</i> testi ile incelenmesi.....	49
Çizelge 4.20 : Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının medeni hal durumuna göre farklılık gösterip göstermediğinin Mann-Whitney <i>U</i> testi ile incelenmesi.....	50
Çizelge 4.21 : Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının nöbet tutma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğinin Mann-Whitney <i>U</i> testi ile incelenmesi.....	50

Çizelge 4.22 : Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının fazla mesai durumuna göre farklılık gösterip göstermediğinin Mann-Whitney <i>U</i> testi ile incelenmesi.....	50
Çizelge 4.23 : Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının BKİ kategorilerine göre farklılık gösterip göstermediğinin Kruskal-Wallis <i>H</i> testi ile incelenmesi.....	51
Çizelge 4.24 : BKİ kategorilerine göre Maslach tükenmişlik ölçeği kişisel başarı eksikliği alt boyutunda var olan farklılıkların Mann-Whitney <i>U</i> testi ile incelenmesi.....	51
Çizelge 4.25 : Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının eğitim düzeylerine göre farklılık gösterip göstermediğinin Kruskal-Wallis <i>H</i> testi ile incelenmesi.....	52
Çizelge 4.26 : Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının mesleği isteyerek seçme değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğinin Kruskal-Wallis <i>H</i> testi ile incelenmesi.....	52
Çizelge 4.27 : Mesleği seçme durumuna göre Maslach tükenmişlik ölçeği duygusal tükenme alt boyutunda var olan farklılıkların Mann-Whitney <i>U</i> testi ile incelenmesi.....	53
Çizelge 4.28 : Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının kıdem süresi değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğinin Kruskal-Wallis <i>H</i> testi ile incelenmesi.....	53
Çizelge 4.29 : Kıdem süresine göre Maslach tükenmişlik ölçeği kişisel başarı eksikliği alt boyutunda var olan farklılıkların Mann-Whitney <i>U</i> testi ile incelenmesi.....	54
Çizelge 4.30 : Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının görev yeri değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğinin Kruskal-Wallis <i>H</i> testi ile incelenmesi.....	55
Çizelge 4.31 : Hemşirelerin görev yerlerine göre Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarında var olan farklılıkların Mann-Whitney <i>U</i> testi ile incelenmesi.	56
Çizelge 4.32 : Ölçeklerden elde edilen puanlar arasındaki ilişkilerin Spearman korelasyon testi ile incelenmesi.	57

HEMŞİRELERİN FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYLERİNİN YAŞAM KALİTESİ VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNE ETKİSİ

ÖZET

AYDIN, Yasemen. Hemşirelerin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi, (Yüksek Lisans), Çorum, 2020.

Fiziksel aktivite düzeyinin iyi olmasının, fiziksel ve ruhsal sağlığa olumlu etkilerinin olduğu açık bir şekilde bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı, HİTÜ Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan hemşirelerin fiziksel aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve tükenmişlik düzeylerine etkisinin incelenmesidir. Çalışmaya 212 hemşire (147 kadın ve 65 erkek) gönüllü olarak katılmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli izinler çalışma öncesinde alınmıştır. Verilerin toplanması amacıyla, Maslach Tükenmişlik Envanteri, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Deneklerin demografik verilerinin toplanması için ise kişisel bilgi formu kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerin yapılabilmesi için SPSS 22.0 kullanılmıştır. Elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğunun test edilmesi için Shapiro-Wilk testi uygulanmış, normal dağılıma uygun olmadıkları görüldüğünden, parametrik olmayan testler kullanılarak analizler gerçekleştirilmiştir. İkili grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney *U* testinden, ikiden fazla grupların karşılaştırılması için ise Kruskal-Wallis *H* testinden faydalanılmıştır. Gruplar arasındaki ilişkilerin incelenmesi için Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Tüm istatistiklerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir. Gerekli durumlarda Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, tükenmişlik düzeyi ile fiziksel aktivite düzeyi arasında negatif yönlü ve orta düzeyde korelasyon olduğu, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında ise pozitif yönlü ve orta düzeyde korelasyon olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, hemşirelerin 112 hemşirenin inaktif ve 53 hemşirenin minimal aktif kategoride yer aldıkları ve bunun da %77,8'lik bölümü oluşturduğu görülmüştür. SF-36 puanlarına göre; BKİ kategorisi, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu ve mesleki tecrübe değişkenlerine göre fiziksel fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Deneklerin tükenmişlik ölçeği alt boyutlarından elde ettikleri puanların; medeni hal, BKİ kategorisi, mesleği isteyerek seçme durumu, kıdem yılı ve görev yeri değişkenlerine göre anlamlı farkların olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulgular neticesinde, hemşirelerin çalışma koşullarının yoğun olduğu, fiziksel aktivite düzeylerinin istenilen düzeyde olmadığı, kıdem yılı arttıkça tükenmişlik ve yaşam kalitesi düzeylerinin kötüleştiği bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Egzersiz, Kaliteli yaşam, Mesleki tükenme.

EFFECTS OF PHYSICAL ACTIVITY LEVELS ON NURSES' QUALITY OF LIFE AND BURNOUT LEVELS

ABSTRACT

AYDIN, Yasemen. Effects of Physical Activity Levels on Nurses' Quality of Life and Burnout Levels, (Master's Thesis), Çorum, 2020.

It is clearly known that physical activity has positive effects on physical and mental health. The aim of this study was to examine the effect of physical activity levels on the quality of life and burnout levels of the nurses working at HİTÜ Erol Olçok Training and Research Hospital. The permissions required for the study were obtained from the Provincial Health Directorate and HITU Non-Interventional Researches Ethics Committee. The participants were asked to give their written consent prior to study. Maslach Burnout Inventory was used to determine burnout levels, the International Physical Activity Questionnaire to determine physical activity levels, and SF-36 Quality of Life Scale for life quality assessment. The personal information questionnaire developed by the researchers was used to collect the demographic data of the subjects. 212 nurses (147 women and 65 men) voluntarily participated in the study. SPSS 22.0 statistical software was used to analyze the data. Shapiro-Wilk test was used to test the normal distribution of the data. Since the data were not normally distributed, analyzes were performed by using non-parametric tests. Mann-Whitney *U* test was used to assess differences between groups and Kruskal-Wallis *H* was used to assess differences among groups. The statistical significance level was set at $p < .05$. Bonferroni correction was applied where appropriate. As a result, it was found that there is a negative and moderate correlation between burnout and physical activity levels, and a positive and moderate correlation between emotional exhaustion and depersonalization. It was also found that 112 nurses were inactive and 53 nurses were in the minimally active category and these subjects covered 77.8% of the group. Physical functioning, a sub-dimension of SF-36, scores differed by BMI, gender, marital status, educational status and professional experience. Analysis of the participants burnout scale scores revealed that there are significant differences in burnout scores by marital status, BMI category, status of choosing the profession, year of experience and clinics. As a result of the study, it was found that the working conditions of the nurses were intense, their physical activity levels were not at the desired level, and the burnout and quality of life levels deteriorated as the year of experience was increased.

Key words: Exercise, Exhaustion, Life quality.

1. GİRİŞ

Sağlık kavramı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, “sadece hastalık ve engelliliğin yokluğu değil, fizyolojik olarak, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization [WHO], 2020). Yaşam kalitesi, bireyin iyi hissetmesini, memnuniyetini veya mutluluğunu içeren bir kavram olarak da ifade edilmektedir (Goodinson ve Singleton, 1989). Ancak bu, kesin ve net bir tanım değildir. Yaşam kalitesinin kesin bir tanımının olmayışının nedeni kişiler arasındaki bireysel farklılıklar, ilgiler, hedefler, deneyimler, ve hayata ilişkin tercihleridir. Bu nedenle, yaşam kalitesi ifadesi içerisindeki “kalite” kavramı, “olası” ya da “kabul edilebilir” olmanın ötesinde bir anlam içermektedir ve insan yaşamını zevkli, keyifli, ilginç, macera dolu, anlamlı ve tatmin edici hale getiren faktörler; yani tek kelime ile ‘yaşamaya değer’ olarak değerlendirilmelidir (Schwartz, 1975). DSÖ’nün sağlık tanımında yer alan kişinin fizyolojik iyilik hali ile birlikte psikolojik ve sosyal iyilik halinin olması sağlık ve yaşam kalitesinin bağlantılı kavramlar olduğunu göstermektedir (Land, Michalos ve Sirgy, 2012, s.2).

DSÖ fiziksel aktivite kavramını “çalışırken, oyun oynarken, ev işleri ile ilgilenirken, seyahat ve eğlence de dahil olmak üzere kaslar tarafından enerji üretilmesiyle sonuçlanan, düzensiz olarak yapılan bedensel hareket” şeklinde açıklamaktadır (WHO, 2020). Onkolojik hastalıklar, tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalıkları gibi bazı kronik rahatsızlıkların önlenmesinde ve tedavi yönetiminde fiziksel aktivitenin etkisi kanıtlanmıştır (Alves ve diğ., 2016; Low, Lee ve Samy, 2015). Fiziksel aktivitenin, fiziksel sağlığı ve ruh sağlığını iyileştirmenin en temel araçlarından biri olduğu (Sağlık Bakanlığı, 2014) ve fiziksel hareketsizliğin de ruhsal bozuklukların gelişimi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Abu-Omar, Rütten ve Robine, 2004; Bhui ve Fletcher, 2000).

Amerikalı psikolog Herbert Freudenberger 1970’lerin başında “Tükenmişlik” terimini ilk kez klinik anlamda kullanılmıştır (Schaufeli, 2017). Tükenmişlik duygusal yorgunluk, hayattan zevk alamama, olumsuz duygular ve duyarsızlaşma gibi kavramları içermektedir (Maslach ve Jackson, 1981). Tükenmişlik sendromunun

sağlık üzerindeki olumsuz etkileri arasında; öfkeli olma hali, yorgun hissetmek, iştahsızlık veya aşırı yemek yemek, baş ağrısı, hislerde tutarsızlık ve diğer insanlara karşı katı tutum gibi bulguların ortaya çıkması yer almaktadır (Poncet ve diğ., 2007). İnsanlarla sürekli iletişim halinde bulunan öğretmen, doktor, hemşire, psikolog, terapist/sosyal hizmet görevlisi ve polis gibi mesleklerde tükenmişlik sendromunun daha fazla olduğu çalışmalarla kanıtlanmıştır (Maslach ve Jackson, 1981).

Sağlık çalışanları, aşırı iş yükü ve vardiyaların bulunduğu (Oliver, Sanso, Galiana, Tomas ve Benito, 2017) zor bir çalışma ortamında görev yapmakta (Ramirez-Baena ve diğ., 2019) ve yüksek fiziksel ve psikososyal çalışma yüküne maruz kalmaktadır. Hastaların ihtiyaçları ve güvenliği, uzun vardiyalar, yüksek iş yükü, işle ilgili çatışmalar, personel sıkıntısı, idarecilerle/amirlerle çatışmalar, önyargı ve örgütsel destek eksikliği hemşirelik mesleğinin stres yaratan faktörleri arasında yer almaktadır (Rodrigues ve Ferreira'dan aktaran Salem ve Ebrahim, 2018). Bu gibi durumlarda bakım sağlamak, fizyolojik, duygusal ve ruhsal açıdan çok emek vermeyi gerektirmektedir (Fernandez ve diğ., 2019).

Fiziksel aktivite ve tükenmişlik sendromu arasındaki ilişkinin, fizyolojik ve psikolojik mekanizmaların kombinasyonunun olumlu ilişkisi sonucu oluştuğu düşünülmektedir. Düzenli fiziksel aktivite, psikolojik durumun iyileşmesine katkı sağlamakta, vücut üzerindeki stresi azaltmakta (Sonntag, 2012), öz yeterlilik duygusunu arttırmakta (Joseph, Royse, Benitez ve Pekmezi, 2014) ve işle ilgili görevlerinde oluşabilecek sorunlarda başa çıkmada daha yetkin hissedilmesini sağlamaktadır (Feuerhahn, Sonntag ve Woll, 2014). Fiziksel aktivite, strese maruz kaldıktan sonra bedeni daha hızlı iyileştirmekte ve tükenmişlik riskini azaltmaktadır (Klaperski, Dawans, Heinrichs ve Fuchs, 2014).

1.1 Çalışmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, Hitit Üniversitesi (HİTÜ) Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EOEAH)'nde görev yapmakta olan hemşirelerin fiziksel aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve tükenmişlik düzeylerine etkisinin incelenmesidir.

1.2 Problemler

Hemşirelerin fiziksel aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve tükenmişlik düzeylerine etkisinin ne olduğu, bu çalışmanın problem cümlesini oluşturmaktadır.

1.3 Alt Problemler

- a. Ölçeklerden elde edilen puanlar arasında ilişki var mıdır?
- b. Ölçülen değişkenlere göre, hemşirelerin fiziksel aktivite düzeylerinde fark var mıdır?
- c. Ölçülen değişkenlere göre, hemşirelerin SF-36 puanları arasında fark var mıdır?
- d. Ölçülen değişkenlere göre, hemşirelerin Maslach tükenmişlik ölçeğinden elde ettikleri puanlar arasında fark var mıdır?

1.4 Hipotezler

- a. Ölçeklerden elde edilen puanlar arasında ilişki yoktur.
- b. Ölçülen değişkenlere göre, hemşirelerin fiziksel aktivite düzeylerinde fark yoktur.
- c. Ölçülen değişkenlere göre, hemşirelerin SF-36 puanları arasında fark yoktur.
- d. Ölçülen değişkenlere göre, hemşirelerin Maslach tükenmişlik ölçeğinden elde ettikleri puanlar arasında fark yoktur.

1.5 Sınırlılıklar

Bu araştırma;

- a. Çalışmaya davet edilen ve katılma gönüllü olur veren, HİTÜ EOEAH'nde çalışan 211 hemşire ile,
- b. Yöntem bölümünde açıklanmış olan veri toplama araçları ile,
- c. Yöntem bölümünde açıklanmış olan istatistiksel analiz yöntemleri ile sınırlıdır.

1.6 Sayıtlar

- a. Çalışmada yapılan ölçümlerin hatasız yapıldığı varsayılmaktadır.
- b. Çalışmaya gönüllü olarak katılım sağlayan deneklerin, ölçeklerde yer alan sorulara samimi ve gerçekçi cevaplar verdikleri varsayılmaktadır.
- c. Verilerin hatasız şekilde kodlanarak bilgisayara aktarıldığı varsayılmaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde hemşirelik mesleğinin tarihçesi ve tanımı fiziksel aktivite, tükenmişlik ve yaşam kalitesi kavramlarına ait açıklamalar verilmiştir.

2.1 Hemşirelik Mesleğinin Dünya’da Tarihsel Gelişimi

Hemşirelik mesleğinin, milattan önce otuz ikinci asıra kadar uzandığı düşünülmektedir. Hemşirelik, sağlık meslekleri arasında yer almaktadır. Tarih boyunca dönemselsel olarak hemşirelik yaklaşımları değişim göstermiştir ve yaşanan toplumun dini inanışı, kültürü, yaşayış biçimi gibi birçok faktörden etkilenmiştir. Tıbbi uygulamalar ve hasta bakımı bütün çağlarda farklılık göstererek varolmuştur. Gelişen teknoloji ve tıbbi ilerlemeler ile birlikte hasta bakımındaki yetersizlik konusu önem kazanmaya başlamıştır (Ulusoy ve Görgülü, 2000, s. 1,2).

Flornance Nightingale, hemşirelik uygulamalarına bilimsel bakış açısı kazandıran önder olarak görülmekte ve çağdaş hemşireliği kuran kişi olduğu kabul edilmektedir (Ay ve diğ., 2007, s.8,9; Palmer, 1977; Henderson, 1964). Kırım savaşında geceleri yaralı askerleri kontrol etmek amacıyla elinde bir lamba ile dolaştığı için “Lambalı Kadın” olarak isimlendirilen Nightingale, aynı zamanda yazar ve istatistikçidir. Savaş süresince askerlerin mortalite oranları ve bu oranları etkileyen unsurlarla ilgili veriler toplamıştır ve istatistiksel analiz yöntemleri kullanarak analizler yapmıştır. Analizler sonucu düzenleyici/önleyici yöntemler ve kuramlar geliştirmiştir (Ay ve diğ., 2007, s. 8,9; Palmer, 1977). Nightingale hemşireliği “*bireyin çevresindeki unsurları kullanarak, bireyin iyileşmesine yardımcı olma fiili*” şeklinde tanımlamıştır (Texas Woman’s University, 2020). Hemşirelik eğitiminin bilimsel düşünce ve bilimsel araştırmalara dayalı profesyonel bir meslek haline getirilmesi adına İngiltere’de 1860 tarihinde Nightingale Hemşirelik Eğitim Okulu’nu açmıştır (Ulusoy ve Görgülü, 2000, s. 5).

Hemşirelik mesleği ile ilgili uluslararası örgütlenmenin sağlanması, sağlık politikalarının geliştirilmesi, hemşirelik mesleğinin ilerlemesi ve geliştirilmesi amacıyla 1899 yılında Uluslararası Hemşirelik Konseyi kurulmuştur (International

Council of Nurses, 2019). Günümüzde Türkiye'nin de Türk Hemşireler Derneği aracılığı ile üyesi olduğu Uluslararası Hemşirelik Konseyi'nin 128'den fazla üyesi bulunmaktadır ve çalışmalarına devam etmektedir (Türk Hemşireler Derneği [THD], 2020).

2.2 Hemşirelik Mesleğinin Türkiye'de Tarihsel Gelişimi

Türkiye'de hemşirelik mesleğine gereksinim olduğunu vurgulayan ve bununla ilgili çalışmaların öncüsü olan kişi, aynı zamanda askeri hekimlik yapan Prof. Dr. Besim Ömer Akalın'dır. 1911 yılında Kızılhaç Washington Kongresi'ne katılarak hemşirelik mesleğinin dallara ayrıldığını ve hasta bakımı alanında yapılan çalışmaların hasta iyileşmesindeki önemini gören Akalın, ülkeye dönüştü, hemşirelik okuluna olan gereksinimin önemini dile getirmiştir. Akalın'ın önderliğinde 1912'de İstanbul Kadırga Hastanesi bünyesinde altı ay süreli bir hasta bakıcı kursu açılmıştır. Türkiye'deki ilk sertifikalı hasta bakım kursu olan bu kurs, aynı zamanda hemşirelik mesleğinin de başlangıcı olmuştur. Kursa ilk etapta İstanbul'un bilinen ailelerin kızları alınmıştır. Kursu bitiren kişiler ilk olarak Balkan Savaşları'nda gönüllü olarak yaralı askerlerin bakımına katılmıştır ve hastanelerde çalışmaya başlamışlardır (Hacıfettahoğlu, 2007, s. 38-40). Bu süreci takiben sağlık liseleri açılmıştır ve hemşirelikle ilgili eğitimler verilmesine devam edilmiştir (Ökdem, Abbasoğlu ve Doğan, 2000).

İstanbul'da gönüllü hemşireler tarafından 1933 yılında "Türk Hastabakıcılar Cemiyeti" kurulmuştur (Hacıfettahoğlu, 2007, s. 40). Bu cemiyet daha sonra 1943'te "Türk Hemşireler Derneği" adını almıştır ve 1949 yılında Uluslararası Hemşirelik Konseyi'ne üye olmuştur. 1955'te ilk kez Ege Üniversitesi'nde Yükseköğrenim düzeyinde hemşirelik eğitimi verilmeye başlanmıştır. Türkiye'de hemşirelik 1999 yılından itibaren, sadece kadınların değil erkeklerin de yaptığı bir meslek olarak devam etmektedir (Ulusoy ve Görgülü, 2000, s. 20,21; Ökdem ve diğ., 2000).

2.3 Hemşirelik Mesleğinin Tanımı

Hemşirelik mesleği birçok şekilde tanımlanmıştır. Florence Nightingale'in tanımından başka tanımlamalara da rastlamak mümkündür. Virginia Henderson, hemşirelerin temel görevleri arasında, sağlıklı kişilerin sağlıklarını korumaları, hasta

bireylerin ise tedavi sürecinden ölüm anına kadar onlara yardım etmek olduğunu belirtmektedir. Henderson'a göre hemşirelerin en temel amacı, bireyin en kısa zamanda bağımsızlığına kavuşmasının sağlanmasıdır (Ay ve diğ., 2007, s. 10). Türk Hemşireler Derneği tarafından yapılan tanıma göre hemşirelik, “bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinde, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan sağlık disiplini” (THD, 2020).

2.4 Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Hemşirelerin görevleri, yetkileri ve sorumlulukları 25.02.1954 tarih ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'nda belirtilmiştir (Resmi Gazete, No: 6283). Yapılan düzeltmelerle birlikte yeniden güncellenen kanun 08.03.2010 tarihli ve 27515 sayılı resmi gazetede yayımlanmıştır. Buna göre hemşireler;

a. Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler.

b. Verilen hemşirelik bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirir, hizmet sunumunda bu sonuçlardan yararlanarak gerekli iyileştirmeleri yapar ve sonuçları ilgili birime iletir.

c. Tıbbî tanı ve tedavi planının uygulanmasında; hekim tarafından, acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygular, hastada beklenmeyen veya ani gelişen durumlar ile acil uygulanması gereken tanı ve tedavi planlarında müdavi hekimin şifahi tıbbi istemini kabul eder. Bu süreçte hasta ve çalışan güvenliği açısından gerekli tedbirleri alır.

d. Hastaya lüzumu halinde uygulanmak üzere hekim tarafından reçete edilen tıbbî talepleri bilimsel esaslara göre belirlenen sağlık bakım, tanı ve tedavi protokolleri doğrultusunda yerine getirir.

e. Tıbbi tanı ve tedavi işlemlerinin hizmetten faydalananlara zarar vereceğini öngördüğü durumlarda, müdavi hekim ile durumu görüşür, hekim işlemin uygulanmasında ısrar ederse durumu kayıt altına alarak hekimin yazılı talebi üzerine söz konusu işlemi uygular.

f. Tıbbî tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izler, istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli kayıtları tutarak hekime bildirir ve gerekli önlemleri alır.

g. Görevi teslim alacak hemşire gelmeden ve gerekli bilgiyi hasta başında sözlü ve yazılı olarak teslim etmeden ve doğal afet, toplu kazalar gibi olağanüstü durumlarda ise hemşireye olan ihtiyaç ortadan kalkmadan kurumdan ayrılamaz.

h. Hemşirelikle ilgili eğitim, danışmanlık, araştırma faaliyetlerini yürütür. Mesleği ile ilgili bilimsel etkinliklere katılır. Toplumun, öğrenci hemşirelerin, sağlık çalışanlarının ve adaylarının eğitimine destek verir ve katkıda bulunur.

i. Sağlık hizmetlerinin verildiği tüm alanlarda etkin bir şekilde görev alır, oluşturulan sağlık politikalarının yürütülmesinde, mevzuat çerçevesinde karar mekanizmalarına katılır.

j. Hizmet sunumunda, hizmetten faydalananların bireysel farklılıklarını kabul ederek, insan onurunu, mahremiyetini ve kültürel değerlerini azami ölçüde göz önünde bulundurur.

k. Tüm uygulamalarını kayıt altına alır.

2.5 Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi terimi Amerikan sözlüklerine 2. Dünya Savaşı ile Lyndon Johnson'un Büyük Toplum Programı arasında girmiştir. Bu terim, "Kaliteli Yaşam"ın maddesel bolluktan daha fazlasını gerektirdiğini vurgulamak için kullanılmıştır (Ferrans ve Powers, 1985).

2.5.1 Yaşam kalitesi kavramının tarihçesi ve tanımı

Dalkey ve Rourke (1973), yaşam kalitesi tanımını "bir kişinin iyi hissetmesi, memnuniyeti ya da memnuniyetsizliği veya mutluluğu ya da mutsuzluğu" olarak yapmaktadırlar. Campbell (1976) ise, mutluluk ve memnuniyetin farklı kavramlar olduğunu, mutluluğun duygu ve duygu deneyimi anlamına gelirken, memnuniyetin yargılayıcı bilişsel deneyim anlamına geldiğini savunmuştur. Ferrans ve Powers (1985), yaşam kalitesinin tanımını "kişinin yaşam alanlarından memnuniyet memnuniyetsizlikten kaynaklanan esenlik duygusu" olarak yapmaktadır.

George ve Bearon (1980), her insanın farklı olduğunu ve farklı şeylere değer verdiklerini bu yüzden yaşam kalitesi tanımını yapmanın zor olduğunu savunmaktadırlar. Schwartz'a (1975) göre, yaşam kalitesinin kesin bir tanımının olmamasının sebebi, bireysel farklılıklar, tecrübeler, yaşam tarzları, ilgiler, tercihler, hayattan zevk alma, hedefler, yaşlandıkça artan değişkenliklerdir.

DSÖ sağlığı, "sadece hastalık ve engelliliğin olmayışı değil, fizyolojik olarak, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali" olarak tanımladığında (WHO, 2006) yaşam kalitesinin önemini kabul etmiştir ve yaşam kalitesi sorunları sağlık hizmetlerinde giderek daha önemli hale gelmiştir (Testa ve Simonson, 1996). Bu tanım aslında yaşam kalitesini tanımlamaktadır ve sağlık-hastalık durumunun sadece fizyolojik iyilik hali olmadığını, aynı zamanda psikolojik, sosyal ve ekonomik yönlerinin olduğunu göstermektedir (Land ve diğ., 2012, s.2). Yaşam kalitesi, sağlık ve sosyal politikalarının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde büyük önem taşımaktadır (Ferrans ve Powers, 1985).

2.5.2 Yaşam kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi

Yaşam kalitesinin ölçülmesi için araştırmacılar birçok boyutu ele alan ölçeklerle genel bir değerlendirme yapmakta zorlanmışlardır. Bunun nedeni yaşamı etkileyen potansiyel olarak sonsuz ilişkili öge bulunması ve hangisinin yaşam kalitesi ölçümüne dahil edileceği konusunda anlaşma sağlanamamasıdır. Yapılan çalışmalara bakıldığında ortak olarak alınan kriterler; bireyin kendi yaşam kalitesi veya yaşam memnuniyeti, sosyoekonomik durum, fiziksel sağlık, duygu, algılanan stres, arkadaşlık, aile, evlilik, yaşam hedefleri, yaşadığı mahalle, şehir ve ulus, benlik saygısı, depresyon, psikolojik savunma mekanizmaları ve mücadele edebilme gücünü kapsamaktadır (Ferrans ve Powers, 1985).

Bununla birlikte, yaşam kalitesi, sadece ölçülebilir göstergeler kullanılarak ifade edilemeyen yaşamın karmaşık yönlerini de ele almakta ve genel olarak yaşamın öznel şekilde değerlendirilmesini ifade etmektedir. İlave olarak, sadece öznel refah duygusunu değil, sağlık düzeyi ve günlük yaşam ile ilgili durumları gibi nesnel göstergeleri de kapsamaktadır (Dimenas, Dahlof, Jern ve Wiklund'dan aktaran Mendlowicz ve Stein, 2000). Öznel göstergelere; aileden, evlilikten veya işten memnun olma düzeyi örnek olarak verilebilir. Nesnel göstergeler ise kişinin yaptığı iş, aylık kazancı ve eğitim seviyesi gibi faktörlerdir (Ferrans ve Powers, 1985). George ve Bearon (1980), hem nesnel hem de öznel göstergelerin yaşam kalitesi ve öznel deneyimin ölçülmesinde kullanılmasını savunmuşlardır. Yapılan çalışmalara göre yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde aşağıda verilen kriterler kullanılmaktadır (Land ve diğ., 2012, s.239).

- a. Ağrı,
- b. Yaşam memnuniyeti,
- c. Yorgunluk seviyesi,
- d. Öznel esenlik veya mutluluk ,
- e. Nesnel yaşam koşulları (örneğin, konut, yaşam standardı),
- f. Hayatın değerli alanlarında tatmin amacıyla gerekli davranışsal yetkinlikler,
- g. Benlik saygısı,
- h. Kişisel kontrol,
- i. Hastalık mortalitesi,
- j. Psikolojik bozukluk belirtileri (anksiyete vb.) ve/veya fiziksel hastalık,
- k. Cinsel yaşam.

2.5.3 Yaşam kalitesi göstergeleri

Yaşam kalitesi göstergeleri çeşitli şekilde sınıflandırılabilir. Diener ve Suh (1997) bu göstergeleri sosyal göstergeler, sağlık ile ilgili göstergeler ve ekonomik göstergeler olarak sınıflandırmaktadır. Aşağıdaki bölümde bu göstergeler açıklanmıştır.

2.5.3.1 Sosyal göstergeler

Sosyal göstergeler, spesifik bir kültürel ya da coğrafi birimde insanların nesnel koşullarını betimleyen sosyal ölçütlerdir. Bu göstergelerin ayırıcı özelliği, bireylerin toplumsal çevrelerine ilişkin bireysel algılarından ziyade, nicel verilere dayanmasıdır. Toplumsal göstergelerin kavramsal bütünlüğü çerçevesinde farklı toplumsal alanları temsil eden değişkenler ölçülmekte ve incelenmektedir. Örneğin bebek ölüm sayıları, kişi başına düşen hekim sayısı, uzun ömür gibi değişkenler sağlık alanında yaşam kalitesi kapsamında değerlendirilirken, cinsiyet oranları, kişi başına düşen polis sayısı ve toplumdaki tecavüz oranı da suça bağlı yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ülkeler, bölgeler, demografik sektörler ve zaman arasında sosyal göstergeler nicel olarak karşılaştırıldıkları için teknik olarak yaşam kalitesi ölçümünde daha doğru sonuçlar elde edilebilmektedir. Refah, insan hakları, ekoloji ve eğitim gibi endeksler de sosyal göstergeler olarak ifade edilmektedir. Sosyal göstergeler genellikle bir toplumun normatif ideallerini yansıtmaktadırlar (Diener ve Suh, 1997).

