TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ İBNİ SİNA HASTANESİ HEMŞİRELERİNDE SAĞLIĞI GELİŞTİRİCİ YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Nükhet BALLIEL

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Mine Esin OCAKTAN

2009- ANKARA

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ İBNİ SİNA HASTANESİ HEMŞİRELERİNDE SAĞLIĞI GELİŞTİRİCİ YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Nükhet BALLIEL

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Mine Esin OCAKTAN

2009- ANKARA

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Hemşireliği Programı

çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 02.07.2009

İmza
Prof.Dr. Ferda ÖZYURDA
Ankara Üniversitesi
Juri Başkanı

İmza
Yrd. Doç. Dr. M. Esin OCAKTAN
Ankara Üniversitesi
Raportör

İmza
Doç. Dr. Mustafa Necmi İLHAN
Gazi Üniversitesi

İmza
Doç. Dr. Birgül PİYAL ÇARIKÇI
Ankara Üniversitesi

İmza
Doç. Dr. Seher Nazlı ATAK
Ankara Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	ii
İçindekiler	iii
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Şekiller	viii
Çizelgeler	ix
1.GİRİŞ	
1.1. Konunun Tanımı ve Önemi	1
1.2 Sağlık Kavramı	6
1.2.1 Sağlık Kavramının Tarihsel Gelişimi	6
1.2.2 Sağlığın Tanımı	7
1.3 Sağlığın Önemi ve Sağlığın Önemini Anlama	8
1.4 Sağlık Davranışı	9
1.5 Sağlığı Koruma	9
1.6 Sağlığı Geliştirme	11
1.7 Sağlığı Koruma ve Geliştirme Modelleri	14
1.7.1 Sağlık İnanç Modeli	14
1.7.2 Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli	17
1.7.2.1 Sağlığı Geliştirmede Bilişsel Algılama Faktörleri	18
1.7.2.1.1 Sağlığa Verilen Önem	18
1.7.2.1.2 Sağlık Kontrolünü Algılama	18
1.7.2.1.3 Öz Etkililik Algısı	19

1.7.2.1.4 Sağlığın Tanımı 19

1.7.2.1.5 Sağlık Durumunu Algılama 20

1.7.2.1.6 Sağlığı Geliştiren Davranış Yararını Algılama 20

1.7.2.1.7 Sağlığı Geliştiren Davranışları Destekleyen Engelleyen Etmenler 21

1.7.2.2 Sağlığı Geliştirmeyi Etkileyen Etmenler 21

1.8 Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi 23

1.8.1 Kendini Gerçekleştirme 26

1.8.2 Sağlık Sorumluluğu 27

1.8.3 Egzersiz ve Fiziksel Etkinlik 28

1.8.4 Yeterli ve Dengeli Beslenme 29

1.8.5 Kişiler Arası Destek 31

1.8.6 Stresle Baş Etme 33

1.9 Hemşirelik 42

1.10 Araştırmanın Amacı 47

2.GEREÇ YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi 48

2.2. Araştırmanın Yeri 48

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 48

2.4 Araştırmanın Hipotezleri 49

2.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler 50

2.6. Veri Toplama Araçları 51

2.6.1. Kişisel Bilgi Formu 51

2.6.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 51

2.7. Araştırmanın Etiği 53

2.8. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması 54

2.9. Verilerin Değerlendirilmesi 54

2.10. Araştırmanın Süresi 55

3.BULGULAR

3.1 Araştırma Grubunu Oluşturan Hemşirelerin Bazı Tanımlayıcı Özellikleri 56

3.2 Araştırma Grubunu Oluşturan Hemşirelerin Çeşitli Bağımsız Değişkenlere Göre Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları 64

4.TARTIŞMA

4.1 Araştırma Grubunu Oluşturan Hemşirelerin SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi 87

4.2 Araştırma Grubunu Oluşturan Hemşirelerin SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Çeşitli Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi 91

5.SONUÇ ve ÖNERİLER 101

ÖZET 104
SUMMARY 106
KAYNAKLAR 107
EKLER
EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU 117
EK-2 SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ 119
EK-3 SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ONAYI 121
EK-4 DEKANLIK ONAYI 122
EK-5 ETİK KURUL ONAYI 123
ÖZGEÇMİŞ 124

ÖNSÖZ

Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıklarını incelemek amacıyla yapılması hedeflenen bu çalışmada hemşirelerin bunu ne düzeyde bilinçli olarak uyguladığı üzerine araştırma konusu belirlenmiştir. Ankara Üniversitesi İbni Sina hastanesi kapsamında çalışmanın yürütülmesine karar verilerek hemşire çalışanlar üzerinden çalışma yürütülmüştür. Çalışma sırasında anketlerin uygulanmasında ciddi bir sorun yaşanmamıştır. Çalışmanın sonunda planlanan çerçevede istenilen hedeflere ulaşılmış ve İbni Sina hastanesi hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi incelenmiştir.

