T.C.
BİRUNİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEKLİSANS PROGRAMI

Hemşirelerin Depresyon Düzeyleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Yasin Doğan

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe YILDIZ

Mayıs, 2023

T.C.
BİRUNİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEKLİSANS PROGRAMI

Hemşirelerin Depresyon Düzeyleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Yasin Doğan

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe YILDIZ

Mayıs, 2023

ONAY SAYFASI

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin hazırlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Yasin DOĞAN

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında desteğini hiç esirgemeyen, bana her zaman yardımcı olan, yol gösteren, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan değerli tez danışmanım Sn. **Dr. Öğr. Üyesi. Ayşe YILDIZ'a** bana çalışmam için uygun ortam sağlayan, yardımlarını esirgemeyen ve daima sabır gösteren eşim **Gamze Doğan**'a, aileme ve emeği geçen herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yasin Doğan

İÇİNDEKİLER

BEYAN iii
TEŞEKKÜR iv
İÇİNDEKİLER v
SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ vii
TABLOLAR LİSTESİ viii
ÖZET x
ABSTRACT AND KEYWORDS xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Sağlık 3
2.1.1. Sağlığın Korunması 3
2.1.2. Sağlığın Geliştirilmesi 3
2.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları 4
2.2.1. Manevi Gelişim 5
2.2.2. Kişiler Arası İlişkiler 5
2.2.3. Beslenme 6
2.2.4. Fiziksel Aktivite 7
2.2.5. Sağlık Sorumluluğu 8
2.2.6. Stres Yönetimi 8
2.2.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hemşire 9
2.3. Depresyon 10
2.3.1. Depresyon Bozuklukları 10
2.3.2. Epidemiyolojisi 11
2.3.4. Risk Faktörleri 12
2.3.5. Klinik Görünüm 12
2.3.6. Tedavi 13
2.3.7. Depresyonun Hemşireler Üzerindeki Etkisi 13
2.3.8. Depresyonun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi 14
3. GEREÇ VE YÖNTEM 16
3.1. Araştırmanın amacı ve tipi 16
3.2. Araştırma Soruları 16
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 16
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 16
3.5. Veri Toplama Araçları 17

3.6. Veri Toplama Yöntemi..... 18
3.7. İstatistiksel Analiz..... 18
3.8. Araştırmanın Etik Yönü 18
3.9. Sınırlılıklar..... 19
4. BULGULAR..... 20
5. TARTIŞMA SONUÇ ve ÖNERİLER 40
5.1. Sonuç ve Öneriler..... 49
6. KAYNAKLAR..... 51
7. EKLER..... 60
8. ÖZGEÇMİŞ 73
9. İNTİHAL RAPORU..... 74

SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo No Tablo Adı Sayfa No

Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri 20
Tablo 4.2 Hemşirelerin Mesleki Özellikleri..... 21
Tablo 4.3. Hemşirelerin Sağlık Durumları ve Sağlık Davranışları 22
Tablo 4.4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı 23
Tablo 4.5. Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II ve Alt Boyutlarına Ait Normallik Sınaması 24
Tablo 4.6. Katılımcıların Cinsiyetine Göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 25
Tablo 4.7. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 26
Tablo 4.8. Katılımcıların Yaş Grupların Göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 27
Tablo 4.9. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 28
Tablo 4.10. Katılımcıların Çalıştıkları Birime Göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 29
Tablo 4.11. Katılımcıların Haftalık Ortalama Çalışma Sürelerine Göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 31
Tablo 4.12. Katılımcıların Hemşirelikte Toplam Çalışma Sürelerine Göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 31
Tablo 4.13. Hemşirelerin Çalışma Şekilleri Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanı ile SYBDÖ II Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi . 35
Tablo 4.14. Katılımcıların Sigara Kullanma Durumlarına Göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 35
Tablo 4.15. Katılımcıların Alkol Kullanma Durumlarına Göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 36

Tablo 4.16. Katılımcıların Kronik Hastalığı Olma Durumlarına Göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II'nin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 37
Tablo 4.17. Katılımcıların Düzenli Olarak Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumlarına Göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 38
Tablo 4.18. Hemşirelerin Toplam Beck Depresyon Ölçeği Puanı ile SYBDÖ II Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi 38

ÖZET

Doğan, Y. (2023). Hemşirelerin Depresyon Düzeyleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Bu araştırma, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, depresyon düzeylerini ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile gerçekleştirildi. Araştırma grubunu İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan 269 hemşire oluşturdu (N=269). Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Beck Depresyon Ölçeği kullanıldı. Çalışmanın istatistiksel analizleri için IBM tarafından geliştirilen SPSS (Statisticsal Package fort he Sociel Sciences v.26.0) programı kullanıldı. İkili grup karşılaştırmaları için Mann Whitney U testi, iki üzeri grup karşılaştırması için Kruskal Wallis H testi uygulandı. Ölçekler ve alt boyutlarının ilişkisini tespit etmek için Spearman Korelasyon testi kullanıldı. Katılımcıların %76.2'si kadın, %47.6'sı evli olarak saptandı. Katılımcıların BDÖ ortalaması 13.78±9.33 (hafif depresyon) ve SYBDÖ II ortalaması 122.26±20.49 (orta düzeyde) olarak saptandı. Hemşirelerin SYBDÖ II puan ortalamaları ile medeni durumu, yaşı, eğitim düzeyi, düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu, çalıştıkları birim ve hemşirelikte toplam çalışma sürelerine göre istatistiksel açıdan önemli farklılık saptandı. Hemşirelerin yaşı ve eğitim düzeyi arttıkça SYBDÖ II ortalama puanlarının arttığı ve toplam çalışma süresi arttıkça da ortalamanın düştüğü görüldü. Sonuç olarak, hemşirelerin SYBDÖ II den en yüksek puanı manevi gelişim (ort. 24.80 ± 4.77), en düşük puanı fiziksel aktivite (ort. 15.71 ± 5.01) alt boyutlarına ait olduğu, Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması ile SYBDÖ II toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında negatif bir ilişki olduğu saptandı.

Anahtar kelimeler: Hemşire, Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve Depresyon.

ABSTRACT AND KEYWORDS

Dogan, Y. (2023). Investigation of the Relationship Between Depression Levels and Healthy Lifestyle Behaviors of Nurses. Master Thesis, Biruni University Graduate Education Institute, Istanbul.

This research was carried out to determine the healthy lifestyle behaviors, depression levels of nurses working in a university hospital and between them. The research group consists of 269 nurses working at Istanbul University Medical Faculty Hospital (N=269). Personal Information Form, Healthy Lifestyle Behaviors Scale II and Beck Depression Inventory were used to collect data. SPSS (Statistical Package for the Sociel Sciences v.26.0) program developed by IBM was used for statistical analysis of the study. Mann Whitney U test was used for pairwise group comparisons and Kruskal Wallis H test was used for double group comparison. Spearman Correlation test was used to determine the relationship between the scales and their sub-dimensions. It was determined that 76.2% of the participants were women and 47.6% were married. The mean BDI of the participants was 13.78±9.33 (mild depression) and the mean of the HLBS II was 122.26±20.49 (moderate). There was a statistically significant difference between the mean scores of the nurses' HLBS II and their marital status, age, education level, regular health check-up, the unit they worked in, and the total working time in nursing. It was observed that as the age and education level of the nurses increased, the mean HLBS II scores increased and the average decreased as the total working time increased. As a result, nurses' highest score in HLBS II belonged to spiritual development (mean 24.80 ± 4.77), the lowest score belonged to physical activity (mean 15.71 ± 5.01) sub-dimensions, Beck Depression Scale mean score and HLBS II total score and sub-dimension. A negative correlation was found between the mean scores.

Key Words: Nurse, Healthy lifestyle behaviors and Depression.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık, bireyin ömür boyu koruması ve geliştirmesi gereken en önemli unsurların başında gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığın tanımını; kişinin yalnızca hasta veya sakat olmama durumu değil, bedensel, ruhsal ve psikolojik yönden de iyi halde olması olarak açıklamaktadır (Aktaş ve Kızıltan, 2022). Sağlıklı yaşam biçimi ise bireyin sağlık durumunu sürdürebilmesi ve koruyabilmesi için sağlığını etkileyen davranışları kontrol altına alıp uygun gördüğü davranışları seçerek ona göre yaşaması olarak tanımlanabilmektedir (Uncu ve Üstündağ, 2018). Yanlış beslenme alışkanlıkları, hareketsiz yaşam, zararlı alışkanlıklar ve çevresel koşulların kötüleşmesi bireylerde stresli yaşam ve kronik hastalıkların gelişmesinde etkili olmuştur. Kanserlerin %80'e yakını kötü yaşam tarzı ve çevresel faktörler ile ilişkili iken, iskemik kalp rahatsızlıkları, yüksek tansiyon, KOAH ve diyabet gibi hastalıkların artmasında ise %60-75 oranında kişinin yaşam şekilleri ile çevresel faktörlerin etkili olduğu açıklanmaktadır (Duran ve Sümer, 2014). Sağlıklı yaşam biçimiyle ilişkili gelişen pek çok hastalık ve bu hastalıklar sebebiyle ortaya çıkan ölümlerin engellenebilmesi için bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanması önemlidir (Karaca ve Aslan, 2019).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen durumlar içerisinde bireysel farklılıklar, maddi gelir düzeyi, eğitim düzeyi, sağlık hizmetlerine kolay ulaşımı gibi faktörler büyük rol oynamaktadır (Demirtaş, 2018). İnsan var oluşundan bu yana yaşantısını sürdürebilmek için çalışma halinde bulunmuştur. Çalışanların fiziksel ve ruhsal iyilik hallerini sürdürmesi iş hayatının devamlılığı için önemli unsurlarından biridir. Hastaneler gibi fiziksel, kimyasal ve psikolojik riskler açısından yüksek riskli yerlerde faaliyet gösteren hemşirelerin çalışma hayatlarındaki olumsuz şartlardan en çok etkilenen meslek gruplarının başında hemşireler gelmektedir (Uncu, 2017). Bu nedenle hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi ve uygun çalışma ortamı sağlanması sağlık hizmetlerinin aksamaması ve geliştirilmesi için oldukça önemlidir (Emeksiz, 2018).

Depresyon önemli bir halk sağlığı sorunudur, fiziksel sağlığı ve işlevleri olumsuz etkiler. Yaşlanan nüfus ve yeterli tedavinin görülmemesi nedeniyle sağlık hizmetlerine olan talebin artmasıyla zorlaşan sağlık hizmeti, depresyon tedavisine

erişim sağlamak için bir zorluk teşkil etmektedir (Keller,Hooker and jacobs, 2018). Sağlık çalışanlarının büyük bir kısmını oluşturan hemşireler sadece hastalara bakım ve yardım sağlamakla kalmaz, aynı zamanda rehabilitasyonlarına da katılır, hastalara ve ailelerine destek sağlar ve sağlık eğitimini savunur, toplumda sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesinde önemli bir rol oynar. Geniş ve çok yönlü iş yükleri, onlara hastalarla harcanan en büyük süreyi sunar ve sağlık ağının tüm alanlarını kapsamalarına olanak tanır. Hemşireler, bunlarla sınırlı olmamak üzere, düzenli olarak işle ilgili çeşitli stres faktörleri yaşarlar: uzun çalışma saatleri, zaman kısıtlamaları, hastaların ihtiyaçlarını karşılama, düzensiz programlar ve profesyonel destek eksikliği vb. Bu tür zorlu mesleklerde, ruh sağlıkları ve yaşam kaliteleri üzerinde ciddi bir depresif etkiye sahip olabilir (Welsh, 2009). Hemşirelerde depresyon, anksiyete ve stres düzeylerininaraştırılması ve ruhsal sorunların belirlenmesi, gelecekteki sağlık sistemi çalışanlarının refahını arttırırken daha güvenli ve daha uygun işyerleri sağlaması için çok önemlidir (Maharai, Lees and Lal, 2019).

Bu araştırma, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, depresyon düzeylerini ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık

İnsanlar yaşantılarını mutlu, kaliteli ve başarılı bir şekilde sürdürebilmeleri için sağlıklı olmaları oldukça önemlidir. Geçmişte sağlık kavramı sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı şeklinde algılanmasına karşın günümüzde bu durum sosyal ve ruhsal açıdan da tam iyilik hali olarak benimsenmiştir. Bedensel sağlıkta kişi; solunum, beslenme, boşaltım, fiziksel aktivite, cinsel yaşam ve uyku gibi temel fonksiyonların yapılabilmesidir. Ruhsal sağlık, kişinin psikolojik yönden kendisi ve etrafı ile devamlı uyum ve denge halini sürdürebilen bir uyum halinde olması durumudur (Özbek, 2019). Sağlık evrensel bir kavramdır. Sağlığa verilen anlam toplumlara ve kültürel özelliklere göre değişkenlik gösterebilir. Sağlık durumunu şekillendirme kişinin kendi sorumluluğundadır (Meşeli, 2020).

2.1.1. Sağlığın Korunması

Sağlığın korunması; sağlığa tehdit teşkil edebilecek davranışlardan uzak kalmak ve bu davranışların önüne geçebilmektir. Sağlığı korunmakta temel hedef hastalık riskini minimuma indirerek kişinin sağlıklı halinin korunmasını sağlamaktır (Çulcu, 2021). Toplumun sağlığını korunması için, hastalığa sebep olabilecek faktörlerin biliniyor olması gerekmektedir. Bireyin sağlığının hangi düzeyde olduğunu belirlemek ve sağlıkla ilişkili uygulamalarını değerlendirebilmek için; genetik yapısı, yaşı, mesleği, eğitim düzeyi gibi kişisel özelliklerinin göz önünde tutulması gerekmektedir (Esin ve Aktaş, 2012).

2.1.2. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi, bireyin kendi sağlığı üzerindeki sosyal ve fiziksel etkileri tanımlayıp ve bu etkilerin kontrolünü kazanması olarak tanımlanmaktadır. Hastalıkların önlenmesinde, erken teşhisinde ve sağlıklı halin devam ettirilmesinde kişinin sağlığı geliştirme davranışları kazanması önem teşkil etmektedir. Sağlığın geliştirilmesi sadece hastalıkların önüne geçmekle kalmayıp bireyin genel sağlık halini

daha üst seviyeye getirmeyi amaçlamaktadır. Bu bağlamda sağlığı geliştirmede kazanılması gereken faktörlerin başında; bireyin yeterli ve dengeli beslenmesi, spor faaliyetlerinde bulunması, kişiler arası etkileşiminde pozitif olması, yeterli uyku düzeninde olması gerekmektedir (Şimşekoğlu ve Mayda. 2016). Bir toplumun sağlık düzeyini hava, su, ekosistem, biyolojik faktörler, barınma koşulları, sosyo-ekonomik durum, sağlık hizmetlerine ve gıdaya rahat ulaşım gibi faktörler belirlemektedir (Aydın, 2019).

2.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlık; bireyin, bedenen, mental ve sosyal yönden tam iyilik hali olarak tanımlanmıştır. Bireyin kendi sağlığını korumak ve geliştirmek adına ‘’sağlıklı yaşam biçimi’’ planlaması ve uygulaması gerekmektedir. Uygulanan bu yaşam biçiminde kişinin sağlığına etki eden bütün davranışları kontrol etmeli, günlük yaşam aktivitelerinde sağlığını geliştirecek olan davranışları belirleyip uygulamalıdır (Kostak, Kurt, Süt, Akarsu ve Ergül, 2013). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına bakıldığında kişinin kendi iyilik halini koruyup bu halini daha yükseltecek davranışları uygulaması olarak tanımlanmaktadır. Bu davranışlar stres ile başa çıkmak, yeterli ve dengeli besin almak, devamlı spor yapmak, sosyal iletişimi ve kişinin sağlığını geliştirme adına üstlendiği davranışları kapsar (Aksoy ve Uçar, 2014).

Sağlığın geliştirme programları toplumların daha sağlıklı yapıya ulaşabilmesi için gerekmektedir. Bu programlar ile hastalıkların azalmasında, daha uzun ve sağlıklı yaşam kalitesinin yükselmesi mümkündür (Kolaç, Balcı, Şişman, Ataçer ve Dinçer, 2018). Yapılan araştırmalarda sağlıklı yaşam tarzı ile hayat kalitesi, sağlık durumu ve yaşam süresi arasında anlamlı ilişki olduğu ortaya koyulmuştur. DSÖ’nün verileri incelendiğinde gelişmiş ülkelerde görülen ölümlerin %40-50’sinin ortaya çıkmasındaki sebep kötü yaşam tarzına bağlı gelişen hastalıklardır. Günümüzde ölüm nedenlerinin başında kronik hastalıklar ile ilişkili ölümler yer almaktadır (Bozhüyük, Özcan, Kurdak, Akpınar, Saatçi ve ark., 2012).

Toplumdaki bütün bireylerin sağlıklı olması, sağlığının korunması ve bunların devamlılığı temel haklarıdır. Kişiler sağlığını geliştirmede uyguladığı davranışlarında kişisel sorumluluklarını almalı ve sağlıklı yaşamı alışkanlık haline getirmelidir (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, manevi gelişim,

kişiler arası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi olarak altı alt başlıkla değerlendirilir (Şimsek, Öztoprak, İkizoğlu, Safalı, Yavuz ve ark., 2012).

