

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN EGZERSİZE İLİŞKİN YARAR VE ENGEL ALGILARI VE ÖZ YETERLİLİKLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

HASAN BAKIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Kemal Macit HİSAR

KONYA-2014

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN EGZERSİZE İLİŞKİN YARAR VE ENGEL ALGILARI VE ÖZ YETERLİLİKLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

HASAN BAKIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Kemal Macit HİSAR

KONYA-2014

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında desteğini ve yardımını esirgemeyen, sabırlı, anlayışlı ve hoşgörülü yaklaşımı ile beni cesaretlendiren ve daima özveride bulunan değerli hocam ve danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Kemal Macit HİSAR'a, ve değerli hocam Fatih KARA'ya, her zaman bana güvenen ve yanımda olan babam Ziya BAKIR ve annem Ayşe BAKIR'a, tez dönemim süresince hep yanımda olan ve desteğini hiç esirgemeyen sevgili eşim Vesile BAKIR, oğlum Yusuf Ziya BAKIR ve kızım Ayşe Sena BAKIR'a sonsuz teşekkür ederim.

Hasan BAKIR

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEŞEKKÜR ..... **iii**

ÇİZELGELER LİSTESİ ..... **vii**

SİMGELER VE KISALTMALAR ..... **ix**

1. GİRİŞ **1**

1.1. Sağlık Kavramına Genel Bakış 3

1.1.1. Sağlığın Tanımı 3

1.1.2. Sağlığın Önemini Kavrama ve Sağlık Davranışı 4

1.2. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi 5

1.2.1. Sağlığı Koruma 6

1.2.2. Sağlığı Geliştirmenin Kapsamı ve Etkileyen Faktörler 8

1.2.2.1. Sağlığı Geliştirme Modelleri 11

1.2.2.2. Sağlığı Geliştirmede Yarar ve Engel Faktörleri 13

1.3. Davranışsal Aktivitelerin Sağlıklı Yaşama Katkısı 15

1.3.1. Kendini Gerçekleştirme 16

1.3.2. Beslenme Düzeni ve Uyarılar 18

1.3.3. Stresin Sağlığa Etkileri ve Süreç 20

1.3.4. Sağlık Sorumluluğu 22

1.3.5. Fiziksel Aktiviteler ve Egzersiz 24

1.3.6. Kişilerarası Destek 26

1.4. Sağlıklı Yaşam ve Sağlığı Geliştirmede Hemşireler 28

1.4.1. Hemşirelik 28

1.4.2. Sağlığı Geliştirmede Hemşireler 30

2. GEREÇ VE YÖNTEM 34

2.1. Araştırmanın Amacı.....34

2.2.Araştırmanın Yeri 34

2.3. Araştırmanın Tipi.....34

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi 35

2.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçlar.....35

2.5.1. Egzersiz Yarar/Engel Ölçeği.....35

2.5.2. Genel Öz-Yeterlilik Ölçeği 36

2.6.Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....37

2.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....37

2.8. Kısıtlılıklar 37

3. BULGULAR.....38

4. TARTIŞMA.....81

4.1. Sosyo Demografik Değişkenler.....81

4.2. Egzersiz Yarar ve Engel Algıları Ölçeğinin Toplam Puanı ve Alt Boyutları 81

4.2.1. Fiziksel Aktivite.....89

4.2.2. Öz Yeterlilik 90

4.2.3. Öz Yeterliliğin Fiziksel Aktivite İle İlişkisi 93

5. SONUÇ.....95

6. ÖZET.....101

7. SUMMARY.....102

8. KAYNAKLAR 103

9. EKLER.....106

Ek – A Anket Formu 106

Ek – B İzin Belgesi.....111

Ek – C Etik Kurul Onayı.....112

10. ÖZGEÇMİŞ 113

ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 3.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri..... 38

Çizelge 3.2. Hemşirelerin Eğitim ve Çalışma Yaşamı ile İlgili Özellikleri..... 40

Çizelge 3.3. Hemşirelerin Spor Yapma ve Boş Vakitlerini Değerlendirmesi..... 42

Çizelge 3.4. Hemşirelerin Egzersiz Yarar/Engel Ölçeği (EYEÖ) ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları..... 43

Çizelge 3.5. Hemşirelerin EYEÖ'nin Alt Gruplarından Aldıkları Puan Ortalamaları..... 43

Çizelge 3.6. Hemşireler EYEÖ'nin Yarar Alt Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları..... 44

Çizelge 3.7. Sosyo-Demografik Özellikler İle EYEÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması..... 50

Çizelge 3.8. Hemşirelerin Eğitim ve Çalışma Yaşamı İle ilgili Özellikleri ve EYEÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 55

Çizelge 3.9. Hemşirelerin Spor Yapma ve Boş Vakitlerini Değerlendirme Durumu İle EYEÖ Toplam Puanların Karşılaştırılması 59

Çizelge 3.10. Hemşirelerin Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖY) ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları..... 60

Çizelge 3.11. Hemşirelerin Genel Öz Yeterlilik (GÖY) Maddelerinin Her Bir Alt Ölçeğinden Aldıkları Puanların Ortalamaları..... 61

Çizelge 3.12. Sosyo-Demografik Özelliklere ile GÖY Toplam Puanlarının Karşılaştırılması..... 67

Çizelge 3.13. Hemşirelerin Eğitim ve Çalışma Yaşamı İle İlgili Özellikleri İle GÖY Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 73

Çizelge 3.14. Hemşirelerin Spor Yapma ve Boş Vakitlerini Değerlendirmesi İle GÖY Toplam Puanların Karşılaştırılması 79

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EYEÖ : Egzersiz Yarar Engel Ölçeği

GÖY : Genel Öz Yeterlilik

ICN : Uluslararası Hemşirelik Birliği

S.Ü. : Selçuk Üniversitesi

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

TDK : Türk Dil Kurumu

THD : Türk Hemşireler Derneği

1. GİRİŞ

Sağlıklı olma, bireylerin yaşamlarını mutlu olarak devam ettirmelerinde önemli etkenlerden biridir. Sağlığın bozulması durumunda yapılması gereken, tedavi olmak amacıyla sağlık hizmetlerinden yararlanmaktır. Sağlık hizmeti; bireylerin ve toplumların sağlığını korumak, hastalık halinde iyileştirmek, iyileşmenin tam olarak sağlanamadığı koşullarda bireyin başkasının yardımına ihtiyaç duymadan mevcut durumu içerisinde en yüksek kalitede yaşamını sürdürebilmesi için yapılan planlı hizmetlerin tümüdür (Filiz 2010).

Sağlık ve sağlık hizmeti sunumu, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yaratılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlığın geliştirilmesi insanların kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırabilme ve sağlık düzeylerini yükseltebilme sürecidir (Özkütük ve Orgun 2004).

Sağlığın geliştirilmesi için yaşam biçimini değiştirmek ve sağlıklı bir yaşam biçimini benimsemek gerekir. Sağlığı geliştirmek için benimsenmesi gereken yaşam biçimi davranışları ise, egzersiz, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi olarak gruplandırılmaktadır (Akgül 2008).

Sağlığı koruyan davranışları uygulama ve sürdürme olasılığını azaltan en önemli etken, engel algısı ile yarar algısı arasındaki farktır. Yarar algısı, engel algısına ustun geldikçe koruyucu sağlık davranışlarını uygulama olasılığı artar. Engel algısı arttıkça ise bireylerin sağlığı koruma davranışları olasılıkları azalır (Çimen 2010).

Yaşam biçimi, sonuçlarını düşünmeksizin yapılan rutin hareketlerdir. Bireylerin yaptığı pozitif veya negatif olabilen uygulama veya davranışlardır. Başka bir tanımlamaya göre ise, yaşam biçimi bireylerin üzerinde kontrol sahibi olduğu kişisel kararların toplamıdır. Sağlıklı yaşam biçimi ise, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık

statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (Akgül 2008).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bireyler üzerinde sayısız yararı vardır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, yaşam şekli haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir. Bu nedenle, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesi sağlığın ve hastalıklardan korunmanın temelidir. Bu durum, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli etken olan yaşam şekillerinin geliştirilmesine yönelik uygulamaların önemini ortaya çıkarmaktadır. Bütün bunların sonucunda ise bireyler kendini daha iyi hissetmekte ve daha pozitif bir bakış açısı kazanmakta, etkin çalışmakta ve hareket etmekte, daha uzun ve daha kaliteli bir yaşam sürmektedir (Baygören 1998, Orgun ve ark 2001, Özdinç 2003, Yalın ve ark 2001).

Sağlıklı yaşam biçimini benimseyen bireyler çok çeşitli davranışlarla bunu gerçekleştirebilmektedir. Sağlık çalışanları olarak hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi ve korunmasında toplum ve bireyler açısından rolü büyüktür. Bu denli öneme sahip hemşirelik mesleği toplumda her ne kadar hastalık anında yardımcı bir personel olarak görünse de toplum sağlığının geliştirilmesinde oldukça önemli bir etkiye sahiptir. Sağlıklı yasam bicimi ise, bireyin sağlığını etkileyebilen, tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (Ocakçı 2007). Hemşireliğin yoğun iş yükü nedeniyle stresli bir meslek olması ve egzersizin stresle bas etmede önemli bir yere sahip olması, hemşireler arasında yapılan çok sayıda tanımlayıcı çalışmada egzersiz puanlarının düşük çıkması, fakat egzersiz yapmama nedenlerine yönelik çalışmalara rastlanamamış olması bu çalışmaya gerekçe oluşturmuştur. Buradan yola çıkılarak, hemşirelerin egzersiz davranışlarında önemli bir belirleyici olan yarar/engel algılarının belirlenmesi düşünülmektedir.

Araştırmanın amacı Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hemşirelerin egzersize ilişkin yarar ve engel algılarını belirlemek ve öz yeterlilikle ilişkisini değerlendirmektir. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçların kullanılması ile hemşirelerin egzersize ilişkin yarar algılarının gelişebileceği, ayrıca bu çalışmanın

egzersiz davranışlarını arttırmaya yönelik müdahale çalışmalarına da yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

1.1. Sağlık Kavramına Genel Bakış

1.1.1. Sağlığın Tanımı

Günümüzde sağlık kavramı farklı şekillerde tanımlanmakla birlikte en çok kabul görmüş tanım Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO) tarafından yapılan tanımdır. Bu tanıma göre sağlık "yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali"dir. Tanımda iyilik kavramının açıklanmasının güçlüğünün yanı sıra, "tam"ın nasıl ölçüleceği de cevabı zor bir sorudur (Temgilimoğlu ve ark 2009). Fakat bu tanım sağlığın çok boyutlu bir kavram olarak birbiriyle ilişkili çok sayıda faktörün sağlık durumunu doğrudan ve dolaylı biçimde etkilediğini ortaya koymaktadır.

Sağlık kavramı Türkçe sözlükte "sağ, canlı, diri olma durumu, sıhhat, esenlik" şeklinde tanımlanmaktadır (TDK 2014). Sağlık kavramını temel insan haklarından biri olarak ele alan Ottowa Sözleşmesi, huzur, yeterli ekonomik kaynak, gıda ve barınma, istikrarlı bir eko-sistem ve sürdürülebilir kaynak kullanımını içeren bazı ön şartları vurgulamaktadır. Bu ön şartların kabul edilmesi, sosyal ve ekonomik koşullar, fiziksel çevre, bireysel yaşam tarzları ve sağlık arasındaki kaçınılmaz bağlantıları öne çıkarmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2001).

Sağlık sosyal yönden tam iyilik hali olarak nitelenebilir. Kişinin sosyal yönden tam iyilik halinde olmasının ön koşulu sosyal yaşantısının sağlıklı olmasıdır. Çalışma ve yaşam güvenliğinin sağlanamadığı, iş bulma olasılığının bulunmadığı, gelir dağılım dengesizliğinin yarattığı huzursuzluğun giderilemediği toplumlarda kişinin tam iyilik halinde olması olanaksızdır. Aslında tam bir iyilik halinin oluşması biyolojik açıdan da pek mümkün değildir, daha çok iyi olduğumuz anların bütününden, bir durum olarak sağlıklılık halinden bahsedilebilir (Kesgin ve Topuzoğlu 2006).

Sağlık kavramı, tüm ulusların temel gelişmişlik düzeyini gösteren ve aynı zamanda toplumların ekonomik kalkınmasında da rol oynayan bir kavramdır. Ayrıca tüm ülkelerde sağlık sektörü, reel ekonomi içerisinde oldukça yüksek pay alan bir sektör olmakla birlikte toplumsal gelişmenin de temel öğesidir (Demirel ve Işık 2005). Sağlığın pozitif yönden tanımlanmasına ilişkin olarak geliştirilen tanımlara bakıldığında da; farklı bakış açılarının ön plana çıktığı görülmektedir. Buna göre pozitif yönden sağlık; bireylerin hayata katılabilme yetenekleri, stresli durumlara karşı koyabilmeleri, sahip olunan psikolojik iyilik ve fiziksel uyum düzeyi, toplumla iyi ilişkiler kurabilme becerisi vb. şeklinde geniş bir yelpazede ele alınmıştır (Somunoğlu 2012).

Genel anlamda sağlık; toplumdaki bireylerin hastalık, rahatsızlık ve sakatlıklarının olmamasıyla birlikte, o toplumdaki bireyin akli, fiziksel, ekonomik ve sosyal açıdan da tam huzur ve uyum içinde bulunmaları durumudur (Filiz 2010). Sağlık kavramı ayrıca sübjektif ve objektif boyutları kapsar. Sübjektif olarak sağlıklı bir insan, kendini iyi hisseden hayat ve güç dolu, fiziksel ve zihinsel üretkenliğini kullanabilen, çevresindeki diğer insanlarla olumlu ilişkiler kurabilen ve zevk alan insandır. Sağlık aynı zamanda çalışma yeteneği bakımından objektif boyuta da sahiptir. Sağlıklı bir kişi, gerekli işlerini yapabilen ve amaçlarına ulaşabilen kişi olarak tanımlanabilir (Şanlı 1991). Tüm bu tanımlar ve açıklamalar dikkate alındığında sağlığın önemi ortaya çıkmaktadır.

1.1.2. Sağlığın Önemini Kavrama ve Sağlık Davranışı

Sağlık, günlük yaşam içerisinde, öğrendikleri, çalıştıkları, eğlendikleri ve sevdikleri ortamlarda insanlar tarafından yaratılır ve yaşanır. Sağlık, birinin kendisine ve başka birilerine dikkat etmesiyle, yaşam şartları hakkında karar alabilme ve bu şartları kontrol edebilmekle ve içinde yaşadığı toplumun, tüm üyelerinin sağlığa erişmesine izin veren koşullar yaratmasını sağlayarak yaratılır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2009). Sağlığa verilen önemin kişiler üzerindeki etkisi açıkça ortadadır. Eğer kişi sağlık problemi olduğunu algılamıyorsa, problem olmadığı için sağlığını geliştirmek için gerekli çabayı harcamayacaktır. Sağlık problemi olmadığını düşünerek, sağlığı geliştirmek için profesyonel kişilerin yardımını da istemeyecektir. Bundan dolayı sağlığı algılamanın önemli olduğu belirtilmektedir (Yıldırım 2005).

İnsanlar genellikle sağlıklarına önem verdiklerini zannederler. Bu doğru değildir. Çünkü insanlar, bir yakınlarını hastalık sonucu kaybettikten ya da kendileri hastalandıktan sonra sağlığın önemini daha iyi anlarlar. Kanuni Sultan Süleyman'ın "olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi" deyimi bunun açık ifadesidir (Şanlı 1991). Sağlığın geliştirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinde sağlıklı yaşam tarzının kazanılmasını amaçlayan, sosyal ve tıbbi müdahaleler içinde yer alan bir disiplindir. Sağlığın geliştirilmesi, kişileri kendi sağlıklarını geliştirme konusunda yetkin kılacak ve bu konuda kontrollerini artıracak bir süreçtir (Turgul ve ark 2002).

Sağlık, insanın doğumundan ölümüne kadar olan yaşam sürecinde en çok üzerinde durulan, kişinin potansiyelini gerçekleştirdiği fiziksel, mental ve sosyal fonksiyonlarını yerine getirme durumudur (Akgül 2008). Kişinin sağlığının en yüksek düzeyden, en düşük düzeye doğru uzanan bir çizelge üzerinde bulunduğu göz önünde tutularak, günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilme ve çalışma yeteneği düzeyi ile sağlığı arasında bir orantının varlığı kabul edilmektedir. Buna göre, kişinin sağlık düzeyinin yüksekliği, iş verimi yüksekliği ile orantılıdır. Yani, kişi ne kadar sağlıklı ise yaptığı işte başarı oranı ve doyumluluk oranı o kadar yüksektir(Şanlı 1991). Bu durum bireyin sağlık davranışıyla da bağlantılıdır.

Sağlık davranışı; bireyin sağlıklı olabilmek için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranışı olarak tanımlanmaktadır. Sağlık davranışı yalnızca doğrudan gözlenebilen açık davranışlar değil, dolaylı olarak ölçülebilen mental olayları ve duygu durumlarını da içermektedir (Karakoç 2006). Gochman'a göre, kişinin sağlık davranışı içine inançları, beklentileri, güdüleri, değerleri, algıları ve diğer bilişsel faktörler gibi kişisel tavırlar ve bunlara ek olarak duygusal-psikolojik özellikler, davranış biçimleri ve alışkınlıkları girmektedir (Yıldırım 2005). Kısaca, kişinin sağlıklı kalmak, hastalıktan korunmak ve hastalıklara yakalanmamak için gösterdiği davranışlar sağlık davranışı olarak nitelendirilebilir.

1.2. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi

İnsanlar sağlıklı oldukları dönemlerde sağlığını koruma güdüsüne sahiplerse sağlığın geliştirilmesi söz konusu olabilir. Aksi halde sağlıklı dönemlerde sağlık

korunmazsa hastalık durumu ortaya çıkabilme riski yüksektir ve bu durumda bir gelişmeden söz edilemez. Bu bölümde sağlığın korunması ve geliştirilmesi ayrı ayrı incelenmiştir.

1.2.1. Sağlığı Koruma

Son yıllarda hastalıkları önleyen ve sağlığı geliştiren faaliyetler, farklı sağlık sınırları olan negatif, nötral ve pozitif sağlık kavramlarıyla açıklanmaktadır. Negatif sağlık; tedavi ve rehabilitasyon gerektiren sağlık durumunu ifade eder. Nötral sağlık; herhangi bir hastalık durumu olmaksızın, dengeli bir sağlık kavramını ifade eder. Sağlığı sürdürmede ve hastalıkları önlemede amaç, nötral sağlık durumunu korumaktır. Pozitif sağlık; sağlığın geliştirilmesi, iyilik düzeyinin arttırılması ile ilgilidir. Dengeli bir sağlık durumundan sonra ulaşılan yaşam kalitesini ve potansiyel sağlığı geliştiren sağlık davranışlarını ifade eder (Karakoç 2006). Bu kapsamda nötral sağlık yani sağlığı koruma büyük önem taşıyan bir kavramdır.

Koruma kelime olarak sakınma ve himaye altına alma anlamlarına gelmektedir. Bu anlamdan yola çıkılarak, sağlığı korumanın sağlık için tehlike oluşturan davranışlardan kaçınma ve bu davranışları önleme olarak tanımlandığı görülmektedir (Aksoy 2010). Korumanın çok önemli ve işbirliği ile yürütülen bir hizmet olması; halk tarafından para ödeyerek satın alınmaması nedeni ile koruyucu sağlık hizmetleri her ülkede devlet hizmeti olmuştur. Kamu sağlığının korunmasına yönelik kurallar, sağlık mevzuatının içinde önemli bir yer kaplar (Aldoğan 2013).

Sağlığı korumayı, 1953 yılında H.R. Leawell ve E.G. Clark tanımlamışlardır. Sağlığı koruma, sağlık durumunu bozan davranışı yapmama ya da bu davranışlardan sakınmayı ifade etmektedir. Erken teşhis ile hastalık sürecine girişi önleyici ve erken tedavi ile yetmezlik durumunda var olan kapasiteyi en yüksek düzeye çıkaracak aktiviteleri kapsar (İmer 2013). Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalananların tedavisini yapmak iyileşmenin tam olmadığı durumlarda başkalarına bağımlı olmadan yaşamayı sağlamak ve toplumların sağlıklarını daha iyi durumlara getirmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne "sağlık hizmeti" denmektedir (Arslantaş 2013).

İnsan yaşamında sağlık önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık bakımının bir üstünlük olmayıp, her birey için hak olduğu geniş kitlelerce benimsenmiş bir felsefedir. Erişilebilir en üst düzeyde sağlık hizmeti alma insan olmanın getirdiği temel haklardan biridir ve bu nedenle hiçbir ayrım gözetmeksizin herkese eşit biçimde sunulmalıdır. Sağlıklı ve insanca bir yaşam, barış ve güvenliğe erişme ve sürdürmenin ön koşullarından biridir (Çimen 2010).

Sağlığın korunması, biyolojik, fizik ve sosyal çevrenin olumlu hale getirilmesi, bununla birlikte kişiye yönelik önlemlerin de ihmal edilmemesi sonucu sağlanabilir. Sağlığı koruma düzeyleri, birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olarak üçe ayrılmaktadır (Bazhüyük 2010);

-Birincil Koruma: Sağlıklı kişilerde hastalık risklerini azaltmaya yönelik müdahalelerdir. Hastalıkların risk ve nedensel etmenlerini kontrol ederek hastalık başlamadan ve oluşmadan önce önlemeyi amaçlar, sağlık eğitimi ve sağlıklı davranışların geliştirilmesini kapsar. Bağışıklama ile bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, tütün kontrolü ile sigara içimiyle ilişkili hastalıkların önlenmesi, emniyet kemeri kullanımı ile araç içi yaralanmaların önlenmesi gibi koruyucu özel önlemler bu grupta yer alır. Bireylere ve topluma yönelik olabilir

-İkincil Koruma: Hastalıkları olan kişilerde kaçınılabilir morbiditeyi önlemeye yönelik müdahalelerdir. Hastalıkların erkenden tanısının konulması, tedavi edilmesi ve ciddi sonuçlarının azaltılmasıdır. Ciddi ilerlemeler önlenir, en aza indirilir ya da yavaşlatılır. Erken dönemde tanınabilen ve etkili bir tedavisi olan hastalıklar için uygundur.

-Üçüncül Koruma: Önceden oluşan hastalığın ilerlemesinin ve komplikasyonlarının önlenmesi, olası rekürrens ya da relapsların önlenmesi ya da azaltılmasıdır. Hastalığın oluşturduğu sakatlıkların ya da acının azaltılmasıdır. Özellikle kronik hastalıklarda ilerlemenin önlenmesine çalışılır. Yaşamın kalitesinin arttırılması sağlanır.

Görüldüğü gibi sağlığı korumaya yönelik birçok etken sıralanabilmektedir. Tüm bunların yanında sağlığın korunmasında sağlık eğitimi de önemli bir etkendir.

Sağlık eğitimi yalnızca bilginin paylaşımı ile değil aynı zamanda sağlığı iyileştirmek için gerekli motivasyon, beceri ve güvenin (öz-fayda) teşvik edilmesi ile de ilgilidir. Sağlık eğitimi, sağlığı etkileyen temel sosyal, ekonomik ve çevre koşullarına, bireysel risk faktörleri ve risk davranışlarına ve sağlık hizmetleri sisteminin kullanımına ilişkin bilginin paylaşılmasını içerir. Böylece, sağlık eğitimi, sosyal, ekonomik ve çevresel sağlık belirleyicilerini ele alma şeklinin politik uygulanabilirliği ve organizasyonel olasılıklarını gösteren bilgi paylaşımı ve beceri gelişimini içerebilir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2009).

1.2.2. Sağlığı Geliştirmenin Kapsamı ve Etkileyen Faktörler

Sağlığın geliştirilmesinde; bireylerin sağlıklı beslenmesi, fiziksel kapasitesine uygun düzenli egzersiz yapması, sosyal ilişkilerinde uyumlu ve olumlu bir iletişim içinde olması, dinlenme ve rahatlama gibi uygulamalarla kendine zaman ayırma alışkanlığını kazanması önemlidir (Aksoy 2010). Sağlığı geliştirilme kavramı, genel sağlığı yükselten davranışlar ile hastalık ve yetersizliğin önlenmesine ilişkin, fiziksel ve duygusal açıdan iyilik halini sağlayıcı önlemleri kapsamaktadır. Bireylerin, fiziksel ve ruhsal yönden en üst sağlık düzeyine ve sosyal çevreye erişebilmeleri için, davranışları değiştirmeyi sağlayan yollan ve değişim sürecini etkileyen faktörleri tanımlayan bir süreçtir. Sağlığı geliştirmenin amacı, olumlu davranışların kazandırılması ve sürdürülmesini sağlamaktır (Akgül 2008).

Sağlığı geliştirme açısından uluslararası önlemler alınmıştır. Nitekim sağlığı geliştirme DSÖ tarafından herkes için sağlık politikasına ulaşmak için gerekli bir strateji olarak belirlenmiştir. Sağlığı geliştirme, kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrolleri arttırmayı ve geliştirmeyi olanaklı kılan bir süreçtir. Halk sağlığı ve koruyucu hekimliğin önemli bir parçasıdır. Ottowa'da 1986 yılında yapılan uluslararası konferans sonrası Ottowa Sağlığı Geliştirme Bildirgesi yayımlanmıştır (Arslantaş 2013).

Adelaide tavsiyelerinde ise sağlıklı toplum ve halk stratejilerinin oluşturulması benimsenirken, Amsterdam Bildirgesinde hasta hakları; sağlık bakımında insan haklarının önemi ve değerleri; bilgilendirmenin önemi, mahremiyet ve özel hayata karşı saygının tesisi gibi ilkeler kabul edilmiştir. Kopenhag

Bildirgesi'nde sağlık hizmetlerinin geleceğinin şekillendirilmesi üzerinde durulmuş, Bali Bildirgesi'nde ise intihar girişimi, dini temsilcilerin ruhi ve moral desteği konusu ve sağlık eğitimi görme hakkı ile ilgili düzenlemelere yer verilmiştir (Aktan ve Işık 2007).

Bireylere sağlıklarını geliştiren davranışları kazandırmak için bazı programlara ihtiyaç vardır. Bu programlar bireylerin veya toplumun onlara ihtiyaç duydukları bilgi, beceri, hizmet ve desteği sağlayarak iyiliklerini ve sağlıklarını geliştirmek için düzenlenir. Sağlığı geliştiren programlar şu başlıkları içerir (Aksoy 2010):

-Öz sorumluluk: Bu başlık bireyin kendi sağlığını geliştirmesi için edinmesi gereken davranışları ve yapması gerekenleri kapsar. Örneğin; düzenli sağlık kontrolüne gidilmesi

-Besin alımıyla ilgili düzenlemeler: Yeterli ve dengeli beslenmenin önemini kapsar. Örneğin; üç ana üç ara öğün yapılması.

-Fiziksel dayanıklılık ve esneklik: Bu başlık yeterli ve dengeli fiziksel aktivite yapmanın önemini kapsar.

-Kendi çevresini kontrol etme: Bu başlık bireylerin kendilerine nasıl sağlıklı bir çevre oluşturabileceğini ve bunun önemini kapsar.

-Entelektüel kapasite: Bu başlık bireyin bilişsel olarak yapabileceklerinin farkına varmasını ve bunu kullanmasını kapsar.

-Stres yönetimi: Kişinin stresle baş etme yöntemlerini geliştirmesini sağlar.

Henrik L. Blum tarafından sağlık statüsünün belirleyicilerinin neler olduğuna ilişkin bütüncül bir bakış açısı geliştirilmiş ve bunun sonucunda da başlıca dört faktör ön plana çıkmıştır. Bunlar (Somunoğlu 2012);

-Çevre,

-Yaşam tarzı,

-Kalıtım (Genetik)

-Sağlık hizmetleri şeklinde sıralanmaktadır.

Smith ve Maurer (2000)'e göre ise sağlıklı yaşam davranışları; bireyin motivasyonu, fiziksel, psikolojik, kişisel ve davranışsal özellikleri ve değişimi fark etme düzeyinden etkilenmektedir (Karakoç 2006):

-Demografik Faktörler: Demografik faktörler sağlığı geliştiren davranışları dolaylı olarak etkilemektedir.

-Biyolojik Özellikler: Bireyin boy, kilo, beden kitle indeksi gibi özelliklerinin sağlık davranışlarını etkilediği belirtilmektedir.

-Kişilerarası Etkileşim: Bu faktöre göre aile, arkadaş sağlık görevlileri, akrabalarla iyi etkileşimin bireyin olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyini etkilediği bildirilmektedir.

-Durumsal Faktörler: Bu faktöre göre bireyin içinde bulunduğu çevre davranış oluşumunu etkilemektedir.

-Davranışsal Faktörler: Bu faktöre göre bireyin bilgi ve beceri düzeyinin davranış kazanmada etkili olduğu belirtilmektedir.

Sağlığın geliştirilmesi sadece hastalığı önlemekle ilgili değildir. Sağlığın geliştirilmesi bireyin uzun vadeli ve yüksek standartlı bir hayat için sergilediği davranışları niteler. Sağlığın geliştirilmesi bireyde sağlıklı yaşam ve uyum hissini uyandırabilir ve bu da kişinin enerjisini yükseltir ve aynı zamanda da şiddet ve intihar gibi sosyal problemlerin oranını düşürür (Bahar ve Açıl 2014). Sonuç itibariyle sağlığı geliştirmenin insan hayatı açısından büyük önemi vardır. Bu sebeple insanlar sağlığı etkileyen faktörlerin neler olduğunu bilmeli ve buna göre tedbir almalıdırlar. Nitekim aşağıda sağlığı geliştirme modellerine yer verilmiştir.

1.2.2.1. Sağlığı Geliştirme Modelleri

Model, bir kavram ya da fikrin kuramsal olarak açıklanmasını ve uygulama yollarını içerir. Modeller, karmaşık konulara farklı yaklaşımlar getirir. Sağlık kavramı da karmaşık bir kapsama sahip olduğu için sağlık ve sağlık davranışlarını açıklamak için bazı modeller geliştirilmiştir (Aksoy 2010). Bu modeller aşağıda ayrı ayrı incelenmiştir.

a) Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli, ilk olarak 1950 yılında Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir. Ancak bireyin sağlık inanç ve davranışlarını etkilediği düşünülen bazı kavramlar modele zamanla eklenmiştir**.** Model, geliştirildiği ilk yıllarda insanların tarama ve aşılanma programları gibi koruyucu sağlık davranışlarını anlamayı hedeflenmiş olsa da, hastalık ve genel sağlık davranışlarını kapsayan diğer alanlarda da kullanılmıştır (Nahcivan ve Seçginli 2003).

Sağlık İnanç Modeli'nin bir hastalıktan kaçınma modeli olduğunu desteklemektedir. Daha iyi sağlık düzeyini geliştirmek için alınan önlemleri ve bireyin kendisi ile yaşam tarzı hakkındaki görüşlerini içermektedir (Bahar ve Açıl 2014). Bu modele göre; kişinin bir hastalığı engelleme ya da iyi olma isteği varsa ve kişi, belirli bir davranışın söz konusu hastalığı önleyeceğine inanıyorsa, o davranışa karşı olumlu tutum takınacaktır (Y-PEER 2004).

b) Sağlığı Geliştirme Modeli

Davranışın düzeninde bilişsel süreçlerin önemini vurgulayan Albert Bandura'nın sosyal öğrenme kuramından temel alınarak geliştirilen Sağlığı Geliştirme Modeli, sağlığı geliştiren unsurları ve tahmin edilen nedensel mekanizmaları açıklamaktadır. Pender tarafından geliştirilen bu modelde, bireyin sağlık davranışı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan faktörler tanımlanmaktadır (Akgül 2008). Sağlığı Geliştirme Modeli sağlığı geliştirme alanındaki uygulamalara yol gösterecek niteliktedir ve model sağlığı koruma modellerinin tamamlayıcısı olmayı amaçlamıştır. Modelde sağlığı geliştirici unsurlar ve nedensel mekanizmalar

açıklanmaktadır ve model üç önemli fonksiyona hizmet etmektedir (Ersin ve Bahar 2012):

-Sağlığı geliştirici davranış oluşumunu açıklayabilecek kavramlar arası ilişkileri ortaya koymaktadır.

-Deneysel olarak test edilebilecek hipotez oluşturulmasını sağlamaktadır.

-Bağımsız araştırma sonuçlarını birbirleriyle ilişkili hale getirmektedir.

