



MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ DERGİSİ
“MAKÜ Sag. Bil. Enst. Derg.”

<http://edergi.mehmetakif.edu.tr/index.php/sabed/index>



Acil Servis ve Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Evaluation of Emergency Rooms and Intensive Care Nurses' Life Quality

Deniz Say Şahin¹, Özgür Önal², Sevinç Pehlivan Sütlü², Ahmet Selçuk Kılınç², Duygu Mutluay³

¹ Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Acil Yardım ve Afet Yönetimi Böl, 15030, BURDUR

² Burdur Halk Sağlığı Müdürlüğü, 15030, BURDUR

³ Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Veteriner Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji AD, 15030, BURDUR

Abstract: This study was done to determinate living quality of nurses, who work at intensive care unit. Having cross sectional quality, this study was done among 140 emergency and intensive care unit nurses in Burdur Public Hospital and Burdur Province Public Hospital between dates of 01.03.2014 and 01.05.2014. In this study, SF-36 life quality scale, one of generic scales developed in 1988 and almost updated every year by Ware and his friends, was used. Obtained data was calculated and analyzed by using SPSS Version 11.5 computer program. Importance of difference between the groups' average was compared with One-Way ANOVA. In the study, nurses' living quality sub function was examined and the lowest points were liveliness (54,2±17,0 points) and general health (59,7±18,0 points). Nurses got over 80 points from physical and emotional roles. In the study, influence of some measurable factors to living quality sub functions was also analyzed. When living quality sub functions influencing factors were questioned, it was seen that, working at emergency and intensive care unit, educational background and being responsible nurse had not affect living quality. It was determined that, male nurses were in better situation in mental health, liveliness, physical pain perception, general health, physical function and role compared to their female colleagues (p<0,05). While negative intermediate correlation was found among work time, nurses' age and health points, it was determined that, increasing of work year and age together make general health worse. In addition, negative intermediate correlation was also seen among age and social function. (r=-0,194, p=0,022). It is determined that, the more longer working times at Emergency and Intensive Care Unit, the less health and living qualities for nurses. It is determined that, compared to their female colleagues, male nurses are influenced from intense working conditions less and their situation is far better when it comes to liveliness, mental health, general health, physical function and physical role. Furthermore it was also determined that, income status, positions in the units and years of work in institutions did not affect living quality.

Öz: Bu çalışma Acil Servis ve Yoğun Bakımda çalışan hemşirelerin yaşam kalitesini belirlemek amacı ile yapılmıştır. Kesitsel nitelikte olan bu çalışma Burdur Devlet Hastanesi ve Burdur ilçe Devlet Hastanelerinde bulunan 140 Acil Servis ve Yoğun Bakım hemşiresi ile 01.03.2014-01.05.2014 tarihleri arasında yapıldı. Çalışmada Ware ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilip hemen hemen her yıl güncellenmiş olan jenerik ölçeklerden SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanıldı. Elde edilen veriler SPSS Versiyon 11.5 bilgisayar programı kullanılarak analiz edildi. Grupların ortalamaları arasındaki farkın önemi One-Way ANOVA ile karşılaştırıldı. Çalışmada hemşirelerin yaşam kalitesi alt fonksiyonları incelenmiş ve en düşük puanlar canlılık (54,2±17,0 puan) ve genel sağlıktan (59,7±18,0 puan) alınmıştır. Hemşireler fiziksel ve emosyonel rollerden 80 üzeri puan almışlardır. Araştırmada bazı ölçümsel faktörlerin yaşam kalitesi alt fonksiyonlarına etkisi de incelendi. Yaşam kalitesi alt fonksiyonlarını etkileyen faktörler sorgulandığında ise hemşirelerin acil veya yoğun bakımda çalışmalarının, eğitim durumlarının ve sorumlu hemşire olma durumlarının yaşam kalitesine etkisi olmadığı görüldü. Erkek hemşirelerin mental sağlık, canlılık, bedensel ağrı algısı, genel sağlık, fiziksel fonksiyon ve rol açısından kadınlara göre daha iyi durumda oldukları saptandı (p<0,05). Meslekte çalışma süresi ve hemşirelerin yaşları ile genel sağlık puanları arasında negatif yönde orta düzeyde korelasyon bulunurken; yaş ile korele şekilde çalışma yılı arttıkça genel sağlığın bozulduğu saptandı. Ayrıca yaş ile sosyal fonksiyon açısından da negatif yönde orta düzeyde korelasyon görüldü (r= -0,194, p= 0,022) Araştırmada Acil Servis ve Yoğun Bakımda çalışma süresi arttıkça genel sağlık durumunun bozulduğu ve yaşam kalitesinin düştüğü saptandı. Bu servislerde görev yapan erkek hemşirelerin kadın meslektaşlarına göre yoğun çalışma ortamından daha az etkilendikleri ve canlılık, mental sağlık, genel sağlık, fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol açısından daha iyi durumda oldukları bulundu. Ayrıca hemşirelerin gelir durumlarının, çalışmış oldukları ünitelerdeki pozisyonlarının ve buldukları kurumda çalışma yıllarının yaşam kalitesine etkisi olmadığı bulundu.