2.2.1. Manevi Gelişim

İngilizcesi 'Spiritualite' olan kavramın Türkçe karşılığı bulunmamaktadır. Türkçe' de kökeni Arapça olan 'Maneviyat' kelimesi kullanılmaktadır. TDK'yagöre maneviyat; maddi yönü bulunmayan manevi (soyut, tinsel) şeyler veya mecazen moral, motivasyon anlamındadır (Daştan ve Buzlu, 2010). Maneviyat kelimesinin sağlık alanında çeşitli tanımları bulunmaktadır. Tanımlardan bazıları; daha yüce bir güç, manevi bir oluş, Tanrı ile bağ kurma ve güvenme, yaşama isteği, yaşama amacını araştırma isteği gibi duygulardır (Chochinov, 2006). Aynı zamanda kişilerin hayatlarına ilişkin geliştirdiği anlam, kişisel yaşam ve kararlarını sık sık etkilemektedir. Bundan dolayı tıpta hastaların sadece medikal olarak değerlendirmenin ötesinde bireyleri holistik (fiziksel,duygusal, sosyal, ekonomik ve manevi yönden) bir yaklaşım ile değerlendirmesi gerekmektedir (Boztilki veArdıç, 2017).

Kurumsal ya da bireysel dini gereksinimlerin ötesinde manevi bakım uygulamalarının stres, üzüntü, kederlenme, ciddi hastalık, büyük kayıp veya ölüm korkusu gibi endişe ve kaygı yaratıcı düşüncülerin önüne geçilmesi istenmektedir (Seyyar, 2014).Yapılan araştırmalarda manevi bakımın, hastalara uygulanan bakımın kalitesini arttırmaya ve yaşam kalitelerini yükseltmeye destek sağladığı tespit edilmiştir fakat hemşirelik literatüründe, hastaların gerekli manevi ihtiyaçlarını karşılamak üzere hastalara ne şekilde bakımuygulamaları gerektiğini açıklayan ifadeler çok az görülmektedir. Maneviyat hemşirelik bakımında din ve vicdan boyutu ile ele alındığından göreceli bir kavram olarak düşünülüp, hemşireler için belirli bakım planı oluşturulmamıştır (Erişen ve Sivrikaya, 2017).

2.2.2. Kişiler Arası İlişkiler

Sosyal bir canlı olan insanın diğer insanlar ile iletişim kurması ve ilişki içinde bulunması yadsınamaz bir ihtiyaçtır (Doğan ve Sapmaz, 2012). Kişilerarası ilişki, en az iki veya daha çok kişi tarafından kurulabilen, tanışıyor olmaktan candan olmaya

kadar farklı seviyelerde yaşanan ilişkiler şeklindetanımlanabilmektedir (İmamoğlu ve Aydın, 2009). Hayat boyu başarıyı yakalamada, verimli olma ve huzuru bulmada kişiler arası ilişkiler önemli role sahiptir (Bozhüyük, Özcan, Kurdak, Akpınar, Saatçı ve ark., 2012). Kişilerarası ilişkilerini geliştiren bireylerin empati boyutu, sosyal sorumluluk bilinci ve sosyal yeteneklerinin daha fazla olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla hemşirelerin kesintisiz bakım hizmeti uygulaması, devamlı ekip çalışmasında bulunması, hastave hasta yakınlarıyla iletişimi, sağlık çalışanlarıyla iş birliği içinde bulunması sebebiyle kişilerarası ilişkilerive becerileri gelişmiş olması önem arz etmektedir (Cerit ve Öz, 2019).

2.2.3. Beslenme

Yaşamın devamlılığı ve sağlığın korunması için tüketilen besin maddelerinin vücutta tüketilmesine beslenme denir. Başka bir ifade ile yaşam kalitesinin artması ve sağlığın korunması için vücudun ihtiyaç duyduğu besinleri yeterli ve dengeli alınmasını amaçlayan bir davranıştır (Arı ve Arslan, 2020). Kişinin beslenmede görülen alışkanlıkları, yeme sıklığı ve yemek seçimi daha çok çocukluk ya da ergenlik çağında oluştuğu ve oluşan bu alışkanlığın ileriki yaşamında da devamlılığı görülebilmektedir. Bu yüzden kişinin çocukluk çağında doğru ve dengeli beslenme alışkanlığını kazanmasına önem verilmelidir (Yavuz ve Özer, 2019). Hazır yemek (fast-food) ya da abur-cubur tarzı beslenme yaygın olarak çocuk ve gençler arasında görülmektedir. Bu ayaküstü beslenme türü insanın zamandan tasarruf etmesini sağlamak için oluşmuştur. Bu besinlerde görülen enerji miktarının %40-50'si yağdan oluşmaktadır ve vitaminden, kalsiyumdan yoksun, yağ ve tuzdan ise zengin besin türleridir (Haspolat, Aktar ve Yolbaş, 2016). Yetersiz veya gereğinden fazla beslenmenin kalp-damar tıkanıklığı,kanserler, diyabet, solunum yolu hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan çeşitli hastalıklar açısından sağlıklıbeslenenlere göre daha fazla risk altındadır. Maddi geliridüşük veya orta olan ülkelerde ölümlerin büyük çoğunluğunun bulaşıcı olmadığı bilinen bu dört hastalıktan kaynaklandığı bilinmektedir (Aktaş ve Özdoğan, 2016).

Şişmanlık, bulaşıcı olmayan hastalıklara yakalanmada en büyük risk faktörleri arasında görülmektedir. DSÖ'nün tanımında şişmanlık, sağlığı tehdit edecek şekilde vücutta fazla veya normal olmayanyağ birikimi olarak belirtilmektedir. Yapılan son

araştırmalara göre hem kadın hem de erkeklerde 20-30 senedir şişmanlık düzeyinde artış gözlemlenmektedir(Özdenk ve Özcebeci, 2018). Hastalıkların önlenmesinde en az diğer sağlıklı yaşam biçimi davranışları kadar sağlıklı beslenme alışkanlığı da önemlidir. İstenilen hayat kalitesine ulaşmada tüm insanların ve toplulukların beslenme farkındalığının artırılması ve sağlıklı beslenmenin bir hayat tarzı şekline gelmesi gerekli görülmektedir. Toplumun huzuru ve sosyo-ekenomik gelişimi, o toplumun bireylerinin sağlıklı yaşam sürdürmesi ile doğrudan alakalıdır. Hem bireysel hem toplumsal sağlığın temelini ise yeterli ve dengeli yani sağlıklı beslenme karşılayabilir (Özenoğlu,Gün, Karadeniz, Koç, Bilgin ve ark., 2021).

2.2.4. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktiviteler insanın hem fiziksel hem de ruhsal sağlıkları yönünden olumlu etkiler göstermektedir. Bunun yanında hastalıklardan korunmada ve tedavisinde fayda sağlayan fiziksel aktivitelerinin insan sağlığı üzerinde doğrusal etkisi bulunmaktadır (Alpözgen ve Özdinçler, 2016). Geçmişten günümüze teknolojide ve endüstride görülenhızlı gelişmeler, insanların yaşam tarzlarında çeşitli değişimlere etki etmiştir. Modern iletişim olanakları, ulaşım araçları, hayatı kolaylaştıran yeni teknolojiler insanların yaşamını kolay hale getirirken, fiziksel aktivitede düşüş, hareketsiz yaşamıda beraberinde getirmektedir. Geçmiş yüzyıllara göre günümüzde günlük çalışma saatleri daha az olmasına rağmen, insanlar iş dışında kalan zamanlarında alış-veriş merkezleri, restoran, kafe gibi veya evde bilgisayar, televizyon gibi cihazların karşısında geçirmekte olup fiziksel harekete gerektiği kadar zaman ayırmamaktalar (Orhan, 2019).

İnsanın uzun yıllar yaşaması kadar o yaşantının sağlıklı olarak sürdürülmesi kadar önemlidir. Sağlıklı yaşlanmak ile yaşla beraber görülebilecek sağlık sorunlarını minimuma indirmek için temel şartlar yeterikadar fiziksel egzersiz ve beslenmedir (Kargün, Togo, Biner ve Pala, 2016). Günlük rutinler ile fiziksek aktivitebirleştirildiği zamanki yaşam hali aktif yaşam şeklinde tanımlanabilir. Günlük en az 30 dakika tempolu yürüyüşveya koşu, asansör yerine merdivenleri tercih etme, bisiklet sürme ve ev işlerinde çalışarak aktif yaşam şekillendirilebilir. Aksi halde hareketsiz bir hayat tarzı meydana gelecektir. Hareketsiz bir yaşam şekli kişinin sağlığını olumsuz etkileyip obezite, çeşitli kanser tipleri,diyabet, kalp damar hastalıkları, osteoporoz gibi çeşitli

hastalıkların görülme ihtimalini yükseltmektedir(Yıldırım, Özşevik, Özer, Canyurt ve Tortop, 2015). Düzenli yapılan fiziksel aktivitelerin olumlu etkilerine bakıldığında diyabet riskinin düştüğü, kalp ve damar hastalıkları riskini düşürdüğü, obezite ve kansereyakalanma riskini düşürdüğü, psikolojik yönden(depresyon, anksiyete, stres) pozitif etkiler kazandırdığı görülmüştür (Ölçücü, Vatansever, Özcan ve Çelik, 2015).

2.2.5. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu kişinin ruhsal, fiziksel ve sosyal yönden iyilik halini koruması ve sürdürebilmesi için üstüne düşen sorumluluklarını yapmasıdır. Sağlık davranışları kişinin kendi mesuliyetinde bulunmaktadır (Avcı, 2016). Sağlıksız yaşam şeklinin yanında getirdiği hastalıklı yaşam ve ölümlerin önüne geçilebilmesi amacıyla insanların SYBD kazanmaları kendi mesuliyetindedir. Bu mesuliyetlerin gerçekleşmesi ile kronik hastalıkların önüne geçebilme, daha sağlıklı yaşam sürdürebilme ve sağlıklı yaşlanabilme açısından son derece önemlidir (Duran, Öğüt, Asgarpour ve Kunter, 2018).

Yeterli ve dengeli beslenme, düzenli egzersiz, alkol ve tütün ürünlerinden uzak durmak, sağlık sorumluluklarını yerine getirme gibi tutumlar sağlığın geliştirilmesinde etkisi bulunan davranışlardır (Vural ve Bakır, 2015). Sağlıklı olmak ve yaşamak insanın temel haklarındandır. Bu hakkın devamlılığı ve arttırılmasını hedefleyen sağlık politikaları, kişinin sağlığını geliştirecek davranışları ve sorumlulukları kazandırması üzerine oluşmaktadır. Artan bakım maliyetleri ve sağlık sorunları da dikkate alınarak uygulanan politikalar düzenlenmeli ve geliştirilmedir(Açıksöz, Uzun ve Arslan, 2013).

2.2.6. Stres Yönetimi

Stres, bireylerin günlük yaşamını olumsuz etkileyen önemli bir durum haline gelmiştir. Bu durum insanın hayatının çeşitli yönlerini, fonksiyonlarını, yaşam biçimini ve kalitesini değiştirebilmektedir. Uzun süre stres halinde olmak kişide bir takım sağlık problemlerinin görülmesine sebep olabilmektedir (Kaba,2019). Stres, akut veya kronik olabilir. Akut stres sağlık açısından bir risk teşkil etmezken, uzun süren

stresin meydana getirdiği fizyolojik değerlerin (kan basıncı, doku ph'sı, ozmotik basınç, beden ısısı) değişimi için zemin hazırlar (Khosrowabadi, 2018).

Kronik stres, beyinde atrofiye neden olabilir ve ağırlığında azalma meydana gelebilir. Stres kaynaklı bu değişiklikler, strese maruz kalma süresi ve düzeyine göre değişiklik gösterebilir (Yaribeygi, Panahi, Sahraei, Johnston and Sahebkar, 2017). Günümüzde insanların birbirleri ile devamlı iletişim halinde olması, teknoloji ve internet ağı içinde karışık durumlara adapte olmaya çalışması, kişiyi yıpratmaya ve baskı altında hissetmesine neden olmaktadır. Bu bağlamda stres günlük yaşantımızda "modern toplumun hastalığı" şeklinde tarif edilmektedir (Özel ve Karabulut, 2018).

2.2.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hemşire

Toplumların sağlıklı yaşam davranışlarının daha yüksek seviyeye ulaştırılabilmesi ve devamlılığından sorumlu sağlık çalışanlarına büyük görevler düşmektedir. Sağlık çalışanları toplumun sağlığını olumsuz etkileyecek davranışları ve alışkanlıkları belirleyerek, topluma daha sağlıklı yaşam davranışları kazandırmalı ve yanlış davranışların önüne geçmelidir. Bu nedenle sağlık çalışanları toplumda rol model olmaları gerekmektedir (Özkan ve Yılmaz, 2008). Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü ve birçok sağlık kuruluşu da, sağlığı koruma ve geliştirme konusunda temel insan gücünü hemşireler olarak tavsiye etmektedir. Hemşirenin sağlığı geliştirmedeki amacı sadece tıbbı bakım vermek değil, olaylara bütüncül olarak yaklaşımıdır (Açıksöz, Uzun ve Arslan, 2013). Hastayla en çok zaman geçiren sağlık grubunun hemşirelerden oluşması, hemşirelerde sağlık riskleriyle karşılaşma oranlarının diğer sağlık çalışanlarından daha fazla olduğunu göstermektedir. Hastanede görülen olumsuz çevresel etkenlerin (gürültü, etkisiz ısı-nem değerleri, yetersiz aydınlatma, radyasyon gibi) olması, kullanılan araç gereçlerin eksikliği, hemşirelere karşı hasta veya hasta yakınlarının şiddet davranışları ve olumsuz iletişim görülmesi doğrudan etki edebilir (Yazıcı ve Kalaycı, 2015). Literatürde hemşirelerin sağlığı geliştirmede savunucu, iyileştirici, bakım veren, konsültan, araştırıcı ve eğitici olarak belirtilmektedir. Hemşireler değişen toplum yapısına ayak uydurabilmeli ve bu doğrultuda kendisini geliştirmesi gerekmektedir (Bostan, 2013).

2.3. Depresyon

Depresyon, çoğunlukla üzüntünün, öfke nöbetlerinin ve boşluktaymış hissiyatının etkili olduğu bir duygu değişiminin görüldüğü; bu duygular da bireyin günlük yaşam aktivitelerinin işleyişini olumsuz etkileyen somatik ve aynı zamanda bilişsel farklılıklarıntakip ettiği bir duygu durum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (APA, 2022). Depresyon; ruhsal çöküklük, üzüntülü hal ile günlük hayattaki faaliyetlerinde azalma gibi belirtileri olan, üzüntü ve keder gibi duyguları barındıran bir yaşam halidir. Sözcük kökeni, Latince 'de 'depressus' (alçakta olan, aşağı doğru bastırılmak) tan gelmektedir. Depresyon kelimesi 16. yüzyıldan günümüze kadar kullanılıp, 19. yüzyılda modern olarak gruplandırılmaya başlanmıştır (Çelik ve Hocaoğlu, 2016). Türkçapar'ın depresyon tanımında kişinin hayatında mutsuzluğun tavan yaptığı, bir takım belirtilerle varlığını hissettiren ve bazen farklılaşan özellikleri olan psikolojik bir bozukluktur (Türkçapar, 2018).

Depresyon, açıkça bir sebebi olmasına gerek duyulmadan kişinin kendisini devamlı olarak üzüntülü, çökkün ya da melankolik hissetmesi olarak nitelendirilebilir. Bu duygulara ek olarak hayatını etkileyecek şekilde bunaltı hissetmesi, güçte kayıp olması, değersizlik düşüncesi, faaliyetlere karşı isteksizlik ve hayata karşı olumsuz hisler gibi durumlar takip edebilir. Depresyon yalnızca ruhsal etkilemekle kalmayıp, bireyin konuşma becerilerinde eksikliğe yol açabilmektedir. Ayrıca bedensel faaliyetlerinde de yavaşlama görülebildiği bir tür duygu durum bozukluğudur (Köroğlu, 2013). Depresyonla birlikte psikiyatri ile ilişkisi olan ya da olmayan birçok bozukluk görülebilmektedir (Yalçın ve Öztürk, 2016).

Bütün dünya göz önüne alındığında, psikiyatrik bozukluklar arasında en sık görülen bozukluk depresyondur. Duygudurum ise; bireyin içsel olarak deneyimlediği, davranışları ile hayatı nasıl algıladığını farklılaştıran devamlı var olan bir duygu halidir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

2.3.1. Depresyon Bozuklukları

DSM-V sınıflandırmasına göre sekiz depresyon bozukluğu türü bulunmaktadır.

- Yıkıcı Duygu durumu Düzenleyememe Bozukluğu

- Yeğin (Majör) Depresyon Bozukluğu
- Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)
- Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu
- Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu olarak belirlenmiştir (DSM-V, 2013).