2.5.3.2 Sağlıkla ilgili göstergeler

“Sağlıklı Yaşam” kavramı 1950’lerde Ulusal Sağlık İstatistikleri Ofisi’nin ilk müdürü Dr. Halbert Dunn’ın üst düzey sağlıklı yaşam fikrini ortaya atmasıyla popüler olmuştur. Dunn (1959), sağlıklı yaşam kavramını “bireyin işleyebildiği potansiyeli en üst düzeye çıkarmaya entegre bir çalışma yöntemi” şeklinde ifade etmiştir.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinde yapılan birçok araştırma, DSÖ’nün sağlık tanımına dayanmaktadır (Land ve diğ., 2012, s. 13). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinde çalışma yapan kurumların yükselişi 1990’lı ve 2000’li yıllarda olmuştur. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesine yönelik dergiler kurulmuştur, birçok yaşam kalitesi yayını tıp dergilerinde yerini almıştır. Uluslararası Yaşam Kalitesi Araştırma Derneği 1995 yılında kurulmuştur ve profesyonel olarak çalışmaya başlamıştır (Patrick ve Chiang, 2000).

Tarihsel olarak, psikoloji bilimleri ve sosyal bilimler insan refahının doğası ve nedenleri üzerinde çalışmalar yapmışlardır. İnsan refahı üzerine yapılan araştırmalarda dört bilimsel konuya eğilimin artmasının yaşam kalitesi düzeyini arttırdığını düşünülmektedir. İlk olarak, stres ve sağlık çalışması bireylerin stres algıları ve onların başa çıkma stratejileri modellerini içerecek şekilde geliştirilmiştir. İkinci olarak, gerontolojinin araştırma alanı genişletilmiştir ve nüfusun artan yaşam beklentisi ile birlikte başarılı yaşlanma çalışmalara dahil edilerek, yaşlanma karşısında olumlu insan gelişimi kavramları üzerinde çalışmalar arttırılmıştır. Üçüncü olarak 1960'lı ve 1970'li yılları karakterize eden hümanizm ve sosyal refah döneminde bireylerin yaşam kalitelerini nasıl gördükleri ve nasıl geliştireceklerini incelenmiştir. Dördüncüsü 1970'lerde ortaya çıkan esenlik çalışmalarıdır (Land ve diğ., 2012, s. 99).

2.5.3.3 Ekonomik göstergeler

Ülkelerin zenginlik düzeyleri ve kişi başına düşen milli gelir miktarı arttıkça yaşam kalitesinin artış gösterdiği yapılan çalışmalarla desteklenmiştir. Ekonomik endeksler ve sosyal göstergeler arasında güçlü korelasyonlar mevcuttur. Ekonomide, tüketicilerin seçimleri, uzmanların kararlarından çok bireyin davranışına dayanan yarar ölçüsü olarak kullanılmaktadır. Ekonomide seçime dayalı yarara benzer bir kavram, insanların yaşamlarındaki olaylara, durumlara nasıl tepki verdikleri ve deneyimlemeleridir. Bir ekonomist bir işin kalitesini insanların tercihlerine göre değerlendirirken, öznel bir refah araştırmacısı işin kalitesini, insanların hoş deneyimleri, hoş olmayan deneyimleri ve memnuniyeti ile değerlendirmektedir. Ekonomistlerin yaptığı araştırmalar yalnızca ekonomi bilimi açısından önem taşımamaktadır. İşsizlik, ülkenin kriz durumu, yoksulluk oranının fazla oluşu, yetersiz sağlık hizmetleri, sosyal yardım ödemelerinin yetersiz oluşu, insanların daha düşük ücretli iş olanaklarını istemeden kabul etmek zorunda kalması, mevcut iş gücünün eğitimi ile yapılan işin tutarsız oluşu gibi durumlar birey ve toplumun psikolojisi ile yaşam kalitesini etkilemektedir (Diener ve Suh, 1997).

2.6 Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Sınıflandırılması

Bu ölçekler “genel” ve “hastalığa özgü” olmak üzere iki grupta incelenmektedirler (Patrick ve Deyo, 1989). Takip eden bölümde bu gruplar içerisinde yer alan bazı ölçeklere ilişkin bilgi verilmektedir.

2.6.1 Genel sağlık indeksi ve profilleri

Genel sağlık indeksi ve profillerinden bazıları Őunlardır.

2.6.1.1 SF-36 kısa form sağlık leği

SF-36 kısa formu sağlık durumunu ölçmek için tasarlanmış 36 maddelik bir ölçektir. SF-36 klinik uygulama ve araŐtırması, sağlık politikası değerlendirilmesi ve genel popülasyon anket değerlendirilmesinde kullanılmak için tasarlanmıŐtır. Fiziksel ve ruhsal sağlık önlemleri olarak SF-36 leklerinin geçerliliği n psikometrik testlerin sonuçlarını sunmaktadır. SF-36 sekiz sağlık kavramını değerlendirmektedir. Bu kavramlar Őunlardır; sağlık sorunları nedeniyle fiziksel faaliyetlerde sınırlamalar, fiziksel veya duygusal sorunlar sosyal faaliyetlerde sınırlamalar, fiziksel sağlık sorunları nedeniyle her zamanki rolde sınırlamalar, ağrı, genel ruh sağlığı, olağan rol aktivitesindeki sınırlanmalar, canlılık/vitalite/enerji, genel sağlık algısıdır (Ware ve Sherbourne, 1992). Bu leğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1999 yılında yapılmıştır (Koçyiğit, Aydemir, lmez ve Memiş, 1999). Kentlerde yaŐayan Türk insanların yaşam kalitesi puanlarına ilişkin norm değerlerin oluşturulması için yapılmış olan çalışmada, SF-36 yaşam kalitesi alt bileŐenlerinin her biri için erkek ve kadınların ortalama ve standart sapma değerleri üretilmiş ve izelge 2.1’de gösterilmiştir (Demiral ve diğ., 2006).

Çizelge 2.1 : SF-36 leği alt boyutlarına ait Türk popülasyonu normları.

Alt boyut	Kadın	Erkek
Fiziksel fonksiyon	80,6±21,7	87,2±17,1
Fiziksel rol güçlüğü	82,9±28,6	89,8±19,3
Ağrı	81,0±20,2	85,1±16,4
Genel sağlık algısı	69,1±16,9	73,6±14,9
Enerji / canlılık / vitalite	63,4±13,7	65,7±11,9
Sosyal işlevsellik	90,1±12,9	91,7±12,8
Emosyonel rol güçlüğü	89,0±22,5	92,8±15,1
Ruhsal sağlık	70,1±11,4	71,0±10,6

2.6.1.2 Nottingham sağlık profili

Bu lek, 1975 yılında Nottingham’daki Toplum Sağlığı Bölümü’nde kötü sağlık-fiziksel, sosyal ve duygusal tipik etkilerinin araŐtırılmasıyla ortaya çıkmıştır (McEwen, 1993). Nottingham Sağlık Profili iki kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda bireyin sağlık durumunu değerlendiren sorular yer almaktadır. İkinci kısımda ise hasta sağlığının günlük yaşam üzerindeki etkisini ele almaktadır. İkinci kısım her zaman

kullanılmamakta asıl olarak ilk kısımda yer alan 38 soru değerlendirilmektedir. Ölçekte fiziksel hareketlilik, uyku, duygusal tepkiler, enerji, sosyal izolasyon ve ağrı olmak üzere toplam 6 alt kategori bulunmaktadır (Jenkinson, Fitzpatrick ve Argyle, 1988).

2.6.1.3 DSÖ yaşam kalitesi değerlendirme anketi

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (DSÖYK) projesi 1991 yılında başlatılmıştır. Amacı uluslararası kültür bağlamında algıları değerlendiren, kültürel açıdan karşılaştırılabilir bir yaşam kalitesi değerlendirme aracı geliştirmektir. Bu anket, bireyin algılarını kültür ve değer sistemi bağlamında, kişisel hedeflerini, standartlarını ve bağlarını değerlendirmektedir. DSÖYK, araçları dünya çapında birçok merkezde işbirliği içinde geliştirilmiştir ve yaygın olarak saha testine tutulmuştur. DSÖYK Değerlendirme Anketi, fiziksel sağlık, ruhsal sağlık, toplumsal ilişkiler ve çevre konularını ölçen 26 maddeden oluşmaktadır (WHO, 2019).

2.6.1.4 İyilik hali skalası

İyilik hali skalası, 1970'lerde sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin bir ölçüsü olarak belirlenmiştir. Sağlık ölçeğinin kalitesi, 0'dan (ölüm için) 1,0'a (asemptomatik tam fonksiyon için) uzanan sağlığın zaman içinde ifade edilmesini sağlamak için üç işleyiş ölçeğini bir semptom ve sorun ölçüsü ile bireleştiren tercih ağırlıklı bir ölçü olarak tanımlanmaktadır (Kaplan, Bush ve Berry'den aktaran Sieber, Groessl, David, Ganiats, ve Kaplan, 2008).

2.6.2 Hastalığa özgü ölçekler

Yaşam kalitesi üzerindeki değerlendirme ölçütleri arasından nesnel ölçütle ve öznel ölçütler yer almaktadır. Öznel ölçütler hasta tarafından bildirilen sonuçlardır ve Hasta Beyanına Dayalı Çıktılar (HBDC) adı verilmektedir. Sağlıkla ilgili tedavi başarısının iyileştirilmesi, toplumlar için önemli bir unsur olarak görülmektedir. HBDC kullanımı bu sorunların çözümünde kullanılan köklü bir yaklaşım haline gelmiştir. HBDC hastanın sağlığı, fonksiyonel durumu, semptomları, memnuniyeti ve yaşam kalitesi hakkında temel bilgileri kendi kişisel bakış açısı ile tanımlamasını sağlamaktadır. Buna göre kendi kendine rapor edilen önlemler, hastanın değerlendirilmesinin, tanının belirlenmesinin, bakım planlamasının ve tedavi

hedeflerine yönelik ilerlemenin değerlendirilmesine yardımcı olmaktadır (Bruce ve Fries, 2005).

2.6.2.1 Sağlık durumu değerlendirme anketi

Stanford Artrit Merkezi tarafından 1980 yılında yayınlanan Sağlık Değerlendirme Anketi (SDA), hasta odaklı sonuç değerlendirme modelini temsil etmek için tasarlanmış ilk HBDC araçlarından birisidir. SDA, hasta merkezli değerlendirmelere göre birden fazla boyutu değerlendirmektedir (Fries, Spitz, Kranies, ve Holman, 1980). SDA 5 alt boyut ve daha spesifik alt kategorilerden oluşmaktadır. Bu 5 boyut; özürlülükten kaçınmak, ağrı ve rahatsızlıktan arınmak, tedavinin olumsuz etkilerinden kaçınmak, tıbbi maliyetleri düşük tutmak ve ölümü ertelemektir (Potts Mazzuca ve Brandt'den aktaran Bruce ve Fries, 2005).

2.6.2.2 WOMAC osteoartrit indeksi

Bu ölçek, kalça veya diz osteoartriti olan hastalarda alt ekstremitenin semptomları ve fonksiyonlarının değerlendirilmesinde kullanılan bir ölçektir. Ağrı alt boyutunda beş soru, sertlik alt boyutunda iki soru ve fonksiyon alt boyutunda on yedi sorudan oluşmaktadır (Bellamy'den aktaran Roos, Klassbo ve Lohmander, 1999).

2.6.2.3 Artrit etkisini inceleme ölçeği kısa form 2

Artrit Etkisini İnceleme Ölçeği Kısa Form 2, 12 boyutta düzenlenen 57 temel öğeden oluşan sağlık durum anketidir ve 5 bileşene ayrılmaktadır. Fiziksel (hareketlilik düzeyi, yürüme ve bükme, el ve parmak fonksiyonu, kol fonksiyonu, öz bakım, ev işleri), belirti (artrit ağrısı), rol (iş), sosyal etkileşim (sosyal aktiviteler, aile ve arkadaşlardan destek) ve etkiler (gerginlik düzeyi, ruh hali) bileşenlerinden oluşmaktadır (Guillemine ve diğ., 1997).

2.6.2.4 Lequesne-Algo fonksiyonel indeksi

Lequesne-Algo Fonksiyonel İndeksi, diz ve kalça osteoartritine özgü sağlık durumunun değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçektir (Lequesne'den aktaran Stucki ve diğ., 1998). Toplam 10 soru ve 3 bölümden oluşmaktadır. Merdiven inip çıkma, çömelme, düz olmayan zeminde yürüme, çorap giyme, bir yerden nesne alma, arabaya binme, sandalyeden inme vb. sorularla ağrı ve rahatsızlığını tanımlayıcı soruları içermektedir (Stucki ve diğ., 1998).

2.7 Hemşirelik Mesleğinde Yaşam Kalitesinin Önemi

Bireylerin çalışma ortamlarındaki yaşam kalitesi, bir işyerindeki insanların güvenilir, sorumlu ve çalışma ortamına değerli katkılar sunacak kapasitede oldukları ve bu nedenle de bu bireylere hak ettikleri saygıyı gösterecek şekilde davranılması gerektiğini kabul eden felsefe ve bir dizi ilkedir (Straw ve Heckscher'den aktaran Rose, Beh, Uli ve Idris, 2006). Bu kavram, bir kuruluşun yalnızca işle ilgili yöne odaklanmak yerine, çalışanların bütünsel refahını sağlama yöntemini açıklamaktadır (Daubermann ve Tonete, 2012). Swamy, Nanjundeswaraswamy ve Rashmi (2015) mesleki hayat kalitesini bir çalışanın, organizasyonun hedeflerine ulaşırken iş yerinde yer alarak kişisel ve çalışma ihtiyaçlarını karşıladığı bir kapsam olarak tanımlamaktadır. İş türü, zorluklar, iş tatmini, beklentiler, risk avantajları, stres miktarı, mesleki beklentiler, teşvik, tutum, fırsatlar, ödül, büyüme ve gelişme ile kariyer umutları iş hayatının kalite düzeyini belirleyen etkenlerdendir (Hemanathan, Sreelekha, Prakasam ve Golda, 2017).

Yoğun hemşirelik çalışmaları, hemşire ve personel eksiklikleri yüksek profilli uluslararası bir sorun haline gelmiştir. Hemşirelik sektörünün istikrarı, hemşirelik hizmetlerinin kalitesi ve hemşirelerin memnuniyeti ile yakından ilişkilidir (Tomietto, Paro ve Sartori'den aktaran Wang, Wang, Liu ve Wang, 2020). Hemşirelerin çalışma kalitesini ve yaşam kalitesi arttırmak, örgütsel istikrarı sağlamak ve kayıp oranını düşürmek adına tıbbi yöneticiler açısından önemli bir konudur (Wang ve diğ., 2020). Hemşirelik personeli yüksek fiziksel ve psikososyal çalışma yüküne maruz kalmaktadır. Hastaların ihtiyaçları ve güvenliği, uzun vardiyalar, yüksek iş yükü, iş yerindeki çatışmalar, personel sıkıntısı, denetçilerle çatışmalar, önyargı ve örgütsel destek eksikliği hemşirelik mesleğinin stres yaratan faktörleri arasında yer almaktadır (Rodrigues ve Ferreira'den aktaran Salem ve Ebrahim, 2018). Hemşirelik alanında yaşanan gelişmeler sonucunda, yeni hemşirelik pozisyonlarının oluşturulması, hemşirelerin eğitim gereksinimlerinin artması, iş yerinde rol karışıklığı faktörleri stres duygusunu arttırmaktadır (Robinson ve Griffiths, 2007). Sağlık sistemleri bu gelişmeler doğrultusunda düzenleyici\geliştirici önlemler almadığında, etkisiz bir hemşirelik iş gücü, kötü hasta sonuçları, kamu ve özel finansmanın uygunsuz kullanımı gibi kötü sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Nowrouzi ve diğ., 2016).

2.8 Fiziksel Aktivite

İnsan vücudu milyonlarca yıl boyunca, yürümek, koşmak ya da tırmanmak için büyük kas gruplarını kullanmaktan, ince el becerisi içeren ayrıntılı eylemler gerçekleştirmeye kadar çok çeşitli görevleri yerine getirebilen karmaşık bir organizmaya dönüşmüştür. Avcı-toplayıcılar olarak, insanların yiyecek bulmak için uzun mesafeler kat etmesi ve saldırılardan kaçmak için hızlı koşmaları gerekmektedir. Gıda maddelerinin genellikle kıt oluşu ve elde etmenin zorluğu, insan vücudunun kıtlık zamanlarında kullanmak için enerji tasarrufu tarafından uyuma neden olmuştur. İnsan gücü ve hareketli yapısı, uygarlık seviyesi arttıkça tarımla uğraşmak, bina yapmak gibi işler için kullanılmaya devam etmiştir (Cavill, Kahlmeier ve Racioppi, 2006, s.1,2).

Bedensel bir hareketi gerçekleştirmek için gerekli enerji miktarının ifade edilmesi için kilojoule (kj) ya da kilokalori (kcal) birimleri kullanılmaktadır (Caspersen, Powell ve Christenson , 1985). DSÖ fiziksel aktiviteyi “*mesai yaparken, evde herhangi bir iş yaparken, seyahat ederken ve eğlence amaçlı faaliyetler dahil olmak üzere iskelet kasları tarafından enerji üretilmesi ile sonuçlanan herhangi bir bedensel hareket*” olarak tanımlamaktadır. Fiziksel aktivite terimi genelde egzersiz ile karıştırılmaktadır. Egzersiz, planlanan, yapılandırılmış, tekrarlayan, fiziksel uygunluğun bir veya birden fazla bileşeni geliştirmeyi ve sürdürmeyi amaçlayan fiziksel aktivitenin bir alt kategorisidir (WHO, 2020).

Fiziksel aktivite genellikle frekans, yoğunluk, zaman ve tipinin bulunduğu prensiplerle karakterize edilmektedir. Frekans, kişinin ne sıklıkta etkin olduğunu, yoğunluk fiziksel aktivitenin ne kadar güçlü olduğunu, zaman fiziksel aktivitenin toplam süresini ve tipi aerobik veya anaerobik olup olmadığını ifade etmektedir (Rhodes ve diğ., 2017). Aktivite durumlarına göre kişiler sedanter, inaktif ve aktif olarak sınıflandırılmaktadır (WHO, 2020).

2.8.1 Fiziksel aktivite ve enerji harcaması

Fiziksel aktivite ve enerji harcaması kavramlarının birbirinden farklı kavramlar olduğu bilinmektedir. Basitçe ifade etmek gerekirse fiziksel aktivite, enerji harcamalarının istirahat seviyelerinin üzerinde yükselmesine neden olan bir davranıştır (Volp, Oliveira, Alves, Esteves ve Bressan, 2011). Toplam enerji harcaması ise 24 saat içinde tüketilen toplam enerji miktarını ifade etmektedir. 3 ana komponentten oluşmaktadır ve bunlar dinlenme enerjisi harcamaları, termodinamik

etki ve aktiviteye bağlı enerji harcamalarıdır (Nelms, Sucher, Lacey ve Roth, 2010, s. 240-242).

2.8.1.1 Dinlenme enerjisi harcamaları

Toplam enerji harcamasının en büyük bölümünü oluşturan dinlenme enerjisi harcamaları, beden ısısını korumak, hayati organların (beyin, kalp, böbrekler, akciğerler gibi) işleyişini ve metabolik aktiviteleri sürdürmek için gereken enerji olarak tanımlanmaktadır. Dinlenme enerjisi harcamalarını etkileyen en önemli faktörler arasında, vücut kompozisyonunun durumu, kalıtsal faktörler, beden ısısı, cinsiyet faktörü, yaş ve endokrin sistem gibi faktörler yer almaktadır (Nelms ve diğ., 2010, 240-242).

2.8.1.2 Aktiviteye bağlı enerji harcamaları

Aktiviteye bağlı enerji harcamaları toplam enerji harcamaları bileşenleri arasında hem bireyler için hem de bireyler arası düzeyde en değişkeni olmaktadır. Bazı sporcularda veya ağır işlerde çalışan işçiler gibi çok aktif durumdaki insanlarda bazal enerji harcaması, sedanter insanlardan 1-2 kat daha yüksek olabilmektedir. Aktiviteye bağlı enerji harcamalarını etkileyen faktörler arasında aktivitenin yoğunluğu, süresi ve sıklığı yer almaktadır (Welk, 2002).

2.8.1.3 Termodinamik etki

Termodinamik etki aynı zamanda diyet kaynaklı termogenez olarak adlandırılmaktadır. Gıda sindirimi için gerekli enerji, emilim, taşıma ve metabolizma olayları, besinlerin depolanması, ve atıkların ortadan kaldırılmasında kullanılan enerji harcamasıdır. Günlük harcanılan toplam enerji miktarının %10'u olarak tahmin edilmektedir (Nelms ve diğ., 2010, s. 240-242).

2.8.2 Fiziksel aktivitenin sağlık üzerindeki etkileri

Fiziksel aktivitenin, fiziksel ve ruh sağlığını iyileştirmenin en temel araçlarından biri olduğu düşünülmektedir. Fiziksel hareketsizlik, kardiyovasküler ve kas iskelet sistemi rahatsızlıkları, tip 2 diyabet, hipertansiyon, bazı onkolojik hastalıklar, ve psikolojik bozukluklar için önemli bir risk faktörüdür (WHO, 2020).

Fiziksel hareketsizlik DSÖ Avrupa Bölgesi'nde yılda yaklaşık 600.000 kişinin ölümüne neden olmaktadır. Buna ek olarak, fiziksel aktivite halk sağlığı için yeni bir

küresel sorun teşkil etmektedir, kilolu ve obezitede artış bunun göstergesi olarak görülmektedir. Sedanter yaşam tarzı halk sağlığı için ciddi sonuçlar doğurmaktadır ve en belirgin sonucu giderek artan obezitedir. Obezite ise kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet gibi birçok hastalık riskini arttırmaktadır. Çağımızda insanlar sedanter işlere, sedanter eğlencelere yönelmektedir. Teknolojik gelişmeler, en basit görevlerin bile mekanize olduğunu ve insanların hayatta kalmak için bu kadar enerji kullanmalarına gerek olamadığı anlamını taşımaktadır. Bu sorunlarla mücadelenin sadece bireysel bir sorumluluk olmadığı ve toplumun aktif yaşamı kolaylaştıracak koşulları yaratmaktan sorumlu olduğu düşünülmektedir. Halk sağlığı profesyonellerinin ve politikacıların yanında, şehir planlamacıları, öğretmenler, çevreciler, ulaştırma mühendisleri, mimarlar, spor profesyonelleri, kamu ve özel sektördeki işverenler birlikte hareket etmelidirler (Cavill, Kahlmeier ve Racioppi, 2006, s.1,2).

Aktif yaşam, günlük yaşantının her alanında fiziksel aktiviteye yer verilmesiyle oluşan bir yaşam biçimidir. Genel yetişkin popülasyonun amacı her gün en az 30 dakika aktivite yapmaktır (WHO, 2020). Fiziksel aktivite miktarı birey tarafından yapılan çaba miktarı ile büyük ölçüde değişebilmektedir. Yoğunluk aktivite türüne ve bireyin kapasitesine göre değişmektedir. Örneğin koşu genellikle daha yüksek yoğunluktadır, genç, formda bir kişinin belirli bir hızda, daha yaşlı ve daha az formda bir insandan daha kolay yürümesi olasıdır (Cavill, Kahlmeier ve Racioppi, 2006, s.3).

DSÖ'nün Diyet, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Küresel Stratejisinde fiziksel aktivite ile ilgili olarak yer alan bilgilerde bireylerin yaşamları boyunca yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmaları önerilmektedir. Haftada düzenli olarak en az 3-5 gün ve en az 30 dakika yapılan orta yoğunluktaki fiziksel aktivitenin, birçok hastalığın önlenmesinde ve tedavi edilmesinde pozitif anlamda etkili olduğu düşünülmektedir. Fiziksel aktivite kas güçlendirme ve denge eğitimi düşmeleri azaltabilmektedir ve yaşlı yetişkinler arasında fonksiyonel durumu arttırabilmektedir. Kilo kontrolü için daha fazla aktivite gerekli olduğu düşünülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Sağlık için fiziksel aktivite yararları üzerinde birçok çalışma yapılmıştır (Low, Lee ve Samy, 2015; Alves ve diğ., 2016). Fiziksel aktivitenin kronik hastalıklar üzerinde yararlı etkileri vardır (Çizelge 2.2). Bu yararların bir sınırı yoktur, hastalığın ilerlemesini önlemek ve yaşam kalitesini iyileştirme de bu yararlarla dahil edilmektedir (Cavill, Kahlmeier ve Racioppi, 2006, s.6).

Çizelge 2.2 : Fiziksel aktivitenin bazı sağlık faktörleri üzerindeki etkileri.

Durum	Etkisi
Kalp Hastalığı	Azaltılmış Risk
Felç	Azaltılmış Risk
Aşırı Kiloluluk ve Obezite	Azaltılmış Risk
Tip 2 Diyabet	Azaltılmış Risk
Kolon Kanseri	Azaltılmış Risk
Meme Kanseri	Azaltılmış Risk
Kas İskelet Sağlığı	Geliştirme
Yaşlılarda Düşme	Azaltılmış Risk
Psikolojik Refah	Geliştirme
Depresyon	Azaltılmış Risk

2.8.3 Fiziksel aktivitenin değerlendirilmesi

Fiziksel aktivite ölçme yöntemleri, objektif, subjektif ve kriter yöntemler olarak üç gruba ayrılmaktadırlar. Kriter yöntemler arasında direkt kalorimetre ve indirekt kalorimetre bulunmaktadır. Objektif yöntemlerden bazıları kalp atım hızı monitörleri, akselometre ve pedometredir. Subjektif yöntemler ise günlükler, fiziksel aktivite kayıtları ve anketlerdir (Welk ve diğ., 2000).

2.8.3.1 Çift etiketli su

Kişinin günlük yaşamında toplam enerji harcamasının ölçülmesi için invaziv olmayan bu yöntemin kullanımı giderek artmaktadır. Anket ve ölçeklerden elde edilen verilerden daha objektif ve doğru sonuçlar veren çift etiketli su yöntemi, pahalı ancak enerji harcama hızlarının doğru şekilde ölçülemediği bir yöntemdir. Çift etiketli su yöntemi için oksijen ve hidrojen kararlı izotopları (^{18}O ve 2H) kullanılmaktadır (Park, Kazuko, Kim, Kim ve Yoon, 2014).

Bu yöntemde, bireyler hidrojen ve oksijen izotopları içeren su içerler ve bu izotoplar bütün vücuda dağılır. 2H vücuttan ürüner sistem yolu ile, terlemekle ve solunum yolu ile atılmaktadır. Su, karbondioksit ve hidrojen kayıp oranları arasındaki fark karbondioksit üretiminin tahmin edilmesini sağlamaktadır. Oksijen tüketimi karbondioksit üretiminden hesaplanır ve enerji harcamaları stokiyometri ile hesaplanır (Hardman ve Stensel, 2009, s. 25,26).

2.8.3.2 Hareket sensörleri (pedometreler ve akselerometreler)

Hareket sensörleri ile yapılan (pedometreler ve akselerometreler) ölçümler bireyin beyanına dayanan fiziksel aktivite değerlendirilmesinden daha objektif sonuçlara neden olmaktadır. Bu sensörlerin kullanımında bireyler cihazları genellikle

bellerine takarak fiziksel aktivitesine devam etmektedirler. Duş almak veya yüzmek haricinde cihaz takılı kalmaktadır. Pedometreler genellikle yürüme veya koşma sırasında dikey hareket ile tetiklenen mekanizma kullanılarak çalışmaktadır. Önceden belirlenmiş kritik eşiğin üzerinde tespit edilen her hareket atılan bir adım olarak değerlendirilir. Pedometreler aktivite yoğunluğunu hesaplama becerisine sahip değildir, ancak atılan adım sayılarını kabul edilebilir doğrulukta ölçmektedirler (Hardman ve Stensel, 2009, s. 25,26). Pedometreler enerji harcamasını doğru bir şekilde göstermemektedirler ve bunun kişisel özelliklerin (yaş, boy, cinsiyet, atılan adımların farklı oluşu vb.) farklı olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir (Welk ve diğ., 2000).

Akselerometreler hareket esnasında oluşan ivmeyi göz önünde bulundurarak fiziksel aktivite düzeyinin ve toplam enerji kaybının belirlenmesine yardımcı olan cihazlardır. Çalışma prensibi olarak akselerometreler ivme algılayıcıları sayesinde verileri toplamakta ve bu verileri cihaz belleğine kaydetmektedirler. Cihaz üzerindeki bu veriler işlenmek üzere bilgisayara aktarılmaktadır. Bu verilerin analizinde özel donanım ve yazılımlar gerekmektedir. Akselerometreler genellikle tek eksenli, küçük boyutlu ve kalça ya da sırtın alt bölgesine takılacak şekilde üretilmektedir. İki ya da üç eksenli akselerometreler de bulunmaktadır. Üç eksenli ivmeölçerler vücut hareketlerinin daha ayrıntılı şekilde değerlendirilmesini sağlamaktadır (Plasqui, Joosen, Kester, Goris, Westerterp, 2005).

2.8.3.3 Kalp atım hızı monitörleri

Fiziksel hareketliliği ve enerji harcamalarını ölçmek için kullanılan ve objektif araçlardan birisi olan kalp atım hızı monitörleri yaygın olarak kullanılmaktadır (Hills, Mokhtar ve Byrne, 2014; Sirard ve Pate, 2001). Kalp hızının enerji harcamasıyla doğrusal ilişkili olduğu, fiziksel aktivite yoğunluğu ve oksijen tüketimi ile orantılı olarak kalp hızının değiştiği çalışmalarla kanıtlanmıştır (Schrack ve diğ., 2014; Armstrong, 1998; Freedson ve Evenson, 1991).