Key words: Burdur, emergency, intensive care unit, living quality, nurse.

Anahtar sözcükler: Burdur, acil servis, yoğun bakım, yaşam kalitesi, hemşire.

Yazışma Adresi: Öğ. Gör. Deniz SAY ŞAHİN
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü, İstiklal Yerleşkesi, 15030, BURDUR.
E-posta: say.sahin.d@hotmail.com **Tel:** 0248 213 3547

Geliş Tarihi: 14.08.2014

Kabul Tarihi: 01.09.2014

Kaynak göstermek için: Say Şahin D, Önal Ö, Pehlivan Sütlü P, Kılınç AS, Mutluay D. 2014. Acil servis ve yoğun bakımda çalışan hemşirelerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. MAKÜ Sag. Bil. Enst. Derg. 2(2): 81-92.

Giriş

Verilen hizmetin direkt olarak insanlara verildiği mesleklerde yani insan unsurunun birinci planda olduğu meslek alanlarında (sağlık, eğitim, güvenlik vb.) çalışan bireylerde depresyon ve tükenmişliğin daha çok görüldüğü yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. (Barron DN ve West E, 2007; Kaçmaz N, 2005) Bu bireylerin içinde bulunmuş oldukları durum nedeniyle yaşam kalitelerinin düşmesi kaçınılmazdır. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (International Labour Organization-ILO) 2006 yılında Geneva'da açıkladıkları raporda olumsuz psikolojik sıkıntıların özellikle envanteri insan olan mesleklerde artan bir sorun olduğuna, yaşam kalitesini ve verilen hizmetin kalitesini etkilediğine dikkati çekmiştir. (ILO 2006). Özellikle insanla ilişkili olan sağlık mesleği çalışanlarında da durum çok farklı değildir. Sağlık çalışanlarında yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastaya bakım verme, iş yerinde görev paylaşımı sorunlarının yaşanması, herkesin çalışma prensiplerinin farklı olması, uyku düzeninin bozulması, nöbetler, hasta yakınları ile uğraşmak, ekonomik problemler gibi nedenler stres ve gerginliğe yol açarak yaşam kalitesini etkilemektedir. Tüm bunlara ek olarak en yoğun ve stres faktörü yüksek olan acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde çalışıyor olmak ise bahsettiğimiz sıkıntılarla daha fazla karşılaşılıyor olmak anlamına gelmektedir (Yıldırım A ve Hacıhasanoğlu R, 2011). Acil servisler ve yoğun bakım üniteleri gibi birimlerde çok sık yaşanan ani kayıplar, kayıp yakınları nedeni ile üzüntü içinde olan ailelerle sık sık haşırneşir olmak ve yine bu birimlerde ağır vakaların çok sık görülmesi ile bunun yarattığı travmatize edici ortamın da çalışanlar için örseleyici nitelikte olduğu belirtilmektedir (American Psychiatric Assosiation 2001).

Sağlık sektöründe tedavi ve bakım hizmetleri ile iş gücü değerlendirildiğinde hemşirelerin hastanelerde en büyük iş gücünü oluşturduğu söylenebilir. Aynı zamanda acil servis ve yoğun bakımlarda çalışan hemşireler gibi kendi alanında uzmanlaşmış nitelikli hemşire açığının giderek büyüdüğü düşünüldüğünde, hemşirenin yaşam kalitesini azaltan yoğun ve sıkıntılı birimlerde uzun süreler boyunca çalışması, izinler konusundaki sıkıntılar kurumdan ayrılma isteği yaratacak ve işten ayrılmaları artırarak, hizmet kalitesini etkileyecek verimi azaltacaktır. Böyle bir durumda kurumun performansının olumsuz şekilde etkilenmesi kaçınılmazdır (Cole DC ve ark, 2005; Levis D ve ark, 2001). Kurumda boşalan pozisyonlara yeni hemşire alımlarının yapılması, ayrılan hemşireler nedeni ile aksayan hizmet ve bakımın telafisi için daha fazla çaba ve para harcanması gerektiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Yine nitelikli eleman gereksinimi olan acil servis ve yoğun bakım üniteleri gibi özellikli