Sağlığı Geliştirme Modeli'ndeki bilişsel algısal faktörler, sağlığı geliştirme davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesinde baslıca motivasyonel mekanizmalardır. Bilişsel algısal faktörlerinin her biri sağlığı geliştiren davranışın uygulanması üzerinde doğrudan etkilidir. Sağlığı geliştirmeyi dolaylı etkileyen faktörler; bireye ait demografik ve biyolojik özellikler ile kişilerarası etkileşim, durumsal ve davranışsal faktörlerdir (Yıldırım 2005).

c) Temel İnsan Gereksinimleri Modeli

Temel İnsan Gereksinimleri Modeli, Maslow'un 1943 yılında ortaya attığı, Gereksinimler Hiyerarşisi Teorisi temel alınarak geliştirilmiştir. Temel insan gereksinimleri, bireylerin yaşamını sürdürmesi için karşılanması gereken ve bütün insanlar için temel olan ihtiyaçlardır. Temel ihtiyaçların karşılanması bireylerin sağlıklarını etkileyen en önemli faktörlerden biridir (Aksoy 2010). Bu modelde insan, bir bütün olarak ele alınmış ve temel gereksinimler hiyerarşik bir düzen içinde sıralanmıştır. Alt düzey gereksinimleri, fizyolojik nitelikte olan, mutlaka karşılanması gereken hava, su, yemek, dışkılama, uygu, seks gibi gereksinimlerdir. Bunun üstünde olan, güven, sevgi, saygı, ait olma, kendini gerçekleştirme gereksinimleridir. En üst düzeyde kişinin en yüksek potansiyeline erişme istek ve arzusuna duyulan gereksinim yer almaktadır. Ancak bu hiyerarşik sıralama kesin kurallarla sınırlandırılmamıştır. Alt düzey gereksinimlerinin karşılanma düzeyi kişinin davranışına yansımaktadır (Şanlı 1991).

d) Holistik Sağlık Modeli

Holistik kelimesi, bütünsel, bütüncül anlamlarını taşır. Holistik sağlık ise, bütünsel sağlık anlamına gelir. Holistik sağlık modelinde bireysel sorumluluklar önemlidir. Hasta olmak bireyin başına gelmiş tesadüf bir olay değil, bireyin kendi davranış ve tutumlarının sonucudur (Aksoy 2010). Bu açıdan bakıldığında, DSÖ'nün tanımı ön plana çıkmakta ve bir insanın bütünü ile sağlıklı olma haline vurgu yapılmaktadır. Bu tanımda yer alan fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutların ölçülebilmesi için, birtakım sınıflandırmalar yapılmış ve indeksler geliştirilmiştir. Buna göre fiziksel sağlık; tıbbi açıdan ölçülmekte, sosyal sağlık; görev ve rol performansı açısından ele alınmakta, ruhsal sağlık ise; bireylerin genel mutluluğu şeklinde değerlendirilmektedir (Somunoğlu 2012).

1.2.2.2. Sağlığı Geliştirmede Yarar ve Engel Faktörleri

Sağlığı geliştirmede çeşitli yarar ve engel faktörlerinden söz edilebilir. Bireyin hastalık hakkındaki bilgisi ve kültürel inançları (değişikliğe neden olan faktörler)erken tanı uygulamalarına yönelik yarar ve engel algısını etkilemektedir (Nahcivan ve Seçginli 2003). Sağlığı geliştirmede yarar ve engel faktörleri aşağıda ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

a) Yarar Algısı

Yarar algısı hastalık tehdidini azaltması için gerçekleştirilecek davranışın etkili olacağı ile ilgili inanç olarak tanımlanmaktadır (Bahar ve Açıl 2014). Yarar algısı, bireylere, koruyucu ve geliştirici çalışmaların yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilebilir. Sağlığı geliştiren davranışın yararını algılama da içsel ya da dışsal etkenler sağlığı geliştiren davranışların gerçekleşmesini olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Bireyin motivasyonu, sağlık durumu, davranışın yararını algılama, sağlığı geliştiren davranışlar üzerinde etkilidir (Çimen 2010).

Gerçekleştirilecek davranış sonucu, hastalığa yakalanma riskinin azalacağı ile ilgili algılanan yarardır. Kişi, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinin yarar sağlayacağını düşünmektedir. Bu yarar, hastalığa yakalanma olasılığının azalacağı

beklentisidir. Algılanan yarar, bireyin sağlık davranışını uygulamaya açık olup olmadığını belirler. Bu nedenle bireylere olumlu sağlık davranışlarını uygulama ve sürdürmenin yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilerek, bireylerin sağlıkla ilgili tutum, davranışlar ve olumlu sağlık uygulamaları yapmanın yararı ile ilgili bilgilenmeleri sağlanabilir (Aydoğdu ve Bahar 2011).

b) Engel Algısı

Önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştıran engeller ya da olası olumsuz yönleri ile ilgili algıdır (Bahar ve Açıl 2014). Önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştırdığı düşünülen engeller ya da davranışın olası olumsuz yönleridir. Başka bir deyişle, sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algıdır. Kişi, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını tartar. Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişken, algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farktır (Aydoğdu ve Bahar 2011).

Engelleyen özellikler fiziksel ve psikolojik özellikler, motivasyon ve çevresel özellikler, bireyin sağlık durumu ve kişisel nedenler sayılabilir. Örneğin; çevresel özellikler olarak, sigara bırakma sürecindeki bireye arkadaşlarının sigara ikram etmesi davranış önünde bir engeldir (davranışın çevresi tarafından desteklenmemesi) ya da kişi sağlığını tehdit eden bir davranışı değiştiremeyeceğine inanabilir. Herhangi bir hastalığa bağlı olarak cinsiyeti, ırkı ve yaşı olumsuz değerlendirebilir. Ayrıca sağlık hizmetlerinden yararlanmanın zor olduğuna inanmak, maliyet, sosyal güvencenin olmayışı, utanma, korku, hastalığın ciddiyetine ilişkin bilgi sahibi olmama, zaman, öncelik ve eğitim engel algısının artmasında rol oynayan etkenlerdendir (Çimen 2010). Sonuç olarak sağlığı geliştirmede engel algısının saf dışı edilmesi bunun yerine yarar algısının geliştirilmesi şarttır. Diğer taraftan bu düşünceden yola çıkarak sağlık davranışlarının sağlıklı yaşama katkısının unutulmaması gerekmektedir.

1.3. Davranışsal Aktivitelerin Sağlıklı Yaşama Katkısı

Sağlık davranışı, olumlu ve olumsuz sağlık davranışı olarak iki grup altında incelenmektedir. Olumlu sağlık davranışı, bireylerin kendi sağlığını ve başkalarının sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik bilinçli çabalarını ifade eder (Aksoy 2010). Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilecek davranışlarını kontrol edebilmesi, günlük aktivitelerini düzenler iken kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır. Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir düzeye getirebilir (Bozhüyük 2010).

Olumlu sağlık davranışı, bireylerin kendi sağlığını ve başkalarının sağlığını aktif biçimde korumak için bilinçli çabalardan oluşur. Bireyler karsılaşacakları riskler ya da sağlıklı seçenekler konusunda bilgi sahibi olmadıklarından veya değer yargıları, edindikleri bilgi davranış biçimlerini değiştirmeleri için yeterli olmadığından sağlığı bozucu tutum ve davranışlarda bulunabilmektedirler (Karakoç 2006). Nitekim sağlığın geliştirilmesi, bireyin kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü arttırma gücünü kazanması olarak tanımlanmıştır. Hastalıklardan korunmada, erken tanıda bulunmada ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların kullanılması temeldir (Bahar ve ark 2008).

Birey tarafından gerçekleştirilen hemen hemen her davranış veya faaliyetin sağlık durumu üzerinde bir etkisi olduğunu öne sürmek mümkündür. Bu bağlamda, sağlığı teşvik etmek veya korumak amacıyla benimsenen davranışlarla (yukarıdaki tanımda olduğu gibi), sağlık açısından sonuçlarına bakılmaksızın benimsenebilen davranışları birbirinden ayırmak faydalıdır. Sağlık davranışları, sağlığın kötüleşmesinin belli bir nedenine karşı hassasiyetin artması ile ilişkilendirilen davranışlar olarak ayrıca tanımlanan risk davranışlarından ayrılır (Sağlık Bakanlığı 2011).

Sağlıklı olmak her insanın temel hakkı olup, bunun sağlanması ve sürdürülmesi sağlık personelinin temel amacı olduğu kadar, kişinin de kendi sorumluluğudur. Kişinin sağlığı geliştirici davranışları kazanması için, kendini kontrol etmesi, bu davranışları kazanmak için istek duyması gerekir. Çünkü sağlığı

geliştirmek için olumlu sağlık davranışının kazandırılması ve sürdürülmesi gerekir (İlhan ve ark 2010).

Bireylerin olumlu sağlık davranışları kazanması için, bu davranışlar konusunda bilgi sahibi olmaları ve edindikleri bilgiyi, davranış biçimlerini değiştirmek için kullanmaları gerekir. Aksi halde, bireyler olumsuz sağlık davranışı gösterebilirler. Olumsuz sağlık davranışı ise, bireylerin sağlığı için risk oluşturan eylemlerde bulunmasıdır. Olumsuz sağlık davranışlarına örnek olarak, sigara içme, alkol kullanma, düzensiz yemek yeme verilebilir (Aksoy 2010).

Günümüzde, egzersiz, diyet, sigara içme ve stres gibi yaşam biçimi unsurlarının sağlığı ve kardiyovasküler hastalık riskini etkilediği, kanser, kalp hastalığı, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklardaki morbidite ve mortalitenin yaşam biçimi değişiklikleri ile önemli ölçüde azaltılabildiği bilinmektedir. Çalışmalar, yaşam biçimi ile sağlık durumu, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık hizmeti sistemleri arasında ilişki olduğunu göstermektedir (Bozhüyük 2010). Netice itibariyle davranışsal aktivitelerin sağlıklı yaşama katkısı yadsınamaz derecede önemlidir. Sağlıklı yaşama katkısı olan bu davranışsal aktivitelerin en önemlileri aşağıda ayrı ayrı incelenmiştir.

1.3.1. Kendini Gerçekleştirme

Sağlığı geliştiren davranışlar, bireyin iyilik düzeyini arttıran, kendini geliştirmeyi sağlayan davranışları içerir (İlhan ve ark 2010). Bireyin sağlıklı bir kişilik geliştirmesi, çevresine uyum sağlayabilmesi, toplumsal işlevlerini yerine getirmesi ile kendini gerçekleştirme düzeyi arasında yakın bir ilişki vardır (Karakoç 2006). İnsan davranışlarını inceleyen psikologlara göre, bireyin davranışlarının en önemli belirleyicisi "benlik kavramı", davranışlarını yöneten en önemli güdü de "kendini gerçekleştirme" güdüsü olarak ele alınmaktadır (Kılıç 2012).

Sağlıklı insanın davranışlarının temel yönetici gücü sayılan kendini gerçekleştirme kavramına ilk olarak Carl Jung'un yazılarında rastlıyoruz. Jung, Freud'un bilinçaltı dürtülere ağırlık verip bireyin hayat amaçlarını ve emellerini ihmal etmesine karşı çıkmıştır. Jung'a göre biyolojik ihtiyaçlar hayatın gençlik

yıllarında önemli ise de, yerlerini zamanla manevi doyum sağlayan, yüksek düzeyde amaçlara bırakırlar. Kişilik, devamlı gelişme eğilimindedir. Bu gelişimin amacı harmonik, dengeli ve olgun bir benlik geliştirmektedir. Bu da başlangıçta farklılaşmış bir bütünün zamanla harmonik bir şekilde gelişmesi ve ayrışması ve sonra bu ayrışmış sistemlerin bütünleşmesidir (Kuzgun 1972).

Abraham Maslow, "İhtiyaçlar Hiyerarşisi' isimli motivasyon teorisini beş ana maddede ortaya koymuştur. Bunlar; fiziksel ihtiyaçlar, güvenlik ihtiyaçları, , sosyal ihtiyaçlar, benlik ihtiyaçları ve kendini gerçekleştirme ihtiyaçları olarak ifade edilmektedir. Maslow'a göre, ilk dört ihtiyaç yukarıda belirtilen sıra ile karşılanırsa, birey motivasyonel anlamda tatmin olacak ve hiyerarşinin son basamağında yer alan "kendini gerçekleştirme ihtiyaçlarını" karşılamaya yönelecektir (Özmutaf 2005). Maslow'a göre kendini gerçekleştirme, bireyin tümüyle odaklaşarak ve özümseyerek yasamı dolu ve coşku ile yaşamasıdır. Kendini gerçekleştirmiş, diğer bir anlatımla psikolojik bakımdan sağlıklı bireyler kendilerini olduğu gibi kabul ederler ve kendilerinden şikâyetçi olmazlar. Aynı zamanda kendileri ile doyum sağlarlar, eksiklik veya hatalarından dolayı rahatsız olmazlar (Karakoç 2006).

Kendini gerçekleştirme, bireyin davranışlarını yöneten bir güdü olduğu kadar, erişilmeye çalışılan bir gelişme düzeyini göstermektedir. Kendini gerçekleştiren bireylerin, kendini tanıma, güçlü ve zayıf yönlerini bilme, belli bir plan ve program çerçevesinde belli bir hedef ve amaca yönelik bir yaşam sürdürme, başarılarının farkında olma yetisine sahip oldukları belirtilmektedir. Bireyin kendini takdir etmesi ve kendinden memnun olması, kendinin değerli olduğuna inanması da onun kendini gerçekleştirdiğinin önemli göstergeleri olarak ifade edilmektedir (Kılıç 2012).

Kendini gerçekleştirmiş bireyler, kendini tanır, güçlü ve zayıf yönlerini bilir, belli bir plan ve program çerçevesinde belli bir hedef ve amaca yönelik bir yaşam sürer, başarılarının farkındadır. Bireyin kendini takdir etmesi ve kendinden memnun olması, kendinin değerli olduğuna inanması da onun kendini gerçekleştirdiğini gösterir (Yıldırım 2005). Kendini gerçekleştirme gereksinimler hiyerarşisinin en üst basamağında yer alan bir gereksinimdir. Diğer dört basamağın yerine getirilmesinden sonra açığa çıkar. Bir bireyin yapmış olduğu işte en üst düzeyde olmayı,

diğerlerinden farklı olmayı istemesi, kendi potansiyelini, yaratıcılığını, kabiliyetlerini gerçekleştirebilmeyi amaçlaması anlamına gelmektedir (İmer 2013).

1.3.2. Beslenme Düzeni ve Uyarılar

Beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı ve verimli olarak uzun süre yasamak için gerekli olan enerjiyi ve besin öğelerinin her birini yeterli miktarda sağlayacak olan besinleri, besleyici değerlerini yitirmeden, sağlık bozucu duruma getirmeden en ekonomik şekilde almak ve vücutta kullanmaktır (Karakoç 2006).Beslenme sağlığın temelidir. Bireyin ve toplumun sağlığının korunmasında ve bireylerin iyileşme hızının arttırılmasında beslenme eğitimi önemli bir yer tutmaktadır. Bireysel de olsa beslenmenin yeterli ve dengeli olarak uygulanması, önlenebilir hastalıkları, sakatlıkları ve erken ölümleri azaltacaktır. Beslenme; büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için besinlerin kullanılmasıdır (Akşit 1991).

Beslenme, açlık duygusunu bastırmak, karın doyurmak ya da canının çektiği şeyleri yemek içmek değildir. Beslenme; sağlığı korumak geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir eylemdir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2004). Yeterli beslenme; bedenin gereksindiği enerji, besin öğeleri ve diğer bio aktif maddelerin yeterli olarak alınmasıdır. Dengeli beslenme; besin öğelerinin birbirlerine göre ve öğünlerde dengeli olarak tüketilmesidir. Sağlıklı beslenme ise; besinlerin hazırlanma ve pişirilme sırasında sağlık için zararlı hale gelmelerinin önlenmesi ya da içlerinde sağlığı tehdit eden öğelerin bulanmaması şeklinde ifade edilebilir (Merdol 2013).

Yeterli ve dengeli beslenme içeriğinde günlük alınan besinler kalori bakımından yeterli olmalı, iyi kalitede protein içermeli, yağ (özellikle doymuş yağ), kolestrol, sodyum, rafine, seker içeriği az olmalıdır. Buna karşılık kompleks karbonhidratlar, minareler ve vitaminler bakımından zengin ve bol posalı olmalıdır. Beslenme alışkanlıkları, hayatın erken dönemlerinde kazanılır. Genç ve erişkin bireylerin, bazal metabolik kalori ihtiyacı 1200-1450 kaloridir. Kalori bakımından yetersizlik durumunda zayıflık, fazla alınması sonucu vücutta yağ oranının artması ile şişmanlık ortaya çıkar (Çimen 2010).

Hem fiziksel hem de davranışsal bir bilim olan beslenme; doğumdan önce başlar, ölüme kadar yaşamı etkiler. Sağlıklı bir yaşam için bireylerin öncelikle yeterli ve dengeli beslenmeleri ve iyi bir beslenme alışkanlığı kazanmaları gereklidir. Her toplumun kendine özgü beslenme alışkanlıkları, örf ve adetleri, olanakları, uygulamaları ve beslenme kültürü bulunmaktadır. Çeşitli sosyo-ekonomik, kültürel ve eğitimsel etkinliklerin yönlendirdiği beslenme alışkanlıkları yaşamın ilk dönemlerinde kazanılır. Beslenme alışkanlıkları; kişinin günlük öğün sayısı, ana öğünlerde ve ara öğünlerde tükettiği besinlerin tür ve miktarları, yiyecek satın alma,yemek hazırlama, pişirme ve servis gibi davranış kalıplarını içerir (Gül 2011).

Beslenmenin sağlıklı olabilmesi için, yeterli ve dengeli olması gerekir. Günlük alınan besinler kalori bakımından yeterli olmalı, iyi kalitede protein içermeli, yağ (özellikle doymuş yağ), kolesterol, sodyum, rafine, şeker içeriği az olmalıdır. Buna karşılık kompleks karbonhidratlar, minareler ve vitaminler bakımından zengin ve bol posalı olmalıdır (Yıldırım 2005). Sağlık; enfeksiyonlar, radyasyon, sigara, alkol, kirli hava, suya karışan ağır metaller, yapay kimyasallara maruz kalma (pestisit, boya vb) olumsuz aile ve iş yaşamı gibi pek çok faktörün etkisi altındadır. Beslenme, sağlığı hem olumlu hem de olumsuz etkileyebilen bir olgudur. Dengeli ve yeterli beslenme sağlığın korunması için bir temel teşkil ederken, yetersiz ve dengesiz beslenme sağlığı bozucu etki gösterir (Merdol 2013).

Bilimsel araştırmalarda, insanın yaşamı için 50 ye yakın besin öğesine gereksinim olduğu ve insanın, sağlıklı büyüme ve gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için bu öğelerin her birinden günlük ne kadar alınması gerektiği belirlenmiştir. Bu öğelerin herhangi biri alınmadığında, gereğinden az ya da çok alındığında, büyüme ve gelişmenin engellendiği ve sağlığın bozulduğu bilimsel olarak ortaya konmuştur (Gül 2011). Araştırmalar sonucu erken ölümlere neden olan dört faktör ortaya çıkmıştır. Bu dört faktör arasında şişmanlık ilk sıradadır. Diğer üç faktör şişmanlığa eşlik eden sağlık problemleri (koroner arter hastalığı, hipertansiyon, diabetus mellitus) olarak belirlenmiştir. Beslenme, kronik hastalıkların oluşmasında rol alan, değiştirilebilir bir faktördür (Çimen 2010).

1.3.3. Stresin Sağlığa Etkileri ve Süreç

Stres kavramı, hayat şartları karşısında bireyin adaptasyonunu veya değişmesini gerektiren bir cevap biçimi olarak da ifade edilir. Bazı stressör hayat şartlarının başında sevilen birinin ölümü, çocuğun doğumu veya bir yerden bir yere göç gibi bir takım olaylar da olabilir. Gergin münasebetler (aile içinde sık sık yapılan münakaşalar, öfke durumları) bu hususta çok önemlidir. İnsanların çok zaman işsizlik durumları ve işsiz bir şekilde bütün gün evde oturmaları da bir stres kaynağıdır (Uğur 2006).

Stres sözcüğü latince "estrictia" fiilinden türetilmiştir. Sözlüklerde fiil olarak, baskı yapmak, bastırmak, germek, önem vermek, yüklemek, zorlamak; isim olarak, baskı, basınç, gerilim, güç, kuvvet, önem, şiddet, vurgu, yük, zarar, zor karşılığı kullanılmaktadır (Köknel 1998). Stresle ilgili çalışmaların son yıllarda yaygınlaşmasına karşın, stresle yaşama yeni bir olgu değildir. Bireylerde gerilim yaratan olaylar, eski çağlardan beri süregelmektedir. Eski çağlarda bireylerin yırtıcı hayvanlarla ya da kendi aralarında yaşadıkları gerilim yaratan olaylar, günümüzde teknolojik, ekonomik, politik ve sosyal konulardaki hızlı değişimlerle devam etmektedir (Aşkun 2006).

Stres kavramını ilk kez Selye (1977) kullanmış ve "vücudun herhangi bir dış talebe verdiği özel olmayan tepkidir" biçiminde tanımlamıştır (Soysal 2009). Stres kelimesi ile "kişinin fizyolojik, biyokimyasal, psikolojik stres tepkileri" anlatılır. Stres kelimesinin ifade ettiği diğer anlam ise organizmanın dengesini bozabilecek etkenlerin tümüdür. Stres vericiler, fiz yo lojik (travma, sıcak, soğuk gibi), psikolojik(duygusal gerilimler, iç ve dış çatışmalar, eş problemleri) ve ya sosyal (çevre etkenleri, kültürel değişim v.b) içerikli olabilir (Balcıoğlu 2005).

Çağdaş yaşamın en önemli gündem maddelerinden biri olan stresin, bireyler ve diğer canlı varlıklarla ilgili karmaşık bir kavram olduğu bilinmektedir. Stresle ile ilgili tanımlama girişimlerinin stresi genellikle birey ve çevresi bağlamında ele aldığı, bedensel ve ruhsal sınırların zorlanması, gerilim ve baskı altında tutulması ile ortaya çıkan bir durum olarak değerlendirildiği gözlenmektedir (Kılıç 2012).

Stres durumunun uzaması sonucu organ, sistem ve fonksiyonlarda bozulma meydana gelir ve aşağıdaki durumlar ortaya çıkar (Bozhüyük 2010):

-Beyin, kronik stresten olumsuz etkilenir aşırı kortizol hipokampusu etkiler, sürekli olursa küçülmesine neden olabilir.

-Pankreas: Kortizol, insülinin beden hücreleri üzerindeki etkisini azaltır. Kortizol seviyesinin sürekli yüksek olması, insülin eksikliği olarak algılanır. Sonunda pankreastaki hücreler tükenene kadar insülin üretirler, böylece insülin eksikliği doğar, kan şekeri yükselir, diyabet riski olur.

-Kan damarları: Kan basıncının kronik yüksek olması, kan damarlarına zarar verir.

-Kaslar: Kaslar insüline daha az tepki verir ve hücrelere daha az şeker girer. Stres sırasında kas hücreleri şeker yerine yağ yakar, bunun için kas proteinine ihtiyaç vardır. Karaciğer kaslara besin sağlamak için bu proteinleri şekere çevirir. Kaslar, fiziksel yükle etkin olduğu için bedende gerginlik olur.

-Mide: Noradrenalin, sindirim sistemindeki organların kan damarlarını daraltır, dolayısıyla daha az bağışık hücresi gelir ve mide mukozasında virüslerin üremesi kolaylaşır. Stres esnasında mide mukozası, mide sıvılarına karşı daha hassaslaşır. Bu da kasılmayla ağrılar ve mide bulantısına sebep olur.

-Cinsel organlar: Kortizol yüksekliği testosteron sentezini engeller. Cinsel istek azalır, sperm daha az üretilir, libido azalması ve erektil disfonksiyon ortaya çıkabilir. Kadında menstrual siklus etkilenebilir.

-Bağışıklık sistemi: Kronik streste, kanda kortizol yüksekliği sitokin sentezini frenler ve korumanın önüne geçer. Kortizol doğrudan lenfatik sistemi engeller. Kimi zaman kortizol eksikliği olur ve bağışıklık sistemi fazla çalışır. Bu da beyin sapına etki eder; davranışlarda ve duygu durumunda değişikliklere sebep olur; dolayısıyla güçsüzlük, toplumsal izolasyonluk ve depresyon ortaya çıkar.

-Aşırı stres, bedensel ve zihinsel sağlığı ve ilişkileri bozar, fiziksel, duygusal ve davranışsal hastalıklar, uykusuzluk, çeşitli ağrılar, baş ağrısı gibi bir takım rahatsızlılara yol açabilir, hipertansiyon, kalp hastalıkları diyabet gibi yaşamı tehdit eden hastalıkların ortaya çıkmasında rol oynayabilir.

Stres kavramını konu alan çalışmaların son zamanlarda artış göstermesine karşılık, gerçekle stresle yaşama yeni bir olay ya da kavram değildir. Çünkü kişilerde gerilim yaratan olaylar daima bulunmuş, insanlar öteden beri stres yaratan birçok olayla karşı karşıya kalmışlardır. Bunun yanı sıra, toplumların yaşamakta olduğu hızlı değişme; teknolojik, sosyal ve ekonomik konularda sorunlar ortaya çıkartmıştır. Bu sorunlar bireyde stres yaratabilmekte, stres de bireyin sağlığını ve verimliliğini etkileyen bir kavram olarak kabul edilmektedir (Şahin ve Erigüç 2000).

Akademik çakışmalarda stresin "psikolojik bir kavram" olarak ele alınmasının sebepleri vardır. Bunlardan bir tanesi toplayıcı bir özelliğe sahip olmasıdır. Stres, "endişe, gerginlik, çatışma, duygusal çöküntü, ağır dış şartlar, benlik tehdidi, engellenme, güvenliğin tehdidi, uyarılma" yerine kullanılır. Bir diğer sebep ise stres kavramının, psikolojik olayların fizyolojik belirleyicilerini gösterme imkânı vermiş ve bu bağlantıların kurulmasını kolaylaştırmış olmasıdır (Balcıoğlu 2005).

Stres; bireyin, özel yaşamında olduğu gibi çalışma yaşamında da karşısına çıkan ve onu etkileyen önemli bir olgudur. Stresin çalışma yaşamındaki etkileri, çalışanlar üzerinde ciddi sıkıntılara yol açmakta ve bireyler bu rahatsız edici baskı ortamından kurtulmak istemektedirler (Aşkun 2006). Yapılan tanımlamalar ve açıklamalar çerçevesinde stres, bireylerin esenliği ve huzuru için tehlike işareti, bir uyarı olarak algılanan ve dolayısıyla yetersiz bir şekilde ele alınan olaylara gösterilen, belirgin olmayan fizyolojik ve psikolojik bir etki veya insanların aşırı baskıya karşı gösterdikleri bir tepki şeklinde ifade edilebilir (Soysal 2009).

1.3.4. Sağlık Sorumluluğu

Bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hastalık ve ölümlerle doğrudan ilgili olduğu bildirilmektedir. Sağlıklı yaşama yöneliş, bireylerin sağlıklarını düzeltmek ve sağlık kontrollerini artırmakla

mümkündür. Bireyler sadece hastalıklardan korunmakla yetinmemeli, pozitif dinamik bir olgu olarak sağlık kalite ve standartlarını sürekli artırma yönünde çaba göstermelidirler (İmer 2013). Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler (Yıldırım 2005).

Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi; bedenini ve kendini tanıması, sağlıkla değişiklikler ve sapmalar olduğunda bir sağlık kuruluşuna gitmesi, düzenli aralıklarla taramalar yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklık ve düzenine özen göstermesi, sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi, sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi, sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması ile belirlenir. Bu tutum ve davranışların yerine getirilmesi, bireyin sağlığına önem verdiğini gösterir (Akgül 2008).

Genel olarak belirlenmiş olan sorumluluklara bakıldığında bütün bu sorumlulukla ilgili bildirilenlerin aslında özerkliğe saygı ilkesinin bir sonucu olarak ortaya çıktığı görülür. Özerk bir birey olarak hastanın, kendisi ile ilgili verilecek olan kararlarda söz sahibi olabilmesi ve haklarını hayata geçirmek ve korumak adına sorumluluklarını bilmesi önemlidir (Erer 2010). Sağlık sorumluluğu, bireyin sağlığı geliştirme davranışına başlamasını ve devam etmesini etkiler. Bireyin sağlığının içsel kontrolü, kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıtmaktadır (İmer 2013).

Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi (Yıldırım 2005);

-Vücudunu ve kendini tanıması, sağlık ile ilgili değişiklikler ve sapmalar olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna müracaat etmesi,

-Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklık ve düzenine özen göstermesi,

-Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi,

-Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi,

-Sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi,

-Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi,

-Sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması ile belirlenir.

Bu tutum ve davranışların yerine getirilmesi, bireyin sağlığına önem verdiğini, bireysel çaba sarf ettiğini gösterir (Karakoç 2006). Bireyin kendi sağlık sorumluluğunu alması sağlığı geliştirmenin başarılı olabilmesinde anahtar rol oynar. Bireyin davranışlarının ve yaşam biçiminin sağlığını nasıl etkilediğini anlamasını sağlayarak riskli davranışlardan (sigara içmek, riskli seksüel deneyimler, alkol almak vb.) uzak durmasını sağlar. Bireyin sağlığı üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğine inandığı davranışları geliştirmesinde sorumluluk almasına katkı verir (Aksoy 2010).

Hasta sorumluluğunun belirlenmesindeki amaç, her söyleneni sorgusuz sualsiz yapan değil, ne yapması gerektiğini bilen hasta meydana getirmektir. Sorumluluk olmaksızın gerçek bir özerklikten bahsedilemez. En basit olarak hasta, sadece kendisine söylenenle yetinmemeli, kafasında oluşan soruları sormalı ve hekimin kendisini etkilemesini değil yönlendirmesini beklemelidir. Seçim yapmak sorumluluğu gerektirir. Bireyin davranışlarından sorumlu olabilmesi için seçme özgürlüğünün ve bunu kullanabilecek akli melekelerinin olması gerekmektedir (Erer 2010). Sonuç olarak sağlık sorumluluğu bireyin kendi sağlığına hangi düzeyde katılım sağladığını belirler.

1.3.5. Fiziksel Aktiviteler ve Egzersiz

Fiziksel aktiviteyi tanımlarken farklı kaynaklarda birçok tanımla karşılaşmak mümkündür. Fiziksel aktivite, günlük yaşam içinde kas ve eklemlerin kullanılarak enerji harcaması ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını artıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanmaktadır (Alemdağ 2013). Fiziksel aktivite günlük yasamın bir parçası olarak yapılan aktiviteleri içerir. Alışveriş merkezine yürüme, merdiven inip çıkma gibi. Fiziksel aktivite aynı zamanda, kronik hastalıkların rehabilitasyonun da, tedavisinde ve önlenmesinde etkili olan sağlıkla ilgili bir davranış seklidir (Taşkın 2012).

Düzenli fiziksel aktivite; esnekliğinizi, dengenizi, kuvvetinizi ve dayanıklılığınızı geliştirir. Günlük işlerinizi daha kolay, yorulmadan ve kendi başınıza yapabilir, daha rahat hareket edip ağırlıkları ve eşyaları kolayca taşıyabilirsiniz. Yataktan kalktığımız andan itibaren aktivitelerde bulunmaya başlarız: ayağa kalmak, yürümek, yüzümüzü yıkamak, giyinmek, kahvaltı yapmak, televizyon izlemek ve alışveriş yapmak gibi. Fakat yaptığımız her aktivite fiziksel aktivite değildir. Her fiziksel aktivite de bir egzersiz değildir (Gökmen 2012).

Günlük yaşamda fiziksel hareketsizliği içeren bir yaşam tarzı, sakatlık ve mortalite açısından önemli rol oynamaktadır. Dünyada yetişkin nüfusun %60'ının ve genç nüfusun üçte ikisinin yeterli fizik aktivite yapmadıkları, fiziksel inaktivitenin kadınlarda daha fazla olduğu bilinmektedir. Fiziksel hareketsizlik, toplam ölüm oranını, özellikle de kardiyovasküler hastalık, diabet ve obesite riskini iki kart arttırmaktadır. Amerikan Kalp Vakfı da, kalp hastalıklarının oluşmasında egzersiz yoksunluğunu risk faktörü olarak kabul etmektedir (Akgül 2008).

Düzenli fiziksel aktivite yapmak, vücut ağırlığının kontrolünü ve buna bağlı olarak kalp-damar hastalıkları riskini azaltır. Bu durum, kan basıncının düşük düzeyde korunmasına, kan kolesterol ve düşük dansiteli lipoprotein düzeylerinin düşürülmesine ve yüksek dansiteli lipoprotein düzeyinin artırılmasına bağlıdır. Böylece kalp krizi ve inme riski azalır. Ayrıca, düzenli fiziksel egzersiz yapan bireyler hastalandıkları zaman daha hızlı iyileşirler (Aksoy 2010). Fiziksel aktivite, hem zevk, sağlık, estetik, eğlence, oyun ve boş zamanları değerlendirme aracı, hem de kişi ve toplumlar arası ilişkileri düzenleyen bir olgudur. Fiziksel aktivite, bedene ve ruha hitap eden bir sosyal davranıştır (Alemdağ 2013).

