



Özgün Araştırma/Research Article

Hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: tanımlayıcı bir araştırma

Investigation of the relationship between physical activity level and quality of life of nurses: a descriptive study

Fikret KILINÇ¹ , Nuran TOSUN¹

¹Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 27100, Gaziantep-Türkiye

Atıf gösterme/Cite this article as: Kılınç F, Tosun N. Hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: tanımlayıcı bir araştırma. *ADYÜ Sağlık Bilimleri Derg.* 2020;6(2):207-215. doi:10.30569.adiyamansaglik.709435

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı, bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma, bir üniversite hastanesinde çalışan 442 hemşire ile yürütülmüştür. Hemşirelerin bazı sosyo-demografik özellikleri kayıt edilmiş, fiziksel aktivite düzeyleri Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu, yaşam kalitesi düzeyleri ise SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak belirlenmiştir.

Bulgular: Hemşirelerin sadece %19,9'unun yeterli fiziksel aktivite düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yaşı ilerledikçe ve beden kitle indeksi arttıkça fiziksel fonksiyon yaşam kalitesi düşmektedir. Erkekler kadınlara göre, kronik hastalığı olmayanlar olanlara göre daha yüksek düzeyde yaşam kalitesine sahiptir.

Sonuç: Yeterli düzeyde fiziksel aktivite hemşirelerin yaşam kalitesini olumlu şekilde etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşireler; Fiziksel egzersiz; Yaşam kalitesi.

Abstract

Aim: The aim of this study is to investigate the association between the physical activity levels and quality of life of the nurses working in an education and research hospital.

Materials and Methods: This study was conducted with 442 nurses working in a university hospital. Sociodemographic characteristics of nurses were recorded, physical activity levels were determined using the International Physical Activity Questionnaire Short Form, and quality of life levels were determined using SF-36 Quality of Life Scale

Results: Only 19.9% of the nurses had sufficient physical activity level. As the age of the nurses and the body mass index increases, physical functional domain of the quality of life decreases. Men and those without chronic disease have higher level of quality of life than women and those with chronic disease.

Conclusion: Adequate physical activity affects the quality of life of nurses positively.

Keywords: Nurses; Physical exercise; Quality of life.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Fikret KILINÇ, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 27100, Gaziantep-Türkiye, E-mail: fikretkhh@gmail.com

Geliş Tarihi/Received:26.03.2020 **Kabul Tarihi/Accepted:**19.05.2020

Yayın Tarihi/Published online:30.08.2020



Giriş

İnsanların yaşamları boyunca sağlıklı olabilmeleri, yani sağlıklı yaşayabilmeleri için yeterli düzeyde fiziksel aktiviteye sahip olmaları gereklidir. Yetersiz fiziksel aktivite kronik hastalıkların oluşmasına ve erken ölümlere zemin hazırlayabilmektedir.^{1,2} Geçmişten günümüze kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. Bilhassa erken yaşlarda görülen kronik hastalıklar kişiyi ve yakın çevresini fiziksel, duygusal ve ekonomik olarak etkileyerek kişinin yaşam kalitesine olumsuz yönde etki yapmaktadır.^{3,4} Fiziksel olarak aktif olanlarda kardiyovasküler hastalık, iskemik inme, Tip 2 Diyabet, kolon kanseri, osteoporoz, depresyon ve düşme nedenli yaralanma gelişme riski daha düşüktür.⁵

Fiziksel aktivitenin düzenli yapılması obeziteyi ve obezite ile ilişkili hastalıkların görülme sıklığını azaltmakta, beden sağlığının yanında ruh sağlığı üzerinde de olumlu etkiler oluşturmaktadır.⁶⁻⁸ Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için, yetişkin bireylerin, haftada beş gün en az yarım saat orta yoğunlukta aerobik fiziksel aktivite veya haftada üç gün en az 20 dakika kuvvetli yoğunlukta aerobik aktivite yapması önerilmektedir.^{9,10} Fiziksel aktivitenin sağlık ve yaşam kalitesi üzerinde pozitif etkileri vardır.³ Bireyin fiziksel, psikolojik ve ruhsal durumlarını kapsayan yaşam kalitesi; ait olduğu sosyo-kültürel sistem dâhilinde, bireyin yaşamındaki olayları kavramaları ve yorumlamaları olarak tanımlanmaktadır.¹¹ Hemşireler, sağlık bakım ve tedavi hizmetinde görev alan sağlık iş gücünün önemli bir bölümünü oluşturmaktadır.¹² Hemşirelik mesleğinin doğası gereği, hemşireler her zaman iş kazası, hastalık riski ve yoğun çalışma temposu altında çalışmak gibi farklı stres faktörleriyle karşı karşıya kalırlar. Bu stres faktörleri, fiziksel ve zihinsel güçlerini azaltarak ve günlük işlevlerini bozarak sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini kademeli olarak azaltabilmektedir.^{13,14} Literatürde hemşirelerin yaşam kalitesinin fiziksel aktivite seviyeleri ile ilişkili belirli sayıda çalışma mevcuttur.