birimlerde çalışabilecek eleman sayısının az olması, bu birimlere ilk defa görevlendirilecek olan hemşirelerin oryantasyonu ve yetişmesi için gereken süre ve maliyet ve yetişmekte olan personelin üretkenliğinin de düşük olması toplam maliyeti arttıracaktır. Bir diğer konu da personel azlığına bağlı olarak eldeki nitelikli personelin uzun saatler ve kısa izinlerde çalışmaları bireylerde yaşam kalitesinin yanında iş yaşamı kalitesinin de düşük algılanmasına neden olacak ve kurumun bir kısır döngü içerisinde verimsiz işlemesine yol açacaktır (Brooks BA. ve Anderson MA, 2004,2005; Uğur E ve Abaan S, 2008).

Tüm bu veriler doğrultusunda nitelikli eleman ihtiyacı olan acil servisler ve yoğun bakım ünitelerinin çalışma saatlerinin ve bu birimlerde görev yapan hemşirelerin yaşam kalitelerinin, iş yaşamlarını ve verilen hizmetin kalitesini etkilediği kanısındayız. Burdur'da sağlık çalışanlarının yaşam kaliteleri ile ilgili herhangi bir çalışma da bulunmamaktadır. Bu nedenle bu çalışma Burdur ilindeki hastanelerin acil servis ve yoğun bakımlarında hizmet veren hemşirelerin yaşam kalitesini ölçmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

1. Kısa Form-36 (Short Form-36 – SF-36)

Jenerik ölçeklerden olan SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, 1988 yılında Ware ve arkadaşları tarafından RAND Corporation bünyesinde geliştirilmiş olup hemen her yıl güncellenerek bugünkü halini almıştır (Ware JE, 2000; Anonim 2014). SF-36 ölçeği, 36 çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin sekiz boyutunun incelendiği bu ölçekte, yüksek puanlar sağlıkta daha iyi bir düzeyi işaret ederken, düşük puanlar sağlıktaki bozulmayı göstermektedir (Hays RD ve ark, 2002). Ölçek; Fiziksel fonksiyonellik (FF) (sağlık sorunları nedeniyle fiziksel aktivitede kısıtlanma), fiziksel rol (FR) (sağlık sorunları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma), bedensel ağrı (BA), genel sağlık (GS) (kişinin genel olarak sağlığını değerlendirmesi), canlılık (CA), mental sağlık (MS), sosyal fonksiyonellik (SF) ve emosyonel rol (ER) (ruhsal sağlık sorunları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma) boyutlarından oluşmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. SF-36 yaşam kalitesi boyutları

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

SF 36'nın sağlık boyutlarının puanlarının hesaplanması işlemi şu sırayla gerçekleştirilmektedir (Koltarla S, 2008):

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

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

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

Ham ölçek puanı dönüştürülürken aşağıdaki formül kullanılmaktadır: Dönüştürülmüş puan=(Ham ölçek puanı- beklenen en düşük puan)/olası puan aralığıx100 Örnek: FF puanı 23 ise, bu puanın dönüştürülmesi şöyledir: (23-10/20) x 100= %65 SF-36'nın genel sağlık değerlendirmesi alanında, hastanın sağlık durumunun son bir yıl içindeki değişimini sorgulayan 2. soru puanlanmamaktadır (Saygın MZ ve ark, 2005).