2.3.2. Epidemiyolojisi

Psikiyatrik bozukluklar arasında en sık görüleni majör depresyondur. Erkeklerin %10'u, kadınların ise %20'sinde majör depresyon yaşamlarının bazı zamanlarında görüldüğü bilinmektedir. Yapılan çalışmaların ortaya çıkardığı verilerde majör depresyonun hayat boyu prevalansı %4,9 ve %17,1 arasında farklılık gösterdiği görülebilmektedir (Yalçın ve Öztürk, 2016). Dünyada ve ülkemizde yapılan araştırmalar, depresyon sıklığının daha çok 45-55 yaşlarında en tepe noktaya ulaştığı sonucunu göstermektedir. Toplumdavar olan ve fiziksek bozukluğu bulunmayanlarda sıklık %1-5 arasındayken, tıbben ya da cerrahi sebeplerle hastaneye yatmış ileri yaştaki hastalarda yaklaşık %12 olduğu görülmektedir (Arslantaşı, 2011). Yapılan araştırmada, ergenlik çağında depresyon bozukluğu yaşayan kişilerin %40'ı ile %70'i ilerideki yaşamlarında tekrar depresyon problemi yaşadığı görülmektedir. Özet olarak epidemiyojik verilere bakıldığında majör depresyon ve ilgili depresif bozukluklar psikiyatride en sık karşılaşılan grup olduğusöylenebilir. Kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğü, çoğunlukla orta yaşlarda görülmeye başladığı, hastalığın seyrini belirleyen özelliklerin erken yaşlarda başlayanlarda daha kötü olduğu, sosyoekonomik olarak düşük ve sosyokültürel anlamda yetersiz kişilerde görülme sıklığının fazla olduğu ve maddi durumun depresyon açısından önemli olduğu söylenebilir (Anber, Akar ve Altun, 2021).

2.3.4. Risk Faktörleri

Psikolojik ve fiziksel sağlığı tehlikeye sokan yaygın bir bozukluk sayılan depresyon, en ciddi psikolojik rahatsızlıkların başında gelmektedir ve 21. Yüzyılda çoğalan intiharlara büyük ölçüde katkı sağlamaktadır (Kessler, 2005). Yapılan araştırmalarda evliliklerde depresyon görülmesi kadınlarda artarken erkeklerde azaldığı görülmüştür. Depresyon çoğunlukla 25-35 yaşlarında görülmektedir. Bu yaş aralığı kadınların ilk gebe kaldığı ve bebek sahibi olduğu kısaca doğurganlık çağı olarak kabul edilir ve bu dönemler kadınlarda depresyonun görülmesi bakımından yüksek riskli zamandır (Çalık ve Aktaş 2015).

Sosyo-ekonomik gelir düzeyi düşük kişilerde depresyon oluşma riski yüksek olmakla birlikte depresif belirtilerin kalıcılığında da artış olduğuna dair belirtiler bulunmaktadır (Bostancı ve Buzlu, 2010). İşsizlik depresyonu en çok karşılaşılan depresyon nedenlerinden biridir. Yaşanılan ekonomik güçlükte hayatı devam ettirmeye çalışmak, dışardan gelen baskı hissi yaşanılan depresyonun düzeyini doğrudan etkilemektedir (Heslin,Desai, Lappin, Donoghue, Lomas et al., 2016).

Kronik rahatsızlığı olan bireylerde fonksiyonel bozulmaların yanında iyi olma durumunda da bozulmalar olabilmektedir. Bu durumda kişinin tedavisinde iyileşmeyi zorlaştırıp devamında psikolojik problemlerin yaşanmasına ortam hazırlar (Cadth, 2015). Kadınların ergenlikten menopoz dönemine kadar geçen dönemde depresyonla karşılaşma riski yüksek olduğu bulunmuştur. Menstrüel siklus dönemleri, gebelik, konstaseptif ve hormonal ilaçların vücutta yaptığı etkiler veya hormonal iniş çıkışlar depresyonun başlamasında etki edebilir (Işık ve Taner, 2013). Depresyon her yaşta görülebilen bir bozukluk olarak bilinmesine rağmen, yapılan araştırmalarda 18-44yaş arası kişilerde majör depresyon yüksek risk grubu içerisinde bulunmaktadır. 65 yaş ve üstü kişilerde majördepresyon görülme riski en az düzeydedir (Leahy, 2011).

2.3.5. Klinik Görünüm

Majör depresyon, tanı sınıflandırmada bir sendrom olarak ele alınır ve tanı koymak için bir grup belirtiler sıralanır. Çökkün duygudurum, keyif alamama, ilgisizlik, sıkıntıda hissetme, konsantrasyon güçlüğü, dikkat bozukluğu gibi klinik belirtirler ile kendini gösterir. Depresyon rahatsızlığı olanların düşünce durumunda;

suçluluk, umudunu yitirme, çevresi hakkında olumsuz düşünceler, karar verememe ve intihar düşünceleri olabilir. Ayrıca günlük yaşam aktivitelerinde yeterli enerjiyi hissetmeme, yeme bozukluğu, aşırı kilo alma veya verme ve uyku bozuklukları görülebilir (Anber, Akar ve Altun 2021).

2.3.6. Tedavi

Depresyon tedavisinde genellikle davranışçı, kişiyi destekleyici ve bilişsel psikoterapiler ile psikanalitik yöntemler kullanılmaktadır (Dalgıç, 2019). Depresif kişilerin büyük kısmı birinci basamakta tedavilerini tamamlarken, küçük bir kısmı psikiyatri servislerine sevki yapılır (Cuijpers, Quero, Dowrick andArroll, 2019).

Depresyon tedavisinde temel amaç tüm hastalıklarda olduğu gibi doğru teşhisi koymak ve doğru tedavi yöntemi belirlemektir. Tedavi planlanırken dikkat edilmesi gerekenler; doğru ilaç, doğru doz, doğru uygulama, doğru uygulanma süresidir. Kişide varsa diğer tıbbi bozuklukların düzeltilmesi, tedaviye uyum göstermesi, gerekirse psikoterapi uygulanması, tedaviyeverilen yanıtı ile görülen yan etkileri hakkında kişiyi ve aileyi bilgilendirme ile intihar riskini göz önünde bulundurup değerlendirilmesidir (Kennedy, Lam and Nutt, 2004). Tedavideki temel hedef depresyon belirtilerinin tamamını engellemek olmalıdır. Depresyon en alt seviyede dahi olsa belirtilerin zamanla çoğaldığı unutulmamalıdır (Erten, 2021).

2.3.7. Depresyonun Hemşireler Üzerindeki Etkisi

Sağlık sisteminin işleyişinde büyük öneme sahip hemşirelerin çalışma hayatında yaşadığı problemler, sosyal yaşantısını, işteki verimini ve mental sağlığını büyük ölçüde etkilemektedir. Birçok mesleğe kıyasla sürekli iletişim halini gerektiren hemşirelerde ruhsal ve bedensel sağlık oldukça önemlidir (Kızılırmak ve Demir, 2016). Sağlık çalışanlarının yaşadığı çalışma zorlukları anksiyete, depresyon gibi bozuklukların artmasına yol açtığı bilinmektedir. Kesintisiz hizmet veren meslek grubu hemşirelerde bu bozuklukların oluşma riski daha yüksektir (Muşlu, 2012). Birçok araştırmada depresyonun sağlık personellerinde topluma kıyasla daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Taycan, Kutlu, Çimen ve Aydın, 2006). İnsan hayatına doğrudan etki eden işte çalışmanın etkisi olarak ölüm ile sık karşılaşmaları, yoğun iş

yükü, uzun saatler hizmet verme, rol ve iş tanımındaki belirsizlikler, maaşların tatmin etmemesi gibi durumlar hemşirelerde depresyon görülme sıklığını ve mesleki anlamda tükenmişliğe neden olmaktadır (Akyüz, 2015).

Yoğun stres ile uzun saat çalışmalar sağlıkçılar üzerinde fiziksel ve ruhsal sağlığını bozabilmekle beraber kendine güvensizlik, tütün ve alkol gibi maddelerin tüketiminde artışa ve beraberinde depresyon gelişebilmektedir. Depresyon bozukluğu içinde olan hemşire kendi iç dünyasına kapanarak dış dünyadan kendisini ayırır ve değersizlik duygusu yaşayabilir. Bunun sonucu olarak iş veriminde düşüş, sosyal hayattan izole, önceden severek yaptığı işlerden artık keyif alamama gibi durumlar görülebilir (Kaçan, Karaahmetoğlu ve Öztürk, 2016). Bu sebeple hemşirelerin iş yaşamlarında maruz kaldıkları stresin uzun vadeli yaşanmasına bağlı oluşan depresyonun araştırılması ve incelenmesi gerekmektedir(Yüksel ve Özgür, 2008).

2.3.8. Depresyonun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi

Depresyon kişilerde fiziksel, davranışsal ve düşüncelerde bozulmalara sebebiyet vermekte ve ileri yaşlarda demans insidansı ile kişide intihar düşüncelerini arttırmaktadır. Kişinin motivasyonunda, enerjisinde azalmaya ve olumsuz ruh haline bürünmesine sebep olmaktadır. Depresyon kaynaklı bu ve benzer durumlar kişilerin günlük yaşam aktiviteleri ile sağlıklı yaşam davranışlarında bozulmalara neden olmaktadır. Depresif ruh halindeki kişinin günlük aktivelere karşı olan ilgi, alaka ve memnuniyetini düşürür. Bu duruma paralel sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında bozulmalar meydana gelir (Şimsek, Yümin, Sertel ve Öztürk, 2010).

Toplumların sağlık düzeyinin belirlenmesi sağlıklı kişilerin oranı ile hesaplanır. Bu sebepletoplumdaki bireylerin sağlıklarını olumlu yönde geliştirecek yaşam biçimi davranışları kazanmaları veyakendisi ile çevresindeki insanlara zarar verebilecek olumsuz davranışları ve risk faktörlerinin farkına varıp gerekli önlemleri alabilmelidir. Ergenlik dönemindeki yetersiz fiziksel aktivite, obezite, yanlış yemek alışkanlıkları, depresyon, şiddete maruz kalma, alkol, sigara ve madde bağımlılığı toplumda sık görülen sağlık problemlerin temelini oluşturur (Sümen ve Öncel, 2017). Günümüz modern yaşamda kişinin ruh sağlığını etkilediğini açıklayan birçok teori bulunmaktadır. Bunların başında kötü beslenme, obezite, yetersiz uyku ve yüksek stres düzeyidir. Sürekli strese maruz kalmak vücuttaki kortizol düzeyini artırır ve

hipertansiyon gelişimine hatta kalp krizine yol açabilir. Stres kaynaklıvücutta görülen bu etkilerin depresyon etiyoloji ile yakından ilişkilendirilmektedir (Sarris, O'Neil, Coulson,Schweitzer and Berk, 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın amacı ve tipi

Bu araştırma, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, depresyon düzeylerini ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir araştırma olarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırma Soruları

- Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ne düzeydedir?
- Hemşirelerin depresyon düzeyleri ne düzeydedir?
- Hemşirelerin bazı özellikleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesinde etik kurul onayından sonra 2022 yılı Nisan ve Haziran ayları içerisinde gerçekleştirildi.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde bulunan İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır (N:900). Araştırmanın örneklemi yapılan güç analizi ile 0.05 yanılgı düzeyi, 0.95 güven aralığında ve 0.95 evreni temsil etme yeteneği ile 269 hemşire olarak belirlendi ve 269 hemşirenin katılması ile gerçekleştirildi.

Araştırmaya alınma kriterleri:

- İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesinde Hemşire olarak çalışma,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma,
- Tüm soruları eksizsiz cevaplamış olma.

Araştırmadan dışlanma kriterleri:

- Formlara eksik cevap vermesi

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler, "kişisel Bilgi Formu", "Beck Depresyon Ölçeği" ve "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" ile toplandı.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu: Bu form, literatür bilgileri ışığında (Gençgün ve Köşgeroğlu 2018) araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerini tanımlayabilmek amacıyla oluşturulan bu formda toplam 12 soru yer almaktadır. Kişisel Bilgi Formuna Ek-1 de yer verilmiştir.

3.5.2. Beck Depresyon Ölçeği: Beck Depresyon Ölçeği bireylerde depresyon düzeyini ve şiddetini ölçmek amacı ile 1961 yılında Beck tarafından geliştirilmiştir. Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Hisli tarafından 1989 yılında yapılmıştır. Ölçek 21 maddeden oluşmakta ve dörtlü Likert tipi ölçüm sağlanmaktadır. Her bir madde depresyon şiddetine göre 0-3 aralığında, ölçekten elde edilen toplam puanın 0-63 aralığında olması beklenmektedir. 0-9 puan arası minimal depresyon, 10-16 puan arası hafif depresyon, 17-29 puan arası orta depresyon, 30-63 puan arası ise şiddetli depresyon olarak nitelendirilmiştir. Ölçeğin tutarlılık katsayısı r:94,35 Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0.94 olarak belirlenmiştir (Hisli, 1989)). Bu çalışmada ise r:0,63 iç tutarlılık katsayısı 0,80 Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0.93 olarak bulundu. Beck Depresyon Ölçeğine Ek-2 de yer verildi.

3.5.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II: Bu ölçeğin ilk versiyonu Walker ve arkadaşları tarafından 1987 yılında oluşturulmuştur. İkinci versiyonu ise 1999 yılında yine Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise 2008 yılında Bahar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0.92 dir. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alpha değeri 0.79-0.87 arasında değişmekte olup yüksek güvenirlik derecesine sahiptir. Bu çalışmada ise Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0.94 olarak

bulundu. Ölçek 52 madde ve 6 faktörden oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Ölçek 4‟lü likert şeklinde “hiçbir zaman=1”, “bazen=2”,” sık sık=3”, “düzenli olarak=4” olmak üzere derecelendirilmektedir. Hemşirelerin ölçekten alabilecekleri maksimum puan "208", minimum puan ise "52"’dir. Ölçekten alınan en yüksek puan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olumlu olduğu, en düşük puan ise hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olumsuz olduğunu göstermektedir (Bahar, Beşer, Gordes, Ersin, Kissal., 2008). SYBDÖ II’ye Ek-3 te yer verilmiştir.

3.6. Veri Toplama Yöntemi

Etik kurul onayı ve gerekli izinler alındıktan sonra üniversite hastanesinde görev yapan hemşirelere ‘‘Google Form’’ üzerinden hazırlanmış bağlantı linki gönderildi. Tüm veriler online anket yöntemiyle toplandı.

3.7. İstatistiksel Analiz

Çalışmanın istatistiksel analizleri için IBM SPSS (Statisticsal Package for the Sociel Sciences v.26.0) programı kullanılıştır. Betimleyici analizler için frekans, yüzdelik dağılım, ortalama ve standart sapma değerleri incelendi. Normallik sınaması için uygulanan Kolmogorov- Smirnov normallik analizi sonucunda verilerin normal dağılmadığı belirlenmiştir. İkili grup karşılaştırmaları için Mann Whitney U testi, iki üzeri grup karşılaştırması için Kruskal Wallis H testi uygulandı. Ölçekler ve alt boyutlarının ilişkisini tespit etmek için ise Spearman korelasyon testi kullanıldı. Bulgular %95 güven aralığında $p<0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Biruni Üniversitesinde Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’undan 21.05.2021 tarihinde “Etik Kurul Onayı” alındı (Karar No: 2021/51-17). Araştırmanın yapılacağı İstanbul Tıp Fakültesi Üniversitesi Hastanesi’nden gerekli

izinler alındı (ek- 4).

Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılan tüm katılımcılardan soru formunu doldurmadan önce ‘‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’’ (Ek- 5) okumaları ve doldurmaları istendi. Çalışmada kullanılan ölçekler için araştırmacılardan ölçeklerin kullanımı için izinler alındı (Ek-6)

3.9. Sınırlılıklar

- Bu araştırma İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinde görevli 269 hemşire ile sınırlıdır.
- Çalışmada elde edilen bulgular, Kişisel Bilgi Formu, BDÖ ve SYBDÖ II ile sınırlıdır.
- Bu araştırma, hemşirelerin ölçekleri yanıtladıkları zaman dilimine ait görüşlerini belirlemektedir ve görüşleri zaman içinde değişime uğrayabilir.
- Kesitsel bir araştırma olduğu için bulguları topluma genellenemez.

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve depresyon düzeylerini belirlemek ve arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmada katılımcıların tanıtıcı özellikleri, mesleki özellikleri, sağlık durumları ve sağlık davranışlarına ilişkin bulgular ve "Beck Depresyon Ölçeği" ve "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği-II ile ilişkili bulgulara yer verildi.

Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (N:269)

Cinsiyet	**n**	**(%)**
Kadın	**205**	**76.2**
Erkek	64	23.8
Yaş		
18-25	74	27.5
26-35	**97**	**36.0**
36-45	55	20.5
46 ve üzeri	43	16.0
Medeni Durum		
Evli	128	47.6
Bekar	**141**	**52.4**
Eğitim Düzeyi		
Sağlık Meslek Lisesi	76	28.3
Lisans	**149**	**55.4**
Lisansüstü ve üzeri	44	16.3

Çalışmaya katılan hemşirelerin %76,2'si kadın, %27,5'i 18-25 yaş aralığında, %36,0'ı 26-35 yaş aralığında, %20,5'i 36-45 yaş aralığında ve %16,0'ı 46 yaş ve üzerindedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %47,6'sı evli olduğu, eğitim düzeylerine baktığımızda %28,3'ü sağlık meslek lisesi, %55,4'ü lisans ve %16,3'ü lisansüstü ve üzeri mezunudur.