Araştırmanın yürütülmesinde katkılarından ve desteklerinden dolayı tez danışmanım Yrd. Doç. Dr Mine Esin OCAKTAN' a, deneyim ve bilgileriyle yön gösteren Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı hocalarına derin şükranlarımı sunarım.

Ankara Üniversitesi Başhemşireliği'ne, İbni Sina Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Hemşireleri'ne destek ve katkılarından dolayı teşekkürü bir borç bilirim.

Tez hazırlama sürecimde desteğini eksik etmeyen hayatımdaki en değerli insan Göktan KIRAĞ ve manevi desteklerini esirgemeyen aileme çok teşekkür ederim.

KISALTMALAR

ACE	American Council on Exercise /Amerikan Egzersiz Konseyi
AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrome/ Edinilmiş Yetersiz Bağışıklık Sistemi Sendromu
BKİ	Beden Kitle İndeksi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HDL	High Density Lipoprotein/Yüksek Dansiteli Lipoprotein
HIV	Human Immunodeficiency Virus / İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü
ICN	International Council of Nurses/Uluslar arası Hemşirelik Konseyi
LDL	Low Density Lipoprotein/Düşük Dansiteli Lipoprotein
NIOSH	National Institute for Occupational Safety and Health/Ulusal İş Güvenliği ve Sağlık Enstitüsü
SDAD	Sağlık Durumunu Algılama Düzeyi
SGYB	Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi
SYBD	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences/Sosyal Bilimler İstatistik Paketi

ŞEKİLLER

Şekil-1 Koruma Düzeyleri 11
Şekil-2 Sağlığı Koruyan ve Geliştiren Davranış Örnekleri 13
Şekil-3 Sağlık İnanç Modeli 14
Şekil-4 Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli 18
Şekil-5 Çalışanların Stres Düzeylerini Etkileyen İş Stres Kaynakları 40
Şekil-6 Stresle Baş Etme Yöntemleri 42

ÇİZELGELER

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri 57

Tablo 2. Hemşirelerin Mesleğe İlişkin Özellikleri 59

Tablo 3. Hemşirelerin Sağlık Özellikleri 61

Tablo 4. Hemşirelerin Yaşam Biçimine İlişkin Özellikleri 63

Tablo 5. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları 64

Tablo 6. Hemşirelerin Yaşa Göre SYBD Ölçeği Puan Ortalamaları 65

Tablo 7. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları 66

Tablo 8. Hemşirelerin Öğrenim Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları 67

Tablo 9. Hemşirelerin Aile Tipine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları 68

Tablo 10. Hemşirelerin Çocuk Varlığına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları 69

Tablo 11. Hemşirelerin Haneye Giren Toplam Aylık Gelir Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları 71

Tablo 12. Hemşirelerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları 72

Tablo 13. Hemşirelerin Çalıştığı Birime Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları 74

Tablo 14. Hemşirelerin Kadro Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları 75

Tablo 15. Hemşirelerin Haftalık Çalışma Saatine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları 76

Tablo 16. Hemşirelerin Çalıştığı Birimden Memnuniyet Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları 77

Tablo 17. Hemşirelerin Beden Kitle İndeksine (BKİ) Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları 78

Tablo 18. Hemşirelerin Sağlık Durumlarını Algılama Düzeylerine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları 80

Tablo 19. Hemşirelerin Yemek Yeme Alışkanlıklarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları 82

Tablo 20. Hemşirelerin Uyku Alışkanlıklarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları 83

Tablo 21. Hemşirelerin Sigara İçme Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları 84

Tablo 22. Hemşirelerin Stres Karşısında Verdikleri Tepkiye Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları 85

