T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

NALAN BOSTAN

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR-2013

DEU.HSI.MSc-2010970117

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NALAN BOSTAN

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Ayşe BEŞER

DEU.HSI.MSc-2010970117

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Nalan Bostan **'HEMŞİRELERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER'** konulu Yüksek Lisans tezini 12.07.2013 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

Doç.Dr. Ayşe BEŞER
(Başkan)

Prof.Dr. Zühal BAHAR
(Üye)

Doç.Dr. Hatice MERT
(Üye)

Doç.Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ
(Yedek Üye)

Yrd.Doç.Dr. Meryem Ö.HANEY
(Yedek Üye)

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER i
TABLO DİZİNİ iii
ŞEKİL DİZİNİ iv
KISALTMALAR v
TEŞEKKÜR vi
ÖZET 1
ABSTRACT 2
1. GİRİŞ VE AMAÇ 3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 3
1.2. Araştırmanın Amacı 4
1.3. Araştırmanın Soruları 5
2. GENEL BİLGİLER 6
2.1. Sağlık 6
2.2. Sağlığın Korunması 6
2.2.1. Birincil Koruma 6
2.2.2. İkincil Koruma 7
2.2.3. Üçüncül Koruma 7
2.3. Sağlığın Geliştirilmesi 7
2.3.1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli 8
2.3.1.1. Modeldeki Majör Kavramlar ve Tanımlar 8
2.3.1.2. Revize Edilen SGM, Ek Kavramlar ve Tanımlar 11
2.3.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları 14
2.3.2.1. Beslenme 14
2.3.2.2. Stres Yönetimi 15
2.3.2.3. Fiziksel Aktivite 15
2.3.2.4. Manevi Gelişim 16
2.3.2.5. Kişilerarası İlişki 17
2.3.2.6. Sağlık Sorumluluğu 18
2.3.3. Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü 19
2.3.4. Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü 19
3. GEREÇ VE YÖNTEM 21
3.1. Araştırmanın tipi 21
3.2. Araştırmanın yeri ve zamanı 21

3.3. Araştırmanın evreni ve örneklemi 21
3.4. Araştırmanın değişkenleri 21
3.5. Veri toplama araçları 21
3.6. Araştırma planı 23
3.7. Verilerin değerlendirilmesi 24
3.8. Etik Kurul Onayı 24
4. BULGULAR 25
5. TARTIŞMA 37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 44
6.1. Sonuçlar 44
6.2. Öneriler 45
7. KAYNAKLAR 47
8. EKLER 52

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Hemşireleri Tanımlayıcı Bazı Özellikler.....25

Tablo 2. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları……..27

Tablo 3. Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları……....28

Tablo 4. Hemşirelerin Cinsiyetine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları 29

Tablo 5. Hemşirelerin Medeni Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları.....29

Tablo 6. Hemşirelerin Aile Tipine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları……..30

Tablo 7. Hemşirelerin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları……....30

Tablo 8. Hemşirelerin Mezun Oldukları Okullara Göre SYBD Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları……..…31

Tablo 9. Hemşirelerin Ekonomik Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları.....32

Tablo 10. Hemşirelerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları……....33

Tablo 11. Hemşirelerin Çalışma Birimine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları……..…34

Tablo 12. Hemşirelerin Çalışma Süresine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları……..…35

Tablo 13. Hemşirelerin Çalışma Biçimine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları……..…36

Tablo 14. Hemşirelerin Haftalık Çalışma Süresine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları…….....36

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli 12
Şekil 2. Revize Edilen Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli 13

KISALTMALAR

DSÖ **:** Dünya Sağlık Örgütü

SGM **:** Sağlığı Geliştirme Modeli

SYBD **:** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmalarım süresince çalışmalarıma rehberlik eden, bilgi ve deneyimleri ile sonuca ulaşmamda sonsuz destek sağlayan, danışman hocam Doç. Dr. Ayşe BEŞER ve Prof. Dr. Zühal BAHAR'a,

Araştırmama katılmayı kabul eden ve içtenlikle anketlerimi dolduran tüm meslektaşlarıma,

Çalışmalarım süresince her konuda yardımlarını esirgemeyen aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

HEMŞİRELERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

(Nalan BOSTAN, Dumlupınar Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu)

ÖZET

Amaç: Bu araştırma Kütahya ilindeki hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmanın evrenini T.C. Sağlık Bakanlığı Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim-Araştırma Hastanesi'nde çalışan 337 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup çalışmaya katılmaya gönüllü olan 278 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın verileri "sosyodemografik veri formu" ve "sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği" ile toplanmıştır. Ölçek, Walker, Sechrist, Pender tarafından geliştirilmiş ve Bahar ve arkadaşları tarafından geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin cronbach alpha katsayısı .92'dir. Verilerin değerlendirilmesinde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması 125.62±19.40 olarak bulunmuş olup, alt grupları arasında en yüksek puan ortalaması manevi gelişim (26.16±4.26) ve en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite (15.32±4.81) olarak belirlenmiştir. Medeni durum çocuk sahibi olma durumu, ekonomik durum, çalışma birimi değişkenleri ile fiziksel aktivite; yaş grupları, çocuk sahibi olma durumu, ekonomik durum değişkenleri ile kişilerarası ilişkiler; yaş grupları, ekonomik durum değişkenleri ile manevi gelişim arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Yine yaş grupları, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, ekonomik durum değişkenleri ile stres yönetimi; yaş grupları, cinsiyet, ekonomik durum, sigara kullanma durumu, hizmet yılı değişkenleri ile beslenme; medeni durum, ekonomik durum değişkenleri ile sağlık sorumluluğu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Araştırma sonucunda hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamasının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: hemşire, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlığı geliştirme

FACTORS THAT AFFECT THE HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS OF NURSES

(Nalan BOSTAN, Dumlupınar Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu)

ABSTRACT

Objective: This study was made in order to determine healthy lifestyle behaviors of nurses in Kutahya and the factors that influence these behaviors.

Method: The universe of this study has constituted 337 nurses who work at Dumlupinar University Kutahya Evliya Celebi Education-Research Hospital. The sample wasn't selected and were included 278 nurses who volunteered to participate in the study. The data were collected through "sociodemographic data form" and "healthy lifestyle behaviors scale". Scale developed by Walker, Sechrist, Pender and the validity-reliability study was carried out by Bahar and et all. Cronbach's alpha coefficient of the scale is .92. In the evaluation of data, significance test of difference between two means and one-way variance analysis were used.

Results: The mean score of the healthy lifestyle behaviors scale of nurses found to be 125.62±19:40 and between sub-groups the highest mean score is spiritual development (26.16±4.26) and the lowest mean score is physical activity (15.32±4.81). Physical activity with marital status, having children, economic status, working unit; interpersonal relationships with age groups, having children, economic status; spiritual development with age groups, economic status between variables were found to be a significant difference. Also, stress management with age groups, marital status, having children, economic status; nutrition with age groups, gender, economic status, smoking status, years of service; health responsibility with marital status, economic status between variables were found to be a significant difference ($p<0.05$).

Conclusion: As a result of this research mean score of the healthy lifestyle behaviors scale of nurses were moderate.

Key Words: nurse, healthy lifestyle behaviors, health promotion

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık insanların yaşamında önemli bir yere sahip olan bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Sağlıklı yaşam biçimi ise, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011; Güler ve ark., 2008; Güner ve Demir, 2006). Bu davranışlar tutum haline dönüştürüldüğünde kişi sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu da daha iyi bir seviyeye getirebilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni, yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Bu hastalıkların oluşumunda kişinin kendi tutum ve davranışlarının rolü büyüktür (Cürcani ve ark., 2010; Çelik ve ark, 2009; Erci, 2009; Kaya ve ark., 2009; Özkan ve Yılmaz, 2008; Yalçınkaya ve ark., 2007).

Sağlık her birey için önemli bir kavram olduğu gibi sağlık çalışanları açısından da son derece önemli bir kavramdır. Sağlık çalışanının bireylere etkili bir hizmet verebilmesi için önce kendi sağlığını iyi düzeyde tutması gerekmektedir. Bunun yanısıra sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bakım verdikleri bireylere örnek olması bakımından da önemlidir. Sağlık çalışanları arasında önemli bir yere sahip olan hemşirelerde yapılan bu çalışma hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörleri ve bu faktörler içerisindeki değişkenleri saptamak açısından önceliklidir. Bu çalışma hemşirelerin çalışma yaşamlarında sundukları hizmetlerin verimi üzerinde etkili olduğu düşünülen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi ve önerilerin sunulması, çalışma ortamlarının geliştirilmesi bakımından önemlidir.

Al-Kandari ve arkadaşının (2007) hemşirelik öğrencilerinde yaptıkları çalışmada yaş arttıkça öğrencilerin manevi gelişim puan ortalamasının arttığı, evli bayan öğrencilerin beslenme puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve cinsiyet ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçek alanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Johnson'ın (2005) Amerikalılar ile yapmış olduğu çalışmada kadınların beslenme alt grubu puan ortalaması daha yüksek ve gelirin beslenme davranışlarında önemli bir faktör olduğu bulunmuştur.

Choi Hui'nin (2002) hemşirelik bölümü öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmada 19-21 yaş grubundakilerin stres yönetimi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanının düşük olduğu belirlenmiştir.

Haddad ve arkadaşlarının (2004) Kanada ve Ürdünlü hemşirelik öğrencilerinde yapmış oldukları çalışmada en düşük puan ortalamasının sağlık sorumluluğu alt boyutunda olduğu saptanmıştır. Al Ma'aitah ve arkadaşlarının (1998) Ürdünlü kadınlarda yaptığı çalışmada bekar olanların fiziksel aktivite ve stres yönetimi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerle yapılan bazı çalışmalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) ölçeğine ait toplam puanının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Güner ve Demir, 2006; Cürcani ve ark.,2010; Özkan ve Yılmaz, 2008) . Ayrıca sağlıklı yaşam biçimi davranışı ölçeğinin alt başlıklardan biri olan stres yönetimi, Özkan ve Yılmaz'ın (2008) hastanede çalışan hemşirelerde yaptıkları çalışmada en düşük puanlar arasında saptanmış olup 34 yaş ve üstündeki hemşirelerin manevi gelişim, beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Cürcani ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ise, bekar olan hemşirelerin stres yönetimi puan ortalamalarının evli hemşirelerden daha yüksek olduğu, çocuk sahibi olmayan hemşirelerin stres yönetimi puan ortalamaları çocuk sahibi olan hemşirelerin puan ortalamalarından yüksek olduğu ve çalışma süresi bir-beş yıl olan hemşirelerin stres yönetimi puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur.

Yalçınkaya ve arkadaşlarının (2007) sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmada kadınların beslenme, sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, yaş arttıkça stresin beden üzerindeki etkisini azaltmaya yönelik eylemlerin daha az yerine getirildiği ve sigara içmeyen hemşireler ile 20 yıl üzeri çalışan hemşirelerin beslenme puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Cihangiroğlu ve Deveci'nin (2011) Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde yaptıkları çalışmada ise, öğrencilerin kendi sosyoekonomik düzeyini algılama dereceleri yükseldikçe SYBD ölçeği puanı ile stres yönetimi puanının arttığı belirlenmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Sağlık çalışanları arasında önemli bir yere sahip olan hemşirelerde yapılan bu çalışma hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörleri ve bu faktörler içerisindeki değişkenleri saptamak açısından önceliklidir. Bu araştırma Kütahya ilindeki

hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

Araştırma soruları;

1. Hemşirelerin **yaşı** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

2. Hemşirelerin **cinsiyeti** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

3. Hemşirelerin **medeni durumu** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

4. Hemşirelerin **aile tipi** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

5. Hemşirelerin **çocuk sahibi olma durumu** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

6. Hemşirelerin **eğitim durumu** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

7. Hemşirelerin **gelir durumu** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

8. Hemşirelerin **sigara kullanım durumu** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

9. Hemşirelerin **çalışma birimi** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

10. Hemşirelerin **çalışma süresi** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

11. Hemşirelerin **çalışma biçimi** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

12. Hemşirelerin **haftalık çalışma süresi** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER (LİTERATÜR BİLGİSİ)

2.1. Sağlık

Geçmiş yıllarda sağlık; "hastalık ya da sakatlığın olmayışı" olarak dar bir çerçevede tanımlanıyordu. Bu görüş bireyi etkileyen sosyal ve ruhsal faktörleri dikkate almıyordu. Oysa sağlık; kültürel, ekonomik, sosyal, fiziksel ve biyolojik faktörlerden etkilenen bir olgudur. DSÖ sağlığı; "sadece hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlamaktadır. Tanımda bahsedilen iyi olma durumu; kişinin aktivitelerden aldığı doyum, dengeli bir beslenme düzeyinin olması, kişilerle olumlu ilişkiler kurabilmesi, stresle başa çıkabilmesi ve bir yaşam amacının olması ile açıklanmaktadır (Ata, 2008).

2.2. Sağlığın Korunması

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 (Bozhüyük, 2010; Bozhüyük ve ark., 2012).

2.2.1. Birincil Koruma

Sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu önlemleri kapsar. Sağlık problemleri veya hastalıklar meydana gelmeden önce önleyen, yalnızca sağlığı koruyan ve yükselten davranış ve uygulamalarla ilgili aktivitelerdir. Bireylerin, ailelerin, toplumun ve toplum gruplarının hastalık riskini azaltıcı davranış geliştirme, sağlıklı yaşam biçimi geliştirme ve koruyucu hizmetlerden yararlanmaya yönelik aktiviteleri içerir. Sağlığı geliştirme uygulamaları olarak, gelişim dönemlerine uygun sağlıklı beslenme, uygun barınma, eğlence ve uygun çalışma koşulları sağlama, evlilik danışmanlığı ve cinsel eğitim, egzersiz yapma, stres yönetimi ve kendi sağlığından sorumlu olma, sağlık eğitimi planlamaları sayılabilir. Spesifik koruma önlemleri olarak ise, bağışıklama, kişisel hijyene özen gösterme, çevre sanitasyonu, işe ait tehlikelere karşı korunma, kazalardan ve karsinojenlerden korunma, allerjenlerden korunma yer almaktadır (Akgül, 2008).