Egzersiz fiziksel aktivitenin bir alt grubu olup, planlanmış tekrarlayıcı, fiziksel uygunluğun bir veya birkaç komponentini geliştirmeyi amaçlayan vücut hareketleri olarak tanımlanmaktadır (Taşkın 2012). Egzersiz ile fiziksel aktivite terimleri farklı anlamlar taşırlar. Bunlar arasındaki fark; fiziksel aktivitenin günlük yaptığımız işler, oturma, kalkma, dolaşma, yıkanma, gibi her türlü kas hareketlerini kapsaması; egzersiz ise genellikle bir spor faaliyeti içine girebilecek özel, sürekli ve düzenli kas hareketi olmasıdır (Yıldırım 2005).

Amerikan Kalp Vakfı, kalp hastalıklarının oluşmasında egzersiz yoksunluğunu risk faktörü olarak kabul etmektedir. Egzersiz yapılarak yeniden hareketliliğin sağlanması sonucu, insan için daha kaliteli bir yaşam söz konusu olabilir. Bu egzersizin önemli bir işlevini "herkes için sağlık" sloganı ile ortaya çıkan ve kitlelerin sağlıklarını korumayı amaçlayan yönünü ortaya koymaktadır (Karakoç 2006). Fiziksel egzersiz, kaygı, stres, depresyonun azaltılması, zihinsel sağlığın sürdürülmesi, psikolojik zindeliğin sağlanmasında pozitif etkiler yaratırken, diğer yandan da sigara tüketiminde ve fazla vücut ağırlığında azalma sağlar. Adolesan dönemden sonra artmakta olan fiziksel hareketsizlik, kanser, kalp, damar hastalıklarının gelişme olasılığını artırmaktadır. Dünyada yetişkin nüfusun %60'ının ve genç nüfusun üçte ikisinin yeterli fizik aktivite yapmadıkları, fiziksel hareketsizliğin kadınlarda daha fazla olduğu bilinmektedir (İmer 2013).

1.3.6. Kişilerarası Destek

Kişilerarası destek, bireylerin birbirleriyle olan ikili veya grup ilişkileri sonucu elde edilen ve sağlığı geliştirmedeki etkinliği önemli bir olgudur. Kişilerarası destek ilişkinin niteliğine, ilişkinin sürekliliğine ve ilişki düzeyine bağlıdır. Kişiler arası ilişkilerde destek veren kişi veya kişiler, koşulsuz bir yaklaşımla ve güven verici tutumları ile iletişimin ve yardımın nitelik kazanmasını sağlarlar. Destek veren kişi veya kişiler hem de asıl gereksinimin açığa çıkmasına, bireyin baş etme yeteneğinin artmasına katkıda bulunmuş olurlar (Çimen 2010).

Sağlıklı yaşam biçimi kriterleri arasında yer alan kişilerarası desteğin, bireylerin birbirleriyle olan ikili veya grup ilişkileri sonucu elde edildiği ve sağlığın geliştirilmesindeki etkinliğinin küçümsenmeyecek bir olgu olduğu bildirilmektedir. Kişilerarası destekte ilişkinin niteliği, ilişkinin sürekliliği ve ilişki düzeyinin önemli parametreler olduğu belirtilmekte ve etkin bir iletişimin sağlanmasında temel alınması önerilmektedir. İletişim; bireyin kendini, duygu ve düşüncelerinin yanı sıra gereksinmelerini anlatma ve başkalarını anlama yolu olarak tanımlanmaktadır (Kılıç 2012).

Kişiler arası iletişim fiziki olarak hazır olunduğu zaman partnerlerin her birinin davranışları üzerinde karşılıklı bir nüfuzun gerçekleştirildiği etkileşimi

kapsamakladır (Lazar 2001). Kişilerarası iletişim iç iletişimin tam tersine, iki farklı kişinin kendi bünyesindeki iletişimi gerçekleştirmesinden ziyade, zaman ve mekân yerinin belirlenmesi ve iki insanın karşılıklı olarak gerçekleştirdiği iletişim benzeri de kişiler arası iletişim şeklinde ifade edilebilmektedir. Kişilerarası iletişim, toplumsal ve örgütsel iletişimin temelini oluşturur. Çünkü iletişimin temel amacı, kişilerarası ilişkilerin kurulup sağlıklı bir biçimde devam ettirebilmektir. Ancak şu noktayı da hemen belirtmek gerekir. İletişim kişiler arasında gerekli ilişkilerin kurulmasına imkân sağlayan bir araç olduğu kadar, aynı zamanda toplumsal yaşamın devamlılığını da sağlayan bir sistemdir (Güney 2011).

Kişilerarası iletişim veya ilişki arkadaşlar arasında, aile bireyleri arasında sosyal çevre ve mesleki çevre arasında olan ilişkilerdendir (Karakoç 2006);

-Algılama (bireyin genel deneyimleri olup, davranışın yönünü belirler)

-Değerler (değer sisteminde yaş, cins, inanışlar rol oynar)

-Kültür (bireyin dünya görüşü, örf ve ananeler)

-Duygular (öfke, sevgi, şefkat ve kin duyguları) ile sosyal konum kişilerarası ilişkiyi belirleyici rol oynar.

Kişilerarası ilişkilerde destek veren kişi veya kişiler, koşulsuz bir yaklaşımla ve güven verici tutumları ile iletişimin ve yardımın nitelik kazanmasını sağlarlar. Destek veren kişi veya kişiler hem de asıl gereksinimin açığa çıkmasına, bireyin baş etme yeteneğinin artmasına katkıda bulunmuş olurlar (Yıldırım 2005). Kiesler (1996), tamamlayıcı etkileşimler ile karakterize edilmiş ilişkilerin istikrarlı, karşılıklı destek verici, düşük anksiyeteli olduğunu ve kişileri, ilişkiyi sürdürmeyi sağlayan davranış kalıplarını kullanmaya teşvik ettiğini belirtmiştir. Tamamlayıcı etkileşime dayanmayan kişilerarası ilişkilerin ise tutarsız, çatışmalı ve sıkıntılı olması beklenmektedir (Erok 2013).

Kişiler arası ilişkilerde destek veren kişi veya kişiler, koşulsuz bir yaklaşımla ve güven verici tutumları ile iletişimin ve yardımın nitelik kazanmasını sağlarlar. Destek veren kişi veya kişiler aynı zamanda asıl gereksinimin açığa çıkmasına,

bireyin baş etme yeteneğinin artmasına katkıda bulunmuş olurlar. Baş edebilme biçimi kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Her bireyin dini ve sosyal-kültürel özellikleri ya da çocukluk deneyimleri kişiler arası ilişki ve kişiler arası destek sürecini etkiler (İmer 2013).

Bireyler çeşitli dönemlerde hastalık, boşanma, ekonomik yetersizlikler vb. gibi çeşitli nedenlerle bedenlerinde, rollerinde, ilişkilerinde yaşam tarzları ile ilgili değişiklik yaşarlar. Bu gibi dönemlerde bireylerin aile veya yakın çevresinden destek görmesi sorunların çözümünü ve mevcut durumu daha kolay algılamasını başarmada yardımcı olur (Aksoy 2010). Sonuç itibariyle yukarıda saydığımız davranışsal aktivitelerin sağlıklı yaşam açısından oldukça önemlidir.

1.4. Sağlıklı Yaşam ve Sağlığı Geliştirmede Hemşireler

Bu bölümde sağlıklı yaşam ve sağlığı geliştirmede hemşirelerin rolü üzerinde durulacaktır.

1.4.1. Hemşirelik

Günümüzde birey ve toplumun gelişen ve değişen sağlık gereksinimlerinin karşılanması ile ilgili yeni felsefe doğrultusunda hemşireler üstlendiği rol ve işlevlerinde başarılı olabilmek için sorumluluklarını tekrar gözden geçirmek zorundadır. Tartışmasız hemşirenin en önemli sorumluluğu hastaya kişisel, teknik, bilimsel ve gereksinimi doğrultusunda bakım vermektir (Kara 2005). Hemşireler, son 30 yıldır uluslararası ve ulusal belgelerde, sağlık sistemindeki sorunların çözümünde kilit personel olarak tanımlanmaktadır (Tanrıverdi ve Ekinci 2007).

Uluslararası Hemşirelik Birliği'ne (ICN) göre ise hemşire, "sağlık düzeyinin yükseltilmesi, hastalığın önlenmesi, hastanın bakımı ve rehabilitasyon çalışmalarında hemşirelik bakımını planlamak, sağlamak ve değerlendirmekte yeteneklidir ve sağlık Bakanlığı'nın bir üyesi olarak görevli ve yeterlidir" (Apaydın 2007). ICN tarafından adapte edilen Virginia Henderson'un hemşirelik tanımına göre; "gerekli güç, istek ve bilgiye sahip olabilseydi, bireyin yardımsız olarak kendini iyileştirebilmesi ya da sağlığı için yapabileceği faaliyetleri kendisinin yapabilmesi gerekirdi. Bunlar birey

tarafından yapılamadığı hallerde sağlıklı ya da hastalıklı bireye yardımcı olmak hemşireliğe özgü bir fonksiyondur. Bu açıklamada da görülmektedir kİ hemşireliğin temel işlevi, sağlıklı ya da hasta bireye yardım etmektir (Bayat 2005).

Hemşirelik, başlangıçta toplumun gereksinmelerini yerine getirmek ve hasta yada güçsüz durumda alan bireylere bakım vermek için geliştirilmiştir. Bu nedenle bakım yönlenilen de insanların hastalık nedenleri ve yaşam konusundaki inançlarından temel almaktadır (Ökdem ve ark 2000). Hemşirelik Türk Hemşireler Derneği (THD) Eğitim Komisyonu'nun 1981 yılında yapmış olduğu tanıma göre, "bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplinidir" (Apaydın 2007).

Hemşireliğin genel amaçları yüzyıllar boyunca aynı kalmakla birlikte hemşirelik uygulamalarının kapsamı ve niteliği toplumların değişen gereksinimlerinden etkilenmiştir. Toplumlar, toplumsal dinamikler, sağlık bakım gereksinimleri ve sağlık politikaları değişirken hemşirelik de modern bir meslek haline gelmiştir (Uçan ve ark 2008). Verdikleri bakımın yoğunluğu hastalıklardan korunma ve rehabilitasyondan çok hastalık merkezidir, hemşirenin bakım alanı hasta birey olmuştur. Hemşirelik hizmetleri hekime bağımlı olup ekip çalışması yaklaşımı benimsenmemiştir. Eğitim programlarında araştırmaya önem verilmemiş, araştırma istek ve arzusu uyandırılmamıştır. Bu nedenle toplumun sağlık sorunlarının saptanması, değerlendirilmesi ve sağlık programlarının planlama ve yürütülmesinde söz sahibi olamamışlardır (Şanlı 1991).

Hemşireler, mesleki girişimlerden sorumludur. Profesyonel hemşire yeni araştırma bulgularının ışığında bakım verdiği bireyin gereksinimlerini saptayan, gereksinimleri doğrultusunda bakım planı geliştiren kendi sunduğu bakımın sorumluluğunu üstlenen özerk bir uygulayıcı konumundadır. Hemşirelik bakımında kalite ilkesine dayanan bir yaklaşım biçimi ile hasta-hemşire oranının belirlenmesi, bakım standartlarının ve hemşirelik uygulama talimatlarının oluşturulması bakım hizmetinin güvenliğine temel oluşturur (Kara 2005). Hemşirenin normal görevleri dışında sağlığın geliştirilmesinde de çeşitli rolleri üstlendikleri bilinmektedir.

1.4.2. Sağlığı Geliştirmede Hemşireler

Toplumda hemşirenin görevlerinden biri de bireylere ailelere ve gruplara yaşadıkları, çalıştıkları onanı içerisinde fiziksel, ruhsal, sosyal potansiyellerini belirlemeleri ve bu potansiyeli değerlendirme konusunda yardımcı olmaktır Bunun için hemşireler sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesini sağlayacak işlevler geliştirmeli ve uygulamalıdır. Hemşirenin en öncelikli işlevi sağlığın geliştirilmesi ve korunması olup; bu işlevini bireyin kendi potansiyel gücünü kullanmasını sağlayarak yerine getirmesi gerekmektedir (Aksayan ve Gözüm 1998).

Hemşirelik, sağlık ya da hastalık sorunları nedeniyle yardıma gereksinimi olan kişilere verilebilen birçok hizmet türünden biridir. Bir sağlık disiplini olarak hizmet veren hemşirelikte "yardım etme" amacı oldukça geniş bir tabana dayanır. Bireyin yaşam sürecinde sağlık ve esenlik, rahatsızlık, hastalık ve ölümü kapsayan yaşam deneyimlerinin tümünde, hemşire "yardım etme" amacını gerçekleştirebilir. Ancak bu, hemşireliğin bilimsel bazını oluşturan pozitif bilimler, sosyal ve davranış bilimleri ile mesleki bilgileri bütünleştiren hümanist bir yaklaşımla sağlanır (Sabuncu 1996). Sağlıklı yaşam biçiminin geliştirilmesi ve hastalıklardan korunma ise, sağlık davranışının temelini oluşturmaktadır. Davranış değişikliği üzerine odaklanan sağlığı geliştirme için, olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesi gerekir. İşte bu noktada bireylerin sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirmelerinde topluma rol model olan hemşirelerin önemli sorumlulukları vardır (Aksoy 2010).

Hemşirelerin, bireylerin sosyal destek durumlarını değerlendirerek ve sosyal destek algısı ile ilişkili olan sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikleri dikkate alarak bakım planlamaları, aile ve arkadaş desteğinin arttırılması için hastayı ailesi ve yakın çevresi ile birlikte ele alarak bakım sunmalarının önemli olduğu düşünülmektedir (Sarı ve ark 2011). Bireylerde olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesinde kilit insan gücü olan hemşirelerin sağlık geliştirme modellerini bilmesi ve çeşitli alanlarda kullanması önemlidir. Modellerin bazı sınırlılıklarına rağmen farklı yapı ve özelliği olan toplum gruplarında çalışılmasına ve test edilmesine gereksinim vardır (Nahcivan ve Seçginli 2003).

Hemşirelik hizmetlerinin ana uğraşı alanı birey ve toplumdur. Toplum gereksinimlerini karşılamaya yönelik olan hemşirelik felsefesi aşağıdaki ilkeleri içerir (Kara 2005):

-Hemşirelik, bireyin sağlıklı ortamda yaşamaya hakkı olduğuna inanır.

-Hemşirelik, sağlıktan sapmalar olduğu zaman bireyin optimal sağlık bakımı almaya hakkı olduğunu savunur.

-Hemşirelik, kendine özgü bilgi ve olgular içeriği olan bağımsız bir sağlık disiplinidir.

-Hemşirelik, bireyin kendine özgü özelliği ve bütünlüğü içinde hak ve mahremiyetine saygıyı içerir.

-Hemşirelik mesleği, topluma hizmet götürme işlevinde, diğer sağlık disiplini ile sıkı bir işbirliği yapılması gerektiğine inanır.

Hasta-Hemşire etkileşiminde yardım edici ilişki farklıdır. Çünkü burada hemşire çoğu kez tek taraflı yardım eder, sorun çözümünde yardımcı olur. Karşısındakinden olan beklentisi de yine ona aittir, onun sağlığı ile ilgilidir. Hemşire, hastasının duygularını açıklamasına olanak verecek biçimde hastaya rehber olur, onu yöneltir, yaşamla başa çıkmasında destek olur (Pektekin 1991). Hemşirelikle ilgili rol statüsünün yetersizliği, hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarının açık seçik belirlenmemesi, diğer sağlık personeli ile ilişkilerini olumsuz yönde etkilemekte, birimler arası iletişim bozukluğa neden olmaktadır. Bu da hasta ve ailesine verilen bakıma yansımakta ve toplum tarafından olumsuz değerlendirilmektedir (Şanlı 1991).

Hemşireler değişen gelecek hedefleri doğrultusunda sağlığı geliştirmede farklı rol ve sorumluluklar da üstlenmelidir. Hemşirelerin bu roller ve sorumlulukları kısaca şu şekilde özetlenebilir (Aksoy 2010):

-Bireyden ve aileden kaynaklanan olası risk faktörlerini belirlemek,

-Eldeki verilerle mevcut sorunu tanımlamak, sorunun çözümü için planlama yapmak, hemşirelik girişimlerini uygulamak ve uygulamanın sonuçlarını değerlendirmek

-Bireyin kendi sağlığı ile ilgili sorumlulukları taşımasına ve sağlığı geliştiren aktivitelerin öneminin algılanması ve uygulanmasına yardımcı olmak,

-Bireyi fiziksel ve sosyal çevresi ile birlikte ele alarak, sağlığı geliştirme çabalarına uyumuna yardımcı olmak ve cesaretlendirmek,

-Birey ya da hastanın kendi durumunu, sağlık problemlerini ve tıbbi tanılarını bilme, yapılan bakımı ve tedavileri öğrenme, kabul etme/reddetme, sağlık hizmetini sunan bireyleri tanıma, hizmeti veren kuruluşların sağlık sistemleri hakkında haberdar olma, hakların korunmasında savunuculuk rolünü üstlenme ve bu haklar konusunda bilgilendirmek,

-Mevcut durum hakkında bilgi sahibi olmak, veri toplamak, izlemlerde bulunmak, holistik bir yaklaşım içinde tüm sağlığı geliştiren aktiviteleri yerine getirmek, yapılması gereken aktiviteleri bir istem ve program doğrultusunda gözden geçirmek öncelikleri belirlemek, daha kolay ve daha yararlı olanlardan başlayarak girişimlerde bulunmak,

-Bireylere, sağlık ve hastalık hakkında düzenli ve programlı bir şekilde gereksinim duyulan eğitimi vermek,

-Bireylerin yaşam kalitesini ve iyilik halini doğrudan etkileyen kronik hastalıklar veya erken teşhis ve tedavinin öncelikle önem taşıdığı sağlıktan sapma durumlarında bilgi vermek.

İnsanın sosyal bir varlık olması, yaşadığı grup ve çevrede değişik yol ve yöntemlerle iletişim kurma gerekliliğini yaratır. İletişim, bireyin duygu, düşünce biçimindeki mesajını, sözel/sözsüz, dokunma gibi değişik yollar kullanarak diğer bir kişi/kişilere ulaştırmasıdır. Sağlıklı bir kişinin yaşamında bir gereklilik olarak belirttiğimiz iletişim, yeni bir duruma ve yeni bir ortama uyumu söz konusu olan hastada çok önemli bir aktivite niteliğini taşır. Bu nedenle hemşirenin hastası ile

tanıştığı an; iletişim yöntemini kararlaştırıp başlatacağı, korku ve endişelerini gidereceği önemli bir andır (Sabuncu 1996). Sonuç itibariyle sağlığı geliştirmenin ilk basamağı bireyler ve aileler için potansiyel riskleri değerlendirmektedir. Hemşirelik süreci için hemşirelerce bir çatı oluşturulmuştur. Tüm hemşireler uzmanlık gerektirmeksizin sağlığı geliştirir, sürdürür ve yeniden yapılandırır. Sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşireler; birey, aile ve toplum grupları ile çeşitli çalışma alanlarında ilişki içindedir (Çimen 2010).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hemşirelerin egzersize ilişkin yarar ve engel algılarını belirlemek ve öz yeterlilikle ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

2.2.Araştırmanın Yeri

Araştırma S.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hemşireler arasında yapılmıştır. S.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi faal 736, toplamda 934 yatak kapasiteli bir eğitim ve araştırma hastanesi olup, hemşirelik hizmetleri üç ayrı bölüme bağlı yürütülmektedir. Bunlar; ayaktan tanı ve tedavi hizmetleri bölümü sorumlu hemşireliğine bağlı beş servis (biyokimya, nükleer tıp, radyoloji vb.), cerrahi tıp bilimleri bölümü sorumlu hemşireliğine bağlı on üç servis (genel cerrahi, göğüs cerrahisi, kalp damar cerrahisi, beyin ve sinir cerrahisi vb.) ve dahili tıp bilimleri bölüm sorumlu hemşireliğine bağlı yirmi iki servis (iç hastalıkları, nefroloji, hematoloji, kardiyoloji, romatoloji vb.) olarak hizmet vermektedir. Tüm servislerde toplam 248 kadrolu ve 102 şirket personeli hemşire çalışmaktadır. Çalışma saatleri 08-17, 17-08, tam gün ve bazı servislerde özel vardiyaları (çalışma süreleri) içermektedir. Kampüs sınırları içerisinde boş zamanlarda fiziksel aktivite yapmak için bir adet fitness salonu, ayrıca voleybol, jimnastik ve basketbol vb. sporların yapılabildiği kapalı spor kompleksi ve açık hava yürüyüş parkurları, tenis kortu ve futbol sahası gibi tesisler bulunmaktadır.

2.3. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, S.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hemşirelerin egzersize ilişkin yarar ve engel algılarını belirlemek, öz yeterlilikle ilişkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini S.Ü. Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan %70'i kadrolu, %30'u şirket personeli olmak üzere toplam 350 hemşire oluşturmaktadır. Evrenin tamamının dâhil edilmesi planlanmış ancak araştırma sırasında yıllık izinde olan 10 kadrolu hemşire araştırmaya alınamamıştır. Bu nedenle araştırmaya 238 kadrolu, 102 şirket personeli hemşire olmak üzere toplam 340 (%97) hemşire alınabilmiştir.

2.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçlar

2.5.1. Egzersiz Yarar/Engel Ölçeği (Exercise Benefits/Barriers Scale)

Bu ölçek, 1987 yılında Sechrist, Walker ve Pender tarafından, egzersiz yapmaya katılacak bireylerin egzersiz yarar ve engel algılarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.95 olarak belirlenmiştir. EYEÖ' nin alt ölçekleri için Cronbach Alpha katsayısı 0.95 ile 0.86 arasında değişmektedir (Sechrist ve ark 1987). Bu ölçeğin Türkiye'de geçerliliği ve güvenirliği Ortabağ ve arkadaşları (2009) tarafından "GATA Hemşirelik Yüksek Okulundaki Öğrencilerin Egzersiz Yarar/Engel Algılarının Tespit Edilmesi (Validity and reliability of the exercise benefits/barriers scale for female university students in Turkey)" adlı çalışmada yapılmıştır. Ortabağ'ın Çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.92 olarak belirlenmiştir. Ölçek toplam 43 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin iki alt grubu vardır. Alt gruplar; Egzersiz Engel Ölçeği ile Egzersiz Yarar Ölçeğidir. Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı Egzersiz Yarar/Engel ölçeğinin puanını verir.

Ölçeğin puanlaması: Ölçek bir bütün olarak kullanılabilir ve puanlanabilir veya iki ayrı ölçek olarak kullanılabilir. Ölçeğin koşullandırılmış seçmeli Likert ölçek formatında 4'ten (kesinlikle katılıyorum) 1'e doğru (kesinlikle katılmıyorum) 4 tane cevabı vardır. Engel ölçeği maddeleri 4, 6, 9, 12, 14, 16, 19, 21, 24,28, 33, 37, 40 ve 42, yarar ölçeği maddeleri 1, 2, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 20, 22, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 38, 39, 41 ve 43 maddelerdir. Ölçekten alınabilecek en az puan 43, en yüksek puan 172'dir. Puan ne kadar yüksek ise birey o kadar

egzersizin yararına inanmış demektir. Yarar ölçeği tek başına kullanıldığı zaman puan aralığı 29'dan 116'a kadardır. Engel ölçeği yalnız kullanıldığı zaman puan aralığı 14'ten 56'ya kadardır. Araştırmada elde edilen verilerin geçerlik ve güvenirliğini belirlemek amacıyla cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Güvenirliğe ilişkin hesaplanan cronbach alfa katsayısının 0.883 (α>0.60) olduğu bulunmuştur (Ortabağ ve ark 2010).

2.5.2.Genel Öz-Yeterlilik Ölçeği

Genel Öz-Yeterlilik Ölçeği (GÖYÖ) Sherer ve arkadaşları (1982) tarafından 23 madde olarak oluşturulmuştur. Sosyal Öz-yeterlik ve özgül bir davranış alanına işaret etmeyen Genel Öz-Yeterlik olmak üzere iki faktörlü bir yapıdan oluşan ölçek özgün haliyle 14 derecelidir. Ölçek Sherer & Adams (1983) tarafından yapılan bir araştırma ile 5'li likert tipi ölçeğe çevrilmiş olup ölçekte puanların artması öz-yeterliğin artması anlamına gelmektedir. Yıldırım ve İlhan (2010) tarafından yapılan çalışmada Magaletta ve Oliver (1999) tarafından 17 madde haline getirilen Genel Öz-Yeterlik Ölçeği Türk Kültürüne uyarlanmıştır (Yıldırım ve İlhan 2010). Bu süreçte araştırmacılar psikoloji, psikiyatri, dilbilim ve sosyoloji alanında uzman akademisyenlerden destek alarak ölçeği kültüre uygunluk, anlaşılabilirlik ve amaca uygunluk açısından değerlendirmişlerdir. Yıldırım ve İlhan (2010) Genel Öz-Yeterlik Ölçeğinin ölçüt dayanaklı geçerliğini belirlemiş ayrıca faktör yapısını belirlemek üzere açımlayıcı faktör analizi ve varimax rotasyonu kullanmıştır. Açımlayıcı faktör analizi sonuçları öz-değeri 1'den büyük 3 faktöre işaret etmektedir. Ayrıca test-tekrar test, iki yarım güvenirliği ve cronbach alpha katsayısı ile güvenirliğe ilişkin kanıtlar elde edilmiştir. Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısı ilişkin pearson korelasyon katsayısı orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir ($r=0.80$, $p<0.001$)'dir. Çalışmaya ilişkin alfa katsayısı ise 0.80 (α>0.60) olarak bulunmuştur ve İki yarım güvenirliği ise 0.77 olarak belirlenmiştir. İki yarım güvenirliği ve cronbach alfa katsayıları ölçeğin güvenilir (Kalaycı 2006) olduğuna işaret etmektedir (Yıldırım ve İlhan 2010).

Araştırmada elde edilen verilerin geçerlik ve güvenirliğini belirlemek amacıyla cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Güvenirliğe ilişkin hesaplanan

cronbach alfa katsayısının 0.654 (α>0.60) olduğu bulunmuştur (Yıldırım ve İlhan 2010).

2.6.Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma verilerinin toplanmasına başlamadan önce S.Ü. Tıp Fakültesi Etik Kurulundan (Ek-C) ve S.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğinden gerekli yazılı izinler alınmıştır (Ek-B). Çalışan hemşirelere araştırmanın amacı ve yararı açıklanarak sözel izinleri alınmış ve araştırmaya katılmaları için gönüllülükleri sağlanmıştır. Daha sonra kişisel bilgi formunun ön uygulaması yapılmıştır. Bu amaçla form Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesin de 25 hemşireye çapraz olarak yapılan ön uygulama sonucunda soru formunda gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra asıl veri toplama işlemine başlanmıştır. Veriler 1 Nisan ile 30 Mayıs 2013 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra soru formu ve ölçekler araştırmacı tarafından dağıtılmış, formların kendileri tarafından doldurulması sağlanmıştır. Ayrıca, hemşirelerin vücut ölçülerini içeren vücut ağırlıkları ve boy uzunlukları, kendi ifadelerine göre değerlendirilmiştir.

2.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, SPSS 15.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Bütün verilerin ortalaması, standart sapması hesaplanmış ve veriler % 95 güven aralığında değerlendirilmiştir. Gruplama değişkenleri oran ya da yüzde olarak alınmıştır. Araştırmadan elde edilen tüm veriler bağımlı ve bağımsız değişkenler dikkate alınarak iki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Two Independent T-Test), üç ve daha fazla ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (One Way Anova) ile değerlendirildi. Anlamlılık seviyesi 0.05 olarak alınmıştır.

2.8. Kısıtlılıklar

Hemşirelerin bazılarına yıllık izinde olmaları nedeniyle ulaşılamamıştır.

3. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre hemşirelerin %72,1'i 20–29 yaşları arasında, %42,9'u evli, % 33,8'i çocuk sahibi olup, %47,8'nin bir çocuğu var, % 42,0'si çalışma saatleri dışında çocuk bakımı için yardım almakta, %57,1'i evde çocuğuna baktırmaktadır. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %7,1' inin doktor tarafından tanısı konulmuş hastalığı olup, %5,9'unun günlük aktivitelerini engellediğini düşündüğü bir hastalığı vardır. % 50,0 ile endokrin sistem hastalıkları birinci sıradadır. Hemşirelerin %27,1'i sigara kullanmakta olup, %35,4'ü günlük 10–19 adet sigara kullanmaktadır. % 60,9'unun yeterli ve dengeli beslendiği görülmektedir. Araştırmada hemşirelerin %70,3'ü (20<BKİ<25 kg/m^2) normal kiloda olup, %29,7'si (30.1<BKİ>35 kg/m^2) şişman olarak bulunmuştur (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	Yüzde*
Cinsiyet		
Kadın	226	66,5
Erkek	114	33,5
Yaş Grupları		
20-29	245	72,1
30-39	82	24,1
40 yaş ve üzeri	13	3,8
Medeni Durum		
Evli	146	42,9
Bekâr	175	51,5
Boşanmış	19	5,6
Çocuk sahibi olma durumu		
Çocuğu var	115	33,8
Çocuğu yok	225	66,2
Çocuk sayısı (n=113)*		
Bir çocuk	54	47,8
İki çocuk	48	42,5
Üç çocuk ve üzeri	11	9,7
Çocuk bakımı için yardım alma (n=119)		
Alan	50	42,0
Almayan	69	58,0
Çocuk bakımı için yardım alınan yer (n=49)*		
Evde bakım alma	28	57,1
Dışarıda bakım alma	21	42,9

* Yüzdeler n üzerinden değerlendirilmiştir.

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	Yüzde
Doktor tarafından tanısı konulmuş hastalık		
Olan	24	7,1
Olmayan	316	92,9
Günlük aktiviteleri engelleyen hastalık		
Olan	20	5,9
Olmayan	305	89,7
Fikrim yok	15	4,4
Hastalığın tipi (n=20)*		
Solunum ve dolaşım sistemi hastalıkları	5	25,0
Sinir sistemi, kas iskelet sistemi ve psikolojik hastalıklar	5	25,0
Endokrin sistem hastalıkları	10	50,0
Sigara içme durumu		
İçen	92	27,1
İçmeyen	204	60,0
İçip bırakan	44	12,9
İçilen sigara sayısı (n=82)**		
1-9 adet	25	30,5
10-19 adet	29	35,4
20 adet ve üzeri	28	34,1
Yeterli ve dengeli beslenme		
Beslenen	207	60,9
Beslenmeyen	97	28,5
Fikri olmayan	36	10,6
Beden kitle indeksi*		
Normal kilo	239	70,3
Şişman	101	29,7

* Yüzdeler n üzerinden değerlendirilmiştir.

**Hemşirelerin kendi ifadelerine göre değerlendirilmiştir.

Hemşirelerin eğitim ve çalışma yaşamları ile ilgili özellikler yer almaktadır. Buna göre hemşirelerin %59,7'si lisans ve üzeri mezunu olup, %48,8'nin meslekteki toplam çalışma süresinin 1 ay–3 yıl arasında olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %80,3' ünün Selçuk Tıptaki çalışma süresi 1 ay–3 yıl arasındadır. Yüzde 59,7'si dâhili birimlerde çalışmakta olup, %73,2'si klinik hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Yüzde 90,6 'sının klinikteki çalışma süresi 1 ay–3 yıl arasındadır. Hemşirelerin %53,8'inin 08:17 şiftinde çalıştığı ve %98,5'inin haftada 40–56 saat arasında çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %48,5'i kadrolu olarak çalışmaktadır (Çizelge 3.2).