Kalp atım hızı monitörlerinin avantajları arasında, egzersiz süresinin ve yoğunluğunun değerlendirilmesi ve kaydedilmesinde doğruluk oranı yüksek olması ve çocuklarda kullanımının rahat olması yer almaktadır. Sıcaklık ve stres gibi faktörlerden etkilenmesi dezavantajları arasındadır (Freedson ve Evenson, 1991).

2.8.3.4 Direkt kalorimetre

Direkt kalorimetre ölçümü, bir kalorimetre kullanılarak ısı kaybının ölçülmesidir. Metabolik hızı ölçmek için kullanılan en doğru yöntemlerdendir (Kaiyala ve Ramsay, 2011). Isı akışı veya ısı iletimli kalorimetreler (Zhang, 2010), ısı emici direkt kalorimetre (Webster, Welsh, Pacy ve Garrow, 1986), direkt konveksiyon kalorimetre (Levine, 2005; Snellen, Chang ve Smith, 1983) ve direkt diferansiyel kalorimetre (Kaiyala ve Ramsay, 2011) olarak dört tip kalorimetre bulunmaktadır.

2.8.3.5 İndirekt kalorimetre

İndirekt kalorimetre ölçümü, fiziksel aktivite sırasında gaz hacminin (oksijen ve karbondioksit konsantrasyonu) ölçülmesidir (Leonard, 2012). İndirekt kalorimetre invaziv olmayan bir yöntemdir ve ambulator metabolik sistemlerin kullanımı yoluyla sahadaki enerji harcamalarının değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır (Schrack, Simonsick, Ferrucci, 2010). Enerji harcamaları Weir yöntemi ile hesaplanmaktadır (Weir, 1949).

2.8.3.6 Öz bildirim yöntemi

Fiziksel aktivite değerlendirilmesi için en yaygın olarak kullanılan öz bildirim yöntemleri, fiziksel aktivite anketleri, fiziksel aktivite kayıtları ve günlüklerdir (Pedersen ve Saltin, 2006). Fiziksel aktivite değerlendirmesinde öz bildirim yönteminin sınırlı olmasının nedeni düşük doğruluk ve güvenilirliğidir (Ara ve diğ., 2015). Öz bildirim yöntemleri, diğer fiziksel aktivite değerlendirme yöntemlerine kıyasla daha düşük maliyetli olmaları nedeniyle daha çok kullanılan metotlar arasındadır ve katılımcıların fiziksel aktivite şekilleri hakkında bilgi vermektedirler (Welk, 2002).

2.8.3.7 Fiziksel aktivite kayıtları ve günlükler

Fiziksel aktivite kayıtları ve günlükler katılımcıların gerçekleştirilen etkinlikleri kaydetmelerini gerektirmektedir ve zamanında tamamlanmaları durumunda bellek yanılması en aza indirilmektedir. Fiziksel aktivite kayıtları ve günlükler fiziksel aktivite anketlerine göre katılımcılara zamanında kaydedilmek açısından daha fazla sorumluluk yüklemektedir (Volp ve diğ., 2011).

Örneğin Bouchard'ın fiziksel aktivite kaydı (Bouchard ve diğ., 1983), katılımcıların 3 gün içinde her 15 dakikalık aralık için fiziksel aktivite rapor ettiği

yaygın olarak kullanılan bir günlüktür. Etkinlikler 1 ile 9 derece arasında bir ölçekle değerlendirilir (1= sedanter aktivite ve 9 = yoğun manuel çalışma veya yüksek yoğunluklu spor) ve toplam enerji harcaması puanı elde edilir (Rachele, McPhail, Washington, Cuddihy, 2012).

2.8.3.8 Fiziksel aktivite anketleri

Anketler katılımcılara düşük oranda sorumluluk getirmektedir ve katılımcıların hatırlama yeteneğine dayanmaktadır. Katılımcının gerçekleştirdiği fiziksel aktivite ile ilgili sorulara cevap verirken hafızası yanılgı riski oluşturmaktadır ve katılımcının hafızasına güvenmek bu yöntemi sınırlamaktadır (Welk, 2002).

En sık kullanılan fiziksel aktivite anketleri Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Holle, Bourdeaudhuij, Deforche, Cauwenberg ve Dyck, 2015; Craig ve diğ., 2003), 7 günlük Fiziksel Aktivite Hatırlama (Calabro, Kim, Franke, Stewart ve Welk, 2015), Değiştirilebilir Aktivite Anketi (Delshad ve diğ., 2015), Önceki Hafta Değiştirilebilir Aktivite Anketi (Gabriel, McClain, Schmid, Storti ve Ainsworth, 2010), Son Fiziksel Aktivite Anketi (Golubic ve diğ., 2014) ve Önceki Gün Fiziksel Aktivite Hatırlama (Weston, Petosa ve Pate'den aktaran Ndahimana ve Kim, 2017) anketleridir.

Uluslararası karşılaştırmaları ve küresel sürveyansı kolaylaştırmak için kendi kendine bildirilen fiziksel aktivite seviyeleri hakkında veri elde etmek adına uzun zamandır standart bir yaklaşıma ihtiyaç duyulmaktadır. Bu amaçla IPQA uzun ve kısa formu geliştirilmiştir. İlk pilot testler 1998-1999 yıllarında yapılmıştır ve anketin dört uzun dört kısa formu ile sekiz versiyonu geliştirilmiştir. Telefon görüşmeleri veya kendini raporlama yöntemleri ile uygulanmıştır. Yapılan görüşmelerde iki farklı referans yer almaktadır, son yedi gün veya olağan haftada yürüyüş, oturma, bisiklet ve eğlence gibi aktivitelerin sorgulandığı sorular yer almaktadır. Anketin ölçüm özelliklerini belirlemek için 12 ülke ve 14 merkezde güvenilirlik-geçerlilik çalışması yürütülmüştür (Craig ve diğ., 2003). Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öztürk tarafından yapılmıştır (Öztürk, 2005).

2.8.3.9 Doğrudan gözlem

Doğrudan gözlem yönteminde, serbest bir gözlemci fiziksel aktiviteyi izlemektedir ve kaydetmektedir (McKenzie, Marshall, Sallis ve Conway, 2000). Bu değerlendirme yöntemi genellikle etkinlik sınırlandırılmış bir alanla kısıtlandığında

kullanılır (örneğin, bir sınıf) (McKenzie, 1991). Küçük çocuklar için popüler bir yöntemdir, çünkü çocuklar fiziksel aktivitelerini hatırlamakta güçlük çekmektedirler (Anderssen, Jacobs, Aas ve Jakobsen, 1995). Dezavantajları arasında fazla zaman ve enerji harcaması sayılabilmektedir (Rachele, McPhail, Washington ve Cuddihy, 2012).

2.9 Fiziksel Aktivitenin Depresyon ve Stres Üzerine Etkisi

Fiziksel aktivitenin, fiziksel sağlığı ve ruh sağlığını iyileştirmenin en temel araçlarından biri olduğu (Cavill, Kahlmeier ve Racioppi, 2006, s.1,2) ve fiziksel hareketsizliğin de ruhsal bozuklukların gelişimi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bazı klinik ve epidemiyolojik çalışmalar fiziksel aktivite, depresyon ve anksiyete bulgularının bağlantılı olduğunu kanıtlamaktadır (Abu-Omar, Rütten ve Robine, 2004; Bhui ve Fletcher, 2000). Depresyon önemli bir sağlık sorunudur ve tedavisinde ilaç ve psikoterapi gibi çeşitli tedavi edici yöntemler kullanılmaktadır. Ancak bu tedavi yöntemleri yan etkileri gelişebilen, maliyetli yöntemler olabilmektedir. Bu gibi sorunlar alternatif tedavi yöntemleri arasına minimal tehlikeli ve yan etkileri olan, düşük maliyetli fiziksel aktivite yönteminin katılmasına sebep olmuştur (Martinsen, 1990).

Stres kelimesi, duygusal ve fizyolojik olarak zor olan deneyimleri tarif etmek için kullanılmaktadır. Bu stres faktörleri akut (ör., sorunlar) veya kronik (ör., yas), büyük veya küçük (ör., uzun bir sırada beklemek) veya travmatik (ör., şiddet içeren saldırı) olabilmektedir (Wagner, Compas ve Howell, 1988). Psikolojik stres, fiziksel ve ruhsal sağlık sonuçlarını geniş bir alanda olumsuz olarak etkileyebilmektedir (McEwen, 1998). Stres, koroner kalp hastalığı patogeneğinde (Rozanski, Blumenthal ve Kaplan, 1999) ve miyokart enfarktüslerinin insidansında yer almaktadır (Rosengren ve diğ., 2004). Stresle bağışıklık sistemindeki değişiklikler arasında ilişki kurulmuştur (Seegerstrom ve Miller, 2004) ve yapılan çalışmalarda yüksek stres altındakilerin enfekte olma olasılığı daha yüksek bulunmuştur (Cohen, Tyrrell ve Smith, 1991). Sinir sistemi de aşırı stres zamanlarında tehlikeye girmektedir (Sapolsky, 1999).

Fiziksel aktivite ile stres ilişkisi araştırıldığında, genellikle egzersiz yoluyla ruh sağlığı sonuçlarını iyileştirme perspektifi içinde olmaktadır (Edenfield ve Blumenthal, 2011, s. 301,20). Egzersiz yapanların günlük yaşanan zorluklardan daha az etkilendiği düşünülmektedir (Nguyen-Michel, Unger, Hamilton ve Spruijt-Metz,

2006). Harcanan kalori miktarının da stresle ilişkili olduğu görülmektedir. Aldana, Sutton ve Jacobson ve Quirk (1996) yaptığı bir çalışmada, boş zamanlarında fiziksel aktivitede 3,0 kcal/kg/gün'den fazla harcama yapan bireylerin sırasıyla orta ve yüksek strese sahip olma olasılığının %78 ve %62'den az olduğunu bulmuşlardır. Randomize klinik çalışmalar egzersizin algılanan stres, stres belirtilerini en aza indirmede ve yaşam kalitesini yükseltmekte etkili bir yöntem olduğunu belirtmektedir (Connell ve Janevic, 2009; Atlantis ve diğ., 2004).

2.10 Tükenmişlik Hakkında Temel Kavramlar

Amerikalı psikolog Herbert Freudenberger 1970'lerin başında "Tükenmişlik" terimini ilk kez klinik anlamda kullanılmıştır. Psikoloji ve sosyoloji ile ilgilenen Christina Maslach ise bu kavramı geliştirmiş ve tükenmişliği değerlendirmek için günümüzde de çok kullanılan Maslach Tükenmişlik envanterini geliştirmiştir (Schaufeli, 2017). Maslach ve Jackson (1981) tarafından yapılan çalışmada öğretmen, doktor, hemşire, psikolog, terapist/sosyal hizmet görevlisi ve polis gibi çeşitli meslekler üzerinde tükenmişlik sendromu ile ilgili bir değerlendirme yapılmıştır ve insanlarla sürekli iletişim halinde bulunan, bu işlerde çalışan meslek gruplarında stres duygusunun yoğun olduğu ve bununda tükenmişlik riskini arttırdığı bulunmuştur.

Tükenmişlik, duygusal yorgunluk ve sinizm sendromudur. İnsanlarla ilişkili işler yapan bireyler arasında çok sık ortaya çıkmaktadır. Üç farklı yönü bulunmaktadır. Birincisi tükenmişlik sendromunun önemli bir yönü olan duygusal yorgunluk hissidir. Duygusal kaynaklarda tükenme arttıkça kişiler artık kendinilerini işe psikolojik düzeyde veremeyeceklerini düşünmektedirler. İkinci yönü ise kişinin alaycı tutumu ve duygularının olumsuz gelişimidir. Bu tür olumsuz tepkiler duygusal yorgunluk ile bağlantılı olabilmektedir. Bu duygusuz algılamalar da duyarsızlaşmaya yol açmaktadır. Üçüncü yönü ise kişinin çalışma hayatında kendini negatif değerlendirme eğilimidir (Maslach ve Jackson, 1981).

2.10.1 Maslach tükenmişlik modeli: tükenmişliğin 3 boyutu

Maslach tükenmişlik modelini 3 boyutu bulunmaktadır. Bu boyutların; yorgunluk, sinizm ve başarısızlık olarak sınıflandırıldığı bildirilmiştir (Maslach ve Leiter, 1997, s.17,18).

2.10.1.1 Yorgunluk

İnsanlar yorgunluk hissettiklerinde hem duygusal hemde fiziksel olarak aşırı tükenmiş hissetmektedirler. Bitkinlik ve acizlik hissederler, iyileşemediklerini düşünürler, sabah uyandıklarında yorgun olurlar, diğer işlerle ve insanlarla karşılaşacak enerjiden yoksundurlar. Tükenme, iş taleplerinin veya büyük değişimin stresine ilk tepki niteliğindedir (Maslach ve Leiter, 1997, s.17,18).

2.10.1.2 Sinizm

İnsanlar diğer insanlara karşı küçümseme duygusu ile hareket ettiklerinde, iş yerine ve işteki diğer çalışan insanlara karşı ilgisiz ve uzak bir tavır sergilemektedirler. İş yerinde katılımları en aza indirmeye ve ideallerinden vazgeçme eğilimindedirler. Sinizm, yorgunluk ve hayal kırıklığından kendini korumak için geliştirilmiş bir savunma mekanizmasıdır. İnsanlar kayıtsız kaldıklarında daha güvende hissedebilmektedirler. Bu olumsuz duygular bir kişinin önemli boyutta yaşam kalitesi ve verimli çalışmasını etkileyebilmektedir (Maslach ve Leiter, 1997, s.17,18).

2.10.1.3 Etkisizlik

İnsanlar kendilerini başarısız hissettiklerinde giderek artan bir etkisizlik duygusu hissetmektedirler. Dünyada ilerleme kaydetme girişimlerinin her birine karşı komplo kuruluyor gibi algılamaktadırlar ve başardıkları şeylerin bir önemi yokmuş gibi hissetmektedirler. Fark yaratma yeteneklerine olan güvenlerini kaybetmektedirler. Sonuç olarak kişi kendine ve diğerlerine olan güven duygusunu kaybetmektedir (Maslach ve Leiter, 1997, s.17,18).

2.11 Tükenmişlik Sendromu Belirtileri

Tükenmişlik sendromunun klinik bulguları arasında bitkinlik, baş ağrısı, fazla iştah veya iştah azalması , uyku bozuklukları, gerginlik, duygusal kararsızlıklar ve diğer insanlara karşı katı tutum gibi bulgular yer almaktadır (Poncet ve diğ., 2007). Diğer belirtilere bakıldığında, bellek sorunları, umutsuz hissetmek, enerji kaybı, konsantre olmakta zorluk, artan hastalık, depresyon ve sinizm gibi belirtiler yer almaktadır (Zety, 2020).

2.12 Mesleki Tükenmişlik ve Hemşirelik Mesleği

DSÖ tükenmişlik sendromunu birçok meslek grubundaki çalışanları etkileyebilecek bir meslek hastalığı olarak görmektedir (WHO, 2020). Sağlıkla ilişkili meslekler insanlarla yakın temas ve duygusal katılımın daha fazla yaşandığı meslekler arasındadır. Yapılan çalışmalar sağlık sektöründeki çalışanların tükenmişlik sendromunu yaşama olasılığının daha fazla olduğunu göstermektedir (Jurado, Fuentes, Linares, Marquez ve Martinez, 2018; Johnson ve diğ., 2018).

Sağlık çalışanları, karmaşık ve zor bir çalışma ortamında buldukları için iş ile ilgili koşullardan kaynaklanan çeşitli unsurlara maruz kalmaktadırlar (Ramirez-Baena ve diğ., 2019). Bu öğeler, aşırı iş yükü, vardiya rotasyonu ve iş düzeni içerebilmekte fakat bunlarla sınırlı olmamaktadır (Oshodi ve diğ., 2019; Oliver, Sanso, Galiana, Tomas ve Benito, 2017). Sağlık çalışanları arasında özellikle hemşireler günlük çalışma saatlerinde hastalarının ağrılarına ve acı çekmelerine tanık olmaktadır (Fallek, Tattelman, Browne, Kaplan ve Selwyn, 2019). Bu gibi durumlarda bakım sağlamak, fizyolojik, duygusal ve ruhsal açıdan çok emek vermeyi gerektirmektedir (Fernandez ve diğ., 2019). Hemşirelik mesleğinde öngörülemeyen sorunlara tekrar tekrar maruz kalmak anksiyete, yorgunluk, strese neden olabilmektedir (Dev, Fernando, Lim ve Consedine, 2018). Aynı zamanda iş tatmininde azalma ve sağlanan bakım kalitesinde düşüşe neden olabilmektedir (Cocker ve Joss, 2016). Tükenmişliğin örgütsel (iş performansı ve devamsızlık) sonuçları ve çalışanlar için sağlığı etkileyecek sonuçları bulunmaktadır. Tükenmişlik depresyon, anksiyete ve duygudurum bozuklukları gibi çeşitli psikolojik hastalıklarla ilişkilidir. Kas-iskelet sistemi hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet, uyku bozuklukları, baş ağrısı, solunum ve gastrointestinal enfeksiyonlar gibi fizyolojik hastalıklarla da ilişkili olduğu çalışmalarla kanıtlanmıştır (Bakker, Demerouti ve Sanz-Vergel, 2014).

Aiken ve diğerleri (2012) tarafından yapılan çalışmaya 12 ülke katılmış ve 61.168 hemşire üzerinde araştırma yapılmıştır. Dokuz ülkede hemşirelik işgücünün dörtte birinin ve daha fazlasının tükenmiş olduğu ve Yunan hemşirelerde bu oranın %78'e kadar varan oranlarda olduğu ortaya konmuştur. ABD'li hekimlerde yapılan tükenmişlik anketi değerlendirilmesinde 2011'de %46 olan oran, 2014 yılında %54'e yükselmiştir. Bu oranların giderek artışı tükenmişliğin arttığına dair kanıt sayılmaktadır (Shanafelt ve diğ., 2015). Aiken ve diğerleri (2001) tarafından yapılan hastane çalışanlarının katıldığı bir çalışmada hastane çalışanlarının %40'tan fazlası iş

tükenmişliği için yüksek aralıkta puanlar almış, her 5 hemşireden birisi yıl içerisinde hastanede çalışmayı bırakmayı planladığını söylemiştir.

Sağlık çalışanlarının tükenmişlik sendromu prevalansında doktorlarda (Ramirez, Graham, Richards, Cull ve Gregory, 1996) ve hemşirelerde (Lu, While ve Barriball, 2005) uzmanlık alanlarına göre farklılıklar bulunmaktadır. İşyeri çevresi ve iş yükü tükenmişlik sendromu belirleyicileri arasında yer almaktadır (McManus, Keeling ve Paice, 2004). Onkologlarda (Lyckholm, 2001), anestezi uzmanlarında (Nyssen, Hansez, Baele, Lamy ve Keyser, 2003), AIDS'li hastalara bakan hekimlerde (Lert, Chastang ve Castano, 2001) ve acil serviste çalışan hekimlerde (Weibel, Gabrion, Aussedat ve Kreutz, 2003) daha yüksek şiddetli tükenmişlik sendromu düzeyleri bulunmuştur.

2.13 Tükenmişlik ve Depresyon İlişkisi

Tükenmişlik ve depresyon arasında güçlü bir kavramsal örtüşme olduğu düşünülmektedir (Bianchi, Schonfeld ve Laurent, 2015). Depresif ruh hali; anhedonia (ilgi ve zevk kaybı), iştah azalması/artması, uykusuzluk, hipersomnia, gerginlik, duygudurum bozuklukları, halsizlik, değersiz hissetmek, suçluluk duymak, konsantre olamamak ve yaşama son verme düşüncesi gibi semptomların görüldüğü bir durumdur (American Psychiatric Association, 2013). Tükenmişlik ve depresyonun çift yönlü ilişkisi olduğunu kanıtlayan bazı çalışmalarda yapılmıştır (Toker ve Biron, 2012). Maslach tükenmiş ölçeğine göre örneğin, yüksek tükenmişlik değerlerine sahipken depresif atak geliştirme riski %50'ye kadar yükselebileceği tahmin edilmektedir (Ahola ve diğ., 2005). Glass, McKnight ve Valdimarsdottir (1993) tarafından yapılan sistematik bir incelemede tükenmişlik ve depresyon arasındaki örtüşme kökünün yorgunluk belirtisi olduğu sonucuna varılmıştır. Bu doğrultuda Reime ve Steiner (2001) yaptıkları çalışmada ölçülen depresyon ve tükenmişlik arasında önemli bir ilişkinin olduğunu ve depresyon ile başarısızlık duygusu arasında ilişkinin düşük düzeyde olduğunu bulmuşlardır.

2.14 Fiziksel Aktivite ve Tükenmişlik Sendromu İlişkisi

Fiziksel aktivite ve tükenmişlik sendromu arasındaki ilişkinin, fizyolojik ve psikolojik mekanizmaların kombinasyonunun olumlu ilişkisi sonucu oluştuğu düşünülmektedir. Düzenli fiziksel aktivite, iş kaynaklı kötü psikolojiden ayrılmayı

kolaylaştırmaktadır ve tüklenmişlik oluşma riskini azaltmaktadır (Sonnentag, 2012). Düzenli fiziksel aktivite kişinin öz yeterlilik duygusunu arttırmaktadır (Joseph ve diğ., 2014) ve çalışanların işle ilgili görevlerinde oluşabilecek sorunlarda başa çıkmada daha yetkin hissetmesini sağlamaktadır (Feuerhahn, Sonnentag ve Woll, 2014). Düzenli fiziksel aktivite ile kişinin psikolojik stresle daha iyi başa çıkabildiği düşünölmektedir (Colcombe ve Kramer, 2003). Fiziksel aktivite, strese maruz kaldıktan sonra bedeni daha hızlı iyileştirmektedir ve tüklenmişlik riskini azaltmaktadır (Klaperski ve diğ., 2014; Jackson ve Dishman, 2006). Egzersiz ayrıca birkaç nörotransmitter ve nöromodölatörde değişikliklere yol açmaktadır, sonuç olarak daha iyi psikoloji ve kişinin kendini enerjik hissetmesinde artış olmaktadır (Schuch ve diğ., 2016; Jackson ve Dishman, 2006)..



3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1 Evren ve Örneklem

Bu çalışmanın evrenini, HİTÜ EOEAH bünyesinde görev yapmakta olan 465 hemşire oluşturmaktadır. Evreni temsil etmek üzere yeterli olan örneklem büyüklüğünün hesaplanması için aşağıda verilen formül kullanılmıştır (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2014, s.84).

$$n = \frac{Nt^2pq}{(d^2(N-1)) + t^2pq}$$

Hesaplama sonucunda, 211 deneğin, evreni %95 güven düzeyinde ve %5 hata payı ile temsil etme gücüne sahip olacağı bulunmuştur. Mevcut çalışmaya, evren içersinden rastgele yöntemle seçilen ve araştırmaya katılıma gönüllü olur veren 212 hemşire katılmıştır. Çalışma öncesinde katılımcılara çalışmanın amacı açıklanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul edenlere “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” imzalatılmıştır.

3.2 İzinler

Çalışmanın yapılabilmesi için öncelikle HİTÜ Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’na başvuru yapılarak 2019 Kasım ayı içerisinde etik kurul izni alınmıştır (İzin No: 2019-233) (EK-1). HİTÜ EOEAH’nde çalışmanın yürütülmesi için Çorum İl Sağlık Müdürlüğü’ne başvuru yapılarak gerekli izin alınmış (EK-2) ve çalışmaya başlanmıştır.

3.3 Verilerin Toplanması

Bu araştırmada, verilerin toplanması amacıyla literatürden yararlanılarak geliştirilen Kişisel Bilgi Toplama Formu, Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öztürk (2005) tarafından yapılan Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi Kısa Formu, Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması

Ergin (1992) tarafından yapılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve diğerleri (1999) tarafından yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

3.3.1 Kişisel bilgi formu

Kişisel bilgi formu; araştırmacı tarafından hazırlanmış olan ve yaş, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, eğitim düzeyi, görev yaptığı birim, kıdem yılı, görev yaptığı birimdeki hemşire sayısı, tabi olduğu mesai düzeni, aylık çalışma süresi gibi soruları içeren tanımlayıcı bilgi formudur.

3.3.2 Fiziksel aktivite değerlendirme anketi kısa formu

IPAQ tarafından üretilmiş olan Uluslararası fiziksel aktivite ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öztürk (2005) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu anketin kısa ve uzun formunun yapı, eş zamanlı ve kriter geçerlilikleri ve test-tekrar test güvenilirliği değerlendirilmiştir. Test-tekrar test güvenilirliğini test etmek amacıyla yapılan faktör analizi sonucunda, kısa formun dört faktörde, uzun formun ise on iki faktörde toplandığı ortaya çıkmıştır. Faktör yüklerinin tüm ağırlıklarının pozitif yönlü korelasyona sahip oldukları görülmüştür. IPAQ kısa ve uzun formları tekrar edilebilir (kısa form için $r=0,69$, uzun form için $r=0,64$) ve karşılaştırılabilir veri sağlamaktadır ($r=0,66$). Kriter geçerliliğinin kısa formda $r=0,30$ ve uzun formda ise $r=0,29$ olduğu saptanmıştır.

3.3.3 IPAQ anketinin puanlanması ve skorlaması

IPAQ, kişinin son yedi günde yaptığı fiziksel aktivitenin sıklığını, süresini ve yoğunluğunu ölçmekte kullanılan bir ankettir. Aktiviteler için harcanan enerji miktarları MET-dakika/hafta skoru ile hesaplanmaktadır. Haftada en az üç gün 20 dakikalık yoğun aktivite veya haftada en az 5 gün, günde 30 dakika orta şiddette fiziksel aktivite ya da yürüyüş veya toplamda 600 MET-dakika/hafta enerji harcamasına sebep olan aktiviteleri yapan kişiler aktif olarak sınıflandırılmaktadır. Haftada en az üç gün şiddetli fiziksel aktivite veya yedi gün yürüme yada şiddetli fiziksel aktivite yada toplamda 1500 MET-dakika/hafta enerji harcayan kişiler çok aktif olarak sınıflandırılmaktadır. Bu kriterlere sahip olmayan kişiler ise inaktif olarak değerlendirilmektedir. Haftalık toplam dakika ve gün sayısı ile yürümek için 3,3 MET, orta dereceli fiziksel aktivite 4 MET, şiddetli fiziksel aktivite için 8 MET değerleri

çarpılarak fiziksel aktivitenin seviyesi hesaplanmaktadır (Abu-Omar, Rütten ve Robine, 2004).

3.3.4 SF-36 kısa form sağlık ölçeği

RAND şirketi tarafından üretilen SF-36'nın Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve diğerleri (1999) tarafından gerçekleştirilmiştir. Güvenilirlik çalışmalarında alt ölçeklerin her birinin Cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve bu değerler 0,73-0,76 arasında bulunmuştur. Madde-toplam puan korelasyonlarının hesaplanması sonucunda ise 0,47-0,89 arasındaki değerler elde edilmiştir. Geçerlilik çalışmasında ise multitrait-multimethod matrisi uygulanmıştır ve korelasyon katsayıları 0,44-0,65 arasında bulunmuştur.

SF-35 kısa form sağlık ölçeği, sekiz alt boyuttan oluşan otuz altı adet soru içermektedir. Bu alt boyutlar şu şekilde sıralanmaktadır:

1. Fiziksel fonksiyon,
2. Sosyal fonksiyon,
3. Rol fiziksel fonksiyon,
4. Emosyonel rol fonksiyon,
5. Mental sağlık,
6. Zindelik enerji,
7. Ağrı,
8. Genel sağlık anlayışı.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde her bir alt boyut için 0-100 arasında puanlama yapılmaktadır ve puanların yüksek düzeyde bulunması yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir (Ware ve Sherbourne, 1992).

3.3.5 Maslach tükenmişlik ölçeği

Bu ölçek, tükenmişlik seviyesini belirlemek üzere Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin (1992) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliliğini değerlendirmek üzere uygulanan faktör analizi sonuçlarına göre, Türkçe versiyonunun orijinal ölçeğe benzer

sonuçlara sahip olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin güvenilirlik Cronbach alfa iç tutarlık katsayısının 0,93 olduğu hesaplanmıştır.

Tükenmişlik ölçeği 22 soru içermektedir. 0 ila 4 arasında puanlama yapılmaktadır ve puanlar hiçbir zaman, çok nadir, bazen, çoğu zaman ve her zaman (sırasıyla 0'dan 4 puana kadar) şeklindedir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin üç alt boyutu vardır ve bunlar sekiz maddeden oluşan kişisel başarı eksikliği, beş maddeden oluşan duyarsızlaşma ve dokuz maddeden oluşan duygusal tükenme alt boyutlarıdır. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçekleri yukarıda belirtilen puanlama şeklinde yapılırken kişisel başarı eksikliği alt boyutu tam tersi puanlar verilerek hiçbir zaman, çok nadir, bazen, çoğu zaman ve her zaman (sırasıyla 4'ten 0 puana kadar) şeklinde gerçekleştirilmektedir. Duygusal tükenme alt boyutunda elde edilebilecek puanlar 0-36 aralığında, duyarsızlaşma alt boyutunda elde edilebilecek puanlar 0-20 aralığında, kişisel başarı eksikliği alt boyutunda elde edilebilecek puanlar ise 0-32 aralığındadır. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutunda yüksek puanlar tükenmişliği artırırken, kişisel başarı eksikliği puanlarındaki artışı tükenmişliği azaltmaktadır.