2.2.2. İkincil Koruma

Hastalık veya durumun prevelansını azaltmaya odaklanmaktadır. Erken tanı ile hastalığın patolojik sürece gitmesini engelleyecek aktiviteleri ve hastalık oluşmuşsa ileri koruma ile bireyin fonksiyonlarının yeniden kazandırılmasını içermektedir. Hastalıkların erken dönemde tanısı için toplum taramaları yapmak gerekmektedir. Tarama çalışmaları sayesinde vaka bulma, önemli bir ikincil önleme yöntemidir (Akgül, 2008).

2.2.3. Üçüncül Koruma

Herhangi bir hastalığın gelişmesini durdurmak değil, hastalık sonucu bireyde oluşan anatomik ve fizyolojik değişikliklerle ortaya çıkan sakatlığın, onun yaşamındaki olumsuz etkilerini en düşük düzeyde tutmak önceliklidir. Üçüncül koruma bireyin bedensel sakatlığının olumsuz etkilerini gidermenin (medikal rehabilitasyon) yanı sıra sosyal uyumunu sağlayacak değişik önlemleri de (sosyal rehabilitasyon) kapsamaktadır (Akgül, 2008).

2.3. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığı geliştirme, bireylerin farkındalığını güçlendirerek, tutumlarını etkiler ve alternatiflerini belirler. Böylece kişilerin, optimal fiziksel ve mental sağlık düzeyine ulaşmalarını, fiziksel ve sosyal çevrelerini düzeltmeleri için bilinçli seçimler yapmalarını ve bu süreç içerisinde davranışlarını değiştirmelerini sağlar (Akgül, 2008). Burada sözü geçen "optimal sağlık", fiziksel, emosyonel, sosyal, spiritüel ve entelektüel sağlık arasındaki dinamik bir denge olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel alanda; egzersiz, beslenme, tıbbi öz bakım, madde kötüye kullanım kontrolü, emosyonel alanda; duygusal kriz bakımı, stres yönetimi, sosyal alanda; toplumlar, aileler, arkadaşlar, entelektüel alanda; eğitim, başarı, kariyer gelişimi spiritüel alanda; sevgi, umut, yardımseverlik kavramları yer almaktadır (Bozhüyük, 2010; Bozhüyük ve ark., 2012).

Sağlığın geliştirilmesi, tüm dünyada 1986 yılında Kanada Ottowa'da yapılan Birinci Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı'ndan sonra daha yaygın kabul görmeye başlamış, sağlığın majör belirleyicileri ve insan sağlığını olumlu yönde geliştirmeyi irdeleyen, modern halk sağlığının bir branşı haline gelmiştir (Bozhüyük, 2010; Bozhüyük ve ark., 2012). Sağlığın geliştirilmesi stratejilerinin beş ilkesi vardır:

1) Sağlığın geliştirilmesi, mevcut şartlara bağlıdır.

2) Sağlığın geliştirilmesi, DSÖ'nün sağlık tanımının üç boyutunu tamamlamaktadır.

3) Sağlığın geliştirilmesi, hükümetlerin sağlık alanındaki sorumluluklarını destekler.

4) Sağlığın geliştirilmesi, sağlığı toplum adına savunur.

5) Sağlığa katılım, sağlığın geliştirilmesinin esas unsurudur (Bozhüyük, 2010; Bozhüyük ve ark., 2012).

2.3.1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

Pender tarafından (1987) geliştirilmiş olan Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM), sağlığı koruma modelini tamamlayıcı olarak tanımlanmış olup, bilişsel faktörlere odaklanarak sağlığın yükseltilmesini ve sağlık davranışlarının iyileştirilmesini benimser (Ay, 2008).

Sağlığın geliştirilmesi, bireyin iyilik düzeyinin arttırılmasıdır. SGM, sosyal öğrenme teorisinden kaynaklanmış olup, bireyin sağlığı geliştirici davranışlarını etkileyen bilişsel süreçlerin önemini açıklamaktadır. Yapısal olarak, bireyin hastalıktan korunmak için yaptığı davranışların nasıl şekillendiğini ve nelerden etkilendiğini açıklayan sağlık inanç modeline benzemektedir (Ay, 2008).

SGM, 1996 yılında Pender ve arkadaşları tarafından tekrar gözden geçirilerek yenilenmiştir. Modelin son halinde sağlığı değiştiren davranışları etkileyen bileşenler; "bireysel özellikler ve deneyimler", "davranış-özel bilişsel süreçler" ve "davranış sonuçları" şeklinde tanımlanmıştır.

Sağlığı geliştiren davranışları belirlemek ve etkileyen faktörleri değerlendirmek için kullanılan bu modelde, demografik ve toplumsal faktörler de sağlığı etkileyebilmektedir. Bireyin sağlık aktivitelerinde aktif olarak rol almasının gerekliliği üzerinde duran bu model aynı zamanda toplumun geneli için planlanmış ve test edilmiştir (Ay, 2008).

2.3.1.1. Modeldeki Majör Kavramlar ve Tanımlar

SGM 3 noktada toplanır bunlar:

1) Bireysel özellikler ve deneyimler
2) Davranışa özel algılar ve etki
3) Davranış sonucu

SGM her bireyin karakterinin ve deneyiminin onun bir sonraki hareketini etkilediğini belirtmektedir (http://currentnursing.com/nursing_theory/health_promotion_model.htm).

1) Bireysel Özellikler ve Deneyimler

Önceki İlgili Davranış: Sıklıkla geçmişteki davranışla benzerdir. Doğrudan ve dolaylı sağlığı geliştirme davranışlarının çekici olması etkilidir.

Bireysel Faktörler: Bireysel faktörler biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel olarak sınıflandırılır.

a. Bireysel Biyolojik Faktörler: Yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi, puberta durumu, aerobik kapasitesi, ağırlık, çeviklik ya da uyum gibi değişkenleri içerir

b. Bireysel Psikolojik Faktörler: Kendine saygı, kendini güdüleme, bireysel yeteneği algılama gibi değişkenleri içerir.

c. Bireysel Sosyokültürel Faktörler: Etnik köken, kültür, eğitim ve sosyoekonomik durum gibi değişkenleri içerir (http://currentnursing.com/nursing_theory/health_promotion_model.htm).

2) Davranışa Özel Algılar ve Etki

Hareketin Algılanan Faydası: Sağlık davranışından gözlenecek pozitif sonucu beklemek.

Algılanan Hareket Engelleri: Belirli bir davranışın kişiye maliyet anlayışı, gerçek ya da hayali, umulan engeller.

Kendi Etkisini Fark Etme: Sağlığı geliştirme davranışı kişisel yargı yeteneği örgütlenmesi ile gerçekleştirilir.

Hareketin Etkisi: Kendi davranışının özelliği öznel olumlu ya da olumsuz hissetme davranış öncesinde, sırasında ve sonrasında gözlenen uyarana temellenir.

Kişilerarası Etkiler: Kavrama davranışları, inanışlar ya da diğerlerinin davranışları ile ilgilidir. Normlar, sosyal destek ve modeller etkileri içerir. Sağlık sağlayıcıları, akranlar ve aileler kişilerarası ilişkilerin birincil kaynağıdır.

Durumsal Etkiler: Bireysel algılar ve kavramalar, herhangi bir durum ve şartlar davranışı kolaylaştırır veya engel olur. Durumsal etkiler doğrudan veya dolaylı olarak sağlık davranışını etkileyebilir (http://currentnursing.com/nursing_theory/health_promotion_model.htm).

3) Davranış Sonucu

Üstlenilen hareket planı, istekler ve tercihlerin yarışı ve son olarak, sağlığı geliştirme davranışı (http://currentnursing.com/nursing_theory/health_promotion_model.htm).

Sağlığı geliştirme ile ilgili aktiviteler için "temel motivasyonel mekanizmalar" olarak tanımlanan bilişsel-algı faktörleri şu şekildedir;

1. Sağlığın Önemi: Sağlığa yüksek oranda değer veren bireylerin onu daha çok araştıracakları olasıdır. Yüksek ve orta düzeyli sağlık davranışlarına sahip bireyler arasında sağlığa verilen önem açısından farklılıklar bulunmuştur (Tomey and Alligood, 1998).

2. Sağlığın Kontrolünü Algılama: Bireylerin sağlıklarını değiştirmek için yeteneklerini a1gılaması sağlık için isteklerini motive edebilir. Sağlık davranışı üzerindeki bireysel kontrolün önemi pek çok bilimsel çalışma ile desteklenmiştir. Bireyin kendi sağlık davranışını nasıl algıladığının ve kontrol ettiğinin bilinmesi yeni bir davranış kazandırmada önemlidir. Bireyin sağlık kontrolünü içsel ve dışsal faktörler şekillendirmektedir. Bireyin sağlığının içsel kontrolü, kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıtmaktadır. Bireyin içsel sağlık kontrolü ne kadar yüksekse, olumlu sağlık davranışlarına sahip olma ve kazanma düzeyi de o oranda yüksek olacaktır (Tomey and Alligood, 1998).

Dışsal etkiler ise "güçlü dışsal etki" ve "şans etkisi" ile açıklanmaktadır. Güçlü dışsal etki, bireyin sağlığı üzerinde diğer kişilerin (aile, arkadaş, hekim, hemşire) etki düzeyini göstermektedir. Şans etkisi ise, bireyin sağlığının kontrolünde şansın, talihin ve oluruna bırakılışın düzeyini göstermektedir. Güçlü dışsal etki ve şans etkisi düzeyinin yüksek olması bireyin olumlu sağlık davranışlarına sahip olma veya kazanma düzeyinin düşük olacağını göstermektedir (Tomey and Alligood, 1998).

3. Algılanan Öz-Etkililik: Bir davranışın oluşmasında, bireyin güçlü inancı etkilidir. Öz-etkililik bireyin sağlığını geliştirmede veya sağlıkla ilgili sorunları çözümlemede etkin olma gücüdür. Bireyin gelecekte karşılaşabileceği güç durumların üstesinden gelmede ne derecede başarılı olabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı ve inancıdır. İnsanların bu yargısının oluşmasında başkalarının başarılı deneyimlerinin gözlenmesi önemli bir kaynaktır. Öz-etkililiğin olumlu davranış değişikliğinin sürekliliğinde önemli bir payı olduğu bildirilmektedir. Stresin öz-etkililik üzerinde olumsuz etki yapabileceği ve yeniden sağlıksız davranışa dönülebileceği gösterilmiştir (Tomey and Alligood, 1998).

4. Sağlığın Tanımı: Bireylerin hastalığı tanımlaması sağlığı geliştirici davranışlara başlamalarını etkileyebilir. Eğer birey sağlığı, sadece hastalık durumunun olmaması olarak görüyorsa bireyin olumlu sağlık davranışı kazanması güçleşmektedir. Diğer yandan sağlığı, yüksek düzeyde iyilik olarak görüyorsa bireyin olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyi yüksektir (Tomey and Alligood, 1998).

5. Algılanan Sağlık Durumu: Şimdiki iyi ya da hasta olma durumu sağlığı geliştirme davranışına başlama ihtimalini belirleyebilir. Birey sağlık durumunu çok iyi, iyi, kötü, çok kötü olarak algılayabilir (Tomey and Alligood, 1998).

6. Algılanan Davranışların Yararları: Sağlığı geliştirmeye yönelik algılanan davranış ne kadar fazla ise, bu davranışlara başlamak ve devam ettirmek için o kadar fazla özen gösterilebilir (Tomey and Alligood, 1998).

7. Algılanan Sağlığı Geliştirme Davranışı Engelleri: Bireyin bir aktivite ya da davranışın zor veya geçersiz olduğu inancı, davranışı uygulama amacını etkileyebilir. Yaş, cinsiyet, ırk, etnik köken, eğitim, meslek, gelir durumu, vücut ağırlığı, sağlık bakım davranışlarında aile modeli, arkadaşlar, çevre ve diğer önemli beklentiler gibi bağımsız değişkenler sağlık bakım davranışlarının belirlenmesinde rol oynar. Bu değişkenler, davranış üzerine doğrudan etki eden bilişsel algı faktörleriyle birlikte davranış üzerine dolaylı etkiye sahip olarak görülebilir (Tomey and Alligood, 1998).