2. Verilerin Analizi

Elde edilen veriler SPSS Versiyon 11.5 (SPSS Inc. Chicago USA) bilgisayar programı kullanılarak analiz edilmiştir. Aritmetik ortalama ve standart sapma ($X \pm SD$) tüm değerler ele alınarak hesaplanmıştır. Grupların ortalamaları arasındaki farkın önemi One-Way ANOVA ile karşılaştırılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya Devlet Hastanesi acil (%46,4) ve yoğun bakımlarında (%53,6) çalışan 140 hemşire katılmıştır. Katılımcıların %86,4'ü kadın, %69,3'ü evli ve yaş ortalamaları $32,82 \pm 7,35$ 'dir (min-max=18-45). Hemşirelerin %7,1'i sorumlu hemşire olarak görev yapmakta ve aylık ortalama $168,74 \pm 24,05$ saat çalışmaktadırlar. Meslekte çalışma yılı ortalamaları $12,33 \pm 7,56$ yıl, buldukları kurumda çalışma yılı ortalamaları ise $6,02 \pm 5,35$ yıldır. Hemşirelerin yarısından fazlası (%53,6) sadece nöbet usulü çalışmaktadırlar. Hemşirelerin %17,1'inin kronik hastalığı bulunmakta, aktif olarak %36,4'ü sigara, %4,3'ü alkol kullanmaktadırlar (Tablo 2).

Çalışmada hemşirelerin yaşam kalitesi alt fonksiyonları incelenmiş ve en düşük puanlar canlılık ($54,2 \pm 17,0$ puan) ve genel sağlıktan ($59,7 \pm 18,0$ puan) alınmıştır. Hemşireler fiziksel ve emosyonel rollerden 80 üzeri puan almışlardır. Yaşam kalitesi alt fonksiyonlarını etkileyen faktörler sorgulandığında ise hemşirelerin acil veya yoğun bakımda çalışmalarının, eğitim durumlarının ve sorumlu hemşire olma durumlarının yaşam kalitesine etkisi olmadığı görülmüştür. Hemşirelerde erkeklerin mental sağlık, canlılık, bedensel ağrı algısı, genel sağlık, fiziksel fonksiyon ve rol açısından kadınlara göre daha iyi durumda oldukları görülmektedir ($p < 0,05$). Katılımcılardan kronik hastalığı olanların bedensel ağrı, genel sağlık ve fiziksel rol açısından daha kötü durumda oldukları görüldü (Tablo 3).

Hemşirelerin sigara kullanmasının yaşam kalitesine etkisi incelendiğinde aktif olarak sigara içenlerin hiç içmemiş olanlara göre mental sağlık ve sosyal fonksiyon açısından daha kötü durumda oldukları görülmektedir. Fakat sigara kullanmayı bırakanların yaşam kalitesi alt fonksiyonları açısından aktif içicilere ve kullanmayanlara göre anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmada alkol kullandığını belirten kişi sayısı azdır. Alkol kullanmanın yaşam kalitesine etkisi saptanmamıştır (Tablo 4).

Tablo 2. Katılımcıların bazı tanımlayıcı özellikleri

	Katılımcıların Özellikleri	Sayı (%)
Cinsiyet	Erkek	19 (13,6)
	Kadın	121 (86,4)
Çalışılan ünite	Acil	65 (46,4)
	Yoğun bakım	75 (53,6)
Görevi	Hemşire	130 (92,9)
	Sorumlu hemşire	10 (7,1)
Çalışma durumu	Sadece nöbet	75 (53,6)
	Sadece gündüz mesaisi	5 (3,6)
	Gündüz ve bazen nöbet	60 (42,8)
Aylık gelir durumu	2000 TL altı	4 (2,8)
	2000-2999 TL	48 (34,3)
	3000-3999 TL	29 (20,7)
	4000-4999 TL	36 (25,7)
	5000 ve üzeri	23 (16,4)
Medeni durumunuz	Evli	97 (69,3)
	Bekar	36 (25,7)
	Boşanmış/ayrı	6 (4,3)
	Dul	1 (0,7)
Çocuk	Yok	46 (32,9)
	1	23 (16,4)
	2	56 (40,0)
	3 ve daha fazla	15 (10,7)
Aile tipi	Çekirdek	134 (95,7)
	Geniş	6 (4,3)
Eğitim Durumu	Lise	25 (17,9)
	Önlisans	64 (45,7)
	Lisans	47 (33,6)
	Lisans üstü	4 (2,9)
Sigara içme durumu	Hayır	74 (52,9)
	Bırakmış	15 (10,7)
	Aktif içici	51 (36,4)
Alkol içme durumu	Hayır	121 (86,4)
	Sosyal içici	13 (9,3)
	İçiyor	6 (4,3)
Kronik hastalık durumu	Yok	116 (82,9)
	Var	24 (17,1)

Tablo 3. Yaşam kalitesi alt fonksiyonlarını (mental sağlık, canlılık, bedensel ağrı, genel sağlık) etkileyen faktörler.