3.4 İstatistiksel Analiz

Elde edilen verilerin özet gösterimi için yüzde ve frekans tablolarından faydalanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadıkları Shapiro-Wilk testi kullanılarak test edilmiş, verilerin normal dağılıma uygun olmadığı görüldüğünden, parametrik olmayan testler kullanılarak gruplararası karşılaştırmalar yapılmıştır. İkili grup karşılaştırmaları için Mann-Whitney *U* testi, çoklu grup karşılaştırmaları için ise Kruskal-Wallis *H* testi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla Spearman sıra sayılar korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir. Çoklu grup karşılaştırmalarında, gruplar arasında anlamlı bir fark olduğunun belirlenmesi durumunda, yapılacak olan ikili karşılaştırmaların anlamlılık düzeyinin yeniden belirlenmesi için Bonferonni düzeltmesi kullanılmış ve önceden belirlenmiş olan anlamlılık düzeyi, ikili karşılaştırma sayısına bölünmüştür. İstatistiksel incelemelerin yapılabilmesi için SPSS 22.0 (IBM Corp., USA) istatistik analiz yazılımı kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, hemşirelerden elde edilen veriler derlenerek çizelgeler halinde sunulmuştur. Çizelgeler ile ilgili açıklamalar, metin içerisinde özet olarak verilmiştir.

Çizelge 4.1 : Hemşirelerden elde edilen verilere ilişkin tanımlayıcı istatistikler.

Cinsiyet		Yaş (yıl)	Boy uzunluğu (cm)	Vücut ağırlığı (kg)	Beden kütle indeksi (kg/m ²)
Erkek	<i>n</i>	65	65	65	65
	En düşük	20,00	166,00	60,00	19,11
	En yüksek	50,00	190,00	113,00	38,20
	Ortalama	32,58	176,48	78,09	25,06
	<i>SD</i>	7,45	6,14	11,29	3,38
Kadın	<i>n</i>	147	147	147	147
	En düşük	18,00	150,00	43,00	16,94
	En yüksek	55,00	175,00	97,00	34,85
	Ortalama	33,86	163,12	63,03	23,71
	<i>SD</i>	8,14	6,00	9,66	3,59

Çizelge 4.1’de katılımcılara ait tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Çalışmaya 65’i erkek ve 147’si kadın olmak üzere 212 hemşire katılmıştır. Erkek katılımcıların yaş ortalaması 32,58±7,45 yıl, kadın katılımcıların yaş ortalaması 33,86±8,14 yıl olarak bulunmuştur. Erkeklerin boy uzunlukları 76,48±6,14 cm, kadınların ise 163,12±6,00 cm’dir. Katılımcıların vücut ağırlıkları erkeklerde 78,09±11,29 kg, kadınlarda 63,03±9,66 kg olarak bulunmuştur. Beden kütle indeksi (BKİ) ortalamasının erkeklerde 25,06±3,38 kg/m², kadınlarda ise 23,71±3,59 kg/m² olduğu görülmüştür.

Çizelge 4.2’de hemşirelerin demografik ve profesyonel özelliklerine ilişkin istatistikler verilmiştir. Katılımcıların eğitim düzeyleri lise ile lisansüstü arasında değişmektedir. Erkek katılımcıların eğitim düzeyi sırasıyla lise olanlar %16,9 oranında, ön lisans %26,2, lisans %47,7 ve lisansüstü %9,2 oranındadır. Kadın katılımcılarda ise bu oran %8,2, %17,7, %66,7, %7,5 şeklindedir. Medeni durumlarına bakıldığında erkeklerde evli olanlar %58,5 oranında iken kadınlarda evli olanlar %61,2 oranındadır.

Çizelge 4.2 : Hemşirelerin demografik ve profesyonel özelliklerine ilişkin veriler.

		Erkek (n=65)		Kadın (n=147)		Genel (n=212)	
		n	%	n	%	n	%
Eğitim düzeyi	Lise	11	16,9	12	8,2	23	10,8
	Ön lisans	17	26,2	26	17,7	43	20,3
	Lisans	31	47,7	98	66,7	129	60,8
	Lisansüstü	6	9,2	11	7,5	17	8,0
Medeni durumu	Evli	38	58,5	90	61,2	128	60,4
	Bekar	27	41,5	57	38,8	84	39,6
Nöbet tutma durumu	Tutmuyor	10	15,4	38	25,9	48	22,6
	Tutuyor	55	84,6	109	74,1	164	77,4
Mesleği isteyerek seçme durumu	İsteyerek	34	52,3	83	56,5	117	55,2
	Kararsızım	15	23,1	19	12,9	34	16,0
	İstemeyerek	16	24,6	45	30,6	61	28,8
Fazla mesai durumu	Yapıyor	60	92,3	115	78,2	175	82,5
	Yapmıyor	5	7,7	32	21,8	37	17,5
Mesleki tecrübe	0-4 yıl	15	23,1	31	21,1	46	21,7
	5-9 yıl	23	35,4	40	27,2	63	29,7
	10-14 yıl	17	26,2	29	19,7	46	21,7
	15-19 yıl	3	4,6	13	8,8	16	7,5
	20-24 yıl	4	6,2	12	8,2	16	7,5
	25 yıl ve üzeri	3	4,6	22	15,0	25	11,8
Görev yeri	Acil servis	23	35,4	7	4,8	30	14,2
	Ameliyathane	10	15,4	12	8,2	22	10,4
	Yoğun bakım ünitesi	9	13,8	32	21,8	41	19,3
	Yatan hasta servisleri	17	26,2	84	57,1	101	47,6
	Poliklinik	6	9,2	12	8,2	18	8,5

Çizelge 4.2 incelendiğinde, erkeklerin nöbet tutma oranının %84,6; kadınların ise %74,1 olduğu görülmektedir. Mesleği isteyerek seçme durumları isteyerek, kararsızım ve istemeyerek cevapları ile değerlendirilmiştir. Erkeklerde sırasıyla bu oranlar %52,3, %23,1, %24,6 iken, kadınlarda %56,5, %12,9 ve %30,6'dır. Fazla mesai yapan erkekler %92,3, kadınlar ise %78,2'dir. Mesleki tecrübeye göre, her iki cinsiyette en yüksek oranın 5-9 yıl arasında olduğu görülmektedir (erkeklerde %35,4 ve kadınlarda %27,2). Katılımcıların görev yerlerine göre değerlendirildiğinde, erkeklerin acil serviste çalışma oranının kadınlardan fazla olduğu (erkek=%35,4, kadın=%4,8), kadınların ise yatan hasta servisinde erkeklerden daha fazla çalıştığı (kadın=%57,1, erkek=%26,2) görülmüştür.

Çizelge 4.3 : SF-36 testinden elde edilen puanların dağılımı.

	Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Emosyonel rol güçlüğü	Enerji/canlılık/vitalite	Ruhsal sağlık	Sosyal işlevsellik	Ağrı	Genel sağlık algısı
<i>Erkek</i>	92,7±16,80	60,0±39,97	66,7±39,97	50,6±19,35	56,9±15,86	59,1±20,76	70,0±19,00	61,1±17,62
<i>Kadın</i>	78,7±23,76	51,5±41,20	52,6±43,08	45,9±17,87	54,2±16,27	49,5±21,68	58,6±26,36	51,3±19,35
<i>Normal</i>	87,4±19,23	58,9±39,48	59,4±42,19	49,0±18,10	55,7±15,80	53,9±21,77	64,7±24,09	56,1±18,75
<i>Kilolu</i>	75,9±26,04	46,4±43,03	57,1±42,10	44,5±18,68	54,1±17,94	50,2±22,69	58,5±26,88	51,6±19,32
<i>Obez</i>	69,1±29,48	38,6±39,31	24,2±39,69	42,3±19,92	52,4±8,48	46,6±15,98	50,0±16,62	46,8±24,52
<i>Lise</i>	81,5±26,82	46,7±36,39	53,6±41,13	48,0±16,97	52,0±18,01	51,3±22,46	63,5±26,63	50,7±24,69
<i>Ön lisans</i>	86,3±18,45	55,8±42,20	61,2±41,74	48,4±18,08	58,3±16,03	54,0±22,91	66,5±23,00	59,9±19,38
<i>Lisans</i>	81,3±24,02	56,2±41,58	55,6±42,97	46,7±18,45	55,0±15,26	51,7±20,81	59,7±24,68	52,6±17,72
<i>Lisansüstü</i>	89,4±15,30	44,1±39,06	60,8±46,00	48,2±22,15	51,3±20,06	55,6±26,76	67,5±27,92	57,9±21,22
<i>Evlü</i>	80,3±24,44	56,8±40,63	57,0±42,08	47,3±18,15	56,7±14,78	53,0±21,13	61,0±24,97	52,1±18,84
<i>Bekar</i>	87,1±19,38	50,0±41,25	56,7±43,54	47,3±18,94	52,5±17,84	51,6±22,92	63,8±24,75	57,6±19,70
<i>Tutmuyor</i>	81,5±25,12	57,8±38,30	47,9±42,34	45,8±18,32	54,8±14,99	50,4±19,85	61,5±21,19	57,1±18,79
<i>Tutuyor</i>	83,4±22,09	53,0±41,70	59,6±42,39	47,7±18,49	55,1±16,53	53,0±22,38	62,3±25,90	53,5±19,47
<i>İstekli çalışıyor</i>	83,1±23,04	55,3±41,24	58,7±43,48	49,3±17,69	57,3±15,14	54,9±22,26	62,1±26,86	55,8±19,15
<i>Kararsız</i>	84,7±23,83	48,5±39,86	52,0±41,19	49,0±13,91	53,3±11,85	51,3±19,70	63,4±19,44	49,7±17,71
<i>İsteksiz çalışıyor</i>	81,9±21,91	54,9±41,29	56,3±41,97	42,5±21,21	51,6±19,33	48,4±21,77	61,3±23,85	53,9±20,39
<i>Fazla mesai yapıyor</i>	84,0±21,94	54,0±41,76	58,3±42,06	47,4±18,72	54,7±16,68	53,1±22,41	63,0±25,58	54,6±19,66
<i>Fazla mesai yapmıyor</i>	78,2±26,12	54,7±37,19	50,5±44,88	46,8±17,17	56,6±13,48	49,2±18,67	58,0±20,95	53,0±17,89
<i>Kıdem - 0-4 yıl</i>	90,4±16,79	58,2±40,16	63,0±42,30	51,1±15,42	57,1±14,35	60,0±21,43	68,4±23,58	58,0±16,88
<i>Kıdem - 5-9 yıl</i>	86,8±18,50	54,8±41,36	56,6±43,02	47,1±19,40	55,4±16,54	50,0±20,56	63,2±24,28	57,4±20,53
<i>Kıdem - 10-14 yıl</i>	87,3±20,02	60,9±41,38	63,0±40,51	48,0±18,42	55,8±16,31	52,7±21,87	64,3±22,79	56,4±17,50
<i>Kıdem - 15-19 yıl</i>	72,8±25,36	40,6±43,66	37,5±41,95	45,0±21,06	52,3±14,86	44,8±26,98	47,8±28,19	44,1±16,55
<i>Kıdem - 20-24 yıl</i>	63,4±30,86	35,9±38,70	43,7±43,41	38,1±20,24	48,8±16,73	44,2±18,32	49,7±24,90	41,9±18,52
<i>Kıdem - +25 yıl</i>	70,8±27,11	53,0±38,41	56,0±43,81	47,0±17,56	54,7±18,68	54,2±21,39	60,7±26,10	50,2±21,24
<i>Acil servis</i>	96,2±6,11	67,5±41,08	60,0±44,12	52,3±15,69	59,6±12,97	58,8±18,72	70,8±19,14	59,2±16,19
<i>Ameliyathane</i>	84,5±26,72	61,4±42,07	62,1±42,79	46,1±16,25	53,5±16,12	56,1±26,82	61,7±23,96	50,9±16,74
<i>Yoğun bakım</i>	85,4±21,72	65,9±40,99	70,7±38,15	52,1±16,62	58,6±15,58	57,6±26,47	67,8±28,39	56,2±18,23
<i>Yatan hasta</i>	78,1±23,67	41,6±38,77	48,5±42,57	43,8±20,39	51,7±17,04	47,3±19,33	56,8±24,78	52,2±20,98
<i>Poliklinik</i>	81,4±24,66	66,7±33,21	61,1±43,16	49,4±13,81	59,8±13,89	54,0±16,16	64,6±21,03	57,8±19,19

Çizelge 4.3'te katılımcıların SF-36 testinden elde ettikleri puanlarının dağılımına ilişkin istatistikler verilmiştir. SF-36 testi, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı olarak 8 alt kategoride değerlendirilmiştir. Fiziksel fonksiyon puanlarına bakıldığında erkeklerin 92,7±16,80 ve kadınların 78,7±23,76 puana sahip oldukları bulunmuştur. Fiziksel rol güçlüğü puanları erkeklerde 60,0±39,97 ve kadınlarda 51,5±41,20 düzeyindedir. Emosyonel rol güçlüğü puanlarına bakıldığında bu puanların erkeklerde 66,7±39,97 ve kadınlarda ise 52,6±43,08 olduğu görülmüştür. Erkek katılımcıların enerji/canlılık/vitalite

puanlarının ortalaması $50,6 \pm 19,35$ iken kadınlarda bu ortalama $45,9 \pm 17,87$ düzeyindedir. Ruhsal sağlık puanlarına bakıldığında, erkeklerin puan ortalaması $56,9 \pm 15,86$ düzeyinde iken kadınların ortalama puanları $54,2 \pm 16,27$ olarak bulunmuştur. Sosyal işlevsellik puanı erkeklerde $59,1 \pm 20,76$; kadınlarda ise $49,5 \pm 21,68$ seviyesindedir. Erkek katılımcıların ağrı puanlarının ortalaması $70,0 \pm 19,00$ olarak bulunmuştur. Kadınlarda ise bu ortalama $58,6 \pm 26,36$ 'dır. Genel sağlık algısı puanlarına bakıldığında erkeklerin $61,1 \pm 17,62$ puana, kadınların ise $51,3 \pm 19,35$ puana sahip oldukları görülmektedir (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.4 : Fiziksel aktivite ölçeği ve Maslach tükenmişlik ölçeğinden elde edilen puanların dağılımı.

Kategori	Fiziksel Aktivite Düzeyi			Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanları			
	İnaktif n (%)	Minimal aktif n (%)	Çok aktif n (%)	Duygusal tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel başarı eksikliği	
Cinsiyet	<i>Erkek</i>	30 (46,2)	17 (26,2)	18 (27,7)	17,6±8,36	6,9±4,69	12,8±7,88
	<i>Kadın</i>	82 (55,8)	36 (24,5)	29 (19,7)	19,4±7,91	6,1±4,67	11,1±7,16
BKİ Kategorisi	<i>Normal</i>	70 (50,7)	37 (26,8)	31 (22,5)	18,6±8,05	6,7±4,69	12,7±7,45
	<i>Kilolu</i>	34 (54,0)	14 (22,2)	15 (23,8)	19,0±8,36	5,6±4,69	9,5±7,07
	<i>Obez</i>	8 (72,7)	2 (18,2)	1 (9,1)	21,4±6,74	5,6±4,23	9,5±6,17
Eğitim düzeyi	<i>Lise</i>	13 (56,5)	5 (21,7)	5 (21,7)	17,7±8,06	7,1±4,31	13,5±6,84
	<i>Ön lisans</i>	21 (48,8)	11 (25,6)	11 (25,6)	17,2±8,16	5,0±4,00	10,4±7,75
	<i>Lisans</i>	70 (54,3)	32 (24,8)	27 (20,9)	19,4±7,98	6,3±4,66	11,7±7,39
	<i>Lisansüstü</i>	8 (47,1)	5 (29,4)	4 (23,5)	20,8±8,39	8,8±5,96	11,0±7,49
Medeni durumu	<i>Evlü</i>	65 (50,8)	38 (29,7)	25 (19,5)	19,1±7,50	5,9±4,19	10,6±7,16
	<i>Bekar</i>	47 (56,0)	15 (17,9)	22 (26,2)	18,6±8,91	7,0±5,30	13,2±7,56
Nöbet tutma durumu	<i>Tutmuyor</i>	27 (56,3)	11 (22,9)	10 (20,8)	19,2±7,22	6,1±4,33	10,7±6,51
	<i>Tutuyor</i>	85 (51,8)	42 (25,6)	37 (22,6)	18,8±8,32	6,4±4,79	11,9±7,66
Mesleği isteyerek seçme durumu	<i>İsteyerek</i>	54 (46,2)	33 (28,2)	30 (25,6)	17,7±7,92	5,9±4,57	11,2±7,65
	<i>Kararsızım</i>	22 (64,7)	5 (14,7)	7 (20,6)	19,2±7,61	6,1±4,47	13,1±7,13
	<i>İstemeyerek</i>	36 (59,0)	15 (24,6)	10 (16,4)	20,9±8,30	7,3±4,94	11,5±7,11
Fazla mesai durumu	<i>Yapıyor</i>	92 (52,6)	42 (24,0)	41 (23,4)	18,9±8,19	6,5±4,73	11,8±7,52
	<i>Yapmıyor</i>	20 (54,1)	11 (29,7)	6 (16,2)	18,9±7,6	5,4±4,35	10,6±6,91
Mesleki tecrübe	<i>0-4 yıl</i>	23 (50,0)	9 (19,6)	14 (30,4)	16,3±9,01	6,3±4,83	15,2±7,71
	<i>5-9 yıl</i>	28 (44,4)	20 (31,7)	15 (23,8)	19,6±8,29	6,9±4,79	12,2±7,59
	<i>10-14 yıl</i>	27 (58,7)	13 (28,3)	6 (13,0)	19,3±6,34	7,1±4,58	11,2±6,10
	<i>15-19 yıl</i>	9 (56,3)	2 (12,5)	5 (31,3)	22,0±6,47	5,6±3,88	7,6±6,65
	<i>20-24 yıl</i>	11 (68,8)	3 (18,8)	2 (12,5)	20,4±8,84	5,7±5,94	9,9±7,57
	<i>+25 yıl</i>	14 (56,0)	6 (24,0)	5 (20,0)	17,8±8,33	4,5±3,56	7,8±5,98
Görev yeri	<i>Acil servis</i>	15 (50,0)	9 (30,0)	6 (20,0)	17,0±6,73	7,3±3,81	13,0±6,67
	<i>Ameliyathane</i>	10 (45,5)	5 (22,7)	7 (31,8)	18,3±6,25	4,2±3,33	12,5±5,91
	<i>Yoğun bakım</i>	20 (48,8)	15 (36,6)	6 (14,6)	13,4±9,01	4,0±4,25	14,9±10,49
	<i>Yatan hasta</i>	56 (55,4)	20 (19,8)	25 (24,8)	22,0±7,41	7,4±4,98	10,2±6,07
	<i>Poliklinik</i>	11 (61,1)	4 (22,2,0)	3 (16,7)	17,9±5,74	6,4±4,09	8,8±6,05

Çizelge 4.4'te, grupların fiziksel aktivite düzeylerine göre frekans dağılımı ve yüzdeleri incelendiğinde cinsiyet değişkeninde erkeklerin %46,2'si inaktifken kadınlarda bu oran %55,8'dir. BKİ değişkeninde normal kategorisindekiler %50,7 inaktif bulunurken %22,5 oranında çok aktif bulunmuşlardır. Aynı değişkende obez kategorisindekiler %72,8 oranında inaktifken, kilolular %23,8 oranında çok aktiftir. Eğitim düzeyleri lise olanların %56,5 oranında inaktif bulunurken ön lisansta bu oran %48,8'dir. Lisans düzeyinde eğitim görenlerin %54,3'ü inaktif bulunurken lisansüstü eğitim görenlerde bu oran %47,1'dir.

Medeni durumu evli olanların %50,8'i aktifken %19,5'u çok aktiftir. Bekar olanların %56,0'ı inaktiftir ve %26,2'si çok aktiftir. Nöbet tutma durumlarına bakıldığında nöbet tutmayanların %56,3'ü inaktifken nöbet tutanlarda bu oran %51,8'dir. Nöbet tutanların %22,6'sı çok aktiftir ve bu oran nöbet tutmayanlarda %20,8'dir. Fazla mesai yapanların %52,6'sı inaktifken %23,4'ü çok aktiftir. Fazla mesai yapmayanlar %16,2 oranında çok aktif bulunurken %54,1 oranında inaktif bulunmuşlardır (Çizelge 4.4).

Mesleki tecrübe değişkeninde 0-4 yıl çalışanların %30,4'ü çok aktifken 20-24 yıl çalışanlar %12,5'u çok aktiftir. 20-24 yıl çalışanlar %68,8 inaktifken, 5-9 yıl çalışanlar %44,4 inaktiftir. Görev yerleri poliklinik olanların %61,1 oranında inaktif ve %16,7 oranında çok aktif oldukları görülmüştür. Ameliyathanede çalışanların %31,8'i çok aktifken yoğun bakım ünitesinde bu oran %14,6, yatan hasta servisinde çalışanlarda ise %24,8'dir (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.5 : Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nden elde ettikleri puanların dağılımı.

	<i>n</i>	En düşük	En yüksek	Ortalama	<i>SD</i>
Duygusal tükenme	212	0,00	36,00	18,87	8,07
Duyarsızlaşma	212	0,00	20,00	6,34	4,68
Kişisel başarı eksikliği	212	0,00	32,00	11,59	7,41

Çizelge 4.5'te, hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nden elde ettikleri puanların dağılımına ilişkin istatistikler verilmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin duygusal tükenme puanlarının 0-36 aralığında olduğu (18,87±8,07), duyarsızlaşma puanlarının ise 0 ile 20 arasında değiştiği (6,34±4,68) ve kişisel başarı eksikliği puanlarının da 0-32 arasında değiştiği (11,59±7,41) bulunmuştur.

Çizelge 4.6 : Ölçeklerden elde edilen puanların normal dağılıma uygunluğunun incelenmesi.

	Shapiro-Wilk		
	İstatistik	Serbestlik derecesi	<i>p</i>
SF-36 Ölçeği Alt Boyutları			
<i>Fiziksel fonksiyon</i>	0,763	212	0,000
<i>Fiziksel rol güçlüğü</i>	0,818	212	0,000
<i>Emosyonel rol güçlüğü</i>	0,777	212	0,000
<i>Enerji/canlılık/vitalite</i>	0,985	212	0,026
<i>Ruhsal sağlık</i>	0,977	212	0,002
<i>Sosyal işlevsellik</i>	0,981	212	0,005
<i>Ağrı</i>	0,959	212	0,000
<i>Genel sağlık algısı</i>	0,982	212	0,009
Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları			
<i>Duygusal tükenme</i>	0,980	212	0,004
<i>Duyarsızlaşma</i>	0,948	212	0,000
<i>Kişisel başarı eksikliği</i>	0,923	212	0,000

Çizelge 4.6’da katılımcıların ölçeklerden elde ettikleri puanların Shapiro-Wilk testi ile normal dağılıma uygunluğu incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre ölçeklerden elde edilen puanların normal dağılım sergilemediği görülmüştür ($p<0,05$).

Çizelge 4.7 : SF-36 puanlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğinin Mann-Whitney *U* testi ile incelenmesi.

Alt Ölçek	Cinsiyet	<i>n</i>	Sıra ortalaması	Sıralar toplamı	<i>MWU</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Fiziksel fonksiyon	Erkek	65	137,56	8941,50	2758,500	-5,078	0,000*
	Kadın	147	92,77	13636,50			
Fiziksel rol güçlüğü	Erkek	65	115,48	7506,50	4193,500	-1,466	0,143
	Kadın	147	102,53	15071,50			
Emosyonel rol güçlüğü	Erkek	65	119,69	7780,00	3920,000	-2,204	0,028**
	Kadın	147	100,67	14798,00			
Enerji/canlılık/vitalite	Erkek	65	119,05	7738,00	3962,000	-1,989	0,047*
	Kadın	147	100,95	14840,00			
Ruhsal sağlık	Erkek	65	113,04	7347,50	4352,500	-1,036	0,300
	Kadın	147	103,61	15230,50			
Sosyal işlevsellik	Erkek	65	125,42	8152,50	3547,500	-2,995	0,003*
	Kadın	147	98,13	14425,50			
Ağrı	Erkek	65	125,75	8173,50	3526,500	-3,054	0,002*
	Kadın	147	97,99	14404,50			
Genel sağlık algısı	Erkek	65	126,36	8213,50	3486,500	-3,148	0,002*
	Kadın	147	97,72	14364,50			

* $p<0,01$; ** $p<0,05$

SF-36 puanlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney *U* testi ile incelenmiştir. Fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt ölçeklerinde kadınlar ile erkekler arasında anlamlı fark bulunduğu görülmüştür ($p<0,01$). Fiziksel rol güçlüğü ve ruhsal sağlık alt boyutlarında kadın ve erkeklerde fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.8’de SF-36 puanlarının medeni hal değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney *U* testi ile incelenmiştir. Fiziksel fonksiyon alt boyutunda evli ve bekarlar arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($U=4429,50$; $p=0,02$).

Çizelge 4.8 : SF-36 puanlarının medeni hal değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğinin Mann-Whitney *U* testi ile incelenmesi.

Alt Ölçek	E/B	<i>n</i>	Sıra ortalaması	Sıralar toplamı	<i>MWU</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Fiziksel fonksiyon	Evli	128	99,11	12685,50	4429,50	-2,24	0,02*
	Bekar	84	117,77	9892,50			
Fiziksel rol güçlüğü	Evli	128	110,61	14157,50	4850,50	-1,24	0,21
	Bekar	84	100,24	8420,50			
Emosyonel rol güçlüğü	Evli	128	106,60	13645,00	5363,00	-0,03	0,97
	Bekar	84	106,35	8933,00			
Enerji/canlılık/vitalite	Evli	128	106,29	13605,50	5349,50	-0,06	0,95
	Bekar	84	106,82	8972,50			
Ruhsal sağlık	Evli	128	111,62	14287,50	4720,50	-1,51	0,13
	Bekar	84	98,70	8290,50			
Sosyal işlevsellik	Evli	128	108,20	13849,50	5158,50	-0,50	0,62
	Bekar	84	103,91	8728,50			
Ağrı	Evli	128	104,19	13336,50	5080,50	-0,68	0,50
	Bekar	84	110,02	9241,50			
Genel sağlık algısı	Evli	128	101,02	12931,00	4675,00	-1,61	0,11
	Bekar	84	114,85	9647,00			

* $p<0,05$

Çizelge 4.9’da SF-36 puanlarının nöbet tutma durumuna göre farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney *U* testi ile incelenmiştir ve hiçbir alt ölçekte, gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.9 : SF-36 puanlarının nöbet tutma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğinin Mann-Whitney *U* testi ile incelenmesi.

Alt Ölçek	Nöbet	<i>n</i>	Sıra ortalaması	Sıralar toplamı	<i>MWU</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Fiziksel fonksiyon	Tutmuyor	48	103,96	4990,00	3814	-0,34	0,74
	Tutuyor	164	107,24	17588,00			
Fiziksel rol güçlüğü	Tutmuyor	48	111,55	5354,50	3693,5	-0,67	0,50
	Tutuyor	164	105,02	17223,50			
Emosyonel rol güçlüğü	Tutmuyor	48	94,56	4539,00	3363	-1,62	0,10
	Tutuyor	164	109,99	18039,00			
Enerji/canlılık/vitalite	Tutmuyor	48	100,93	4844,50	3668,5	-0,72	0,47
	Tutuyor	164	108,13	17733,50			
Ruhsal sağlık	Tutmuyor	48	103,24	4955,50	3779,5	-0,42	0,67
	Tutuyor	164	107,45	17622,50			
Sosyal işlevsellik	Tutmuyor	48	99,99	4799,50	3623,5	-0,84	0,40
	Tutuyor	164	108,41	17778,50			
Ağrı	Tutmuyor	48	103,64	4974,50	3798,5	-0,37	0,71
	Tutuyor	164	107,34	17603,50			
Genel sağlık algısı	Tutmuyor	48	116,42	5588,00	3460	-1,28	0,20
	Tutuyor	164	103,60	16990,00			

Çizelge 4.10 : SF-36 puanlarının fazla mesai yapma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğinin Mann-Whitney *U* testi ile incelenmesi.

Alt Ölçek	Fazla Mesai	<i>n</i>	Sıra ortalaması	Sıralar toplamı	<i>MWU</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Fiziksel fonksiyon	Yapıyor	175	108,94	19064,50	2810,5	-1,30	0,19
	Yapmıyor	37	94,96	3513,50			
Fiziksel rol güçlüğü	Yapıyor	175	106,49	18635,00	3235	-0,01	0,99
	Yapmıyor	37	106,57	3943,00			
Emosyonel rol güçlüğü	Yapıyor	175	108,41	18972,00	2903	-1,04	0,30
	Yapmıyor	37	97,46	3606,00			
Enerji/canlılık/vitalite	Yapıyor	175	107,19	18759,00	3116	-0,36	0,72
	Yapmıyor	37	103,22	3819,00			
Ruhsal sağlık	Yapıyor	175	105,29	18426,00	3026	-0,63	0,53
	Yapmıyor	37	112,22	4152,00			
Sosyal işlevsellik	Yapıyor	175	108,92	19060,50	2814,5	-1,25	0,21
	Yapmıyor	37	95,07	3517,50			
Ağrı	Yapıyor	175	109,09	19090,50	2784,5	-1,34	0,18
	Yapmıyor	37	94,26	3487,50			
Genel sağlık algısı	Yapıyor	175	108,94	19064,50	2810,5	-1,30	0,19
	Yapmıyor	37	94,96	3513,50			

Çizelge 4.10’da SF-36 puanlarının fazla mesai yapma durumuna göre farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir ve hiçbir alt ölçekte, gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.11 : SF-36 puanlarının BKİ kategorilerine göre farklılık gösterip göstermediğinin Kruskal-Wallis H testi ile incelenmesi.