2.3.1.2. Revize Edilen SGM, Ek Kavramlar ve Tanımlar

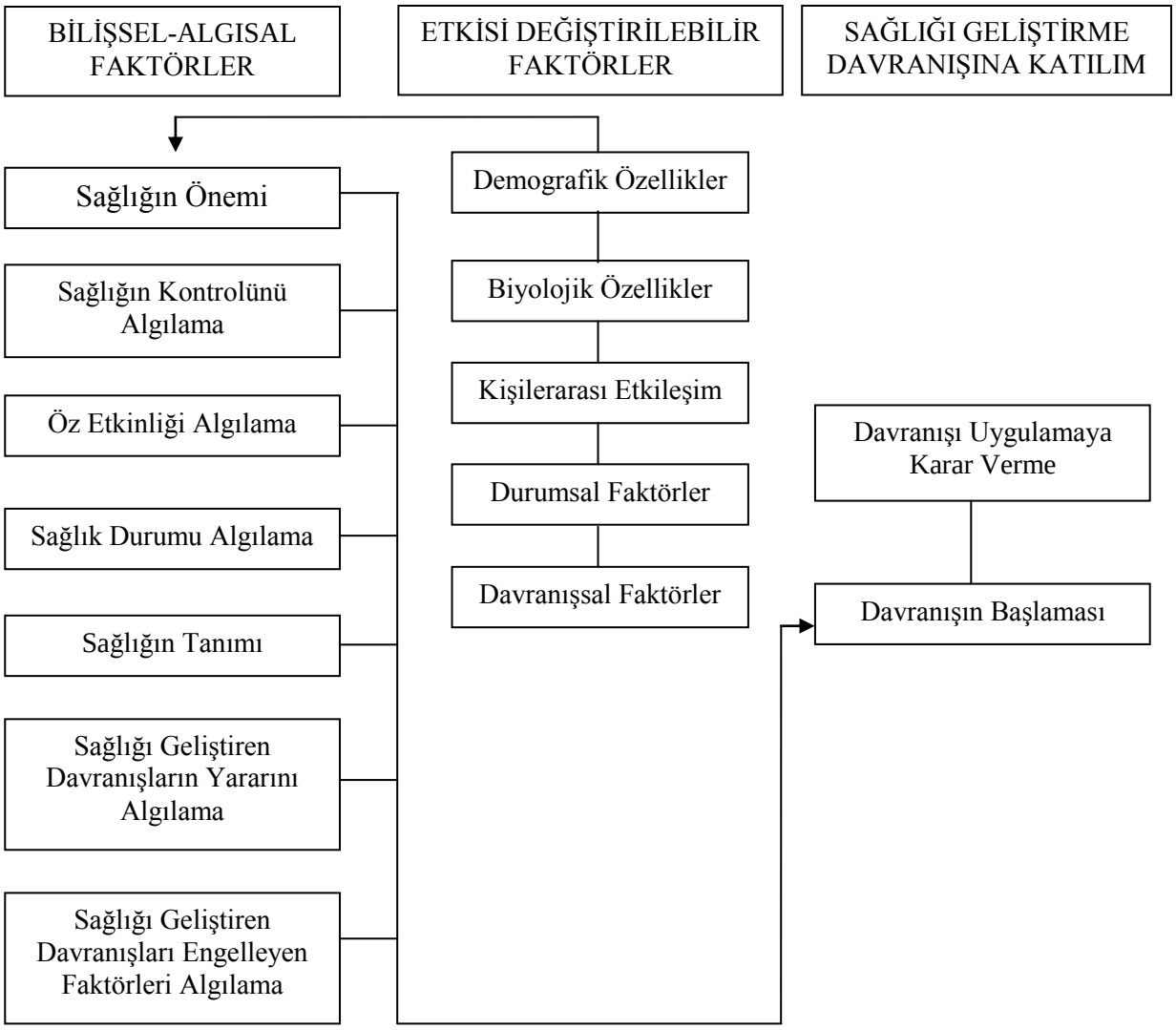
1. Davranışla İlgili Öncelik: Önceki davranışın başarı ya da başarısızlığı, sonraki davranışın sonucunu etkiler.

2. Aktivite İle İlgili Etki: Davranışın performansını direkt, öz-etkililiği ise indirekt etkileyen, özel bir davranış sonucu ortaya çıkan, negatif ya da pozitif duygulardan oluşur.

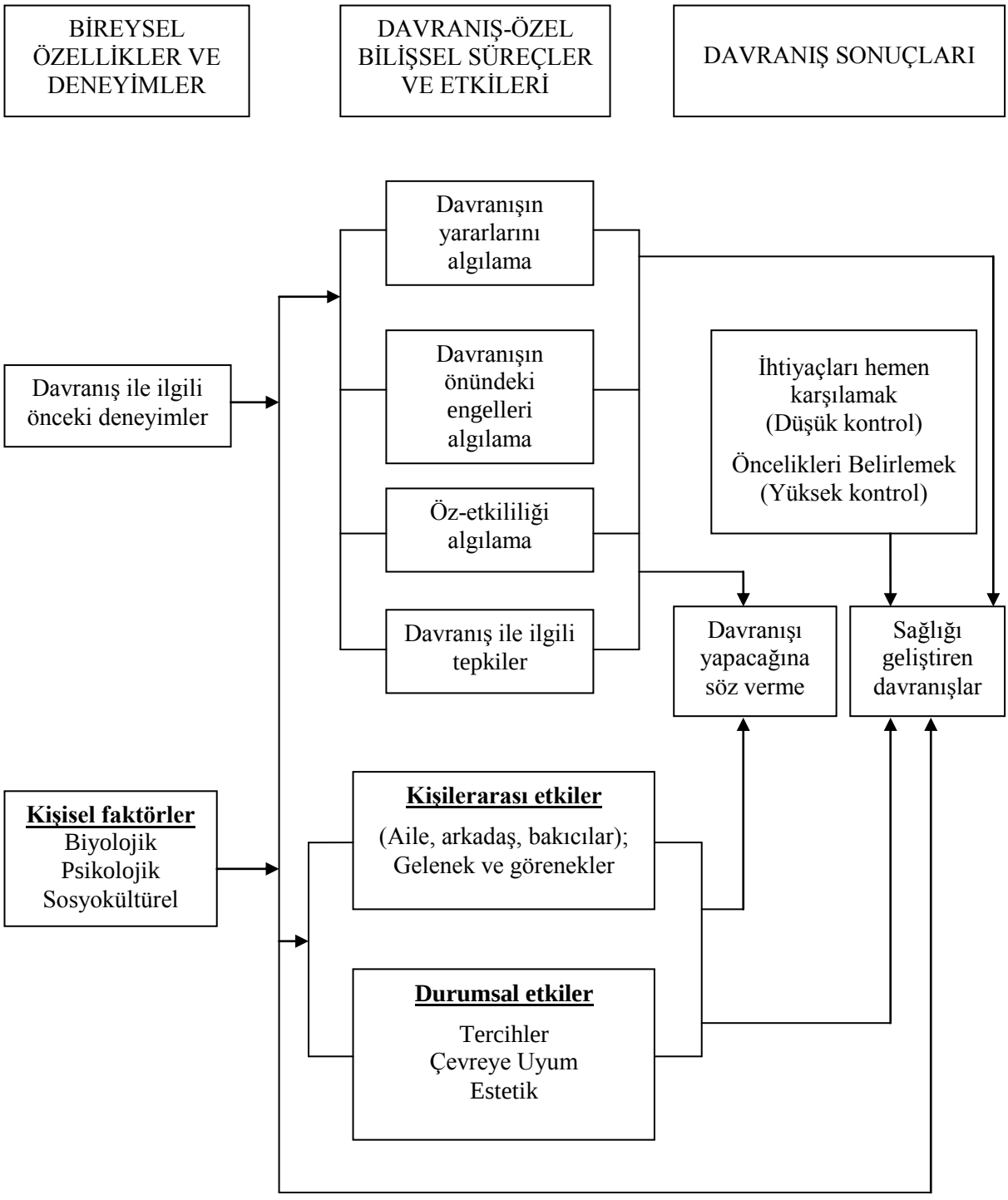
3. Bir Girişim Planı İçin Karar: Bireyin kendisi ya da bir başkasının kararıyla şekillendirilen planlı bir strateji için girişime başlamasını içerir.

4. Birbiriyle Yarış İçinde Olan Acil istek ve Tercihler: Aktiviteye karar vermeden önce var olan planlı davranış için bu alternatifler görüşülerek "yarar ve engel" kavramları belirlenir. Yarışmak, çatışmayı getirir, yarışma anında, birey ağlayan bir çocuk gibi düşük kontrole sahiptir. Kontrollü davranışların oranı arttıkça, doğru davranışlar birbirini izler (Tomey and Alligood, 1998).

Şekil 1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (Pender 1987)



Şekil 2. Revize Edilen Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (Bozhüyük, 2010)



2.3.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlığı koruma ve geliştirme denilince uzun bir süre insanların aklına ilk olarak doktorlar, hemşireler ve hastaneler gelmiş sonraları insanların sağlıklarının yaşam biçimlerine çok bağlı olduğu fark edilmeye başlanmıştır (Özvarış, 2006). 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 (Fleming ve Marshall, 2008).

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 (Zaybak ve Fadıloğlu, 2004). Beslenme, stres yönetimi, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişki ve sağlık sorumluluğu sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında sayılmaktadır (Johnson, 2005).

2.3.2.1. Beslenme

Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde dengeli ve yeterli beslenmenin etkisi yadsınamaz bir gerçektir. Beslenme, bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirler (Walker and et all., 1996).

Yapılan bir çalışmada 41 yaş üzerindeki hemşirelerin beslenme puan ortalamaları ve evli hemşirelerin beslenme puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Kim, 2011). Al-Kandari ve arkadaşının (2007) çalışmasında evli ve kadın hemşire öğrencilerinin beslenme puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Johnson'un (2005) çalışmasında kadınların beslenme puan ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup; Al Ma'aitah ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında da evli kadınların beslenme puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Duffy'nin (1997) Meksika kökenli Amerikalı kadınlarla yaptığı çalışmada ise kadınların beslenme alt ölçeğinde orta düzeyde puanlar aldıkları saptanmıştır.

Hemşirelerle ve sağlık çalışanlarıyla yapılan araştırmalarda sigara içmeyenlerin beslenme puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Özkan ve Yılmaz, 2008; Yalçınkaya, 2007). Aynı şekilde hemşirelik öğrencileri ile yapılan bazı çalışmalarda da sigara

kullanmayanların beslenme puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tambağ, 2011; Cihangiroğlu ve Deveci, 2011; Ayaz ve ark., 2005; Özbaşaran ve arkadaşları, 2004). Ayrıca Özkan ve Yılmaz'ın (2008) hemşirelerle yaptığı çalışmada, katılanların %74,8'inin sağlıklı beslenme alışkanlığının olmadığı tespit edilmiştir.

2.3.2.2. Stres Yönetimi

Stres yönetimi, gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir (Walker and et all., 1996).

Günümüzde yaşanmakta olan hızlı gelişim ve değişme, iş hayatına ve sosyal hayata da büyük bir hareketlilik ve hız getirmiştir. Hızla değişen ve gelişen hayat şartları nedeniyle, sosyal bir varlık olan insanın, fiziksel ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesi ile değişik tepkiler vermesi ve bu değişimlere uyum sağlamayı çabalaması kaçınılmazdır. Değişim o kadar hızlı olmaktadır ki, insanlar hangi sosyal ortamda olurlarsa olsunlar ya da hangi işi yaparlarsa yapsınlar yaşamlarının büyük bir bölümünde kendi sınırlarını zorlamaktadırlar. Bu nedenle stres kavramı sık karşılaşılan ve kullanılan bir kavram haline gelmiştir (Aydın ve Örnek, 2008).

Al-Kandari ve arkadaşının (2007) çalışmasında hemşire öğrencilerin yaşı arttıkça stres yönetimi puan ortalamalarının arttığı ve Choi Hui'nin (2002) hemşirelik bölümü öğrencilerinde yaptığı çalışmada 19-21 yaş grubundaki öğrencilerin stres yönetimi puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Al Ma'aitah ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında da bekar olan kadınların stres yönetimi puan ortalamalarının evli olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Cürcani ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında çocuk sahibi olmayan hemşirelerin stres yönetimi puan ortalamaları daha yüksek olarak belirlenmiştir. 34 yaş ve üstünde olan, lisans ve üstü eğitime sahip olan, geniş ailede yaşayan, haftada 40 saat ve altında çalışan, sürekli gündüz çalışan hemşirelerin stres yönetimi puan ortalamaları daha yüksektir (Özkan ve Yılmaz, 2008).

2.3.2.3. Fiziksel Aktivite

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; egzersizin ise genellikle bir spor faaliyeti içine girebilecek özel, sürekli ve düzenli kas hareketi olmasıdır (Akgül, 2008). Egzersiz, fiziksel aktivitenin alt sınıfı olarak kabul edilmektedir (Bozhüyük, 2010; Bozhüyük ve ark., 2012).

Fiziksel aktivite, hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı kapsar. Günlük yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde yürütülür (Walker and et all., 1996).

Sağlık çalışanları, hemşireler ve hemşire öğrenciler üzerinde yapılan pek çok yurt içi-yurt dışı çalışmada en düşük puan ortalaması olarak fiziksel aktivite belirlenmiştir (Can ve ark., 2008; Özyacıoğlu ve ark., 2011; Kocaakman ve ark., 2010; Al-Kandari and Vital, 2007; Choi Hui, 2002; Kim, 2011; Hong and et all., 2007).

Al-Kandari ve arkadaşının (2007) hemşire öğrencilerle yaptıkları çalışmada erkek öğrencilerin fiziksel aktivite puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuş olup; Choi Hui'nin (2002) çalışmasında 19-21 yaş grubunda olan hemşire öğrencilerin fiziksel aktivite puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bekar hemşirelerin fiziksel aktivite puan ortalaması, evli hemşirelere göre daha yüksektir (Kim, 2011). Al Ma'aitah ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında da fiziksel aktivite puan ortalaması bekar olan kadınlarda daha yüksektir.

Lisans mezunu, geniş aileye sahip, çocuk sahibi olmayan ve sigara içmeyen hemşirelerin fiziksel aktivite puan ortalamaları daha yüksek olarak belirlenmiştir (Özkan ve Yılmaz, 2008). Ayrıca Özkan ve Yılmaz'ın (2008) hemşirelerle yaptığı çalışmada, katılanların %95,7' sinin düzenli fiziksel egzersiz yapmadığı tespit edilmiştir. Yalçınkaya ve arkadaşları (2007), sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada hiç egzersiz yapmayanların oranını %58,9 olarak bulmuşlardır.