Yaşam Kalitesi Alt Fonksiyonlarını Etkileyen Faktörler		Mental Sağlık	Canlılık	Bedensel Ağrı	Genel Sağlık
		Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Çalışılan ünite	Acil	60,0±15,7	56,2±16,9	68,6±21,4	58,5±18,5
	Yoğun bakım	64,2±16,9	52,5±17,0	66,5±22,6	60,7±17,6
	P	0,222	0,075	0,502	0,607
Görevi	Hemşire	62,2±16,8	54,0±17,5	67,5±22,3	59,5±18,4
	Sorumlu hemşire	63,6±11,5	56,0±9,1	67,0±17,7	62,0±10,1
	P	0,782	0,811	0,690	0,743
Cinsiyet	Erkek	70,1±13,8	63,7±15,1	80,0±17,6	67,1±14,0
	Kadın	61,0±16,5	52,7±16,8	65,5±22,0	58,6±18,3
	P	0,033	0,009	0,007	0,032
Medeni durumunuz	Evli	62,6±16,2	52,9±17,1	67,0±23,1	57,9±18,9
	Bekar	61,2±17,2	57,0±16,7	68,6±19,3	63,8±15,0
	P	0,747	0,196	0,694	0,05
Sigara içme durumu	Hayır	65,4±14,9*	56,4±15,8	70,7±19,9	60,9±16,7
	Bırakmış	61,3±12,8	55,3±15,2	69,3±19,8	61,3±16,1
	Evet	58,0±18,7*	50,8±18,8	62,4±24,7	57,5±20,2
	P	0,048	0,199	0,108	0,530
Alkol içme durumu	Hayır	63,4±16,3	54,1±17,6	67,1±21,5	60,5±17,6
	Sosyal veya aktif içici	56,0±16,8	55,0±13,6	67,4±25,6	55,3±20,2
	P	0,838	0,134	0,334	0,844
Kronik hastalık durumu	Var	61,8±18,1	48,1±19,3	58,3±24,6	49,6±19,6
	Yok	62,3±16,2	55,4±16,3	69,4±21,0	61,8±16,9
	P	0,111	0,927	0,008	0,049
	Toplam	62,3±16,4	54,2±17,0	67,5±22,0	59,7±18,0

Tablo 4. Yaşam kalitesi alt fonksiyonlarını (fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol) etkileyen faktörler.

Yaşam Kalitesi Alt Fonksiyonlarını Etkileyen Faktörler		Fiziksel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Fiziksel Rol	Emosyonel Rol
		Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Çalışılan ünite	Acil	76,5±26,8	71,8±26,6	80,4±30,8	85,1±27,0
	Yoğun bakım	77,5±23,3	68,9±25,0	80,3±28,6	80,9±31,6
	P	0,853	0,391	0,859	0,497
Görevi	Hemşire	77,2±24,9	70,3±25,9	79,8±29,4	82,6±29,9
	Sorumlu hemşire	74,0±25,5	70,0±24,6	87,5±31,7	86,7±23,3
		0,601	0,851	0,268	0,865
Cinsiyet	Erkek	88,2±19,5	77,2±23,3	94,7±13,4	94,7±16,7
	Kadın	75,2±25,3	69,1±26,0	78,1±30,7	81,0±30,7
	P	0,007	0,207	0,022	0,046
Medeni durumunuz	Evli	74,6±25,4	69,1±25,8	78,9±30,7	81,8±29,3
	Bekar	82,3±23,1	72,9±25,6	83,7±26,7	85,3±30,3
	P	0,092	0,042	0,371	0,521
Sigara içme durumu	Hayır	77,8±24,3	76,0±21,1*	78,7±31,4	86,5±26,4
	Bırakmış	80,7±16,2	71,1±23,3	90,0±18,4	84,4±27,8
	Evet	74,7±27,9	61,7±30,3*	79,9±29,2	77,1±33,7
	P	0,659	0,008	0,401	0,215
Alkol içme durumu	Hayır	76,7±24,9	71,3±25,5	80,7±29,0	83,8±28,4
	Sosyal veya aktif içici	77,9±25,9	63,2±28,0	76,3±33,8	75,4±36,6
	P	0,893	0,220	0,635	0,386
Kronik hastalık durumu	Var	72,5±24,1	65,3±26,9	68,8±34,0	76,4±28,6
	Yok	77,9±25,0	71,3±25,5	82,8±28,1	84,5±29,6
	P	0,154	0,303	0,024	0,056
	Toplam	77,0±24,9	70,2±25,7	80,4±29,5	82,9±29,5