Çizelge 3.2. Hemşirelerin Eğitim ve Çalışma Yaşamı İle İlgili Özellikleri

	Sayı	Yüzde
Eğitim düzeyi		
Sağlık meslek liseli	100	29,4
Ön lisans	37	10,9
Lisans ve üzeri	203	59,7
Meslekteki toplam çalışma süresi		
1ay - 3 yıl arası	166	48,8
4 – 6 yıl arası	99	29,1
7 – 9 yıl arası	35	10,3
10 – 12 yıl arası	19	5,6
12 yıl ve üstü	21	6,2
Selçuk Tıpta çalışma süresi		
1ay – 3 yıl arası	273	80,3
4 – 6 yıl arası	67	19,7
Çalışılan bölüm		
Dâhili birimler	203	59,7
Cerrahi birimler	117	34,4
Acil ve yoğun bakım	20	5,9
Bölümdeki sorumluluk düzeyi		
Servis sorumlu hemşiresi	19	5,6
Klinik hemşiresi	249	73,2
Diğer*	72	21,2
Bölümdeki çalışma süresi		
1ay - 3 yıl arası	308	90,6
4 – 6 yıl arası	32	9,4
Çalışılan şift		
08:00 – 17:00	183	53,8
16:00 – 08:00	57	16,8
Dönüşümlü olarak her iki şift	100	29,4
Haftalık çalışma süresi		
40 – 56 saat	335	98,5
64 – 88 saat	5	1,5
Çalışma şekli		
Kadrolu	165	48,5
Sözleşmeli	62	18,2
Geçici	113	33,2

*Laboratuar, Başhemşirelik, Ameliyathane, Poliklinik gibi bölümleri içermektedir.

Hemşirelerin egzersiz yapma ve boş vakitlerini değerlendirme biçimleri verilmiştir. Yapılan araştırmada hemşirelerin %76,5'inin spor yapmadığı, spor yapanların ise %46,7'sinin ayak sporları ile uğraştıkları belirlenmiştir. Yüzde 42,9'unun hiç egzersiz yapmadığı, %89,7'sinin ise ailesinde herhangi bir spor dalı ile uğraşan olmadığı, ailesinde spor yapanların ise %74,2'sinin kardeşinin spor yaptığı

belirlenmiştir. Yine hemşirelerin %35,9'unun boş vaktinin olmadığı, %18,8'inin boş vakitlerinde televizyon ve sinema izlediği belirlenmiştir. Boş vakitlerini kitap okuyarak ve müzik dinleyerek geçirenler ile bilgisayar ve internet kullanarak geçirenlerin yüzdesinin %14,9 ile aynı olduğu bulunmuştur. Sağlık için en fazla önem verilen davranışın %44,0 ile sağlığa zararlı alışkanlıklardan sakınmak olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.3).

Hemşirelerin egzersiz yarar/engel ölçeği (EYEÖ) ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları verilmiştir. Katılımcılar ölçeğin yarar algısı alt başlığından en yüksek puan alırken (57,87±11,781), Engel algısından düşük puan (38,02±5,930) almışlardır (Çizelge 3.4).

Hemşirelerin EYEÖ'nin Alt Gruplarından Aldıkları Puan Ortalamaları verilmiştir. Katılımcıların EYEÖ'nin Alt Gruplarından Aldıkları En Yüksek Puan Ortalaması yarar faktörleri altında en yüksek değer fiziksel performans (18,99±4,36), engel faktörün en yüksek değeri fiziksel zorlama (13,28±2,51), en düşük puan ortalaması yarar faktöründen psikolojik görünüm (5,59±1,56), engelleyen faktörlerden ise aile desteği (5,36±1,27) yer almaktadır (Çizelge 3.5).

Hemşireler EYEÖ'nin yarar alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları verilmektedir. Katılımcılar yarar alt ölçeğinden aldıkları en yüksek puan ortalaması "Egzersiz başkaları tarafından kabul edilmemi sağlar" (2,60±0,77), en düşük puan ortalaması ise "Egzersiz akıl sağlığımın gelişimini sağlıyor" (1,71±0,62)'dır (Çizelge 3. 6).

Çizelge 3.3. Hemşirelerin Spor Yapma ve Boş Vakitlerini Değerlendirmesi

	Sayı	Yüzde
Spor yapma durumu		
Yapan	80	23,5
Yapmayan	260	76,5
Yapılan sporlar (n=75)		
Ayak sporları	35	46,7
El sporları	21	28,0
El ve ayak sporları beraber	19	25,3
Egzersiz yapma durumu		
Hiç yapmayan	146	42,9
Haftada 1-2 gün yapan	141	41,5
Haftada 3-4 gün yapan	30	8,8
Diğer *	23	6,8
Ailede spor yapma durumu		
Yapan	35	10,3
Yapmayan	305	89,7
Ailede spor yapan (n=31)		
Anne – baba – eş	8	25,8
Kardeş	23	74,2
Boş zamanı değerlendirme şekli**		
Boş zamanım yok	65	35,9
Kitap okuyarak ve müzik dinleyerek	27	14,9
Televizyon ve sinema izleyerek	34	18,8
Bilgisayar ve internet kullanarak	27	14,9
Spor yaparak ve gezerek	19	10,5
Diğer ***	9	5,0
Sağlık için en önemli davranış (n=319)		
Sağlığa zararlı alışkanlıklardan sakınmak	143	44
Düzenli fiziksel egzersiz yapmak	5	1,5
Yeterli ve dengeli beslenmek	89	26,2
Yeterli ve düzenli uyumak	88	25,9

*Birden fazla ifade de bulunanlar.
**İfadeler birden fazla olduğu için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.
***Ev işleri yaparak, çocuklarla ilgilenerek ve yemek yaparak değerlendirildiğini belirtenler.

Çizelge 3.4. Hemşirelerin Egzersiz Yarar/Engel Ölçeği (EYEÖ) ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Alt ölçekler	Araştırmanın alt ve üst değerleri	$\overline{X}$ ± SS
Yarar	29–116	57,87 ±11,781
Engel	14–56	38,02 ± 5,930

Çizelge 3.5. Hemşirelerin EYEÖ'nin Alt Gruplarından Aldıkları Puan Ortalamaları

Yarar faktörleri	Min.	Max.	$\overline{X}$	SS
Faktör 1 Fiziksel performans	10	40	18,99	4,346
Faktör 2 Psikolojik görünüm	3	12	5,59	1,563
Faktör 3 Sağlığı korumak	5	20	10,03	2,251
Faktör 4 Hayatı geliştirme	7	28	14,36	3,178
Faktör 5 Sosyal etkileşim	4	16	8,90	2,155
Engel faktörleri				
Faktör 6 Fiziksel zorlanma	5	20	13,28	2,513
Faktör 7 Aile desteği	2	8	5,36	1,270
Faktör 8 Egzersiz olanakları	3	12	8,00	1,713
Faktör 9 Zaman harcama	4	16	11,38	1,879

Çizelge 3.6. Hemşirelerin EYEÖ'nin Yarar Alt Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Maddeler - Yarar	$\overline{X}$	SS
1. Egzersizden hoşlanırım	1,83	,708
2. Egzersiz stres ve gerilim duygularımı azaltır	1,77	,679
3. Egzersiz akıl sağlığımın gelişimini sağlıyor	1,89	,702
5. Egzersiz yaparak kalp krizlerini önleyebilirim	1,90	,624
7. Egzersiz kas gücümü artırır	1,71	,628
8. Egzersiz bana kişisel başarı	1,96	,703
10.Egzersiz bana gevşediğimi hissettirir	1,99	,643
11.Egzersiz yaparken arkadaşlarım ve sevdiklerimle birlikte olabilirim	2,19	,755
13.Egzersiz yapma beni yüksek tansiyondan korur	2,02	,671
15.Egzersiz yapmak fiziki zindeliğimi arttırır	1,82	,644
17.Egzersiz kas kitlemi arttırır	1,91	,654
18.Egzersiz yapmak kalp damar sistemimin işlerliğini arttırır	1,79	,613
20.Egzersiz yapmak bana keyif verir	2,04	,686
22.Egzersiz dayanıklılığımı arttırır	1,84	,621
23.Egzersiz esnekliğimi arttırır	1,75	,594
25.Egzersiz mizacımı geliştirir	2,28	,688
26.Egzersiz yapmam geceleri daha iyi uyumama yardımcı olur	2,00	,612
27.Egzersiz yaparsam daha uzun yaşarım	2,17	,791
29.Egzersiz yorgunluğumu alır	2,26	,700
30.Egzersiz yapma yeni insanlarla tanışmam için iyi bir yoldur	2,23	,738
31.Fiziksel dayanıklılığım egzersiz yapma ile arttı	1,95	,650
32.Egzersiz yapma benlik kavramımı geliştirir	2,11	,698
34.Egzersiz yapma zihinsel uyanıklığı arttırır	1,87	,583
35.Egzersiz normal aktivitelerimi yorulmadan sürdürmemi sağlar	1,99	,629
36.Egzersiz çalışmamın kalitesini arttırır	1,99	,654
38.Egzersiz benim için bir eğlencedir	2,14	,685
39.Egzersiz başkaları tarafından kabul edilmemi sağlar	2,60	,771
41.Egzersiz tüm vücut fonksiyonlarımı düzeltir	1,94	,637
43.Egzersiz vücut görünümümü geliştirme yoludur	1,93	,661

Çizelge 3.6. Hemşirelerin EYEÖ Engel Alt Ölçeğinden Aldıkları Puanların Ortalamaları

Maddeler - Engel	$\overline{X}$	SS
4.Egzersiz çok fazla zamanımı alır	2,68	,713
6.Egzersiz beni yoruyor	2,54	,761
9.Egzersiz yerleri çok fazla uzak	2,62	,780
12.Egzersiz benim için çok sıkıcı	2,92	,748
14.Egzersiz çok fazla paraya mal olur	2,84	,750
16.Egzersiz yapılan tesislerin programı bana uygun değil	2,54	,750
19.Egzersizden yorulurum	2,57	,739
21.Eşim (ya da önemli başka biri) egzersiz yapmayı teşvik etmez	2,71	,754
24.Egzersize ailemden daha çok zaman ayırıyorum	3,03	,684
28.Egzersiz kıyafetleri içindeki insanların komik göründüğünü düşünürüm	2,96	,722
33.Aile üyelerim egzersiz yapmak için beni teşvik etmez	2,66	,749
37.Egzersiz aile sorumluluklarımdan daha fazla zaman alır	2,76	,697
40.Egzersiz zor iştir	2,66	,790

Araştırmada yer alan kişilerin % 66,5'i kadınlardan, % 33,5'i ise erkeklerden oluşmaktadır. Erkeklerin EYEÖ yarar ortalaması 56,46±12,903, kadınların ise 58,59±11,134 olarak tespit edilmiştir. EYEÖ yarar ortalaması cinsiyete göre farklılık göstermemekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir (p>0,05). Erkeklerin EYEÖ engel ortalaması 38,08±6,676, kadınların ise 37,99±5,531 olarak tespit edilmiştir. EYEÖ engel ortalaması cinsiyete göre farklılık göstermemekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir (p>0,05). Erkeklerin EYEÖ toplam ortalaması 94,54±14,791, kadınların ise 96,58±11,022 olarak belirlenmiştir. EYEÖ toplam ortalaması cinsiyete göre farklılık göstermemekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir (p>0,05). Kişilerin yaş grupları EYEÖ yarar ortalamaları sırasıyla 57,79±11,522; 58,51±12,200; 55,46±14,408 olarak saptanmış olup, gruplar arasında EYEÖ yarar ortalaması açısından istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Kişilerin yaş grupları EYEÖ engel ortalamaları ise yine sırasıyla 37,89±5,832; 38,11±5,508; 39,92±8,351 olarak tespit edilmiştir. Yaş grupları EYEÖ engel ortalamalarına göre farklılık göstermemekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05).Çalışmadaki kişilerin EYEÖ toplam ortalamaları da yaş gruplarına göre benzer nitelikte olup gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Araştırma sürecine dâhil olan kişilerin EYEÖ yarar, engel ve toplam puan ortalamaları medeni hallerine göre farklılık göstermemekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık mevcut değildir (p>0,05). Gruba ait ortalamalar Çizelge 7'den de takip edilebilir. Çalışmada çocuk sahibi olan katılımcıların EYEÖ yarar ortalamaları 58,10±13,532 iken çocuk sahibi olmayanların ise 57,76±10,809 olarak belirlenmiştir. Ortalamalar benzer nitelikte olup EYEÖ yarar ortalamaları çocuk sahibi olma duruma göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0,05). Çalışmada çocuk sahibi olan katılımcıların EYEÖ engel ortalamaları 38,44±6,582 iken çocuk sahibi olmayanların ise 37,80±5,571 olarak tespit edilmiştir. EYEÖ engel ortalamaları çocuk sahibi olma duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0,05). Kişilerin EYEÖ toplam ortalamaları da yarar ve engel ortalamalarında olduğu gibi benzer olup gruplar arasında anlamlı bir farklılık mevcut değildir (p>0,05). Çocuk sahibi olmanın EYEÖ ortalamalarının hiçbirisinde anlamlı bir değer taşımadığı gibi çocuk sayısının

farklılığı da EYEÖ yarar, engel ve toplam ortalamaları açısından istatistiksel olarak farklılık oluşturmamaktadır ($p>0,05$). Çalışmaya dâhil olan, çocuk sahibi olan ve çocuklarının bakımı için yardım alan ailelerin EYEÖ yarar ortalamaları 59,12±15,957, yardım almayanların ise 56,88±11,620 olarak belirlenmiştir. Çocuk bakımında yardım alma durumu EYEÖ yarar ortalamaları etkilememekte ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır.

Çocuk bakımında yardım alan kişilerin EYEÖ engel ortalamaları 38,28±6,599 olup yardım almayanların ise 38,03±6,922 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir ($p>0,05$). Çocuk bakımında yardım alan kişilerin EYEÖ yarar, engel toplam ortalamaları ise 97,40±17,222 olup yardım almayanların ise 94,91±13,100 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir ($p>0,05$). Doktor tarafından tanısı konulan hastalığı olan kişilerin EYEÖ yarar ortalaması 57,58±17,835 iken, herhangi bir hastalığı olmayan kişilerin 57,90±11,231'dir. Hastalığı olan ya da olmayan kişilerin EYEÖ yarar ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Belirlenmiş bir hastalığı olan kişilerin EYEÖ engel ortalaması 38,83±7,80 iken, hastalık tanısı konulmamış kişilerin ise 37,96±5,775 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir ($p>0,05$). Kişilerin EYEÖ toplam puan ortalamaları ise sırasıyla; 96,42±21,419; 95,85±11,521 şeklinde olup hastalık tanısı olan ve olmayan kişilerin söz konusu parametre için de ortalamaları benzer niteliktedir. Ayrıca gruplar arasında da istatistiksel olarak herhangi bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Günlük aktivitelerini engelleyebilecek hastalığı bulunan kişilerin EYEÖ yarar ortalaması 59,95±18,294 olup, benzer nitelikte hastalığı olmayan kişilerin ise EYEÖ ortalaması 57,60±11,237'dır. Hastalığının olup olmadığı hakkında fikri olmayan kişilerin ise EYEÖ ortalaması 60,60±12,205 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında EYEÖ yarar ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Günlük aktivitelerini engelleyebilecek hastalığı bulunan kişilerin EYEÖ engel ortalaması 39,35±6,777 olup, benzer nitelikte hastalığı olmayan kişilerin ise EYEÖ ortalaması 38,12±5,860 olarak belirlenmiştir. Hastalığının olup olmadığı hakkında bilgisi olmayan kişilerin ise EYEÖ ortalaması 34,20±5,017 olarak belirlenmiştir. Günlük yaşam kalitesini etkileyecek bir hastalığı olup olmadığı hakkında fikri

olmayan grubun EYEÖ engel ortalaması diğer iki gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p \leq 0,05$). Günlük aktivitelerini engelleyebilecek hastalığı bulunan kişilerin EYEÖ yarar, engel toplam ortalaması 99,30±22,022 olup, benzer nitelikte hastalığı olmayan kişilerin ise EYEÖ yarar, engel toplam ortalaması 95,72±11,429'dır. Hastalığının olup olmadığı hakkında fikri olmayan kişilerin ise EYEÖ ortalaması 94,80±15,101 olarak belirlenmiştir. EYEÖ yarar, engel toplam ortalaması en yüksek grup hastalığı olan kişiler olmakla beraber gruplar arasında EYEÖ yarar, engel toplam ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$). Kişilerden solunum ve dolaşım sistemi hastalıkları olanların EYEÖ yarar ortalaması 69,20±10,89 iken, sinir sistemi, kas iskelet sistemi ve psikolojik hastalıkları olanların ortalaması 50,60±14,51 ve endokrin sistem hastalıkları olanları ise 53,17±11,58 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında EYEÖ yarar ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$). Kişilerden solunum ve dolaşım sistemi hastalıkları olanların EYEÖ engel ortalaması 40,80±4,08 iken, sinir sistemi, kas iskelet sistemi ve psikolojik hastalıkları olanların ortalaması 38,0±4,79 ve endokrin sistem hastalıkları olanları ise 40,67±2,80 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında EYEÖ engel ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$). Kişilerden solunum ve dolaşım sistemi hastalıkları olanların EYEÖ toplam ortalaması 110,00±9,5 iken, sinir sistemi, kas iskelet sistemi ve psikolojik hastalıkları olanların ortalaması 88,60±14,11 ve endokrin sistem hastalıkları olanları ise 93,83±11,77 olarak belirlenmiştir. EYEÖ toplam ortalaması en yüksek olan grup solunum ve dolaşım sistemi hastalıkları teşhisi konulan grup olmakla beraber gruplar arasında EYEÖ toplam ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$).

Araştırma sürecine dâhil olan kişilerin EYEÖ yarar, engel ve toplam puan ortalamaları sigara içme durumlarına göre benzer nitelikte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık mevcut değildir ($p > 0,05$). Gruba ait ortalamalar Çizelge 7'den de takip edilebilir. Sigara kullanıyor olmanın söz konusu bütün puan ortalamalarında istatistiksel olarak bir anlam taşımasından kaynaklı tüketilen sigara miktarı da puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir farklılık oluşturmamaktadır ($p > 0,05$). Yeterli ve dengeli beslenmesine dikkat eden kişilerin EYEÖ yarar ortalaması 57,89±12,359 iken, beslenmeyen kişilerin ise 57,03±11,555 olarak belirlenmiştir. Bu konuda fikri olmayan kişilerin ise ortalaması 60,03±8,507

olarak gözlenmekte ve söz konusu parametre ortalamaları için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Dengeli beslenen kişilerin EYEÖ engel ortalaması 38,52±5,800; dengeli beslenmeyen kişilerin 37,53±6,369 ve bu konuda fikri olmayan kişilerin ise mevcut ortalaması 36,50±5,180 olarak tespit edilmiştir. Gruplarda yer alan kişilerin puan ortalamaları benzer nitelikte olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir ($p>0,05$). Kişilerin söz konusu gruplar için EYEÖ toplam ortalamaları da benzer özellikte olup bu parametre için de gruplar arasında herhangi bir farklılık yoktur. Normal kiloya sahip olan kişilerin EYEÖ yarar ortalaması 58,51±11,558 iken şişman olanların ise 56,37±12,219 olarak belirlenmiştir. Kişilerin EYEÖ yarar ortalaması beden kitle endeksine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Normal kiloya sahip olan kişilerin EYEÖ engel ortalaması 37,62±6,102 iken şişman olanların ise 38,97±5,412 olarak belirlenmiştir. Şişman kişilerin EYEÖ engel ortalaması normal kilolu kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksektir ($p\leq0,05$). Normal kiloya sahip olan kişilerin EYEÖ toplam ortalaması 96,13±12,486 iken şişman olanların ise 95,34±12,337 olarak belirlenmiştir. Kişilerin EYEÖ toplam ortalaması beden kitle endeksine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 3.7).

Çizelge 3.7. Sosyo-Demografik Özellikler ile EYEÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER	EYEÖ YARAR X±SS	EYEÖ ENGEL X±SS	EYEÖ Toplam Puan X±SS
Cinsiyet			
Kadın	58,59±11,134	37,99±5,531	96,58±11,022
Erkek	56,46±12,903	38,08±6,676	94,54±14,791
p[a]	**0,115**	**0,898**	**0,152**
Yaş Grupları			
20–29	57,79±11,522	37,89±5,832	95,68±12,443
30–39	58,51±12,200	38,11±5,508	96,62±12,106
40 yaş ve üzeri	55,46±14,408	39,92±8,351	95,38±14,903
p[b]	**0,672**	**0,479**	**0,829**
Medeni Durum			
Evli	57,92±12,312	38,24±6,307	96,16±13,313
Bekâr	57,25±11,231	37,90±5,660	95,15±11,519
Dul	60,40±4,879	37,60±4,393	98,00±7,874
p[b]	**0,111**	**0,805**	**0,172**
Çocuk Sahibi Olma Durumu			
Çocuğu var	58,10±13,532	38,44±6,582	96,54±14,786
Çocuğu yok	57,76±10,809	37,80±5,571	95,56±11,055
p[a]	**0,818**	**0,374**	**0,534**
Çocuk Sayısı			
Bir Çocuk	56,74±15,820	38,63±6,739	95,37±17,268
İki Çocuk	60,81±10,915	38,96±6,109	99,77±11,525
Üç Çocuk Ve Üzeri	53,73±11,154	35,18±8,023	88,91±12,597
p[b]	**0,168**	**0,226**	**0,063**
Çocuk Bakımı İçin Yardım Alma			
Alan	59,12±15,957	38,28±6,599	97,40±17,222
Almayan	56,88±11,620	38,03±6,922	94,91±13,100
p[a]	**0,402**	**0,841**	**0,394**
Çocuk Bakımı İçin Yardım Alınan Yer			
Evde bakım alma	61,68±16,421	38,82±5,624	100,50±18,896
Dışarıda bakım alma	55,43±15,319	37,95±7,749	93,38±14,627
p[a]	**0,177**	**0,666**	**0,144**

a T testi
b Varyans analizi

Çizelge 3.7. Sosyo-Demografik Özellikler İle EYEÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER	EYEÖ YARAR X±SS	EYEÖ ENGEL X±SS	EYEÖ Toplam Puan X±SS
Doktor Tarafından Tanısı Konulmuş Hastalık			
Olan	57,58±17,835	38,83±7,800	96,42±21,419
Olmayan	57,90±11,231	37,96±5,775	95,85±11,521
p[a]	**0,901**	**0,595**	**0,831**
Günlük Aktiviteleri Engelleyen Hastalık			
Olan	59,95±18,294	39,35±6,777	99,30±22,022
Olmayan	57,60±11,237	38,12±5,860	95,72±11,429
Fikrim Yok	60,60±12,205	34,20±5,017	94,80±15,101
p[b]	**0,454**	**0,025**	**0,434**
Hastalığın Tipi			
Solunum ve dolaşım sistemi hastalıkları	69,20±10,89	40,80±4,08	110,00±9,5
Sinir sistemi, kas iskelet sistemi ve psikolojik hastalıklar	50,60±14,51	38,0±4,79	88,60±14,11
Endokrin sistem hastalıkları	53,17±11,58	40,67±2,80	93,83±11,77
p[b]	**0,066**	**0,454**	**0,034**
Sigara İçme Durumu			
İçen	57,39±14,141	38,47±6,687	95,86±15,527
İçmeyen	57,90±10,662	37,88±5,661	95,78±10,862
İçip bırakan	58,75±11,538	37,75±5,541	96,50±12,260
p[b]	**0,820**	**0,694**	**0,941**
İçilen Sigara Sayısı			
1–9 adet	55,68±11,071	40,56±4,754	96,24±10,802
10–19 adet	54,03±15,726	38,72±8,224	92,76±16,416
20 adet ve üzeri	59,29±11,763	37,11±5,432	96,39±13,203
p[b]	**0,311**	**0,149**	**0,538**
Yeterli ve Dengeli Beslenme			
Beslenen	57,89±12,359	38,52±5,800	96,41±12,562
Beslenmeyen	57,03±11,555	37,53±6,369	94,56±12,895
Fikrim yok	60,03±8,507	36,50±5,180	96,53±10,222
p[b]	**0,429**	**0,106**	**0,456**
Beden kitle indeksi			
Normal kilo	58,51±11,558	37,62±6,102	96,13±12,486
Şişman	56,37±12,219	38,97±5,412	95,34±12,337
p[a]	**0,125**	**0,044**	**0,590**

a T testi

b Varyans analizi

Kişilerin eğitim düzeyleri EYEÖ yarar ortalamaları sırasıyla 57,82±14,295; 61,54±11,408 ve 57,23±10,33 olarak saptanmış olup, gruplar arasında EYEÖ yarar ortalaması açısından istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Kişilerin eğitim düzeyleri EYEÖ engel ortalamaları ise yine sırasıyla 38,35±5,933; 36,32±6,502 ve 38,17±5,79 olarak tespit edilmiştir. Eğitim düzeyleri EYEÖ engel ortalamalarına benzer nitelikte olup gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Çalışmadaki kişilerin EYEÖ toplam ortalamaları da eğitim düzeylerine göre benzer olup gruplar arasında yine istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Kişilerin mesleklerindeki çalışma sürelerine göre EYEÖ yarar ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Kişilerin engel ortalamaları ise en düşük 4-6 yıldır (37,07±6,576) aynı meslekte çalışan grubunda gözlenmekte iken, en yüksek engel ortalaması ise 40,31 ±6,072 ile 7-9 yıldır aynı meslekte çalışan grupta görülmüştür. Kişilerin engel ortalamaları arasındaki farklılık meslek çalışma yıllarına göre anlamlı düzeydedir (p≤0,05). Kişilerin mesleklerindeki çalışma süreleri söz önüne alındığında EYEÖ yarar, engel toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Araştırmaya katılan kişilerin "1 ay -3 yıl" arasında hastanede çalışanlarının EYEÖ yarar ortalaması 58,04±11,821 iken "4-6 yıl" arasında çalışanların ise 57,19±11,679 olarak gözlenmiştir. Gruplar arasında yarar ortalamaları açısından istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Araştırmaya katılan kişilerin "1 ay -3 yıl" arasında Selçuk Tıp'ta çalışanlarının EYEÖ engel ortalaması 38,22±5,693 iken "4-6 yıl" arasında çalışanların ise 37,19±6,796 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında engel ortalamaları açısından istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Araştırmaya katılan kişilerin "1 ay -3 yıl" arasında Selçuk Tıp'ta çalışanlarının EYEÖ toplam ortalaması 96,26±12,230 iken "4-6 yıl" arasında çalışanların ise 94,39±13,199 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasında toplam ortalamaları açısından istatistiksel olarak herhangi bir farklılık mevcut değildir (p>0,05). Kişilerin çalıştıkları bölümlere göre yarar ortalamaları en düşük Dâhili Birimlerde (56,49±12,198) en yüksek ise 61,90±14,62 ortalama ile Acil ve Yoğun Bakım olan grupta görülmüştür. Kişilerin yarar ortalamaları arasındaki farklılık mesleklerinde çalıştıkları bölümlere göre anlamlı düzeydedir (p≤0,05).

Çalışılan bölümlere göre kişilerin engel ortalamaları benzer nitelikte olup gruplar arasında herhangi bir farklılık mevcut değildir (p>0,05). Çalışılan bölümlere göre kişilerin EYEÖ toplam ortalamaları da benzer nitelikte olup gruplar arasında herhangi bir farklılık mevcut değildir (p>0,05). Çalıştığı bölümde Servis sorumlu hemşiresi olan kişilerin EYEÖ yarar ortalaması 56,58±11,067, Klinik hemşiresinin 57,86±11,980 ve diğer sorumluluklara sahip olan kişilerin ise yarar ortalaması 58,28±11,388 olarak tespit edilmiştir. Kişilerin bölümlerindeki sorumluluk düzeyleri EYEÖ yarar ortalamalarını etkilememekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık mevcut değildir (p>0,05). Servis sorumlu hemşirelerin EYEÖ engel ortalaması 36,21±6,511, Klinik hemşiresinin 37,97±6,110 ve diğer sorumluluklara sahip olan kişilerin ise yarar ortalaması 38,68±5,040 olarak tespit edilmiştir. Kişilerin bölümlerindeki sorumluluk düzeyleri EYEÖ engel ortalamalarını etkilememekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Bölümlerdeki değişen sorumluluk düzeyleri EYEÖ toplam ortalamaları da etkilememekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Araştırmaya katılan kişilerin "1 ay -3 yıl" arasında aynı bölümde çalışanlarının EYEÖ yarar ortalaması 58,09±11,724 iken "4-6 yıl" arasında çalışanların ise 55,78±12,310 olarak gözlenmiştir. Gruplar arasında yarar ortalamaları açısından istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Araştırmaya katılan kişilerin "1 ay -3 yıl" arasında aynı bölümde çalışanlarının EYEÖ engel ortalaması 37,98±5,729 iken "4-6 yıl" arasında çalışanların ise 38,44±7,700 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında engel ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Araştırmaya katılan kişilerin "1 ay -3 yıl" arasında aynı bölümde çalışanlarının EYEÖ toplam ortalaması 96,07±12,358 iken "4-6 yıl" arasında çalışanların ise 94,22±13,180 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasında toplam ortalamaları açısından istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Katılımcıların çalıştıkları şiftler göz önüne alındığında EYEÖ yarar, engel toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Veriye ait değerler Çizelge 8'den de takip edilebilmektedir.

Çalışmaya dâhil olan kişilerden haftada 40-56 saat arasında çalışanların EYEÖ yarar ortalaması 58,07±11,622 iken, 64-88 saat çalışanların ise 44,60±16,149

olarak belirlenmiştir. EYEÖ yarar ortalaması kişilerin çalışma saatlerine göre farklılık göstermekte, bu farklılık daha fazla çalışan grupta ortalamanın olukça düşük oluşu ile gözlenmekte, ayrıca istatistiksel olarak da anlamlı düzeyde sayılmaktadır ($p \leq 0,05$). Kişilerden haftada 40-56 saat arasında çalışanların EYEÖ engel ortalaması 38,01±5,875 iken, 64-88 saat çalışanların ise 39,00±9,849 olarak belirlenmiştir. Kişilerin haftalık çalışma saatleri EYEÖ engel ortalamalarından etkilenmemekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Haftada 40-56 saat arasında çalışanların EYEÖ toplam ortalaması 96,08±12,407 iken, 64-88 saat çalışanların ise 83,60±6,841 olarak tespit edilmiştir. Kişilerin haftalık çalışma saatleri EYEÖ toplam ortalamalarından etkilenmemekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Hastanede Kadrolu çalışan kişilerin EYEÖ yarar ortalaması 58,15±12,158 iken Sözleşmeli çalışanların 58,24±13,915 ve Geçici çalışanların ise 57,27±9,881 olarak belirlenmiştir. Kişilerin EYEÖ yarar ortalamaları çalışma şekillerine göre değişmemekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Kadrolu çalışan kişilerin EYEÖ engel ortalaması 37,35±5,984 iken Sözleşmeli çalışanların 39,35±7,223 ve Geçici çalışanların ise 38,27±4,888 olarak belirlenmiştir. Kişilerin EYEÖ engel ortalamaları çalışma şekillerine göre değişmemekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Kadrolu çalışan kişilerin EYEÖ toplam puan ortalamaları 95,50±12,107 iken, sözleşmeli çalışanların 97,60±16,506 ve geçici çalışanların ise 95,53±10,131 olarak belirlenmiştir. Sözleşmeli çalışan grubun toplam puan ortalaması diğer iki gruptan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p \leq 0,05$) (Çizelge 3.8).