Alt Boyut	BKİ kategorisi	n	Sıra ortalaması	H	df	p
Fiziksel fonksiyon	Normal	138	115,68	9,990	2	0,007*
	Kilolu	63	91,37			
	Obez	11	77,95			
Fiziksel rol güçlüğü	Normal	138	113,05	5,184	2	0,075
	Kilolu	63	96,01			
	Obez	11	84,36			
Emosyonel rol güçlüğü	Normal	138	109,67	6,485	2	0,039**
	Kilolu	63	107,08			
	Obez	11	63,45			
Enerji/canlilik/vitalite	Normal	138	111,83	3,081	2	0,214
	Kilolu	63	97,35			
	Obez	11	92,05			
Ruhsal sağlık	Normal	138	109,04	1,203	2	0,548
	Kilolu	63	103,90			
	Obez	11	89,50			
Sosyal işlevsellik	Normal	138	110,44	1,882	2	0,390
	Kilolu	63	100,62			
	Obez	11	90,77			
Ağrı	Normal	138	113,13	6,175	2	0,046**
	Kilolu	63	97,76			
	Obez	11	73,32			
Genel sağlık algısı	Normal	138	112,13	4,256	2	0,119
	Kilolu	63	98,81			
	Obez	11	79,91			

* $p<0,01$; ** $p<0,05$

Çizelge 4.11’de, SF-36 puanlarının BKİ kategorilerine göre farklılık gösterip göstermediğinin Kruskal-Wallis H testi ile incelenmesi sonucunda elde edilen bulgular verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, BKİ kategorilerine göre fiziksel fonksiyon alt boyutunda anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($H(2)=9,990$; $p=0,007$). Emosyonel rol güçlüğü alt boyutunda ($H(2)=6,485$; $p=0,039$) ve ağrı alt boyutunda da ($H(2)=6,175$; $p=0,046$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur

Fiziksel fonksiyon alt boyutunda BKİ kategorisi arasında ise anlamlı fark olup olmadığı Çizelge 4.12’de incelenmiş normal ve kilolu kategorileri arasında ($U=3344,0$; $p=0,007$) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Normal ile obez kategorileri arasında ve kilolu ile obez kategorileri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,017$).

Çizelge 4.12’de, emosyonel rol güçlüğü puanlarında BKİ kategorileri arasında normal ve obez grupları arasında anlamlı fark bulunurken ($U=432,0$; $p=0,012$), kilolu ve obez ile normal ve kilolu grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,017$). Kruskal-Wallis H testi sonucunda ortaya çıkan, ağrı alt boyutundaki anlamlı farkın hangi gruplar arasında olduğunun incelenmesi için yapılan Mann-Whitney U testi, BKİ kategorilerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığını ($p>0,017$) göstermiştir.

Çizelge 4.12 : BKİ kategorilerine göre SF-36 alt boyutlarında var olan farklılıkların Mann-Whitney U testi ile incelenmesi.

Alt boyut	BKİ kategorisi	n	Sıra ortalaması	Sıralar toplamı	MWU	Z	p
Fiziksel fonksiyon	Normal	138	108,27	14941,00	3344,000	-2,721	0,007*
	Kilolu	63	85,08	5360,00			
	Normal	138	76,92	10614,50	494,500	-2,003	0,045
	Obez	11	50,95	560,50			
	Kilolu	63	38,29	2412,00	297,000	-0,768	0,443
	Obez	11	33,00	363,00			
Emosyonel rol güçlüğü	Normal	138	101,80	14048,00	4237,000	-0,305	0,760
	Kilolu	63	99,25	6253,00			
	Normal	138	77,37	10677,00	432,000	-2,515	0,012*
	Obez	11	45,27	498,00			
	Kilolu	63	39,83	2509,00	200,000	-2,345	0,019
	Obez	11	24,18	266,00			
Ağrı	Normal	138	105,46	14554,00	3731,000	-1,619	0,106
	Kilolu	63	91,22	5747,00			
	Normal	138	77,17	10649,50	459,500	-2,188	0,029
	Obez	11	47,77	525,50			
	Kilolu	63	38,54	2428,00	281,000	-1,000	0,317
	Obez	11	31,55	347,00			

* $p<0,017$ (Bonferonni düzeltmesi uygulanmıştır - $0,05/3=0,017$)

Çizelge 4.13 : SF-36 puanlarının eğitim düzeylerine göre farklılık gösterip göstermediğinin Kruskal-Wallis H testi ile incelenmesi.

Alt Boyut	Eğitim düzeyi	n	Sıra ortalaması	H	df	p
Fiziksel fonksiyon	Lise	23	105,74	2,304	3	0,512
	Ön lisans	43	112,49			
	Lisans	129	102,50			
	Lisansüstü	17	122,71			
Fiziksel rol güçlüğü	Lise	23	95,17	2,598	3	0,458
	Ön lisans	43	110,48			
	Lisans	129	109,33			
	Lisansüstü	17	90,26			
Emosyonel rol güçlüğü	Lise	23	101,43	0,738	3	0,864
	Ön lisans	43	111,23			
	Lisans	129	105,02			
	Lisansüstü	17	112,65			
Enerji/canlılık/vitalite	Lise	23	110,46	0,196	3	0,978
	Ön lisans	43	106,97			
	Lisans	129	105,24			
	Lisansüstü	17	109,53			
Ruhsal sağlık	Lise	23	99,33	1,978	3	0,577
	Ön lisans	43	117,35			
	Lisans	129	105,12			
	Lisansüstü	17	99,24			
Sosyal işlevsellik	Lise	23	106,74	0,952	3	0,813
	Ön lisans	43	111,42			
	Lisans	129	103,60			
	Lisansüstü	17	115,71			
Ağrı	Lise	23	110,48	3,072	3	0,381
	Ön lisans	43	116,86			
	Lisans	129	100,81			
	Lisansüstü	17	118,09			
Genel sağlık algısı	Lise	23	101,46	2,556	3	0,465
	Ön lisans	43	119,65			
	Lisans	129	103,08			
	Lisansüstü	17	106,00			

Çizelge 4.13’de SF-36 puanlarının eğitim düzeylerine göre farklılık gösterip göstermediğinin Kruskal-Wallis H testi ile incelenmiştir. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarının hiçbirinde, kategoriler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Çizelge 4.14 : SF-36 puanlarının mesleği isteyerek seçme değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğinin Kruskal-Wallis H testi ile incelenmesi.

Alt Boyut	Meslek seçimi	n	Sıra ortalaması	H	df	p
Fiziksel fonksiyon	İsteyerek	117	107,30	1,274	2	0,529
	Kararsızım	34	114,53			
	İstemeyerek	61	100,49			
Fiziksel rol güçlüğü	İsteyerek	117	108,12	0,917	2	0,632
	Kararsızım	34	97,57			
	İstemeyerek	61	108,36			
Emosyonel rol güçlüğü	İsteyerek	117	109,23	0,893	2	0,640
	Kararsızım	34	98,68			
	İstemeyerek	61	105,62			
Enerji/canlılık/vitalite	İsteyerek	117	112,32	4,343	2	0,114
	Kararsızım	34	111,13			
	İstemeyerek	61	92,76			
Ruhsal sağlık	İsteyerek	117	115,32	5,453	2	0,065
	Kararsızım	34	96,62			
	İstemeyerek	61	95,09			
Sosyal işlevsellik	İsteyerek	117	114,21	4,512	2	0,105
	Kararsızım	34	102,12			
	İstemeyerek	61	94,16			
Ağrı	İsteyerek	117	107,06	0,107	2	0,948
	Kararsızım	34	108,25			
	İstemeyerek	61	104,45			
Genel sağlık algısı	İsteyerek	117	111,42	2,413	2	0,299
	Kararsızım	34	93,32			
	İstemeyerek	61	104,41			

Çizelge 4.14’de SF-36 puanlarının mesleği isteyerek seçme değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğinin Kruskal-Wallis H testi ile incelenmiştir. Hiçbir alt ölçeği arasında ve gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.15’de SF-36 puanlarının kıdem süresi değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği Kruskal-Wallis H testi ile incelenmiştir. Fiziksel fonksiyon alt boyutunda ($H(5)=26,419$; $p<0,001$), ağrı ($H(5)=12,083$; $p=0,03$) ve genel sağlık algısı ($H(5)=16,523$; $p<0,001$) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur.

Çizelge 4.15 : SF-36 puanlarının kıdem süresi değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğinin Kruskal-Wallis *H* testi ile incelenmesi.

Alt Boyut	Kıdem süresi	<i>n</i>	Sıra ortalaması	<i>H</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Fiziksel fonksiyon	0-4 yıl	46	130,05	26,419	5	0,00*
	5-9 yıl	63	111,94			
	10-14 yıl	46	115,71			
	15-19 yıl	16	81,72			
	20-24 yıl	16	70,25			
	25 yıl ve üzeri	25	71,56			
Fiziksel rol güçlüğü	0-4 yıl	46	112,46	6,426	5	0,27
	5-9 yıl	63	107,52			
	10-14 yıl	46	115,84			
	15-19 yıl	16	87,38			
	20-24 yıl	16	80,28			
	25 yıl ve üzeri	25	104,82			
Emosyonel rol güçlüğü	0-4 yıl	46	114,80	6,221	5	0,29
	5-9 yıl	63	106,08			
	10-14 yıl	46	113,93			
	15-19 yıl	16	80,88			
	20-24 yıl	16	89,44			
	25 yıl ve üzeri	25	105,92			
Enerji/canlılık/vitalite	0-4 yıl	46	117,26	4,892	5	0,43
	5-9 yıl	63	106,30			
	10-14 yıl	46	109,10			
	15-19 yıl	16	97,28			
	20-24 yıl	16	80,03			
	25 yıl ve üzeri	25	105,26			
Ruhsal sağlık	0-4 yıl	46	112,87	2,816	5	0,73
	5-9 yıl	63	108,98			
	10-14 yıl	46	109,16			
	15-19 yıl	16	95,41			
	20-24 yıl	16	87,78			
	25 yıl ve üzeri	25	102,70			
Sosyal işlevsellik	0-4 yıl	46	127,59	10,400	5	0,07
	5-9 yıl	63	97,30			
	10-14 yıl	46	107,39			
	15-19 yıl	16	91,81			
	20-24 yıl	16	83,50			
	25 yıl ve üzeri	25	113,36			
Ağrı	0-4 yıl	46	122,91	12,083	5	0,03*
	5-9 yıl	63	108,20			
	10-14 yıl	46	112,08			
	15-19 yıl	16	74,75			
	20-24 yıl	16	76,78			
	25 yıl ve üzeri	25	101,10			
Genel sağlık algısı	0-4 yıl	46	118,08	16,523	5	0,00**
	5-9 yıl	63	118,09			
	10-14 yıl	46	111,13			
	15-19 yıl	16	70,41			
	20-24 yıl	16	70,09			
	25 yıl ve üzeri	25	93,88			

* $p < 0,01$; ** $p < 0,05$

Çizelge 4.16 : Hemşirelerin kıdem sürelerine göre SF-36 alt boyutlarında var olan farklılıkların Mann-Whitney *U* testi ile incelenmesi.

Alt ölçek	Mesleki tecrübe	<i>n</i>	Sıra ortalaması	Sıralar toplamı	<i>MWU</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Fiziksel fonksiyon	0-4 yıl	46	34,98	1609,00	208,000	-2,774	0,006
	15-19 yıl	16	21,50	344,00			
	0-4 yıl	46	35,61	1638,00	179,000	-3,276	0,001*
	20-24 yıl	16	19,69	315,00			
	0-4 yıl	46	42,71	1964,50	266,500	-3,901	0,000*
	25 yıl ve üzeri	25	23,66	591,50			
	5-9 yıl	63	43,16	2719,00	305,000	-2,496	0,013
	20-24 yıl	16	27,56	441,00			
	5-9 yıl	63	49,63	3127,00	464,000	-3,056	0,002*
	25 yıl ve üzeri	25	31,56	789,00			
	10-14 yıl	46	34,70	1596,00	221,000	-2,443	0,015
	20-24 yıl	16	22,31	357,00			
	10-14 yıl	46	41,54	1911,00	320,000	-3,140	0,002*
	25 yıl ve üzeri	25	25,80	645,00			
Ağrı	0-4 yıl	46	34,98	1609,00	208,000	-2,591	0,01
	15-19 yıl	16	21,50	344,00			
	0-4 yıl	46	34,82	1601,50	215,500	-2,472	0,013
	20-24 yıl	16	21,97	351,50			
	5-9 yıl	63	42,57	2682,00	342,000	-1,986	0,047
	15-19 yıl	16	29,88	478,00			
	10-14 yıl	46	34,22	1574,00	243,000	-2,026	0,043
	20-24 yıl	16	23,69	379,00			
	10-14 yıl	46	34,39	1582,00	235,000	-2,154	0,031
	15-19 yıl	16	23,19	371,00			
Genel sağlık algısı	0-4 yıl	46	35,30	1624,00	193,000	-2,833	0,005
	15-19 yıl	16	20,56	329,00			
	0-4 yıl	46	35,14	1616,50	200,500	-2,711	0,007
	20-24 yıl	16	21,03	336,50			
	5-9 yıl	63	43,45	2737,50	286,500	-2,663	0,008
	15-19 yıl	16	26,41	422,50			
	5-9 yıl	63	43,50	2740,50	283,500	-2,700	0,007
	20-24 yıl	16	26,22	419,50			
	10-14 yıl	46	34,71	1596,50	220,500	-2,386	0,017
	20-24 yıl	16	22,28	356,50			
	10-14 yıl	46	34,74	1598,00	219,000	-2,412	0,016
	15-19 yıl	16	22,19	355,00			

* $p < 0,0033$ (Bonferonni düzeltmesi uygulanmıştır – $0,05/15 = 0,0033$)

Çizelge 4.16'da hemşirelerin kıdem sürelerine göre SF-36 alt boyutlarında var olan farklılıkların Mann-Whitney U testi ile incelenmesi sonucunda elde edilen bulgular verilmiştir. Fiziksel fonksiyon alt boyutunda 0-4 yıl ve 20-24 yıl ($U=179,0$; $p=0,001$) ile 0-4 yıl ve 25 yıl ve üzeri ($U=266,45$; $p<0,001$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. 5-9 yıl ile 25 yıl ve üzeri grupları arasında da fark mevcuttur ($U=464,0$; $p=0,002$). 10-14 yıl ile 25 yıl ve üzeri grupları arasında anlamlı fark olduğu ($U=320,0$; $p=0,002$) tespit edilmiştir. Fiziksel fonksiyon alt boyutunda, diğer gruplar arası karşılaştırmalar sonucunda, yeterli istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşılmamıştır ($p>0,0033$).

Ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı görülmüştür ($p>0,0033$).

Çizelge 4.17'de SF-36 puanlarının görev yeri değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğinin Kruskal-Wallis H testi kullanılarak analiz edilmesi sonucunda elde edilen bulgular gösterilmektedir. Fiziksel fonksiyon ($H(4)=21,075$; $p=0,00$), fiziksel rol güçlüğü ($H(4)=19,046$; $p=0,001$), ruhsal sağlık ($H(4)=11,368$; $p=0,023$), sosyal işlevsellik ($H(4)=11,225$; $p=0,024$) ve ağrı ($H(4)=11,738$; $p=0,019$) alt ölçeklerinde görev yeri değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkın var olduğu bulunurken; emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite ve genel sağlık algısı alt ölçeklerinden elde edilen puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Görev yerlerine göre SF-36 puanları arasındaki farklar incelenerek elde edilen bulgular Çizelge 4.18'de verilmiştir. Fiziksel fonksiyon alt boyutunda acil servis ile yatan hasta servislerinde çalışanlar arasında ($U=759,0$; $p<0,001$) ve acil servis ile poliklinik çalışanları arasında ($U=143,0$; $p=0,004$) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Fiziksel rol güçlüğü alt boyutunda, yatan hasta servisleri ile acil servis çalışanları arasında anlamlı fark olduğu ($U=987,0$; $p<0,003$) ve yoğun bakım ile yatan hasta servislerinde çalışanların fiziksel rol güçlüğü puanları arasında fark olduğu ($U=1381,0$; $p<0,001$) görülmüştür. Ağrı alt boyutu incelendiğinde, yalnızca acil servis ve yatan hasta servislerinde çalışan hemşirelerin ağrı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın var olduğu ($U=993,0$; $p=0,004$) bulunmuştur. Sosyal işlevsellik ve ruhsal sağlık alt boyutlarında, görev yerlerine göre yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı görülmüştür ($p>0,005$).

Çizelge 4.17 : SF-36 puanlarının görev yeri değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğinin Kruskal-Wallis H testi ile incelenmesi.

Alt Ölçek	Görev Yeri	n	Sıra ortalaması	H	df	p
Fiziksel fonksiyon	Acil servis	30	141,45	21,075	4	0,000*
	Ameliyathane	22	120,48			
	Yoğun bakım	41	117,59			
	Yatan hasta	101	90,52			
	Poliklinik	18	95,56			
Fiziksel rol güçlüğü	Acil servis	30	125,05	19,046	4	0,001*
	Ameliyathane	22	119,68			
	Yoğun bakım	41	123,80			
	Yatan hasta	101	87,91			
	Poliklinik	18	124,36			
Emosyonel rol güçlüğü	Acil servis	30	110,07	8,960	4	0,062
	Ameliyathane	22	114,14			
	Yoğun bakım	41	125,15			
	Yatan hasta	101	95,00			
	Poliklinik	18	113,28			
Enerji/canlılık/vitalite	Acil servis	30	124,17	8,330	4	0,080
	Ameliyathane	22	103,59			
	Yoğun bakım	41	120,55			
	Yatan hasta	101	95,20			
	Poliklinik	18	112,00			
Ruhsal sağlık	Acil servis	30	121,98	11,368	4	0,023**
	Ameliyathane	22	104,20			
	Yoğun bakım	41	124,00			
	Yatan hasta	101	92,78			
	Poliklinik	18	120,61			
Sosyal işlevsellik	Acil servis	30	124,52	11,225	4	0,024**
	Ameliyathane	22	121,09			
	Yoğun bakım	41	118,88			
	Yatan hasta	101	92,11			
	Poliklinik	18	111,17			
Ağrı	Acil servis	30	128,20	11,738	4	0,019**
	Ameliyathane	22	107,36			
	Yoğun bakım	41	122,35			
	Yatan hasta	101	92,78			
	Poliklinik	18	110,17			
Genel sağlık algısı	Acil servis	30	118,30	3,791	4	0,435
	Ameliyathane	22	97,11			
	Yoğun bakım	41	112,94			
	Yatan hasta	101	100,33			
	Poliklinik	18	118,25			

Çizelge 4.18 : Hemşirelerin görev yerlerine göre SF-36 alt boyutlarında var olan farklılıkların Mann-Whitney *U* testi ile incelenmesi.

Alt ölçek	Görev yeri	<i>n</i>	Sıra ortalaması	Sıralar toplamı	<i>MWU</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Fiziksel fonksiyon	Acil servis	30	91,20	2736,00	759,000	-4,255	0,000*
	Yatan hasta	101	58,51	5910,00			
	Acil servis	30	28,73	862,00	143,000	-2,882	0,004*
	Poliklinik	18	17,44	314,00			
	Ameliyathane	22	75,43	1659,50	815,500	-1,990	0,047
	Yatan hasta	101	59,07	5966,50			
	Yoğun bakım	41	83,49	3423,00	1579,000	-2,266	0,023
	Yatan hasta	101	66,63	6730,00			
Fiziksel rol güçlüğü	Acil servis	30	83,60	2508,00	987,000	-2,984	0,003*
	Yatan hasta	101	60,77	6138,00			
	Yoğun bakım	41	88,32	3621,00	1381,000	-3,202	0,001*
	Yatan hasta	101	64,67	6532,00			
	Yatan hasta	101	56,64	5720,50	569,500	-2,586	0,01
	Poliklinik	18	78,86	1419,50			
Sosyal işlevsellik	Yoğun bakım	41	83,49	3423,00	1579,000	-2,218	0,027
	Yatan hasta	101	66,63	6730,00			
	Acil servis	30	82,22	2466,50	1028,500	-2,675	0,007
	Yatan hasta	101	61,18	6179,50			
Ruhsal sağlık	Acil servis	30	80,85	2425,50	1069,500	-2,451	0,014
	Yatan hasta	101	61,59	6220,50			
	Yoğun bakım	41	85,20	3493,00	1509,000	-2,535	0,011
	Yatan hasta	101	65,94	6660,00			
Ağrı	Yoğun bakım	41	84,72	3473,50	1528,500	-2,453	0,014
	Yatan hasta	101	66,13	6679,50			
	Acil servis	30	83,40	2502,00	993,000	-2,872	0,004*
	Yatan hasta	101	60,83	6144,00			

* $p < 0,005$ (Bonferonni düzeltmesi yapılmıştır – $0,05/10=0,005$)

Çizelge 4.19’da Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney *U* testi ile incelenmiştir. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliği alt boyutlarında, kategorik değişkenler arasında herhangi ikili grup karşılaştırmasında, istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığı ($p > 0,05$) tespit edilmiştir.

Çizelge 4.19 : Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğinin Mann-Whitney *U* testi ile incelenmesi.

Alt boyut	Cinsiyet	<i>n</i>	Sıra ortalaması	Sıralar toplamı	<i>MWU</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Duygusal tükenme	Erkek	65	95,27	6192,50	4047,500	-1,774	0,076
	Kadın	147	111,47	16385,50			
Duyarsızlaşma	Erkek	65	114,24	7425,50	4274,500	-1,226	0,220
	Kadın	147	103,08	15152,50			
Kişisel başarı eksikliği	Erkek	65	115,28	7493,00	4207,000	-1,387	0,165
	Kadın	147	102,62	15085,00			

Çizelge 4.20’de Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının medeni hal durumuna göre farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney *U* testi ile incelenmiştir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında medeni hal değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), kişisel başarı eksikliğinde anlamlı fark bulunmuştur ($U=4168,5$; $p=0,006$).

Çizelge 4.20 : Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının medeni hal durumuna göre farklılık gösterip göstermediğinin Mann-Whitney *U* testi ile incelenmesi.

Alt boyut	Medeni hal	<i>n</i>	Sıra ortalaması	Sıralar toplamı	<i>MWU</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Duygusal tükenme	Evli	128	107,26	13729,00	5279,000	-0,222	0,824
	Bekar	84	105,35	8849,00			
Duyarsızlaşma	Evli	128	102,13	13072,50	4816,500	-1,285	0,199
	Bekar	84	113,16	9505,50			
Kişisel başarı eksikliği	Evli	128	97,07	12424,50	4168,500	-2,768	0,006*
	Bekar	84	120,88	10153,50			

* $p<0,01$

Çizelge 4.21’de Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının nöbet tutma durumuna göre farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney *U* testi ile incelenmiştir ve hiçbir alt ölçekte gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.21 : Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının nöbet tutma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğinin Mann-Whitney *U* testi ile incelenmesi.

Alt boyut	Nöbet durumu	<i>n</i>	Sıra ortalaması	Sıralar toplamı	<i>MWU</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Duygusal tükenme	Tutmuyor	48	106,31	5103,00	3927,000	-0,024	0,981
	Tutuyor	164	106,55	17475,00			
Duyarsızlaşma	Tutmuyor	48	104,53	5017,50	3841,500	-0,254	0,800
	Tutuyor	164	107,08	17560,50			
Kişisel başarı eksikliği	Tutmuyor	48	99,93	4796,50	3620,500	-0,845	0,398
	Tutuyor	164	108,42	17781,50			

Çizelge 4.22 : Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının fazla mesai durumuna göre farklılık gösterip göstermediğinin Mann-Whitney *U* testi ile incelenmesi.

Alt boyut	Fazla mesai	<i>n</i>	Sıra ortalaması	Sıralar toplamı	<i>MWU</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Duygusal tükenme	Yapıyor	175	107,22	18764,00	3111,000	-0,373	0,709
	Yapmıyor	37	103,08	3814,00			
Duyarsızlaşma	Yapıyor	175	109,09	19091,50	2783,500	-1,344	0,179
	Yapmıyor	37	94,23	3486,50			
Kişisel başarı eksikliği	Yapıyor	175	108,19	18933,50	2941,500	-0,874	0,382
	Yapmıyor	37	98,50	3644,50			

Çizelge 4.22’de Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının fazla mesai durumuna göre farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney *U* testi ile incelenmiştir. Hiçbir alt ölçekte gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Çizelge 4.23 : Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının BKİ kategorilerine göre farklılık gösterip göstermediğinin Kruskal-Wallis *H* testi ile incelenmesi.

Alt Boyut	BKİ Kategorisi	<i>n</i>	Sıra ortalaması	<i>H</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Duygusal tükenme	Normal	138	104,79	1,082	2	0,582
	Kilolu	63	107,08			
	Obez	11	124,68			
Duyarsızlaşma	Normal	138	111,31	2,455	2	0,293
	Kilolu	63	97,25			
	Obez	11	99,14			
Kişisel başarı eksikliği	Normal	138	116,71	10,997	2	0,004*
	Kilolu	63	87,04			
	Obez	11	89,91			

* $p < 0,01$

Çizelge 4.23’te Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının BKİ kategorilerine göre farklılık gösterip göstermediği Kruskal-Wallis *H* testi ile incelenmiştir. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma alt boyutunda BKİ kategorisi arasında anlamlı fark bulunmazken, kişisel başarı eksikliği arasında anlamlı fark bulunmuştur ($H(2)=10,997$; $p=0,004$).

Çizelge 4.24 : BKİ kategorilerine göre Maslach tükenmişlik ölçeği kişisel başarı eksikliği alt boyutunda var olan farklılıkların Mann-Whitney *U* testi ile incelenmesi.

Alt boyut	BKİ kategorisi	<i>n</i>	Sıra ortalaması	Sıralar toplamı	<i>MWU</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Kişisel başarı eksikliği	Normal	138	109,85	15159,00	3126,000	-3,196	0,001*
	Kilolu	63	81,62	5142,00			
	Normal	138	76,36	10537,50	571,5	-1,363	0,173
	Obez	11	57,95	637,50			
	Kilolu	63	37,42	2357,50	341,500	-0,076	0,939
	Obez	11	37,95	417,50			

* $p < 0,017$ (Bonferonni düzeltmesi uygulanmıştır – $0,05/3=0,017$)

Çizelge 4.24'te BKİ kategorilerine göre Maslach tükenmişlik ölçeği kişisel başarı eksikliği alt boyutunda var olan farklılıkların Mann-Whitney U testi ile incelenmesinde kişisel başarı eksikliği alt boyutunda yalnızca normal ve kilolu kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,017$).

Çizelge 4.25 : Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının eğitim düzeylerine göre farklılık gösterip göstermediğinin Kruskal-Wallis H testi ile incelenmesi.

Alt Boyut	Eğitim düzeyi	n	Sıra ortalaması	H	df	p
Duygusal tükenme	Lise	23	97,70	3,911	3	0,271
	Ön lisans	43	94,41			
	Lisans	129	109,79			
	Lisansüstü	17	124,03			
Duyarsızlaşma	Lise	23	115,98	7,166	3	0,067
	Ön lisans	43	90,03			
	Lisans	129	106,65			
	Lisansüstü	17	134,21			
Kişisel başarı eksikliği	Lise	23	126,28	4,668	3	0,198
	Ön lisans	43	93,07			
	Lisans	129	108,11			
	Lisansüstü	17	101,50			

Kruskal-Wallis H testi kullanılarak, Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının eğitim düzeylerine (Çizelge 4.25) ve mesleği isteyerek seçme değişkenine (Çizelge 4.26) göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Eğitim düzeyine göre, tükenmişlik puanları arasında fark yoktur ($p>0,05$). Mesleği isteyerek seçme değişkeninde, duygusal tükenme alt boyutunda anlamlı fark varken ($H(2)=7,009$; $p=0,030$) diğer kategorik karşılaştırmaların hiçbirinde anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Çizelge 4.26 : Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının mesleği isteyerek seçme değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğinin Kruskal-Wallis H testi ile incelenmesi.

Alt Boyut	Mesleği seçme durumu	n	Sıra ortalaması	H	df	p
Duygusal tükenme	İsteyerek	117	98,02	7,009	2	0,030*
	Kararsızım	34	105,01			
	İstemeyerek	61	123,60			
Duyarsızlaşma	İsteyerek	117	101,06	2,989	2	0,224
	Kararsızım	34	105,12			
	İstemeyerek	61	117,70			
Kişisel başarı eksikliği	İsteyerek	117	101,92	3,133	2	0,209
	Kararsızım	34	123,03			
	İstemeyerek	61	106,07			

* $p<0,05$

Çizelge 4.27 : Mesleği seçme durumuna göre Maslach tükenmişlik ölçeği duygusal tükenme alt boyutunda var olan farklılıkların Mann-Whitney *U* testi ile incelenmesi.

Alt boyut	Mesleği seçme durumu	<i>n</i>	Sıra ortalaması	Sıralar toplamı	<i>MWU</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Duygusal tükenme	İsteyerek	117	74,92	8765,50	1862,500	-0,564	0,573
	Kararsızım	34	79,72	2710,50			
	İsteyerek	117	82,10	9605,50	2702,5	-2,657	0,008*
	İstemeyerek	61	103,70	6325,50			
	Kararsızım	34	42,79	1455,00	860	-1,375	0,169
	İstemeyerek	61	50,90	3105,00			

* $p < 0,017$ (Bonferonni düzeltmesi uygulanmıştır – $0,05/3=0,017$)

Çizelge 4.27 incelendiğinde, duygusal tükenme alt boyutunda, mesleği isteyerek seçenler ile istemeyerek seçenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($U=2702,5$; $p=0,008$), diğer ikili karşılaştırmalar arasında fark bulunmamıştır. Çizelge 4.28’de Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının kıdem süresi değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği Kruskal-Wallis *H* testi ile incelenmiştir. Kişisel başarı eksikliği alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($H(5)=28,348$; $p < 0,001$).

Çizelge 4.28 : Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının kıdem süresi değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğinin Kruskal-Wallis *H* testi ile incelenmesi.