Araştırmada bazı ölçümsel faktörlerin yaşam kalitesi alt fonksiyonlarına etkisi incelenmiştir. Hemşirelerin aylık çalışma saati ve gelir durumlarının ve buldukları kurumda çalışma yıllarının yaşam kalitesine etkisi saptanmamıştır. Meslekte çalışma süresi ve hemşirelerin yaşları ile genel sağlık puanları arasında negatif yönde orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. Yaş ve korele şekilde çalışma yılı arttıkça genel sağlık bozulmaktadır. Ayrıca yaş ile sosyal fonksiyon açısından da negatif yönde orta düzeyde korelasyon saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Yaşam kalitesi alt fonksiyonlarını etkileyen ölçümsel faktörler.

Yaşam Kalitesi Alt Fonksiyonlarını Etkileyen Ölçümsel Faktörler.	FF	SF	FR	ER	MS	C	BA	GS
	r/ p	r/ p	r/ p	r/ p	r/ p	r/ p	r/ p	r/ p
Yaş	- 0,110/ 0,196	- 0,194/ 0,022	- 0,101/ 0,236	- 0,157/ 0,064	- 0,040/ 0,639	- 0,160/ 0,058	- 0,166/ 0,058	- 0,190/ 0,025
Meslekte çalışma yılı	- 0,111/ 0,192	- 0,146/ 0,086	- 0,090/ 0,289	- 0,150/ 0,077	- 0,015/ 0,858	- 0,101/ 0,234	- 0,131/ 0,124	- 0,184/ 0,030
Kurumda çalışma yılı	- 0,026/ 0,764	- 0,139/ 0,101	- 0,082/ 0,334	- 0,055/ 0,519	- 0,012/ 0,887	- 0,053/ 0,534	- 0,108/ 0,203	- 0,089/ 0,294
Aylık çalışma saati	- 0,013/ 0,880	- 0,011/ 0,898	- 0,046/ 0,587	- 0,109/ 0,198	- 0,069/ 0,417	- 0,073/ 0,391	- 0,048/ 0,572	- 0,014/ 0,873
Aylık gelir durumu	- 0,021/ 0,808	- 0,046/ 0,587	- 0,019/ 0,819	- 0,032/ 0,706	- 0,000/ 0,999	- 0,099/ 0,246	- 0,034/ 0,693	- 0,074/ 0,385

*Kısaltmalar: FF=Fiziksel Fonksiyon, SF=Sosyal Fonksiyon, FR=Fiziksel Rol, ER=Emosyonel Rol, MS= Mental Sağlık, C=Canlılık, BA=Bedensel Ağrı, GS=Genel Sağlık

Tartışma ve Sonuçlar

Yapmış olduğumuz çalışmada hemşirelerin yaş ortalamalarının (32,82±7,35) çok yüksek olmadığı ancak buna rağmen en düşük puanları canlılık (54,2±17,0 puan) ve genel sağlıktan (59,7±18,0 puan) almış olmaları düşündürücüdür. Çalışma örneklemini genç olmasına rağmen genel sağlık ve canlılık puanları düşük ancak fiziksel alan puanları yüksektir. Bu sonuçlar acil servis ve yoğun bakım gibi stres düzeyi ve çalışma temposu yüksek birimlerde çalışan hemşirelerin iş doyumunu düzeyinin ve yaşam kalitesinin etkilendiğini, canlılık ve genel sağlık puanlarından yola çıkarak bu birimlerde çalışan hemşirelerde daha fazla tükenmişlik görülebileceğini bunlara bağlı olarak da performansın olumsuz etkilenebileceğini

göstermektedir. Bizim çalışmamıza benzer nitelikte hekimler ve sağlık çalışanlarının da içlerinde bulunduğu, üniversite öğretim elemanlarıyla yapılan çalışmalarda bedensel alan puan ortalamasının yüksek (sırasıyla 15.0,15.14) olması dışında diğer alanlarda (Avcı ve Pala, 2004; Musaoğlu, 2008) araştırmamıza benzer düzeyde sonuçlar elde edilmiştir.