1.GİRİŞ

1.1 Konunun Tanımı ve Önemi

Geçmiş dönemlerde ve geleneksel anlayışta sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. DSÖ' nün belirttiğine göre, gelişmiş ülkelerde ölümlerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerde ölümlerin %40-50'sinin nedenini, yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar oluşturmaktadır (Dickey ve Janick, 2001). Günümüzde kronik hastalıklar, ölüm ve sakatlıkların başlıca sebebi olarak görülmekte ve gelişen ülkelerde olduğu kadar gelişmiş ülkelerdeki insanları da etkilemektedir. Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, obezite, kanser ve solunum yolu hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar, her yıl gerçekleşen 56.5 milyon ölümün %59'una ve hastalıkların küresel etkisinin yaklaşık yarısına (%45.9) neden olmaktadır. 2002 yılı Dünya Sağlık Raporu'na göre seçilen 10 küresel hastalıktan beşinin (obezite, yüksek tansiyon, yüksek kolestrol, alkol ve tütün) risk etmenleri tek başına veya bir arada, hastalıklara neden olmaktadır (Bilgen ve Dirican, 1993).

Günümüzde, tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, yüksek tansiyon, kalp krizi ve çeşitli kanser tiplerinde risk etmeni olarak görülen, dünya çapında salgın olan obezite problemi ile karşı karşıya bulunulmaktadır. Bir milyar yetişkin insan aşırı ağırlıklı olarak saptanmış ve bu grupta bulunan 300 milyon kişi, klinik obez olarak tanımlanmıştır. Her yıl 12 milyon kişi kalp krizi, 2 milyon kişi iskemik kalp hastalıkları ve 5.5 milyon kişi felç nedeni ile hayatlarını kaybetmektedir. Buna ek olarak, her yıl, 3.9 milyon kişi, yüksek tansiyon ve diğer kalp sorunlarından dolayı ölmektedir. Kardiyovasküler hastalıkların %75'i belli bazı temel riskler nedeniyle gerçekleşmektedir. Bunlar; yüksek kolesterol, yüksek kan basıncı, az meyve ve sebze tüketimi, hareketsiz-pasif hayat biçimi, tütün ve alkol kullanımıdır. Yaklaşık 117 milyon kişi, çoğunluğu tip 2 olmak üzere, diyabetten etkilenmektedir. Bu insanların

2/3'ü gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Bu hastalıktan en çok etkilenen ülkeler şöyle sıralanabilir: Hindistan, Çin, ABD, Rusya, Japonya, Pakistan, Brezilya ve İtalya (DSÖ, 2002). Bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşumunda kişinin kendi tutum ve davranışının, diğer bir deyişle yaşam biçiminin rolü büyüktür (Dirican ve Bilgen, 1993). Beslenme biçimi, egzersiz, stres yönetimi kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde önemli role sahiptir.

Vildovsky (1977), hastalıkların ve ölümlerin %90'ının bireyin yaşam biçimi (sigara, egzersiz, stres vb.), sosyal koşulları (gelir veya yeme alışkanlığı), genetik ve fizik çevre (hava ve su kalitesi) gibi çeşitli etmenlere bağlı olarak meydana geldiğini belirtmektedir (Stonhope ve Lancaster, 2000).

Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, ölüme neden olan hastalıkların yarısında sağlığa zarar veren davranışların rol oynadığı saptanmıştır (Vural, 1998). Bu durum, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde, en önemli etken olan yaşam biçiminin geliştirilmesine yönelik uygulamaların önemini ortaya çıkarmaktadır (Zaybak ve Fadıloğlu, 2004).

Sağlıklı yaşam biçimi, "Bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek, düzenlemesi" olarak tanımlanmıştır (Ocakçı, 2007)**.** Bu bilgileri davranış haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir düzeye getirebilmektedir.

Sağlığı geliştirme; doğrudan birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlık potansiyelinin geliştirilmesi ve iyilik düzeyinin artmasına yönelik etkinlikleri kapsar. Bireyin ise, var olan sağlık davranışlarını en üst düzeye çıkarmasıdır (Ocakçı, 2007). Bu hedefe ulaşılabilmesi için sigara içme, alkol ve madde kullanımı, hatalı beslenme davranışları, fiziksel etkinlik yetersizliği, şiddet davranışları, hatalı cinsel davranışlar, sağlıksız ağırlık kontrolü, aile ile iletişim sorunları ve stresi iyi

yönetememe gibi riskli davranışlardan kaçınılması gerekir (Yalçınkaya ve ark., 2007).