Tablo 4.2 Hemşirelerin Mesleki Özellikleri (N:269)

Çalıştığınız Birim	**n**	**(%)**
Ameliyathane	26	9,7
Yoğun Bakım	45	16,7
Poliklinik	30	11,2
Servis	**115**	**42,7**
Diğer*	53	19,7
Toplam Çalışma Süresi (Hemşirelik)		
1-5 yıl	**103**	**38,3**
6-15 yıl	76	28,3
16-25 yıl	53	19,7
26 yıldan fazla	37	13,7
Haftalık Ortalama Çalışma Süresi		
40 Saat ve Altı	72	26.8
41-50 Saat	**166**	**61.7**
51 Saatten Fazla	31	11.5
Çalışma Şekli		
Devamlı Gece	3	1.1
Devamlı Gündüz	84	31.2
Nöbet	**101**	**37.6**
Vardiya	81	30.1

* (yönetici ve sorumlu hemşireler)

Çalışmaya katılan hemşirelerin %9,7'sinin ameliyathanede, %16,7'sinin yoğun bakımda, %11,2'sinin poliklinikte, %42,7'sinin serviste ve %19,7'sinin diğer birimlerde çalışmakta olduğu belirlendi. Katılımcıların %38,3'ünün 1-5 yıl, %28,3'ünün 6-15 yıl, %19,7'sinin 16-25 yıl, %13,7'sinin 26 yıldan fazla çalışma deneyimine sahip oldukları, %26,8'inin 40 saat ve altında, %61,7'sinin 41-50 saat arasında, %11,5'inin 51 saatten fazla çalıştığı, %1,1'inin devamlı gece , %31,2'sinin devamlı gündüz, %37,6'sının nöbet tutarak ve %30,1'inin vardiya şeklinde çalışmakta olduğu saptandı.

Tablo 4.3. Hemşirelerin Sağlık Durumları ve Sağlık Davranışları (N:269)

Kronik Hastalık	**n**	**(%)**
Evet	56	20,8
Hayır	**213**	**79,2**
Sigara Kullanımı		
Evet	134	49,8
Hayır	**135**	**50,2**
Alkol Kullanımı		
Evet	72	26,8
Hayır	**197**	**73,2**
Düzenli Sağlık Kontrolü		
Evet	115	42,7
Hayır	**154**	**57,3**

Çalışmaya katılan hemşirelerin sağlık durumları ve sağlık davranışlarını incelediğimizde katılımcıların %20,8'inin kronik bir rahatsızlığı olduğu, %49,8'inin sigara içtiği, %73,2'sinin alkol kullandığı, %42,7'sinin düzenli olarak sağlık kontrolüne gittiği belirlendi.

Tablo 4.4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (N:269)

	Ort.	±SS
Beck Depresyon Ölçeği	13.78	9.33
Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	20.08	3.96
Fiziksel Aktivite Alt Boyutu	15.71	5.01
Beslenme Alt Boyutu	19.63	3.96
Manevi Gelişim Alt Boyutu	24.80	4.77
Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	23.91	4.40
Stres Yönetimi Alt Boyutu	18.11	4.06
SYBDÖ II Toplam Puan	122.26	20.49

Araştırmaya katılan 269 hemşireden BDÖ'e göre depresyon ortalaması 13,78 ±9,33 olarak bulundu. SYBDÖ II' e göre toplam puan ortalaması 122,26 ± 20,49 olarak bulundu. Alt boyutlarının ortalamaları ise sırasıyla; 'Manevi Gelişim' alt boyutu 24,80 ± 4,77, 'Kişilerarası İlişkiler' alt boyutu puan ortalaması 23,91 ± 4,40, 'Sağlık Sorumluluğu' alt boyutu puan ortalaması 20,08 ± 3,96, 'Beslenme' alt boyutu puan ortalaması 19,63 ± 3,96), 'Stres Yönetimi' alt boyutu puan ortalaması 18,11 ± 4,06 ve 'Fiziksel Aktivite' alt boyutu puan ortalaması 15,71 ± 5,01 olarak saptandı.

Tablo 4.5. Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II ve Alt Boyutlarına Ait Normallik Sınaması (N:269)

		Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		İstatistik	df	p	İstatistik	Df	p
SYBÖ II	Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	0.088	269	0.000*	0.988	269	0.021*
	Fiziksel Aktivite Alt Boyutu	0.113	269	0.000*	0.957	269	0.000*
	Beslenme Alt Boyutu	0.077	269	0.001*	0.989	269	0.036*
	Manevi Gelişim Alt Boyutu	0.061	269	0.018*	0.986	269	0.008*
	Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	0.058	269	0.028*	0.987	269	0.019*
	Stres Yönetim Alt Boyutu	0.088	269	0.000*	0.982	269	0.002*
	Toplam	0.073	269	0.001*	0.987	269	0.019*
BDÖ	Toplam	0.118	269	0.000*	0.925	269	0.000*

*p<0.05

Tablo 4.5'te Beck Depresyon Ölçeği, SYBDÖ II ve Alt Boyutlarına ait normal dağılım sınaması sonuçları verildi. Kolmogoroc-Smirnov normallik analizi sonucunda tüm testlerin normal dağılmadığı tespit edilmiş olup testlerin istatistiki sınamasında parametrik olmayan testler kullanıldı.

Tablo 4.6. Katılımcıların Cinsiyetine Göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:269)

		Cinsiyet	n	Sıra Ort.	Sıra Top.	**U**	p
SYBÖ II	Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	Kadın	205	134.63	27599.50	6484.5	0.889
		Erkek	64	136.18	8715.50		
	Fiziksel Aktivite Alt Boyutu	Kadın	205	132.26	27113.00	5998	0.300
		Erkek	64	143.78	9202.00		
	Beslenme Alt Boyutu	Kadın	205	134.20	27510.00	6395	0.761
		Erkek	64	137.58	8805.00		
	Manevi Gelişim Alt Boyutu	Kadın	205	134.91	27656.00	6541	0.972
		Erkek	64	135.30	8659.00		
	Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	Kadın	205	136.16	27913.50	6321.5	0.660
		Erkek	64	131.27	8401.50		
	Stres Yönetimi Alt Boyutu	Kadın	205	132.04	27069.00	5954	0.263
		Erkek	64	144.47	9246.00		
	Toplam	Kadın	205	133.87	27443.50	6328.5	0.670
		Erkek	64	138.62	8871.50		
BDÖ	Toplam	Kadın	205	134.11	27493.50	6378.5	0.738
		Erkek	64	137.84	8821.50		

Katılımcıların Cinsiyetlerine göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:269)

		Medeni Hal	n	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	p
SYBDÖ II	Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	Evli	128	141.19	18072.5	8231.5	0.212
		Bekar	141	129.38	18242.5		
	Fiziksel Aktivite Alt Boyutu	Evli	128	132.96	17019.5	8763.5	0.682
		Bekar	141	136.85	19295.5		
	Beslenme Alt Boyutu	Evli	128	146.52	18754.5	7549.5	0.020*
		Bekar	141	124.54	17560.5		
	Manevi Gelişim Alt Boyutu	Evli	128	140.60	17996.5	8307.5	0.260
		Bekar	141	129.92	18318.5		
	Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	Evli	128	139.61	17870	8434	0.353
		Bekar	141	130.82	18445		
	Stres Yönetimi Alt Boyutu	Evli	128	145.23	18589.5	7714.5	0.039*
		Bekar	141	125.71	17725.5		
	Toplam	Evli	128	142.32	18217.5	8086.5	0.141
		Bekar	141	128.35	18097.5		
BDÖ	Toplam	Evli	128	131.60	16844.5	8588.5	0.494
		Bekar	141	138.09	19470.5		

*p<0.05

Tablo 4.7'de Hemşirelerin medeni durumlarına göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II'nin toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldı. Yapılan karşılaştırmaya göre SYBDÖ II beslenme ve stres yönetimi alt boyutunda anlamlı farklılık bulundu. Buna göre evli hemşirelerin beslenme ve stres yönetimi alt boyut puan ortalaması, bekar hemşirelerin beslenme ve stres yönetimi alt boyut puan ortalamasına göre istatistiksel olarak daha yüksek bulundu. Diğer SYBDÖ II alt boyutlarında ve Beck Depresyon Ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0.05).

Tablo 4.8. Katılımcıların Yaş Grupların Göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:269)

		Yaş Grubu	n	Sıra Ort.	H	p	fark
SYBDÖ II	Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	18-25(1)	74	110,95	9,949	0,019*	1<2,3,4
		26-35(2)	97	142,72			
		36-45(3)	55	147,37			
		46 ve üzeri(4)	43	143,14			
	Fiziksel Aktivite Alt Boyutu	18-25(1)	74	115,84	7,560	0,056	-
		26-35(2)	97	136,05			
		36-45(3)	55	146,26			
		46 ve üzeri(4)	43	151,20			
	Beslenme Alt Boyutu	18-25(1)	74	102,69	22,916	0,000*	1<2,3,4
		26-35(2)	97	138,07			
		36-45(3)	55	145,46			
		46 ve üzeri(4)	43	170,30			
	Manevi Gelişim Alt Boyutu	18-25(1)	74	120,97	5,912	0,116	-
		26-35(2)	97	133,50			
		36-45(3)	55	139,85			
		46 ve üzeri(4)	43	156,33			
	Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	18-25(1)	74	120,74	4,827	0,185	-
		26-35(2)	97	133,89			
		36-45(3)	55	147,71			
		46 ve üzeri(4)	43	145,79			
	Stres Yönetimi Alt Boyutu	18-25(1)	74	104,93	17,261	0,001*	1<2,3,4
		26-35(2)	97	141,85			
		36-45(3)	55	158,65			
		46 ve üzeri(4)	43	141,05			
	Toplam	18-25(1)	74	107,64	14,669	0,002*	1<3,4
		26-35(2)	97	137,94			
		36-45(3)	55	149,19			
		46 ve üzeri(4)	43	157,31			
BDÖ	Toplam	18-25(1)	74	141,01	1,263	0,738	-
		26-35(2)	97	130,29			
		36-45(3)	55	130,39			
		46 ve üzeri(4)	43	141,16			

* $p<0.05$

18-25 yaş grubundaki hemşirelerin SYBDÖ II alt boyutlarından sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi puan ortalamaları diğer yaş gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0.05$). Diğer SYBDÖ II alt boyutlarında ve Beck Depresyon Ölçeğinde anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:269)

		Eğitim Düzeyi	n	Sıra Ort.	H	p	Fark
SYBDÖ II	Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	Sağlık Meslek Lisesi(1)	76	117,35	10.041	0.007*	1<3
		Lisans(2)	149	135,48			
		Lisansüstü ve Üzeri(3)	44	163,88			
	Fiziksel Aktivite Alt Boyutu	Sağlık Meslek Lisesi(1)	76	128,98	2.810	0.245	-
		Lisans(2)	149	132,90			
		Lisansüstü ve Üzeri(3)	44	152,52			
	Beslenme Alt Boyutu	Sağlık Meslek Lisesi(1)	76	115,59	6.859	0.032*	1<2
		Lisans(2)	149	141,23			
		Lisansüstü ve Üzeri(3)	44	147,44			
	Manevi Gelişim Alt Boyutu	Sağlık Meslek Lisesi(1)	76	124,98	4.001	0.135	-
		Lisans(2)	149	134,40			
		Lisansüstü ve Üzeri(3)	44	154,33			
	Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	Sağlık Meslek Lisesi(1)	76	130,16	1.876	0.392	-
		Lisans(2)	149	133,23			
		Lisansüstü ve Üzeri(3)	44	149,34			
	Stres Yönetimi Alt Boyutu	Sağlık Meslek Lisesi(1)	76	129,59	4.989	0.083	-
		Lisans(2)	149	130,72			
		Lisansüstü ve Üzeri(3)	44	158,85			
	Toplam	Sağlık Meslek Lisesi(1)	76	122,07	6.231	0.044*	1<3
		Lisans(2)	149	134,56			
		Lisansüstü ve Üzeri(3)	44	158,82			
BDÖ	Toplam	Sağlık Meslek Lisesi(1)	76	129,37	2.222	0.329	-
		Lisans(2)	149	141,14			
		Lisansüstü ve Üzeri(3)	44	123,93			

*p<0.05

Sağlık Meslek Lisesi mezunu olan hemşirelerin SYBDÖ II'nin sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutu puan ortalamalarının Lisans ve Lisansütü eğitim düzeyi gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi (p<0.05). SYBDÖ II fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası iletişim ve stres yönetimi alt boyutlarında ve Beck Depresyon Ölçeği toplam puanında anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0.05).

Tablo 4.10. Katılımcıların Çalıştıkları Birime Göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:269)

		Çalışılan Birim	n	Sıra Ort.	H	p	Fark
SYBDÖ II	Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	Acil(1)	36	141.06	2.898	0.716	-
		Yoğun Bakım(2)	39	126.46			
		Servis(3)	99	134.73			
		Poliklinik(4)	26	119.44			
		Ameliyathane(5)	23	134.17			
		Diğer(6)	46	147.29			
	Fiziksel Aktivite Alt Boyutu	Acil(1)	36	157.68	7.365	0.195	-
		Yoğun Bakım(2)	39	116.78			
		Servis(3)	99	134.77			
		Poliklinik(4)	26	115.87			
		Ameliyathane(5)	23	135.91			
		Diğer(6)	46	143.54			
	Beslenme Alt Boyutu	Acil(1)	36	151.64	13.407	0.020*	2<6
		Yoğun Bakım(2)	39	108.90			
		Servis(3)	99	126.72			
		Poliklinik(4)	26	130.85			
		Ameliyathane(5)	23	137.02			
		Diğer(6)	46	163.26			
	Manevi Gelişim Alt Boyutu	Acil(1)	36	134.33	4.158	0527	-
		Yoğun Bakım(2)	39	118.24			
		Servis(3)	99	131.18			
		Poliklinik(4)	26	141.92			
		Ameliyathane(5)	23	144.72			
		Diğer(6)	46	149.17			
	Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	Acil(1)	36	135.19	2.483	0.779	-
		Yoğun Bakım(2)	39	131.44			
		Servis(3)	99	127.39			
		Poliklinik(4)	26	142.21			
		Ameliyathane(5)	23	142.15			
		Diğer(6)	46	146.60			
	Stres Yönetimi Alt Boyutu	Acil(1)	36	127.53	1.426	0.921	-
		Yoğun Bakım(2)	39	125.69			
		Servis(3)	99	139.69			
		Poliklinik(4)	26	136.92			
		Ameliyathane(5)	23	132.17			
		Diğer(6)	46	138.97			
	Toplam	Acil(1)	36	143.58	5.559	0.351	-
		Yoğun Bakım(2)	39	115.17			
		Servis(3)	99	131.75			
		Poliklinik(4)	26	133.65			
		Ameliyathane(5)	23	135.13			
		Diğer(6)	46	152.78			
BDÖ	Toplam	Acil(1)	36	139.24	5.258	0.385	-
		Yoğun Bakım(2)	39	156.81			
		Servis(3)	99	128.77			
		Poliklinik(4)	26	117.19			
		Ameliyathane(5)	23	139.46			
		Diğer(6)	46	134.45			

Katılımcıların çalıştıkları birime göre Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Katılımcıların çalıştıkları birime göre SYBDÖ II toplam puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). SYBDÖ II alt boyutlarından sadece beslenme alt boyutunda çalışılan birime göre anlamlı bir farklılık bulundu. Yapılan takip testinde yoğun bakımda çalışan katılımcıların ortalama puanı diğer çalışan (yönetim ve sorumlu hemşireler) katılımcılardan anlamlı olarak daha küçük olarak bulundu ($p<0.05$).

Tablo 4.11. Katılımcıların Haftalık Ortalama Çalışma Sürelerine Göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:269)

		Haftalık ort. Çalışma Süresi	n	Sıra Ort.	H	p	Fark
SYBDÖ II	Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	40 Saat ve Altı(1)	72	145.90	2.101	0.350	-
		41-50 Saat(2)	166	131.96			
		51 Saatten Fazla(3)	31	125.94			
	Fiziksel Aktivite Alt Boyutu	40 Saat ve Altı(1)	72	133.03	2.701	0.259	-
		41-50 Saat(2)	166	139.60			
		51 Saatten Fazla(3)	31	114.94			
	Beslenme Alt Boyutu	40 Saat ve Altı(1)	72	138.49	0.311	0.856	-
		41-50 Saat(2)	166	132.93			
		51 Saatten Fazla(3)	31	138.00			
	Manevi Gelişim Alt Boyutu	40 Saat ve Altı(1)	72	149.78	3.640	0.162	-
		41-50 Saat(2)	166	128.93			
		51 Saatten Fazla(3)	31	133.18			
	Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	40 Saat ve Altı(1)	72	143.35	1.288	0.525	-
		41-50 Saat(2)	166	132.88			
		51 Saatten Fazla(3)	31	126.98			
	Stres Yönetimi Alt Boyutu	40 Saat ve Altı(1)	72	138.19	0.207	0902	-
		41-50 Saat(2)	166	134.32			
		51 Saatten Fazla(3)	31	131.24			
	Toplam	40 Saat ve Altı(1)	72	144.80	1794	0.408	-
		41-50 Saat(2)	166	132.58			
		51 Saatten Fazla(3)	31	125.23			
BDÖ	Toplam	40 Saat ve Altı(1)	72	117.71	6.067	0.048*	1<3
		41-50 Saat(2)	166	138.70			
		51 Saatten Fazla(3)	31	155.35			

*p<0.05

Hemşirelerin haftalık ortalama çalışma süresine göre Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulundu (p<0.05). Yapılan takip testinde 40 saat ve altında çalışan hemşirelerin puan ortalamaları haftada 51 saatten fazla çalışan hemşirelerden anlamlı olarak küçüktür. SYBDÖ II ölçeği toplam puanında ve alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0.05).