Çizelge 3.8. Hemşirelerin Eğitim ve Çalışma Yaşamı İle ilgili Özellikleri ve EYEÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

EĞİTİM VE ÇALIŞMA YAŞAMI	EYEÖ YARAR X±SS	EYEÖ ENGEL X±SS	EYEÖ Toplam Puan X±SS
Eğitim Düzeyi			
Sağlık Meslek Liseli	57,82±14,295	38,35±5,933	96,17±15,803
Ön Lisans	61,54±11,408	36,32±6,502	97,86±12,033
Lisans ve Üzeri	57,23±10,33	38,17±5,79	95,40±10,49
p[b]	**0,123**	**0,177**	**0,523**
Meslekteki Toplam Çalışma Süresi			
1 Ay - 3 Yıl Arası	57,96±11,053	38,02±5,509	95,98±11,895
4 – 6 Yıl Arası	57,48±13,221	37,07±6,576	94,56±14,384
7 – 9 Yıl Arası	57,03±10,191	40,31 ±6,072	97,34±7,948
10 – 12 Yıl Arası	61,74±10,826	37,32±5,282	99,05±12,734
13 Yıl ve Üstü	56,90±13,744	39,33±5,480	96,24±12,724
p[b]	**0,650**	**0,05**	**0,581**
Selçuklu Tıpta Çalışma Süresi			
1ay – 3 Yıl Arası	58,04±11,821	38,22±5,693	96,26±12,230
4 – 6 Yıl Arası	57,19±11,679	37,19±6,796	94,39±13,199
p[a]	**0,597**	**0,255**	**0,293**
Çalışılan bölüm			
Dâhili birimler	56,49±12,198	38,24±37,798	94,73±13,498
Cerrahi birimler	59,58±10,121	37,69±5,551	97,27±10,455
Acil ve yoğun bakım	61,90±14,62	37,70±6,01	99,60±10,55
p[b]	**0,022**	**0,706**	**0,082**
Bölümdeki sorumluluk düzeyi			
Servis sorumlu hemşiresi	56,58±11,067	36,21±6,511	92,79±12,564
Klinik hemşiresi	57,86±11,980	37,97±6,110	95,82±13,140
Diğer	58,28±11,388	38,68±5,040	96,96±9,526
p[b]	**0,635**	**0,268**	**0,323**
Bölümdeki çalışma süresi			
1ay - 3 yıl arası	58,09±11,724	37,98±5,729	96,07±12,358
4 – 6 yıl arası	55,78±12,310	38,44±7,700	94,22±13,180
p[a]	**0,317**	**0,677**	**0,424**

a T testi
b Varyans analizi

Çalışmada yer alan hemşirelerden spor yapmayanların EYEÖ yarar ortalaması 55,04±13,301 iken spor yapanların ise 58,75±11,156 olarak belirlenmiştir. Spor yapan hemşirelerin yarar ortalaması diğer gruptan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p \leq 0,05$). Hemşirelerden spor yapmayanların EYEÖ engel ortalaması 39,02±7,241 iken spor yapanların ise 37,71±5,443 olarak belirlenmiştir. Spor yapan hemşirelerin engel ortalaması diğer gruba kıyasla daha düşük olmakla beraber gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$). Hemşirelerden boş zamanlarında spor yapmayanların EYEÖ toplam ortalaması ise 94,06±16,489 iken spor yapanların ise 96,46±10,859 olarak tespit edilmiştir. Spor yapan hemşirelerin EYEÖ toplam ortalaması diğer gruba kıyasla daha yüksek olmakla beraber gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$). Kişilerin tercih ettikleri spor dallarına göre EYEÖ yarar puan ortalamaları şu şekildedir: Ayak sporları 56,69±15,611; El sporları 57,62±9,276; El ve ayak sporları ise 49,37±13,379 olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin EYEÖ engel ortalamaları ise; Ayak sporları için 39,06±7,215; El sporları için 40,38±6,391; El ve ayak sporları için ise 39,53±7,777 olarak tespit edilmiştir. Hemşirelerin EYEÖ engel ortalamaları ise; Ayak sporları için 95,74±19,983; El sporları için 98,00±11,371; El ve ayak sporları için ise 88,89±13,478 olarak tespit edilmiştir. Tercih edilen spor dalları kişilerin EYEÖ yarar, engel ve toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözetmemektedir ($p > 0,05$) Araştırmada dâhil olan hemşirelerden hiç egzersiz yapmayanların EYEÖ yarar ortalaması 61,83±11,699; haftada 1-2 gün egzersiz yapanların 55,14±10,643 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca haftada 3-4 gün egzersiz yapanların 51,83±12,774 ve bu alternatiflerden daha farklı bir sistemde egzersiz yapanların ise ortalaması 57,39±9,953 olarak belirlenmiştir. Hiç egzersiz yapmayan kişilerin EYEÖ yarar ortalaması haftada 1-2 gün yapanlardan ve 3-4 gün egzersiz yapanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır ($p \leq 0,05$). Hemşirelerden hiç egzersiz yapmayanların EYEÖ zarar ortalaması 37,01±5,219; haftada 1-2 gün yapanların 38,16±5,934 ve haftada 3-4 gün yapanların ise 42,43±7,295 olarak saptanmıştır. Ayrıca bunların dışında bir aralıkta egzersiz yapanların ise 37,78±5,885 olarak belirlenmiştir. Haftada 3-4 gün egzersiz yapan kişilerin EYEÖ zarar ortalaması diğer bütün gruplarda yer alan hemşirelerin engel ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır ($p \leq 0,05$).

Araştırmada dâhil olan hemşirelerden hiç egzersiz yapmayanların EYEÖ toplam ortalaması 98,84±12,700; haftada 1-2 gün egzersiz yapanların 93,30±11,340 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca haftada 3-4 gün egzersiz yapanların 94,27±14,439 ve bu alternatiflerden daha farklı bir sistemde egzersiz yapanların ise ortalaması 95,17±10,936 olarak belirlenmiştir. Hiç egzersiz yapmayan kişilerin EYEÖ yarar ortalaması haftada 1-2 gün yapanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır ($p \leq 0,05$). Ailesinde spor yapan kişilerin EYEÖ yarar ortalaması 55,06±15,535; yapmayanların ise 58,20±11,259 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında EYEÖ yarar ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir ($p > 0,05$). Hemşirelerden ailesinde spor yapanların EYEÖ engel ortalaması 40,09±6,622; yapmayanların ise 37,78±5,811 olarak tespit edilmiş olup, ailesinde spor yapan kişilerin engel ortalaması yapmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p \leq 0,05$). Ailesinde spor yapan kişilerin EYEÖ toplam ortalaması 95,14±19,071; yapmayanların ise 95,98±11,468 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında EYEÖ toplam ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir ($p > 0,05$).Hemşirelerin hangi aile ferdinin spor yaptığı EYEÖ yarar, engel ve yarar, engel toplam puan ortalamalarını değiştirmemektedir. Dolayısıyla değişen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir ($p > 0,05$). Çalışmada yer alan hemşirelerden boş zamanlarını nasıl değerlendirdiklerine ilişkin sorulara verilen cevaplara ait EYEÖ ortalamaları şu şekildedir; boş zamanı hiç olmayan kişilerin EYEÖ yarar ortalaması 59,40±12,25, boş zamanı olan ve kitap okuyarak ya da müzik dinleyerek geçirenlerin yarar ortalaması 58,59±10,00 olarak belirlenmiştir. Ayrıca televizyon ve sinema izleyerek geçirenlerin 57,59±13,14, bilgisayar başında ve internette geçirenlerin 60,15±8,6, spor yaparak değerlendirenlerin 55,63±10,10 ve bunların dışında başka aktiviteler yapanların ise 58,00±13,19 olarak tespit edilmiştir. Hemşirelerin boş zamanlarını değerlendirme kriterleri yarar ortalamalarını değiştirmemekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık oluşturmamaktadır ($p > 0,05$). Hemşirelerden boş zamanı olmayan kişilerin EYEÖ engel ortalaması 36,20±6,82, boş zamanlarını kitap okuyarak ya da müzik dinleyerek geçirenlerin engel ortalaması 37,11±5,25 olarak belirlenmiştir. Ek olarak televizyon ve sinema izleyerek geçirenlerin 39,09±6,36, bilgisayar başında ve internette geçirenlerin 37,52±4,01, spor yaparak değerlendirenlerin 40,00±7,08 ve bunların dışında başka aktiviteler yapanların ise 38,39±4,13 olarak tespit edilmiştir. Hemşirelerin boş zamanlarını

değerlendirme kriterleri engel ortalamalarını değiştirmemekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık oluşturmamaktadır (p>0,05).

Hemşirelerden boş zamanı olmayan kişilerin EYEÖ toplam ortalaması 95,60±15,12, boş zamanlarını kitap okuyarak ya da müzik dinleyerek geçirenlerin engel ortalaması 95,70±10,84 olarak belirlenmiştir. Ayrıca televizyon ve sinema izleyerek geçirenlerin 96,68±13,08, bilgisayar başında ve internette geçirenlerin 97,67±8,5, spor yaparak değerlendirenlerin 95,63±11,53 ve bunların dışında başka aktiviteler yapanların ise 96,89±10,58 olarak tespit edilmiştir. Hemşirelerin boş zamanlarını değerlendirme kriterleri toplam ortalamalarını değiştirmemekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık oluşturmamaktadır (p>0,05). Araştırmaya katılan hemşirelerden sağlık için en önemli davranışın zararlı alışkanlıklardan sakınmak olduğunu düşünenlerin EYEÖ yarar ortalaması 57,60±11,45, düzenli egzersiz yapmak olduğunu düşünenlerin 54,80±9,09, dengeli beslenmek olduğunu düşünenlerin 57,99±11,06 ve düzenli uyumak olduğunu düşünenlerin ise 59,56±12,90 olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin sağlıklı yaşam için önem verdikleri maddeler yarar ortalamalarında farklılık göstermemekte ve dolayısıyla gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık oluşturmamaktadır (p>0,05) (Çizelge 3.9).

Çizelge 3.9. Hemşirelerin Spor Yapma ve Boş Vakitlerini Değerlendirme Durumu İle EYEÖ Toplam Puanların Karşılaştırılması

SPOR YAPMA VE BOŞ VAKİT	EYEÖ YARAR X±SS	EYEÖ ENGEL X±SS	EYEÖ Toplam Puan X±SS
Spor yapma durumu			
Yapmayan	55,04±13,301	39,02±7,241	94,06±16,489
Yapan	58,75±11,156	37,71±5,443	96,46±10,859
p[a]	**0,014**	**0,083**	**0,132**
Yapılan sporlar			
Ayak sporları	56,69±15,611	39,06±7,215	95,74±19,983
El sporları	57,62±9,276	40,38±6,391	98,00±11,371
El ve ayak sporları beraber	49,37±13,379	39,53±7,777	88,89±13,478
p[b]	**0,108**	**0,799**	**0,194**
Egzersiz yapma durumu			
Hiç yapmayan	61,83±11,699	37,01±5,219	98,84±12,700
Haftada 1-2 gün yapan	55,14±10,643	38,16±5,934	93,30±11,340
Haftada 3-4 gün yapan	51,83±12,774	42,43±7,295	94,27±14,439
Diğer	57,39±9,953	37,78±5,885	95,17±10,936
p[b]	**0,0001**	**0,0001**	**0,002**
Ailede spor yapma durumu			
Yapan	55,06±15,535	40,09±6,622	95,14±19,071
Yapmayan	58,20±11,259	37,78±5,811	95,98±11,468
p[a]	**0,136**	**0,029**	**0,706**
Ailede spor yapan			
Anne – baba – eş	51,12±11,922	39,75±2,315	90,88±11,243
Kardeş	54,83±17,409	39,83±7,912	94,65±22,110
p[a]	**0,583**	**0,979**	**0,649**
Boş zamanı değerlendirme şekli			
Boş zamanım yok	59,40±12,25	36,20±6,82	95,60±15,12
Kitap okuyarak ve müzik dinleyerek	58,59±10,00	37,11±5,25	95,70±10,84
Televizyon ve sinema izleyerek	57,59±13,14	39,09±6,36	96,68±13,08
Bilgisayar ve internet kullanarak	60,15±8,6	37,52±4,01	97,67±8,5
Spor yaparak ve gezerek	55,63±10,10	40,00±7,08	95,63±11,53
Diğer	58,00±13,19	38,39±4,13	96,89±10,58
p[b]	**0,796**	**0,126**	**0,985**
Sağlık için en önemli davranış			
Sağlığa zararlı alışkanlıktan sakınmak	57,60±11,45	38,17±5,70	95,77±12,00
Düzenli fiziksel egzersiz yapmak	54,80±9,09	42,00±6,08	96,80±13,82
Yeterli ve dengeli beslenmek	57,99±11,06	37,98±5,98	95,97±11,13
Yeterli ve düzenli uyumak	59,56±12,90	37,32±5,79	14,46±1,56
p[b]	**0,580**	**0,307**	**0,929**

a T testi

b Varyans analizi

Çizelge 3.10'da Hemşirelerin öz yeterlilik ölçeği (GÖY) ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları verilmektedir. Ölçeğin alt başlıklarından en yüksek puan "başlama" (=18.78±6,03) ve en düşük alt başlığın "Sürdürme çabası-Israr"(=10.15±2,90)dır. (Çizelge 3.10).

Çizelge 3.10. Hemşirelerin Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖY) ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	$\overline{X}$	**SS**
Başlama	18,78	6,036
Yılmama	15,15	3,431
Sürdürme Çabası-Israr	10,15	2,904

Hemşirelerin Genel Öz Yeterlilik (GÖY) maddelerinin her bir alt ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları verilmektedir. Başlama alt başlığında en yüksek sorunlarımdan biri bir işe zamanında başlayamamamdır" (=2.21±1,02), en düşük ortalama ise (=1.87±0,95)dır. Yılmama alt başlığında en yüksek ortalama "Kendine güvenen biriyim" (=3.64±1,23), en düşük ortalama "Kolayca pes ederim" (=2.14±1,08)dır. Sürdürme çabası alt başlığında en büyük derer alan soru "Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim". (=3.47±1,10) en düşük ortalama ise "Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım" (=3.26±1,17)dır (Çizelge 3.11).

Çizelge 3.11. Hemşirelerin Genel Öz Yeterlilik (GÖY) Maddelerinin Her Bir Alt Ölçeğinden Aldıkları Puanların Ortalamaları

Maddeler – Başlama	$\overline{X}$	SS
1. Eğer bir iş çok karmaşık görünüyorsa onu denemeye bile girişmem.	2,10	,945
2. Zorluklarla yüz yüze gelmekten kaçınırım.	2,07	,888
3. Hayatta karşıma çıkacak sorunların çoğuyla baş edebileceğimi sanmıyorum.	2,20	,977
4. Bana zor görünen yeni şeyleri öğrenmeye çalışmaktan kaçınırım.	2,00	,915
5. Belirlediğim önemli hedeflere ulaşmada, pek başarılı olamam.	2,04	,888
6. Yeni bir şey denerken başlangıçta başarılı olamazsam çabucak vazgeçerim.	2,12	,921
7. Beklenmedik sorunlarla karşılaştığımda kolayca onların üstesinden gelemem.	2,17	,878
8. Her şeyi yarım bırakırım.	1,87	,905
9. Sorunlarımdan biri bir işe zamanında başlayamamamdır.	2,21	1,023
Maddeler – Yılmama		
10. Kendine güvenen biriyim.	3,64	1,236
11. Başarısızlık benim azmimi arttırır.	3,40	1,152
12. Kolayca pes ederim.	2,14	1,084
13. Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam başarana kadar uğraşırım.	3,41	1,220
14. Yeteneklerime her zaman çok güvenmem.	2,56	1,050
Maddeler - Sürdürme Çabası-Israr		
15. Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım.	3,26	1,175
16. Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim.	3,47	1,103
17. Planlar yaparken, onları hayata geçirebileceğimden eminimdir.	3,42	1,037

Kadınların GÖY başlama ortalaması 18,68±5,620, erkeklerin ise 18,98±6,807 olarak tespit edilmiştir. GÖY başlama ortalaması cinsiyete göre farklılık göstermemekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir (p>0,05). Kadınların GÖY yılmama ortalaması 15,06±3,37, erkeklerin ise 15,32±3,54 olarak belirlenmiştir. GÖY yılmama ortalaması da cinsiyete göre farklılık göstermemekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir (p>0,05). Kadınların GÖY sürdürme çabası ortalaması 10,12±2,841, erkeklerin ise 10,19±3,036 olarak belirlenmiştir. GÖY sürdürme çabası ortalaması da cinsiyete göre farklılık göstermemekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir (p>0,05). Kadınların GÖY toplam ortalaması 41,32±6,517, erkeklerin ise 41,92±7,076 olarak belirlenmiştir. GÖY toplam ortalaması cinsiyete göre farklılık göstermemekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir (p>0,05). Kişilerin yaş grupları GÖY başlama ortalamaları sırasıyla 18,68±5,843; 18,99±6,103; 19,46±9,089 olarak saptanmış olup, gruplar arasında GÖY başlama ortalaması açısından istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Kişilerin yaş grupları GÖY yılmama ortalamaları ise yine sırasıyla 15,05±3,47; 15,37±3,36; 15,69±3,066 olarak tespit edilmiştir. Yaş grupları GÖY yılmama ortalamalarına göre farklılık göstermemekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05).Kişilerin yaş grupları GÖY sürdürme çabası ortalamaları ise yine sırasıyla 10,05±2,859; 10,27±2,910; 11,15±3,671 olarak tespit edilmiştir. Yaş grupları GÖY sürdürme çabası ortalamalarına göre farklılık göstermemekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Çalışmadaki kişilerin GÖY toplam ortalamaları da yaş gruplarına göre benzer nitelikte olup gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Araştırma sürecine dâhil olan kişilerin GÖY başlama, yılmama ve toplam puan ortalamaları medeni hallerine göre farklılık göstermemekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık mevcut değildir (p>0,05). Gruba ait ortalamalar Çizelge 10'dan de takip edilebilir. Çalışmada çocuk sahibi olan katılımcıların GÖY başlama ortalamaları 18,10±6,298 iken çocuk sahibi olmayanların ise 19,13±5,881 olarak belirlenmiştir. Ortalamalar benzer nitelikte olup GÖY başlama ortalamaları çocuk sahibi olma duruma göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0,05). Çalışmada çocuk sahibi olan katılımcıların GÖY yılmama ortalamaları 15,57±3,26 iken çocuk sahibi olmayanların ise 14,94±3,50

olarak tespit edilmiştir. GÖY yılmama ortalamaları çocuk sahibi olma duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0,05).Çalışmada çocuk sahibi olan katılımcıların GÖY sürdürme çabası ortalamaları 10,56±2,953 iken çocuk sahibi olmayanların ise 9,94±2,862 olarak tespit edilmiştir. GÖY sürdürme çabası ortalamaları çocuk sahibi olma duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0,05). Kişilerin GÖY toplam ortalamaları da başlama ve yılmama ortalamalarında olduğu gibi benzer olup gruplar arasında anlamlı bir farklılık mevcut değildir (p>0,05). Çocuk sahibi olmanın GÖY ortalamalarının hiçbirisinde anlamlı bir değer taşımadığı gibi çocuk sayısının farklılığı da GÖY başlama, yılmama ve toplam ortalamaları açısından istatistiksel olarak farklılık oluşturmamaktadır (p>0,05). Çalışmaya dâhil olan, çocuk sahibi olan ve çocuklarının bakımı için yardım alan ailelerin GÖY başlama ortalamaları 18,10±6,834, yardım almayanların ise 18,45±6,147 olarak belirlenmiştir. Çocuk bakımında yardım alma durumu GÖY başlama ortalamaları etkilememekte ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır (p>0,05). Çocuk bakımında yardım alan kişilerin GÖY yılmama ortalamaları 15,24±3,91 olup yardım almayanların ise 15,46±3,04 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Çocuk bakımında yardım alan kişilerin GÖY sürdürme çabası ortalamaları 10,44±3,351 olup yardım almayanların ise 10,48±2,655 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Çocuk bakımında yardım alan kişilerin GÖY başlama, yılmama toplam ortalamaları ise 41,34±7,300 olup yardım almayanların ise 41,72±6,027 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Çocuk bakımında yardım alınan yer hemşirelerin GÖY başlama, yılmama ve sürdürme çabası puan ortalamalarını değiştirmemekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Ancak hemşirelerden evde çocuk bakımı alanların GÖY toplam ortalamaları dışarda bakım alanlardan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksektir (p≤0,05). Doktor tarafından tanısı konulan hastalığı olan kişilerin GÖY başlama ortalaması 19,04±7,910 iken, herhangi bir hastalığı olmayan kişilerin 18,76±5,885'dir. Hastalığı olan ya da olmayan kişilerin GÖY başlama ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Belirlenmiş bir hastalığı olan kişilerin GÖY yılmama ortalaması 15,29±3,35 iken, hastalık tanısı konulmamış kişilerin ise 15,34±3,44 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak

herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Tanısı konulmuş bir hastalığı olan kişilerin GÖY sürdürme çabası ortalaması 10,21±3,501 iken, hastalık tanısı konulmamış kişilerin ise 10,14±2,860olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Kişilerin GÖY toplam puan ortalamaları ise sırasıyla; 41,96±7,561; 41,49±6,648 şeklinde olup hastalık tanısı olan ve olmayan kişilerin söz konusu parametre için de ortalamaları benzer niteliktedir. Ayrıca gruplar arasında da istatistiksel olarak herhangi bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Günlük aktivitelerini engelleyebilecek hastalığı bulunan kişilerin GÖY başlama ortalaması 19,85±9,670 olup, benzer nitelikte hastalığı olmayan kişilerin ise GÖY ortalaması 18,65±5,766'dır. Hastalığının olup olmadığı hakkında fikri olmayan kişilerin ise GÖY ortalaması 20,13±5,410 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında GÖY başlama ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (p>0,05). Günlük aktivitelerini engelleyebilecek hastalığı bulunan kişilerin GÖY yılmama ortalaması 13,95±4,37 olup, benzer nitelikte hastalığı olmayan kişilerin ise GÖY ortalaması 15,26±3,33 olarak belirlenmiştir. Hastalığının olup olmadığı hakkında bilgisi olmayan kişilerin ise GÖY ortalaması 14,47±3,85 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında GÖY yılmama ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (p>0,05).Günlük aktivitelerini engelleyebilecek hastalığı bulunan kişilerin GÖY sürdürme çabası ortalaması 10,15±3,990 olup, benzer nitelikte hastalığı olmayan kişilerin ise GÖY ortalaması 10,21±2,826 olarak belirlenmiştir. Hastalığının olup olmadığı hakkında bilgisi olmayan kişilerin ise GÖY ortalaması 8,87±2,696 olarak belirlenmiştir. . Gruplar arasında GÖY sürdürme çabası ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (p>0,05). Günlük aktivitelerini engelleyebilecek hastalığı bulunan kişilerin GÖY toplam ortalaması 41,25±9,375 olup, benzer nitelikte hastalığı olmayan kişilerin ise GÖY toplam ortalaması 41,57±6,557'dır. Hastalığının olup olmadığı hakkında fikri olmayan kişilerin ise GÖY ortalaması 40,93±5,934 olarak belirlenmiştir. GÖY başlama, yılmama toplam ortalaması en yüksek grup hastalığı olan kişiler olmakla beraber gruplar arasında GÖY başlama, yılmama toplam ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (p>0,05). Kişilerden solunum ve dolaşım sistemi hastalıkları olanların GÖY başlama ortalaması 21,40±3,435 iken, sinir sistemi, kas iskelet sistemi ve psikolojik hastalıkları olanların ortalaması

25,60±11,803 ve endokrin sistem hastalıkları olanları ise 14,80±5,224 olarak saptanmıştır. Endokrin sistem hastalığı bulunan kişilerin GÖY başlama ortalaması diğer iki farklı hastalığa sahip kişilerin ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p \leq 0,05$). Kişilerden solunum ve dolaşım sistemi hastalıkları olanların GÖY yılmama ortalaması 17,00±2,00 iken, sinir sistemi, kas iskelet sistemi ve psikolojik hastalıkları olanların ortalaması 12,80±2,28 ve endokrin sistem hastalıkları olanları ise 15,30±3,49 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında GÖY yılmama ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Kişilerden solunum ve dolaşım sistemi hastalıkları olanların GÖY sürdürme çabası ortalaması 10,40±3,130 iken, sinir sistemi, kas iskelet sistemi ve psikolojik hastalıkları olanların ortalaması 8,20±3,834 ve endokrin sistem hastalıkları olanları ise 10,70±3,561 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında GÖY yılmama ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Kişilerden solunum ve dolaşım sistemi hastalıkları olanların GÖY toplam ortalaması 45,40±5,683 iken, sinir sistemi, kas iskelet sistemi ve psikolojik hastalıkları olanların ortalaması 44,00±5,958 ve endokrin sistem hastalıkları olanları ise 38,90±7,062 olarak belirlenmiştir. GÖY toplam ortalaması en yüksek olan grup solunum ve dolaşım sistemi hastalıkları teşhisi konulan grup olmakla beraber gruplar arasında GÖY toplam ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Araştırma sürecine dâhil olan kişilerin GÖY başlama, yılmama, sürdürme çabası ve toplam puan ortalamaları sigara içme durumlarına göre benzer nitelikte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık mevcut değildir ($p>0,05$). Gruba ait ortalamalar Çizelge 10'dan de takip edilebilir. Sigara kullanıyor olmanın söz konusu bütün puan ortalamalarında istatistiksel olarak bir anlam taşımasından kaynaklı tüketilen sigara miktarı da puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir farklılık oluşturmamaktadır ($p>0,05$). Yeterli ve dengeli beslenmesine dikkat eden kişilerin GÖY başlama ortalaması 18,79±5,931 iken, beslenmeyen kişilerin ise 18,67±6,450 olarak belirlenmiştir. Bu konuda fikri olmayan kişilerin ise ortalaması 19,06±5,621 olarak gözlenmekte ve söz konusu parametre ortalamaları için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Dengeli beslenen kişilerin GÖY sürdürme çabası ortalaması 10,32±2,909; dengeli beslenmeyen kişilerin 9,93±2,913 ve bu konuda fikri olmayan

kişilerin ise mevcut ortalaması 9,72±2,845 olarak tespit edilmiştir. Gruplarda yer alan kişilerin puan ortalamaları benzer nitelikte olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir ($p>0,05$). Dengeli beslenen kişilerin GÖY yılmama ortalaması 15,38±3,308; dengeli beslenmeyen kişilerin 14,85±3,41 ve bu konuda fikri olmayan kişilerin ise mevcut ortalaması 14,64±4,10 olarak tespit edilmiştir. Gruplarda yer alan kişilerin puan ortalamaları benzer nitelikte olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir ($p>0,05$).Kişilerin söz konusu gruplar için GÖY toplam ortalamaları da benzer özellikte olup bu parametre için de gruplar arasında herhangi bir farklılık yoktur. Normal kiloya sahip olan kişilerin GÖY başlama ortalaması 19,21±6,297 iken şişman olanların ise 17,77±5,259 olarak belirlenmiştir. Kişilerin Beden Kitle Endeksleri, GÖY başlama ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklığa sebep olmaktadır ($p\leq0,05$). Normal kiloya sahip olan kişilerin GÖY yılmama ortalaması 14,88±3,52 iken şişman olanların ise 15,78±3,12 olarak belirlenmiştir. Şişman kişilerin GÖY yılmama ortalaması normal kilolu kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksektir ($p\leq0,05$). Normal kiloya sahip olan kişilerin GÖY sürdürme çabası ortalaması 9,81±2,889 iken şişman olanların ise 10,94±2,796 olarak belirlenmiştir. Şişman kişilerin GÖY yılmama ortalaması normal kilolu kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksektir ($p\leq0,05$). Normal kiloya sahip olan kişilerin GÖY toplam ortalaması 41,43±7,096 iken şişman olanların ise 41,98±5,682 olarak belirlenmiştir. Kişilerin GÖY toplam ortalaması beden kitle endeksine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 3.12).

Çizelge 3.12. Sosyo-Demografik Özelliklere ile GÖY Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER	BAŞLAMA X±SS	YILMAMA X±SS	SÜRDÜRME ÇABASI-ISRAR X±SS	GÖY TOPLAM PUAN X±SS
CİNSİYET				
Kadın	18,68±5,620	15,06±3,37	10,12±2,841	41,32±6,517
Erkek	18,98±6,807	15,32±3,54	10,19±3,036	41,92±7,076
p[a]	**0,684**	**0,506**	**0,836**	**0,435**
YAŞ GRUPLARI				
20–29	18,68±5,843	15,05±3,47	10,05±2,859	41,21±6,718
30–39	18,99±6,103	15,37±3,36	10,27±2,910	42,09±6,583
40 yaş ve üzeri	19,46±9,089	15,69±3,066	11,15±3,671	43,77±7,085
p[b]	**0,665**	**0,651**	**0,836**	**0,435**
MEDENİ DURUM				
Evli	18,36±5,723	15,00±3,31	10,29±2,868	41,38±6,808
Bekâr	19,15±6,293	15,27±3,49	9,94±2,897	41,53±6,729
Dul	18,58±6,049	15,00±5,19	10,95±3,18	42,58±5,86
p[b]	**0,50**	**0,799**	**0,256**	**0,764**
Çocuk Sahibi Olma Durumu				
Çocuğu var	18,10±6,298	15,57±3,26	10,56±2,953	41,65±6,625
Çocuğu yok	19,13±5,881	14,94±3,50	9,94±2,862	41,45±6,759
p[a]	**0,134**	**0,111**	**0,066**	**0,796**
Çocuk Sayısı				
Bir Çocuk	18,52±6,133	15,43±3,28	10,52±2,718	41,83±7,270
İki Çocuk	17,52±5,950	15,52±3,16	10,65±3,348	41,29±5,462
Üç Çocuk Ve Üzeri	19,27±8,878	15,91±3,83	10,64±2,292	42,91±8,191
p[b]	**0,609**	**0,906**	**0,975**	**0,754**
Çocuk Bakımı İçin Yardım Alma				
Alan	18,10±6,834	15,24±3,91	10,44±3,351	41,34±7,300
Almayan	18,45±6,147	15,46±3,04	10,48±2,655	41,72±6,027
p[a]	**0,775**	**0,726**	**0,947**	**0,761**
Çocuk Bakımı İçin Yardım Alınan Yer				
Evde bakım alma	19,61±5,425	15,25±3,64	10,93±2,854	43,39±6,250
Dışarıda bakım alma	15,76±7,962	15,48±4,26	10,05±3,814	38,76±8,024
p[a]	**0,065**	**0,842**	**0,359**	**0,035***

a T testi
b Varyans analizi

Çizelge 3.12. Sosyo-Demografik Özelliklere ile GÖY Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER	BAŞLAMA X±SS	YILMAMA X±SS	SÜRDÜRME ÇABASI-ISRAR X±SS	GÖY TOPLAM PUAN X±SS
Doktor Tarafından Tanısı Konulmuş Hastalık				
Olan	19,04±7,910	15,29±3,35	10,21±3,501	41,96±7,561
Olmayan	18,76±5,885	15,34±3,44	10,14±2,860	41,49±6,648
p[a]	**0,828**	**0,834**	**0,915**	**0,741**
Günlük Aktiviteleri Engelleyen Hastalık				
Olan	19,85±9,670	13,95±4,37	10,15±3,990	41,25±9,375
Olmayan	18,65±5,766	15,26±3,33	10,21±2,826	41,57±6,55
Fikrim Yok	20,13±5,410	14,47±3,85	8,87±2,696	40,93±5,934
p[b]	**0,466**	**0,186**	**0,217**	**0,922**
Hastalığın Tipi				
Solunum ve dolaşım sistemi hastalıkları	21,40±3,435	17,00±2,00	10,40±3,130	45,40±5,683
Sinir, kas iskelet sistemi ve psikolojik hastalıklar	25,60±11,803	12,80±2,28	8,20±3,834	44,00±5,958
Endokrin sistem hastalıkları	14,80±5,224	15,30±3,49	10,70±3,561	38,90±7,062
p[b]	**0,856**	**0,104**	**0,161**	**0,185**
Sigara İçme Durumu				
İçen	19,03±7,233	15,17±3,68	10,30±3,161	42,05±7,838
İçmeyen	18,63±5,352	15,13±3,24	10,06±2,743	41,23±6,238
İçip bırakan	18,98±6,399	15,18±3,79	10,23±3,117	41,75±6,296
p[b]	**0,845**	**0,993**	**0,783**	**0,603**
İçilen Sigara Sayısı				
1–9 adet	20,76±7,031	15,20±3,26	10,60±2,646	44,04±7,700
10–19 adet	17,52± 7,637	15,41±4,11	10,24±3,738	40,90±8,558
20 adet ve üzeri	19,18±7,409	14,61±4,05	9,89±2,998	41,21±7,485
p[b]	**0,278**	**0,719**	**0,723**	**0,293**
Yeterli ve Dengeli Beslenme				
Beslenen	18,79±5,931	15,38±3,308	10,32±2,909	41,98±6,376
Beslenmeyen	18,67±6,450	14,85±3,41	9,93±2,913	40,84±7,151
Fikrim yok	19,06±5,621	14,64±4,10	9,72±2,845	40,75±7,264
p[b]	**0,948**	**0,286**	**0,353**	**0,296**
Beden Kitle İndeksi				
Normal kilo	19,21±6,297	14,88±3,52	9,81±2,889	41,43±7,096
Şişman	17,77±5,259	15,78±3,12	10,94±2,796	41,98±5,682
p[a]	**0,045**	**0,027**	**0,001**	**0,412**

a T testi
b Varyans analizi

Kişilerin eğitim düzeyleri GÖY başlama ortalamaları sırasıyla 18,91±6,849; 19,49±5,347 ve 18,59±5,73 olarak saptanmış olup, gruplar arasında GÖY başlama ortalaması açısından istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Kişilerin eğitim düzeyleri GÖY yılmama ortalamaları ise yine sırasıyla 14,81±3,81; 15,27±3,67 ve 15,30±3,18 olarak tespit edilmiştir. Eğitim düzeyleri GÖY yılmama ortalamalarına benzer nitelikte olup gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05).Kişilerin eğitim düzeyleri GÖY sürdürme çabası ortalamaları ise yine sırasıyla 9,78±3,014; 9,51±3,790 ve 10,44±2,62 olarak tespit edilmiştir. Eğitim düzeyleri GÖY sürdürme çabası ortalamalarına benzer nitelikte olup gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Çalışmadaki kişilerin GÖY toplam ortalamaları da eğitim düzeylerine göre benzer olup gruplar arasında yine istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Kişilerin mesleklerindeki çalışma süreleri ile GÖY başlama, yılmama, sürdürme çabası ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Araştırmaya katılan kişilerin "1 ay -3 yıl" arasında Selçuk Tıp'ta çalışanlarının GÖY başlama ortalaması 18,63±5,991 iken "4-6 yıl" arasında çalışanların ise 19,42±6,219 olarak gözlenmiştir. Gruplar arasında başlama ortalamaları açısından istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Araştırmaya katılan kişilerin "1 ay -3 yıl" arasında Selçuk Tıp'ta çalışanlarının GÖY yılmama ortalaması 15,11±3,59 iken "4-6 yıl" arasında çalışanların ise 15,30±2,68 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında yılmama ortalamaları açısından istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Araştırmaya katılan kişilerin "1 ay -3 yıl" arasında Selçuk Tıp'ta çalışanlarının GÖY sürdürme çabası ortalaması 10,09±2,902 iken "4-6 yıl" arasında çalışanların ise 10,39±2,923 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında sürdürme çabası ortalamaları açısından istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Araştırmaya katılan kişilerin "1 ay -3 yıl" arasında Selçuk Tıp'ta çalışanlarının GÖY toplam ortalaması 41,23±6,934 iken "4-6 yıl" arasında çalışanların ise 42,69±5,574 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasında toplam ortalamaları açısından istatistiksel olarak herhangi bir farklılık mevcut değildir (p>0,05).