2.3.2.4. Manevi Gelişim

Manevi gelişim, bireyin kendisinin ve varoluşunun ötesindeki güçtür. Başka bir tanımda ise, hem fiziksel boyutu kapsayan hem de onun ötesindeki kişisel farkındalıktır. Bireylerin sağlık ve hastalık davranışlarını sorgulamada, değişimlere uyum sağlamada, sorunların üstesinden gelebilme becerisi kazanma, yeniden iyileşme gücü ve umudu bulmada manevi gelişimin olumlu etkisi olduğu bilinmektedir. Böyle olmasına karşın sağlık elemanlarının çoğunluğu, bireyin bu yönünü göz ardı etme eğilimi gösterirler. Oysa yaşamı tehdit edici hastalığı olan bireylerin varoluş mücadelesi, onların kendilerini iyi hissetmelerinin temelini oluşturur. Bu nedenle, tüm sağlık elemanlarının hastaya bütüncül (holistik) bir

yaklaşımla bakım vererek, hastanın bu dünyaya gelmiş yegane bir varlık olduğunu hissetmesi ve keşfetmesini sağlaması, ölümü yaşamın kaçınılmaz bir parçası olarak kabul etmesine yardım etmesi gerekmektedir (Dedeli ve Karadeniz, 2009; Çetinkaya ve ark., 2007).

Evli hemşirelerde ve 41 yaş üzerindeki hemşirelerde manevi gelişim puan ortalamaları daha yüksek olarak bulunmuş olup (Kim, 2011); hemşirelik bölümü öğrencileri ile yapılan bir başka çalışmada öğrencilerin yaşı arttıkça manevi gelişim puan ortalamasının arttığı belirlenmiştir (Al-Kandari and Vital, 2007). Johnson (2005) tarafından Afrika kökenli kadın ve erkek Amerikalılarda yapılan araştırmada kadınların manevi gelişim alt ölçeğinde en yüksek puanları aldıkları saptanmıştır.

Hemşirelerle yapılan çalışmalarda manevi gelişim alt boyutu en yüksek puan ortalaması olarak belirlenmiş olup (Cürcani ve ark., 2010; Özkan ve Yılmaz, 2008; Güner ve Demir, 2006); lisans mezunu olan, çalışma süresi 1-5 yıl olan, çocuk sahibi olmayan hemşirelerin manevi gelişim puan ortalaması daha yüksek olarak bulunmuştur (Cürcani ve ark., 2010).

2.3.2.5. Kişilerarası İlişki

Türk Dil Kurumu sözlüğünde iki şey arasında karşılıklı ilgi, bağ, münasebet, temas, olaylar ve nesneler arasında var olan karşılıklı bağlılık olarak tanımlanmakta olan ilişki kavramı, sağlık açısından ele alındığında kişinin hasta ise iyileşmesinde, değilse sağlığının devamı ve gelişiminde amaçlı, etkin, doyumlu, yararlı ve yapıcı eylemler dizisi olmaktadır. Kişilerarası ilişkiler kavramı; karı-koca etkileşimi, çocuğun anne ve babasıyla etkileşimi, akrabalar, arkadaşlar, meslektaşlar arasındaki etkileşimler, öğrenci-öğretmen etkileşimi, duygusal ilişkiler gibi örnekler ile somutlaştırılabilir. Yaşam boyu başarıya ulaşmada, mutlu ve verimli olmada "kişilerarası ilişkiler" büyük rol oynamaktadır (Velioğlu ve ark., 1991).

Pender (1987) bireylerin kişilerarası ilişki sistemini; kendine yakın arkadaşları ile birlikte olmak için zaman ayırma, insanlarla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurma, başkalarının başarılarını övme, yakın bulunduğu (aile, arkadaş gibi) bireylere dokunmaktan hoşlanma, fikir alış verişinde bulunma, tartışma ve uzlaşma yolu ile sorunları çözme olarak tanımlamıştır.

Hemşire öğrenciler ile yapılan bazı çalışmalarda kişilerarası ilişkiler alt boyutu en yüksek puan ortalaması olarak belirlenmiştir (Hong and et all., 2007; Kim, 2011; Al-Kandari and Vital, 2007; Choi Hui, 2002). Johnson'un (2005) Amerikalılar ile yapmış olduğu

çalışmada ise kadınların kişilerarası ilişkiler puan ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelik bölümünde okuyan kız öğrencilerin kişilerarası ilişkiler puan ortalaması erkek öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur (Özyazıcıoğlu ve ark., 2011; Kocaakman ve ark., 2010; Özbaşaran ve ark., 2004).

2.3.2.6. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığına yönelik koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışları ve davranış değişikliklerini gösterebilmesidir. Bu kavram, bireyin sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi:

- Vücudunu ve kendini tanıması, sağlığı ile ilgili değişiklikler olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna müracaat etmesi,
- Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklığına 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 gösterir (Bottorff and et all., 1996).

Pender ise sağlık sorumluluğunu bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğu ve sağlığına ne düzeyde katıldığı şeklinde ifade etmiştir (Pender, 1987).

Evli hemşirelerin sağlık sorumluluğu puan ortalaması bekar hemşirelere göre daha yüksek olarak saptanmıştır (Kim, 2011). Benzer şekilde Al Ma'aitah ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında evli kadınların sağlık sorumluluğu puan ortalaması daha yüksektir. Johnson'un (2005) Amerikalılar ile yaptığı çalışmada ise kadınların sağlık sorumluluğu puan ortalamasının erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yapılan araştırmalarda kadınların sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Kafkas ve ark., 2012; Çınar ve ark., 2011; Özyazıcıoğlu ve ark., 2011; Tambağ, 2011; İlhan ve ark., 2010; Kocaakman ve ark., 2010;

Yalçınkaya ve ark., 2007; Ünalan ve ark., 2007; Özbaşaran ve ark., 2004). Ayrıca Özkan ve Yılmaz'ın (2008) hemşirelerle yapmış oldukları çalışmada 34 yaş ve üstünde olan, geniş aileye sahip, haftada 40 saat ve altında çalışan, sürekli gündüz çalışan hemşirelerin sağlık sorumluluğu puan ortalaması daha yüksek olarak bulunmuştur.

2.3.3. Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü

Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir. Sağlık çalışanları, sağlığı olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkların toplumdaki yaygınlığını tespit ederek, topluma sağlıklı yaşam bilincini kazandırmalı ve olumsuz davranışların sağlık için gerekli olumlu davranışlarla yer değiştirmesini sağlamalıdır. Bu nedenle, her sağlık çalışanı, sağlığı geliştirmenin önemini kavramalı, toplumdaki bireylerin olumlu sağlık davranışı geliştirmesi için motivasyon artırıcı davranışlar sergilemelidir. Ancak yapılmış çalışmalarda, sağlığın geliştirilmesinde toplum için önemli rolü olan sağlık çalışanlarının davranışları ile ilgili veriler hiç de olumlu görülmemektedir (Çelik ve ark., 2009; Bottorff and et all., 1996).

2.3.4. Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü

Hemşirenin sağlığı geliştirmedeki rolü, tıbbi bir hizmet değil bir sağlık aktivitesidir. Hemşirenin sağlığı geliştirmedeki rolü karmaşıktır ve birçok hemşirelik rolünü kapsar. Günümüz sağlık bakım sistemi içinde hemşirelik, hemşirelik felsefesi ve uygulamaları sağlığı geliştirme kavramı ve bu kavramı gerçekleştirmeye yönelik önemli bir konumdadır. Amerikan Hemşireler Birliği hemşirenin sağlığın geliştirilmesindeki rolünü, "hemşire, bireylerin ve grupların gerçek ve olası sağlık problemlerine uyumlarını, bireylerin sağlıklarını etkileyen çevreyi değerlendirme ve sağlığı geliştirici hemşirelik girişimlerini yapmakla sorumludur" şeklinde belirlemiştir. Hemşirenin sağlığı geliştirme rolleri literatürde savunucu, bakım yöneticisi, konsültan, hizmetlerin dağıtıcısı, eğitici, iyileştirici, araştırıcı olarak belirtilmektedir. Ancak hemşireler değişen gelecek hedefleri ve hemşirelik rolleri doğrultusunda sağlığı geliştirmede farklı roller de üstlenmelidir (Ata, 2008; Whitehead, 2005).

Bu roller kısaca şu şekilde özetlenebilir:

1) Hemşire bireysel ve ailesel kaynaklı potansiyel risk faktörlerini belirler. Eldeki verilerle mevcut problem hakkında tanı koyar, problemin çözümü için plan yapar, hemşirelik girişimlerinde bulunur ve değerlendirme yapar.

2) Hemşire, bireyin kendi sağlığı ile ilgili sorumlulukları taşımasına ve sağlığı geliştiren aktivitelerin öneminin algılanması ve uygulanmasına yardımcı olur.

3) Hemşire, bireyi fizik ve sosyal çevresi ile birlikte ele alarak yapılacak kişisel sağlığı geliştirme çabalarına uyumuna yardımcı olur ve bireyi aktiviteleri yapmaya cesaretlendirir.

4) Birey ya da hasta kendi durumlarını, sağlık problemlerini ve tıbbi tanılarını bilme, yapılan bakımı ve tedavileri öğrenme, kabul veya reddetme, kendilerine sağlık hizmeti sunan bireyleri tanıma, hizmeti veren kuruluşların sağlık sistemleri hakkında haberdar olma hakkına sahiptir. Hemşirenin bu durumdaki bireylerin savunuculuğunu yapma ve hakları konusunda bilgilendirme sorumluluğu vardır.

5) Hemşire vaka yönetiminden sorumludur. Mevcut durum hakkında bilgi sahibi olmak, veri toplamak, izlemlerde bulunmak, holistik bir yaklaşım içinde tüm sağlığı geliştiren aktiviteleri yerine getirmek durumundadır.

6) Hemşire, yapılması gereken aktiviteleri bir istem ve program doğrultusunda gözden geçirir, öncelikleri belirler, konsülte eder, daha kolay ve daha yararlı olanlardan başlayarak girişimlerde bulunur.

7) Hemşirenin, sağlığın geliştirilmesinde eğitici ve bilgi verici rolü bulunmaktadır. Hemşire bireylere, sağlık ve hastalık hakkında düzenli ve programlı bir şekilde gereksinim duyulan ve gerekli görülen durumlarda eğitim verir.

8) Hemşire, özellikle yasam kalitesini ve iyilik halini doğrudan etkileyen kronik hastalıklar veya erken teşhis ve tedavinin öncelikle önem taşıdığı sağlıktan sapma durumlarında bireylere bilgi verir (Ata, 2008; Whitehead, 2005).

Sağlık çalışanları arasında önemli bir yere sahip olan hemşirelerde yapılan bu çalışma hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörleri ve bu faktörler içerisindeki değişkenleri saptamak açısından önceliklidir. Bu araştırma Kütahya ilindeki hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi:

Araştırma tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim-Araştırma Hastanesi'nde ve Ocak-Mart 2013 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini T.C. Sağlık Bakanlığı Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim-Araştırma Hastanesi'nde çalışan 337 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup çalışmaya katılmaya gönüllü olan 278 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri:

Bağımlı değişken sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanı, bağımsız değişken sosyodemografik faktörler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aile tipi, çocuk sahibi olma durumu, gelir durumu, çalışma birimi, çalışma süresi, çalışma biçimi, haftalık çalışma süresi, sigara kullanımı)

3.5. Veri toplama araçları:

Araştırmanın verileri "sosyodemografik veri formu" (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aile tipi, çocuk sahibi olma durumu, gelir durumu, çalışma birimi, çalışma süresi, çalışma biçimi, haftalık çalışma süresi, sigara kullanımı) ve "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği" ile toplanmıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği: Ölçek Walker ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiş, 1996 yılında tekrar revize edilmiştir. Ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir. Ölçek toplam 52 maddeden oluşmuş olup 6 alt faktörü vardır. Alt gruplar, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir (Walker and et all., 1996).

- **Sağlık sorumluluğu** (3,9,15,21,27,33,39,45,51), bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmesi, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir.

- **Fiziksel aktivite** (4,10,16,22,28,34,40,46), hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı kapsar. Günlük yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde yürütülür.

- **Beslenme** (2,8,14,20,26,32,38,44,50), bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirler.

- **Manevi gelişim** (6,12,18,24,30,36,42,48,52), iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. Aşılma, iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını yaratır. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır.

- **Kişilerarası ilişkiler** (1,7,13,19,25,31,37,43,49), başkaları ile olan ilişkilerdir, nedensel gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir. İletişim sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri, duyguları paylaşmayı içerir.

- **Stres yönetimi** (5,11,17,23,29,35,41,47), gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir (Walker and et all., 1996).

Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Derecelendirme 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin, Walker ve Hill-Polerecky (1996) tarafından yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.94 olarak belirlenmiştir. Alt ölçekleri için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları 0.79 ile 0.87 arasında değişmektedir.

Ölçeğin, Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Cronbach Alpha katsayısı .92 olup yüksek güvenirlik derecesine sahiptir. Ölçeğin alt boyutlarının güvenirlik katsayıları ise; Sağlık Sorumluluğu .77, Fiziksel Aktivite .79, Beslenme .68, Manevi Gelişim .79, Kişilerarası İlişkiler .80, Stres Yönetimi .64 olarak saptanmıştır. Madde toplam puan korelasyonları 0.30 ile 0.59 arasında değişmekte olup, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Ölçeğin her bir alt boyutunda yer alan maddenin puanı ile yer aldığı alt boyutun toplam puanı arasındaki ilişki korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonuçlarına göre, Sağlık Sorumluluğu alt boyutunda r=.51-.68 arasında, Fiziksel Aktivite alt boyutunda r=.46-.77 arasında, Beslenme alt boyutunda r=.42-.61 arasında, Manevi Gelişim alt boyutunda r=.46-.72 arasında, Kişilerarası İlişkiler alt boyutunda r=.51-.71 arasında, Stres Yönetimi alt boyutunda r=.40-.62 arasında ve tüm maddeler için istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Bahar ve ark., 2008).