Sağlık davranışı; "Bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir aktiviteyi ve sağlıklı olduğu zaman, hastalığı önleyici davranışı" olarak tanımlanmaktadır (Pender ve ark., 1990). Gochman ise sağlık davranışını "Sağlık ve sağlık düzeyinin korunması, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesiyle ilgili davranışların tümü" olarak tanımlamaktadır. "Davranış" kelimesi, her zaman bilinçli ve isteyerek olmasa da, bireylerin yaptıkları veya yapmaktan sakındıkları bir şeyleri anlatmaktadır (Selye, 1997).

DSÖ, 1980 yılı başlangıç kabul edilmek üzere, "2000'li Yıllarda Herkese Sağlık" hedef stratejilerini tanımlamıştır. Bu hedef ve stratejilerin en belirgin yönü "sağlığın geliştirilmesi" konusuna yer verilmiş olması ve sağlığın geniş bir bakış açısı ile ele alınmış olmasıdır. Kopenhag'da DSÖ 48. Avrupa bölge toplantısında (1998) Herkes için Sağlık , "21. yüzyılda 21 hedef" sloganı ile kabul edilmiştir. Sağlık 21'de, 11. maddede 2015 yılına kadar toplumdaki insanların sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemesi amaçlanmıştır. Bu nedenle bireyin fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal iyilik durumunu en üst düzeyde koruma ve geliştirme hedeflenmiştir.

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için, DSÖ başta olmak üzere pek çok sağlık kuruluşu temel insan gücü olarak hemşireleri önermektedir. Gelişmiş toplumlarda, sağlık hizmetlerinde sağlığı geliştirme programlarının planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarının profesyonel hemşireler tarafından gerçekleştirildiği görülmektedir.

Amerikan Hemşireler Birliği'nin toplumsal politika tespitinde hemşirenin sağlığın geliştirilmesindeki rolü şöyle belirlenmiştir; hemşire, bireylerin ve grupların gerçek ve olası sağlık problemlerine uyumlarını sağlamak, bireylerin sağlıklarını etkileyen çevresel değerlendirme ve sağlığı geliştirici hemşirelik girişimlerini yapmakla sorumludur. Sağlığın geliştirilmesi, kendini hemşirelikle çok iyi bir şekilde

ifade etmektedir (Black ve Matossorin, 1997). Sağlığın geliştirilmesini ve hastanın sağlıklı davranışlar konusunda bilgilendirilmesini ve yönlendirilmesini sağlayacak grup, sağlık kurumlarında profesyonelce bakım veren hemşirelerdir (Özbaşaran ve ark., 2004; Whitehead, 2001).

Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir. Bundan dolayı sağlığı geliştirme aktivitelerinde hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir (Ayaz ve ark., 2005).Yetişkin halk eğitiminde, başarının temel ilkelerinden birisi eğiticinin niteliğidir. Sağlık eğitimcisi halkın tanıdığı, inandığı ve güvendiği bir kişi olmalıdır. Ayrıca eğitim yaptığı konuyu çok iyi bilmeli ve konunun öğretilmesi gerektiğine kendisi de inanmış olmalıdır (Murray ve Zentner 1979). Yine yetişkin halk eğitiminde birey, aile ve topluma bilgi vermek ve öğretmek, inandırmak ve ikna etmek, yapmak ve yaptırmak, tekrarlatıp alıştırmak için çeşitli sağlık eğitimi yöntemlerinden yararlanılır. Bunlardan biri de model olmadır (Tuncel ve ark., 1993).

Gerçek iletişim ve başarı bireyin öğretilen şeyin nasıl yapıldığını duyması, görmesi ve uygulaması sonucu elde edilir. Bireysel doğrudan eğitimde, sağlık eğitimcisi olumlu sağlık davranışları sergileyerek, insanları davranış değişikliğine motive etmede kullanılan yöntemlerden biri olan "model olma" tekniğini etkili bir şekilde kullanabilir (Damrosch, 1991). Hemşirelerin sağlık eğitiminin en önemli amaçlarından biri olan, bireylere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmesi ve uygulanmasını sağlaması için kendisinin de bu davranışları sergileyerek, iyi bir model olması gerekir (Dirican ve Bilgen, 1993). Hemşireler bu olumlu davranışları sergileyebilmek için bu davranışların neler olduğunun farkında olmalıdırlar. Bu konuda yeterli bilgiye sahip olmalı ve yaşam biçimi olarak benimsemelidirler.