Tablo 4.12. Katılımcıların Hemşirelikte Toplam Çalışma Sürelerine Göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:269)

		Toplam Çalışma Süresi	n	Sıra Ort.	H	p	Fark
SYBDÖ II	Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	1-5 yıl(1)	103	122.85	5.148	0.161	-
		6-15 yıl(2)	76	135.94			
		16-25 yıl(3)	53	149.49			
		26 Yıldan Fazla(4)	37	146.12			
	Fiziksel Aktivite Alt Boyutu	1-5 yıl(1)	103	130.30	9.153	0027*	2<4
		6-15 yıl(2)	76	118.77			
		16-25 yıl(3)	53	153.39			
		26 Yıldan Fazla(4)	37	155.08			
	Beslenme Alt Boyutu	1-5 yıl(1)	103	114.60	21.966	0.000*	1<3<4 2<4
		6-15 yıl(2)	76	129.15			
		16-25 yıl(3)	53	152.66			
		26 Yıldan Fazla(4)	37	178.51			
	Manevi Gelişim Alt Boyutu	1-5 yıl(1)	103	121.79	10.002	0.019*	1<3,4
		6-15 yıl(2)	76	128.29			
		16-25 yıl(3)	53	155.31			
		26 Yıldan Fazla(4)	37	156.46			
	Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	1-5 yıl(1)	103	120.48	10.287	0.016*	1<3
		6-15 yıl(2)	76	130.67			
		16-25 yıl(3)	53	159.02			
		26 Yıldan Fazla(4)	37	149.91			
	Stres Yönetimi Alt Boyutu	1-5 yıl(1)	103	117.65	15.425	0.001*	1<3
		6-15 yıl(2)	76	129.82			
		16-25 yıl(3)	53	166.51			
		26 Yıldan Fazla(4)	37	148.81			
	Toplam	1-5 yıl(1)	103	117.07	17.136	0.001*	1<3,4
		6-15 yıl(2)	76	127.30			
		16-25 yıl(3)	53	160.54			
		26 Yıldan Fazla(4)	37	164.16			
BDÖ	Toplam	1-5 yıl(1)	103	141.87	3.228	0.358	-
		6-15 yıl(2)	76	133.30			
		16-25 yıl(3)	53	119.46			
		26 Yıldan Fazla(4)	37	141.62			

*p<0.05

Katılımcıların toplam çalışma sürelerine göre yapılan karşılaştırmada SYBDÖ II'de fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve toplam puanda anlamlı bir farklılık bulundu. Yapılan takip testinde fiziksel aktivite alt boyutunda 6-15 yıldır çalışan hemşirelerin puan ortalamaları 26 yıldan uzun süredir çalışan katılımcılardan anlamlı olarak küçüktür (p<0.05). Yapılan takip testinde

beslenme alt boyutunda 1-5 yıldır çalışan katılımcıların ortalamalar 6-15 yıl çalışan katılımcılardan, 6-15 ve 16-25 yıl çalışan katılımcıların puan ortalamaları 26 yıldan uzun süredir çalışan katılımcılarınkinden anlamlı olarak küçüktür ($p<0.05$). Yapılan karşılaştırmada manevi gelişim alt boyutunda 1-5 yıldır çalışan hemşirelerin puan ortalamaları 16-25 yıl ve 26 yıldan uzun süredir çalışan katılımcılardan anlamlı olarak küçüktür ($p<0.05$). Yapılan karşılaştırmada kişilerarası ilişkiler alt boyutunda 1-5 yıldır çalışan hemşirelerin puan ortalamaları 16-25 yıl çalışan katılımcılardan anlamlı olarak küçüktür ($p<0.05$). Yapılan karşılaştırmada stres yönetimi alt boyutunda 1-5 yıldır çalışan hemşirelerin 16-25 yıldır çalışan katılımcılardan anlamlı olarak küçüktür ($p<0.05$). Yapılan karşılaşmada SYBDÖ II toplam puanında 1-5 yıldır çalışan hemşirelerin puan ortalamaları 16-25 yıl ve 26 yıldan uzun süredir çalışan katılımcılardan anlamlı olarak küçüktür ($p<0.05$). Sağlık sorumluluğu alt boyutu ve Beck Depresyon Ölçeği ile toplam çalışma süresi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.13. Katılımcıların Çalışma Şekline Göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:269)

		Çalışma Şekli	N	Sıra Ort.	H	p	Fark
SYBDÖ II	Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	Devamlı Gündüz	84	142.67	3.794	0.285	-
		Devamlı Gece	3	137.33			
		Vardiya	81	141.73			
		Nöbet	101	123.15			
	Fiziksel Aktivite Alt Boyutu	Devamlı Gündüz	84	135.16	0.727	0.867	-
		Devamlı Gece	3	119.67			
		Vardiya	81	140.19			
		Nöbet	101	131.16			
	Beslenme Alt Boyutu	Devamlı Gündüz	84	147.68	4.164	0.244	-
		Devamlı Gece	3	108.17			
		Vardiya	81	134.86			
		Nöbet	101	125.37			
	Manevi Gelişim Alt Boyutu	Devamlı Gündüz	84	146.67	6.974	0.073	-
		Devamlı Gece	3	122.67			
		Vardiya	81	142.97			
		Nöbet	101	119.27			
	Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	Devamlı Gündüz	84	143.91	2.710	0.439	-
		Devamlı Gece	3	109.50			
		Vardiya	81	137.28			
		Nöbet	101	126.51			
	Stres Yönetimi Alt Boyutu	Devamlı Gündüz	84	140.14	2.822	0.420	-
		Devamlı Gece	3	93.67			
		Vardiya	81	141.20			
		Nöbet	101	126.98			
	Toplam	Devamlı Gündüz	84	145.24	5.704	0.127	-
		Devamlı Gece	3	114.33			
		Vardiya	81	142.58			
		Nöbet	101	121.01			
BDÖ	Toplam	Devamlı Gündüz	84	126.18	5.507	0.138	-
		Devamlı Gece	3	165.17			
		Vardiya	81	126.39			
		Nöbet	101	148.35			

*p<0.05

Hemşirelerin çalışma şekline göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II Ölçeği toplam puanında ve alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0.05).

Tablo 4.14. Katılımcıların Sigara Kullanma Durumlarına Göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:269)

		Sigara Kullanımı	n	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	p
SYBDÖ II	Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	Evet	134	128.85	17266	8221	0.195
		Hayır	135	141.10	19049		
	Fiziksel Aktivite Alt Boyutu	Evet	134	131.31	17596	8551	0.438
		Hayır	135	138.66	18719		
	Beslenme Alt Boyutu	Evet	134	126.65	16970.5	7925.5	0.078
		Hayır	135	143.29	19344.5		
	Manevi Gelişim Alt Boyutu	Evet	134	132.14	17706.5	8661.5	0.547
		Hayır	135	137.84	18608.5		
	Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	Evet	134	129.77	17389.5	8344.5	0.271
		Hayır	135	140.19	18925.5		
	Stres Yönetimi Alt Boyutu	Evet	134	128.87	17269	8224	0.197
		Hayır	135	141.08	19046		
	Toplam	Evet	134	127.12	17034	7989	0.098
		Hayır	135	142.82	19281		
BDÖ	Toplam	Evet	134	140.50	18827.5	8307.5	0.247
		Hayır	135	129.54	17487.5		

Hemşirelerin sigara kullanma durumlarına göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II'nin toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.15. Katılımcıların Alkol Kullanma Durumlarına Göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:269)

		Alkol Kullanımı	n	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	p
SYBDÖ II	Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	Evet	72	131.78	9488	6860	0.680
		Hayır	197	136.18	26827		
	Fiziksel Aktivite Alt Boyutu	Evet	72	13494	9716	7088	0.994
		Hayır	197	135,.02	26599		
	Beslenme Alt Boyutu	Evet	72	126.59	9114.5	6486.5	0.282
		Hayır	197	138.07	27200.5		
	Manevi Gelişim Alt Boyutu	Evet	72	121.85	8773	6145	0.093
		Hayır	197	139.81	27542		
	Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	Evet	72	125.78	9056.5	6428.5	0.239
		Hayır	197	138.37	27258.5		
	Stres Yönetimi Alt Boyutu	Evet	72	127.48	9178.5	6550.5	0.336
		Hayır	197	13775	27136.5		
	Toplam	Evet	72	124.79	8985	6357	0.193
		Hayır	197	138.73	27330		
BDÖ	Toplam	Evet	72	143.61	10340	6472	0.272
		Hayır	197	131.85	25975		

Hemşirelerin alkol kullanma durumlarına göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II'nin toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.16. Katılımcıların Kronik Hastalığı Olma Durumlarına Göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II'nin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:269)

		Kronik Hastalık	n	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	p
SYBDÖ II	Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	Evet	56	121.76	6818.5	5222.5	0.151
		Hayır	213	138.48	29496.5		
	Fiziksel Aktivite Alt Boyutu	Evet	56	130.96	7333.5	5737.5	0.661
		Hayır	213	136.06	28981.5		
	Beslenme Alt Boyutu	Evet	56	143.25	8022	5502	0.371
		Hayır	213	132.83	28293		
	Manevi Gelişim Alt Boyutu	Evet	56	135.21	7571.5	5952	0.982
		Hayır	213	134.95	28743.5		
	Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	Evet	56	134.62	7538.5	5942.5	0.967
		Hayır	213	135.10	28776.5		
	Stres Yönetimi Alt Boyutu	Evet	56	134.39	7526	5930	0.947
		Hayır	213	135.16	28789		
	Toplam	Evet	56	132.79	7436	5840	0.811
		Hayır	213	135.58	28879		
BDÖ	Toplam	Evet	56	149.14	8352	5172	0.126
		Hayır	213	131.28	27963		

Hemşirelerin kronik hastalığı olma durumlarına göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II'nin toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.17. Katılımcıların Düzenli Olarak Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumlarına Göre Beck Depresyon Ölçeği ve SYBDÖ II ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:269)

		Düzenli Sağlık Kontrolü	n	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	p
SYBDÖ II	Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	Evet	115	159.20	18308.5	6071.5	0.000*
		Hayır	154	116.93	18006.5		
	Fiziksel Aktivite Alt Boyutu	Evet	115	153.37	17637.5	6742.5	0001*
		Hayır	154	121.28	18677.5		
	Beslenme Alt Boyutu	Evet	115	155.01	17826	6554	0.000*
		Hayır	154	120.06	18489		
	Manevi Gelişim Alt Boyutu	Evet	115	163.13	18760.5	5619.5	0.000*
		Hayır	154	113.99	17554.5		
	Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	Evet	115	156.46	17993	6387	0.000*
		Hayır	154	118.97	18322		
	Stres Yönetimi Alt Boyutu	Evet	115	159.40	18331	6049	0.000*
		Hayır	154	116.78	17984		
	Toplam	Evet	115	164.41	18907	5473	0.000*
		Hayır	154	113.04	17408		
BDÖ	Toplam	Evet	115	112.77	12969	6299	0.000*
		Hayır	154	151.60	23346		

*p<0.05

Düzenli sağlık kontrolüne giden katılımcıların gitmeyenlere göre SYBDÖ II toplam puan ortalaması ve tüm alt boyut puan ortalamaları yüksek, istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında düzenli olarak sağlık kontrolüne gitmeyen hemşirelerin gidenlere göre ortalama puanı daha yüksek, istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0.05).

Tablo 4.18. Hemşirelerin Toplam Beck Depresyon Ölçeği Puanı ile SYBDÖ II Toplam ve Alt Boyutlarının Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

		SYBDÖ 2 Toplam Puan	Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	Fiziksel Aktivite Alt Boyutu	Beslenme Alt Boyutu	Manevi Gelişim Alt Boyutu	Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	Stres Yönetimi Alt Boyutu
BDÖ	r	-.594	-.474	-.321	-.233	-.653	-.553	-.473
	p	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*

Yapılan spearman korelasyon testine göre hemşirelerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması ile SYBDÖ II toplam puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı negatif korelasyon bulundu ($p<0.05$). Beck Depresyon Ölçeği ile SYBDÖ II toplam puan, manevi gelişim alt boyutu ve kişilerarası ilişkiler alt boyutu arasında negatif güçlü korelasyon bulundu (r_s =-.594, r_s =-.653, r_s =-.553). Beck Depresyon Ölçeği ile sağlık sorumluluğu alt boyutu, fiziksel aktivite alt boyutu, beslenme alt boyutu ve stres yönetimi alt boyutu arasında negatif orta düzeyde korelasyon bulundu (r_s = -.474, r_s = -.2321, r_s = -.233, r_s = -.473).

5. TARTIŞMA SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve depresyon düzeylerini belirlemek ve arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın bu bölümünde elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin verdikleri yanıtlardan elde edilen sonuçlara göre; hemşirelerin depresyon toplam puan ortalamasının 13.78 ± 9.33 olarak belirlendiği ve hafif depresyon düzeyinde olduğu söylenebilir. Genç ve arkadaşları tarafından bir devlet hastanesinde görev yapan hemşirelerle yapılan çalışmada BDÖ toplam puan ortalaması 11.87±7.50, Yazıcı ve arkadaşlarının acilde çalışan hemşireler ile yaptığı çalışmada BDÖ toplam puan ortalaması 10.84±8,33 olarak belirlenmiştir (Genç, Pirinçci, Özbey, Özdemir, Deveci ve ark., 2022; Yazıcı, Kahraman ve Karabulut, 2022). Softa ve ark. (2016) Kastamonu'da devlet hastanesinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada hemşirelerin depresyon puan ortalaması 28.45±8.19 orta düzey olarak belirlenmiştir. Mutlu ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada ise birinci basamakta çalışan hemşireler için sıra ile 52.1±7.0 ve hastanede çalışan hemşireler için 37.1±7.0 olarak bulmuşlardır (Mutlu vd. 2012). Tüm sağlık çalışanlarında olduğu gibi hemşirelerde de depresyon gelişme riskinin yüksek olduğu bilinmektedir. Çalışma sonuçlarına göre bu araştırmada hemşirelerin depresyon düzeyleri diğer çalışmalardan daha düşük olsa da literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu durumun sağlık çalışanlarının çalışma koşullarından kaynaklandığı, yoğun iş yükü, mesleki stresler, ağır ve ölümcül hastalara bakım vermenin depresyona yol açtığı düşünülebilir.

Araştırmada hemşirelerin cinsiyet ve depresyon düzeyleri arasındaki anlamlı bir farklılık bulunmadı. Zengin ve Gümüş (2019) ve Çifçi'nin (2010) hemşireler ile yaptığı çalışmada hemşirelerin cinsiyetleri ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışmaların sonuçları verilerimizi destekler nitelikte olmasına karşın farklı çalışmalarda vardır. Softa ve arkadaşlarının Kastamonu'da

devlet hastanesinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada hemşirelerin cinsiyet ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, özelikle kadın olmanın anksiyete ve depresif belirti düzeyini artırdığı, kadınların depresyon düzeyinin, erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Softa, Karaahmetoğlu, Erdoğan ve Yavuz, 2016). Çalışmalardan elde edilen bulguların farklılık göstermesinde depresif belirtilerin ortaya çıkmasında, cinsiyetten bağımsız kişisel özelliklerin, hastanelerin çalışma koşullarının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada hemşirelerin medeni durumlarına göre Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. Araştırma sonuçları, Günüşen ve Üstün'ün (2008) üniversite hastanesinde çalışan hemşireler ile yaptığı çalışma, Zengin ve Gümüş'ün (2019) Hemşirelerde depresif belirtiler çalışması ile benzerlik göstermektedir. Ortaya çıkan bulgular birbirini destekler niteliktedir. Hemşirelerin medeni durumlarının depresyon düzeyleri üzerinde etkisi olmadığının belirlendiği çalışma sonuçlarını desteklemeyen çalışmalarda vardır. Altıntoprak ve ark. (2008) ve Özgür (2008) medeni durum ile anksiyete ve depresif belirti düzeyleri arasında anlamlı farklılık olduğunu, bekar hemşirelerin evlilere göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir.

Araştırmada kronik hastalık ve BDÖ arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Yapılan literatür araştırmasında Softa ve ark. (2016) ve Tarı (2022) yaptıkları çalışmalarda hemşirelerin kronik hastalığı olma durumlarına göre depresyon düzeyleri arasında anlamlı sonuç bulunmamıştır. Bu sonuçlara bağlı olarak hemşirelerin çoğunluğunda kronik hastalık olmaması, genç olmaları etkili olmuş olabilir. Aynı zamanda hemşirelerin kendilerini kronik hastalıklardan koruma konusunda daha bilinçli olduğu düşünülebilir.