3.6. Araştırma Planı:

- Literatür tarama (Şubat 2012-Aralık 2012)

⇩

- Etik kurul ve kurum izinlerinin alınması (Aralık 2012-Ocak 2013)

⇩

- Araştırmanın başlangıcı (Ocak 2013)

⇩

- Verilerin toplanması (Ocak-Mart 2013)

⇩

- Verilerin analizi ve değerlendirilmesi (Mart 2013)

⇩

- Rapor yazımı (Nisan-Mayıs 2013)

⇩

- Yayına gönderme (Haziran 2013)

3.7. Verilerin değerlendirilmesi:

Veriler SPSS 14.0 istatistiksel veri analizi paket programı ile analiz edilmiş olup; frekans, aritmetik ortalama ve yüzde değerleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkileri ölçmek için İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (Independent Samples t Test) ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testleri yapılmıştır. İstatistiklerin anlamlılığı için yanılma düzeyi 0.05 kabul edilmiştir.

3.8. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin (ek 4) ve Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Komisyonu'ndan etik kurul onayı (ek 5) alınmıştır.

4. BULGULAR

Hemşireleri tanımlayıcı bazı özellikler Tablo 1'de görülmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %54'ü 29-38 yaş grubunda, %77.7'si kadın, %22.3'ü erkek, %65.8'i evli, %91.7'si çekirdek aileye sahip, %60.1'inin çocuğu var, %51.1'i lisans ve üstü mezunu, %64'ünün geliri giderine denk, %60.8'i sigara kullanmıyor, %42.8'i dahili birimlerde, %34.2'si 1-5 yıl, %84.5'i gündüz+nöbet şeklinde, %91.4'ü haftada 40 saat üstü çalışmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşireleri Tanımlayıcı Bazı Özellikler

Yaş	**Sayı**	**%**
19-28	93	33.5
29-38	150	54.0
39 ve üzeri	35	12.5
Cinsiyet		
Kadın	216	77.7
Erkek	62	22.3
Medeni Durum		
Evli	183	65.8
Bekar	95	34.2
Aile Tipi		
Çekirdek	255	91.7
Geniş	23	8.3
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Var	167	60.1
Yok	111	39.9
Mezun Olunan Okul		
Sağlık Meslek Lisesi	57	20.5
Önlisans	79	28.4
Lisans ve Üstü	142	51.1

Ekonomik Durum		
Gelir Giderden Az	51	18.3
Gelir Gidere Denk	178	64.0
Gelir Giderden Fazla	49	17.7
Sigara Kullanma Durumu		
Kullanıyor	109	39.2
Kullanmıyor	169	60.8
Çalışma Birimi		
Dahili Birimler	119	42.8
Cerrahi Birimler	73	26.3
Acil ve Yoğun Bakım	58	20.9
Tanı Birimleri	24	8.6
İdari Birimler	4	1.4
Çalışma Süresi		
1-5 Yıl	95	34.2
6-10 Yıl	67	24.0
11-15 Yıl	58	20.9
16 Yıl ve Üstü	58	20.9
Çalışma Biçimi		
Sürekli Gündüz	43	15.5
Gündüz+Nöbet	235	84.5
Haftalık Çalışma Süresi		
40 Saat ve Altı	24	8.6
40 Saat Üstü	254	91.4

Hemşirelerin SYBD ölçeği ve alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 2'de görülmektedir. SYBD ölçeğinden alınan puanlar sırasıyla; manevi gelişim 26.16±4.26, kişilerarası ilişkiler 25.03±4.05, sağlık sorumluluğu 21.15±4.48, beslenme 19.66±4.42, stres yönetimi 18.27±3.62, fiziksel aktivite 15.32±4.81 olarak saptanmıştır. Hemşirelerin SYBD ölçeği toplam puan ortalaması ise 125.62±19.40'dır (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Alt ve Üst Değer	Ölçekten Alınan Alt ve Üst Değer	Her Bir Ölçek İçin Ortalama Puanlar X±SD
Manevi Gelişim	9-36	9-36	26.16±4.26
Sağlık Sorumluluğu	9-36	11-36	21.15±4.48
Fiziksel Aktivite	8-32	8-31	15.32±4.81
Beslenme	9-36	9-32	19.66±4.42
Kişilerarası İlişkiler	9-36	13-36	25.03±4.05
Stres Yönetimi	8-32	8-30	18.27±3.62
SYBD Ölçeği	52-208	59-196	125.62±19.40

Hemşirelerin yaş gruplarına göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, yaş grupları ile manevi gelişim, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 3).

Yaş grupları ile **genel ölçek puan ortalaması** karşılaştırıldığında 19-28 yaş grubu ile 29-38 yaş grubu ve 29-38 yaş grubu ile 39 ve üstü yaş grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$), diğer yaş grupları arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3).

Manevi gelişim alt grubu puan ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırıldığında, 19-28 yaş grubu ile 29-38 yaş grubu; 29-38 yaş grubu ile 39 ve üstü yaş grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$), diğer yaş grupları arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3).

Yaş gruplarına göre **beslenme** puanları karşılaştırıldığında, 19-28 yaş grubu ile 39 ve üstü yaş grubu; 29-38 yaş grubu ile 39 ve üstü yaş grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$), diğer yaş grupları arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3).

Kişilerarası ilişkiler alt grubu puan ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırıldığında, 19-28 yaş grubu ile 29-38 yaş grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı

bulunurken (p<0.05), diğer yaş grupları arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 3).

Stres yönetimi alt grubu puan ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırıldığında, 19-28 yaş grubu ile 29-38 yaş grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken (p<0.05), diğer yaş grupları arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 3).

Tablo 3. Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	**Yaş Grupları**			**Anlamlılık Derecesi**	
	19-28 X±SD	**29-38** X±SD	**39 ve üstü** X±SD	**F**	**p**
Manevi Gelişim	26.96±4.38	25.46±4.22	27.08±3.60	4.63	**0.01***
Sağlık Sorumluluğu	21.37±4.69	20.75±4.20	22.28±4.97	1.83	0.16
Fiziksel Aktivite	16.20±5.16	14.76±4.53	15.37±4.79	2.58	0.07
Beslenme	19.35±4.45	19.45±4.21	21.42±4.88	3.23	**0.04***
Kişilerarası İlişkiler	26.02±4.26	24.29±3.88	25.60±3.67	5.78	**0.00***
Stres Yönetimi	19.18±3.62	17.64±3.51	18.57±3.60	5.46	**0.00***
SYBD Ölçeği	129.10±21.20	122.37±17.39	130.34±20.55	4.76	**0.00***

*p<0.05

Hemşirelerin cinsiyetine göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, cinsiyet ile **beslenme** alt grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4).

Tablo 4. Hemşirelerin Cinsiyetine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Cinsiyet		Anlamlılık Derecesi	
	Kadın X±SD	Erkek X±SD	t	p
Manevi Gelişim	26.14±4.09	26.25±4.84	- 0.18	0.85
Sağlık Sorumluluğu	21.42±4.50	20.20±4.33	1.89	0.06
Fiziksel Aktivite	15.05±4.64	16.25±5.29	- 1.73	0.08
Beslenme	20.17±4.28	17.91±4.50	3.60	**0.00***
Kişilerarası İlişkiler	25.07±3.99	24.88±4.29	0.32	0.74
Stres Yönetimi	18.18±3.55	18.58±3.87	- 0.74	0.45
SYBD Ölçeği	126.06±18.97	124.11±20.94	0.69	0.48

*p<0.05

Hemşirelerin medeni durumlarına göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, medeni durum ile **sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 5).

Tablo 5. Hemşirelerin Medeni Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Medeni Durum		Anlamlılık Derecesi	
	Evli X±SD	Bekar X±SD	t	p
Manevi Gelişim	25.95±4.13	26.58±4.49	- 1.18	0.23
Sağlık Sorumluluğu	20.71±4.52	22.00±4.31	- 2.28	**0.02***
Fiziksel Aktivite	14.50±4.58	16.90±4.87	- 4.05	**0.00***
Beslenme	19.40±4.30	20.16±4.61	- 1.35	0.17
Kişilerarası İlişkiler	24.72±3.90	25.64±4.30	- 1.80	0.07
Stres Yönetimi	17.73±3.57	19.32±3.49	- 3.55	**0.00***
SYBD Ölçeği	123.03±19.07	130.63±19.15	- 3.14	**0.00***

*p<0.05

Hemşirelerin aile tipine göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, aile tipi ile manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 6).

Tablo 6. Hemşirelerin Aile Tipine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Aile Tipi		Anlamlılık Derecesi	
	Çekirdek X±SD	Geniş X±SD	t	p
Manevi Gelişim	26.21±4.31	25.65±3.67	0.60	0.54
Sağlık Sorumluluğu	21.06±4.53	22.17±3.82	- 1.13	0.25
Fiziksel Aktivite	15.29±4.89	15.60±3.93	- 0.29	0.76
Beslenme	19.64±4.47	19.91±3.94	- 0.27	0.78
Kişilerarası İlişkiler	25.08±4.07	24.52±3.97	0.63	0.52
Stres Yönetimi	18.24±3.67	18.60±3.05	- 0.45	0.64
SYBD Ölçeği	125.55±19.68	126.47±16.37	- 0.21	0.82

Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarına göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, çocuk sahibi olma durumu ile **fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 7).

Tablo 7. Hemşirelerin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Çocuk Sahibi Olma Durumu		Anlamlılık Derecesi	
	Var X±SD	Yok X±SD	t	p
Manevi Gelişim	25.89±4.19	26.58±4.34	- 1.33	0.18
Sağlık Sorumluluğu	20.90±4.51	21.53±4.43	- 1.14	0.25
Fiziksel Aktivite	14.59±4.42	16.41±5.18	- 3.12	**0.00***
Beslenme	19.57±4.33	19.81±4.57	- 0.43	0.66
Kişilerarası İlişkiler	24.59±4.00	25.70±4.07	- 2.24	**0.02***
Stres Yönetimi	17.58±3.49	19.32±3.58	- 4.03	**0.00***
SYBD Ölçeği	123.14±18.95	129.36±19.56	- 2.64	**0.00***

*p<0.05

Hemşirelerin mezun oldukları okula göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, mezun olunan okul ile manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 8).

Tablo 8. Hemşirelerin Mezun Oldukları Okullara Göre SYBD Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Mezun Olunan Okul			Anlamlılık Derecesi	
	Sağlık Meslek Lisesi X±SD	Önlisans X±SD	Lisans ve üstü X±SD	F	p
Manevi Gelişim	26.19±4.85	25.44±3.87	26.56±4.19	1.76	0.17
Sağlık Sorumluluğu	21.08±4.11	20.97±4.05	21.28±4.87	0.12	0.88
Fiziksel Aktivite	15.14±4.69	15.53±4.65	15.28±4.97	0.12	0.88
Beslenme	19.03±4.17	20.10±4.79	19.68±4.30	0.96	0.38
Kişilerarası İlişkiler	25.07±4.14	24.20±3.53	25.48±4.24	2.56	0.07
Stres Yönetimi	18.35±3.55	17.97±3.43	18.41±3.76	0.38	0.67
SYBD Ölçeği	124.87±19.33	124.22±17.70	126.71±20.38	0.46	0.62

Hemşirelerin ekonomik durumlarına göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, ekonomik durum ile manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 9).

Ekonomik durum ile **genel ölçek puan ortalaması** karşılaştırıldığında geliri giderinden fazla olanların puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 9).

Manevi gelişim alt ölçeği puan ortalamaları ile ekonomik durum karşılaştırıldığında, geliri giderine denk ve geliri giderinden fazla olanların puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Ekonomik duruma göre **sağlık sorumluluğu** puanları karşılaştırıldığında, geliri giderine denk ve geliri giderinden fazla olanlar istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan ortalamasına sahiptirler (p<0.05) (Tablo 9).

Fiziksel aktivite alt ölçeği puan ortalamaları ile ekonomik durum karşılaştırıldığında, geliri giderinden fazla olanların puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 9).

Beslenme alt ölçeği puan ortalamaları ile ekonomik durum karşılaştırıldığında, geliri giderinden fazla olanlar istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan ortalamasına sahiptirler ($p<0.05$) (Tablo 9).