Yukarıda anlatılanlar ışığında, bu çalışmanın amacı, bir üniversitenin eğitim araştırma hastanesinde görev yapan hemşirelerin bazı sosyo-demografik özellikleri ve fiziksel aktivite düzeylerinin yaşam kaliteleri ile ilişkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın tipi

Tanımlayıcı tipte gözlemsel araştırma tasarımına sahip bu çalışmada, Haziran-Ekim 2017 tarihleri arasında bir üniversitenin eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan hemşirelerin fiziksel aktiviteleri ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu araştırma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüş, makalenin yazımında Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE) kontrol listesi kullanılmıştır.¹⁵

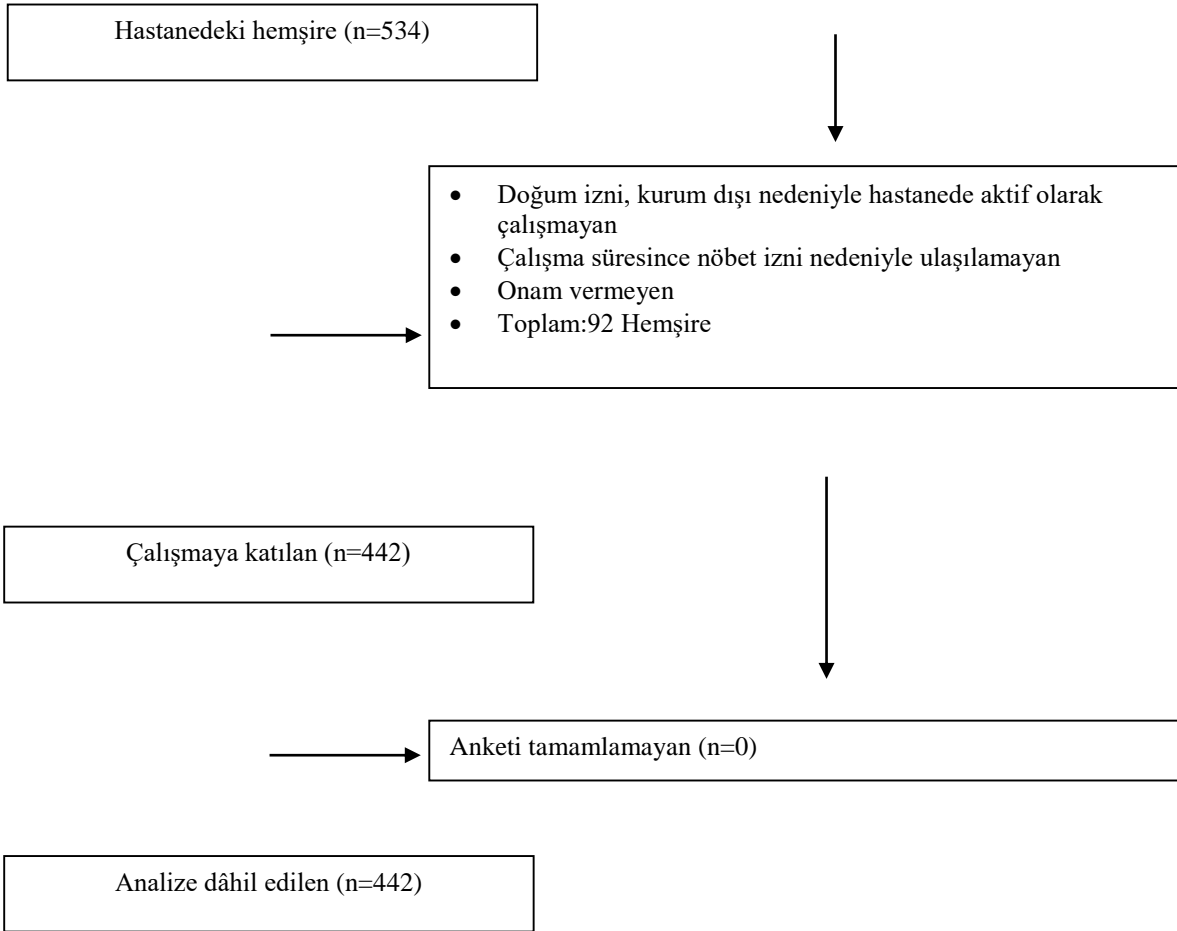
Araştırmanın evreni ve örneklem

Araştırmanın evrenini, hastanede görev yapan 534 hemşire oluşturmaktadır. Bunların 448'i kadın ve 86'sı erkektir. Çalışma öncesi örneklem seçilmemiş olup tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır.