Sağlık sektörü, iş yerleri ve bu işyerlerinde çalışan kişilerin sayısı olarak ele alındığında, oldukça büyük bir grubu oluşturmaktadır. Dünyada toplam 59 milyon sağlık çalışanı bulunmaktadır (DSÖ, 2006). Sağlık çalışanları, tüm dünyada

çalışanların %12'sini, Avrupa Birliği (AB) ülkeleri çalışanlarının %10'unu, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) çalışanların %8'ini oluşturmaktadır (Beaudry ve ark., 2004).

Devlet İstatistik Enstitüsü 2006 verilerine göre, Türkiye'de 114.583 hekim, 87.327 hemşire, 67.649 sağlık memuru, 43.301 ebe, 24.612 eczacı,18.213 diş hekimi olmak üzere toplam 355.685 sağlık çalışanı vardır. Sağlık hizmetinin verilmesinde önemli bir yeri olan hemşireler, Türkiye'de sağlık insan gücünün yaklaşık ¼'ünü oluşturmaktadır.

Sağlık insan gücünün çoğunluğunu oluşturan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimini benimsemesi, kendi hayatlarında uygulayabilmesi ve bakım verdikleri hastalarını da bu konuda bilgilendirebilmesi ve etkileyebilmesi kaçınılmaz olmaktadır.

Hemşirelerin sağlığı geliştirici yaşam biçimi üzerindeki etkilerinin göz ardı edilemeyeceği görülmektedir. Toplumun sağlığının geliştirilmesinde anahtar role sahip olan hemşirelerin, sağlığı geliştiren yaşam biçiminin öneminin bilincinde olmaları ve bunları kendi hayatlarında uygulayarak model olmaları gerekir. Bu konuda bilinçlendirilmelerinin hem kendilerine hem de halkın sağlığına etkisi büyük olmaktadır.

1.2 SAĞLIK KAVRAMI

1.2.1 Sağlık Kavramının Tarihsel Gelişimi

Eski çağlarda fiziksel bütünlük, sosyal grup içinde var olmanın birinci şartı olmuştur. Fiziksel olarak yetersiz olanlar (sakat, lepralı vb) ve dış görünüşleri farklı olanlar (çok iri, zayıf olma vb) tedavi edilmemişler ve toplumdan dışlanmışlardır. Belirgin bir ruhsal hastalık görülmedikçe ruhsal sorunlardan bahsedilmemiştir. Bireyin sağlıklı olmasında ruh sağlığının önemi ancak 19. yüzyıl sonlarında fark edilmiştir (Dolfman, 1973).

Bilimsel çalışmalar ilerledikçe sağlık ve hastalık, farklı durumlar olarak algılanmaya başlamıştır. Özellikle hastalıkların oluşumunda bakteri gibi etkenlerin rolü olduğunun anlaşılması ile tanı koyma girişimleri başlamıştır (Pender, 1987).

20. yüzyıl başlarında, sağlık ve hastalık bir süreç olarak kabul görmüş " biri var ise diğeri yoktur" anlayışı ile iki uç kavram olarak değerlendirilmiştir. Bu tanım geçerli olmamakla beraber, günümüzde hala hastalık oranın az görüldüğü toplumlar, sağlıklı olarak değerlendirilebilmektedir (Shover, 1985).

2. Dünya Savaşı sırasında bireylerin güçlü strese neden olan etmenlerin etkisi ile ruhsal sorunları yoğun olarak yaşamaları ve psikosomatik sağlık sorunlarına maruz kalmaları, fiziksel yetersizliğin oluşmasında ruhsal etkenlerin öneminin anlaşılmasını sağlamıştır. Çevresel strese neden olan etmenlerin bireyin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediğinin anlaşılması ile çevresel stresörlerin azaltılmış olmasının gereğini ortaya koymuştur. Bu süreçle sağlığın bütüncül tanımı değer kazanmaya başlamıştır (Kang, 1995).