Ekonomik duruma göre **kişilerarası ilişkiler** puanları karşılaştırıldığında geliri giderinden fazla olanların puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Stres yönetimi alt ölçeği puan ortalamaları ile ekonomik durum karşılaştırıldığında, geliri giderinden fazla olanlar istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan ortalamasına sahiptirler ($p<0.05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Hemşirelerin Ekonomik Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	**Ekonomik Durumu**			**Anlamlılık Derecesi**	
	Gelir Giderden Az X±SD	**Gelir Gidere Denk** X±SD	**Gelir Giderden Fazla** X±SD	**F**	**p**
Manevi Gelişim	23.86±4.95	26.44±3.82	27.57±4.18	11.25	**0.00***
Sağlık Sorumluluğu	19.56±4.24	21.35±4.38	22.06±4.77	4.48	**0.01***
Fiziksel Aktivite	14.29±4.46	15.07±4.36	17.28±6.12	5.64	**0.00***
Beslenme	18.98±4.60	19.42±4.21	21.26±4.68	4.16	**0.01***
Kişilerarası İlişkiler	23.54±4.07	25.06±3.97	26.46±3.88	6.74	**0.00***
Stres Yönetimi	16.90±3.65	18.21±3.33	19.91±4.00	9.24	**0.00***
SYBD Ölçeği	117.15±19.81	125.59±17.70	134.57±21.22	10.77	**0.00***

*$p<0.05$

Hemşirelerin sigara kullanma durumlarına göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, sigara kullanma durumu ile **beslenme** alt grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Hemşirelerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	**Sigara Kullanma Durumu**		**Anlamlılık Derecesi**	
	Kullanıyor X±SD	**Kullanmıyor** X±SD	**t**	**p**
Manevi Gelişim	26.11±4.07	26.20 ±4.38	- 0.15	0.87
Sağlık Sorumluluğu	21.04±4.19	21.22±4.67	- 0.32	0.74
Fiziksel Aktivite	15.68±5.15	15.08±4.58	1.01	0.31
Beslenme	18.85±4.57	20.19±4.25	- 2.49	**0.01***
Kişilerarası İlişkiler	24.44±3.79	25.41±4.18	- 1.94	0.05
Stres Yönetimi	18.52±3.42	18.11±3.74	0.90	0.36
SYBD Ölçeği	124.67±18.45	126.24±20.02	- 0.65	0.51

*$p<0.05$

Hemşirelerin çalışma birimlerine göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, çalışma birimi ile fiziksel aktivite alt grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 11).

Fiziksel aktivite alt grubu puan ortalamaları ile çalışma birimi karşılaştırıldığında, dahili birimler ile acil ve yoğun bakımda çalışanlar; dahili birimler ile tanı birimlerinde çalışanlar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$), diğer çalışma birimleri arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Hemşirelerin Çalışma Birimine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Çalışma Birimi					Anlamlılık Derecesi	
	Dahili Birimler X±SD	Cerrahi Birimler X±SD	Acil ve Yoğun Bakım X±SD	Tanı Birimleri X±SD	İdari Birimler X±SD	F	p
Manevi Gelişim	25.74±4.21	26.20±4.11	27.17±4.77	25.70±3.72	26.25±2.06	1.16	0.32
Sağlık Sorumluluğu	20.85±4.45	21.23±4.65	21.53±4.85	21.00±3.32	24.00±3.16	0.64	0.63
Fiziksel Aktivite	14.33±4.60	15.58±4.79	16.29±4.78	17.33±5.37	13.75±2.21	3.13	**0.01***
Beslenme	19.00±4.07	20.13±4.05	19.94±5.27	20.08±4.63	24.25±3.40	2.08	0.08
Kişilerarası İlişkiler	24.55±4.06	25.35±3.82	25.72±4.54	24.25±3.19	28.25±3.30	1.82	0.12
Stres Yönetimi	17.63±3.45	18.65±3.51	19.06±3.84	18.66±3.96	16.50±2.38	2.16	0.07
SYBD Ölçeği	122.14±19.45	127.17±17.25	129.74±22.23	127.04±17.31	133.00±9.59	1.92	0.10

*$p<0.05$

Hemşirelerin çalışma sürelerine göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, çalışma süresi ile beslenme alt grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 12).

Beslenme alt grubu puan ortalamaları ile çalışma süresi karşılaştırıldığında, 1-5 yıl ile 16 yıl ve üstünde çalışanlar; 6-10 yıl ile 16 yıl ve üstünde çalışanlar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$), diğer çalışma süreleri arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Hemşirelerin Çalışma Süresine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Çalışma Süresi				Anlamlılık Derecesi	
	1-5 Yıl X±SD	6-10 Yıl X±SD	11-15 Yıl X±SD	16 Yıl ve üstü X±SD	F	p
Manevi Gelişim	26.66±4.55	26.31±4.20	25.50±4.10	25.86±3.99	1.02	0.38
Sağlık Sorumluluğu	20.95±4.75	21.52±4.74	21.27±3.59	20.93±4.59	0.27	0.84
Fiziksel Aktivite	15.66±5.00	15.71±4.26	14.41±4.86	15.22±5.03	1.00	0.39
Beslenme	19.21±4.49	18.85±4.01	20.29±4.53	20.74±4.45	2.67	**0.04***
Kişilerarası İlişkiler	25.69±4.18	25.01±4.31	24.31±3.55	24.70±3.96	1.58	0.19
Stres Yönetimi	18.90±3.71	18.16±3.47	18.01±3.68	17.63±3.51	1.68	0.17
SYBD Ölçeği	127.09±21.09	125.58±19.54	123.81±16.40	125.10±19.43	0.36	0.78

*$p<0.05$

Hemşirelerin çalışma biçimlerine göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, çalışma biçimi ile manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 13).

Tablo 13. Hemşirelerin Çalışma Biçimine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Çalışma Biçimi		Anlamlılık Derecesi	
	Gündüz X±SD	Gündüz+Nöbet X±SD	t	p
Manevi Gelişim	26.34±3.40	26.13±4.40	0.30	0.76
Sağlık Sorumluluğu	21.90±3.40	21.01±4.65	1.48	0.14
Fiziksel Aktivite	14.93±4.06	15.39±4.94	- 0.58	0.56
Beslenme	20.13±4.30	19.58±4.44	0.75	0.44
Kişilerarası İlişkiler	24.62±3.25	25.11±4.19	- 0.71	0.47
Stres Yönetimi	18.16±2.86	18.29±3.74	- 0.22	0.82
SYBD Ölçeği	126.11±14.17	125.54±20.24	0.22	0.82

Hemşirelerin haftalık çalışma sürelerine göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, haftalık çalışma süresi ile manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 14).

Tablo 14. Hemşirelerin Haftalık Çalışma Süresine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Gruplarının Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Haftalık Çalışma Süresi		Anlamlılık Derecesi	
	40 Saat ve Altı X±SD	40 Saat Üstü X±SD	t	p
Manevi Gelişim	26.87±3.81	26.10±4.30	0.84	0.39
Sağlık Sorumluluğu	21.91±3.28	21.08±4.58	0.87	0.38
Fiziksel Aktivite	16.41±4.36	15.22±4.85	1.16	0.24
Beslenme	20.12±4.00	19.62±4.46	0.52	0.59
Kişilerarası İlişkiler	25.29±3.73	25.01±4.09	0.32	0.74
Stres Yönetimi	19.50±3.24	18.16±3.64	1.73	0.08
SYBD Ölçeği	130.12±17.23	125.20±19.57	1.18	0.23

5. TARTIŞMA

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden alınan yüksek puan, bireyin yaşamında daha fazla olumlu sağlık davranışına sahip olduğunu göstermektedir. Çalışmada saptanan sağlıklı yaşam biçimi puan ortalamaları orta düzeyde (125.62±19.40) saptanmıştır. Aynı şekilde hemşirelerle yapılan bazı çalışmalarda da sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) ölçeğine ait toplam puanının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Güner ve Demir, 2006; Cürcani ve ark.,2010; Özkan ve Yılmaz, 2008) .

Toplumun sağlık bakım gereksinimlerini karşılamak üzere eğitim alan ve görev yapan hemşirelerin kendi sağlıklarını geliştirecek sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek olması beklenirdi. Bu durum hemşirelerin bilgi ve deneyimlerini kendi yaşam biçimine aktarmadıklarını düşündürmektedir.

Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, hemşirelerin SYBD ölçeği ve alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları arasında en yüksek puan ortalaması 26.16±4.26 ile manevi gelişim bulunmuştur. Bunu sırasıyla; kişilerarası ilişkiler 25.03±4.05, sağlık sorumluluğu 21.15±4.48, beslenme 19.66±4.42, stres yönetimi 18.27±3.62 ve fiziksel aktivitenin 15.32±4.81 izlediği görülmektedir (Tablo 2).

Yapılan pek çok çalışmada "**manevi gelişim**" puan ortalamaları en yüksek alt boyut olarak bulunurken, "**fiziksel aktivite**" puan ortalamaları en düşük alt boyut olarak saptanmıştır (İlhan ve ark., 2010; Kocaakman ve ark., 2010; Altıparmak ve Kutlu 2009; Can ve ark., 2008; Tuğut ve Bekar, 2008; Karadeniz ve ark., 2008; Kaya ve ark., 2008; Ünalan ve ark., 2007; Saydam ve ark., 2007; Arslan ve Ceviz, 2007; Altay, 2006; Al Ma'aitah and et all., 1999).

Ayrıca Alpar ve arkadaşlarının (2008) hemşirelik öğrencilerinde yaptıkları çalışmada "manevi gelişim" puan ortalaması en yüksek alt boyut olarak saptanmış olup; yurt içinde ve yurt dışında yapılmış pek çok çalışmada "fiziksel aktivite" puan ortalaması en düşük alt boyut olarak bulunmuştur (Türkol ve Güneş, 2012; Özyacıoğlu ve ark., 2011; Yalçınkaya ve ark., 2007; Al-Kandari and Vital, 2007; Beşer ve ark., 2007; Choi Hui, 2002; Pasinlioğlu ve Gözüm, 1998; Sohng and et all., 2002; Duffy, 1997). Elde edilen bu bulgular toplumların fiziksel aktivite yapma alışkanlığının olmadığını düşündürmektedir.

Hemşirelerin **yaş gruplarına** göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, yaş grupları ile manevi gelişim, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

19-28 yaş grubunun kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 3). Hemşire öğrencilerle yapılan bazı çalışmalarda yaş arttıkça öğrencilerin stres yönetimi puan ortalamalarının azaldığı belirlenmiştir (Ayaz ve ark., 2005; Choi Hui, 2002).

39 ve üstü yaş grubunun ise manevi gelişim, beslenme ve genel ölçek puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 3). Özkan ve Yılmaz'ın (2008) hemşirelerde yaptığı çalışmada 34 yaş ve üstünde olan hemşirelerin manevi gelişim puan ortalamaları, beslenme puan ortalamaları ve SYBD ölçeği toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yalçınkaya ve arkadaşlarının (2007) sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmalarında ise 40 yaş ve üzerindeki sağlık çalışanlarının beslenme puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca Al-Kandari ve arkadaşının (2007) hemşirelik öğrencilerinde yaptıkları çalışmada ise yaş arttıkça öğrencilerin manevi gelişim puan ortalamasının arttığı bulunmuştur.

Elde edilen bulgular, yaşın artması ile birlikte beslenme davranışının kazanılmasında artış olabileceğinin ve yaşın artması ile kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi davranışının kazanılmasında azalış olabileceğinin bir göstergesi olabilir.

Ayrıca yaşla birlikte SYBD puan ortalamasının artması, bireylerin sağlık alanında daha fazla bilgi ve deneyim sahibi olmalarına, daha düzenli ve dengeli bir hayat tarzı sürdürmelerine, ilerleyen yaşa bağlı ortaya çıkan sağlık problemleri ve bunların sonucunda yaşanan kayıplara bağlı bireylerin sağlıklarına daha fazla önem vermeleri gibi nedenlere bağlanabilir.

Hemşirelerin **cinsiyetine** göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, cinsiyet ile beslenme alt grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Kadınların beslenme alt grubu puan ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Sağlık çalışanları ve hemşire öğrenciler üzerinde yapılan bazı çalışmalarda kadınların beslenme puan ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek olduğu

saptanmıştır (Pasinlioğlu ve Gözüm, 1998; Yalçınkaya ve ark., 2007; Al-Kandari and Vital, 2007; Özyazıcıoğlu ve ark., 2011; Tambağ, 2011).

Ayrıca Kafkas ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada ve Johnson'ın (2005) Amerikalılar ile yapmış olduğu çalışmada, kadınların beslenme alt grubu puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Kadınların erkeklere göre beslenme davranışının daha iyi olması, geleneksel kültürümüzde kadının rolü ve rollerinden biri olan yemek yapma gibi ev işlerinden daha fazla sorumlu olma ve evde vakit geçirme eğiliminde olmalarıyla açıklanabilir. Ayrıca kadınların estetiğe ve sağlığa erkeklerden daha sorumlu bakmaları ile ilgili olabilir.

Hemşirelerin **medeni durumlarına** göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, medeni durum ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Bekar olan hemşirelerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt grupları ve genel ölçek puan ortalamalarının evli olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Cürcani ve arkadaşlarının (2010) hemşirelerde yaptıkları çalışmada bekar olan hemşirelerin stres yönetimi puan ortalamaları daha yüksek olarak belirlenmiştir. Bahar ve arkadaşlarının (2013) Türk kadınlarında yapmış olduğu çalışmada medeni durum ile fiziksel aktivite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Güner ve Demir'in (2006) ameliyathane hemşirelerinde yapmış oldukları çalışmada bekar olanların fiziksel aktivite puan ortalamalarının evli olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (3). Al Ma'aitah ve arkadaşlarının (1998) Ürdünlü kadınlarda yaptığı çalışmada bekar olanların fiziksel aktivite ve stres yönetimi puan ortalamaları daha yüksek olarak bulunmuştur. Ayrıca Karakoç'un (2006) yaptığı çalışmada da bekar olanların fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt grupları puan ortalamaları daha yüksek olarak belirlenmiştir.

Bekar hemşirelerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi puan ortalamalarının evli hemşirelere göre daha yüksek bulunmasında, bekar hemşirelerin sorumluluklarının daha az olması ve kendilerine daha fazla zaman ayırma imkanlarının olması etki etmiş olabilir.