Alt Boyut	Kıdem süresi	<i>n</i>	Sıra ortalaması	<i>H</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Duygusal tükenme	0-4 yıl	46	87,16	9,971	5	0,076
	5-9 yıl	63	113,55			
	10-14 yıl	46	107,68			
	15-19 yıl	16	133,34			
	20-24 yıl	16	120,03			
	25 yıl ve üzeri	25	96,30			
Duyarsızlaşma	0-4 yıl	46	106,10	6,511	5	0,260
	5-9 yıl	63	113,83			
	10-14 yıl	46	116,16			
	15-19 yıl	16	100,03			
	20-24 yıl	16	93,50			
	25 yıl ve üzeri	25	83,46			
Kişisel başarı eksikliği	0-4 yıl	46	137,18	28,348	5	0,000*
	5-9 yıl	63	111,77			
	10-14 yıl	46	107,71			
	15-19 yıl	16	67,69			
	20-24 yıl	16	88,97			
	25 yıl ve üzeri	25	70,60			

* $p < 0,01$

Çizelge 4.29’da kıdem süresine göre Maslach tükenmişlik ölçeği kişisel başarı eksikliği alt boyutunda var olan farklılıklar Mann-Whitney *U* testi ile incelenmiş ve bu alt boyutta 0-4 yıl ile 15-19 yıl arasında ($U=142,5$; $p<0,001$) ve 0-4 yıl ile 25 yıl ve üzeri grubu arasında ($U=221,0$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı bir farkın var olduğu diğer gruplar arasında fark olmadığı ($p>0,0033$) bulunmuştur.

Çizelge 4.29 : Kıdem süresine göre Maslach tükenmişlik ölçeği kişisel başarı eksikliği alt boyutunda var olan farklılıkların Mann-Whitney *U* testi ile incelenmesi.

Alt boyut	Kıdem süresi	<i>n</i>	Sıra ortalaması	Sıralar toplamı	<i>MWU</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Kişisel başarı eksikliği	0-4 yıl	46	62,97	2896,50	1082,500	-2,253	0,024
	5-9 yıl	63	49,18	3098,50			
	0-4 yıl	46	53,07	2441,00	756,000	-2,362	0,018
	10-14 yıl	46	39,93	1837,00			
	0-4 yıl	46	36,40	1674,50	142,500	-3,637	0,000*
	15-19 yıl	16	17,41	278,50			
	0-4 yıl	46	35,05	1612,50	204,500	-2,636	0,008
	20-24 yıl	16	21,28	340,50			
	0-4 yıl	46	43,70	2010,00	221,000	-4,271	0,000*
	25 yıl ve üzeri	25	21,84	546,00			
	5-9 yıl	63	55,88	3520,50	1393,500	-0,341	0,733
	10-14 yıl	46	53,79	2474,50			
	5-9 yıl	63	43,44	2737,00	287,000	-2,652	0,008
	15-19 yıl	16	26,44	423,00			
	5-9 yıl	63	41,88	2638,50	385,500	-1,448	0,147
	20-24 yıl	16	32,59	521,50			
	5-9 yıl	63	49,38	3111,00	480,000	-2,852	0,004
	25 yıl ve üzeri	25	32,20	805,00			
	10-14 yıl	46	34,66	1594,50	222,500	-2,346	0,019
	15-19 yıl	16	22,41	358,50			
	10-14 yıl	46	32,95	1515,50	301,500	-1,072	0,284
	20-24 yıl	16	27,34	437,50			
	10-14 yıl	46	40,37	1857,00	374,000	-2,428	0,015
	25 yıl ve üzeri	25	27,96	699,00			
15-19 yıl	16	20,78	332,50	196,500	-0,094	0,925	
25 yıl ve üzeri	25	21,14	528,50				
20-24 yıl	16	23,41	374,50	161,500	-1,033	0,302	
25 yıl ve üzeri	25	19,46	486,50				

* $p<0,0033$ (Bonferonni düzeltmesi uygulanmıştır – $0,05/15=0,0033$)

Çizelge 4.30 : Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının görev yeri değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğinin Kruskal-Wallis H testi ile incelenmesi.

Alt Ölçek	Görev Yeri	n	Sıra ortalaması	H	df	p
Duygusal tükenme	Acil servis	30	86,85	33,303	4	0,000*
	Ameliyathane	22	97,09			
	Yoğun bakım	41	71,71			
	Yatan hasta	101	130,71			
	Poliklinik	18	94,17			
Duyarsızlaşma	Acil servis	30	123,07	22,218	4	0,000*
	Ameliyathane	22	78,52			
	Yoğun bakım	41	75,37			
	Yatan hasta	101	119,70			
	Poliklinik	18	109,92			
Kişisel başarı eksikliği	Acil servis	30	123,67	11,587	4	0,021**
	Ameliyathane	22	120,05			
	Yoğun bakım	41	121,55			
	Yatan hasta	101	96,97			
	Poliklinik	18	80,53			

* $p<0,01$; ** $p<0,05$

Çizelge 4.30’da Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının görev yeri değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği Kruskal-Wallis H testi ile incelenmiş ve tüm alt boyutlarda (duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı) istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.31’de hemşirelerin görev yerlerine göre Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarında var olan farklılıkların Mann-Whitney U testi ile incelenmesi sonucunda elde edilen bulgular verilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, duyarsızlaşma alt boyutunda acil servis ile ameliyathane ($U=172,0$; $p=0,003$), acil servis ile yoğun bakım ünitesi ($U=342,0$; $p=0,003$), ameliyathane ile yatan hasta ($U=677,0$; $p=0,004$) ve yoğun bakım ünitesi ile yatan hasta ünitesi çalışanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=1245,5$; $p<0,001$) bulunmuştur. Duygusal tükenme alt boyutunda ise, acil servis ile yatan hasta ($U=884,0$; $p=0,001$) ve yoğun bakım ile yatan hasta ($U=987,5$; $p<0,001$) çalışanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,005$). Kişisel başarı eksikliği alt boyutunda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanılmamıştır ($p>0,005$).

Çizelge 4.31 : Hemşirelerin görev yerlerine göre Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarında var olan farklılıkların Mann-Whitney *U* testi ile incelenmesi.

Alt ölçek	Görev yeri	<i>n</i>	Sıra ortalaması	Sıralar toplamı	<i>MWU</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Duyarsızlaşma	Acil servis	30	31,77	953,00	172,000	-2,937	0,003*
	Ameliyathane	22	19,32	425,00			
	Acil servis	30	45,10	1353,00	342,000	-3,206	0,001*
	Yoğun bakım	41	29,34	1203,00			
	Ameliyathane	22	42,27	930,00	677,000	-2,872	0,004*
	Yatan hasta	101	66,30	6696,00			
	Yoğun bakım	41	51,38	2106,50	1245,500	-3,731	0,000*
	Yatan hasta	101	79,67	8046,50			
	Yoğun bakım	41	26,74	1096,50	235,500	-2,220	0,026
Poliklinik	18	37,42	673,50				
Duygusal tükenme	Acil servis	30	44,97	1349,00	884,000	-3,460	0,001*
	Yatan hasta	101	72,25	7297,00			
	Ameliyathane	22	44,50	979,00	726,000	-2,544	0,011
	Yatan hasta	101	65,81	6647,00			
	Yoğun bakım	41	45,09	1848,50	987,500	-4,880	0,000*
	Yatan hasta	101	82,22	8304,50			
	Yatan hasta	101	63,43	6406,00	563,000	-2,569	0,01
Poliklinik	18	40,78	734,00				
Kişisel başarı eksikliği	Acil servis	30	79,25	2377,50	1117,500	-2,181	0,029
	Yatan hasta	101	62,06	6268,50			
	Acil servis	30	28,00	840,00	165,000	-2,240	0,025
	Poliklinik	18	18,67	336,00			
	Ameliyathane	22	24,16	531,50	117,500	-2,196	0,028
	Poliklinik	18	16,03	288,50			
	Yoğun bakım	41	82,65	3388,50	1613,500	-2,061	0,039
	Yatan hasta	101	66,98	6764,50			
	Yoğun bakım	41	33,12	1358,00	241,000	-2,116	0,034
Poliklinik	18	22,89	412,00				

* $p < 0,005$ (Bonferonni düzeltmesi uygulanmıştır – $0,05/10 = 0,005$)

Ölçeklerden elde edilen puanlar arasındaki ilişkiler, Spearman sıra sayılar korelasyon katsayısı kullanılarak incelenmiş ve bulgular Çizelge 4.32’de verilmiştir. Buna göre, fiziksel aktivite düzeyi ile Maslach tükenmişlik ölçeğinden elde edilen puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0,05$). Benzer şekilde fiziksel aktivite puanları ile SF-36 puanları arasında da anlamlı bir ilişki görülmemiştir. SF-36 puanı, ölçeğe ait tüm alt boyutlardan elde edilen puanları ortalaması alınarak hesaplanmıştır. Maslach tükenmişlik ölçeğinin alt boyutlarından

biri olan duygusal tükenme ile SF-36 puanları arasında negatif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ($\rho=-0,439$; $p<0,001$) görülmüştür. Duygusal tükenme ile duyarsızlaşma alt boyutları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($\rho=0,522$; $p<0,001$) tespit edilmiştir. Kişisel başarı eksikliği ile duyarsızlaşma alt boyutları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin var olduğu ancak bu ilişkinin çok düşük düzeyde gerçekleştiği ($\rho=0,138$; $p=0,044$) bulunmuştur. Diğer değişkenler arasında ise, istatistiksel olarak anlamlı olmaya yetecek düzeyde ilişki bulunmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Çizelge 4.32 : Ölçeklerden elde edilen puanlar arasındaki ilişkilerin Spearman korelasyon testi ile incelenmesi.

		Duygusal tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel başarı eksikliği	SF-36
Fiziksel aktivite düzeyi	<i>rho</i>	0,080	0,017	-0,074	0,042
	<i>p</i>	0,244	0,810	0,285	0,548
Duygusal tükenme	<i>rho</i>		0,522**	-0,113	-0,439**
	<i>p</i>		0,000	0,101	0,000
Duyarsızlaşma	<i>rho</i>			0,138*	-0,122
	<i>p</i>			0,044	0,077
Kişisel başarı eksikliği	<i>rho</i>				-0,045
	<i>p</i>				0,512

* $p<0,05$; ** $p<0,01$

5. TARTIŞMA

Günde en az 30 dakika süreyle yapılan düzenli fiziksel aktivitenin birçok hastalığın engellenmesinde ve tedavi sürecinde etkisinin olduğu bildirilmektedir (Alves ve diğ., 2016; Low, Lee ve Samy, 2015; Sağlık Bakanlığı, 2014). Hemşireler yoğun iş temposunda çalışan meslek grupları içerisinde yer alırlar (Oshodi ve diğ., 2019; Oliver, Sanso, Galiana, Tomas ve Benito, 2017) ve yoğun çalışma temposu nedeniyle, vardiya sistemine göre çalışan hemşireler yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapma fırsatı bulamamaktadırlar. Ancak hemşirelerinde diğer bireyler gibi fiziksel aktivite yapmalarının gerektiği ve bunun sağlık durumlarına olumlu etki edeceği aşıkardır.

Hemşirelerin ve sağlık personelinin fiziksel aktivite düzeylerinin incelendiği çalışmalardan elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite düzeylerinin genel olarak düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Kılınç (2018) tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %19,9'unun "yeterli" aktivite düzeyinde olduğu, Korkmaz ve Demirkıran (2017) tarafından 43 doktor, 64 ebe/hemşire ve 44 sağlık memurunun katıldığı çalışmada ise, çalışanların "düşük" düzeyde fiziksel aktivite yaptığı bulunmuştur. Şen (2019) tarafından sağlık çalışanları üzerinde yapılan araştırmada, katılımcıların %12'sinin "yeterli" aktivite düzeyinde ve %42,4'ünün inaktif olduğu bulunmuştur. Aksungur (2009) tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise, yaklaşık olarak her dört ebe ve hemşireden üçünün sedanter yaşam sürdürdüğü, ebe ve hemşirelerin daha çok düşük dereceli aktiviteleri tercih ettikleri, şiddetli aktiviteleri daha az yaptıkları ortaya konulmuştur.

Yetim (2017) tarafından yapılan çalışma sonucunda sağlık çalışanlarının %51,6'sının aktif olmadığı ve yalnızca %6,9'unun yeterli düzeyde fiziksel aktivite yaptıkları bulunmuştur. Literatürdeki bazı çalışmalarda ise, hemşirelerin yalnızca %4,3'lük kısmının düzenli egzersiz yaptıkları (Özkan ve Yılmaz, 2008) ve genel olarak "düşük" yoğunlukta egzersizleri tercih ettikleri bildirilmiştir (Chappel ve diğ., 2017). Mevcut çalışmada, hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri incelenmiş ve hemşirelerin %52,8'sinin inaktif, %25,0'inin minimal aktif ve %22,2'sinin çok aktif

düzeyde olduğu saptanmıştır. Literatürde yer alan çalışmalarda elde edilen bulgular ile mevcut çalışmadan elde edilen bulguların uyum gösterdiği ve genel olarak hemşirelerin fiziksel aktivite düzeylerinin arzu edilen düzeyin altında olduğu görülmektedir. Hemşirelerin fiziksel aktivite düzeylerinin düşük olmasının; yoğun iş temposu, vardiyalı çalışma sisteminin getirdiği zorluklar, işten arta kalan zamanın azlığı ve hemşirelik mesleğinin fiziksel olarak yorucu bir meslek olması nedeniyle kaynaklandığı düşünülmektedir.

Mevcut çalışmadan elde edilen bulgulara göre, erkek hemşirelerin %46,2; kadın hemşirelerin ise %55,8 oranında inaktif oldukları tespit edilmiştir. Sağlık Bakanlığı (2013) tarafından yapılan çalışmada boş vakitlerde yapılan fiziksel aktivite açısından erkeklerin sadece %23'ünün yeterli düzeyde olduğu, %22'sinin ise orta düzeyde ve %55'i düşük düzeyde fiziksel aktivite yaptığı bulunmuştur ve kadınlarda bu oranların sırasıyla, %13, %18 ve %69 olduğu bildirilmiştir. Kadın ve erkek hemşirelerin fiziksel aktivite düzeylerinin incelendiği bir araştırmada, kadın hemşirelerin sadece %15,7'sinin, erkek hemşirelerin ise yalnızca %45,9'unun yeterli fiziksel aktivite düzeyinde oldukları tespit edilmiştir (Kılınç, 2018). Sağlık personelinin fiziksel aktivite durumlarını değerlendirildiği diğer bir çalışmada benzer sonuca ulaşılmış ve erkeklerin kadınlardan daha aktif olduğu bulunmuştur (Kürklü, 2014). Literatür incelendiğinde, erkeklerin kadınlardan daha aktif olduklarını ortaya koyan çalışmaların olması (Özüdoğru, 2013), elde edilen bulguların literatür bilgileriyle uyumlu olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada aktivite düzeylerinin medeni hal değişkenine göre değerlendirilmesi sonucunda, evli olanların daha aktif olduğu bulunmuştur. Literatürde, hemşirelerin fiziksel aktivite düzeylerinin medeni hal değişkenine göre farklı olup olmadığını inceleyen araştırmaların sayısı pek fazla değildir. Evli hemşirelerin yalnızca %14,1'inin ve bekar hemşirelerin ise yalnızca %31,7'sinin fiziksel aktivite düzeyinin yeterli olduğunun bildirildiği çalışmanın sonuçlarına göre, evli hemşirelerin mesai saatleri dışında harcadıkları sürenin büyük bir kısmını evde geçirmesinin bu bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini düşürmüş olabileceği belirtilmiştir (Kılınç, 2018). Benzer şekilde, Yıldırım, Yıldırım ve Eryılmaz (2019) tarafından sağlık çalışanları üzerinde yapılan başka bir çalışmada, bekar olanların evlilerden daha aktif oldukları ve bunun bekar iken bireylerin kendilerine ayırdıkları zamanın daha fazla olmasından kaynaklanmış olabileceği sonucuna varılmıştır.

Medeni durum değişkenine göre fiziksel aktivite düzeylerinin incelendiği diğer meslek grupları ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, özudoğru (2013), evli üniversite çalışanlarının, bekar olanlara göre daha aktif olduklarını bildirdiği görülmektedir. Benzer şekilde, Arabacı ve ankaya (2007) tarafından yapılan diğer bir çalışmada, evli beden eğitimi retmenlerinin bekarlara göre fiziksel aktivite seviyelerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Medeni hal değişkenine göre fiziksel aktivite düzeyini inceleyen çalışmalar değerlendirildiğinde, hemşirelerde bekar olanların evlilere göre daha yüksek aktivite düzeyine sahip oldukları, ancak diğer meslek gruplarında, bunun tersinin görülebildiği tespit edilmiştir. Bunun, hemşirelerin çalışma koşulları ile diğer mesleklerdeki bireylerin çalışma ve yaşam koşullarındaki farktan kaynaklanmış olabileceği değerlendirilmektedir.

Yaşam kalitesi bireyin ruhsal, sosyolojik ve fizyolojik olarak memnuniyet duyması olarak tanımlanmaktadır (Ferrans ve Powers, 1985). Hastaların ihtiyaçları ve güvenliği, uzun vardiyalar, aşırı iş yükü, iş ile ilgili çatışmalar, personel sıkıntısı, denetçilerle çatışmalar, önyargı ve örgütsel destek eksikliği hemşirelik mesleğinin stres yaratan faktörleri arasında yer almaktadır (Rodrigues ve Ferreira'den aktaran Salem ve Ebrahim, 2018) ve bu aşırı iş yükü, hemşirelerin yaşam kalitesini azaltmaktadır. Mevcut çalışmada, hemşirelerin yaşam kalitesi alt boyutlarının puanları ortalaması incelendiğinde, en yüksek puanın fiziksel fonksiyon ve en düşük puanın enerji/canlılık/vitalite alt boyutunda alındığı görülmüştür.

Yapılan benzer çalışmalarda, yaşam kalitesi alt boyutları içerisinde hemşirelerin en yüksek puanlarının fiziksel fonksiyon ve en düşük puanlarının ise canlılık/enerji alt boyutlarında olduğu bulunmuştur (Kızılırmak ve Demir, 2016; Erkıral, 2014; Kılınç, 2018). Bu çalışmaların sonuçlarına göre, hemşirelerin yaşadığı yoğun iş yükü, vardiyalar, iş yerindeki sorunlar, fazla mesai, ağır hastalara verilen bakım gibi etkenlerin yarattığı stres ve gerginliğin enerji/canlılık/vitalite alt boyut puanlarını düşürebileceği belirtilmiştir.

Yıldırım ve diğerleri (2019) tarafından sağlık alışanlarında yapılan çalışmada, en yüksek puanlar fiziksel fonksiyon alt boyutundan alınırken, en düşük puanın vitalite alt boyutundan alındığı görülmüştür. şahin, Önal, Sütlü, Kılınç ve Mutluay (2014) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin en düşük puanlarının canlılık ve genel sağlık alt boyutlarından elde ettikleri bulunmuştur ve bunun sebebinin yüksek iş temposunun yarattığı tükenmişlik olabileceği belirtilmiştir. Aktaş ve Özvurmaz (2019)

tarafından yapılan bir diğerk çalışmada, hemşirelerin en fazla puanı fiziksel fonksiyon düzeyi alt boyutundan en düşük puanı ise fiziksel rol düzeyi alt boyutundan aldıkları bulunmuştur. Elde edilen bulgular incelendiğinde mevcut çalışma bulguları ile literatür çalışmaları sonuçları benzerlik göstermektedir. Mevcut çalışmadan elde edilen bulgulara göre,fazla mesai yapan hemşirelerin %82,5 oranında olmasının literatür bilgileri ile uyumlu olacak şekilde, hemşirelerin enerji/canlılık/vitalite puanlarının azalmasında önemli bir etken olabileceği ve bu nedenle düşük puanların elde edildiği düşünölmektedir.

Literatürde yer alan çalışmalar, ağrının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (Nakamura, Nishiwaki, Ushida ve Toyama, 2011; Tunç, 2008). Mevcut çalışmadan elde edilen bulgulara göre, hemşirelerin ağrı ve genel sağlık algısı puanlarının istenilen düzeyde olmadığı tespit edilmiştir. Çetin (2008) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin iş koşullarından dolayı oluşan fiziksel şikayetlerin %50,3'ü alt ekstremitelerde ağrı, %43,6'sı bel ağrısı, %36,6'sı boyun ve sırt ağrısı, %23,2'si üst ekstremitelerde ağrı olarak bulunmuştur. Ergüney, Tan, Sivrikaya ve Erdem (2001) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise, hemşirelerde ortaya çıkan sağlık yakınmalarının, halsizlik ve yorgunluk (%17,0), eklem ve bacak ağrıları (%12,2), uykusuzluk (%12,2) ve sırt ve bel ağrıları (%12,1) olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmadan elde edilen bulgular ve literatür bilgileri incelendiğinde, yoğun iş temposu, fazla mesai, ağır hasta bakımive vardiyalı çalışma zorunluluğu nedeniyle ortaya çıkmış olduğu değerlendirilen fiziksel yorgunluk ve yeterince dinlenememe gibi etkenlerin hemşirelerde ağrıyı arttırdığı, genel sağlık algısını düşürdüğu, sosyal işlevselliği azalttığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği değerlendirilmektedir.

Mevcut çalışmada SF-36 puanlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiş ve bütün alt boyutlarda erkeklerin daha yüksek puanlar aldığı görölmüştür. Aktaş ve Özvurmaz (2019) tarafından yapılan çalışmada, benzer sonuçlar elde edildiği ve erkek hemşirelerin yaşam kalitesi ortalama ölçek puanlarının kadınlardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Kılınç (2018) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerde emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarda erkek hemşirelerin puanları daha yüksek bulunmuştur. şahin ve diğerleri (2014) tarafından yapılan çalışmada, erkek hemşirelerin yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur. Kızılırmak ve Demir (2016) tarafından yapılan çalışmada, kadın hemşirelerin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol ve emosyonel rol ile ilgili

güçlükleri daha çok yaşadıkları, erkeklerin ise genel sağlık algısının daha düşük olduğu bulunmuştur. Mevcut çalışma sonucu ile literatürde yer alan bilgilerin benzerlik gösterdiği görülmektedir. Cinsiyetler arasında meydana çıkan bu farklılığın, toplumda kadınlara verilen aile içi sorumluluğun fazla olması, aşırı iş yükünün fiziksel ve duygusal olarak kadınları daha fazla zorlamasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, SF-36'nın fiziksel fonksiyon alt boyutunda bekar olanların evli olanlardan daha yüksek puana sahip olduğu bulunmuştur. Literatürde bu çalışmayı destekleyen bulgular mevcut olmasına (Kılınç ve Tosun, 2020; Erkiral, 2014; Aktaş, 2019) karşın, evli hemşirelerin yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (Avcı ve Pala, 2004). Diğer yandan, medeni durum değişkenine göre hemşirelerin yaşam kalitesi puanlarında anlamlı bir fark olmadığı (Başkale, Günüşen ve Serçekuş, 2016) ve benzer şekilde, üniversite personelinin yaşam kalitelerinin medeni durum değişkeninden etkilenmediği de diğer çalışmalarda gösterilmiştir (Gülmez, 2013). Literatür bilgileri ile mevcut çalışma arasındaki farkın, yapılan çalışmalardaki katılımcıların sosyokültürel farklılıklarından kaynaklanmış olabileceği değerlendirilmektedir.

Mevcut çalışmada SF-36 puanlarının BKİ kategorilerine göre farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesi sonucunda normal kilodaki hemşireler ile kilolu ve obez grubundaki hemşirelerin fiziksel fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Kılınç (2018) tarafından yapılan benzer çalışmada obez olan hemşirelerde fiziksel fonksiyon ve bedensel ağrı alt boyutlarının olumsuz etkilendiği bulunmuştur. Yıldırım ve diğerleri (2019) tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarında BKİ artışı ile birlikte fiziksel aktivite düzeyinin azaldığı bulunmuştur. Aynı çalışmada SF-36'nın alt ölçekleri ile BKİ ve fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde, genel sağlık algısı ile ağrı arasında, mental sağlık ile sosyal fonksiyon ve vitalite arasında, emosyonel güçlük ile fiziksel rol güçlüğü arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Vural, Eler ve Güzel (2010) tarafından yapılan çalışmada, masabaşı çalışanlarda BKİ 25 kg/m² ve üstünde olan bireylerle mental sağlık puanlarının BKİ 25 kg/m² altında olan bireylerde daha fazla olduğu bulunmuştur. Oksel, Kolcu, Yorulmaz ve Paşaoğlu (2008) tarafından yapılan obez bireylerde yaşam kalitesinin incelendiği çalışmada, obezitenin yaşam kalitesini bireyin yaşantısını her alanda etkilediği saptanmıştır. Literatürde yer alan bilgiler ile mevcut

çalışmadan elde edilen bulgular birbirini desteklemektedir. Obez/fazla kilolu hemşirelerin normal kilodaki hemşirelerden daha inaktif olmalarının doğal olarak beklenen bir sonuç olduğu ve inaktivite ile obezite arasındaki var olduğu bilinen kuvvetli ilişkinin hemşireler için de mevcut olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada hemşirelerin demografik ve profesyonel özelliklerine ilişkin veriler incelendiğinde SF-36 puanlarının kıdem süresi değişkenine göre elde edilen bulgularda fiziksel fonksiyon alt boyutunda kıdem süresi arttıkça yaşam kalitesi puanlarının düştüğü saptanmıştır. Kılınç ve Tosun (2020) tarafından yapılan benzer çalışmada, kıdem süresi arttıkça fiziksel fonksiyon boyutunda yaşam kalitesinin düşük olduğu bulunmuştur. Şahin, ve diğerleri (2014) tarafından yapılan çalışmada, meslekte çalışma süresi ve hemşirelerin yaşları arttıkça genel sağlık ve sosyal fonksiyon puanlarının azaldığı tespit edilmiştir. Aktaş ve Özvurmaz (2019) tarafından yapılan benzer bir çalışmada, hemşirelerin yaşları arttıkça SF-36 puanlarının azaldığı bulunmuştur.

Erkiral (2014) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık ve vitalite alt boyutları hariç diğer alt boyutlarda yaşa bağlı oluşan farklılaşma anlamlı bulunmuş, yaş arttıkça yaşam kalitesi puanlarının düştüğü bildirilmiştir. Aynı çalışmada, emosyonel rol güçlüğü puanlarının ileri yaşta daha yüksek olduğu ve bunun sebebinin yaşla artan mesleki tecrübe, olgunluk, başa çıkma becerisi ve özgüvenin gelişmesi olarak düşünülmüştür. Kızılırmak ve Demir (2014) tarafından yapılan bir diğer çalışmada, hemşirelerin kıdem süresi arttıkça fiziksel fonksiyon alt boyut puanlarının azaldığı bulunmuştur. Bu çalışmada elde edilen bulgularla literatür bilgileri uyum göstermektedir.

Mevcut çalışmada hemşirelerin görev yerlerine göre (acil servis, ameliyathane, yoğun bakım ünitesi, yatan hasta servisleri ve poliklinik) göre SF-36 puanlarında fark olup olmadığı da incelenmiştir. Buna göre, yatan hasta servislerinde çalışan hemşirelerin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü ve ağrı alt boyutlarında en düşük puanları aldığı bulunmuştur. Fiziksel fonksiyon alt boyutunda, acil serviste görev yapan hemşirelerin poliklinikte görev yapanlardan daha yüksek puan elde ettikleri görülmüştür. Akbolat, Turgut ve Över (2015) tarafından yapılan çalışmada, serviste çalışan hemşirelerin genel olarak SF-36 alt boyutları puanlarının diğer birimlerde çalışanlara göre düşük olduğu bildirilmiştir. Kızılırmak ve Demir (2016) tarafından yapılan çalışmada, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin depresyon düzeyi diğer

birimlerde çalışanlara göre yüksek bulunurken, cerrahi ve dahili servislerde çalışanların acil servis ve ameliyathanede çalışan hemşirelerden genel olarak daha düşük puanlar aldığı tespit edilmiştir. Durmuş, Gerçek ve Çiftçi (2018) tarafından yapılan çalışmada; dahili, acil, yoğun bakım birimlerinin yaşam kalitesi puan ortalamalarının, cerrahi biriminde çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Şahin ve diğerleri (2014) tarafından yapılan çalışmada, acil servis ve yoğun bakımda çalışan hemşirelerin canlılık ve genel sağlık alt boyutlarına göre yaşam kalitesi puanları düşük olarak bulunmuştur. Erkıral (2014) tarafından yapılan çalışmada, primer hasta bakımında rol alan hemşirelerin diğer gruplar ile karşılaştırıldığında belirgin derecede düşük bir yaşam kalite düzeyi ortalamasına sahip oldukları bildirilmiştir. Mevcut çalışmadan elde edilen bulguların, literatürdeki bazı çalışma sonuçları ile uyum gösterirken, bazı çalışmaların sonuçlarından farklılaştığı tespit edilmiştir. Bunun sebebinin örneklem grubunun farklı olmasından kaynaklı olduğu düşünülmüştür. Yapılan çalışmada yatan hasta kliniklerinde çalışan hemşirelerin SF-36 puanlarının daha düşük olmasının sebebinin daha düşük sayıda personel ile çalışılması, yeterli izin kullanılamaması ve acil servis, yoğun bakım, ameliyathane gibi birimlerde ödenen ücret farkının motivasyonu arttırdığı düşünülmüştür. Genel olarak bütün kliniklerin yaşam kalitesi puanlarının düşük olması hangi birimde çalışırsa çalışsın hemşirelerin yaşam kalitesinin düşük olduğunu düşündürmektedir.

Sağlık personeli içerisinde özellikle hemşireler, hastaların ağrılarına ve acılarına şahit olmaktadır (Fallek ve diğ., 2019) ve bu şartlar altında hizmet vermek hemşireler açısından fizyolojik, duygusal ve ruhsal olarak yıpratıcıdır (Fernandez ve diğ., 2019). Hemşirelerin aşırı iş yükü, vardiyalı çalışması, iş ortamı ile ilgili sorunlar, yetersiz personel sorunları ve yönetim ile ilgili sorunlar hemşirelikte önemli stresörler arasında yer almaktadır (Oshodi ve diğ., 2019). Maslach ve Jackson (1981) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin tükenmişlik sendromuna yakalanma riskinin fazla olduğu bildirilmiştir. Mevcut çalışmadan elde edilen bulgular incelendiğinde, hemşirelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında orta düzeyde tükenmişlik olduğu bulunurken, kişisel başarı eksikliği alt boyutundaki tükenmenin yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Oğuzberk ve Aydın (2008) tarafından yapılan bir çalışmada, üç farklı meslek grubu incelenmiş ve hemşirelerin duygusal tükenme alt boyut puanlarının diğer meslek gruplarından daha fazla olduğu görülmüştür.