Kişilerin çalıştıkları bölümlere göre başlama ortalamaları en düşük dâhili birimlerde (18,33±5,595) en yüksek ise 19,50±6,945 ortalama ile cerrahi grupta görülmüştür. Kişilerin başlama ortalamaları arasındaki farklılık mesleklerinde çalıştıkları bölümlere göre anlamlı düzeyde değildir (p>0,05). Çalışılan bölümlere göre kişilerin yılmama ortalamaları en düşük cerrahi birimlerde (14,92±3,70) en yüksek ise 16,65±2,97 ortalama ile acil ve yoğun bakım gözlenmiştir. Kişilerin yılmama ortalamaları karşılaştırıldığında acil ve yoğun bakım bölümü diğer birimlere nazaran istatistiksel olarak da anlamlı düzeyde yüksektir (p≤0,05). Kişilerin çalıştıkları bölümlere göre sürdürme çabası ortalamaları en düşük cerrahi birimlerde (9,66±3,270) en yüksek ise 10,60±2,47 ortalama ile acil ve yoğun bakım grupta görülmüştür. Kişilerin başlama ortalamaları arasındaki farklılık mesleklerinde çalıştıkları bölümlere göre anlamlı düzeyde değildir (p>0,05). Çalışılan bölümlere göre kişilerin GÖY toplam ortalamaları da benzer nitelikte olup gruplar arasında herhangi bir farklılık mevcut değildir (p>0,05). Çalıştığı bölümde servis sorumlu hemşiresi olan kişilerin GÖY başlama ortalaması 20,58±7,404, Klinik hemşiresinin 18,51±5,726 ve diğer sorumluluklara sahip olan kişilerin ise başlama ortalaması 19,25±6,648 olarak tespit edilmiştir. Kişilerin bölümlerindeki sorumluluk düzeyleri GÖY başlama ortalamalarını etkilememekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık mevcut değildir (p>0,05). Servis sorumlu hemşirelerin GÖY yılmama ortalaması 14,32±4,19, Klinik hemşiresinin 15,22±3,23 ve diğer sorumluluklara sahip olan kişilerin ise başlama ortalaması 15,12±3,87 olarak tespit edilmiştir. Kişilerin bölümlerindeki sorumluluk düzeyleri GÖY yılmama ortalamalarını etkilememekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Servis sorumlu hemşirelerin GÖY sürdürme çabası ortalaması 9,68±3,622, Klinik hemşiresinin 10,08±2,694 ve diğer sorumluluklara sahip olan kişilerin ise başlama ortalaması 10,49±3,378 olarak tespit edilmiştir. Kişilerin bölümlerindeki sorumluluk düzeyleri GÖY sürdürme çabası ortalamalarını etkilememekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Bölümlerdeki değişen sorumluluk düzeyleri GÖY toplam ortalamaları da etkilememekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Araştırmaya katılan kişilerin "1 ay -3 yıl" arasında aynı bölümde çalışanlarının GÖY başlama ortalaması 18,78±6,033 iken "4-6 yıl" arasında

çalışanların ise 18,84±6,160 olarak gözlenmiştir. Gruplar arasında başlama ortalamaları açısından istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05).Araştırmaya katılan kişilerin "1 ay -3 yıl" arasında aynı bölümde çalışanlarının GÖY yılmama ortalaması 15,15±3,52 iken "4-6 yıl" arasında çalışanların ise 15,16±2,41 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında yılmama ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).Araştırmaya katılan kişilerin "1 ay -3 yıl" arasında aynı bölümde çalışanlarının GÖY sürdürme çabası ortalaması 10,09±2,938 iken "4-6 yıl" arasında çalışanların ise 10,69±2,533 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında sürdürme çabası ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Araştırmaya katılan kişilerin "1 ay -3 yıl" arasında aynı bölümde çalışanlarının GÖY toplam ortalaması 41,44±6,864 iken "4-6 yıl" arasında çalışanların ise 42,34±4,929 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasında toplam ortalamaları açısından istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05).Katılımcıların çalıştıkları şiftler göz önüne alındığında GÖY başlama ve sürdürme çabası puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Veriye ait değerler Çizelge 8'den de takip edilebilmektedir. Ayrıca hemşirelerin "08.00-17.00"şiftinde çalışanlarının GÖY yılmama ortalaması 15,30±3,38 iken "16.00-08.00"şiftinde çalışanların ise 15,82±3,35 olarak tespit edilmiştir. Dönüşümlü olarak her iki şiftte de çalışanların ise toplam puan ortalamaları 14,49±3,47 olarak belirlenmiştir. Dönüşümlü olarak her iki grupta da çalışan kişilerin, "08.00-17.00" ve "16.00-08.00"şiftinde çalışan grupların her ikisinden de istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşüktür (p≤0,05). Bunlara ek olarak hemşirelerin "08.00-17.00"şiftinde çalışanlarının GÖY toplam ortalaması 41,64±6,991 iken "16.00-08.00"şiftinde çalışanların ise 43,40±5,719 olarak tespit edilmiştir. Dönüşümlü olarak her iki şiftte de çalışanların ise toplam puan ortalamaları 40,23±6,468 olarak belirlenmiştir. "16.00-08.00"şiftinde çalışan grup ile dönüşümlü olarak her iki grupta da çalışan kişilerin puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksektir (p≤0,05). Çalışmaya dâhil olan kişilerden haftada 40-56 saat arasında çalışanların GÖY başlama ortalaması 18,84±6,007 iken, 64-88 saat çalışanların ise 15,00±7,483 olarak belirlenmiştir. GÖY başlama ortalaması kişilerin çalışma saatlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Kişilerden haftada 40-56 saat arasında çalışanların GÖY yılmama ortalaması 15,12±3,42 iken, 64-88 saat çalışanların ise 17,20±3.34 olarak belirlenmiştir. Kişilerin haftalık çalışma saatleri GÖY yılmama ortalamalarından etkilenmemekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Çalışmaya dâhil olan kişilerden haftada 40-56 saat arasında çalışanların GÖY sürdürme çabası ortalaması 10,12±2,897 iken, 64-88 saat çalışanların ise 12,00±3,082 olarak belirlenmiştir. GÖY sürdürme çabası ortalaması kişilerin çalışma saatlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Haftada 40-56 saat arasında çalışanların GÖY toplam ortalaması 41,51±6,709 iken, 64-88 saat çalışanların ise 42,00±7,211 olarak tespit edilmiştir. Kişilerin haftalık çalışma saatleri GÖY toplam ortalamalarından etkilenmemekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).Hastanede Kadrolu çalışan kişilerin GÖY başlama ortalaması 18,84±5,971 iken Sözleşmeli çalışanların 19,27±8,159 ve Geçici çalışanların ise 18,42±4,640 olarak belirlenmiştir. Kişilerin GÖY başlama ortalamaları çalışma şekillerine göre değişmemekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Kadrolu çalışan kişilerin GÖY yılmama ortalaması 15,38±3,26 iken Sözleşmeli çalışanların 15,35±4,049 ve Geçici çalışanların ise 14,69±3,29 olarak belirlenmiştir. Kişilerin GÖY yılmama ortalamaları çalışma şekillerine göre değişmemekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).Kadrolu çalışan kişilerin GÖY sürdürme çabası ortalaması 10,12±2,950 iken Sözleşmeli çalışanların 10,32±3,248 ve Geçici çalışanların ise 10,10±2,649 olarak belirlenmiştir. Kişilerin GÖY sürdürme çabası ortalamaları çalışma şekillerine göre değişmemekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Kadrolu çalışan kişilerin GÖY toplam puan ortalamaları 41,78±6,374 iken, sözleşmeli çalışanların 42,21±8,987 ve geçici çalışanların ise 40,77±5,628 olarak belirlenmiştir. Kişilerin GÖY toplam ortalamaları çalışma şekillerine göre değişmemekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Çizelge 3.13).

Çizelge 3.13. Hemşirelerin Eğitim ve Çalışma Yaşamı İle İlgili Özellikleri İle GÖY Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

EĞİTİM VE ÇALIŞMA YAŞAMI	BAŞLAMA X±SS	YILMAMA X±SS	SÜRDÜRME ÇABASI-ISRAR X±SS	GÖY TOPLAM PUAN X±SS
Eğitim Düzeyi				
Sağlık Meslek Liseli	18,91±6,849	14,81±3,81	9,78±3,014	40,93±8,139
Ön Lisans	19,49±5,347	15,27±3,67	9,51±3,790	41,76±6,647
Lisans ve Üzeri	18,59±5,73	15,30±3,18	10,44±2,62	41,77±5,904
p[b]	**0,688**	**0,500**	**0,064**	**0,579**
Meslekteki Toplam Çalışma Süresi				
1 Ay - 3 Yıl Arası	18,30±5,276	15,04±3,508	10,07±2,640	40,84±6,244
4 – 6 Yıl Arası	19,57±6,856	15,38±3,158	10,22±3,069	42,64±7,099
7 – 9 Yıl Arası	17,20±4,745	15,09±2,96	10,86±2,636	40,51±5,628
10 – 12 Yıl Arası	20,37±6,677	14,84±4,18	9,21±3,293	41,74±7,202
13 Yıl ve Üstü	20,14±8,089	15,39±4,22	10,10±3,986	43,10±8,859
p[b]	**0,109**	**0,936**	**0,372**	**0,171**
Selçuklu Tıpta Çalışma Süresi				
1ay – 3 Yıl Arası	18,63±5,991	15,11±3,59	10,09±2,902	41,23±6,934
4 – 6 Yıl Arası	19,42±6,219	15,30±2,68	10,39±2,923	42,69±5,574
p[a]	**0,337**	**0,693**	**0,449**	**0,112**
Çalışılan bölüm				
Dâhili birimler	18,33±5,595	15,13±3,28	10,38±2,687	41,31±5,537
Cerrahi birimler	19,50±6,945	14,92±3,70	9,66±3,270	41,49±8,198
Acil ve yoğun bakım	19,10±4,15	16,65±2,97	10,60±2,47	43,85±4,84
p[b]	**0,242**	**0,048**	**0,076**	**0,271**
Bölümdeki sorumluluk düzeyi				
Servis sorumlu hemşiresi	20,58±7,404	14,32±4,19	9,68±3,622	42,11±6,691
Klinik hemşiresi	18,51±5,726	15,22±3,23	10,08±2,694	41,21±6,414
Diğer	19,25±6,648	15,12±3,87	10,49±3,378	42,44±7,636
p[b]	**0,270**	**0,541**	**0,455**	**0,360**
Bölümdeki çalışma süresi				
1ay - 3 yıl arası	18,78±6,033	15,15±3,52	10,09±2,938	41,44±6,864
4 – 6 yıl arası	18,84±6,160	15,16±2,41	10,69±2,533	42,34±4,929
p[a]	**0,952**	**0,991**	**0,269**	**0,466**

a T testi
b Varyans analizi

Çizelge 3.13. Hemşirelerin Eğitim ve Çalışma Yaşamı İle İlgili Özellikleri İle GÖY Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

EĞİTİM VE ÇALIŞMA YAŞAMI	BAŞLAMA X±SS	YILMAMA X±SS	SÜRDÜRME ÇABASI-ISRAR X±SS	GÖY TOPLAM PUAN X±SS
Çalışılan Şift				
08.00 – 17.00	18,68±6,518	15,30±3,38	10,19±3,060	41,64±6,991
16.00 – 08.00	20,33±5,521	15,82±3,35	10,18±2,421	43,40±5,719
Dönüşümlü olarak her iki şift	18,09±5,246	14,49±3,47	10,06±2,888	40,23±6,468
p[b]	**0,076**	**0,043**	**0,938**	**0,016**
Haftalık çalışma süresi				
40 – 56 saat	18,84±6,007	15,12±3,42	10,12±2,897	41,51±6,709
64 – 88 saat	15,00±7,483	17,20±3.34	12,00±3,082	42,00±7,211
p[a]	**0,158**	**0,179**	**0,151**	**0,872**
Çalışma Şekli				
Kadrolu	18,84±5,971	15,38±3,26	10,12±2,950	41,78±6,374
Sözleşmeli	19,27±8,159	15,35±4,049	10,32±3,248	42,21±8,987
Geçici	18,42±4,640	14,69±3,29	10,10±2,649	40,77±5,628
p[b]	**0,663**	**0,219**	**0,870**	**0,316**

a T testi
b Varyans analizi

Çalışmada yer alan hemşirelerden spor yapmayanların GÖY başlama ortalaması 18,69±7,563 iken spor yapanların ise 18,81±5,498 olarak belirlenmiştir. Spor yapan hemşirelerin başlama ortalaması ile diğer grubun ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir (p>0,05). Hemşirelerden spor yapmayanların GÖY yılmama ortalaması 15,55±3,507 iken spor yapanların ise 15,03±3,405 olarak belirlenmiştir. Spor yapan hemşirelerin yılmama ortalaması diğer gruba kıyasla daha düşük olmakla beraber gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (p>0,05). Hemşirelerden spor yapmayanların GÖY sürdürme çabası ortalaması 10,24±3,131 iken spor yapanların ise 10,12±2,836 olarak belirlenmiştir. Spor yapan hemşirelerin sürdürme çabası ortalaması diğer gruba kıyasla daha düşük olmakla beraber gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (p>0,05). Hemşirelerden boş zamanlarında spor yapmayanların GÖY toplam ortalaması ise 41,95±7,053 iken spor yapanların ise 41,39±6,603 olarak tespit edilmiştir. Spor yapan hemşirelerin GÖY toplam ortalaması diğer gruba kıyasla daha yüksek olmakla beraber gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (p>0,05). Kişilerin tercih ettikleri spor dallarına göre GÖY başlama puan ortalamaları şu şekildedir: Ayak sporları 18,54±6,496; el sporları 20,33±7,819; el ve ayak sporları ise 17,58±9,817 olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin GÖY yılmama ortalamaları ise; ayak sporları için 15,74±3,71; el sporları için 15,29±3,39; el ve ayak sporları için ise 16,63±2,62 olarak tespit edilmiştir. Hemşirelerin GÖY sürdürme çabası ortalamaları ise; ayak sporları için 10,54±2,883; el sporları için 10,10±2,682; el ve ayak sporları için ise 10,32±3,845 olarak saptanmıştır. Kişilerin GÖY toplam ortalamaları ise; ayak sporları için 42,06±7,046; el sporları için 43,38±6,453; el ve ayak sporları için ise 42,16±7,205 olarak saptanmıştır. Tercih edilen spor dalları kişilerin GÖY başlama, yılmama, sürdürme çabası ve toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözetmemektedir (p>0,05). Araştırmada dâhil olan hemşirelerden hiç egzersiz yapmayanların GÖY başlama ortalaması 19,34±6,106; haftada 1-2 gün egzersiz yapanların 18,84±5,919 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca haftada 3-4 gün egzersiz yapanların 16,47±6,372 ve bu alternatiflerden daha farklı bir sistemde egzersiz yapanların ise ortalaması 17,87±5,371 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında GÖY başlama ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir (p>0,05). Hemşirelerden hiç egzersiz yapmayanların GÖY yılmama ortalaması 15,04±3,52;

haftada 1-2 gün yapanların 15,15±3,29 ve haftada 3-4 gün yapanların ise 16,07±3,107 olarak saptanmıştır. Ayrıca bunların dışında bir aralıkta egzersiz yapanların ise 14,65±4,05 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında GÖY yılmama ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir ($p>0,05$).

Araştırmada dâhil olan hemşirelerden hiç egzersiz yapmayanların GÖY sürdürme çabası ortalaması 10,34±2,844; haftada 1-2 gün egzersiz yapanların 9,70±2,853 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca haftada 3-4 gün egzersiz yapanların 11,30±2,926 ve bu alternatiflerden daha farklı bir sistemde egzersiz yapanların ise ortalaması 10,13±3,195 olarak belirlenmiştir. Haftada 1-2 gün egzersiz yapan kişilerin GÖY sürdürme çabası ortalaması haftada 3-4 gün yapanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p\leq0,05$). Araştırmada dâhil olan hemşirelerden hiç egzersiz yapmayanların GÖY toplam ortalaması 42,21±7,050; haftada 1-2 gün egzersiz yapanların 41,05±6,424 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca haftada 3-4 gün egzersiz yapanların 41,53±5,563 ve bu alternatiflerden daha farklı bir sistemde egzersiz yapanların ise ortalaması 40,00±7,404 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında GÖY toplam ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir ($p>0,05$). Ailesinde spor yapan kişilerin GÖY başlama ortalaması 17,66±6,398; yapmayanların ise 18,91±5,990 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında GÖY başlama ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir ($p>0,05$). Hemşirelerden ailesinde spor yapanların GÖY yılmama ortalaması 15,34±3,29; yapmayanların ise 15,13±3,45 olarak tespit edilmiş olup, ailesinde spor yapan kişilerin yılmama ortalaması yapmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p\leq0,05$). Ailesinde spor yapan kişilerin GÖY sürdürme çabası ortalaması 10,34±2,838; yapmayanların ise 10,12±2,915 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında GÖY sürdürme çabası ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir ($p>0,05$). Ailesinde spor yapan kişilerin GÖY toplam ortalaması 41,03±7,322; yapmayanların ise 41,58±6,641 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında GÖY toplam ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir ($p>0,05$). Hemşirelerin hangi aile ferdinin spor yaptığı GÖY başlama, yılmama, sürdürme çabası ve toplam puan ortalamalarını değiştirmemektedir. Dolayısıyla değişen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir ($p>0,05$). Çalışmada yer alan hemşirelerden boş

zamanlarını nasıl değerlendirdiklerine ilişkin sorulara verilen cevaplara ait GÖY ortalamaları şu şekildedir; boş zamanı hiç olmayan kişilerin GÖY başlama ortalaması 18,69±6,77, boş zamanı olan ve kitap okuyarak ya da müzik dinleyerek geçirenlerin başlama ortalaması 17,04±4,49 olarak belirlenmiştir. Ayrıca televizyon ve sinema izleyerek geçirenlerin 17,68±5,6, bilgisayar başında ve internette geçirenlerin 17,96±6,11, spor yaparak değerlendirenlerin 18,00±4,69 ve bunların dışında başka aktiviteler yapanların ise 24,11±4,003 olarak tespit edilmiştir. Hemşirelerin boş zamanlarını değerlendirme kriterleri başlama ortalamalarını değiştirmemekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık oluşturmamaktadır ($p>0,05$). Hemşirelerden boş zamanı olmayan kişilerin GÖY yılmama ortalaması 15,49±3,96, boş zamanlarını kitap okuyarak ya da müzik dinleyerek geçirenlerin yılmama ortalaması 14,04±3,70 olarak belirlenmiştir. Ek olarak televizyon ve sinema izleyerek geçirenlerin 14,12±3,77, bilgisayar başında ve internette geçirenlerin 15,44±3,87, spor yaparak değerlendirenlerin 15,26±3,63 ve bunların dışında başka aktiviteler yapanların ise 14,56±3,90 olarak tespit edilmiştir. Hemşirelerin boş zamanlarını değerlendirme kriterleri yılmama ortalamalarını değiştirmemekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık oluşturmamaktadır ($p>0,05$).

Hemşirelerden boş zamanı olmayan kişilerin GÖY sürdürme çabası ortalaması 10,83±3,27, boş zamanlarını kitap okuyarak ya da müzik dinleyerek geçirenlerin yılmama ortalaması 9,78±2,75 olarak belirlenmiştir. Ek olarak televizyon ve sinema izleyerek geçirenlerin 10,09±3,04, bilgisayar başında ve internette geçirenlerin 10,44±3,19, spor yaparak değerlendirenlerin 9,84±3,74 ve bunların dışında başka aktiviteler yapanların ise 9,44±4,003 olarak tespit edilmiştir. Hemşirelerin boş zamanlarını değerlendirme kriterleri sürdürme çabası ortalamalarını değiştirmemekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık oluşturmamaktadır ($p>0,05$). Hemşirelerden boş zamanı olmayan kişilerin GÖY toplam ortalaması 42,18±7,66, boş zamanlarını kitap okuyarak ya da müzik dinleyerek geçirenlerin yılmama ortalaması 38,63±6,41 olarak belirlenmiştir. Ayrıca televizyon ve sinema izleyerek geçirenlerin 39,59±8,52, bilgisayar başında ve internette geçirenlerin 41,00±7,98, spor yaparak değerlendirenlerin 40,95±6,18 ve bunların dışında başka aktiviteler yapanların ise 46,22±6,43 olarak tespit edilmiştir. Hemşirelerin boş zamanlarını değerlendirme kriterleri toplam ortalamalarını

değiştirmemekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık oluşturmamaktadır ($p>0,05$). Araştırmaya katılan hemşirelerden sağlık için en önemli davranışın zararlı alışkanlıklardan sakınmak olduğunu düşünenlerin GÖY başlama ortalaması 19,44±5,86, düzenli egzersiz yapmak olduğunu düşünenlerin 14,60±4,45, dengeli beslenmek olduğunu düşünenlerin 18,66±6,25 ve düzenli uyumak olduğunu düşünenlerin ise 17,80±5,94 olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin sağlıklı yaşam için önem verdikleri maddeler başlama ortalamalarında farklılık göstermemekte ve dolayısıyla gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık oluşturmamaktadır ($p>0,05$). Hemşirelerden zararlı alışkanlıklardan sakınmanın sağlıklı yaşam için en önemli unsur olduğunu düşünenlerin GÖY yılmama ortalaması 15,16±3,41, düzenli egzersiz yapmak olduğunu düşünenlerin 16,80±1,92, dengeli beslenmek olduğunu düşünenlerin 15,61±3,18 ve düzenli uyumak olduğunu düşünenlerin ise 14,61±3,65 olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin sağlıklı yaşam için önem verdikleri maddeler yılmama ortalamalarında herhangi bir değişiklik oluşturmamakta ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık gözlenmemektedir ($p>0,05$). Hemşirelerden zararlı alışkanlıklardan sakınmanın sağlıklı yaşam için en önemli unsur olduğunu düşünenlerin GÖY sürdürme çabası ortalaması 9,92±2,78, düzenli egzersiz yapmak olduğunu düşünenlerin 12,20±1,92, dengeli beslenmek olduğunu düşünenlerin 10,60±2,93 ve düzenli uyumak olduğunu düşünenlerin ise 9,97±2,94 olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin sağlıklı yaşam için önem verdikleri maddeler sürdürme çabası ortalamalarında herhangi bir değişiklik oluşturmamakta ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık gözlenmemektedir ($p>0,05$). Hemşirelerden zararlı alışkanlıklardan sakınmanın sağlıklı yaşam için en önemli unsur olduğunu düşünenlerin GÖY toplam ortalaması 41,92±6,43, düzenli egzersiz yapmak olduğunu düşünenlerin 41,00±1,87, dengeli beslenmek olduğunu düşünenlerin 42,33±6,39 ve düzenli uyumak olduğunu düşünenlerin ise 39,85±7,44 olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin sağlıklı yaşam için önem verdikleri maddeler toplam ortalamalarında herhangi bir değişiklik yaratmamakta ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık da oluşturmamaktadır ($p>0,05$) (Çizelge 3.14).

Çizelge 3.14. Hemşirelerin Spor Yapma ve Boş Vakitlerini Değerlendirmesi İle GÖY Toplam Puanların Karşılaştırılması

SPOR YAPMA VE BOŞ VAKİT	BAŞLAMA X±SS	YILMAMA X±SS	SÜRDÜRME ÇABASI-ISRAR X±SS	GÖY TOPLAM PUAN X±SS
Spor yapma durumu				
Yapmayan	18,69±7,563	15,55±3,507	10,24±3,131	41,95±7,053
Yapan	18,81±5,498	15,03±3,405	10,12±2,836	41,39±6,603
p[a]	**0,873**	**0,234**	**0,751**	**0,513**
Yapılan sporlar				
Ayak sporları	18,54±6,496	15,74±3,71	10,54±2,883	42,06±7,046
El sporları	20,33±7,819	15,29±3,39	10,10±2,682	43,38±6,453
El ve ayak sporları beraber	17,58±9,817	16,63±2,62	10,32±3,845	42,16±7,205
p[b]	**0,522**	**0,446**	**0,870**	**0,770**
Egzersiz yapma durumu				
Hiç yapmayan	19,34±6,106	15,04±3,52	10,34±2,844	42,21±7,050
Haftada 1-2 gün yapan	18,84±5,919	15,15±3,29	9,70±2,853	41,05±6,424
Haftada 3-4 gün yapan	16,47±6,372	16,07±3,107	11,30±2,926	41,53±5,563
Diğer	17,87±5,371	14,65±4,05	10,13±3,195	40,00±7,404
p[b]	**0,101**	**0,430**	**0,033**	**0,331**
Ailede spor yapma durumu				
Yapan	17,66±6,398	15,34±3,29	10,34±2,838	41,03±7,322
Yapmayan	18,91±5,990	15,13±3,45	10,12±2,915	41,58±6,641
p[a]	**0,245**	**0,726**	**0,674**	**0,647**
Ailede spor yapan				
Anne – baba – eş	17,25±5,523	15,38±3,15	11,12±2,295	41,38±4,897
Kardeş	17,83±7,303	15,17±3,62	9,83±3,143	40,43±8,554
p[a]	**0,841**	**0,890**	**0,294**	**0,772**
Boş zamanı değerlendirme şekli				
Boş zamanım yok	18,69±6,77	15,49±3,96	10,83±3,27	42,18±7,66
Kitap okuyarak ve müzik dinleyerek	17,04±4,49	14,04±3,70	9,78±2,75	38,63±6,41
Televizyon ve sinema izleyerek	17,68±5,6	14,12±3,77	10,09±3,04	39,59±8,52
Bilgisayar ve internet kullanarak	17,96±6,11	15,44±3,87	10,44±3,19	41,00±7,98
Spor yaparak ve gezerek	18,00±4,69	15,26±3,63	9,84±3,74	40,95±6,18
Diğer	24,11±4,003	14,56±3,90	9,44±4,003	46,22±6,43
p[b]	**0,083**	**0,410**	**0,601**	**0,087**

a T testi
b Varyans analizi

Çizelge 3.14. Hemşirelerin Spor Yapma ve Boş Vakitlerini Değerlendirmesi İle GÖY Toplam Puanların Karşılaştırılması

Spor yapma ve boş vakit	Başlama X±SS	Yılmama X±SS	Sürdürme çabası-ısrar X±SS	Göy Toplam puan X±SS
Sağlık için en önemli davranış				
Sağlığa zararlı alışkanlıklardan sakınmak	19,44±5,86	15,16±3,41	9,92±2,78	41,92±6,43
Düzenli fiziksel egzersiz yapmak	14,60±4,45	16,80±1,92	12,20±1,92	41,00±1,87
Yeterli ve dengeli beslenmek	18,66±6,25	15,61±3,18	10,60±2,93	42,33±6,39
Yeterli ve düzenli uyumak	17,80±5,94	14,61±3,65	9,97±2,94	39,85±7,44
p[b]	**0,089**	**0,182**	**0,112**	**0,065**

b Varyans analizi

4. TARTIŞMA

4.1. Sosyo Demografik Değişkenler

Araştırmaya katılan hemşirelerin %66,5'ini kadınlar oluşturmaktadır. Çalışmamızda araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine bakıldığında cinsiyete göre kadın %66,5, Erkek %33,5 kişidir. Yaş grupları sıralaması ise, 20-29 %72,1, 30-39 yaş grubu %24,1 ve 40 yaş üzeri ise %3,8'dir. Medeni durum ise, Evli %42,9 Bekar %51,5 Boşanmış %5,6'dır. Yapılan birçok çalışma da bizim bulgularımızı desteklemektedir (Lovell 2009, Ransdell ve ark 2004). Hastanelerde çalışan hemşireler genelde benzer yaş grubunu oluşturmaktadır.

4.2. Egzersiz Yarar ve Engel Algıları Ölçeğinin Toplam Puanı ve Alt Boyutları

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin egzersiz yarar/engel algıları incelendiğinde, EYEÖ yarar alt ölçek puan ortalaması 57,87 ± 11,781 olarak bulunmuştur. EYEÖ yarar alt ölçek ortalamaları ile daha önce yapılan çeşitli literatür çalışmaları değerlendirildiğinde; yetişkin kadın ve erkek bireyler üzerinde yapılan çalışmada (Sechrist ve ark 1987), EYEÖ yarar alt ölçek ortalaması 90,68 ± 12,98; Ransdell ve ark.'nin 2004 yılında kadınlara yönelik yapmış olduğu araştırma neticesinde bulunan ortalama 92,71±8,30 olarak bulunmuştur. Bunun yanında ülkemizdeki çalışmalar incelendiğinde ise, Ortabağ 2009 yılında Gülhane Tıp Akademisi, hemşirelik yüksekokulu öğrencileri üzerine gerçekleştirmiş olduğu çalışmada ise 90,68±12,98 olarak bulunmuştur. Son yıllarda egzersiz yapma konusunda sağlıklı bir eğilim yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu şekilde yaşamın temel gerekliliklerinden biri haline geldiği görülmektedir. Her gün daha fazla sayıda kadın ve erkek, hem uzun dönemli yararlarından ötürü hem de bunun sonucu olarak kendilerini daha iyi hissettikleri için düzenli olarak egzersiz yapmaktadır (Sönmez 2006).

Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre, "kişinin, hastalık ve sağlık konularında kendini nasıl algıladığı ve hissettiği" önemlidir. Bu algı, psikolojik olarak kişinin

sağlık davranışını uygulamaya açık olup olmadığını belirler. Sağlık İnanç Modeli'ne göre sağlık davranışına hazır olmayı belirleyen faktörler arasında bir tehdit olarak algılanması, yarar ve engel algısı bulunmaktadır. Yarar algısı, bireylere olumlu sağlık davranışlarını uygulayıp devam ettirmenin yaşama olan etkilerini öğretebilir. Bunun sonucunda, bireyin sağlıkla ilgili tutum, davranışlar ve olumlu sağlık uygulamalarının yararı ile ilgili bilgilenerek kendi sağlığını kontrol etme olasılığı artar (Ersin ve Bahar 2012).

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin, EYEÖ engel alt ölçek puan ortalaması 38,02 ± 5,930 olarak bulunmuştur. EYEÖ engel alt ölçek puan ortalaması; kadın ve erkek bireyler üzerinde yapılan çalışma neticesinde (Sechrist ve ark 1987), 28,60 ± 5,75; Ransdell ve ark.' nin araştırmasında 50,17±4,79; Ortabağ'ın (2009) yaptığı araştırmada ise 28,66 ± 5,50 olarak bulunmuştur. Bu durumun temel nedeni, araştırmaya katılan bireylerin sağlık personeli olmalarının yanında, sağlık kuruluşlarında lisans eğitimi süresince ve mezuniyet sonrasında çeşitli hizmet içi eğitim seminerleri ile sağlığı koruma-geliştirme hususunda desteklenerek sürekli eğitim almalarına ve çalışmamızdaki hemşirelerin %59,7'sinin lisans ve üzeri eğitimi olmaları belirleyici olmuş olabilir.