Çalışmanın tek dâhil edilme kriteri, çalışma süresince hemşire olarak çalışıyor olmaktır. Çalışma süresince; doğum izni, kurum dışında görevlendirme gibi çeşitli nedenlerle hastanede aktif olarak çalışmayan, nöbet izni gibi nedenlerle ulaşılamayan ve çalışmaya katılmaya onam vermeyen hemşireler çalışma dışında bırakılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden 442 (%82,8) hemşirenin tamamı anketi tamamlamıştır (Şekil 1).

Veri toplama araçları

Veriler çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanan, yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durum, boy-kilo, kronik hastalık ve sürekli kullandığı ilaç bilgileri içeren tanıtıcı bilgi formu, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.



Şekil 1. Çalışmanın akış şeması

Boy ve vücut ağırlığı kullanılarak beden kitle indeksi (BKİ) hesaplanmıştır. BKİ 18,5 kg/m²'nin altında ise zayıf, 18,5-24,9 kg/m² arasında ise normal kilolu, 25-29,9 kg/m² arasında ise fazla kilolu, 30 kg/m² ve üzerinde ise obez olarak sınıflandırılmıştır.¹⁶

Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi Kısa Formu (International Physical Activity Questionnaire Short Form, IPAQ Short Form); 15-65 yaş aralığındaki bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek amacıyla Craig ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilen¹⁷ ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öztürk tarafından 2005 yılında yapılan¹⁸ ölçeğin, dakika, gün ve metabolik eşdeğeri (metabolic equivalent, METdeğeri) çarpılarak "MET-dakika/hafta" olarak bir puan elde edilmektedir. Fiziksel aktivite düzeyleri; fiziksel olarak aktif olmayan (<600 MET- dk/hafta), fiziksel aktivite düzeyi düşük (600–3000 MET-dk/hafta) ve fiziksel aktivite düzeyi yeterli

olan (sağlık açısından yararlı olan) (>3000 MET-dk/hafta) şeklinde sınıflandırılmaktadır.^{17,18}

Katılımcıların yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Ware ve Sherbourne tarafından 1992 yılında geliştirilen¹⁹ ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılan²⁰, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek; fiziksel fonksiyonellik (FF), fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı (FFRK), bedensel ağrı (BA), genel sağlık (GS), mental sağlık (MS), emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı (EFRK), sosyal fonksiyonellik (SF) ve canlılık/enerji (C/E) alt boyutlarından oluşmaktadır. Alt boyutlar için puan dağılımı 0-100 arasında değişmekle beraber, puan arttıkça yaşam kalitesi düzeyi yükselmektedir.

Verilerin analizi

Veriler SPSS versiyon 21 istatistik yazılımı (IBM Corp. in Armonk, NY) kullanılarak

analiz edilmiştir. Sayısal değişkenlerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uyan sayısal değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama±standart sapma ile, kategorik değişkenlerin ise frekans (n) ve yüzde (%) ile gösterilmiştir. Normal dağılım gösterdiği tespit edilen değişkenlerinin gruplar arası karşılaştırması için İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t test) ve ANOVA testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı 0,05 olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın etik boyutu

Araştırma için ilgili üniversitenin etik kurulundan etik kurul izni (Etik Kurul No: 2017-05, Tarih: 02/05/2017), ilgili ilin Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden idari izin alınmıştır. Çalışmaya katılmaya aday tüm hemşireler sözel olarak bilgilendirilmiş ve gönüllülük esasına göre katılmayı kabul edenlerden yazılı onam formu alınmıştır. Çalışma, tasarımından raporlama

aşamasına kadar Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür.

Bulgular

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 33,10±6,44 olup, %40,5'i 20-30 yaş, %46,4'ü 31-40 yaş ve %13,1'i 41 yaş ve üzeri grupta yer almaktadır. Katılımcıların %86,2'si kadın, %13,8'i erkek, %67,2'si evli ve %32,8'i bekârdır. Lise mezunu hemşirelerin oranı%17,0 olup, %61,8'i lisans mezunu ve %21,2'si yüksek lisans ve üzeri mezunudur. Hemşirelerin Beden Kitle İndeksi (BKİ)'ne göre %2,3'ünün zayıf, %57,7'sinin normal, %32,1'inin kilolu, %7,9'unun obez olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %16,1'inde kronik hastalık mevcut olduğu ve %14,9'unun sürekli ilaç kullandığı saptanmış olup, %32,1'inin fiziksel olarak aktif olmadığı, %48,0'inin fiziksel aktivite düzeyinin düşük ve %19,9'unun fiziksel aktivite düzeyinin yeterli olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, sağlık özellikleri ve fiziksel aktivite düzeyleri.