Araştırmada sigara ve alkol kullanımı ile BDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. Katılımcıların yarısına yakınının (%49.8) sigara kullandığı, alkol kullanma durumunun daha düşük olduğu (%26.8) belirlendi. Araştırmaya paralel olarak Biçer (2022) depresyon düzeyleri çalışmasında katılımcıların sigara kullanan (%23.3) ve alkol kullanan (%4.1)

hemşireler ile kullanmayanların depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmadığı belirtilmiştir. Araştırmanın aksine Özçoban (2021) ve Sezgin'in (2019) yaptıkları çalışmalarda alkol ve sigara tüketen hemşirelerde depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Literatürde, depresyonun, nikotin bağımlılığı için bir risk etkeni olduğu, sigara bağımlılarında depresyon geçirme olasılığının sigara bağımlısı olmayanlara göre iki kat fazla olduğu ifade edilmektedir (Yargıç ve Baykan 2013). Belirlenen sonuçlara göre hemşirelerin sigara ve alkol tüketiminin beraberinde getirdiği sağlık problemlerinin bilincinde olmalarından dolayı daha dikkatli davranıldığı düşünülmektedir. Bu durumlar göz önüne alındığında sigara ve alkol kullanımına yönelik önlemlerin arttırılması, hemşirelere tütün ve alkol tüketimini engelleyecek daha kapsamlı eğitim verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmada hemşirelerin sağlık kontrolü ve BDÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulundu. Düzenli sağlık kontrolü yapan hemşirelerin yapmayanlara göre depresyon düzeyinin daha düşük olduğu saptandı. Literatür de araştırma sonuçları ile paralellik gösteren çalışmalar vardır(Taycan ve ark., 2006; Özkan ve Yılmaz, 2008; Kasapoğlu, 2015; Gençgün ve Köşgeroğlu, 2018;). Yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar çıkmasının sebebi sağlık çalışanlarının düzenli kontrollerini yaptırmasının sağlık üzerinde ne kadar etkili olduğunu daha iyi bilmesinden ve buna bağlı oluşabilecek depresif ruh halinin sonuçlarını, hastalar üzerinde gözlemleyebilmelerinden kaynaklanmış olabilir. Aynı zamanda sağlık kontrolü yaptırdığı zaman kendisini daha güvende hissetmesini ve bu güvenin de depresyonun önüne geçmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmada hemşirelerde, yaş ve BDÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Softa ve ark. (2016) ile Tarı'nın (2022) yaptığı çalışmalarda araştırma sonuçlarına paralel yaş ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu araştırmaların aksine Genç ve arkadaşlarının (2022) Muğla'da devlet hastanesinde yaptığı çalışmada hemşirelerin yaşı arttıkça depresyon puanlarının anlamlı bir biçimde arttığı saptanmıştır.

Araştırmada hemşirelerin eğitim düzeyi ile BDÖ toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklılaşmadığı sonucuna ulaşıldı. Literatürde hemşireler ile

yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde Akyüz'ün (2015) ve Zengin ve Gümüş (2019) depresyon ve eğitim düzeyi arasında anlamlı sonuç bulunmamıştır. Bu araştırmaların sonuçları doğrultusunda eğitim düzeyi ile birlikte hemşirelerin çalışma ortamında maruz kaldıkları sorunlar ile daha etkili mücadele yolları geliştirmelerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmada hemşirelerin çalışma birimi ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Uz ve Kitiş (2017) hastanede çalışan hemşireler ile yaptığı çalışmada hemşirelerin çalışma birimi ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiye bakılmış ve anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatür taramasında farklı çalışmalarada rastlanmıştır. Kızılırmak ve Satır (2016) servis hemşiresi olarak görev yapan ve yoğun bakımda çalışan hemşirelerin BDÖ puan ortalamasını, sorumlu ve ameliyathanede çalışan hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksek olarak belirlemiştir. Ortaya çıkan sonuçlar birbirini destekler niteliktedir. Çalışılan birimin hemşirelerin depresyon düzeyleri üzerinde etkisinin olmadığını düşündürmektedir.

Araştırmada hemşirelerin toplam çalışma süresi ve BDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakılmış ve anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Tarı (2022) yaptığı çalışmada cerrahi kliniklerde toplam çalışma sürelerine (yıl) göre depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmadığını belirlemiştir. Bu sonucun görülmesinde, çeşitli mesleki kıdem düzeylerinin hemşirelik mesleğinde olmaması, tüm hemşirelerin eşit kıdemde çalışmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Araştırmanın aksine Genç ve arkadaşlarının 2022 yılında Muğla'da devlet hastanesinde yaptığı çalışmada hemşirelerin toplam çalışma süresi ve depresyon düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Toplam çalışma süresi arttıkça depresyon düzeyleri de artmaktadır.

Araştırmada hemşirelerin haftalık ortalama çalışma süresi ve depresyon düzeyleri arasındaki anlamlı bir fark bulundu ve hemşirelerin haftalık çalışma saati arttıkça depresyon düzeylerinin arttığı görüldü. Kebapçı ve Akyolcu (2011) yaptığı çalışmada hemşirelerin depresyon düzeylerinde haftalık mesai süreleri arttıkça anlamlı derecede artış olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar, sık nöbet veya çalışma saatlerine ek çalışmak zorunda bırakılan hemşirelerin yeterince dinlenememe, uykusuzluk, kültürel

ve sosyal yaşamlarının kısıtlı olmasına bağlı olarak yaşanan psikolojik ve fiziksel yorgunluğun depresyon gelişimine neden olduğunu düşündürmektedir. Genç ve arkadaşlarının (2022) devlet hastanesinde yaptığı çalışmada hemşirelerin haftalık ortalama çalışma süresi ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırmada hemşirelerin çalışma şekline göre BDÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Literatür çalışması araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Gençgün, 2018; Şehitoğlu, 2022; Tarı, 2022; Genç ve ark., 2022). Hemşirelik mesleği 7/24 kesintisiz hizmet vermeyi gerektirmektedir. Hemşirelerin gece ve gündüz nöbet tutuyor olmalarından kaynaklı geriye kalan zamanlarını ve günlük yaşam rutinlerini kendilerine göre ayarlayabildikleri zaman fiziksel ve ruhsal yönden olumsuz yönde etkilemediği, hemşirelerde görülen depresif sorunların çalışma şekillerinden çok aşırı iş yükleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

SYBDÖ II'den alınabilecek en yüksek puan 208'dir. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin SYBDÖ'ne ait toplam puan ortalaması orta düzeyde, 122.26 ±20.49 olarak belirlenmiştir. Yapılan çalışmalara bakıldığında Özkan ve Yılmaz (2008) çalışan hemşirelerin SYBDÖ puan ortalaması 125.96 ± 16.99, Yalçınkaya ve ark. (2007) devlet ve üniversite hastanesinde görev alan hemşirelerin SYBDÖ puan ortalaması 121.85 ± 18.05, Yiğitalp (2019) hemşireler ve ebeler ile yaptığı çalışmada SYBDÖ puan ortalaması 131.58 ± 24.67 olarak bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen bulgular literatür sonuçları ile paralellik göstermektedir. Bilgiler ışığında hemşirelerin SYBDÖ sonucunun orta düzeyde olduğu söylenebilir. Türkiye'de çalışan hemşirelerin iş yükünün fazla olması, uzun ve düzensiz çalışma saatlerine bağlı yetersiz ve dengesiz beslenme, uykusuzluk, sırt, bel ve boyun ağrıları gibi nedenlerden olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmadaki SYBDÖII alt boyut puan ortalaması sırasıyla manevi gelişim 24.80 ± 4.77, kişilerarası ilişkiler 23.91 ± 4.40, sağlık sorumluluğu 20.08 ± 3.96, beslenme 19.63 ± 3.96, stres yönetimi 18.11 ± 4.06 ve fiziksel aktivite 15.71 ± 5.01 olarak belirlenmiştir. Sonuçlar literatür sonuçları ile paralellik göstermektedir

(Yalçınkaya ve ark, 2007; Özkan ve Yılmaz, 2008; Özyazıcıoğlu, Kılıç, Erdem, Yavuz ve Afacan, 2011). Bulgular sonucu fiziksel aktivitenin düşük çıkmasının sebepleri arasında iş yoğunluğu, çalışan bireylerde spor alışkanlığının düşük olduğu, halka açık spor tesislerinin yetersizliği düşünülmektedir. Manevi gelişim ortalamasının yüksek olmasında toplumun dini inancının ve kültürel yapısının etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada hemşirelerin cinsiyetlerine göre SYBDÖ II toplam puan ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Şimşekoğlu ve Mayda (2016) ve Gençgül (2018) yaptıkları çalışmada cinsiyet ile SYBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Cinsiyet fark etmeksizin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bunun etkilerinin bilincinde olunması herkes için önemli olup yapılan çalışmalar bu araştırmayı desteklemektedir.

Araştırmada hemşirelerin medeni durumlarına göre SYBDÖ II beslenme ve stres yönetimi alt boyutunda anlamlı sonuç bulunurken diğer alt sonuçlarında anlamlı sonuç bulunmadı. Yapılan literatür araştırmasında; On'un (2016) çalışmasında hemşirelerin beslenme alt boyutu puan ortalaması ile medeni durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Evli hemşirelerin beslenme puanı bekarlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yalçınkaya ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada medeni durum ve sağlıklı yaşam biçimi davranış tüm alt ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş. Araştırmamız sonucunda evli hemşirelerin bekar hemşirelere göre yaşamlarını daha planlı şekilde yürüttüğü, stres yönetiminde daha başarılı, beslenme ve öğün düzenine daha fazla dikkat ettiği düşünülebilir.

Araştırmada kronik hastalık ile SYBDÖ II puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Emeksiz (2018) ve Özbek'in (2019) hemşireler ile yaptığı kronik hastalık ve SYBDÖ çalışmaları ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçlara bağlı olarak hemşirelerin çoğunluğunda kronik hastalık olmaması, genç olmaları etkili olmuş olabilir. Aynı zamanda hemşirelerin kendilerini kronik hastalıklardan koruma konusunda daha bilinçli olduğu düşünülebilir.

Araştırmada sigara ve alkol kullanımının SYBDÖII puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi bulunmadı. Araştırmamıza uyumlu olarak Biçer'in (2022) ve Demirtaş'ın (2018) yaptığı çalışmalarda çalışan hemşirelerde SYBDÖ ile alkol ve sigara kullanımının anlamlı ilişkisi bulunmamıştır. Belirlenen sonuçlara göre hemşirelerin sigara ve alkol tüketiminin beraberinde getirdiği sağlık problemlerinin bilincinde olmalarından dolayı daha dikkatli davranıldığı düşünülmektedir. Bu durumlar göz önüne alındığında sigara ve alkol kullanımına yönelik olumlu baş etme ve sağlıklı yaşama yönelik davranışlara yönlendirilmesinin, önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada hemşirelerin sağlık kontrolü ve SYBDÖ II tüm alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulundu. Buna göre düzenli sağlık kontrolü yapan hemşirelerin yapmayanlara göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivitesi, beslenmesi, manevi gelişimi, kişilerarası ilişkileri ve stres yönetimi daha yüksek bulundu. Literatür çalışmasında karşılaılan sonuçlar araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir. (Taycan ve ark., 2006; Özkan ve Yılmaz, 2008; Kasapoğlu, 2015; Gençgün ve Köşgeroğlu, 2018;). Yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar çıkmasının sebebi sağlık çalışanlarının düzenli kontrollerinin yaptırmasının sağlık üzerinde ne kadar etkili olduğunu daha iyi bilmesinden ve oluşabilecek hastalıkların sonuçlarını hastalar üzerinde gözlemleyebilmelerinden kaynaklanması olabilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş gruplarına göre SYBDÖ II ve alt ölçekleri puan ortalamalarında sağlık sorumluluğu, beslenme, stres ve ölçek toplam puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Özkan ve Yılmaz'ın (2008) bir hastanede çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada 25 yaş üzeri grupta stres yönetimi puan ortalaması diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Yalçınkaya ve arkadaşlarının (2007) sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada 40 yaş ve üzeri grubun beslenme alt boyut puanının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yaş arttıkça gelen deneyimin ve yaşam düzeninin oluşmasıyla birlikte stresle başa çıkabilme ve stres yönetiminin arttığını gösterebilir. Ayrıca yaş ile beraber SYBDÖ toplam puan ortalamasının artmasında hemşirelerin yaş ve deneyiminin artmasıyla sağlık alanında daha fazla bilgi sahibi olmalarına, daha dengeli

ve düzenli bir yaşam tarzı benimsemelerinde etkili olabilir. Artan yaş ile ortaya çıkabilecek sağlık problemlerine ve bu durum sonucunda yaşanabilecek kayıpların önüne geçebilmek amacıyla sağlıklarına daha fazla önem vermelerine ve dikkat etmelerine sebebiyet verebildiği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim düzeyi ile SYBDÖ II alt grupların puan ortalamaları incelendiğinde yüksek lisans mezunlarının sağlık sorumluluğu ve SYBDÖ toplam puanı ile lisans mezunlarının beslenme puan ortalaması sağlık meslek lisesi mezunları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Yapılan çalışmalarda elde edilen sonuçlar araştırma sonuçlar ile paralellik göstermektedir (Demir, 2006; Yalçınkaya ve ark. 2007; Cürcanı, Tan ve Küçükoğlu, 2011; Uncu ve Üstündağ 2018). Bu sonuçlar ışığında eğitim düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının paralel ilerlediği düşünülebilir. Eğitim seviyesi arttıkça sağlık konusunda daha fazla bilgi sahibi olan hemşirelerin bu bilgilerini sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına daha çok yansıttığı söylenebilir.

Araştırmada hemşirelerin çalışma birimi ve SYBDÖ II arasındaki ilişkiye bakılmış ve yalnızca beslenme alt boyutu ile arasında anlamlı bir ilişki bulunup diğer alt boyutlarında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Yoğun bakımda çalışan katılımcıların ortalama beslenme puanı demografik formda belirtilmeyen birimlerde (diğer) çalışan katılımcılardan anlamlı olarak daha küçüktür. Araştırma sonuçlarına paralel olarak Özkan ve Yılmaz (2008) ile Meşeli (2020) hastanede çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada hemşirelerin çalışma birimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hemşirelerin çalıştıkları birimleri kendilerinin seçebilmesi ve birimlerden memnun olmaları sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını arttırdığı düşünülmektedir.

Araştırmada hemşirelerin toplam çalışma süresi ile SYBDÖII arasındaki ilişkiye bakıldı ve fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları ve toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Literatür incelendiğinde; On'un (2016) çalışma süresi 11 yıl ve daha fazla olan hemşirelerin SYBDÖ toplam puan ortalaması çalışma süresi 1-5 yıl ve 6-10 yıl aralığında olan hemşirelerden daha fazla olduğu saptanmıştır. Yalçınkaya ve ark.

(2007) sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmalarında, 20 yıl ve üzerinde çalışanların fiziksel aktivite ve beslenme puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçların çalışan hemşirelerin yıllar geçtikçe daha fazla deneyim sahibi olmaları, daha düzenli bir hayat sürdürmeleri ve yaş arttıkça ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarının önüne geçebilmek için sağlıklarına daha fazla önem vermeleri gibi sebeplere bağlanabilir.

Araştırmada hemşirelerin haftalık ortalama çalışma süresi ve SYBDÖ II puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldı ve hiçbir alt boyutuyla arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Yapılan literatür incelemesinde (Özkan ve Yılmaz, 2006; Kılıç, 2012) bu araştırma ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. Emeksiz'in (2018) yaptığı çalışmada ise haftalık çalışma süresi arttıkça yalnızca sağlık sorumluluğu puanının arttığı görülmektedir. Elde edilen bulgular ışığında haftalık çalışma süresinin kısa bir süreç olmasından kaynaklı sağlığı genel anlamda etkilemediği düşünülebilir. Sağlıklı yaşam biçiminin değişebilmesi için uzun vade gerekiyor olabilir.

Araştırmada hemşirelerin çalışma şekline göre SYBDÖ II toplam puanında ve alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Literatür incelendiğinde araştırma bulguları ile paralel bulgular vardır. (Gençgün, 2018; Şehitoğlu, 2022; Tarı, 2022; Genç ve ark., 2022). Hemşirelerin gece ve gündüz nöbet tutuyor olmalarından kaynaklı geriye kalan zamanlarını ve günlük yaşam rutinlerini kendilerine göre ayarlayabildikleri zaman sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumsuz yönde etkilemediği, hemşirelerde görülen sorunların çalışma şekillerinden çok aşırı iş yükleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada hemşirelerin Beck Depresyon Ölçeği puanı ile SYBDÖ II toplam puanı ve alt boyutları ile anlamlı negatif korelasyon bulundu. Manevi gelişim alt boyutu ve kişilerarası ilişkiler alt boyutu arasında negatif güçlü korelasyon ile sağlık sorumluluğu alt boyutu, fiziksel aktivite alt boyutu, beslenme alt boyutu ve stres yönetimi alt boyutu arasında negatif orta düzey korelasyon bulundu. Araştırma sonuçları ile paralel Karakuşlu'nun (2022) yaptığı çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiye bakılmış ve negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça depresyon

belirtilerinin de azaldığı görülmektedir. Sağlıklı yaşamın daha düzenli bir hayat sunması ve böylelikle sağlıklı yaşamla birlikte gelen pozitif yan etkilerin depresyon düzeyini düşürdüğü görülmektedir.