Hemşirelerin **aile tipine** göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, aile tipi ile manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel

olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6). Özkan ve Yılmaz'ın (2008) çalışmasında geniş aileye sahip olan hemşirelerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin **çocuk sahibi olma durumlarına** göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, çocuk sahibi olma durumu ile fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Çocuğu olmayan hemşirelerin fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt grupları ve genel ölçek puan ortalamaları çocuğu olan hemşirelere göre daha yüksek olarak belirlenmiştir (Tablo 7). Cürcani ve arkadaşlarının (2010) hemşirelerde yaptıkları çalışmada çocuk sahibi olmayan hemşirelerin stres yönetimi puan ortalamalarının çocuk sahibi olan hemşirelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Özkan ve Yılmaz'ın (2008) hemşirelerde yaptığı çalışmada çocuk sahibi olmayan hemşirelerin fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt gruplarının puan ortalaması çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek olarak belirlenmiştir.

Çocuğu olmayan hemşirelerin yüksek stres yönetimi ve fiziksel aktivite puan ortalamalarının sebebi, çocuğu olmayan hemşirelerin kendilerine daha fazla zaman ayırarak streslerini azaltmaları ve düzenli fiziksel aktivite yapanların streslerini daha kolay atmaları olabilir.

Hemşirelerin **mezun oldukları okula** göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, mezun olunan okul ile manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 8).

Cürcani ve arkadaşlarının (2010) hemşirelerle, Yalçınkaya ve arkadaşlarının (2007) sağlık çalışanlarıyla yaptıkları çalışmada lisans mezunu olanların beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum bireylerin eğitim düzeylerinin artmasıyla daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışları gösterdiği sonucuna bağlanabilir.

Hemşirelerin **ekonomik durumlarına** göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, ekonomik durum ile manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Geliri giderinden fazla olanların manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 9). Cihangiroğlu ve Deveci'nin (2011) Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde yapmış oldukları çalışmada sosyoekonomik düzeyleri yüksek olan öğrencilerin beslenme, manevi gelişim, fiziksel aktivite, stres yönetimi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bahar ve arkadaşlarının (2013) Türk kadınlarında yapmış olduğu çalışmada gelir ile manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBD ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

Ayaz ve arkadaşlarının (2005) hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde yaptıkları çalışma sonucunda sosyoekonomik düzeyi iyi olanların beslenme puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hacıhasanoğlu ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada geliri giderinden fazla olanların SYBD ölçeği toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca Koçoğlu'nun (2006) yaptığı çalışmasında da aylık gelir miktarı ile manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Araştırma sonuçları olumlu sosyal ve ekonomik etkenlerin kişilerin sağlıkla ilgili davranışlarını pozitif yönde etkilediğini göstermektedir. Ekonomik durumun iyi olması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu etkilemektedir. Sağlığı geliştirme modelinde de ekonomik düzeyin artması ile olumlu sağlık davranışına sahip olma düzeyinin arttığı belirtilmiştir.

Hemşirelerin **sigara kullanma durumlarına** göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, sigara kullanma durumu ile beslenme alt grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Sigara kullanmayan hemşirelerin beslenme alt grubu puan ortalamalarının sigara kullanan hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 10). Sağlık çalışanlarında, hemşirelerde ve hemşire öğrencilerde yapılan çalışmalarda sigara kullanmayanların beslenme puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Özkan ve Yılmaz, 2008; Yalçınkaya ve ark., 2007; Ayaz ve ark., 2005; Tambağ, 2011; Cihangiroğlu ve Deveci, 2011; Özbaşaran ve ark., 2004).

Bireylere kazandırılması gereken en önemli sağlıklı yaşam davranışlarından biri sigara içilmemesi ya da içiliyorsa bırakılmasıdır. Araştırma bulgularına göre, sigara kullanılmaması beslenme davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir.

Hemşirelerin **çalışma birimlerine** göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, çalışma birimi ile fiziksel aktivite alt grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Fiziksel aktivite alt grubu puan ortalamaları ile çalışma birimi karşılaştırıldığında, tanı birimlerinde çalışan hemşirelerin fiziksel aktivite puan ortalaması ve acil-yoğun bakımda çalışan hemşirelerin fiziksel aktivite puan ortalamasının dahili birimlerde çalışan hemşirelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 11). Yalçınkaya ve arkadaşlarının (2007) sağlık çalışanları üzerinde yapmış oldukları çalışmada, tanı birimlerinde çalışanların manevi gelişim alt grubu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin **çalışma sürelerine** göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, çalışma süresi ile beslenme alt grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Beslenme alt grubu puan ortalamaları ile çalışma süresi karşılaştırıldığında, 16 yıl ve üstünde çalışan hemşirelerin beslenme puan ortalamasının, 1-5 yıl çalışan hemşirelerin beslenme puan ortalaması ve 6-10 yıl çalışan hemşirelerin beslenme puan ortalamasından daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 12). Yalçınkaya ve arkadaşlarının (2007) sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmalarında, 20 yıl ve üzerinde çalışanların beslenme puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum ilerleyen yıllarda artan sağlık problemleri sebebiyle bireylerin beslenme davranışlarına daha fazla dikkat etmeleri ile ilişkilendirilebilir.

Hemşirelerin **çalışma biçimlerine** göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, çalışma biçimi ile manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 13).

Türkol ve Güneş'in (2012) asistanlar ile yaptıkları çalışmada, nöbeti olmayan asistanların beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamaları daha yüksektir. Özkan ve Yılmaz'ın (2008) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada da sürekli gündüz çalışan hemşirelerin sağlık

sorumluluğu, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin **haftalık çalışma sürelerine** göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, haftalık çalışma süresi ile manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 14).

Ancak iki grubun puan ortalamaları karşılaştırıldığında haftada 40 saat ve altında çalışan hemşirelerin daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu görülmektedir. Özkan ve Yılmaz'ın (2008) çalışmasında da benzer sonuçlar saptanmıştır. Haftalık çalışmaya ayrılan sürenin azalmasıyla bireylerin kendi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ayırdıkları vaktin ve verdikleri önemin artabileceği düşünülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Sağlık Bakanlığı Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim-Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi ve bu davranışları etkileyen faktörlerin saptanması amacıyla yapılan çalışmaya 278 hemşire katılmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 31.91±6.23 olup %77.7'sı kadın, %65.8'i evli, %91.7'si çekirdek aileye sahip, %60.1'inin çocuğu var, %51.1'i lisans ve üstü mezunu, %64'ünün geliri giderine denk, %60.8'i sigara kullanmıyor, %42.8'i dahili birimlerde, %34.2'si 1-5 yıl, %84.5'i gündüz+nöbet şeklinde, %91.4'ü haftada 40 saat üstü çalışmaktadır (Tablo 1).

Hemşirelerin SYBD ölçeği toplam puan ortalaması orta düzeyde (125.62±19.40) bulunmuş olup, alt grupları arasında en yüksek puan ortalaması manevi gelişim (26.16±4.26) ve en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite (15.32±4.81) olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim-Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin 19-28 yaş grubunda olanların kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi; 39 yaş ve üstünde olanların manevi gelişim, beslenme ve genel ölçek puan ortalamaları daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 3).

Hemşirelerin cinsiyeti ile beslenme alt grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Kadınların beslenme alt grubu puan ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Çalışmaya katılan bekar hemşirelerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt grupları ve genel ölçek puan ortalamaları; evli hemşirelere göre daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 5).

Hemşirelerin aile tipi ile manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 6).

Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim-Araştırma Hastanesi'nde çalışan, çocuk sahibi olmayan hemşirelerin fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt grupları ve genel ölçek puan ortalamaları çocuğu olan hemşirelere göre daha yüksek olarak belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 7).

Hemşirelerin mezun oldukları okul ile manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 8).

Çalışmaya katılan hemşirelerden geliri giderinden fazla olanların manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 9).

Hemşirelerin sigara kullanma durumu ile beslenme alt grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Sigara kullanmayan hemşirelerin beslenme alt grubu puan ortalamalarının sigara kullanan hemşirelere göre daha yüksektir (Tablo 10).

Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim-Araştırma Hastanesi tanı birimlerinde çalışan hemşirelerin fiziksel aktivite puan ortalamaları daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 11). Ayrıca 16 yıl ve üstünde çalışan hemşirelerin beslenme puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 12).

Hemşirelerin çalışma biçimi ile manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 13).

Hemşirelerin haftalık çalışma süresi ile manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 14).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, hemşirelerin daha sağlıklı bir yaşam biçimi benimsemeleri, bunu sürdürebilmeleri, çevrelerine ve hastalara örnek olabilmeleri amacı ile aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

-Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları içinde en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite alt grubunda bulunmuştur. Sağlıklı bir fiziksel aktivite yapılabilmesi için gerekli olan araç, gereç, saha ve malzeme eksiklerinin giderilmesi, bu malzemeleri hemşirelerin ücretsiz kullanabilmesi, ayrıca hastanelerde hemşireler için, fiziksel aktiviteler düzenlenerek egzersizin özendirilmesi,

-Hemşirelerin sağlığını korumak ve geliştirmek için sağlık eğitim programlarının oluşturulması, bu çalışmada düşük puan ortalamasına sahip olan stres yönetimi ve fiziksel

aktivite davranışları öncelikli olmak üzere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını içeren programların hazırlanması, hizmet içi eğitimlerin yapılması,

-Sosyodemografik değişkenlerden yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, ekonomik durum, hizmet yılı gibi değişkenlerinin sağlık davranışlarını etkilediği bulunmuştur. Hemşirelere uygulanacak sağlığı geliştirme programlarında bu faktörlerin göz önüne alınması,

-Hemşirelik okullarında mesleki eğitim sürecinde verilen sağlık eğitimi derslerinin davranışa dönüştürme çabalarının desteklenmesi,

-Hemşirelerin hastalarına ve topluma rol modeli olan bir grup olduğu düşünüldüğünde, hastanede sigara karşıtı programlar düzenlenmesi ve bu programlarda sigara kullanmayan hemşirelerin destekleri alınarak sigara kullanan hemşireler için sigarayı bırakma kampanyaları oluşturulması,

-Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerini değerlendirmek amacı ile Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nde açıklanan öz-etkililik, sağlık kontrolünü algılama gibi değişkenleri içeren daha kapsamlı çalışmaların yapılması,

-Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen etmenleri incelemek için bu çalışmanın Türkiye genelinde yapılması önerilmiştir.

7. KAYNAKLAR

1. Akgül N. Sivas il 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; 14-49.

2. Al-Kandari F, Vidal VL. Correlation of the health-promoting lifestyle, enrollment level and academic performance of college of nursing student in Kuwait. Nursing and Health Sciences 2007; 9: 112-119.

3. Al Ma'aitah R, Haddad L, Umlauf M. Health promotion behaviors of Jordanian women. Health Care for Women International 1999; 20: 533-546.

4. Alpar Ş, Şenturan L, Karabacak Ü, Sabuncu N. Change in the health promoting lifestyle behaviour of Turkish University nursing students from beginning to end of nurse training. Nurse Education in Practice 2008; 8: 382-388.

5. Altay B. Samsun 6 nolu sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş evli kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. O.M.Ü. Tıp Dergisi 2006; 23(1): 1-8.

6. Altıparmak S, Kutlu A. 15-49 yaş gurubu kadınlarda sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bull 2009; 8(5): 421-426.

7. Arslan C, Ceviz D. Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. F. Ü. Sağ. Bil. Derg. 2007; 21(5): 211-220.

8. Ata EE. Hemşirelik eğitim programının öğrencilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişimine ve yaşam kalitesine etkisi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, yüksek lisans tezi, Sivas, 2008; 7-33.

9. Ay FA. Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. 2. Basım, İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti, 2008; 44-46.

10. Aydın Ş, Örnek AŞ. Kriz ve Stres Yönetimi. 2. Baskı, Ankara, Detay Yayıncılık, 2008; stres yönetimi, stresin kavramsal boyutu.

11. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 9(2): 26-34.

12. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F ve ark. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 12(1): 1-13.

13. Bahar Z, Beşer A, Özbıçakçı Ş, Öztürk M. Health promotion behaviors of Turkish women. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2013; 6(1): 9-16.

14. Beşer A, Bahar Z, Büyükkaya D. Health promoting behaviors and factors related to lifestyle among Turkish workers and occupational health nurses' responsibilities in their health promoting activities. Industrial Health 2007; 45: 151-159.

15. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The effects of cognitive-persceptual factors on health promotion behavior maintanence. Nurs Res 1996; 45(1): 30-36.

16. Bozhüyük A. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, uzmanlık tezi, Adana, 2010; 3-29.

17. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E ve ark. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2012; 6(1): 13-21.

18. Can G, Özdilli K, Erol Ö, Ünsar S ve ark. Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in İstanbul, Turkey. Nursing and Health Sciences 2008; 10: 273-280.

19. Choi Hui W. The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong. Journal of Professional Nursing 2002; 18(2): 101-111.

20. Cihangiroğlu Z, Deveci SE. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Fırat Tıp Dergisi 2011; 16(2): 78-83.

21. Cürcani M, Tan M, Özdelikara A. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2010; 9(5) 487-492.

22. Çelik G, Malak AT, Bektaş M, Yılmaz D ve ark. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Anatolian Journal of Clinical Investigation 2009; 3(3): 164-169.

23. Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spirütüel bakım ve hemşirelik. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 8(1): 47-50.

24. Çınar N, Köse D, Akduran F, Özdemir K ve ark. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Uluslararası Yükseköğretim Kongresi: yeni yönelişler ve sorunlar: 2384-2389, 27-29 Mayıs 2011, İstanbul.

25. Dedeli Ö, Karadeniz G. Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. Ağrı 2009; 21(2): 45-53.

26. Duffy ME. Determinants of reported health promotion behabiors in employed Mexican American women. Health Care for Women International 1997; 18: 149-163.

27. Erci B. Halk sağlığı hemşireliği. Ankara, Göktuğ Basım, 2009, 192-201.

28. Fleming P, Marshall G. Lifestyle interventions in primary care. Systematic review of randomized controlled trials. Can Fam Physician 2008; 54: 1706-1713.