Özellik (n=442)	
Yaş (yıl), Ortalama±SS (Minimum-Maksimum)	33,10±6,44 (20,0-55,0)
30 yaş ve altı, n (%)	179 (40,5)
31-40 yaş arası, n (%)	205 (46,4)
40 yaş üzeri, n (%)	58 (13,1)
Cinsiyet, n (%)	
Kadın	381 (86,2)
Erkek	61 (13,8)
Öğrenim durumu, n (%)	
Lise mezunu	75 (17,0)
Lisans mezunu	273 (61,8)
Yüksek lisans ve üzeri	94 (21,2)
Medeni durum, n (%)	
Bekâr	145 (32,8)
Evli	297 (67,2)
Beden kitle indeksi, n (%)	
Zayıf	10 (2,3)
Normal kilolu	255 (57,7)
Fazla kilolu	142 (32,1)
Obez	35 (7,9)
Kronik hastalık varlığı, n (%)	
Var	71 (16,1)
Yok	371 (83,9)
Sürekli ilaç kullanımı, n (%)	
Var	66 (14,9)
Yok	376 (85,1)
Fiziksel aktivite düzeyi, n (%)	
Fiziksel olarak aktif olmayan	142 (32,1)
Fiziksel aktivite düzeyi düşük	212 (48,0)
Fiziksel aktivite düzeyi yeterli	88 (19,9)

SS: Standart sapma

Katılımcıların yaşları ilerledikçe FF alt boyutuna ait yaşam kalitesi düzeyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşmektedir ($p<0,001$). Bununla birlikte, yaş gruplarına göre, ölçeğin diğer alt boyutlarından alınan puanlar açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Erkekler FF, FFRK, BA, GS, MS, SF ve C/E alt boyutlarında geçerli olmak üzere, kadınlara göre daha yüksek yaşam kalitesine sahip iken (hepsi için $p<0,001$), yalnızca EFRK alt boyutundan alınan puan dağılımları erkekler ve kadınlar arasında benzer bulunmuştur. Katılımcıların öğrenim düzeyine göre ölçeğin tüm boyutlarından alınan yaşam kalitesi puan dağılımları istatistiksel olarak benzerdir. Bekârlar, FF, FFRK, BA, GS, SF ve C/E alt boyutlarında geçerli olmak üzere, evlilere göre daha yüksek yaşam kalitesine sahip iken (hepsi için $p<0,001$), sadece MS ve EFRK alt boyutundan alınan puan dağılımları bekâr ve evliler arasında benzer bulunmuştur (Tablo 2). Hemşirelerin beden kitle indeksi arttıkça yaşam kalitesi ölçeğinin FF alt boyutundan aldıkları puanlar istatistiksel olarak azalmaktadır ($p<0,001$). Ayrıca zayıf ve obez bireylerin BA alt boyutu açısından yaşam kalitesi düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşüktür ($p<0,001$). Diğer alt boyutlardan alınan puanlar beden kitle indeksi ile ilişkili bulunmamıştır. Kronik hastalığı olmayanlar, olanlara göre FF, FFRK, BA, GS ve C/E alt boyutlarından daha yüksek puan almıştır (hepsi için $p<0,001$). Aynı durum sürekli ilaç kullanmayanlarda da geçerlidir (hepsi için $p<0,001$). Bu iki özellik için MS, EFRK ve SF alt boyutlarından alınan puan dağılımları benzer bulunmuştur (Tablo 3). Çalışmaya katılan hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri arttıkça, FF, FFRK, BA, GS, MS, SF ve C/E alt boyutlarında geçerli olmak üzere, yaşam kalitesi düzeyi istatistiksel olarak artmaktadır (hepsi için $p<0,001$). Sadece EFRK alt boyutundan alınan puan katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri ile istatistiksel olarak ilişkili bulunmamıştır (Tablo 4).

Tartışma

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2010 yılı verilerine göre, tüm ülkelerde erişkinlerin %23'ünün yeteri kadar fiziksel aktivite

yapmadığı bildirilmiştir.³ Genç erişkinlerde fiziksel aktivite düzeyinin araştırıldığı başka çalışmada ise, fiziksel aktivite düzeyinin düşük olduğu ve kadınlarda düzeyin daha düşük olduğu saptanmıştır.²¹ Hemşirelerin fiziksel aktivite seviyeleriyle ilgili yapılmış araştırmaların derlendiği bir çalışmada, bizim çalışmamızın bulgularına benzer şekilde, hemşirelerin genellikle düşük yoğunlukta fiziksel aktivite yaptığı bulunmuştur.²² Bu bulguların nedenleri, hemşirelerin sağlık iş gücü içerisinde emek yoğun çalışması ve bireysel fiziksel aktiviteye ayıracak zamanlarının olmaması olabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin yaşı ilerledikçe FF yaşam kalitesi düştüğünü bulduk. Konuyla ilgili literatür incelendiğinde, hemşirelerin hizmet süreleri dolayısıyla yaşları arttıkça fiziksel fonksiyonellik seviyelerinin daha düşük olduğu görülmüştür.^{23,24} Yaş ilerledikçe kronik hastalık görülme sıklığının artması ve yaşlanmanın insan vücudu üzerindeki yıpratıcı etkileri bu sonucun nedeni olabilir.