5.1. Sonuç ve Öneriler

Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir;

- Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sağlığın geliştirmesiyle ilgili sağlık davranışlarının genel olarak orta düzeyde, depresyon düzeylerinin ise hafif düzeyde olduğu saptanmıştır
- Hemşirelerin depresyon düzeyleri ve SYBDÖ II'nin toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.
- Hemşirelerin SYBDÖ II alt boyutlarından en yüksek puanı manevi gelişim, en düşük puanı fiziksel aktivite alt boyutlarından aldığı,
- Hemşirelerin toplam çalışma süreleri ile SYBDÖ II'nin fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puanları ve toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu, çalışma süreleri arttıkça, toplam ve alt boyut puanlarının daha düşük olduğu,
- Evli hemşirelerin, bekar hemşirelere göre beslenme ve stres yönetimi alt boyutlarından daha yüksek puan aldığı,
- Hemşirelerin yaşları ve eğitim düzeyleri arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının daha yüksek olduğu,
- Hemşirelerin cinsiyetleri, medeni durumu, kronik hastalığı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, yaş grupları, eğitim düzeyleri, toplam çalışma süreleri ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı,
- Sağlık kontrolü yaptıran hemşirelerin, yaptırmayanlara göre sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarının daha iyi olduğu,
- Düzenli olarak sağlık kontrolüne gitmeyen hemşirelerin gidenlere göre

depresyon ortalama puanının daha yüksek olduğu,

- Hemşirelerin çalıştıkları birim ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı,
- Hemşirelerin haftalık çalışma süreleri ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve haftalık çalışma saatleri arttıkça depresyon düzeylerinin de arttığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin daha düşük puan aldıkları (egzersiz, beslenme ve stres yönetimi) alanlara ağırlık verilerek, bu alanlarda hizmet içi eğitimlerin yapılması,
- Hemşirelerin sağlık kontrollerinin düzenli olarak yapılmasının sağlanması,
- Çalışan sayısı arttırılarak haftalık/aylık nöbet sayısının azaltılması,
- Sağlıklı yaşam ve depresyon konulu eğitimlerin verilmesi önerilebilir.
- Gelecekte daha geniş örneklemlerle yapılacak çalışmaların daha etkili sonuçlar ortaya koyabileceği düşünülmektedir.

6. KAYNAKLAR

Açıksöz, S., Uzun, Ş., & Arslan, F. (2013), Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlık Durumları Algılar ile Sağlığı Geliştirme Davranışları Arasındaki İlişki. *Gülhane Tıp Dergisi*, *55*(3), 181.

Aksoy, T., & Hülya, Uçar. (2014), Hemşirelik Öğrencilerinin Biçimi Davranışları, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *1*(2), 53-67.

Aktaş, C., & Kızıltan, G. (2022), Sağlık Okuryazarlığı. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-Büsbid*, *7*(2).

Aktaş, N., & Özdoğan, Y. (2016), Gıda Ve Beslenme Okuryazarlığı. *Harran Tarım ve Gıda Bilimleri Dergisi*, *20*(2), 146-153.

Akyüz, İ. (2015), Hemşirelerin Tükenmişlik ve Depresyon Düzeylerinin Çalışma Koşulları ve Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, *3*(1), 21-34.

Alpözgen, A. Z., & Özdinçler, A. R. (2016), Fiziksel Aktivite ve Koruyucu Etkileri: Derleme. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, *3*(1), 66-72.

Anber, T., Akar, T., & Altun, F. (2021), Depresyon ve Toplum Ruh Sağlığı. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, *2*(2), 28-32.

Arı, A. G., & Arslan, K. (2020), Fen Bilimleri Öğretmenlerinin Genel Beslenme Alışkanlıkları. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (47), 393-415.

Arslantaşı, H. (2011), Yalnızlık, Depresyon, Sosyal Destek ve Etki Eden Faktörler, *Türk Geriatri Dergisi*, *14*(2), 135-144.

Avcı, Y. D. (2016), Kişisel Sağlık Sorumluluğu. *Taf Koruyucu Hekimlik Bülteni*, *15*(3).

Aydın, N. (2019), Sağlığın Teşviki Ve Geliştirilmesi. *Karadeniz Sağlık Bilimleri Dergisi*, *2*(1), 21-29.

Bahar, Z., Beser, A., Gordes, N., Ersin, F., & Kissal, A. (2008), Sağlıklı Yasam Bicimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Cumhuriyet Universitesi Hemsirelik Yuksekokulu Dergisi*, *12*(1), 1-13.

Betül, Uncu., & Üstündağ, H. (2018), Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, *5*(3), 306-315.

Biçer, E.A. (2022), Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Arel Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül Güneş).

Bostan, N. (2013), Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler, Yükseklisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. Ayşe Beşer).

Bostancı Daştan, N., & Buzlu, S. (2010), Meme KanseriHastalarında Maneviyatın Etkileri ve Manevi Bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:3,Sayı:1.

Bostancı Daştan, N., & Buzlu, S. (2010), Meme KanseriHastalarında Maneviyatın Etkileri ve Manevi Bakım.

Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E., & Bozdemir, N. (2012), Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. *Türk Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Dergisi*, *6*(1).

Boztilki, M., & Ardıç, E. (2017), Maneviyat ve sağlık. *Hemşirelikte Akademik Araştırma Dergisi*, *3*(1),39-45.

Cerit, B., & Öz, F. (2019), Hemşirelerin Duygusal Zekâ Düzeyleri ile İletişim Becerileri Arasındaki İlişki, Kastamonu Sağlık Akademisi, *4*(1), 1-21.

Chochinov, H. M. (2006), Dying, Dignity, And New Horizons İn Palliative End- Of-Life Care, *Ca: A Cancer Journal For Clinicians*, *56*(2), 84-103.

Cihangiroğlu, Z., & Deveci, S. E. (2011), Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler, *Fırat Tıp Dergisi*, *16*(2), 78-83.

Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C., & Arroll, B. (2019), Psychological Treatment Of Depression in Primary Care: Recent Developments, *Current Psychiatry Reports*, *21*(12), 1-10.

Cürcani, M., Tan, M., & Küçükoğlu, S. (2011), Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14*(1).

Çalık, K. Y., Aktaş, S., Bulut, H. K., & Anahar, E. Ö. (2015), Vardiyalı ve Nöbet Sistemi Şeklindeki Çalışma Düzeninin Hemşireler Üzerine Etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2*(1), 33-45.

Çelik, F. H., & Hocaoğlu, Ç. (2016), Major Depresif Bozukluk'tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi, 6*(1), 51-66.

Çulcu, H.A. (2021), Kronik Hastalıkların Sağlığı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Olan Etkisinin Değerlendirilmesi.

Dalgıç, S. (2019), Annelerin Problem Çözme Becerileri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yükseklisans Tezi, İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul (Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Aylin Sözer Çapan).

Demirtaş, S.A. (2018), Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Trabzon, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nilgün Ulutaşdemir).

Doğan, T., & Sapmaz, F. (2012), Kişiler Arası İlişki Tarzları ve Öznel İyi Oluş. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, 10*(3), 585-602.

Duran Ü, Öğüt S, Asgarpour H, Kunter D. (2018), Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3): 138-147.

Duran, Ö., & Sümer, H. (2014), Ebelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17*(1), 40-49.

Emeksiz, B. (2018), Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Okan Ünversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Nedime Kösgeroğlu).

Erişen, M., & Sivrikaya, S. K. (2017), Manevi Bakım ve Hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6*(3), 184-190.

Erten, E. (2021), İkiuçlu Depresyonun Akut ve İdame Tedavisi. Nöropsikiyatri/Noopsikiatri Arşivi, 58.

Esin, M. N., & Aktaş, E. (2012), Çalışanların Sağlık Davranışları ve Etkileyen Faktörler: Sistematik İnceleme. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, *20*(2), 166-176.

Ezgi, Genç., Pirinçci, E., Özbey, S., Özdemir, S., Demir,A., Deveci, S., & Oğuzöncül, A. (2022), Bir Devlet Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Depresyon Durumlarının Değerlendirilmesi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*, *9*(2), 91-96.

Gençgün, F. (2018), Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, *Ankara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 9(3) 18-19.

Gunusen, N. Ustun, B. (2008), Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Atatürk üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, *11*(4), 48-58.

Haspolat, Y. K., Aktar, F., & Yolbaş, İ. (2016), Adölesanda Beslenme. Cinius Yayınları, 95-123.

Hisli, N. (1989), Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Ögrencileri için Geçerliligi, Guvenilirligi, *7*, 3-13.

Işık E., Işık U., Taner Y.(2013), Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar; Ziraat Gurup Matbaacılık, Ankara.

İmamoğlu, S. E., & Aydın, B. (2009), Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Psikoloji Çalışmaları*, *29*, 39-64.

Kaba, Y. (2019), Huzurevinde Yaşayan Bireylerin Ölüm Kaygısı Çatılarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, *Malatya Huzurevi Örneği* Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Hasan Arslan).

Kaçan Softa, H., Karaahmetoğlu Ulaş, G., & Öztürk, A. (2016), Hemşirelerin Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi.

Kahn, J. H., Hessling, R. M., & Russell, D. W. (2003), Yaşlılarda Sosyal Destek, Sağlık ve İyi Olma Hali: Olumsuz Duygulanımın Rolü Nedir Kişilik ve Bireysel

Farklılıklar. *35*(1), 5-17.

Karaca, T., & Aslan, S. (2019), Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Durumu Algılarının ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 734-739.

Karakuşlu M., (2022), Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Depresyon Belirtileri, Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Şenay Öztürk).

Karamustafalıoğlu, O. & Yumrukçal H. (2011), Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 45(2):65–74.

Kargün, M., Togo, O. T., Biner, M., & Pala, A. (2016), Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin İncelenmesi. *Marmara Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*. *1*(1), 61-72.

Kasapoğlu, E. S. (2015), Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yükseklisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak (Danışman: Doçent Dr. Latife Utaş Akhan).

Keller, A. O., Hooker, R. S., & Jacobs, E. A. (2018), ABD'de Doktor Asistanlarına ve Hemşire Pratisyenlerinde Depresyon, *Davranışsal Sağlık ve Araştırma Dergisi*, *45*(2), 310-319.

Kennedy Sh, Lam Wr, Nutt Dj At All. (2004), Depresyonu Etkili Bir Şekilde Tedavi Etmek ve Klinik Yönergelerin Uygulanması, Thomson Yayıncılık, Uk.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005), Ulusal Komorbitide Araştırmasında DSM-IV Bozukluklarının Yaşam Boyu Yaygınlığı ve Başlangıç Yaşı Dağılımları, 6(2), 85-88.

Khosrowabadi, R. (2018), Stres ve Duygusal Uyaranların Algılanması Beyni Yeniden Düzenleyen Uzun Süreli Stres, Temel Klinik Nörobilim, *9*(2), 107.

Kılıç, E. (2012), Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Güler Aksoy).

Kızılırmak, M., & Demir, S. (2016), Hastanede Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Taf Preventive Medicine Bulletin, 15*(2).

Kolaç, N., Balcı, A. S., Şişman, F. N., Ataçer, B. E., & Dinçer, S. (2018), Fabrika Çalışanlarında Sağlıklı YaşamBiçimi Davranışı ve Sağlık Algısı. *Bakırköy Tıp Dergisi*, *14*(3), 267-274.

Kostak, M. A., Kurt, S., Süt, N., Akarsu, Ö., & Ergül, G. Köroğlu E. (2013), Dsm-V-Tr Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı. 1. Baskı. 2013. 194–197 P.

Leahy, R. L., Holland, S. J., & Mcginn, L. K. (2011), *Treatment Plans and İnterventions ForDepression And Anxiety Disorders*. Guilford Press.

Maharaj, S., Lees, T., & Lal, S. (2019), Prevalence And Risk Factors of Depression, Anxiety, and Stress in A CohortOf Australian Nurses. *International Journal Of Environmental Research and Public Health*, *16*(1), 61.

Meşe Yavuz, C., & Koca Özer, B. (2019), Adölesan Dönem Okul Çocuklarında Beslenme Alışkanlıkları ve Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. *Journal Of Tourism And Gastronomy Studies*, *7*(1), 225-243.

Meşeli, N. (2020), Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Kaygısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Nedime Köşgeroğlu).

Muşlu, C. (2012), Birinci Basamak Hastanesi ve Çalışan Hemşirelerde Anksiyete, Depresyon ve Hayat Kalitesi. *Konuralp Tıp Dergisi* , *4* (1), 17-23.

On, B. (2016), Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi ile İlgili Görüşleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.

Orhan, R. (2019), Çocuk Gelişiminde Fiziksel Aktivite ve Sporun Önemi. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *9*(1), 157-176.

Ölçücü, B., Vatansever, Ş., Özcan, G., & Çelik, A.(2015). Orta Yaşlılarda Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve YaşamKalitesi İlişkisi. *Uluslararası Eğitim Bilimleri Dergisi*, (2), 63-73.

Özbek, Z. (2019), Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi, Yükseklisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, (Danışman: Doç. Dr. Simge Zeyneloğlu).

Özçoban, K. (2021), Covıd-19 Pandemisinde Doktor ve Hemşirelerin Tükenmişlik ve Stres Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Şeyma Zehra Altunkürek).

Özdelikara, A., Alkan, S. A., & Mumcu, N. (2018), Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlık Algısı, Sağlık Anksiyetesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, *14*(3), 275-282.

Özdenk, G. D., & Özcebe, L. H. (2018), Bir Üniversite Çalışanlarının Beslenme Okuryazarlığı, Beslenme Davranışları ve İlişkili Faktörler. *Türk Sağlığı Dergisi, 16*(3), 178-189.

Özenoğlu, A., Gün, B., Karadeniz, B., Koç, F., Bilgin, V., Bembeyaz, Z., & Saha, B. S. (2021), Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığın Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutumlar ve Beden Kütle İndeksi ile İlişkisi. *Yaşam Bilimleri Dergisi*, *16*(1), 1-18.

Özkan, S., & Yılmaz, E. (2008), Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, *3*(7), 89-105.

Özyazıcıoğlu, N., Kılıç M., Erdem N., Yavuz C., Afacan, S. (2011), Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi,* 8(2), 277-332.

Sarris, J., O'neil, A., Coulson, C. E., Schweitzer, I., & Berk, M. (2014), Depresyon İçin Yaşam Tarzı, *Bmc Psikiyatri Dergisi*, *14*(1), 1-13.

Seyyar, A. (2014), Dünyada ve Türkiye'de Manevî Bakim Hukuku.

Sezgin, L., & Pirinçci, E. (2020), Muş ili ve İlçelerindeki Hastanelerde Görev Yapan Hemşirelerin Sigara İçme Durumlarının Değerlendirilmesi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, *15*(3), 14-21.

Softa, H. K., Karaahmetoğlu, G. U., Erdoğan, O., & Yavuz, S. (2015), Yaşlılarda Yaşam Doyumunu Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi. *Yaşlı SorunlarıAraştırma Dergisi*, *8*(1).

Sümen, A., & Öncel, S. (2017), Türkiye'de Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler: Sistematik Derleme. *Eur J Ther*, *23*, 74-82.

Şehitoğlu, S. (2022), Vardiyalı Çalışan Ve Çalışmayan Hemşirelerde Biyolojik Ritim ve Depresyon Durumunun İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Gülsem Ançel).

Şimşek, H., Öztoprak, D., İkizoğlu, E. & Çiftçi, Ş. (2012), Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, *26*(3), 151-157.

Şimşek, T. T., Yümin, E. T., Sertel, M., Öztürk, A., & Yümin, M. (2010), Kadın ve Erkek Yaşlı Bireylerde Depresyonun Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Yaşam Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, *24*(3), 147-153.

Şimşekoğlu, N. & Mayda, A. (2016), Bir Üniversite Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Kaygısı Düzeyleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 6 (1), 19-29.

Tarı, B. (2022), Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Covıd-19 Korkusu ile Depresyon, Anksiyete ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Zonguldak, (Danışman: Doç. Dr. Nurten Taşdemir).

Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S., & Aydın, N. (2006), Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *7*(2), 100-108.

Türkçapar H. (2018), Depresyon. İstanbul:Epsilon Yayınları. Türk Dil Kurumu, Sözlük , (Erişim Tarihi: 29.10.2022), Https://Sozluk.Gov.Tr/.

Uncu, B. (2017), Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.

Uz, D., & Kitiş, Y. (2017), Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve ÖzEtkililik Düzeylerinin Belirlenmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *2*(3), 27-39.

Vural, P. I., & Bakır, N. (2015), Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1), 36-42.

Welsh, D. (2009), Kadın Medikal-Cerrahi Hastane Hemşirelerinde Depresif Belirtilerin Yordayıcıları, Ruh Sağlığı Hemşireliğindeki Sorunlar, *30* (5), 320-326.

Yalçın M.B, Öztürk O. (2016), The Management Of Major Depressive Disorder in Primary Care. Turkish J Fam Med Prim Care.10(4):250.

Yalçınkaya, M., Özer, F. G., & Karamanoğlu, A. Y. (2007), Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni*, *6*(6), 409-420.

Yalvaç, H. D. (2012), Depresyonun Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi, 5*(2), 7.

Yarıbeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T. P., & Sahebkar, A. (2017), Stresin Vücut Üzerindeki Etkisi, *16*, 1057.

Yargıç, L. I., & Baykan, H. (2013), Agir psikiyatrik bozukluklar, depresyon ve sigara bırakma, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *14*(1), 77.

Yasemin, Özel., & Karabulut, A. B. (2018), Günlük Yaşam ve Stres Yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, *1*(1), 48-56.

Yazıcı, H. G., Kahraman, F., & Karabulut, E. (2022), Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Aleksitimi ve Depresyon Düzeyleri: Kesitsel Bir Çalışma. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, *7*(2), 202-208.

Yazıcı, S. Ö., & Kalaycı, İ. (2015), Hemşirelerin Çalışma Ortam ve Koşullarının Değerlendirilmesi, *Mühendislik Bilimleri Ve Tasarım Dergisi*, *3*(3), 379-383.