1.2.2 Sağlığın Tanımı

DSÖ tarafından yapılan sağlık tanımı günümüzde en yaygın kullanılan tanımdır. Bu tanıma göre sağlık; "sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve mental yönden tam bir iyilik halidir" (Birol, 1997).

DSÖ Avrupa Bölgesi Sağlık Stratejilerinde belirttiği gibi algılanan sağlık, toplumun sağlığını ve yaşam kalitesini kontrol edebilmek için kullanılan başlıca göstergelerden biridir (Lancaster ve ark., 1996).

Bu yaklaşımlar kadar kavramsal açıklamalarla felsefi boyutta konuyu ele alanlar ise esas olarak "sağlık" anlayışını oldukça geniş bir açıdan yorumlarlar. Amaç, insanların kendi varlıklarını ortaya koyabilecekleri, potansiyellerini gerçekleştirebilecekleri doyumlu bir hayat yaşamalarıdır. Bireylerin hayatlarını kendi kontrolleri altına almaları ve sağlıkları için, kendi sorumluluklarının farkında olmaları önemlidir (Baltaş, 1996).

Sağlığın, birçok boyutları olan dinamik ve pozitif bir kavram olduğu söylenebilir. Sağlığın boyutları ise şöyle özetlenebilir: (Swanson ve Albrecht, 1993).

1. Fiziksel Sağlık: Vücudun mekanik fonksiyonları ile ilgilidir ve belki de sağlığın en belirgin boyutudur. Fiziksel muayene ve tanı işlemleri ile saptanabilen hastalık ya da bozukluğun olmamasıdır.

2. Mental Sağlık: Açık ve tutarlı bir şekilde düşünebilmeyi ifade eder.

3. Duygusal Sağlık: Duygularını tanıyabilme ve uygun bir şekilde duygularını ifade edebilme yeteneğidir. Bireyin kendisiyle ve çevresiyle sürekli bir denge ve uyum içinde olmasıdır.

4. Sosyal Sağlık: Diğer insanlarla etkileşim ve iletişimde bulunma, sürdürme yeteneğini ifade eder. Bireyin diğer insanlarla olan iletişimi, sevilme, ait olma, iş durumu, aile içi ve çalışma arkadaşları ile ilişkileri, dernekler, tiyatro, sinema gibi yaşamını ve gelişimini etkileyen sosyal uğraşılarının olması sosyal sağlığı belirleyen en önemli etmenlerdir.

5. Spritüel (manevi) Sağlık: Bir kişinin yaşamının anlamını, ölümün kabulünü ve daha yüksek bir güçle bireysel bir ilişkiyi vurgular. Sağlığın spritüel boyutu, sıklıkla sağlık bakımında kişinin sürekliliğini tehlikeye sokan fiziksel ve duygusal tehditler olduğunda bireyi destekler ve rahatlatır (Stachawiah ve Tripp, 1992).

Son yıllarda hastalıkları önleyen ve sağlığı geliştiren aktiviteler, farklı sağlık sınırları olan Negatif, Nötral ve Pozitif sağlık kavramlarıyla açıklanmaktadır (Tabak, 2000).

Negatif Sağlık; tedavi ve iyileştirme gerektiren sağlık durumunu ifade eder.

Nötral Sağlık; herhangi bir hastalık durumu olmaksızın, dengeli bir sağlık kavramını ifade eder. Sağlığı sürdürmede ve hastalıkları önlemede amaç, nötral sağlık durumunu korumaktır.

Pozitif Sağlık; sağlığın geliştirilmesi, iyilik düzeyinin arttırılması ile ilgilidir. Dengeli bir sağlık durumundan sonra ulaşılan yaşam kalitesini ve potansiyel sağlığı geliştiren sağlık davranışlarını ifade eder.

1.3 Sağlığın Önemi ve Sağlığın Önemini Anlama

Sağlığı anlama ve sağlık yönetimi, bireyin sağlık durumuna veya sağlıklı olmak için gerçekleştirilen sağlık uygulamalarına bakış sağlar. Amaç, bireyin sağlığını korumak için gösterdiği kararlılık düzeyini ve sağlığa verilen önemi saptamaktır.

Kişi sağlık problemi olduğunu algılamıyorsa, sağlığını geliştirmek için gerekli çabayı harcamayacaktır. Sağlık problemi olmadığını düşünerek, sağlığı geliştirmek için profesyonel kişilerin yardımını da istemeyecektir. Bu nedenle sağlığı algılamanın önemli olduğu belirtilmektedir.