Engel algısı, bireyin psikolojik, kültürel ve bireysel özellikler gibi çeşitli sebeplere bağlı olarak olumlu sağlık davranışları için bireysel ve toplumsal düzeyde çeşitli engelleri algılamasıdır. Olumlu sağlık davranışlarını uygulama ve sürdürme olasılığını azaltan en önemli etken, engel algısı ile yarar algısı arasındaki farktır (Janz ve ark 2002). Bu araştırmada hemşirelerin engel algılarının diğerlerine göre yüksek değer olması (38,02 ± 5,930), hemşirelerin değinildiği üzere farklı sebeplerle egzersize günlük yaşantılarında yeterli zaman ayıramayışından kaynaklı olabilir. Engelleyen özellikler, sağlığı geliştiren davranışların gerçekleşmesini olumsuz yönde etkileyen içsel ve dışsal etmenlerdir. Bu etmenler arasında, fiziksel ve psikolojik etkinin yanı sıra çevresel özellikler, motivasyon ve kişisel sebepler sayılabilir (Maurer ve Smith 2000). Dolayısıyla engel algıları artan ve egzersiz düzensizliği olan hemşireler için fiziksel yaşamın minimum seviyede olduğu, hareketsiz yaşam tarzı olarak ifade edilen sedanter yaşam büyük bir risk faktörü olabilir. Sedanter yaşam tarzı beraberinde ciddi bir takım sağlık problemlerini de getirmektedir (Esen 2010). Özellikle orta yaş ve üzeri dönemlerde yüksek tansiyon, obezite, kassal

zayıflık, postürel bozukluk, diabet ve koroner arter risk faktörlerinin artması gibi birçok sağlık problemleri daha yaygın olarak görülmektedir. Yaşlanma ile birlikte, organizmada oluşan en önemli değişikliklerden biri, fiziksel çalışma kapasitesindeki düşüştür. Kalbin atım volümünün azalmasına bağlı olarak, dakika volümünde azalma olabilir. Damar çeperleri kalınlaşır ve sertleşir. Bunun sonucunda da kan basıncı artabilir. Kan basıncının artmasına karşın, bu daralma nedeniyle organ ve ekstremitelere olan kan akımı azalır (Kalyon 1994). Bu yaş aralığında kabul edilebilir düzeyde fiziksel aktivite yapan bireylerde erken ölümlerin ve ciddi hastalıkların önlenmesinde aktivitenin iki kat etkili olduğu gösterilmiştir (Akyol ve ark 2012).

Araştırmada hemşirelerin egzersiz yarar alt grubundaki maddelerden aldıkları en yüksek değer "fiziksel performans" (18.99 ± 4,36) faktörü olarak belirlenmiştir. Fiziksel performans faktörü içeriğinde; egzersiz kas gücümü ve dayanıklılığımı, kişisel başarılarımı, kendime güvenimi artırır ve vücut görünümümü geliştirir yorumlarını içerir. Fiziksel performans faktörü; Sechrist ve ark.'nın araştırmasında 3,26 ± 0.72; Ransdell ve ark.'nın araştırmasında 3,46 ± 0,36; Ortabağ'ın (2009) araştırmasında 3,30 ± 0,53; olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızdaki puan ortalamasının yüksek çıkmasının nedeni çalışma grubumuzun büyük çoğunluğunun kadın olması ve sağlık çalışanı olması olabilir.

Hemşirelerin egzersiz yapmayı yarar olarak algıladıkları maddelerin ilk sırasında; "egzersiz tüm vücut fonksiyonlarımı düzeltir" (2,60 ± 0,78); "egzersiz mizacımı geliştirir" (2,28 ± 0,69); "egzersiz yorgunluğumu alır" (2,26 ± 0,70); "egzersiz yapma yeni insanlarla tanışmam için iyi bir yoldur" (2,23 ± 0,74); "egzersiz yaparken arkadaşlarım ve sevdiklerimle birlikte olabilirim" (2,19 ± 0,76) ifadeleri yer almıştır. Ortabağ ve ark.'nın (2009) yürütmüş olduğu hemşirelik yüksek okulu öğrencileri çalışması neticesinde de benzer olarak, öğrencilerin egzersizden yarar gördüklerini belirttikleri maddeler sıralaması şu şekilde olmuştur. "egzersiz yapmak kalp-damar sistemimin işlerliğini arttırır" (3,42 ± 0,58); "egzersiz kas gücümü arttırır" (3,41 ± 0,58); "egzersiz yapmak fiziki zindeliğimi arttırır." (3,42 ± 0,59). Brown'un (2005) yapmış olduğu çalışma neticesinde ise en yüksek yarar egzersiz maddesi fiziksel gelişim olarak belirlenmiştir (17.99 ± 5,36). Çalışmamızda hemşirelerin egzersizden yarar gördüklerini belirttikleri maddelerin, fiziksel

performans, fiziksel görünüm ve hayatı geliştirme üzerinde toplanmasının sebebi, katılımcıların tamamının hemşire olması, çoğunluğunun genç olması (%72,1) ve dolayısıyla fiziksel çekiciliğe önem vermeleri, vücut fonksiyonları ile daha dayanıklı, dikkatli ve güçlü olmak istemeleri ile açıklanabilir.

Birey yeni bir davranışa başlama ve sürdürme sürecinde kişisel, psikolojik, kültürel kaynaklı pek çok engelle karşılaşabilir. Bu engellerden en sık karşılaşılanları; bir süre sonra sıkılma, zaman ayıramama, ekonomik yetersizlik, davranışın güç olması, davranışın diğer bireyler tarafından desteklenmemesidir (Bayraktar ve ark 2009).

Çalışmamızda hemşirelerin egzersiz engel alt grubundaki maddelerden aldıkları en yüksek değer (13,28 ± 2,51) ile "fiziksel zorlanma" faktörü olarak belirlenmiştir. Bu faktörün kapsamı değerlendirildiğinde; egzersizin zor bir iş olarak algılanmasının yanı sıra, egzersizin bireyleri yorduğu gibi çıkarımlara da ulaşılabilmektedir. Fiziksel zorlanmanın içeriğinde, egzersiz benim için çok sıkıcı, egzersiz aile sorumluluklarımdan daha fazla zaman alır, egzersiz kıyafetleri içindeki insanların komik göründüğünü düşünürüm gibi ifadeler yer almaktadır. Bu nedenle egzersizler, bireyler tarafından anlaşılabilir düzeyde ve uygulanabilir bir yapıda olmalı, ağrı şiddeti göz önüne alınarak gittikçe artan yoğunlukta verilmeli ve pratik uygulamalı olarak kazandırılmalıdır. Çünkü ifade edilen bu engel algısı sağlıkla ilgili davranış değişikliklerini yavaşlatabilir veya durdurabilir.

Araştırmamızda hemşirelerin egzersiz yapmada engel olarak gördükleri maddelerin en başında, (3,03 ± 0,68) değer ile, "Egzersize ailemden daha çok zaman ayırıyorum", "Egzersiz kıyafetleri içindeki insanların komik göründüğünü düşünürüm" (2,96 ± 0,72) ve "Egzersiz benim için çok sıkıcı" (2,92 ± 0,75) ifadeleri gelmektedir. Araştırmadan alınan bu netice, ilgili literatür taramaları ile de benzer sonuçları göstermektedir (Sechrist 1987, Grubbs ve ark 2002, Ransdell ve ark 2004, Kimm ve ark 2006, Ortabağ 2009, Robbins 2009, Stroud ve ark 2009). Buradan anlaşılacağı üzere, bireyin içinde bulunduğu çevre; davranış oluşumunu etkilemektedir. Birey ya da grubun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik haline ulaşması için, çevresi ile baş edebilmesi, çevresini değiştirebilmesi, isteklerini belirleyebilmesi, tanıyabilmesi ve doyum bulabilmesi gereklidir. Ayrıca bireyin

sağlık davranışlarını inançları, beklentileri, güdüleri, değerleri, algıları, kişisel tutumları, bunlara ek olarak, psikolojik özellikleri, davranış biçimleri ve alışkanlıkları da etkilemektedir. (Spellbring 1991). Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi çok geniş bir hastane olup, tüm servislerde çok sayıda hemşire çalışmaktadır. Birçok farklı sosyoekonomik ve kültürel çevrelerden gelen bireylerin tedavileri burada yapılmaktadır. Dolayısıyla hemşireler ciddi yoğun bir tempo ile görev yürütmektedir. Buna birkaç farklı engel algısı da etki ederek egzersiz engel algılarını etkiliyor olabilir.

Yaptığımız bu çalışmada ileriki yaşlarda (40 yaş ve üzeri) EYEÖ engel alt ölçek puanlarının daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Ransdell ve ark.,'ın (2004) kadınlara yönelik yaptığı çalışmada da benzer şekilde yaş arttıkça, engel algılarının arttığı, konu ile ilgili benzer çalışmalarda da yaşla birlikte egzersiz yarar ve engel algılarında bir artış olduğu belirlenmiştir (Stutts 2002). Bizim çalışma sonuçlarımız da bu sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Ancak, sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmanın yaş faktörü sonuçları ile bizim yapmış olduğumuz çalışmanın yaş faktörü sonuçları çelişmektedir. Sağlık çalışanları ile yapılan araştırmada 40 yaş ve üzeri olanların (Akgül 2008) egzersiz puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bazı çalışmalar, yaş ile sağlığı geliştiren davranışlar arasında olumlu ilişki olduğunu göstermiştir. Yaşın artmasıyla, uyumlu davranış gösterme arasında paralellik olduğu belirtilmektedir (Battorf ve Johnson 1996, Spellbring 1991). Volden, Longemo ve arkadaşlarının (1990) yaptıkları çalışmada; yaş ve medeni durum değişkenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanmasında ve sürdürülmesinde etkili olduğunu belirtmektedirler (Longemo ve Volden 1990).

Hemşirelerin genç yaşa göre ilerleyen yaşlarda egzersiz yarar algılarının artmış olmasını, kendi alanlarında daha fazla bilgi ve deneyim sahibi olmaları, sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik farkındalıklarının artmış olması, sağlıklarına daha fazla önem vermeleri şeklinde açıklamak mümkündür. Engel algılarının yüksek çıkması ise yaş arttıkça vücutlarında meydana gelen fizyolojik değişikliklerin fiziksel güç harcama kapasitelerinde azalmaya sebep olması, isteksizlik ve buna bağlı egzersize zaman ayıramama gibi nedenlerle açıklandığı savunulabilir.

Araştırma sürecine dâhil olan kişilerin EYEÖ yarar, engel ve toplam puan ortalamaları medeni hallerine göre farklılık göstermemekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık mevcut değildir. Hemşirelerin medeni durumlarına göre EYEÖ yarar ve engel alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, bekarlar da EYEÖ yarar alt ölçek puanı (57,25±11,231), evlilere göre (57,92±12,312) daha düşük bulunmuştur. Bekarların engel alt ölçek puan ortalaması ise (37,90±5,660), evlilere göre (38,24±6,307) daha düşük çıkmış ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Sonuç olarak bekarların egzersiz konusunda, evlilere göre yarar algıları daha düşük, engel algıları daha yüksektir. Koçoğlu'nun (2006) ve Akgül (2008) yapmış olduğu araştırmalarda evli olanların egzersiz puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamız bu araştırma sonuçlarını desteklemektedir. Evliliğin sağlıklı yasam biçimi davranışları üzerine olumlu bir etki göstermesine rağmen, bekarların daha fazla boş zamanı olması, daha az sorumluluk sahibi olmaları, mali konularda bağımsız olmaları, atletik görünmek, formda kalmak istemeleri, kendilerine daha fazla zaman ayırıp spor yapma imkanlarının olması ve arkadaş gurubu ile daha fazla sosyal ortamlarda vakit geçirebilmeleri egzersiz yapmalarını etkiliyor olabilir.

Çalışmada çocuk sahibi olan katılımcıların EYEÖ yarar ortalamaları (58,10 ± 13,532) iken çocuk sahibi olmayanların ise (57,76 ± 10,809) olarak belirlenmiştir. Çocuğu olan hemşirelerin EYEÖ yarar alanında, çocuğu olmayan hemşirelere göre daha yüksek, EYEÖ engel alanında daha düşük puan aldığı belirlenmiştir. EYEÖ yarar ortalamaları çocuk sahibi olma duruma göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Çalışmada çocuk sahibi olan katılımcıların EYEÖ engel ortalamaları ise (38,44 ± 6,582) iken çocuk sahibi olmayanların engel ortalamaları (37,80 ± 5,571) olarak bulunmuştur. Kişilerin EYEÖ toplam ortalamaları da yarar ve engel ortalamalarında olduğu gibi benzer olup gruplar arasında anlamlı bir farklılık mevcut değildir. Çocuk sahibi olmanın EYEÖ ortalamalarının hiçbirisinde anlamlı bir değer taşımadığı gibi çocuk sayısının farklılığı da EYEÖ yarar, engel ve toplam ortalamaları açısından istatistiksel olarak farklılık oluşturmamaktadır. Sağlığı geliştirici yasam biçiminin toplumun tüm üyeleri için özellikle de kadınlar için önemli olduğu kabul edilmektedir. Kadınlar ailenin sağlığının sürdürülmesi ve

geliştirilmesinde hayati rol oynamakta ve tüm kültürlerde ailenin sağlığından sorumlu bakım verici olarak kabul edilmektedir.

Çalışmaya dâhil olan, çocuk sahibi olan ve çocuklarının bakımı için yardım alan ailelerin EYEÖ yarar ortalamaları (59,12±15,957), yardım almayanların ise (56,88±11,620) olarak belirlenmiştir. Çocuk bakımında yardım alan kişilerin EYEÖ engel ortalamaları (38,28±6,599) olup yardım almayanların ise ortalama (38,03±6,922) olarak belirlenmiştir.

Günümüzde sağlıksız beslenme, aşırı stres, tütün, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı gibi çevresel etkenlerle meydana gelen hareketsizlik ve bunun sonucunda ortaya çıkan şişmanlık gibi nedenlerden kaynaklı yaşam biçimi hastalıkları, daha çok gelişmiş ülkelerde kendini hissettirmektedir (Erkoç ve Yardım 2011). Yasam biçimi hastalıkları kapsamında günlük yaşam aktivitelerini engelleyen hastalıklar, yaşamımızda önemli bir yere sahiptir. Hemşireler ile yaptığımız çalışmada günlük yasam aktivitelerini engelleyen hastalığa sahip olma durumu ile EYEÖ yarar/engel alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, Günlük Yasam Aktivitelerini (GYA) engelleyen hastalığı sahip olmayan hemşirelerin egzersiz yarar puanlarının yüksek, egzersiz engel puanlarının düşük olduğu belirlenmiş, ancak istatistiksel olarak arada anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan bazı araştırmalarda da kronik hastalığa sahip olmayanların egzersiz puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. (Yıldırım 2005, Altay 2006, Tokuç ve Berberoğlu 2007, Ardıç 2008, Kocaakman 2009). Bu sonuçlardan da anlaşılacağı gibi, Günlük Yasam Aktivitelerini engelleyen hastalıklara sahip olan hemşirelerin egzersiz yapmaları da beklenmeyebilir.

Vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin her birinin yeterli miktarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması durumu yeterli ve dengeli beslenmedir (Sağlık Bakanlığı 2014). Çalışmaya katılan hemşirelerin yeterli ve dengeli beslenme durumları ile EYEÖ yarar/engel alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, fikrim yok diyenlerin oranı yüksek, yeterli ve dengeli beslenen hemşirelerin egzersiz yarar puanları orta ve engel puanlarının düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca, yeterli ve dengeli beslenme durumu ile EYEÖ engel alt ölçek puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yalçınkaya ve ark.'nın (2007) yaptıkları araştırmalarda yeterli ve dengeli

beslendiğini ifade edenlerin egzersiz puanları yüksek çıkmıştır. Bu sonuçlar araştırma sonuçlarımızla benzerdir.

Beden Kitle İndeksi (BKİ); hem çocuklarda hem de yetişkinlerde beslenme durumunu göstermede kullanılan oldukça objektif bir ölçüttür. BKİ çok kolay hesap edilen (ağırlık [kg]/boy2 [m]) ve klinik değerlendirmede deri altı ve toplam vücut yağının iyi bir göstergesi olarak kabul edilen bir ölçüttür. Özellikle obesitenin değerlendirilmesinde BKİ'nin kullanılması önerilmektedir (Sarria 2001). Hemşirelerin beden kütle indeksi ile EYEÖ yarar/engel alt ölçek puanları karşılaştırıldığında, şişman olan hemşirelerin egzersiz yarar puanları normal kiloda olan hemşirelere göre düşük ve engel puanları, normal kiloda olan hemşirelere göre yüksek çıkmıştır.

Hemşirelerin öğrenim seviyesi ile EYEÖ yarar/engel alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, lisans mezunu olan hemşirelerin egzersiz yarar puanlarının önlisans ve lise eğitimi alan hemşirelere göre daha düşük, egzersiz engel puanlarının ise meslek liseli hemşirelerden sonra ikinci sırada yer aldığı belirlenmiştir. Önlisans eğitimi alan hemşirelerin egzersiz yarar puanlarının; SML, lisans eğitimi ve lisansüstü eğitim alan hemşirelere göre daha yüksek, egzersiz engel puanlarının da daha düşük olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonucumuza göre; hemşirelerin öğrenim düzeyi yükseldikçe kendi sağlıklarının sorumluluğunu daha fazla üstlendiklerini düşünebiliriz. Meslekteki toplam çalışma süreleri açısından EYEÖ yarar/engel alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 10-12 yıl arası çalışma süreyle çalışan hemşirelerin yarar ve engel algılarının daha az çalışma süresi olanlara (10 yıl ve daha az çalışan) ve daha fazla çalışma süresi olanlara (13 yıl ve üstü) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna göre, hemşirelerin zindelik, spora ve egzersize yatkınlığı için ideal çalışma sürelerinin 10-12 yıl arası olduğu düşünülebilir. Çalışmamızı yürüttüğümüz Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde çalışma süreleri ile EYEÖ yarar/engel alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında 4 yıldan daha süreli çalışma evresinin 4 ve daha fazla olan çalışma sürelerine göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, çalışılan bölüm ve bölümdeki sorumluluk düzeyi ile EYEÖ yarar/engel alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında hastanenin acil ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan ve sorumluluk düzeyi servis ve klinik harici sorumlulukları olan bireylerin daha

yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Bunun nedeni ise, hastanenin acil servislerine getirilen bireylerin getirilme sebeplerinin sosyolojik, psikoloji vb. etkilerinden kaynaklanabilir.

4.2.1. Fiziksel Aktivite

Hemşirelerin spor yapma durumu ile EYEÖ alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, spor yapan hemşirelerin egzersiz yarar alanında, spor yapmayan hemşirelere göre daha yüksek, egzersiz engel alanında da daha düşük puan aldığı belirlenmiş, spor yapma durumu ile EYEÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hemşirelerin egzersiz yarar algılarının yükseltilmesi için öncelikle spor yapmaları gerektiği; spor yapmalarına teşvik etmek için ise gerekli motivasyon, zaman, olanak ve desteğin sağlanması, iş yükünün azaltılması gerektiğini, bu konuda yasaların, kurum yöneticilerinin, çevrenin ve eğitimcilerin sorumluluk almaları ve kişileri desteklemeleri gerektiğini düşünebiliriz. Kadınlarla yapılan bir çalışmada spor yapma durumları incelendiğinde % 97,7 kadının spor yapma olanağının olmadığı belirlenmiştir (Bilgili ve Ayaz 2009). Hemşirelerin yaptığı spor çeşitleri ile EYEÖ alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında el sporlarının ayak sporlarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bunun sebebi, araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunun kadın olması gösterilebilir.

Hemşirelerin egzersiz yapma durumu ile EYEÖ yarar/engel alt ölçek puanları karşılaştırıldığında egzersiz yapmayan hemşirelerin haftada 1-2 gün ya da 3-4 ve daha fazla yapan hemşirelere göre yüksek olduğu görülmüştür (98,84±12,700). Egzersiz yapma durumu ile EYEÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel bir anlam bulunamamıştır. Ancak, Ortabağ'ın (2009) hemşirelik yüksek okulu öğrencileri ile yapmış olduğu çalışmada, egzersiz yapan öğrencilerin egzersiz yapmayan öğrencilere göre egzersiz yarar puanları yüksek (94.77± 11.21), egzersiz engel puanları (27.47±5.09) düşük olarak bulunmuştur. Yalçınkaya ve ark.,'nın (2007) sağlık çalışanları üzerinde yaptığı araştırmada haftada 3-4 gün ve üzeri egzersiz yapan sağlık personelinin egzersiz puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Hızla gelişen dünyamızda, devamlı büyüyen şehirlerde trafik, karmasa ve hava

kirliliği artarken, parkların ve spor alanlarının azalması, spor aktivitelerinin yapılmasını da zorlaştırıyor olabilir.

4.2.3. Öz Yeterlilik

Öz yeterlilik kavramı, insan davranışının önemli bir belirleyicisi olarak Sosyal-Bilişsel Kuram kapsamında Bandura tarafından tanımlanmış ve daha sonra da bu kavramı ele alan pek çok kuramsal ve deneysel çalışma yapılmıştır (Yıldırım ve İlhan 2010, Gözüm ve Aksayan 1999, Özalp 2005). Öz yeterlilik, kişinin çevresinde olup bitenler üzerinde etkili olabilecek biçimde bir edimi başlatıp sonuç alıncaya kadar sürdürebileceğine olan inancı olarak tanımlanmıştır (Yıldırım ve İlhan 2010). Bireylerin sağlıklarıyla ilgili davranışlarının oluşumu ve değiştirilmesinde öz yeterlilik kavramının kullanılması işe yarar görünmektedir. Kişisel yeterlik beklentileri kişilerin belirli bir konuda ne kadar çaba harcayacaklarını, engelleyici ve hoşlanılmayan deneyimlere rağmen davranışlarını ne kadar uzun sürelerle devam ettireceklerini belirlemektedir (Yıldırım ve İlhan 2010).

Hemşirelerin öz yeterlilik ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarında en yüksek puan, başlama" (18,78±6,03) ve en düşük alt başlığın "Sürdürme çabası-Israr" (10,15±2,90) dır. Bununla birlikte, Hemşirelerin Genel Öz Yeterlilik (GÖY) maddelerinin her bir alt ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları karşılaştırıldığında, Başlama alt başlığında en yüksek ortalama, "Sorunlarımdan biri bir işe zamanında başlayamamamdır" (2,21±1,02), en düşük ortalama ise "Her şeyi yarım bırakırım" (1,87±0,95) dır. Yılmama alt başlığında en yüksek ortalama "Kendine güvenen biriyim" (3,64±1,23), en düşük ortalama "Kolayca pes ederim" (2,14±1,08) dır. Sürdürme çabası alt başlığında en büyük değer alan soru "Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim" (3,47±1,10), en düşük ortalama ise "Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım" (3,26±1,17) dır.

Sosyo-Demografik Özelliklere ile GÖY toplam puanları karşılaştırıldığında, erkek bireylerin kadın bireylere göre puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Erkek bireylerin öz-yeterlik inançları ile kadın bireylerin öz yeterlik inançları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yaş grupları ile GÖY puanları

karşılaştırıldığında, 40 yaş ve daha üzeri bireylerin öz yeterlik inançlarının daha genç bireylere göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bunda, yaşı ilerleyen bireylerin daha olgun davranışsal düşünme becerilerinin etkili olduğu düşünülebilir. Medeni Durum ile GÖY toplam puanları karşılaştırıldığında, dul olan bireylerin öz yeterlik inançlarının evli ve bekar olan bireylere göre yüksek olduğu bulunmuştur. Dul hemşirelerin öz-yeterlik inançları ile evli veya bekar hemşirelerin öz yeterlik inançları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çocuk sahibi olma durumu ile GÖY toplam puanları karşılaştırıldığında, başlama aşamasında çocuğu olmayan bireylerin öz yeterlik inançlarının çocuk sahibi olan hemşirelere göre yüksek olduğu, yılmama maddelerinde ise çocuk sahibi olan hemşirelerin öz yeterlik inançlarının çocuğu olmayan hemşirelere göre yüksek ve sürdürme çabalarının ise yine aynı şekilde çocuk sahibi olan bireylerin öz yeterliklerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sahip olunan çocuk sayısı ile GÖY toplam puanları karşılaştırıldığında ise, üç ve daha fazla çocuğa sahip olan bireylerin bütün aşamalarda öz yeterliklerinin yüksek olduğu görülmektedir. Bu hemşirelerin öz yeterlik inançları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sahip olunan çocuklardan ötürü bakım yardımı alan ve almayan hemşirelerin GÖY toplam puanları karşılaştırıldığında, bakım yardımı alan hemşirelerin öz yeterlik inançlarının daha düşük olduğu görülmekle birlikte, bakım yardımı alınan yer açısından ise evde alınan/alınacak bakımın hemşirelerin öz yeterlik inançlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Günlük aktiviteleri engelleyen hastalıklar ile GÖY toplam puanları karşılaştırıldığında, hastalığın olup olmamasının öz yeterlik inançlarına etkisi hakkında olumlu ya da olumsuz görüş bildirmeyen hemşirelerin puanı (40,93±5,934)'dır. Hastalığın tipi ve GÖY toplam puanları karşılaştırıldığında, solunum ve dolaşım sistemi hastalıkları olan hemşirelerin öz yeterlik inançları (45,40±5,683) olarak bulunmuştur. Sigara içme durumu ile GÖY Toplam puanları karşılaştırıldığında, (42,05±7,838) ile en yüksek öz yeterlik puanına sahip olan madde sigara içenler maddesi olarak belirlenmiştir. Sigara içmeyen ve içip bırakan hemşirelerin öz yeterlik algısı ise sırasıyla, 41,23±6,238 ve 41,75±6,296 olarak bulunmuştur. Bununla birlikte, içilen sigara sayısı ile GÖY toplam puanları karşılaştırıldığında, 1-9 adet arası sigara içenlerin öz yeterlik inançları 44,04±7,700 ile en yüksek puan olarak ortaya çıkmıştır. Yeterli ve dengeli beslenme açısından GÖY Toplam puanları karşılaştırıldığında, yeterli ve dengeli beslenen bireylerin öz yeterlik inançları 41,98±6,376 ile ilk sırada yer almaktadır. Bununla birlikte yeterli ve dengeli beslenmeyen ve her ikisi hakkında da bir görüş belirtemeyen hemşirelerin

oranı ise hemen hemen birbirine yakın tespit edilmiştir. Beden kitle endeksi ile GÖY Toplam puanları karşılaştırıldığında, şişman olan hemşirelerin öz yeterlik inançları, normal kiloda olan hemşirelere göre daha fazla olduğu görülmektedir. Beden kitle indeksi neticelerine göre her iki madde arasında da anlamlı bir fark tespit edilememiştir.

Hemşirelerin eğitim ve çalışma yaşamı ile ilgili özellikleriyle öz yeterlik inançları toplam puanları karşılaştırıldığında, eğitim düzeyi kategorisinde eğitim düzeyi arttıkça öz yeterlik inançlarının da arttığı görülmüştür. Egzersize başlama faktörü ön lisans seviyesinde diğerlerine göre fazla iken (19,49±5,347) yılmama ve sürdürme çabası faktörlerinde ise giderek azalma göstermektedir. Meslekte toplam çalışma süresi ile GÖY Toplam puanları karşılaştırıldığında, mesleğinde belirli bir olgunluğa ve tecrübeye ulaşmış hemşirelerin (13 yıl ve üstü) GÖY Toplam puanları karşılaştırıldığında, 43,10±8,859 ile ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Bununla birlikte, hemşirelerin Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde çalışma süresi ile GÖY Toplam puanları karşılaştırıldığında, 4-6 yıl arası çalışan hemşirelerin öz yeterlik inançları daha kısa süre bu hastanede çalışan hemşirelere göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışılan bölüm ve bu bölümdeki sorumluluk düzeyleri ile GÖY Toplam puanları karşılaştırıldığında, engel yarar faktörü ile paralel sonuçlar görülmektedir. Buna göre, acil ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin öz yeterlik inançları 43,85±4,84, cerrahi ve dahili birimlere kıyasla daha yüksektir. Yine bölümdeki sorumluluk düzeyleri açısından da, servis ve klinik harici bölümlerde hemşirelik yapan bireylerin öz yeterlik inançları diğer bölümlerde (42,44±7,636) çalışan hemşirelere göre daha azdır. Bölümde çalışma süresi ile bağlı olunan hastanedeki çalışma süreleri ise birbirine paralellik göstermektedir. Bölümünde 4-6 yıl arası çalışan bireylerin öz yeterlik inançları daha kısa süre çalışan hemşirelere göre yüksektir (42,34±4,929). Çalışılan şift ile GÖY Toplam puanları karşılaştırıldığında, 16.00 – 08.00 çalışan bireylerin öz yeterlik inançlarının 08.00 – 17.00 arası ile her iki şifti dönüşümlü çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (43,40±5,719). Bunun yanında, haftalık çalışma süreleri ile GÖY Toplam puanları karşılaştırıldığında, 64 – 88 saat çalışma süresine sahip hemşirelerin öz yeterlik inançlarının, 40 – 56 saat arası çalışan bireylere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Çalışma şekli ve GÖY toplam puanları karşılaştırıldığında ise, sözleşmeli çalışan hemşirelerin kadrolu ve geçici çalışan hemşirelere göre öz yeterlik

inançlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu faktörler arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir.

Hemşirelerin spor yapma ve boş vakitlerini değerlendirmeleri ile öz yeterlik algılarının karşılaştırması yapıldığında ise, spor yapmayan bireylerin spor yapanlara göre öz yeterlik inançlarının fazla olduğu görülmektedir. Yapılan spor çeşitleri ile GÖY Toplam puanları karşılaştırıldığında, el sporları türlerini daha çok yapan bireylerin öz yeterliklerinin ayak sporlarını yapan bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun nedenini ise, araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunun kadın olması oluşturabilir. Egzersiz yapma durumlarında ise, hiç egzersiz yapmayan bireylerin öz yeterliklerinin haftada birkaç gün egzersiz yapan hemşirelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Boş zamanı değerlendirme açısından GÖY Toplam puanları karşılaştırıldığında, ifade edilen maddelerin başında boş zamanının olmadığını (42,18±7,66) ifade eden hemşirelerin öz yeterlik inançlarının diğer boş zaman aktivitelerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, sağlık için en önemli davranışın sorulduğu maddede ise çoğunluğun ilk sırada seçtiği kategori sağlığa zararlı alışkanlıklardan sakınmaktır. Bu kategoriyi seçen hemşirelerin öz yeterlik inançlarının, sıra ile yeterli ve dengeli beslenmek, yeterli ve düzenli uyku ve düzenli egzersiz yapmak sağlık için en önemli davranıştır diyen bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun sebebi olarak da, hemşirelerin sağlığa zararlı alışkanlıklardan gereği gibi uzak durarak yeterlik algılarının farkındalığını yaşadıkları söylenebilir.

4.2.4. Öz Yeterliliğin Fiziksel Aktivite İle İlişkisi

Hemşirelerin öz yeterlik inançları ile egzersiz yarar/engel algıları incelendiğinde ise, öz yeterlik alt ölçeklerinden olan başlama puanı ile egzersiz yarar puanları arasında pozitif bir ilişkinin varlığından söz edilebilir. Birey yeni bir davranışa başlama ve sürdürme sürecinde kişisel, psikolojik, kültürel kaynaklı pek çok engelle karşılaşabilir. Bu engellerden en sık karşılaşılanları; bir süre sonra sıkılma, zaman ayıramama, ekonomik yetersizlik, davranışın güç olması, davranışın diğer bireyler tarafından desteklenmemesidir (Pender ve ark 2002). Başlama puanı ile egzersiz engel puanları arasında ise yine pozitif yönde ve anlamlı korelasyon olduğu görülmektedir. Yılmama, sürdürme ve öz yeterlilik boyutlarının egzersiz

yarar puanı ile arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş ve bu boyutlar ile egzersiz engel puanları arasında da negatif bir anlam ve ilişki olduğu tespit edilmiştir.

5. SONUÇ

Bu bölümde araştırmanın yürütüldüğü Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan hemşirelerin egzersiz algılarının belirlenmesi ve öz yeterlilikle ilişkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen çalışma neticesinde elde edilen bulgulara dayalı olarak ulaşılan sonuçlara yer verilmiştir.

Araştırmada hemşirelerin %76,5'inin spor yapmadığı, spor yapanların ise %46,7'sinin ayak sporları ile uğraştıkları belirlenmiştir. Yüzde 42,9'unun hiç egzersiz yapmadığı, %89,7'sinin ise ailesinde herhangi bir spor dalı ile uğraşan olmadığı, ailesinde spor yapanların ise %74,2'sinin kardeşinin spor yaptığı belirlenmiştir. Yine hemşirelerin %35,9'unun boş vaktinin olmadığı, %18,8'inin boş vakitlerinde televizyon ve sinema izlediği belirlenmiştir. Boş vakitlerini kitap okuyarak ve müzik dinleyerek geçirenler ile bilgisayar ve internet kullanarak geçirenlerin yüzdesinin %14,9 ile aynı olduğu bulunmuştur. Sağlık için en fazla önem verilen davranışın %44,0 ile sağlığa zararlı alışkanlıklardan sakınmak olduğu bulunmuştur.