Durmuş, Gerçek ve Çiftçi (2018) tarafından yapılan başka bir çalışmada, hemşirelerin bütün tükenmişlik alt boyutlarında yüksek oranda tükenmişlik düzeyine sahip oldukları bulunmuştur. Akyüz (2015) tarafından yapılan çalışmada ise, hemşirelerin duygusal tükenme alt boyutunda orta, kişisel başarı ve duyarsızlaşma alt boyutunda yüksek oranda tükenmişlik düzeyinin mevcut olduğu bildirilmiştir. Altay, Gönener ve Demirkıran (2010) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin duygusal tükenme puanlarının yüksek, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamalarının ise orta düzeyde tükenmişlik düzeyini ortaya koyduğu rapor edilmiştir. Taycan, Kutlu, Çimen ve Aydın (2006) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin tükenmişlik puanlarının literatürde yer alan düzeylerden farklı olarak daha düşük olduğu bildirilmiş ve bu farka gerekçe olarak, yapılan çalışmanın üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerle kısıtlı olması ve üniversite hastanelerinin gelişmeye daha açık olması nedeniyle diğer sağlık kurumlarından farklı bir çalışma yapısına sahip olması gösterilmiştir. Literatür bulguları incelendiğinde, hemşirelik mesleğinde genel olarak tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğu ve mevcut çalışmadan elde edilen bulguların da bunu desteklediği görülmüştür.

Mevcut çalışmadan elde edilen bulgulara göre hemşirelerin Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının medeni hal durumuna göre incelendiğinde, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçekleri puanlarında evli ve bekar olanlarda anlamlı fark bulunmazken, kişisel başarı eksikliği boyutunda evli olanların daha fazla tükenmişlik düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Yılmaz (2017) tarafından yapılan çalışmada, evli olan sağlık çalışanlarının mesleki tükenmişliklerinin bekar sağlık çalışanlarına nazaran daha fazla olduğu gösterilmiştir. Sivrikaya ve Erişen (2019) tarafından sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmada, medeni durumun kişisel başarı ve duygusal tükenme puanlarını etkilemediği ancak bekarların daha fazla duygusal tükenme yaşadığı ifade edilmiş, ayrıca bekarların duyarsızlaşma puanlarının ise anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Taycan ve diğerleri (2006) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin kişisel başarı ortalama puanlarının bekarlarda, evlilere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Koç (2019) tarafından yapılan çalışmada ise, sağlık çalışanlarında bekarların tükenmişlik ölçeği toplam puanı ile duygusal tükenme ve yabancılaşma alt ölçeği puanlarının evlilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, literatürde hemşirelerin Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının medeni durum değişkeninden etkilenmediğini belirten çalışmalar da mevcuttur (Durmuş ve diğ., 2018; Fındık, Erol, Süt, ve Motör, 2011).

Literatür bilgileri ve mevcut çalışmadan elde edilen bulgular birlikte değerlendirildiğinde, medeni durum ve tükenmişlik arasındaki ilişkinin ne olduğu ile ilgili olarak bir mutabakata varılamadığı ve farklı sonuçların bildirildiği görülmektedir.

Düzenli fiziksel aktivitenin iş kaynaklı olumsuz psikolojik durumdan uzaklaşmaya yardım ettiği, tükenmişlik düzeyini azalttığı (Sonntag, 2012), öz yeterlilik duygusunu arttırdığı (Joseph ve diğ., 2014) ve stresle daha kolay başa çıkabilmeyi (Colcombe ve Kramer, 2003) kolaylaştırdığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Mevcut çalışmada, hemşirelerin Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının BKİ kategorilerine göre incelenmesi sonucunda, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında anlamlı fark bulunmazken, kişisel başarı eksikliği puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Kişisel başarı eksikliği alt boyutunda BKİ kategorisinde normal kiloda olanların kilolu olanlardan daha az tükenmiş olduğu bulunmuştur. Macera ve diğerleri (2005) yılında yaptıkları çalışmada, BKİ düzeyi arttıkça inaktivite oranının arttığı ve normal kilodakilerin istenilen düzeyde daha fazla aktiviteyi yaptıkları tespit edilmiştir.

Yalçın (2016) tarafından yapılan ve sağlık kurumu çalışanlarında fiziksel aktivitenin mesleki tükenmişliğe etkisinin incelendiği başka bir araştırmada, fiziksel aktivite düzeyi düşük olanlarda duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı duygusunda azalma riskinin iki kat yüksek olduğu bulunmuştur. Düzenli fiziksel aktivite ve tükenmişlik arasındaki ilişkinin araştırıldığı diğer çalışmalarda da, düzenli fiziksel aktivite yapanların daha az duygusal tükenme yaşadığı ve kişisel başarı duygusunun daha fazla olduğu (Yıldız, Gürer ve Esentaş, 2015) ve fiziksel aktivitenin tükenmişlik düzeyini azalttığı (Demir ve Çankaya, 2019) bulunmuştur. Olson ve diğerleri (2014) tarafından hekimler üzerinde yapılan bir araştırmada düzenli yapılan fiziksel aktivitenin tükenmişliği azalttığı görülmüştür. Yapılan çalışmada elde edilen bulgular literatür bulguları ile paralellik göstermektedir.

Yapılan çalışmada Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının hemşirelik mesleğini isteyerek seçme değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesinde duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliği alt boyutlarında anlamlı fark bulunmazken, duygusal tükenme alt boyutunda anlamlı fark bulunmuştur. Mevcut çalışmada mesleği isteyerek seçenlerin sıra ortalama puanları bütün alt boyutlarda daha düşük bulunmuştur. Duygusal tükenme alt boyutunda mesleği istemeyerek

seçenlerin puanları daha yüksek bulunmuştur. Erçevik (2010) tarafından yapılan çalışmada hemşirelik mesleğini istemeyerek seçenlerin tükenmişlik puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Fındık ve diğerleri (2011) tarafından yapılan çalışma incelendiğinde, hemşirelerin duygusal tükenme puan ortalamasının mesleğini istemeden yapanlarda ve çalışma ortamından memnun olmayanlarda, duyarsızlaşma puan ortalamasının ise mesleğini istemeden yapanlarda daha fazla olduğu bulunmuştur. Literatürde yer alan bazı çalışmalar da bu bulguları desteklemektedir (Durmuş ve diğ., 2018; Altay ve diğ., 2010).Yapılan literatür incelemesi sonucunda, mesleği istemeyerek yapanların tükenmişlik puanlarının daha fazla olduğu ve mevcut çalışmadan elde edilen bulguların da bu yönde olduğu görülmüştür. Diğer meslek gruplarında olduğu gibi hemşirelik mesleğinde de mesleği bilinçli ve isteyerek seçmenin stres ve tükenmişliği azaltacağı mevcut çalışmalarda bildirilmiştir (Durmuş ve diğ., 2018; Erçevik, 2010; Altay ve diğ., 2010).

Mevcut çalışmada hemşirelerin Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının kıdem süresi değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında anlamlı fark bulunmazken, kişisel başarı alt boyutunda anlamlı fark tespit edilmiştir. Kıdem süresi 0-4 yıl olan hemşirelerin kişisel başarı eksikliği puanlarının, kıdem süresi 15-19 yıl ve 25 yıldan daha fazla olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sivrikaya ve Erişen (2019) tarafından yapılan çalışma sonucunda, sağlık çalışanlarında uzun süredir çalışma hayatına sahip kişilerde karşılaşılan problemlerin fazla olmasının daha fazla tükenmişliğe ve mesleğe bağlı daha fazla strese neden olabileceği bildirilmiştir. Literatür bulguları incelendiğinde yapılan çalışmayı destekleyen bulgular olmasına karşın bunun aksini iddia eden çalışmalar da mevcuttur (Çelik ve Kılıç, 2019; Erçevik, 2010; Kaya, Kaya, Ayık ve Uygur. 2010). Literatürde yer alan bulgular ile mevcut çalışmadan elde edilen sonuçların uyumlu olmamasının, araştırmaların gerçekleştirildiği zamanların birbirinden farklı olması nedeniyle ortaya çıkmış olabileceği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada hemşirelerin çalışma biriminin tükenmişlik puanları üzerine etkisi incelenmiş ve görev yapılan birimlere göre tükenmişlik alt boyut puanlarında anlamlı farklar bulunmuştur. Elde edilen bulgular incelendiğinde, duygusal tükenme alt boyutunda, yatan hasta servislerinde çalışan hemşirelerin acil servis ve yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerden daha yüksek puana sahip oldukları bulunmuştur. Duyarsızlaşma alt boyutunda, acil serviste çalışan hemşirelerin puanları,

yoğun bakım ünitesi ve ameliyathanede çalışan hemşirelerin puanlarından; yatan hasta servisinde çalışan hemşirelerin puanları ise, yoğun bakım ünitesinde ve ameliyathanede çalışanların puanlarından daha yüksektir.

Kaçan, Örsal ve Köşgeroğlu (2016) tarafından yapılan çalışmada acil serviste çalışan hemşirelerin yoğun bakım, cerrahi birimler ve dahili birimlerde çalışan hemşirelere kıyasla duygusal tükenme alt boyutundan aldıkları puanların daha düşük, dahili birimlerde çalışan hemşirelere kıyasla duyarsızlaşma alt boyutundan aldıkları puanların daha düşük; diğer tüm birimlerde çalışan hemşirelere kıyasla kişisel başarı alt boyutundan aldıkları puanların ise daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca dahili birimlerde çalışan hemşirelerin kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları düşük, diğer iki tükenmişlik alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları yüksek olduğu bulunmuştur. Fındık ve diğerleri (2011) tarafından yapılan çalışmada, dahili birimlerde çalışan hemşirelerin cerrahi birimler, yoğun bakım ünitesi, ameliyathane ve acil servislerde çalışan hemşirelerin duygusal tükenme puanlarından daha yüksek puana sahip oldukları bildirilmiştir. Kaya ve diğerleri (2010) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise, fiziksel, duygusal ve genel tükenme boyutlarında en yüksek puanların yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler tarafından alındığı fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmaya yetecek düzeyde olmadığı bildirilmiştir.

Uzun ve Mayda (2020) ile Çelik ve Kılıç (2019) tarafından yapılan araştırmalarda, hemşirelerin çalıştığı birime göre tükenmişlik alt boyutunda anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir. Yapılan literatür taraması sonucunda mevcut çalışma ile benzer sonuçlar bulunmasına karşın farklı bulgularda elde edilen çalışmalar mevcut olduğu görülmüştür. Elde edilen bulguların farklı olmasının örneklem gruplarının farklı olmasından kaynaklanmış olabileceği değerlendirilmektedir. Mevcut çalışmadan elde edilen bulgulara göre, görev yaptığı birim fark etmeksizin tüm birimlerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik alt boyut puanlarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, hemşirelerin yaşadığı tükenmişlik hissini, görev yapılan birimden bağımsız olarak ortaya çıktığı ve genel olarak hemşirelerin üzerindeki iş yükünün oldukça fazla olmasından kaynaklandığı yargısını düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan çalışma sonucunda, tükenmişlik düzeyi ile fiziksel aktivite düzeyi arasında negatif yönlü ve orta düzeyde korelasyon olduğu, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında ise pozitif yönlü ve orta düzeyde korelasyon olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin BKİ kategorisi, cinsiyet, medeni hal, görev yeri ve mesleki tecrübe değişkenlerine göre SF-36 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların tükenmişlik ölçeği alt boyutlarından elde ettikleri puanların; medeni hal, BKİ kategorisi, mesleği isteyerek seçme durumu, kıdem yılı ve görev yeri değişkenlerine göre anlamlı farklılıklara sahip olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular neticesinde, hemşirelerin çalışma koşullarının yoğun olduğu, fiziksel aktivite düzeylerinin istenilen düzeyde olmadığı, kıdem yılı arttıkça yaşam kalitesi düzeylerinin kötüleştiği bulunmuştur.

Bireylerde fiziksel aktivitenin yeterli düzeyde yapılmasının sağlığın korunmasında, hastalıkların tedavi edilmesinde, sosyal hayata uyumun kolaylaştırılmasında, psikolojik olarak iyi hissetmekte ve yaşam kalitesinin artırılmasındaki olumlu etkisi çalışmalarla ortaya konmuştur. Mevcut çalışmada elde edilen bulgularda hemşirelerin yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmadığı bulunmuştur. Ayrıca yaşam kaliteleri düşük ve tükenmişlik puanları yüksektir.

Çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda, hemşirelerin yaşam kalitesi düzeylerinin artırılması ve tükenmişlik düzeylerinin azaltılması açısından aşağıdaki tedbirlerin alınması önerilmektedir:

a. Hemşirelerin mesai saatleri dışında kendilerine ayıracakları zamanın yaratılabilmesi ve bu yolla sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına katkı sağlaması açısından, hemşirelerin fazla mesai sürelerinin azaltılması önerilmektedir.

b. Gerekli mali düzenlenmeler yapılarak hemşirelerin motivasyonlarının artırılması önerilmektedir.

c. Hastanelerde fiziksel aktivite/egzersiz için oluşturulabilecek spor salonları, eğitimler, kurslar, etkinlikler gibi olanakların geliştirilmesinin hemşirelere fizyolojik

ve ruhsal olarak olumlu katkı sağlayacağı değerlendirildiğinden, Sağlık Bakanlığı ve idari birimlerin bu olanakları sunacak girişimlerde bulunması önerilmektedir.

Mevcut çalışmanın başka araştırmacılar tarafından gelecekte tekrar edilmesi durumunda, aşağıda belirtilen önerilerin göz önünde bulundurularak araştırma tasarısının yapılmasının uygun olacağı değerlendirilmektedir. Bu amaçla, araştırmacılara;

a. Obezite düzeylerinin beyana dayalı olarak değıl objektif ölçüm yöntemleri ile değerlendirilmesi önerilmektedir.

b. Hemşirelerin fiziksel aktivitelerinin objektif olarak değerlendirilmesi için pedometreler veya akselerometrelerin kullanılması önerilmektedir.

c. Farklı coğrafi bölgelerde çalışan hemşirelerin fiziksel aktivite düzeylerinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abu-Omar, K., Rütten, A., Robine, J. M.** (2004). Self-rated health and physical activity in the European Union. *Soz. Praventivmed*, 49, 235–242. doi: 10.1007/s00038-004-3107-x.
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsa, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., Lönnqvist, J.** (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders--results from the Finnish Health 2000 study. *Journal of Affective Disorders*, 88 (1), 55–62. doi: 10.1016/j.jad.2005.06.004.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., ... Shamian, J.** (2001). Nurses reports on hospital care in five countries. health affairs. *Health Aff*, 20 (3), 43-53.
- Aiken, L. H, Sermeus, W., Van den Heede, K., ... Kutney- Lee, A.** (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the united states. *BMJ*, 44 (e1717), 1-14. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>.
- Akbolat, M., Turgut, M., Över, G.** (2015). Hemşirelerin yaşam kalitesi algılarının motivasyonlarına etkisi: bir kamu hastanesi örneği. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 4 (2), 65-82.
- Aksungur, A.** (2009). *Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan ebe ve hemşirelerin iş doyumu ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Aktaş, G., Özvurmaz, S.** (2019). Hemşirelerin yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenlerin belirlenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 2(3), 14–18.
- Akyüz, İ.** (2015). Hemşirelerin tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin çalışma koşulları ve demografik özellikler açısından incelenmesi. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 3 (1), 21-34.
- Altay, B., Gönener, D., Demirkıran, C.** (2010). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 15 (1), 10-16.
- Aldana, S. G., Sutton, L. D., Jacobson, B. H., Quirk, M. G.** (1996). Relationships between leisure time physical activity and perceived stress. *Perceptual and Motor Skills*, 82 (1), 315-321. doi: 10.2466/pms.1996.82.1.315.
- Alves, A. J., Viana, J. L., Cavalcante, S. L., Oliveira, N. L., Duarte, J. A., ... Ribeiro, F.** (2016). Physical activity in primary and secondary prevention of cardiovascular disease: overview updated. *World J Cardiol*, 8 (10), 575-583. doi: 10.4330/wjc.v8.i10.575

- American Psychiatric Association** (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders(5th. Ed.). Washington, DC: APA.
- Anderssen, N., Jacobs, D. R., Aas, H., Jakobsen, R.** (1995). Do adolescents and parents report each other's physical activity accurately? *Scand J Med Sci Sports*, 5, 302-307. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.1995.tb00049.x>
- Ara, I., Aparicio-Ugarriza, R., Morales-Barco, D., Souza, W. N., Mata, E., Gonzalez-Gross, M.** (2015). Physical activity assessment in the general population; validated self-report methods. *Nutr Hosp*, 31 (3), 211-218.
- Arabacı, R., Çankaya, C.** (2007). Beden eğitimi öğretmenlerinin fiziksel aktivite düzeylerinin araştırılması. *Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20 (1), 1-15.
- Armstrong, N.** (1998). Young people's physical activity patterns as assessed by heart rate monitoring. *Journal of Sports Sciences*, 16 (1), 9-16.
- Atlantis, E., Chow, C-M., Kirby, A., Singh, M. F., M.D., F.R.A.C.P.** (2004). An effective exercise-based intervention for improving mental health and quality of life measures: a randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 39 (2), 424–434. doi: 10.1016/j.ypmed.2004.02.007.
- Avcı, K., Pala, K.** (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30 (2), 81-85.
- Ay, F.A., Ertem, Ü.T., Özcan, N.K., Güneş, B., Işık, R.D., Savran, S.** (2007). Temel Hemşirelik, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Bakker, A.B., Demerouti, E., Sanz-Vergel, A.I.** (2014). Burnout and work engagement: The JD-R approach. *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav.*, 1, 389-411.
- Başkale, H., Günüşen, N. P., Serçekuş, P.** (2016). Bir devlet hastanesinde görev yapan hemşirelerin çalışan yaşam kalitesi düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Pam Tıp Derg*, 9 (2), 125-133.
- Bhui, K., Fletcher, A.** (2000). Common mood and anxiety states: gender differences in the protective effect of physical activity. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35 (1), 28–35. doi: 10.1007/s001270050005.
- Bianchi, R., Schonfeld, I.S., Laurent, E.** (2015). Burnout-depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review*, 36, 28–41. doi: 10.1016/j.cpr.2015.01.004.
- Bouchard, C., Tremblay, A., Leblanc, C., Lortie, G., Savard, R., Thriault, G.** (1983). A method to assess energy expenditure in children and adults. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 37 (3), 461-467. doi: 10.1093/ajcn/37.3.461.
- Bruce, B., Fries, J. F.** (2005). The health assessment questionnaire (HAQ). *Clin Exp Rheumatol*, 23 (39), 14-18.
- Calabro, M. A., Kim, Y., Franke, W. D., Stewart, J. M., Welk, G. J.** (2015). Objective and subjective measurement of energy expenditure in older adults: a doubly labeled water study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 69 (7), 850–855. doi: 10.1038/ejcn.2014.241.

- Campbell, A.** (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, 31 (2), 117–124.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., Christenson, G. M.** (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*, 100 (2), 126–131.
- Cavill, N., Kahlmeier, S., Francesca, R.** (2006). Physical activity and health in Europe: evidence for action. Copenhagen: World Health Organization, Europe.
- Chappel, S. E., Verswijveren, S. J. J. M., Aisbett, B., Considine, J., Ridgers, N. D.** (2017). Nurses occupational physical activity levels: a systematic review. *Int J Nurs Stud.*, 73, 52-62.
- Cocker, F., Joss, N.** (2016). Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*, 13 (6), 618. doi: 10.3390/ijerph13060618.
- Cohen, S., Tyrrell, D. A. J., Smith, A. P.** (1991). Psychological stress and susceptibility to the common. *The New England Of Medicine*, 325(9), 606-612.
- Colcombe, S., Kramer, A. F.** (2003). Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analytic study. *Psychological Science*, 14 (2), 125-129.
- Connell, C. M., Janevic, M. R.** (2009). Effects of a telephone-based exercise intervention for dementia caregiving wives a randomized controlled trial. *Journal of Applied Gerontology* 28 (2), 171-194.
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjoström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., ... Oja, P.** (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med. Sci. Sports Exerc*, 35 (8), 1381–1395.
- Çelik, Y., Kılıç, İ.** (2019). Hemşirelerde iş doyumunu, mesleki tükenmişlik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiler. *Kocatepe Medical Journal*, 20 (1), 230-238.
- Çetin, G.** (2008). *Hastanelerde çalışan hemşirelerin olumlu iş ortamına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi. İstanbul.
- Dalkey, N. C., Rourke, D. L.** (1973). The Delphi procedure and rating quality of life factors. In EPA, The Quality of Life Concept. Washington, DC: Environmental Protection Agency.
- Daubermann, D. C., Tonete, V. L. P.** (2012). Quality of work life of nurses in primary health care *Acta Paul Enferm*, 25 (2), 277-83. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000200019>.
- Delshad, M., Ghanbarian, A., Ghaleh, N. R., Amirshakari, G., Askari, S., Azizi F.** (2015). Reliability and validity of the modifiable activity questionnaire for an Iranian urban adolescent population. *Int J Prev Med*, 6 (3). doi: 10.4103/2008-7802.151433.
- Demir, F., Çankaya, C.** (2019). Beden eğitimi ve spor öğretmenlerinin fiziksel aktivite düzeylerinin mesleki tükenmişlik düzeylerine etkisi. *Spor Eğitim Dergisi*, 3 (2), 20-32.
- Demiral, Y., Ergor, G., Unal, B., Semin, S., Akvardar, Y., Kıvırcık, B., Alptekin, K.** (2006). Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-

- 36) in Turkish urban population. *BMC Public Health*, 6, 247. doi: 10.1186/1471-2458-6-247.
- Dev, V., Fernando, A. T., Lim, A. G., Consedine, N. S.** (2018). Does self-compassion mitigate the relationship between burnout and barriers to compassion? A cross-sectional quantitative study of 799 nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 81, 81-88. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.02.003.
- Diener, E., Suh, E.** (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40 (1-2), 189–216.
- Dunn, H. L.** (1959). High-level wellness for man and society. *American Journal of Public Health*, 49 (6), 786–792.
- Durmuş, M., Gerçek, A., Çiftçi, N.** (2018). Hemşirelerin yaşam kaliteleri ile tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6 (2), 279–286.
- Dünya Sağlık Örgütü** (1998). 21. Yüzyıla yönelik herkes için sağlık politikası, gündem maddesi 19, Erişim Adresi. <http://www.who.ch/hpr/Declare.htm>. Erişim Tarihi: 08.09.2020.
- Edenfield, T. M., Blumenthal, J. A.** (2011). Exercise and stress. In: Baum A, Contrada R, editors. *Handbook of stress science*. New York: Springer, 301–20.
- Erçevik, R.** (2010). *Hemşirelerde işe bağlı gerginlik, tükenmişlik düzeyleri ve etkileyen faktörler* (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Ergin, C.** (1992). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve maslach tükenmişlik envanterinin uyarlanması. 7. Ulusal Psikoloji Kongresi. Ankara.
- Ergüney, S., Tan, M., Sivrikaya, S., Erdem, N.** (2001). Hemşirelerin karşılaştıkları mesleki riskler. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4 (1), 63-73.
- Erkıral, C.** (2014). *Hemşirelerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Fallek, R., Tattelman, E., Browne, T., Kaplan, R., Selwyn, P. A.** (2019). Helping health care providers and staff process grief through a hospital-based program. *Am J Nurs*, 119 (7), 24-33.
- Fernandez, M.D.R., Amo, R.O., Galan, A.M.O., Masero, O.I., Salvador, M.M.R., Pichardo, J.D.R.** (2019). Mindfulness therapies on health professionals. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29 (2), 127-140.
- Ferrans, C., Powers, M.** (1985). Quality of life index: development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8 (1), 15-24.
- Feuerhahn, N., Sonnentag, S., Woll, A.** (2014). Exercise after work, psychological mediators, and affect: A day-level study. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 23 (1), 62-79.
- Fındık, Ü. Y., Erol, Ö., Süt, N., Motör, D.** (2011). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27 (3), 55-65.

- Freedson, P. S., Evenson S.** (1991). Familial aggregation in physical activity. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 62 (4), 384-389.
- Fries, J.F., Spitz, P., Kranies, R.G., Holman, H.R.** (1980). Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 23 (2), 137-145.
- Gabriel, K. P., McClain, J. J., Schmid, K. K., Storti, K. L., Ainsworth, B. E.** (2010). Reliability and convergent validity of the past-week modifiable activity questionnaire. *Public Health Nutrition*, 14 (3), 435-442.
- George, L. K., Bearon, L. B.** (1980). Quality of life in older persons: meaning and measurement. New York: Human Sciences Press.
- Glass, D. C., McKnight, J. D., Valdimarsdottir, H.** (1993). Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (1), 147-155.
- Golubic, R., May, A. M., Borch, K. B., Overvad, K., Charles M-A., Tormo Diaz, M. J. T., ... Brage, S.** (2014). Validity of electronically administered recent physical activity questionnaire (RPAQ) in ten European Countries. *PLoS ONE*, 9 (3), e92829. doi:10.1371/journal.pone.0092829
- Goodinson, S. M., Singleton, J.** (1989). Quality of life: a critical review of current concepts, measures and their clinical implications. *Int J Nurs Stud*, 26 (4), 327-341.
- Guillemin, F., Coste, J., Pouchot, J., Ghezail, M., Bregeon, C., Sany, J.** (1997). The AIMS2-SF A short form of the arthritis impact measurement scales 2. *Arthritis & Rheumatism*, 40 (7), 1267-1274.
- Gülmez, H.** (2013). Çalışanların yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *TJFMPC*, 7 (4), 74-82.
- Hacıfettahoğlu, I.** (2007). Hanımefendilere Hilâl-i Ahmer'e Dair Konferans. Ankara: Kızılay Derneği Yayınları.
- Hardman, A. E., Stensel, D. J.** (2009). Physical activity and health the evidence explained. New York: Taylor & Francis Group.
- Hemanathan, R., Sreelekha, Prakasam, P., Golda, M.** (2017). Quality of work life among nurses in a tertiary care hospital. *JOJ Nurse Health Care*, 5 (4), 555-667. doi: 10.19080/JOJNHC.2017.05.555667.
- Henderson, V.** (1964). The nature of nursing. *American Journal of Nursing*, 64, 62-68. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14180360/>
- Hills, A. P., Mokhtar, N., Byrne, N. M.** (2014). Assessment of physical activity and energy expenditure: an overview of objective measures, frontiers in nutrition. *Front Nutr*, 1 (5), 1-16.
- Holle, V. V., Bourdeaudhuij, I. D., Deforche, B., Cauwenberg, J. V., Dyck, D.V.** (2015). Assessment of physical activity in older Belgian adults: validity and reliability of an adapted interview version of the long international physical activity questionnaire (IPAQ-L). *Public Health*, 15, 433. doi: 10.1186/s12889-015-1785-3
- International Council of Nurses.** Erişim adresi: <https://www.icn.ch/> . Erişim tarihi: 07.03.2019.

- Jackson, E. M., Dishman, R. K.** (2006). Cardiorespiratory fitness and laboratory stress: A meta-regression analysis. *Psychophysiology*, 43 (1), 57–72. doi: 10.1111/j.1469-8986.2006.00373.x.
- Jenkinson, C., Fitzpatrick, R., Argyle, M.** (1988). The nottingham health profile: an analysis of its sensitivity in differentiating illness groups. *Sor SCI Med*, 27 (12), 1411-1414.
- Johnson, J., Hall, L. H., Berzins, K., Baker, J., Melling, K., Thompson, C.** (2018). Mental healthcare staff well-being and burnout: A narrative review of trends, causes, implications, and recommendations for future interventions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27 (1), 20–32. doi: 10.1111/inm.12416.
- Joseph, R. P., Royse, K. E., Benitez, T. J., Pekmezi, D. W.** (2014). Physical activity and quality of life among university students: exploring self-efficacy, self-esteem, and affect as potential mediators. *Qual Life Res*, 23 (2), 659–667.
- Jurado, M., Fuentes, P., Linares, G., Marquez, S., Martinez, M.** (2018). Burnout risk and protection factors in certified nursing aides. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 15 (1), 1116. doi:10.3390/ijerph15061116
- Kaçan, C. Y., Örsal, Ö., Köşgeroğlu, N.** (2016). Hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin incelenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 5 (2), 65-74.
- Kaiyala, K. J., Ramsay, D. S.** (2011). Direct animal calorimetry, the underused gold standard for quantifying the fire of life. *Comparative Biochemistry and Physiology Part A*, 158 (3), 252–264. doi: 10.1016/j.cbpa.2010.04.013
- Kaya, N., Kaya, H., Ayık, S. E., Uygur, E.** (2010). Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7 (1), 402-419.
- Kılınc, F.** (2018). *Hemşirelerde fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Kılınc, F., Tosun, N.** (2020). Hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: tanımlayıcı bir araştırma. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (2), 207-215.
- Kızılırmak, M., Demir, S.** (2016). Hastanede çalışan hemşirelerde depresyon ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *TAF Prev Med Bull*. 15 (2), 132-140.
- Klaperski, S., Dawans, B. V., Heinrichs, M., Fuchs, R.** (2014). Effects of a 12-week endurance training program on the physiological response to psychosocial stress in men: a randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 37 (6), 1118-1133. doi: 10.1007/s10865-014-9562-9.
- Koç, İ.** (2019). *Sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromunun iş doyumu ve depresyonla ilişkisi* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi. İstanbul.
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Ölmez, N., Memiş, A.** (1999). Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12 (2), 102-106.