Muşlu C ve arkadaşlarının hemşirelere yapmış olduğu çalışmada da en düşük puan canlılıktan alınmıştır. Hemşirelik mesleğinin getirmiş olduğu iş yükü ve stresi kişilerin mutlu ve enerjik hissetmesini etkilemektedir. Hemşireler en fazla puanı fiziksel rol ve emosyonel rol'den almışlardır. Hastane acil ve yoğun bakımında aktif olarak çalışan hemşireler araştırmaya dahil edildiği için son 4 haftadaki fiziksel ve emosyonel durumun sorgulandığı bu parametreler göreceli olarak yüksek çıkma ihtimali vardır. Hemşirelerin mental sağlık ve bedensel ağrı durumları orta düzeydedir. Bu çalışmada, Muşlu C ve arkadaşlarının hemşirelere yapmış olduğu çalışmaya göre canlılık, mental sağlık ve fiziksel fonksiyon daha düşük, fiziksel rol, emosyonel rol, genel sağlık puanları daha yüksek ve sosyal fonksiyon puanları benzer saptanmıştır (Muşlu C ve ark, 2012).

Çalışma sonuçlarımıza göre erkeklerin kadın meslektaşlarına göre mental sağlık, canlılık, bedensel ağrı algısı, genel sağlık, fiziksel fonksiyon ve rol açısından kadınlara göre daha iyi durumda oldukları saptanmıştır. ($p<0,05$). Bu bölümdeki puanların kadınlarda düşük olması, kadınların hem iş yerinde hem de evde çalışmasının, Türk toplumunda çocuklarla ilgili sorumlulukların da daha fazla kadınlarda olmasının, dinlenme, kendine vakit ayırma ve boş zaman değerlendirme fırsatını kısıtlayıp yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini düşündürmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda erkeklerin yaşam kalitesi düzeyinin kadınlardan daha fazla olduğu belirlenirken (Yeşil A ve ark, 2010; Musaoğlu, 2008; Wang ve ark, 2000) bazılarında cinsiyetin yaşam kalitesinde etkili olmadığı da belirlenmiştir.(Avcı ve Pala, 2004; Chien ve ark, 2003) Bu sonuçlar cinsiyetin yaşam kalitesini etkileyebilecek kesin bir belirleyici olmadığını düşündürse bile, çalışılan işin yoğunluğu ve meslek ile ilgili olarak sonuçların değişebileceği söylenebilir.

Çalışmada hemşirelerin yaşları ve meslekte çalışma süreleri arttıkça genel sağlık puanları ve yaşları arttıkça sosyal fonksiyonları azalmaktadır. Yaşın artması ile birlikte insan vücudunda görme, işitme ve hareket yeteneği gibi fonksiyonlarda fizyolojik değişiklikler meydana gelir. Bu değişiklikler bir düzeye kadar yaşamı etkilemez iken, varolan değişikliklerin artmasıyla inaktiviteye bağlı problemleri, koroner arter hastalıkları, akciğer hastalıkları, diyabet, osteoporoz ve benzeri kronik hastalıkların artar ve bu sağlık sorunları da

yaşam kalitesi olumsuz yönde etkiler. Meslekte geçen sürenin oluşturmuş olduğu yıpranma hemşireleri sosyal olarak etkilemekte ve yaş, çalışma süresi arttıkça kendilerini sosyal etkinliklerden daha fazla kısıtlamaktadırlar. Bunlara ek olarak genel sağlık puanlarını evli çalışanlarda bekarlara göre yüksek ve istatistiksel olarak da anlamlı olduğunu görülmüştür. Çalışmada evli olanların sosyal alan puanları bekarlara göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeninin evlilerin çoğunlukta (%69,3) olmasından ve sosyal alan puanlarının evlilerde yüksek olmasının evliliğin sürekli bir sosyal destek sağladığından kaynaklı olduğunu düşündürmektedir. Çevre alan puanının düşük olması ise çalışmada kadın ve evlilerin çoğunlukta olması ile ilişkili olabilir. Hekim (Avcı ve Pala, 2004) ve hemşirelerle yapılan bazı çalışmalarda da evlilerin sosyal alan puanları belirgin olarak yüksek olduğu saptanmıştır (Ergün ve ark, 2005; Cimete ve ark.) Yapılan diğer çalışmalarda da evliliğin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir (Kaya ve Piyal, 2004; Lerner ve ark, 1994).