Hemşirelerde cinsiyete göre yaşam kalitesi alt boyutlarında farklılıklar olabilmektedir. Kadın hemşirelerin, özellikle fiziksel fonksiyonellik, genel sağlık ve mental sağlık alt boyutlarında erkeklerden daha düşük düzeyde yaşam kalitesine sahip olduğu gösterilmiştir.^{25,26} Hemşirelik dışındaki başka meslek gruplarında da benzer çalışmalar yapılmış, erkeklerin yaşam kalitelerinin kadınlardan daha yüksek olduğu gösterilmiştir.^{21,27,28} Benzer şekilde, bizim çalışmamızda da erkek hemşirelerin kadın hemşirelere göre birçok alt boyutta daha yüksek düzeyde yaşam kalitesine sahip olduğunu bulduk. Bunun nedeni, toplumsal cinsiyetin erkek ve kadına biçtiği rollerin çalışma yaşamında da etkisi olması olabilir.

Hemşirelerin medeni durumu ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi farklı şekilde bildiren çalışmalar mevcuttur.^{25,26} Literatürde çoğunlukla evli kişilerin yaşam kalitesi düzeyinin bekârlardan daha yüksek olduğu; evliliğin kişiler arasındaki sosyal destek ihtiyacını karşıladığı finansal olarak bireyleri daha güçlü kıldığı yalnızlığın etkilerini azaltarak yaşam kalitesini yükselttiği belirtilmektedir.²⁹

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesi düzeyleri.

Özellik (n=442)	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanları (Ortalama±SS)							
	FF	FFRK	BA	GS	MS	EFRK	SF	C/E
Yaş								
30 yaş ve altı	79,41±17,22	70,94±38,14	63,24±20,10	56,92±16,10	64,18±17,48	67,79±39,64	63,33±25,89	54,98±19,43
31-40 yaş arası	73,51±20,77	72,08±35,92	64,79±20,38	56,08±15,25	64,72±15,21	68,45±38,23	62,31±25,52	52,90±18,83
40 yaş üzeri	66,47±21,52	67,24±44,22	63,80±18,62	57,07±15,70	64,55±16,13	77,59±48,92	62,50±26,60	51,72±22,33
<i>p</i> değeri*	<0,001	0,694	0,751	0,836	0,948	0,249	0,925	0,434
Cinsiyet								
Kadın	73,59±19,91	69,22±38,60	62,50±20,09	55,35±15,60	63,81±39,95	69,11±39,95	61,33±25,59	52,30±19,38
Erkek	83,69±17,90	81,97±31,67	73,60±16,73	64,01±13,65	68,65±16,47	71,03±43,23	71,51±25,32	61,55±18,90
<i>p</i> değeri**	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,746	<0,001	<0,001
Öğrenim durumu								
Lise mezunu	79,47±17,80	66,00±18,30	62,00±18,30	53,93±17,37	61,22±16,01	61,78±41,62	57,00±27,51	51,67±18,40
Lisans mezunu	74,58±19,81	72,80±37,31	64,90±19,90	57,82±14,59	65,68±16,52	72,64±40,33	64,47±25,17	54,97±19,78
Yüksek lisans ve üzeri	72,55±21,50	69,69±36,63	63,09±21,60	54,94±16,82	63,61±15,34	65,95±38,80	62,37±25,63	51,11±19,63
<i>p</i> değeri*	0,070	0,363	0,472	0,086	0,093	0,077	0,083	0,167
Medeni durum								
Bekâr	81,97±15,99	79,31±34,78	66,89±19,41	59,55±15,20	66,60±17,98	73,10±38,14	66,81±25,91	58,62±19,59
Evli	71,57±20,80	66,91±38,80	62,62±20,19	55,09±15,64	63,44±15,25	67,57±41,37	60,78±25,50	51,12±19,10
<i>p</i> değeri**	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,071	0,176	<0,001	<0,001

SS: Standart sapma, FF: Fiziksel fonksiyonellik, FFRK: Fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı, BA: Bedensel ağrı, GS: Genel sağlık, MS: Mental sağlık, EFRK: Emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı, SF: Sosyal fonksiyonellik, C/E: Canlılık/Enerji

* ANOVA testi kullanılmıştır.

** İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (*t* test) kullanılmıştır.

Bizim çalışmamızda ise bekâr hemşirelerin yaşam kalitesi daha yüksek düzeydedir. Bu farklılığın nedeni, hemşirelik mesleğine özgü diğer faktörler, çalışma yaşamındaki maddi kazancın bireysel kullanılabilmesi ya da evli hemşirelerin daha ileri yaşta olması nedeniyle, yaşın medeni durum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkide karıştırıcı bir faktör olarak yer alması olabilir.