- Korkmaz, N. H., Demirkıran, N.** (2017). Hastanede çalışan sağlık personellerinin fiziksel aktivite düzeyinin değerlendirilmesi. *Sport Sciences (NWSASPS)*, 12 (4), 52-62.
- Kürklü, S.** (2014). *Bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarında fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesine olası etkilerinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Land, C. K., Michalos, A., Sirgy, M. J.** (2012). Prologue: the development and evolution of research on social indicators and quality of life (QOL). Dordrecht: Springer.
- Leonard, W. R.** (2012). Laboratory and field methods for measuring human energy expenditure. *American Journal Of Human Biology*, 24 (3), 372–384.
- Lert, F., Chastang, J. F., Castano, I.** (2001). Psychological stress among hospital doctors caring for HIV patients in the late nineties. *AIDS Care*, 13 (6), 763-778. doi: 10.1080/09540120120076922
- Levine, J. A.** (2005). Measurement of energy expenditure. *Public Health Nutrition*, 8 (7), 1123–1132.
- Low, W. Y., Lee, Y. K., Samy, A. L.** (2015). Non-communicable diseases in the Asia-Pacific Region: prevalence, risk factors and community-based prevention. *Int J Occup Med Environ Health*, 28 (1), 20-6. doi: 10.2478/s13382-014-0326-0.
- Lu, H., While, A. E., Barriball, K. L.** (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 211–227. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.09.003>.
- Lyckholm, L.** (2001). Dealing with stress, burnout, and grief in the practice of oncology. *Lancet Oncol*, 2 (12), 750–55. doi: 10.1016/S1470-2045(01)00590-3.
- Macera, C. A., Ham, S. A., Yore, M. M., Jones, D. A., Ainsworth, B. E., Kimsey, C. D., Kohl, H. W.** (2005). Prevalence of physical activity in the United States: behavioral risk factor surveillance system, 2001. *Prev Chronic Dis*, 2 (2), 1-10.
- Martinsen, E. W.** (1990). Benefits of exercise for the treatment of depression. *Sports Medicine*, 9 (6), 380-389.
- Maslach, C., Jackson, S. E.** (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113. doi:10.1002/job.4030020205.
- Maslach, C., Leiter, M. P.** (1997). *The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to do About It*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- McEwen, B. S.** (1998). Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. *Ann N Y Acad Sci*, 1 (840), 33-44.
- McEwen, J.** (1993). The Nottingham health profile. S. R. Walker et al. (eds.), *Quality of life assessment: Key issues in the 1990s*. Kluwer Academic Publishers.
- McKenzie, T. L.** (1991). Observational measures of children’s physical activity. *Journal of School Health*, 61 (5), 224-227.

- McKenzie, T. L., Marshall, S. J., M. A., Sallis, J. F., Conway, T. L.** (2000). Leisure-time physical activity in school environments: an observational study using SOPLAY. *Preventive Medicine, 30* (1), 70–77. doi: 10.1006/pmed.1999.0591.
- McManus, IC., Keeling, A., Paice, E.** (2004). Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Medicine, 2* (29), 1-12.
- Mendlowicz, M. V., Stein, M. B.** (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry, 157* (5), 669-682.
- Nakamura, M., Nishiwaki, Y., Ushida, T., Toyama, Y.** (2011). Prevalence and characteristics of chronic musculoskeletal pain in Japan. *J Orthop Sci., 16* (4), 424-32.
- Nelms, M., Sucher, K. P., Lacey, K., Roth, S. L.** (2010). Nutrition Therapy and Pathophysiology. Wadsworth, Cengage Learning.
- Ndahimana, D., Kim, E. K.** (2017). Measurement methods for physical activity and energy expenditure: a review. *Clin Nutr Res, 6* (2), 68-80.
- Nguyen-Michel, S. T., Unger, J.B., Hamilton, J., Spruijt-Metz, D.** (2006). Association between physical activity and perceived stress/stress in college. *Article in Stress and Health, 22* (3), 179 – 188.
- Nowrouzi, B., Giddens, E., Gohar, B., Schoenenberger, S., Bautista, M. C., Casole, J.** (2016). The quality of work life of registered nurses in Canada and the United States: a comprehensive literature review. *International Journal of Occupational and Environmental Health, 22* (4), 341–358.
- Nyssen, A.S., Hansez, I., Baele, P., Lamy, M., Keyser, V. D.** (2003). Occupational stress and burnout in anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia, 90* (3), 333–7.
- Oğuzberk, M., Aydın, A.** (2008). Ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik. *Klinik Psikiyatri, 11* (1), 167-179.
- Oksel, E., Kolcu, Z., Yorulmaz, S., Paşaoğlu., Ş.** (2008). Obez bireylerde yaşam kalitesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 24* (3), 115 -123
- Oliver, A., Sanso, N., Galiana, L., Tomas, J. M., Benito, E.** (2017). Evaluacion psicometrica en profesionales de enfermeria de cuidados paliativos. *Aquichan, 17* (2), 183-194.
- Olson, S. M., Odo, M., Duran, A. M, Pereira, A. G., Mandel, J. H.** (2014). Burnout and physical activity in Minnesota internal medicine resident physicians. *Journal of Graduate Medical Education, 6* (4), 669–674.
- Oshodi, T. O., Bruneau, B., Crockett, R., Kinchington, F., Nayar, S., West, E.** (2019). The nursing work environment and quality of care: Content analysis of comments made by registered nurses, responding to the Essentials of Magnetism II scale. *Nurs Open, 6* (3), 878–888.
- Ökdem, Ş., Abbasoğlu, A., Doğan, N.** (2000). Hemşirelik tarihi, eğitimi ve gelişimi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1* (1) , 5-11.
- Özkan, S., Yılmaz, E.** (2008). Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3* (7), 89-105.

- Öztürk, M.** (2005). *Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde uluslararası fiziksel aktivite anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi* (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Özüdoğru, E.** (2013). *Üniversite personelinin fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi.). Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Öğretimi Programı, Burdur.
- Palmer, S.** (1977). Florence Nightingale: reformer, reactionary, researcher. *Nurs Res.* 26 (2), 84-9.
- Park, J., Kazuko, I. T., Kim, E., Kim, J., Yoon, J.** (2014). Estimating free-living human energy expenditure: Practical aspects of the doubly labeled water method and its applications. *Nutrition Research and Practice*, 8 (3), 241-248.
- Patrick, D. L., Chiang, Y. P.** (2000). Measurement of health outcomes in treatment effectiveness evaluations: conceptual and methodological challenges. *Med Care*, 38 (9), 14-25. doi: 10.1097/00005650-200009002-00005.
- Patrick, D. L., Deyo, R. A.** (1989). Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Med Care*, 27 (3), 217-232.
- Pedersen, B. K., Saltin, B.** (2006). Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scand J Med Sci Sports*, 16 (1), 3-63.
- Plasqui, G., Joosen, A. M. C. P., Kester, A. D., Goris, A. H. C., Westerterp, K. R.** (2005). Measuring free-living energy expenditure and physical activity with triaxial accelerometr. *Obesity Research*. 13 (8), 1363-1369.
- Poncet, M. C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J. F., Pochard, F., ... Azoulay, E.** (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med*, 175 (7), 698-704.
- Rachele, J. N., McPhail, S. M., Washington, T. L., Cuddihy, T. F.** (2012). Practical physical activity measurement in youth: a review of contemporary approaches. *World J Pediatr*, 8 (3), 207-216.
- Ramirez, A.J., Graham, J., Richards, M. A., Cull, A., Gregory, W. M.** (1996). Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*, 347 (9003), 724-28. doi: 10.1016/s0140-6736(96)90077-x.
- Ramirez-Baena, L., Ortega-Campos, E., Gomez-Urquiza, J. L., Gustavo, R., Emilia I., Guillermo A.** (2019). A multicentre study of burnout prevalence and related psychological variables in medical area hospital nurses. *J. Clin. Med*, 8 (92), 1-12. doi: 10.3390/jcm7120525.
- Reime, B., Steiner, I.** (2001). Ausgebrannt oder depressiv?. *PPmP Psychother Psychosom med Psychol*, 51, 304-307.
- Resmi Gazete.** (08.03.2010 / 6283 Sayılı). Hemşirelik Kanunu.
- Rhodes, R. E., Janssen, I., Bredin, S. S. D., Warburton, D. E. R., Bauman, A.** (2017). Physical activity: health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & Health. Psychol Health*. 32 (8), 942-975. doi: 10.1080/08870446.2017.1325486.

- Robinson, S., Griffiths, P.** (2007). Nursing education and regulation: international profiles and perspectives. London: University of Southampton.
- Roos, E. M., Klassbo, M., Lohmander, L. S.** (1999). WOMAC Osteoarthritis Index Reliability, validity, and responsiveness in patients with arthroscopically assessed osteoarthritis. *Scand J Rheumatol*, 28 (4), 210–5. doi: 10.1080/03009749950155562.
- Rose, R. C., Beh, L.S., Uli, J., Idris K.** (2006). Quality of work life: implications of career dimensions. *Journal of Social Sciences*, 2 (2), 61-67.
- Rosengren, A., Hawken, S., Ounpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Wael, A., Almahmeed, Blackett, K. N., Sitthi-Amorn, C., Sato, H., Yusuf, S.** (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364 (9438), 953-62. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17019-0.
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., Kaplan, J.** (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy, circulation. *Journal Of The American Heart Association*, 99 (16), 2192-2217.
- Sağlık Bakanlığı.** (2014). Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Fiziksel_Aktivite_Rehberi/Turkiye_Fiziksel_Aktivite_Rehberi.pdf. Erişim tarihi: 24.08.2020.
- Sağlık Bakanlığı.** (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara.
- Salem, E. A., Ebrahim, S. M.** (2018). Self-rated health and physical activity in the European Union. *J Occup Health*, 60, 182-191.
- Sapolsky, R. M.** (1999). Glucocorticoids, stress, and their adverse neurological effects: relevance to aging. *Experimental Gerontology*, 34 (6), 721–732. doi: 10.1016/s0531-5565(99)00047-9.
- Schaufeli, W. B.** (2017). Burnout: a short socio-cultural history. In S. Neckel, A. K. Schaffner, & G. Wagner (Eds.), *Burnout, fatigue, exhaustion: An interdisciplinary perspective on a modern affliction* (p. 105–127).
- Schrack, J. A., Simonsick, E. M., Ferrucci, L.** (2010). Comparison of the cosmed k4b² portable metabolic system in measuring steady-state walking energy expenditure. *PLoS ONE*, 5 (2), e9292. doi:10.1371/journal.pone.0009292
- Schrack, J. A., Zipunnikov, V., Goldsmith, J., Bandeen-Roche, K., Crainiceanu C. M., Ferrucci, L.** (2014). Estimating energy expenditure from heart rate in older adults: a case for calibration. *PLoS ONE*, 9 (4), e93520. doi:10.1371/journal.pone.0093520
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Richards, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Stubbs, B.** (2016). Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis adjusting for publication bias. *Journal of Psychiatric Research*, 77, 42-51. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.02.023.

- Schwartz, A. N.** (1975). An observation on self-esteem as the linchpin of quality of life for the aged. An essay. *The Gerontologist*, 15 (5), 470–472.
- Segerstrom, S. C., Miller, G. E.** (2004). Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130 (4), 601–630.
- Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., West, C. P.** (2015). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the General US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc*, 90 (12), 1600-1613.
- Sieber, W. J., Groessl, E. J., David, K. M., Ganiats, T. G., Kaplan R. M.** (2008). All rights reserved. quality of well being self-administered (QWB-SA) scale. <https://www.researchgate.net/publication/252316672>
- Sirard, J. R., Pate, R. R.** (2001). Physical activity assessment in children and adolescents. *Sports Med*, 31 (6), 439-454.
- Sivrikaya, S. K., Erişen , M.** (2019). Sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve işe bağlı gerginlik düzeylerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22 (2), 121-129.
- Snellen, J. W., Chang, K. S., Smith, W.** (1983). Technical description and performance characteristics of a human whole-body calorimeter. *Med. & Biol. Eng. & Comput*, 21 (1), 9-20. doi: 10.1007/BF02446401.
- Sonnentag, S.** (2012). Psychological detachment from work during leisure time: the benefits of mentally disengaging from work. *Current Directions in Psychological Science*, 21 (2), 114–118. doi: 10.1177/0963721411434979
- Stucki, G., Sangha, O., Stucki, S., Michel, B. A., Tyndall, A., Dick, W., Theiler, R.** (1998). Comparison of the WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities) osteoarthritis index and a self-report format of the self-administered Lequesne–Algo-functional index in patients with knee and hip osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage* 6, 79–86.
- Swamy, D. R., Nanjundeswaraswamy T. S., Rashmi S.** (2015). Quality of work life: scale development and validation. *International Journal of Caring Sciences*, 8 (2), 281-300.
- Şahin, D. S., Önal, Ö., Sütlü, S. P., Kılınç, A. S., Mutluay, D.** (2014). Acil servis ve yoğun bakımda çalışan hemşirelerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *MAKÜ Sag Bil Enst Derg.* 2 (2), 81-92.
- Şen, K.** (2019). Sağlık çalışanlarında kas iskelet sistemi hastalıkları: fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesi ile ilişkisi (Yüksek Lisans Tezi). Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kırklareli.
- Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S., Aydın, N.** (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 7 (1), 100-108.

- Testa, M.A., Simonson, D.C.** (1996). Assessment of quality of life outcomes, the New England. *Journal of Medicine*, 334 (13), 835-840. doi: 10.1056/NEJM199603283341306.
- Texas Woman's University.** Nursing Theorist. Erişim adresi: <https://libguides.twu.edu/c.php?g=270174&p=1803562> Erişim Tarihi: 14 Kasım 2020.
- Toker, S., Biron, M.** (2012). Job burnout and depression: unraveling their temporal relationship and considering the role of physical activity. *American Psychological Association*, 97 (3), 699–710.
- Tunç, P.** (2008). *Sağlık çalışanlarında kas iskelet sistemi bozuklukları ile ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler* (Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Türk Hemşireler Derneği.** Erişim adresi: <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr>. Erişim tarihi: 07.03.2020.
- Ulusoy, M. F., Görgülü, R. S.** (2000). Hemşirelik Esasları-Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler. Ankara: 72 TDFO.
- Uzun, L. N., Mayda, A. S.** (2020). Hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi: bir üniversite hastanesi örneği. *Konuralp Tıp Dergisi*, 12 (1), 137-143.
- Volp, A. C. P, Oliveira, F. C. E., Alves, R. D. M., Esteves, E. A., Bressan, J.** (2011). Revision energy expenditure: components and evaluation method. *Nutr Hosp*, 26(3), 430-440.
- Vural, Ö., Eler, S., Güzel, N. A.** (2010). Masabaşı çalışanlarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Sportmetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 8 (2), 69-75.
- Wagner, B. M., Compas, B. E., Howell, D.C.** (1988). Daily and major life events: a test of an integrative model of psychosocial stress. *American Journal of Community Psychology*, 16 (2), 189-205.
- Wang, L., Wang, X., Liu, S., Wang, B.** (2020). Analysis and strategy research on quality of nursing work life. *Medicine*, 99 (6), 1-5.
- Ware, J., Sherbourne, C. D.** (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-483.
- Webster, J. D., Welsh, G., Pacy, P., Garrow, J. S.** (1986). Description of a human direct calorimeter, with a note on the energy cost of clerical work. *British Journal of Nutrition*, 55 (1), 1-6. doi: 10.1079/bjn19860003
- Weibel, L., Gabrion, I., Aussedat, M., Kreutz, G.** (2003). Work-related stress in an emergency medical dispatch center. *Ann Emerg Med*, 41 (4), 500-506.
- Weir, V. J. B.** (1949). New methods for calculating metabolic rate with special reference to protein metabolism. *J. Physiol*, 109 (1-2), 1-9.
- Welk, G.,** (2002). Introduction to physical activity research, physical activity assessments for health-related research, *Human Kinetics*, 3–18.

- Welk, G. J., Differding, J. A., Thompson, R.W., Blair, S. N., Dziura, J., Hart, P.** (2000). The utility of the Digi-Walker step counter to assess daily physical activity patterns. *Med. Sci. Sports Exerc*, 32 (9), 481–488.
- World Health Organization.** (2020). Erişim adresi: <https://www.who.int>. Erişim tarihi: 07.03.2020.
- World Health Organization.** (2006). Constitution of the World Health Organization. Erişim adresi: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Erişim tarihi: 08.04.2020.
- World Health Organization.** (2019). WHOQOL-Bref Introduction, Administration, Scoring And Generic Version Of The Assessment. Field Trial Version December 1996 Programme On Mental Health World Health Organization. Erişim adresi: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf Erişim Tarihi: 20.12.2019.
- Yalçın, R.** (2016). *İzmir İl Sağlık Müdürlüğü çalışanlarında fiziksel aktivite düzeyinin mesleki tükenmişliğe etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Yazıcıoğlu, Y., Erdoğan, S.** (2014). SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Yetim, M.** (2017). *Sağlık çalışanlarının genel sağlık durumu fiziksel aktivite düzeyleri ve etkileyen faktörler* (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yıldırım, D. İ., Yıldırım, A., Eryılmaz, M. A.** (2019). Sağlık çalışanlarında fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi ilişkisi. *Cukurova Med J*, 44 (2), 325-333.
- Yıldız, M. E., Gürer, B., Esentaş, M.** (2015). Ortaokul öğretmenlerinin spora ilişkin tutumları ile tükenmişlik düzeyleri ilişkisi. İnönü Üniversitesi, *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 2 (3), 14-26.
- Yılmaz, D.** (2017). *Sağlık çalışanlarının mesleki tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi: Tekirdağ'daki sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul.
- Zety.** (2020). Erişim Adresi: <https://zety.com/blog/burnout#symptoms> . Erişim Tarihi: 10.01.2020.
- Zhang, W. S.** (2010). Construction, calibration and testing of a decimeter-size heat-flow calorimeter. *Thermochimica Acta*, 499, 128–132.

EKLER

EK 1:Etik kurul onayı



T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 2019-240

28/11/2019

Konu: Başvuru Değerlendirme Sonucu

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Yetkin Utku KAMUK

Etik Kurulumuza yapmış olduğunuz başvurunuzla ilgili kurul kararımız ve ilgili bilgiler aşağıda yer almaktadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Nuriye BUYUKKAYACIDUMAN
Başkan

Başvuru Numarası	2019-128
Sorumlu Araştırmacı	Dr. Öğr. Üyesi Yetkin Utku KAMUK
Araştırma Başlığı	Hemşirelerin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi
Toplantı Tarihi	28/11/2019
Karar Numarası	2019-233

- Araştırma başvurunuz etik açıdan uygun bulunmuştur.
- Araştırmaya Kurum İzni/İzinleri alındıktan sonra başlanması uygun bulunmuştur.
- Başvurunun, ekte belirtilen düzeltmelerin yapılması halinde tekrar değerlendirilmesine karar verilmiştir.
- Araştırma projesi etik açıdan uygun olmadığından başvurunun reddine karar verilmiştir.

EK 2: Kurum izin belgesi



T.C.
ÇORUM VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı :83369068/
Konu : Bilimsel Çalışma Ön İzin
Komisyon Onayı

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Yasemin AYDIN'ın in araştırmacılığını üstleneceği "Hemşirelerin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi" isimli tez çalışmasının Müdürlüğümüze bağlı T.C. Sağlık Bakanlığı Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulanabilmesi için ön izin verilmesi hakkındaki 23.12.2019 tarih ve 23418205-000-13535 sayılı talep yazısı ve başvuru formları, Bilimsel Araştırma ve Proje Ön İzin Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiştir.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun 19.06.2013 tarih ve 95796091/010/4683 sayılı yazısında; yapılacak olan çalışmaların sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına önem verilmesi, yapılacak çalışmaların sonucunun kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi bildirilmiş olup, bu hususlar çerçevesinde hareket edilmesi, ilgili mevzuat şartlarının yerine getirilmesi, Hastane Yönetimi ve Ar-Ge Birimi bilgilendirildikten sonra çalışmaya başlanması koşullarıyla ilgili çalışmaya Ön İzin verilmesi tarafımızca uygun görülmüştür.

Makamınızca uygun görüldüğü takdirde, olurlarınıza arz ederim.

O L U R

16/01/2020

Uzm. Dr. Ömer SOBACI

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI
Adr: Bahçelievler Mah. Çamlık Sok. No : 86 / A Merkez / ÇORUM Tel:0 364 219 55 00
Dahili No:7458-7457-7456 Ayrıntılı Bilgi İçin: Ebe Yeliz YELEN AKPINAR E-Posta:
corumism.egitim@saglik.gov.tr

EK 3: Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!

Bilimsel araştırma amaçlı ve detayları aşağıda yer alan bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilmediğini fark ettiğiniz noktalar olursa araştırmacıya sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce araştırmacı size zaman tanıyacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

1. ARAŞTIRMANIN ADI

Hemşirelerin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi

2. KATILIMCI SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 211'dir.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre yaklaşık 15 dakika'dır.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı, Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan hemşirelerin fiziksel aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve tükenmişlik düzeylerine etkisinin incelenmesidir.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA ve ÇIKARILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya dahil edilebilmek için sahip olmanız gereken koşullar şu şekildedir;

- a- Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hemşire olarak görev yapıyor olmak,
- b- Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyor olmaktır.

Çıkarılma koşulları;

- a- Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hemşire olarak görev yapmıyor olmak,

b- Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmiyor olmaktır.

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırma kapsamında sizden, kişisel bilgi formunu doldurmanız ve ekinde verilecek olan 3 adet ölçeği doldurmanız istenecektir. Bu ölçekler; fiziksel aktivite seviyenizi, tükenmişlik ve yaşam kalitesi düzeylerinizi belirlemek amacıyla kullanılacaktır.

7. KATILIMCININ SORUMLULUKLARI

Bu çalışmaya katılmakla herhangi bir sorumluluk altına girmeyeceksiniz.

8. OLASI RİSKLER

Çalışmaya katılım sağlamanın bilinen herhangi bir riski yoktur.

9. ARAŞTIRMAYA KATILIMIN OLASI YARARLARI

Yapılacak olan çalışmada hemşirelerin; fiziksel aktivite, yaşam kalitesi ve tükenmişlik düzeylerinin tespit edilmesi, bu değişkenler arasındaki ilişkilerin belirlenmesi hedeflenmektedir. Bu sayede hemşirelerin görev performanslarının ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik ne gibi tedbirlerin alınabileceğine ve varsa iyileştirici/düzeltici işlemlerin neler olabileceğine ilişkin tavsiyelerde bulunulması planlanmaktadır. Bu yolla hem hemşirelerin ölçülen değişkenler açısından değerlendirilmesi gerçekleştirilecek, hem de konuyla ilgili olarak çalışma yapmak isteyen diğer araştırmacılara katkı sağlanmış olacaktır.

10. GİDERLERİN KARŞILANMASI ve ÖDEMELER

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Bu araştırmaya katılmanızla, araştırma ile ilgili çıkabilecek zorunlu masraflar tarafımızdan karşılanacaktır. Bunun dışında size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

11. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabileceksiniz.

12. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM veya KURULUŞ

Araştırmayı destekleyen kurum/kuruluş yoktur.

13. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME veya AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

14. ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda detayları yazılı olan ve tarafıma anlatılan bu araştırmada yer almak için araştırmacı Sayın Yasemen AYDIN tarafından “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi.Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜ		İMZASI
ADI SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI
ADI SOYADI		
GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

EK 4: Kullanılan ölçekler

Değerli Katılımcı;

Bu form “*Hemşirelerin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi*” başlıklı lisansüstü tez çalışmasında veri toplama aracı olarak kullanılacaktır. Sorulara doğru veya en uygun cevabın verilmesi, araştırmanın bilimsel sonuçlarının güvenilir olması açısından son derece önemlidir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Yasemen AYDIN

KİŞİSEL BİGİ FORMU

Yaşınız	_____
Kilonuz (kg)	_____
Boyunuz (cm)	_____
Cinsiyetiniz	Kadın () Erkek ()
Medeni Durumunuz	Evli () Bekâr ()
Eğitim Düzeyiniz	Lise () Ön lisans () Lisans () Lisansüstü ()
Tabi Olduğunuz Mesai Düzeni	Gündüz () Nöbet ()
Mesleğinizi İsteyerek mi Seçtiniz?	Evet () Hayır () Kararsızım ()
Aylık Çalışmanız Gereken Mesai Saatinden Fazla Çalışıyor musunuz?	Evet () Hayır ()
Görev Yaptığınız Birim	_____
Biriminizdeki Hemşire Sayısı	_____
Kıdem Yılıınız	_____

MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ (Maslach burnout inventory manual)

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneğe işaret koyarak belirtiniz.	Hiçbir zaman	Yılda birkaç kez	Ayda birkaç kez	Haftada birkaç kez	Hergün
1. "Kendini işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum."	1	2	3	4	5
2. "İşgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum."	1	2	3	4	5
3. "Sabah kalkıp yeni bir işgünü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum."	1	2	3	4	5
4. "Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabilirim."	1	2	3	4	5
5. "Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum."	1	2	3	4	5
6. "Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir."	1	2	3	4	5
7. "Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim."	1	2	3	4	5
8. "İşimin beni tükettiğini hissediyorum."	1	2	3	4	5
9. "İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum."	1	2	3	4	5
10. "Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum."	1	2	3	4	5
11. "Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum."	1	2	3	4	5
12. "Kendimi çok enerjik hissediyorum."	1	2	3	4	5
13. "İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum."					
14. "İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum."	1	2	3	4	5
15. "Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil."	1	2	3	4	5
16. "Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor."	1	2	3	4	5
17. "Hastalarım rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim."	1	2	3	4	5
18. "Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum."	1	2	3	4	5
19. "Bu meslekte pek çok değerli işler başardım."	1	2	3	4	5
20. "Kendimi çok çaresiz hissediyorum."	1	2	3	4	5
21. "İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim."	1	2	3	4	5
22. "Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum."	1	2	3	4	5

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa)

International Physical Activity Questionnaire (Short)

Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

İnsanların günlük yaşayış içinde yaptıkları fiziksel aktiviteler hakkında bilgi edinmek istiyoruz. Aşağıda son 7 gün içinde fiziksel olarak harcanan zaman hakkında sorular bulunmaktadır. Lütfen, kendinizi çok hareketli bir kişi olarak görmesiniz bile her soruyu cevaplayın. Ev ve bahçe işlerinizi, işyerinde yaptığınız aktiviteleri, bir yerden bir yere gitmek için yaptıklarınızı, boş zamanlarınızda yaptığınız egzersiz veya spor gibi aktiviteleri düşünün. Son 7 gün içinde 10 dakika veya üstünde süren, nefesinizi hızlandıran, kuvvet gerektiren tüm yoğun faaliyetleri göz önünde bulundurun.

1

Son bir hafta içinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız?

Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. (3. Soruya Geçiniz ↗)

Haftada _____ gün

2

Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Bilmiyorum/Emin değilim

Günde _____ dakika

Günde _____ saat

Geçen bir hafta içinde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Bunlar 10 dakika veya daha uzun süren, orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir.

3

Son bir hafta içinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya tenis gibi orta dereceli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız? (Yürüme hariç.)

Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. (5. Soruya Geçiniz ↗)

Haftada _____ gün

4

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

Bilmiyorum/Emin değilim

Günde _____ dakika

Günde _____ saat

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

5

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

Yürümedim. (7. Soruya Geçiniz ↗)

Haftada _____ gün

6

Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

Bilmiyorum/Emin değilim

Günde _____ dakika

Günde _____ saat

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

7

Son bir hafta içinde günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

Bilmiyorum/Emin değilim

Günde _____ dakika

Günde _____ saat

SF-36 (Kısa Form 36)

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Size en uygun yanıtı verin.

B1

1) Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

Mükemmel

Çok iyi

İyi

Orta

Kötü

₁

₂

₃

₄

₅

B2

2) Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şu anki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden

Çok daha iyi

Biraz iyi

Hemen hemen aynı

Biraz daha kötü

Çok daha kötü

₁

₂

₃

₄

₅

Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

B3

	Evet, Çok Kısıtlı	Evet, Biraz Kısıtlı	Hayır, Hiç Kısıtlı Değil
3) Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4) Bir masayı çekmek, elektrik süpürGESİni itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5) Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6) Birkaç kat merdiven çıkmak	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
7) Bir kat merdiven çıkmak	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
8) Eğilmek, diz çökmek, çömelmek, diz çökmek	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
9) Bir kilometreden fazla yürümek	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
10) Birkaç yüz metre yürümek	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
11) Yüz metre yürümek	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
12) Kendi başına banyo yapmak ve giyinmek	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

B4

	Evet	Hayır
13) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
14) Arzu ettiğinizden daha az şeyi mi tamamlayabildiniz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
15) Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
16) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (Aşırı efor - çaba sarf ettiniz mi?)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

B5

	Evet	Hayır
17) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
18) Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
19) İşinizle veya diğer aktivitelerinizle ilgili işleri her zamanki kadar dikkat vererek yapamadınız mı?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

SF-36 (Kısa Form 36) Sayfa-2

B6 20) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi	Çok Az	Orta Derecede	Epeyce	Çok Fazla
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

B7 21) Son 4 hafta içinde vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

Hiç Olmadı	Çok Az	Hafif	Orta	Çok	Pek Çok
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

B8 22) Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi	Biraz etkiledi	Orta Derecede	Epey Etkiledi	Çok Etkiledi
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için, sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

B9

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
23) Kendinizi yaşam dolu olarak hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
24) Çok sinirli biri oldunuz mu?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
25) Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
26) Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
27) Çok enerjik oldunuz mu?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
28) Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
29) Kendinizi yıpranmış, bitkin hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
30) Mutlu, sevinçli bir insan oldunuz mu?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
31) Yorgunluk hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

B10 32) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

Sürekli	Çoğu zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

B11

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
33) Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
34) Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
35) Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
36) Sağlığım mükemmeldir.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