Sonuç olarak bu araştırmada, acil ve yoğun bakımda çalışan hemşirelerin özellikle canlılık ve genel sağlık alanında yaşam kalitesi alan puanları düşük olarak bulunmuştur. Hemşirelerin verimli olarak çalışmalarını sağlayacak etmenlerin başında yaşam kalitesi gelmektedir. Bu nedenle acil ve yoğun bakım hemşirelerinde yaşam kalitelerini yükseltilmeye yönelik olarak, mesleklerinden kaynaklanan olumsuzluklar önlenmeye çalışılmalıdır. Kadın hemşirelerde yaşam kalitesi alt fonksiyonlarının büyük çoğunluğunun erkek hemşirelere göre daha düşük olması, kadın hemşirelerin yaşam kalitesini etkileyen meslek dışı sosyo-demografik etmenlerinde olduğunu düşündürmektedir. Çalışmada hemşirelerde sigara kullanma durumunun ve kronik hastalıkların artmasının yaşam kalitesini azalttığı saptanmıştır. Bu konularda kronik hastalıkları önlemeye ve ergonomik çalışma ortamlarının oluşturulmasına ayrıca sigara kullanımının azaltılmasına yönelik uygulamalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association 2001. Manual identification and classification of psychiatric disorders, 4th ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
2. Anonim, 2014. www.sf-36.org/tools/sf36.shtml (Erişim Tarihi: 12.06.2014)
3. 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, 81-85.
4. Barron DN, West E. 2007. The emotional costs of caring incurred by men and women in the British labour market. Soc Sci Med. 65, 2160-2171.

5. Brooks BA, Anderson MA. 2005. Defining quality of nursing work life. *Nurs Econ.* 23, 319-326.
6. Brooks BA, Anderson MA. 2004. Nursing work life in acute care. *J Nurs Care Qual.* 19, 269-275.
7. Chien LY, Lo LH, Chen CJ, ve ark. 2003. Quality of life among primary caregivers of Taiwanese children with brain tumor. *Cancer Nurs.* 26, 305-311.
8. Cole DC, Robson LS, Lemieux-Charles L, ve ark. 2005. Quality of working life indicators in Canadian health care organizations: a tool for healthy, health care workplaces? *Occup Med (Lond).* 55, 54-59.
9. Ergün FS, Oran NT, Bender CM. 2005. Quality of life of oncology nurses. *Cancer Nurs.* 28, 193-199.
10. Hays RD, Hahn H, Marshall G. 2002. Use of the SF-36 and other health-related quality of life measures to assess persons with disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* 83(12), 4-9
11. Kaçmaz N. 2005. Tükenmişlik sendromu. *İst Tıp Fak Derg.* 68, 29-32.
12. Kaya M, Piyal B. 2004. Ankara'da 112 acil yardım hizmetlerinde çalışan personelin öznel yaşam kalitelerinin sosyo-demografik özellikler yönünden yaşam kalitesi ait alanlarına göre değerlendirilmesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, Özet Kitabı. s. 61.
13. Koltarla S. 2008. Taksim eğitim ve araştırma hastanesi personelinin yaşam kalitesinin araştırılması. Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul.
14. Lerner DJ, Levine S, Malspeis S, ve ark. 1994. Job strain and health-related quality of life in a national sample. *Am J Public Health.* 84, 1580-1585.
15. Lewis D, Brazil K, Krueger P, ve ark. 2001. Extrinsic and intrinsic determinants of quality of work life. *Leadership in Health Services.* 14, 9-15.
16. Musaoğlu Z. 2008. Trakya Üniversitesi öğretim elemanlarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesi. Uzmanlık Tezi Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD, Edirne.
17. Muşlu C, Baltacı D, Kutanis R, ve ark. 2012. Birinci basamak ve hastanede çalışan hemşirelerde Anksiyete, Depresyon ve Hayat Kalitesi. *Konuralp Tıp Dergisi.* 4 (1), 17-23.
18. Saygın MZ, Öztürk E, Koçer A, ve ark. 2005. Aurasız migren ile epizodik gerilim tipi baş ağrısı: psikiyatrik morbidite ve diğer ayırt edici özelliklerin araştırılması. *Tıp Araştırmaları Dergisi.* 3(1), 22-26.
19. Ugur E, Abaan S. 2008. Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 28, 297-310.
20. Wang X, Matsuda N, Ma H, ve ark. 2000. Comparative study of quality of life between the Chinese and Japanese adolescent populations. *Psychiatry Clin Neurosci.* 54,147-152.
21. Ware JE. 2000. SF-36 Health survey update. *Spine.* 25, 24.
22. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. 2011. Quality of Life and Effective Variables Among Health Care Professionals. *Journal of Psychiatric Nursing.* 2(2), 61-68.