Çalışmamızda BKİ ile FF alt boyutunda yaşam kalitesi arasında negatif yönlü bir ilişki saptadık. Bir diğer ifadeyle düşük kilolu hemşireler daha yüksek düzeyde FF yaşam kalitesine sahiptir. Bunun açıklaması olarak, kilo kaybının bireylerin fiziksel aktivitelerinde ve ağrı hislerinde düzelmeye sağlayarak yaşam kalitesini artırması olduğu söylenebilir.³⁰

Kronik hastalıklarda hastalığın getirdiği kısıtlamalar ve tedavi sürecinin oluşturduğu kaygı, kişilerin fiziksel ve sosyal hayatlarını, dolayısıyla yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Hemşireler ile yürütülen bir çalışmada, kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımının yaşam kalitesini azalttığı bildirilmiştir.³¹ Bunun bir açıklaması olarak, kronik hastalıklar kişilerin fiziksel aktivitelerini kısıtlayarak yaşam kalitesini azaltmaktadır.^{2,32}

Fiziksel yönden aktif bireylerin bedensel görünüşlerini olumlu algılaması sonucunda, pozitif duygularla kendilerine olan güven hissi artmaktadır. Böylelikle anksiyete ve depresyon seviyesi azalarak uyku kalitesi artmaktadır.^{33,34} Fiziksel yönden aktif yaşamın, bireyi olumsuz alışkanlıklardan koruyup sosyalleştirmeyi artırarak yaşam kalitesini yükseltebileceği bildirilmektedir.³⁵ Ayrıca, başka meslek gruplarıyla

yapılan çalışmalarda fiziksel aktivitenin yaşam kalitesini arttırdığı yönünde veriler elde edilmiştir.^{36,37}

Çalışmanın kısıtlılıkları arasında en önemlisi, tek bir hastanede çalışan hemşireler ile yürütülmüş olmasıdır. Bu nedenle, çalışma sonuçlarını tüm hemşire popülasyonuna genelleyemeyiz. Çalışmanın bir diğer kısıtlılığı, nöbet sıklığı, çalışılan birim gibi hemşirelerin

çalışma yaşamına ilişkin değişkenlerin analize dâhil edilememiş olmasıdır. Çalışmanın en önemli güçlü yanı ise, fiziksel aktivitenin ve sosyo-demografik özelliklerin yaşam kalitesine etkisinin bir arada değerlendirilmiş olmasıdır. Çalışma sonuçları yorumlanırken kısıtlılık ve güçlü yanlar göz önünde bulundurulmalıdır.

Tablo 3. Katılımcıların bazı sağlık özelliklerine göre yaşam kalitesi düzeyleri.

Özellik (n=442)	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanları (Ortalama±SS)							
	FF	FFRK	BA	GS	MS	EFRK	SF	C/E
Beden kitle indeksi								
Zayıf	77,00±23,60	85,00±57,98	57,00±18,89	52,00±16,53	64,40±17,93	80,00±45,00	58,75±19,59	52,00±17,82
Normal kilolu	76,31±19,40	67,94±37,58	63,13±19,81	56,84±15,22	64,59±16,52	66,14±38,33	62,60±25,37	55,00±19,88
Fazla kilolu	75,00±19,60	75,89±36,75	67,53±19,21	57,81±15,80	64,05±16,13	73,70±44,70	62,94±26,98	52,58±19,68
Obez	64,58±21,78	69,29±37,41	58,29±23,08	50,58±16,67	65,49±14,74	72,39±33,80	64,29±25,92	47,85±16,29
<i>p</i> değeri*	<0,001	0,142	<0,001	0,072	0,971	0,246	0,944	0,188
Kronik hastalık varlığı								
Var	67,32±18,60	57,04±39,00	53,80±22,58	45,78±16,10	62,30±16,48	67,13±33,10	58,80±25,91	49,37±20,00
Yok	76,44±19,88	73,65±37,20	65,99±18,90	58,61±14,69	64,90±16,20	69,81±41,65	63,51±25,70	54,40±19,40
<i>p</i> değeri**	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,220	0,610	0,159	<0,001
Sürekli ilaç kullanımı								
Var	64,78±19,81	59,10±41,05	53,30±20,70	46,43±16,72	61,58±16,31	75,75±45,88	59,65±26,20	48,57±19,77
Yok	76,77±19,43	73,08±37,03	65,55±19,51	58,32±14,75	64,99±16,20	68,27±39,30	63,30±25,68	54,47±19,41
<i>p</i> değeri**	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,115	0,165	0,290	<0,001

SS: Standart sapma, FF: Fiziksel fonksiyonellik, FFRK: Fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı, BA: Bedensel ağrı, GS: Genel sağlık, MS: Mental sağlık, EFRK: Emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı, SF: Sosyal fonksiyonellik, C/E: Canlılık/Enerji

* ANOVA testi kullanılmıştır.

** İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t test) kullanılmıştır.

Tablo 4. Katılımcıların fiziksel aktivite düzeylerine göre yaşam kalitesi düzeyleri.