1.4 Sağlık Davranışı

Sağlık davranışı; bireyin sağlıklı olabilmek için inandığı ve yaptığı herhangi bir etkinliği ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranışı olarak tanımlanmaktadır. Sağlık davranışı yalnızca doğrudan gözlenebilen açık davranışlar değil, dolaylı olarak ölçülebilen mental olayları ve duygu durumlarını da içermektedir. Koal ve Cobb sağlık davranışını, kendisinin iyi olduğuna inanan, herhangi bir hastalık belirtisi göstermeyen kişilerin sağlıklı kalmak amacıyla yaptıkları eylemler olarak ifade ederler. Gochman'a göre kişinin sağlık davranışının içine; inançlar, beklentiler, güdüler, değerler, algılar, kişisel tavırlar, alışkanlıklar ve psikolojik özellikler gibi etmenler de girmektedir (Gochman, 1988). Sağlık davranışı kısacası, kişinin sağlıklı kalmak, hastalıklardan korunmak ve hastalıklara yakalanmamak için gösterdiği davranışlar şeklinde tanımlanmıştır (Beckmann, 1989).

1.5 Sağlığı Koruma

Sağlığı koruma, sağlık durumunu bozan davranışı yapmama ya da sakınmayı ifade eder. Erken tanı ile hastalık sürecine girişi önleyici ve erken tedavi ile yetmezlik durumunda var olan kapasiteyi en yüksek düzeye çıkaracak etkinlikleri kapsar (Pahalank, 1991). Sağlığı koruyan davranışlara örnek olarak; kendi kendine meme muayenesi, emniyet kemeri takma, sigara-alkol kullanmama, yaşa uygun aşılanma verilebilir (Spellbring, 1991).

Gerald Coplan, 1960 yılında sağlığı korumada üç düzeyi tanımlamıştır:

Birincil Koruma:

Hastalıkların risk ve nedensel etmenlerini kontrol ederek hastalık başlamadan ve oluşmadan önce önlemektir. Koruyucu özel önlemler bu grupta yer alır. Bireylere ve topluma yönelik olabilir. Örneğin; temiz su, sağlıklı konut, katı ve sıvı atıkların sağlığa zarar vermeyecek duruma getirilmesi gibi çevresel önlemlerin yanı sıra yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, aile planlaması hizmetlerinin sunulması ve kişisel hijyen önlemlerinin alınması birincil koruma uygulamalarındandır. Ayrıca bağışıklama, vektör kontrolü, genetik hastalıkların kuşaktan kuşağa geçmesini önlemek, sağlığı olumsuz etkileyen sosyo-ekonomik koşulların düzeltilmesi gibi uygulamalar da birincil koruma kapsamına girer.

İkincil Koruma:

Hastalıkların erkenden saptanarak tedavi edilmesi ve ciddi sonuçlarının azaltılmasıdır. Ciddi ilerlemeler önlenir, en aza indirilir ya da yavaşlatılır. Erken dönemde tanınabilen ve etkili bir tedavisi olan hastalıklar için uygundur. Erken tanı, tedavi ve koruyucu önlemleri içerir.

Üçüncül Koruma:

Önceden oluşan hastalığın ilerlemesinin ve komplikasyonlarının önlenmesidir. Hastalığın oluşturduğu sakatlıkların ya da acının azaltılmasıdır. Özellikle kronik hastalıklarda ilerlemenin önlenmesine çalışılır. Yaşamın kalitesinin arttırılması sağlanır (Öztek, 2001).

Birincil Koruma	İkincil Koruma	Üçüncül Koruma
Sağlığı Geliştirme • Sağlık eğitimi • Yaşam dönemlerine uygun beslenme • Kişilik gelişimini destekleme • İş koşullarının iyileştirilmesi • Ev koşullarının iyileştirilmesi • Boş zaman etkinliklerini planlama • Evlilik danışmanlığı, cinsel eğitim • Genetik değerlendirme • Periyodik muayeneler • Bağışıklama • Risk durumunda aşılama • Kişisel hijyen • Çevre sanitasyonu • İş yeri zararlarına karşı koruma • Risk durumlarında özel beslenme • Allerjenlerden koruma • Karsinojen maddelerden koruma	• Erken teşhis ve uygun tedavi • Birey ve toplumda görülen hastalıkların belirlenmesi • Risk gruplarının belirli taramaları • Hastalık süresince koruma ve tedavi • Bulaşıcı hastalıklardan korunma • Hastalığın komplikasyon ve sekellerinden koruma • Yetmezlik süresini kısaltma • Yetmezliği sınırlama • Komplikasyon ve sekellerin tedavisi • Ölümü engelleme	• Rehabilitasyon • Bireyin kapasitesini en üst düzeye çıkarmak