29. Güler G, Güler N, Kocataş S, Yıldırım F ve ark. Bir üniversitede çalışan öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi 2008; 12(3): 18-26.

30. Güner İ, Demir F. Ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 9(3): 17-25.

31. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Karakurt P, Sağlam R. Healthy lifestyle behaviour in university students and influential factors in eastern Turkey. International Journal of Nursing Practice 2011; 17: 43-51.

32. Haddad L, Kane D, Rajacich D, Cameron S and et all. A comparison of health practices of Canadian and Jordanian nursing students. Public Health Nursing 2004; 21(1): 85-90.

33. Hong JF, Sermsri S, Keiwkarnka B. Health promoting lifestyles of nursing students in Mahidol University. Journal of Public Health and Development 2007; 5(1): 27-40.

34. http://currentnursing.com/nursing_theory/health_promotion_model.htm 03.05.2013

35. İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 3(3): 34-44.

36. Johnson RL. Gender differences in health-promoting lifestyles of African Americans. Public Health Nursing 2005; 22(2): 130-137.

37. Kafkas ME, Şahin A, Acet M. Beden eğitimi öğretmenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin incelenmesi. DPUJSS 2012; 32(2): 47-55.

38. Karadeniz G, Uçum E, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. TAF Prev Med Bull 2008; 7(6): 497-502.

39. Karakoç A. Sınıf öğretmenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, yüksek lisans tezi, Sivas, 2006; 31-63.

40. Kaya F. Ünüvar R, Bıçak A, Yorgancı E ve ark. Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. TSK Koruyucu hekimlik Bülteni 2008; 7(1): 59-64.

41. Kaya M, Özvarış Ş, Atlaş H, Altay M ve ark. Ankara'da bir sağlık ocağına ve belediyeye ait bir spor kompleksine başvuran 18 yaş ve üzeri kadınların sağlığı geliştirici yaşam biçimi düzeylerinin belirlenmesi. Toplum Hekimliği Bülteni 2009; 28(1): 8-13.

42. Kaya T, Gürbıyık A, Kılıç S. Bir lojman bölgesinde yaşayan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. Türk Aile Hek Derg 2008; 12(1): 18-24.

43. Kim YI. Effect factors on health promotion lifestyle of shift work nurses. Korean Journal of Occupational Health Nursing 2011; 20(3): 356-364.

44. Kocaakman M, Aksoy G, Eker HH. İstanbul ilindeki hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 2010; 17(2): 19-24.

45. Koçoğlu D. Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, yüksek lisans tezi, Konya, 2006; 52-92.

46. Özbaşaran F, Çetinkaya A, Güngör N. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlık davranışları. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 7(3):43-55.

47. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3(7): 89-105.

48. Özvarış ŞB. Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006; 1132-1136.

49. Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C ve ark. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2011; 8(2): 277-332.

50. Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2(2): 60-68.

51. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. Second Edition, USA, 1987.

52. Saydam B, Bozkurt Ö, Hadımlı A, Can H ve ark. Riskli gebelerde öz-bakım gücünün sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin incelenmesi. Perinatoloji Dergisi 2007; 15(3): 131-139.

53. Sohng KY, Sohng S, Yeom H. Health-promoting behaviors of elderly Korean immigrants in the United States. Public Health Nursing 2002; 19(4): 294-300.

54. Tambağ H. Hatay Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011; 47-58.

55. Tomey A, Alligood M. Nursing Theorists and Their Work. 4th Ed. Mosby 1998. 529-537.

56. Tuğut N, Bekar M. Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11(3): 17-26.

57. Türkol E, Güneş G. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde ihtisas yapan asistanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012; 19(3): 159-166.

58. Ünalan D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 14(2): 101-109.

59. Velioğlu P, Pektekin Ç, Şanlı T. Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, 1991; 102: 105-135.

60. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of HPLP II. Unpublished Manuscript, University of Nebraska Medical Center, 1996.

61. Whitehead D. Health promoting hospitals: the role and function of nursing. Journal of Clinical Nursing 2005; 14: 20-27.

62. Yalçınkaya M, Özer F, Karamanoğlu A. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni; 2007; 6(6): 409-420.

63. Zaybak A, Fadıloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004; 20(1): 77-95.

8. EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Olur Formu

Sayın katılımcı,

Sağlık her birey için önemli bir kavram olduğu gibi sağlık çalışanları açısından da son derece önemli bir kavramdır. Sağlık çalışanının bireylere etkili bir hizmet verebilmesi için önce kendi sağlığını iyi düzeyde tutması gerekmektedir. Sağlık çalışanları arasında önemli bir yere sahip olan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörleri incelemek amacıyla bu çalışmayı yapmaktayız. Katılımınız tamamıyla gönüllülük esasına dayanmaktadır ve verdiğiniz cevaplar tarafımızca saklı tutulacaktır. Destek ve katılımınız için teşekkürler.

Araştırmacı

Ben, (katılımcı adı) ....., katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı: ..... İmzası: .....
Tarih: ……....

Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu

1. Yaş:
2. Cinsiyet: ( ) Kadın
   ( ) Erkek
3. Medeni durum: ( ) Evli
   ( ) Bekar
4. Eğitim durumu: ( ) Sağlık meslek lisesi
   ( ) Önlisans
   ( ) Lisans ve üzeri
5. Aile tipi: ( ) Çekirdek aile
   ( ) Geniş aile
6. Çocuk sahibi olma durumu: ( ) Çocuğu var
   ( ) Çocuğu yok
7. Gelir durumu: ( ) Gelir giderden az
   ( ) Gelir gidere denk
   ( ) Gelir giderden fazla
8. Çalışma birimi: ( ) Dahili birimler
   ( ) Cerrahi birimler
   ( ) Acil ve Yoğun bakım
   ( ) Tanı birimleri
   ( ) İdari birimler
9. Çalışma süresi: ( ) 1-5 yıl
   ( ) 6-10 yıl
   ( ) 11-15 yıl
   ( ) 16 yıl ve üzeri
10. Çalışma biçimi: ( ) Sürekli gündüz
    ( ) Gündüz + Nöbet
11. Haftalık çalışma süresi: ( ) 40 saat ve altı
    ( ) 40 saat üstü
12. Sigara kullanma: ( ) Sigara içiyor
    ( ) Sigara içmiyor

Ek 3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				

23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa parkederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

Ek 4. Kurum izin yazısı

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : B.30.2.DEÜ.0.42.72.00/ 2515
KONU :

İnciraltı /İZMİR
17/12/2012

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
DUMLUPINAR ÜNİVERSİTESİ
EVLİYA ÇELEBİ EĞİTİM-ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi **Nalan BOSTAN'ın** dilekçesine istinaden: **"Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler "** isimli tez çalışmasının uygulamasını Hastaneniz Birimlerinde Ocak-Mart 2013 tarihlerinde yapabilmesi için gerekli iznin verilmesi konusunda gereğini arz ederim.

Prof.Dr. İbrahim ASTARCIOĞLU
Enstitü Müdürü

Ek: 1 takım (10 sayfa)

T.C.Sağlık Bakanlığı-Dumlupınar Üniversitesi
Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
GELEN EVRAK
TARİH 18.12.2012
SAYI 1965
KONUSU

Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü olarak
uygun görülmüştür.
Gereği için bilgilerinize arz ederim.

Ahmet BÜBER
Yönetici

Tel: +90 232 4122600-01 Faks:+90 232 2776584
Elektronik Posta: saglikbil@deu.edu.tr
Web: http//: web.deu.edu.tr/saglikbil
http//:www.deu.edu.tr/saglikbil

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kütahya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
D.P.Ü. Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı :B.10.1.TKH.4.43.T.43.0.01-

18/12/2012

Konu: Tez Çalışması Uygulaması

10723

KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ

KÜTAHYA

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün 17.12.2012 tarih ve 2875 sayılı yazısında belirtilen Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nalan BOSTAN'ın "Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler" isimli tez çalışması uygulamasının Hastanemizde yapması Hastanemizce uygun görülmüş olup, gerekli iznin verilmesi hususunu;

Bilgilerinize arz ederim.

Uz. Dr. Ahmet BÜBER
Hastane Yöneticisi

Ekler:
Yazı sureti (11 sayfa)

Kütahya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
TARİH 19-12-2012
SAYI 1594
EVRAK BİLGİ
DOSYA NO
EKLER

Adres: Evliya Çelebi Mah. Okmeydanı Cad. No:2 43100 KÜTAHYA Ayrıntılı bilgi için irtibat: H. ALTUNDAĞ
Tel: (0274) 2316660 Kurum Dahili Tel: 2063 Faks: (0274) 2316673
e-posta: kutahyadhs8@saglik.gov.tr Elektronik Ağ: www.ecd.gov.tr

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Kütahya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 38627517.-784/ 1013 01/02/2013
Konu :Anket Çalışması

DPÜ KÜTAHYA EVLİYA ÇELEBİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

İlgi : a) Dilekçe
b) Sağlık Bakanlığı'nın 07.01.2013 tarih ve 145 sayılı yazısı

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Nalan BOSTAN'ın "Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler" isimli tez çalışmasının anket uygulamalarını 01.02.2013 - 30.04.2013 tarihleri arasında D.P.Ü. Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabilmesi Bakanlığımızın ilgi (b) yazılarındaki kısıtlar ve sonuçlarını Genel Sekreterliğimizden izin alarak paylaşmak kaydıyla uygun görülmüştür.

Gereğinin yapılmasını rica ederim.

Mevlüt Yıldız
Genel Sekreter V.

EK :11 Adet

DAĞITIM : D.P.Ü EÇEAH
Nalan BOSTAN

Saray Mahallesi Fatih Sultan Mehmet Bulvarı 43100 Kütahya
Telefon 02742236053 Faks 02742236059
e-mail kutahyadhs8@saglik.gov.tr.

Ayrıntılı bilgi için
2236053-1012

Ek 5. Etik kurul onay yazısı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**
AÇIK ADRES	**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR**
TELEFON	**0 232 412 22 54-0 232 412 22 58**
FAKS	**0 232 412 22 43**
E-POSTA	**etikkurul@deu.edu.tr**

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	861-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐	AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Ayşe BEŞER Nalan BOSTAN Hemşirelik Fakültesi	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ☐

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:2013/03-04**	**Tarih: 17.01.2013**
	Doç.Dr.Ayşe BEŞER'in sorumlusu olduğu **"Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr..Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	Besti
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Işıl TEKMEN	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	

Ek 6. ÖZGEÇMİŞ NALAN BOSTAN

TC Kimlik No / Pasaport No:	16606328158
Doğum Yılı:	1987
Yazışma Adresi :	Vişnelik Mahallesi Şehit Güngören Bostan Sokak Aydın Apartmanı 2/9 Eskişehir/Türkiye
Telefon :	507-6982630
e-posta :	nbostan3@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	Dumlupınar Üniversitesi	Kütahya SYO	Hemşirelik	Lisans	2008

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Dumlupınar Üniversitesi	Türkiye	Kütahya	Hemşirelik	Araştırma Görevlisi	2008 - ----

YAYINLARI

SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayınlanan makaleler

----

Diğer dergilerde yayınlanan makaleler

BALCI ALPARSLAN G., BOSTAN N. HUZUREVİ SAKİNLERİNİN İLAÇ KULLANIMINA VE ETKİLEŞİMİNE İLİŞKİN BİLGİ VE UYGULAMALARI. AKADEMİK GERİATRİ DERGİSİ 2010 2: 99-105.

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

Türkbey E., Balcı Alparslan G., Köse T., Serttaş M., Özdemir S., Daşkın E., Ankışhan M., Kulaksız E., Bostan N. (2009). Antikoagülan İlaç Kullanan Hastaların İlaç ve Besin Etkileşimine İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. II. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya.
Balcı Alparslan G., Bostan N. (2009). Huzurevi Sakinlerinin İlaç, İlaç Kullanımı ve Etkileşimine İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. Akademik Geriatri Kongresi, Antalya.
Küçük A., Güçlü S., Bostan N., Dolu N. (2011). Sağlık Yüksekokulu Öğrencileri ile Güzel Sanatlar Fakültesi Öğrencilerinin Dikkat Düzeylerinin Araştırılması. V. Ulusal Hemşirelik Araştırma Sempozyumu, Ankara.
Güçlü S., Bostan N., Babaoğlu M. (2011). Hemşirelik Bölümü Birinci ve Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleğini Algılamalarındaki Değişiklik. 10. Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Gaziantep.
Güçlü S., Bostan N. (2011). Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinin Yaşam Boyu Öğrenme Davranışlarının Araştırılması. Uluslararası Yükseköğretim Kongresi, İstanbul.
Bostan N., Çiçekli S., Darılmaz S., Doğan S., Kaynak Ö. (2012). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. Sağlığın Geliştirilmesi ve Hemşirelik Sempozyumu, İstanbul.
Bostan N., Doğan S. (2012). 0-3 Yaş Arası Bebeklerde Yürütülen Bir Ağız Sağlığı Koruma Programının Anne Farkındalığı Üzerindeki Etkisi. 11. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Bursa.
Bostan N., Şahin H., Özyer Ö. S., Akbaş G. (2012). Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Hastane Enfeksiyonlarından Korunmaya Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları. 11. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Bursa.
Bostan N., Çoban S., Babaoğlu M. (2012). Hemşirelik Öğrencilerinin Yara Bakımına Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Görüşleri. Uluslararası Katılımlı I. Cerrahi Hemşireliği Kanıta Dayalı Uygulamalar Kongresi: Yara ve Stoma Bakımı, İzmir.

Diğer yayınlar

Düzenleme Tarihi : Ekim 2012