Yıldırım, İ., Özşevik, K., Özer, S., Canyurt, E., & Tortop, Y. (2015), Üniversite Öğrencilerinde FizikselAktivite ile Depresyon İlişkisi. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, *9*(9), 32-39.

Yiğitalp, G. (2019), Hemşire ve Ebelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler. Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi.

Yüksel, Ç. T., & Özgür, G. (2008), Hemşirelerin Stresle Baş Etme Tarzları ile Depresyon Belirti Düzeyleri Arasındaki İlişki, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *24*(1), 67-82.

Zengin, L., & Gümüş, F. (2019), Hemşirelerde Anksiyete, Depresif Belirti ve İlişkili Faktörler, *5*(1), 1-7.

7. EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Sayın katılımcı, bu çalışma Hemşirelerin Depresyon Düzeyleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını ölçmektedir. Ölçeğe yalnızca hemşirelerin katılması önemle rica olunur. Elde dilenveriler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacak ve veriler gizli tutulacaktır. Lütfen size yöneltilen durumları dikkatlice okuyun ve kendinize en yakın maddeyi işaretleyin. Bilimsel bir araştırmaya katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

1)Cinsiyetiniz
Kadın ( )
Erkek ( )

2) Kaç Yaşındasınız?
18-25 ( )
26-35 ( )
26-45 ( )
46 ve üzeri ( )

3) Medeni Durumunuz Nedir?
Evli ( )
Bekar ( )

4) Eğitim Düzeyiniz Nedir?
Sağlık Meslek Lisesi ( )
Önlisans ( )
Lisan ( )
Lisansüstü ve Üzeri ( )

5) Çalıştığınız Birim Nedir?
Acil ( )
Yoğun Bakım ( )
Servis ( )
Poliklinik ( )
Ameliyathane ( )
Diğer (yönetici, sorumlu hemşireler) ( )

6) Hemşirelikte Toplam Çalışma Süreniz Nedir?
1 - 5 Yıl ( )
6 - 15 Yıl ( )
16 - 25 Yıl ( )
26 Yıldan Fazla ( )

7) Haftalık Ortalama Kaç Saat Çalışıyorsunuz?
40 Saat ve Altı ( )
41 – 50 ( )
41 Saatten Fazla ( )

8) Çalışma Şekliniz Nedir?
Devamlı Gündüz ( )
Devamlı Gece ( )
Aylık Rotasyon ( )
Vardiya ( )
Nöbet ( )

9) Kronik Hastalığınız Var Mı?
Evet ( )
Hayır ( )

10) Sigara Kullanıyor Musunuz?
Evet ( )
Hayır ( )

11) Alkol Kullanıyor Musunuz?
Evet ( )
Hayır ( )

12) Sağlık Kontrollerinizi Düzenli Yaptırıyor Musunuz?
Evet ( )
Hayır ( )

Ek 2. Beck Depresyon Ölçeği

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, bugün dahil geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.
Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum**.**
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

0.Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
1. Cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

0. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Çoğu zaman, oldukça sinirliyim.
3. Şimdi hep sinirliyim.

0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimin çoğunu kaybettim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Ek 3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğruve 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 Zam	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 bulgularıanlatırım				
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 kitaplarıokurum				
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 başkabir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizikaktiviteler 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 kezkontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamıuzağa 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

Evrak Tarih ve Sayısı: 12.11.2021-17855

BİRUNİ ÜNİVERSİTESİ
"Bilimin Geleceği"

T.C.
BİRUNİ ÜNİVERSİTESİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-15952939-302.08.01-17855 12.11.2021
Konu : Yasin DOĞAN'ın Tez Çalışması İzni

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği)
İstanbul Tıp Fakültesi Çapa - Fatih / İSTANBUL

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 191108005 numaralı öğrencisi Yasin DOĞAN'ın, "Hemşirelerin Depresyon Düzeyleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı tez çalışmasını İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hemşireler ile yapabilmesi için izin konusunu bilgilerinize sunar, gereğini arz ederim.

Prof.Dr. Sevim SAVAŞER
Rektör Yardımcısı

Ek:
1- Dilekçe (1 sayfa)
2- Etik Kurul Onayı (2 sayfa)
3- Tez Öneri Formu (20 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BS9ZE0U8B Pin Kodu :94402 Belge Takip Adresi : https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5678&eD=BS9ZE0U8B&eS=17855

Adres:10. Yıl Caddesi Protokol Yolu No: 45 34010 Topkapı / İstanbul
Telefon:444 8 276 Faks:(212) 416 4646
e-Posta:info@biruni.edu.tr İnternet Adresi:https://www.biruni.edu.tr/
Kep Adresi:biruniuniv@hs01.kep.tr

Bilgi için: İnci YALDIZ
Unvanı: Uzman Yardımcısı

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak Tarih ve Sayısı: 12.11.2021-17855

BİRUNİ ÜNİVERSİTESİ
"Bilimin Geleceği"

T.C.
BİRUNİ ÜNİVERSİTESİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-15952939-302.08.01-17855 12.11.2021
Konu : Yasin DOĞAN'ın Tez Çalışması İzni

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği)
İstanbul Tıp Fakültesi Çapa - Fatih / İSTANBUL

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 191108005 numaralı öğrencisi Yasin DOĞAN'ın, "Hemşirelerin Depresyon Düzeyleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı tez çalışmasını İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hemşireler ile yapabilmesi için izin konusunu bilgilerinize sunar, gereğini arz ederim.

Prof.Dr. Sevim SAVAŞER
Rektör Yardımcısı

Ek:
1- Dilekçe (1 sayfa)
2- Etik Kurul Onayı (2 sayfa)
3- Tez Öneri Formu (20 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu :BS9ZE0U8B Pin Kodu :94402 Belge Takip Adresi : https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5678&eD=BS9ZE0U8B&eS=17855
Adres:10. Yıl Caddesi Protokol Yolu No: 45 34010 Topkapı / İstanbul
Telefon:444 8 276 Faks:(212) 416 4646
e-Posta:info@biruni.edu.tr İnternet Adresi:https://www.biruni.edu.tr/
Kep Adresi:biruniuniv@hs01.kep.tr
Bilgi için: İnci YALDIZ
Unvanı: Uzman Yardımcısı
Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T. C.
BİRUNİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Tarih: 21.05.2021 Toplantı Sayısı: 51	Karar No: 2021/51-17 Dr. Öğr. Üyesi Ayşe YILDIZ'ın yürütmeyi planladığı "Hemşirelerin Depresyon Düzeyleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu araştırma projesi incelenmiş olup, yapılan inceleme sonucunda araştırmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.

ÜYELER

Adı soyadı /Unvan	Alanı	Bölümü	İmza
Prof. Dr. Ahmet BELCE (Etik Kurul Başkanı)	Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya A. B. D.	
Prof. Dr. Leman ŞENTURAN (Etik Kurul Başkan Yrd.)	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hemşirelik Bölümü	
Prof. Dr. Fatma ÇELİK (Üye)	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Beslenme ve Diyetetik Bölümü	
Doç. Dr. Şölen HİMMETOĞLU (Raportör)	Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya A. B. D.	
Doç. Dr. Burcu KARADUMAN (Üye)	Diş Hekimliği Fakültesi	Periodontoloji A. B. D.	
Doç. Dr. Zeynep HOŞBAY (Üye)	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Fizyoterapi ve Reh"litasyon Bölümü	
Dr. Öğr. Üyesi Görsev SÖNMEZ (Üye)	Eğitim Fakültesi	İngilizce Öğretmenliği Bölümü	

Tarih ve Sayı: 26.05.2023-1777462

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :E-89969066-044-1777462
Konu :YASİN DOĞAN'IN TEZ ÇALIŞMA İZNİ

BİRUNİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 12.11.2021 tarih, 17855 sayılı yazı.

İlgi yazıya konu Fakültemiz Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığında Hemşire olarak çalışmakta olan Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Yasin DOĞAN'ın, "Hemşirelerin Depresyon Düzeyleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasının Fakültemizde görevli hemşireler ile uygulanmasına yönelik talebiniz Fakültemiz Yönetim Kurulunun 24.05.2023 tarihli toplantısında uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Evraklar KEP üzerinden gönderilmiş olup ayrıca postaya verilmeyecektir.

Prof. Dr. Tufan TÜKEK
Dekan

Ek:1

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu :BSFJ4RLHB4 Pin Kodu :21362 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-universitesi-ebys
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Çapa/Fatih/İSTANBUL
Tel : 0 212 414 21 38/414 20 00-31561 Faks : 0 212 414 21 38 / 635 11 93
e-posta : itf-dekanlik@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : http://istanbultip.istanbul.edu.tr
Kep Adresi: istanbuluniversitesi@hs01.kep.tr
Bilgi için : Merve KIRAN
Dahili : 31387
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-5

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın gönüllü;

Sizi 'Hemşirelerin Depresyon Düzeyleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.' konulu araştırmaya davet ediyoruz.

Bu formun amacı katılmanız rica edilen araştırma ile ilgili olarak sizi bilgilendirmek ve katılmanız ile ilgili izin almaktır.

Bu kapsamda yukarıda belirtilen araştırma "Yasin Doğan" tarafından **gönüllü katılımcılarla** yürütülmektedir. Araştırma sürecinde "Kişisel Bilgi Formu", "Beck Depresyon Envanteri" ve "Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği" kullanılacaktır. Konu ile ilgili her türlü soru ve görüşleriniz için aşağıda iletişim bilgisi bulunan araştırmacı ile görüşebilirsiniz.

Araştıramaya katılım, gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmayı uygun görürseniz formu imzalayınız. Bu araştırmaya katılmanız durumunda sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, araştırmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma kapsamında verdiğiniz cevaplar gizli tutulacak ve hiçbir şekilde isminiz açıklanmayacaktır. Araştırmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkınız vardır.

Yukarıda; araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Açıklama Yapan Araştırmacının Adı Soyadı:

Yasin Doğan

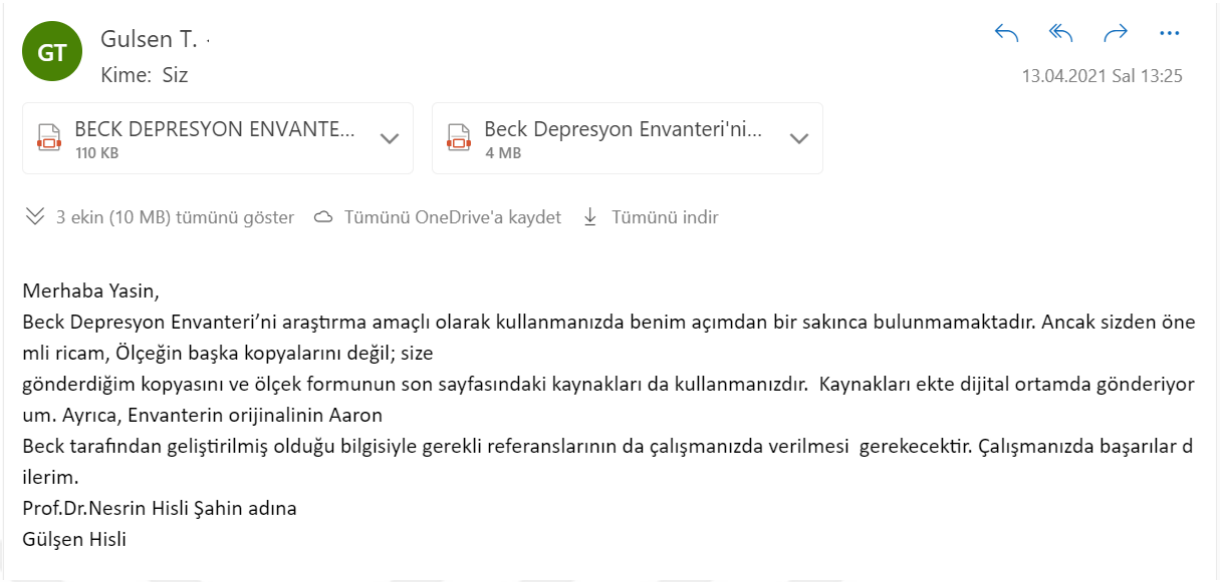
Gönüllünün;

Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Ek-6

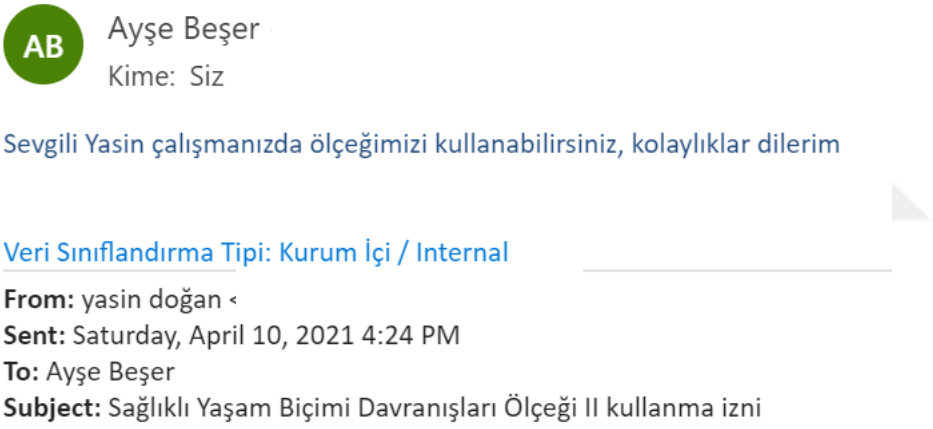


GT Gulsen T. ·
Kime: Siz
13.04.2021 Sal 13:25

BECK DEPRESYON ENVANTE... 110 KB
Beck Depresyon Envanteri'ni... 4 MB

3 ekin (10 MB) tümünü göster Tümünü OneDrive'a kaydet Tümünü indir

Merhaba Yasin,
Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden öne mli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size
gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyor um. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron
Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar d ilerim.
Prof.Dr.Nesrin Hisli Şahin adına
Gülşen Hisli



AB Ayşe Beşer
Kime: Siz

Sevgili Yasin çalışmanızda ölçeğimizi kullanabilirsiniz, kolaylıklar dilerim

Veri Sınıflandırma Tipi: Kurum İçi / Internal

From: yasin doğan ‹
Sent: Saturday, April 10, 2021 4:24 PM
To: Ayşe Beşer
Subject: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanma izni

8. ÖZGEÇMİŞ

9. İNTİHAL RAPORU

Hemşirelerin Depresyon Düzeyleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

ORİJİNALLİK RAPORU

%18	%18	%7	%8
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%6
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%2
3	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%1
4	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	%1
5	Submitted to Beykent Universitesi Öğrenci Ödevi	%1
6	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%1
7	openaccess.biruni.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
8	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	%1

acikerisim.bartin.edu.tr

9	İnternet Kaynağı	%1
10	acikerisim.gelisim.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
11	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
12	BOSTAN, NALAN and BEŞER, AYŞE. "Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler", Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma, 2017. Yayın	<%1
13	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
14	ssyv.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
15	9lib.net İnternet Kaynağı	<%1
16	abakus.inonu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
17	dspace.gazi.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
18	acikerisim.sakarya.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
19	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<%1

20	ejmanager.com İnternet Kaynağı	<%1
21	Submitted to TED Universitesi Öğrenci Ödevi	<%1
22	acikerisim.nevsehir.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
23	www.ulusalhemsirelikkongresi2017.org İnternet Kaynağı	<%1
24	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
25	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<%1
26	Submitted to Okan Ãniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
27	docs.wixstatic.com İnternet Kaynağı	<%1
28	doczz.biz.tr İnternet Kaynağı	<%1
29	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	<%1
30	Submitted to Harran Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
31	Submitted to Hasan Kalyoncu Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1

32	Submitted to Istanbul Medipol Ãniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
33	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
34	openaccess.acibadem.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
35	www.psikofarmakoloji.org İnternet Kaynağı	<%1
36	Mahmut KILIÇ, Nursel ÜSTÜNDAĞ ÖCAL, Güllü USLUKILIÇ. "The Effect of Nursing Professional Satisfaction and Teamwork Attitude on Evidence-Based Nursing Attitude: A Multivariate Analysis", Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 2022 Yayın	<%1
37	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	<%1
38	pdfs.semanticscholar.org İnternet Kaynağı	<%1
39	ttb.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
40	www.ulusaltezmerkezi.net İnternet Kaynağı	<%1
41	yohed.org.tr İnternet Kaynağı	<%1

42	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
43	Submitted to Yildirim Beyazit Universitesi Öğrenci Ödevi	<%1
44	acikerisim.karatay.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
45	asosjournal.com İnternet Kaynağı	<%1
46	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	<%1
47	earsiv.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
48	en.iksadkongre.org İnternet Kaynağı	<%1
49	motto.tc İnternet Kaynağı	<%1
50	openaccess.izu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
51	pdffox.com İnternet Kaynağı	<%1
52	www.gulhanesbhk2019.org İnternet Kaynağı	<%1
53	DURAN, Özlem and SÜMER, Haldun. "Ebelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi	<%1

davranışları ve etkileyen faktörler", Atatürk Üniversitesi, 2014.
Yayın

54	SAYGILI, Meltem, AVCI, Keziban, UĞURLUOĞLU, Özgür and ÖZER, Özlem. "SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÖRGÜTSEL DEPRESYON DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ", Karabük Üniversitesi, 2016. Yayın	<%1