Özellik (n=442)	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanları (Ortalama±SS)							
	FF	FFRK	BA	GS	MS	EFRK	SF	C/E
Fiziksel aktivite düzeyi								
Aktif olmayan	67,40±21,21	61,10±44,81	61,40±19,27	52,53±14,55	61,67±16,22	64,79±44,88	57,49±25,04	48,49±19,89
Düşük düzey	77,14±18,93	73,70±34,61	63,17±20,79	55,97±16,07	64,50±14,87	69,50±37,88	62,85±26,39	53,51±18,27
Yeterli düzey	81,99±16,17	80,40±29,48	70,34±18,10	64,43±13,35	68,95±18,50	76,51±37,88	71,02±23,33	61,99±19,35
<i>p</i> değeri*	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,101	<0,001	<0,001

SS: Standart sapma, FF: Fiziksel fonksiyonellik, FFRK: Fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı, BA: Bedensel ağrı, GS: Genel sağlık, MS: Mental sağlık, EFRK: Emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı, SF: Sosyal fonksiyonellik, C/E: Canlılık/Enerji

* ANOVA testi kullanılmıştır.

Sonuç

Yaş, cinsiyet, kronik hastalık varlığı gibi yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen faktörlerin varlığına rağmen, yeterli düzeyde fiziksel aktivite hemşirelerin yaşam kalitesini olumlu şekilde etkilemektedir. Hemşirelerin gerek çalışma esnasında gerekse de çalışma yaşamı dışında, yeterli düzeyde fiziksel aktivite olanaklarının bulunması ve bu yönde geliştirilecek müdahaleler hemşirelerin yaşam kalitesine dolayısıyla çalışma yaşamlarına olumlu katkı sunabilecektir. Hastanelerin ya da sağlık merkezlerinin çalışan sağlığı birimlerince düzenlenecek hizmet için eğitim, işyerinde fiziksel aktivite olanaklarının (egzersiz yapılabilecek spor salonu ve egzersiz eğitmeni görevlendirilmesi gibi) yaratılması ve ilgili hastane yönetimlerinin bu olanakları idari yönden desteklemeleri çalışma yaşamında hemşirelere yönelik müdahale örnekleri olabilir. Çalışma yaşamı dışında ise hemşirelik dernekleri ve ilgili diğer sivil toplum kuruluşları benzer müdahaleler geliştirebilir. Hemşirelerin yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, hastalara sunulan bakım kalitesini artıracaktır.³⁸

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için ilgili üniversitenin etik kurulundan etik kurul izni (Etik Kurul No: 2017-05, Tarih: 02/05/2017), ilgili ilin Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden idari izin alınmıştır. Çalışmaya katılmaya aday tüm hemşireler sözel olarak bilgilendirilmiş ve gönüllülük esasına göre katılmayı kabul edenlerden yazılı onam formu alınmıştır. Çalışma, tasarımından raporlama aşamasına kadar Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür.

Bilgilendirilmiş Onam

Araştırmamıza katılan 442 hemşireye bilgilerinin gizli tutulacağı, herhangi bir ücret talep edilmeyeceği ve herhangi bir ücret ödenmeyeceği, tamamen gönüllülük esasına dayalı bir çalışma olduğu kendilerine anlatılarak onamları alınmıştır.

Yazar Katkıları

Araştırmanın hipotezi, sonuca ulaşabilmek için gerekli dizayn, bulguların mantıklı açıklanması ve sunumu F.K. ve N.T.

tarafından oluşturulmuştur. Araştırmamız için gerekli verilerin toplanması ve çalışmamızın yazımı F.K. tarafından yapılmıştır.

Teşekkür

Araştırmamıza katılan tüm hemşirelerimize teşekkür ederiz.

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarlar arasında hiçbir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Araştırma Desteği

Bu çalışmanın hiçbir aşamasında hiçbir kişi, kurum ya da kuruluştan maddi destek alınmamıştır.

Beyanlar

Çalışmamız daha önce herhangi bir yerde sunulmamıştır.

Kaynaklar

1. Saint-Maurice PF, Troiano RP, Matthews CE, Kraus WE. Moderate-to-Vigorous Physical Activity and All-Cause Mortality: Do Bouts Matter? *J Am Heart Assoc.* 2018;7(6):e007678.
2. Kruk J. Physical activity in the prevention of the most frequent chronic diseases: an analysis of the recent evidence. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2007;8(3):325-338.
3. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: World Health Organization; 2010.
4. Glinac A, Matovic L, Saric E, Bratovic V, Sinanovic S. The Quality of Life in Chronic Patients in the Process of Rehabilitation. *Mater Sociomed.* 2017;29(3):168-171.
5. Recommendations to increase physical activity in communities. *American journal of preventive medicine.* 2002;22(4 Suppl):67-72.
6. Breda J, Jakovljevic J, Rathmes G, et al. Promoting health-enhancing physical activity in Europe: Current state of surveillance, policy development and implementation. *Health Policy.* 2018;122(5):519-527.
7. Joseph G, Mogelvang R, Biering-Sørensen T, Nielsen G, Schnohr P, Sogaard P. The association between physical activity and cardiac performance is dependent on age: the Copenhagen City Heart Study. *Int J Cardiovasc Imaging.* 2019;35(7):1249-1258.
8. Jakicic JM, Davis KK. Obesity and physical activity. *Psychiatr Clin North Am.* 2011;34(4):829-840.
9. Writing Group M, Mozaffarian D, Benjamin EJ, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation.* 2016;133(4):e38-e360.
10. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc.* 2007;39(8):1423-1434.
11. Post MWM. Definitions of quality of life: what has happened and how to move on. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.* 2014;20(3):167-180.
12. Cruz LN, Fleck MPdA, Oliveira MR, et al. Health-related quality of life in Brazil: normative data for the SF-36 in a general population sample in the south of the country. *Cien Saude Colet.* 2013;18(7):1911-1921.
13. Osarodi A, Golafshani A, Akaberi S. Relationship between spiritual well-being and quality of life in nurses. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences.* 2012;3(4):79-88.