Araştırmada yer alan kişilerin % 66,5'i kadınlardan oluşmaktadır. Erkeklerin EYEÖ yarar ortalaması 56,46±12,903, kadınların ise 58,59±11,134 olarak tespit edilmiştir. EYEÖ yarar ortalaması cinsiyete göre farklılık göstermemekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir ($p>0,05$). Erkeklerin EYEÖ engel ortalaması 38,08±6,676, kadınların ise 37,99±5,531 olarak tespit edilmiştir. EYEÖ engel ortalaması cinsiyete göre farklılık göstermemekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir ($p>0,05$). Erkeklerin EYEÖ toplam ortalaması 94,54±14,791, kadınların ise 96,58±11,022 olarak belirlenmiştir. EYEÖ toplam ortalaması cinsiyete göre farklılık göstermemekte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir ($p>0,05$). Kişilerin yaş grupları EYEÖ yarar ortalamaları sırasıyla 57,79±11,522; 58,51±12,200; 55,46±14,408 olarak saptanmış olup, gruplar arasında EYEÖ yarar ortalaması açısından istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir ($p>0,05$). Kişilerin yaş grupları EYEÖ engel ortalamaları ise yine sırasıyla 37,89±5,832; 38,11±5,508; 39,92±8,351 olarak tespit edilmiştir. Yaş grupları EYEÖ

engel ortalamalarına göre farklılık göstermemekte ve gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05).

Çocuk sahibi olmanın EYEÖ ortalamalarının hiçbirisinde anlamlı bir değer taşımadığı gibi çocuk sayısının farklılığı da EYEÖ yarar, engel ve toplam ortalamaları açısından istatistiksel olarak farklılık oluşturmamaktadır (p>0,05). Çalışmaya dâhil olan, çocuk sahibi olan ve çocuklarının bakımı için yardım alan ailelerin EYEÖ yarar ortalamaları 59,12±15,957, yardım almayanların ise 56,88±11,620 olarak belirlenmiştir. Çocuk bakımında yardım alma durumu EYEÖ yarar ortalamaları etkilememekte ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır. Çocuk bakımında yardım alan kişilerin EYEÖ engel ortalamaları 38,28±6,599 olup yardım almayanların ise 38,03±6,922 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Çocuk bakımında yardım alan kişilerin EYEÖ yarar, engel toplam ortalamaları ise 97,40±17,222 olup yardım almayanların ise 94,91±13,100 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05). Doktor tarafından tanısı konulan hastalığı olan kişilerin EYEÖ yarar ortalaması 57,58±17,835 iken, herhangi bir hastalığı olmayan kişilerin 57,90±11,231'dir. Hastalığı olan ya da olmayan kişilerin EYEÖ yarar ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Belirlenmiş bir hastalığı olan kişilerin EYEÖ engel ortalaması 38,83±7,80 iken, hastalık tanısı konulmamış kişilerin ise 37,96±5,775 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık söz konusu değildir (p>0,05).

Kişilerin EYEÖ toplam puan ortalamaları ise sırasıyla; 96,42±21,419; 95,85±11,521 şeklinde olup hastalık tanısı olan ve olmayan kişilerin söz konusu parametre için de ortalamaları benzer niteliktedir. Ayrıca gruplar arasında da istatistiksel olarak herhangi bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Günlük aktivitelerini engelleyebilecek hastalığı bulunan kişilerin EYEÖ yarar ortalaması 59,95±18,294 olup, benzer nitelikte hastalığı olmayan kişilerin ise EYEÖ ortalaması 57,60±11,237'dır. Hastalığının olup olmadığı hakkında fikri olmayan kişilerin ise EYEÖ ortalaması 60,60±12,205 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında EYEÖ yarar

ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Günlük aktivitelerini engelleyebilecek hastalığı bulunan kişilerin EYEÖ engel ortalaması 39,35±6,777 olup, benzer nitelikte hastalığı olmayan kişilerin ise EYEÖ ortalaması 38,12±5,860 olarak belirlenmiştir. Hastalığının olup olmadığı hakkında bilgisi olmayan kişilerin ise EYEÖ ortalaması 34,20±5,017 olarak belirlenmiştir. Günlük yaşam kalitesini etkileyecek bir hastalığı olup olmadığı hakkında fikri olmayan grubun EYEÖ engel ortalaması diğer iki gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p<0,05$). Günlük aktivitelerini engelleyebilecek hastalığı bulunan kişilerin EYEÖ yarar, engel toplam ortalaması 99,30±22,022 olup, benzer nitelikte hastalığı olmayan kişilerin ise EYEÖ yarar, engel toplam ortalaması 95,72±11,429'dır. Hastalığının olup olmadığı hakkında fikri olmayan kişilerin ise EYEÖ ortalaması 94,80±15,101 olarak belirlenmiştir. EYEÖ yarar, engel toplam ortalaması en yüksek grup hastalığı olan kişiler olmakla beraber gruplar arasında EYEÖ yarar, engel toplam ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Araştırma sürecine dâhil olan kişilerin EYEÖ yarar, engel ve toplam puan ortalamaları sigara içme durumlarına göre benzer nitelikte olup, gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık mevcut değildir ($p>0,05$). Gruba ait ortalamalar Çizelge 7'den de takip edilebilir. Sigara kullanıyor olmanın söz konusu bütün puan ortalamalarında istatistiksel olarak bir anlam taşımasından kaynaklı tüketilen sigara miktarı da puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir farklılık oluşturmamaktadır ($p>0,05$). Yeterli ve dengeli beslenmesine dikkat eden kişilerin EYEÖ yarar ortalaması 57,89±12,359 iken, beslenmeyen kişilerin ise 57,03±11,555 olarak belirlenmiştir. Bu konuda fikri olmayan kişilerin ise ortalaması 60,03±8,507 olarak gözlenmekte ve söz konusu parametre ortalamaları için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Dengeli beslenen kişilerin EYEÖ engel ortalaması 38,52±5,800; dengeli beslenmeyen kişilerin 37,53±6,369 ve bu konuda fikri olmayan kişilerin ise mevcut ortalaması 36,50±5,180 olarak tespit edilmiştir. Gruplarda yer alan kişilerin puan ortalamaları benzer nitelikte olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut değildir ($p>0,05$).

Kişilerin söz konusu gruplar için EYEÖ toplam ortalamaları da benzer özellikte olup bu parametre için de gruplar arasında herhangi bir farklılık yoktur.

Normal kiloya sahip olan kişilerin EYEÖ yarar ortalaması 58,51±11,558 iken şişman olanların ise 56,37±12,219 olarak belirlenmiştir. Kişilerin EYEÖ yarar ortalaması Beden Kitle Endeksine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Normal kiloya sahip olan kişilerin EYEÖ engel ortalaması 37,62±6,102 iken şişman olanların ise 38,97±5,412 olarak belirlenmiştir. Şişman kişilerin EYEÖ engel ortalaması normal kilolu kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksektir ($p<0,05$). Normal kiloya sahip olan kişilerin EYEÖ toplam ortalaması 96,13±12,486 iken şişman olanların ise 95,34±12,337 olarak belirlenmiştir. Kişilerin EYEÖ toplam ortalaması Beden Kitle Endeksine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Araştırmamızda sosyo-demografik değişkenlerden, 42-59 yaş grubunda, bekar, çocuğu olmayan, günlük aktivitelerini engelleyen hastalığı olmayan, lisans üstü eğitimi almış ve boş zamanı olan hemşirelerin egzersiz yarar algıları yüksek, engel algıları düşük bulunmuştur. Hemşirelere uygulanacak hizmet içi eğitim programlarında bazı sosyo-demografik değişkenlerin hemşirelerin egzersiz yarar engel algılarını ve sağlık davranışlarını etkilediği, bu faktörlerin göz önüne alınması gerektiği düşünülmektedir.

ÖNERİLER

Yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar neticesinde, hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sürdürmeleri ve geliştirmeleri, ayrıca toplum gruplarına örnek olabilmelerini sağlayacak yaşam tarzlarını benimsemeleri için aşağıdaki öneriler sunulabilir:

1. Araştırmamızda hemşirelerin egzersiz faaliyetlerine karşı ilgilerini artırıcı etkinliklerin düzenlenmesi, yakın ve uygun yerlere spor tesislerinin kurulması.

2. Hemşirelerin sağlığını korumak, geliştirmek ve topluma uygun rol model olmalarını sağlamak amacıyla özellikle fiziksel aktivitelerin başlatılıp sürdürülmesi ve fiziksel faaliyetin yararının algılanması, engel algısının azaltılması noktasında inançlarını güçlendirmek için hizmet içi eğitimlerin yapılması.

3. Araştırmamızda 40-56 saat arasında çalışan hemşirelerin (%98,5) egzersiz yarar algısı yüksek, engel algısı düşük bulunmuştur. Bu nedenle hemşirelerin haftalık çalışma saatlerinin 40-56 saat arasında tutulabilmesi için, var olan hemşire sayısının yetersizliği konusunda yeni hemşire istihdamının yapılması, kadroların doldurulması, hemşire başına düşen hasta sayısının azaltılması, hemşirelikte işgücü kaybına neden olan işten ayrılmaların önlenmesine yönelik kurumsal çalışmalar yapılması.

4. Araştırma sonucunda hemşirelerin çoğunun spor yapmadığı bulunmuştur. Sağlığın geliştirilmesinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından biri olan düzenli egzersiz yapma alışkanlığının hemşirelere kazandırılması için hemşirelik eğitiminde ders programlarında yer alan sağlığı geliştirme gibi derslerin muhtevasının yalnızca teorik bilgi olarak kalmaması, davranışa dönüştürülmesi yönünde güçlendirilmesi.

5. Sağlığın geliştirilmesi için, mevcut koşullara, toplumdaki değişimlere, küresel gelişmelere paralel olarak yürütülecek programlar, faaliyetler, politikalar, yasal düzenlemeler, insan gücü planlaması göz önünde bulundurulması, bilimsel ve

etkinliği kanıtlanmış tekniklerden faydalanarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde etkili olan nedenlere yönelik ayrıntılı ve niteliksel çalışmalar yapılması.

6. ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Egzersize İlişkin Yarar ve Engel Algıları ve Öz Yeterlilikle İlişkisinin Değerlendirilmesi

"Hasan Bakır"

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/ KONYA-2014

Teknolojik gelişmelerle günlük aktivite yoğunluğunu azaltmak her ne kadar yaşamı kolaylaştırsa da uzun vadede hareketsiz bireylerin sayısını artırmakta ve bu durum toplum sağlığını olumsuz etkilemektedir. Sağlık çalışanları içinde ise özellikle hemşirelerin topluma sağlıklı yaşam biçimleri davranışları konusunda rol model olmaları gerektiği bu çalışmanın önemi ve gerekliliğini artırdığı görülmektedir.

Bu çalışma hemşirelerin egzersiz algılarını belirlemek ve öz yeterlilikle ilişkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Konya Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 350 hemşire oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tamamı çalışmaya alınmış ve araştırma 1 Nisan ile 30 Mayıs 2013 tarihlerinde çalışan ve anket formunu doldurmayı kabul eden 340 hemşire üzerinde gerçekleştirilmiştir. Böylelikle evrenin % 97'sine ulaşılmıştır.

Verilerin toplanmasında " Genel Bilgi Formu" "Egzersiz Yarar/Engel Algısı Ölçeği" ve "Özyeterlilik Ölçeği" kullanılmıştır. Katılımcıların % 66,5'ini kadın denekler oluşturmaktadır. Yaş grupları ve medeni durumlarına göre incelendiğinde; katılımcıların büyük çoğunluğunu %72,1 ile 20-29 yaş arası hemşirelerin ve yaş grubunun bir özelliği olarak nitelendirilebilecek , %51,5 ile bekarların oluşturduğu görülmektedir. Hemşirelerin egzersiz yarar/engel algısı ölçeği egzersiz yarar alt ölçek puan ortalaması yüksek (57,87 ± 11,781) , egzersiz engel alt ölçek puan ortalaması düşük (38,02 ± 5,930) olarak bulunmuştur.

Hemşirelerin öz yeterlik ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarında en yüksek puan, "başlama" (18.78±6,03) ve en düşük alt başlığın "Sürdürme çabası-Israr" (10.15±2,90) dır. Yarar algısı puanları; spor ve egzersiz yapanlarda anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde engel algısı puanları ise, evlilerde, yeterli ve dengeli beslenmeyenlerde, spor yapmayanlarda, egzersiz yapmayanlarda ve boş zamanı olmadığını ifade edenlerde de anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. ($p<0.005$).

Araştırma sonucunda hemşirelerin çoğunun spor yapmadığı bulunmuştur. Sağlığın geliştirilmesinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından biri olan düzenli egzersiz yapma alışkanlığının hemşirelere kazandırılması için hizmet içi eğitiminde ders programlarında yer alan sağlığı geliştirme gibi derslerin konulması ve hemşirelerin kolaylıkla yararlanabileceği fiziksel aktivite ortamlarının sağlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Egzersiz Yarar-Engel, Hemşire Egzersiz Algısı, Öz Yeterlik, Sağlığı Geliştirme, Sağlıklı Yaşam Biçimi.

7. SUMMARY

REPUBLIC OF TURKEY
SELÇUK UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

Exercise Benefit and Obstacle Perceptions and Evaluation of Self Sufficiency of The Nurses Working in Seljuk University Hospital of Faculty of Medicine

"Hasan Bakır"

Department of Public Health
POST GRADUATE THESIS/ KONYA-2014

Although reducing the intensity of daily activities with the help of technological advances makes life easier, in the long run, it increases the number of physically inactive individuals and this situation affects public health negatively. It increases the importance and necessity of this study that especially nurses among medical staff have to be role models for healthy life style behaviors.

This study has been conducted in a descriptive fashion in order to determine the relationship between nurses' self-sufficiency and exercise behaviors.

Target population of the study is the 350 nurses employed in Konya Selçuklu Hospital of Faculty of Medicine. The whole target population of the study has been included in the study and the research has been carried out on 340 nurses who worked and agreed to fill out the survey form between April 1 and May 30 2013. Thus 97 % of the target population has been reached.

"General Information Form", "Exercise Benefit/Obstacle Perception Scale" and "Self-Sufficiency Scale" have been used in order to collect data. Female subjects make up 66.5 % of the participants in this study. In terms of age groups and marital status the majority of the participants are between 20-29 (%72,1) and thus can be seen as a result of the age group, single (%51.5). Exercise benefit subscale average score for exercise benefit/obstacle perception scale is determined to be high (57,87 ± 11,781) and exercise obstacle subscale average score is determined to be low (38,02 ± 5,930).

Score averages for self sufficiency scale and its subscales are "starting" (18.78±6,03) for the highest and "perseverance" (10.15±2,90) for the lowest. For those who do sports and exercise, benefit perception scores; and for those who are married and don't have adequate and balanced diets and those who don't do any sports and exercise and say they don't have free time, obstacle perception scores are significantly high. ($p<0.005$).

As a result of this survey it has been concluded that the majority of the nurses don't do sports With the aim of helping nurses to get into the habit of doing regular exercise as one of healthy lifestyle behaviors it is suggested that the contents of subjects included in the nursing education syllabus such as Health Improvement should not be only theoretically but also practically improved. It is also suggested that nurses' access to places where they can engage in physical activities should be improved.

Key Words: Exercise Benefit-Obstacle, Exercise Perception of Nurses, Self-Sufficiency, Health Improvement, Healthy Lifestyle.

8. KAYNAKLAR

1. Akgül N. Sivas İl Merkezi Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas 2008

2. Aksayan S, Gözüm S. Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması Ve Sürdürülmesinde Öz-Etkililik (kendini etkileme) Algısının Önemi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1):35-42 1998.

3. Aksoy T. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2010.

4.Aktan, C.C., Isık, A.K. Sağlığın Korunması ve Gelişimine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış'', Mart, (http://www.canaktan.org/ ekonomi/saglık-degisim-caginda/pdf-aktan/saglıgınkorunması.pdf). 2009.

5. Akyol A. Bilgiç P. ve Ersoy G. Fiziksel Aktivite, beslenme ve Sağlıklı Yaşam, Ankara. 2012.

6. Altay, B. Samsun 6 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yas Evli Kadınların Sağlıklı Yasam Bicimi Davranışları, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi, 23, 2006; 1-8.

7. Ansari, W.E., Lovell, G. Barriers to Exercise in Younger and Older Non- Exercising Adult Women: A Cross Sectional Study In London, International Journal of Environmental Research and Public Health, United Kingdom, 6(4), 2009; 1443-1455.

8. Ardıç, A. Adolesanların Sağlıklı Yasam Bicimi Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2008; 116-124

9. Batterf, J.L., Johnson, J.L. The Effects Of Cognitive- Persceptual Factors On Health Promotion Behavior Maintanence, Nursing Research, 45(1), 1996; 30-36.

10. Bayraktar, B., Kurtoğlu, M. Sporda Performans, Etkili Faktörler, Değerlendirmesi ve Arıtılması, Klinik Gelişim, 22(1), 2009; 16-24.

11. Bilgili, N., Ayaz, S. Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 8(6), 2009; 497-502.

12. Bozhüyük A. Çukurova üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Çukurova üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Adana 2010.

13. Çimen E. Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Egzersiz Yarar Engel Algılarının Belirlenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Sivas 2010.

14. Emirel H, ve Işık B. E. "Sağlıkta Dönüşüm Sürüyor", Sağlık 2004, Edit: Sabahattin Aydın, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını 2005.

15. Filiz Y. Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi, Ankara: Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2010.

16. Gözüm, A., Aydın, L. Validation Evidance for Turkish Adaptation of Champion's Health Belief Model Scales, Canser Nursing, 27,2004; 491-498.

17. Grubbs, L.M., Tabano, M. Use of Sunscreen in Health Care Professionals: The Health Belief Model, Cancer Nursing ,23(3), 2000; 164-167.

18. İmer A. Üniversitede Görev Yapan İdari Personelin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep. 2013.

19. Janz, N.K., Champion, V.L., Strecher, V.J. The Health Belief Model, (In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, Editors), Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice, JosseyBass, San Fransisco. 2002.

20. Kalyon T. A, Spor Hekimliği, 2.Baskı, Gata Basımevi, Ankara. 1994.

21. Karakoç, A. Sınıf Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi, Cumhuriyet üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, Sivas 2006.

22. Kesgin C, Topuzoğlu A. "Sağlığın Tanımı; Başa çıkma", Journal of İstanbul Kültür Universtty, Sayı:3 2006.

23. Kılıç E. Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.

24. Kocaakman, M. İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu Birinci ve Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Sağlık Yasam Bicimi Davranışlar, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2009. 108.

25. Longemo P, Volden C. "The Relation ship Of Age, GenderAnd Exercise Practices To Measure Of Health, Lifestyle, Self Esteem", Appl.Nurs.Res., 3(1)1999. 20 6.

26. Maurer F, Smith C. Community Health Nursing Theory and Practice, WB Saunders Company,2000; 404-424.

27. Ortabağ, T., Ceylan, S., Akyüz, A., Bebis, H. Validity and Reliability of the Exercise Benefits /Barriers Scale (EBBS) for Female University Students in Turkey, 12. st World Congress on PublicHealth, (April 27 - May 1), İstanbul. 2009.

28. Ortabag T., Ceylan S., Akyüz A., Bebis H., The validity and reliability of the Exercise Benefits / Barriers Scale for Turkish military nursing students South African Journal for Research in Sport, Physical Education and Recreation, 2010, 32(2) 55-70

29. Özmutaf, N. M. Su Ürünleri Sektöründe Yer Alan İşletmelerde Çalışanların Kendini Gerçekleştirme Düzeyleri. Ege Üniversitesi Su Ürünleri Dergisi, 22(3-4), 2005; 413-418.

30. Pender, N.J., MuRdaugh, C.L., ve Parsons, M.A. Health Promotion in Nursing Practice, New Jersey, 2002; 13-209.

31. Ransdell, L.B., Detling, N., Hildebrand, K., Moyer-Mileur, L., Shultz, B. Can Physical Activity Interventions Change Perceived Exercise Benefits and Barriers?, American Journal of Health Studies, 19(4), 2004; 195-203.

32. Robbins, L.B., Skorskii, A., Hamel, L.M., Wu, T., Wilbur, J. Gender Comparisons of Perceived Benefits of and Barriers to Physical Activity in Middle School Youth, Research in Nursing&Health, 32, 2009; 163-176

33. Sarria, A., Body Mass Index, Triceps, Skinfold and Waist Circumference in Screening for Adiposity in Male Children and Adolescents 2001.

34. Saunders HD: Physioterapy for acutelowback pain. In: Kirkaldy-Willis WH, Burton VC (Eds): Managing Low Back Pain. Churchill Livingstone, New York, 1992, 305- 315

35. Sechrist, K.R., Walker, S.N., Pender, N.J. Development and Psychometric Evaluation of the Exercise Benefits /Barriers Scale, Research in Nursing&Health, 10, 1987; 357-365.

36. Sönmez, E. Adölesan Dönemi Voleybolcu Çocukların Antropometrik Ölçümlerinin Belirlenmesi ve Sedanter Çocukların Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ. 2006.

37. Spellbring, A.M. Nursing 's Role in Health Promotion: An Overview, Nursing Clinics of North America, 26 1991; (4).

38. Stutts, W.C. Physical Activity Determinants In Adults Perceived Benefits, Barriersand Self Efficacy, American Association of Occupational Health Nurses Journal, 50 (11), 2002; 499-507.

39. TDK, Büyük Türkçe Sözlük, Türk Dil Kurumu, http://tdkterim.gov.tr/bts/ Erişim Tarihi: 10/02/2014

40. Temgilimoğlu D. Işık O. Akbolat M. Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım 2009.

41. Tokuç, B., Berberoğlu, U. Edirne Merkez İlçe İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerde Sağlığı Geliştirici Davranışlar, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6), 2007; 421-426.

42. Yalcınkaya, M., Ozer, F., Karamanoğlu, A. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yasam Bicimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 2007; (6).

43. Yıldırım N., Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi, Cumhuriyeti üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas 2005.

44. Yıldırım, N. Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yasam Bicimi Davranışlarına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 2005; 124s.

45. Yıldırım, F. ve İlhan, İ. Ö. (2010). Genel öz yeterlilik ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 21(4): 301-308.

9. EKLER

Ek – A Anket Formu

S.Ü. TIP FAKÜLTESİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN EGZERSİZE İLİŞKİN YARAR VE ENGEL ALGILARI

Egzersiz, belirli bir oranda soluk alıp vermemizi sıklaştırıp derinleştiren, kalp atışlarımızı hızlandıran ve bir süre yapıldıktan sonra az da olsa terlemeye neden olan, kollarımız ve bacaklarımız gibi, büyük kas gruplarıyla yaptığımız bedensel hareketlerdir. Oturduğumuz yerde yapılan bazı faaliyetler ve ev işleri ise egzersiz olarak kabul edilmemektedir. Aşağıdaki sorularda egzersiz yapmanızı sağlayan yararlar, engelleyen durumlar ve genel öz yeterlilik konusundaki durum belirlenecektir. Her maddeyi cevaplamanız ölçeğin doğru sonuç vermesi için önemlidir. Teşekkür ederiz. Hasan Bakır

1. Yaşınız:… …… Cinsiyetiniz: 1.Kadın 2.Erkek	12. Haftalık ortalama çalışma süreniz nedir?:……
2. Medeni durumunuz nedir? 1. Bekar 2. Evli 3. Dul 4. Boşanmış 5. Diğer….	13. Doktor tarafından tanısı konulmuş, sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı? 1. Evet (Belirtiniz……) 2. Hayır
3. Eğitim durumunuz nedir? 1. Sağlık Meslek Lisesi 2. Önlisans 3. Lisans 4. Lisansüstü 5. Diğer (Yazınız……..)	14. Günlük aktivitelerinizi engellediğini düşündüğünüz bir hastalığınız var mı? 1. Evet (Belirtiniz.....) 2. Hayır 3. Fikrim yok
4. Çocuğunuz var mı? 1. Evet (çocuk sayısı:….) 2. Hayır	15. Sigara içiyor musunuz? 1. Hiç içmedim. 2. İçtim bıraktım. 3. Halen içiyorum. (Günde ortalama kaç adet:……) 4. Diğer…….
5. (4. soruya cevabınız Evet ise) Çalışma saatleriniz dışında çocuğunuzun bakımı için yardım alıyor musunuz? 1. Evet (Bu yardımı kimden ve nerede aldığınızı belirtiniz.……) 2. Hayır	16. Yeterli ve dengeli beslendiğinizi düşünüyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır 3. Fikrim yok
6. Meslekteki toplam çalışma süreniz : 1. 1ay-3 yıl 2. 4-6 yıl 3. 7-9 yıl 4. 10-12 yıl 5. 13 yıl ve üstü	17. Herhangi bir spor dalı ile uğraşıyor musunuz? 1. Evet (Belirtiniz) …… 2. Hayır
7. Bu hastanede çalıştığınız süre (Yıl/Ay) ……	18. Egzersiz yapma durumunuzu belirtiniz. 1. Hiç yapmıyorum. 2. Haftada 1-2 gün yapıyorum. 3. Haftada 3-4 gün ve üzeri yapıyorum. 4. Diğer.
8. Çalıştığınız bölüm neresi……..	19. Ailenizde (anne, baba veya kardeş) herhangi bir spor dalı ile uğraşan var mı? 1. Evet (Belirtiniz) ……..2. Hayır

9. Çalıştığınız bölümdeki sorumluluk düzeyiniz nedir? 1. Servis Sorumlu Hemşiresi ( ) 2. Klinik Hemşiresi ( ) 3. Diğer (Lab., Yoğun Bakım, Poliklinik, Başhemşirelik vb.) ( )……...Yazınız.	20. Evde boş vakitlerinizde ne yaparsınız? (**Birden fazla seçenek işaretlenebilir**) 1. Boş zamanım yok. 2. Kitap okuyarak ve müzik dinleyerek 3. Televizyon ve sinema izleyerek. 4. Bilgisayar ve Internet kullanarak. 5. Spor yaparak ve gezerek. 6. Diğer (Açıklayınız……)
10. Çalıştığınız bölümde ne kadar zamandır çalışıyorsunuz(Yıl/Ay)?	
11. Hangi şiftte çalışıyorsunuz? 1. Her zaman 08:00-17:00 şiftinde 2. Çoğunlukla 16:00-08:00 şiftinde 3. Dönüşümlü olarak her iki şiftte 4. Diğer (Açıklayınız……..)	21. Sizce sağlığınız için hangisi daha önemlidir. En önemlisi 1, en önemsizi 4 olmak üzere sıralayınız. (1) Sağlığa zararlı alışkanlıklardan (sigara) sakınmak (2) Düzenli fiziksel egzersiz yapmak (3) Yeterli ve dengeli beslenmek (4) Yeterli ve düzenli uyumak

22. Çalışma şekliniz

1. ( ) Kadrolu 2. ( ) Sözleşmeli 3. ( ) Geçici 4.Diğer (……..)

23.Vücut Ölçüleriniz: 1. Vücut ağırlığınız (kg):(……..). 2. Boyunuz (cm):(…….)

Aşağıdaki ölçek ile egzersiz yapmanızı sağlayan yararlar ve engelleyen durumlar belirlenecektir. Her maddeyi cevaplamanız ölçeğin doğru sonuç vermesi için önemlidir. Teşekkür ederiz.

EGZERSİZ YARAR/ENGEL ÖLÇEĞİ

		Kesinlikle Katılıyorum	**Katılıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle Katılmıyorum**
1	Egzersizden hoşlanırım				
2	Egzersiz stres ve gerilim duygularımı azaltır.				
3	Egzersiz akıl sağlığımın gelişimini sağlıyor.				
4	Egzersiz çok fazla zamanımı alır.				
5	Egzersiz yaparak kalp krizlerini önleyebilirim.				
6	Egzersiz beni yoruyor.				
7	Egzersiz kas gücümü arttırır.				
8	Egzersiz bana kişisel başarı hissi verir.				
9	Egzersiz yerleri çok fazla uzak				
10	Egzersiz bana gevşediğimi hissettirir				
11	Egzersiz yaparken arkadaşlarım ve sevdiklerimle birlikte olabilirim.				
12	Egzersiz benim için çok sıkıcı				
13	Egzersiz yapma beni yüksek tansiyondan korur.				
14	Egzersiz çok fazla paraya mal olur.				
15	Egzersiz yapmak fiziki zindeliğimi arttırır.				
16	Egzersiz yapılan tesislerin programı bana uygun değil				
17	Egzersiz kas kitlemi arttırır.				
18	Egzersiz yapmak kalp-damar sistemimin işlerliğini arttırır.				
19	Egzersizden yorulurum.				
20	Egzersiz yapmak bana keyif verir.				
21	Eşim (ya da önemli başka biri) egzersiz yapmayı teşvik etmez				
22	Egzersiz dayanıklılığımı arttırır				

23	Egzersiz esnekliğimi arttırır				
24	Egzersize ailemden daha çok zaman ayırıyorum.				
25	Egzersiz mizacımı geliştirir				
26	Egzersiz yapmam geceleri daha iyi uyumama yardımcı olur.				
27	Egzersiz yaparsam daha uzun yaşarım.				
28	Egzersiz kıyafetleri içindeki insanların komik göründüğünü düşünürüm				
29	Egzersiz yorgunluğumu alır				
30	Egzersiz yapma yeni insanlarla tanışmam için iyi bir yoldur				
31	Fiziksel dayanıklılığım egzersiz yapma ile arttı				
32	Egzersiz yapma benlik kavramımı geliştirir				
33	Aile üyelerim egzersiz yapmak için beni teşvik etmez				
34	Egzersiz yapma zihinsel uyanıklılığımı arttırır				
35	Egzersiz normal aktivitelerimi yorulmadan sürdürmemi sağlar				
36	Egzersiz çalışmamın kalitesini arttırır				
37	Egzersiz aile sorumluluklarımdan daha fazla zaman alır				
38	Egzersiz benim için bir eğlencedir				
39	Egzersiz başkaları tarafından kabul edilmemi sağlar.				
40	Egzersiz zor iştir				
41	Egzersiz tüm vücut fonksiyonlarımı düzeltir.				
42	Egzersiz yapabilmem için çok az yer var.				
43	Egzersiz vücut görünümümü geliştirme yoludur.				

2-GENEL ÖZYETERLİLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıda Genel Öz yeterlilik konusunda çeşitli ifadeler verilmiştir. Lütfen her ifadeyi okuyup, size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

Başlama	**Kesinlikle Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Biraz Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
1. Eğer bir iş çok karmaşık görünüyorsa onu denemeye bile girişmem.	( )	( )	( )	( )	( )
2. Zorluklarla yüz yüze gelmekten kaçınırım.	( )	( )	( )	( )	( )
3. Hayatta karşıma çıkacak sorunların çoğuyla baş edebileceğimi sanmıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
4. Bana zor görünen yeni şeyleri öğrenmeye çalışmaktan kaçınırım.	( )	( )	( )	( )	( )
5. Belirlediğim önemli hedeflere ulaşmada, pek başarılı olamam.	( )	( )	( )	( )	( )
6. Yeni bir şey denerken başlangıçta başarılı olamazsam çabucak vazgeçerim.	( )	( )	( )	( )	( )
7. Beklenmedik sorunlarla karşılaştığımda kolayca onların üstesinden gelemem.	( )	( )	( )	( )	( )
8. Her şeyi yarım bırakırım.	( )	( )	( )	( )	( )
9. Sorunlarımdan biri bir işe zamanında başlayamamamdır.	( )	( )	( )	( )	( )
Yılmama					
10. Kendine güvenen biriyim.	( )	( )	( )	( )	( )
11. Başarısızlık benim azmimi arttırır.	( )	( )	( )	( )	( )
12. Kolayca pes ederim.	( )	( )	( )	( )	( )
13. Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam başarana kadar uğraşırım.	( )	( )	( )	( )	( )
14. Yeteneklerime her zaman çok güvenmem.	( )	( )	( )	( )	( )
Sürdürme Çabası-Israr					
15. Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım.	( )	( )	( )	( )	( )
16. Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim.	( )	( )	( )	( )	( )
17. Planlar yaparken, onları hayata geçirebileceğimden eminimdir.	( )	( )	( )	( )	( )

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: HASAN BAKIR

Doğum Yeri: KONYA

Doğum Yılı: 1983

Medeni Hali: EVLİ, 2 ÇOCUK

Öğrenim Durumu:

Lise	**:**Zeki Özdemir Lisesi 2003
Lisans	**:**Aksaray Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Memurluğu 2008
Yüksek Lisans	**:** Selçuk Üniversitesi 2012
İş Deneyimi	**:** Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Onkoloji Servis Hemşiresi 2008
	Selçuk Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servis Sorumlu Hemşireliği 2010-2012
	Selçuk Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Bronkoskopi Hemşireliği 2013
	Selçuk Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Poliklinik ve Bronkoskopi Hemşireliği (2014)