14. Joslin LE, Davis CR, Dolan P, Clark EM. Quality of life and neck pain in nurses. *Int J Occup Med Environ Health*. 2014;27(2):236-242.
15. von Elm E, Altman DG, Egger M, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: *Guidelines for Reporting Observational Studies*. 2007;18(6):800-804.
16. Executive summary of the clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. *Archives of internal medicine*. 1998;158(17):1855-1867.
17. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003;35(8):1381-1395.
18. Öztürk M. Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
19. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-483.
20. Koçyiğit H, Aydemir O, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (SF-36)'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. Reliability and Validity of the Turkish Version of Short Form-36 (SF-36). *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999;12:102-106.
21. Genc A, Sener U, Yalcinkaya H, Üçok K. Kadın ve Erkek Genç Erişkinler Arasında Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Farklılıklarının Araştırılması [Investigation of Physical Activity and Quality of Life Differences between Male and Female Young Adults]. *Kocatepe Tıp Dergisi (Kocatepe Medical Journal)*. 2011;12:145-150.
22. Chappel SE, Verswijveren SJJM, Aisbett B, Considine J, Ridgers ND. Nurses' occupational physical activity levels: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2017;73:52-62.
23. Gholami A, Farsi M, Hashemi Z, Lotfabadi P. Quality of Life in Nurses Working in Neyshabur Hospitals. *Thrita Journal of Medical Sciences*. 2012;1:94-100.
24. Silva AA, Souza JMPd, Borges FNdS, Fischer FM. Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. *Revista de Saúde Pública*. 2010;44:718-725.
25. Kızıllırmak M, Demir S. Hastanede çalışan hemşirelerde depresyon ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016;15(2):132-140.
26. Farrokhan AR, Motaghi M, Sharif M. Quality of Life in Nurses; Case Study of Shahid Beheshti Hospital of Kashan City, Iran. *International Archives of Health Sciences*. 2016;3:93-99.
27. Hajian-Tilaki K, Heidari B, Hajian-Tilaki A. Are Gender Differences in Health-related Quality of Life Attributable to Sociodemographic Characteristics and Chronic Disease Conditions in Elderly People? *Int J Prev Med*. 2017;8:95-95.
28. Fodor E, Lane L, Schippers J, van der Lippe T. Gender Differences in Quality of Life. In: Bäck-Wiklund M, van der Lippe T, den Dulk L, Doorne-Huiskes A, eds. *Quality of Life and Work in Europe: Theory, Practice and Policy*. London: *Palgrave Macmillan UK*; 2011:149-161.
29. Aydınır Boylu A, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*. 2016:137-150.
30. Fine JT, Colditz GA, Coakley EH, et al. A prospective study of weight change and health-related quality of life in women. *JAMA*. 1999;282(22):2136-2142.
31. Say Şahin D, Önal Ö, Kılınc AS. Acil Servis ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2014;2(2):81-92.
32. Della Valle E, Grimaldi R, Farinero E. Importance of physical activity for prevention of chronic diseases. *Ann Ig*. 2008;20(5):485-493.
33. Gill DL, Hammond CC, Reifsteck EJ, et al. Physical activity and quality of life. *J Prev Med Public Health*. 2013;46 Suppl 1(Suppl 1):S28-S34.
34. Jamali A, Tofangchiha S, Jamali R, et al. Medical students' health-related quality of life: roles of social and behavioural factors. *Med Educ*. 2013;47(10):1001-1012.
35. Vankim NA, Nelson TF. Vigorous physical activity, mental health, perceived stress, and socializing among college students. *Am J Health Promot*. 2013;28(1):7-15.
36. Campos ACV, e Ferreira EF, Vargas AMD, Albala C. Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2014;12(1):166.
37. Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB, Oliveira Vd, Mazzardo O, Campos Wd. Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review, 2000-2012. *Braz J Psychiatry*. 2014;36(1):76-88.
38. Makabe S, Kowitlawakul Y, Nurumal MS, et al. Investigation of the key determinants of Asian nurses' quality of life. *Ind Health*. 2018;56(3):212-219.