Şekil-1 Koruma Düzeyleri (Howard ve Williamson, 1990)

1.6 Sağlığı Geliştirme

Sağlığı geliştirme kavramı, ilk kez 1970-1980'li yıllarda felsefe olarak ortaya çıkmıştır. Bu kavram, 12 Eylül 1978 Alma Ata da yapılan " Birincil Sağlık Bakımı" konulu konferansta ele alınmıştır. Avrupa ülkeleri, Alma Ata ilkeleri doğrultusunda 2000 yılında "Herkes için Sağlık" ilkelerini başarmada bölgesel sağlık stratejisi geliştirmek için, ülkelerin sağlığı geliştirmesi konusunda temel değişikliklerini yapmalarında başlıca dört gelişim alanı saptamışlardır.

Bunlar:

1. Yaşam biçimi ve sağlık,

2. Sağlığı ve çevreyi etkileyen risk etmenleri,

3. Sağlık bakım sisteminin kendini yeniden yapılandırması,

4. Bu üç alandaki değişikleri gerçekleştirmek için siyasal, yönetimsel, teknolojik, insan gücü ve araştırma teknikleri sağlamak (Öztek, 2001).

Herkes için Sağlık eyleminin bir parçası olarak, 1986 yılında Kanada'nın Ottawa şehrinde "1. Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi" konferansı düzenlenmiştir. Bu konferansta sağlığın geliştirilmesi, "Halkın kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü arttırma gücünü kazanma süreci" olarak tanımlanmıştır. Ayrıca sağlığın geliştirilmesinde birbirini kapsayan beş yaklaşım belirlenmiştir.

Bunlar:

1. Toplum etkinliklerinin güçlendirilmesi,

2. Sağlığı geliştirmede aracı olma,

3. Kişisel becerilerin geliştirilmesi,

4. Destekleyici çevre yaratılması,

5. Sağlık hizmetlerin yeniden düzenlenmesidir (Maurer ve Smith, 2000).

Düzenli yapılması gereken davranışlar • Pap- smear, tansiyon kontrolü gibi periyodik muayeneler, • 40 yasından sonra yılda bir kez dışkıda gizli kan muayenesi ve mamografi • İki yılda bir göz muayenesi, • 6-12 ayda bir diş muayenesi, • Kendi kendine meme muayenesi, • Yaşa uygun aşılanma, • Sağlık problemlerinin değerlendirilmesi. **Zararlı Alışkanlıklara yönelik davranışlar** • Sigara içilmemesi, • Alkol alınmaması veya azaltılması, • Kolesterol ve yağdan düşük beslenme, • Lifli diyet alınması, • Tuzdan fakir diyet seçimi, • Kafein alınmaması veya azaltılması, **Egzersize yönelik uygulamalar** • Haftada üç kez 20 dakika egzersiz yapma, • Boş zamanlarda eğlenceli etkinliklerde bulunma, **Sağlığı koruyan diğer uygulamalar** • Emniyet kemeri takma, • Güneş ısınlarından korunma, • Günlük hijyenik uygulamalar • Olumlu kişiler arası ilişkiler kurma	**Kişinin kendi kendini gerçekleştirmesi** • Uzun dönemli hedefler geliştirilmesi, • Gerçek hedeflerin belirlenmesi, • Yaşamının amacını bilmesi, • Mutluluğu ve hoşnutluğu hissetmesi, • Güçlü ve zayıf yanlarının farkında olması. **Sağlık sorumlulukları** • Şikâyetlerini sağlık personeline bildirmesi ve sağlığını izlemesi • Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi, • Sağlıkla ilgili yayın okuması, • Çevre sağlığı programlarına katılması **Egzersiz** • Nabız atışını sağlayacak düzeyde egzersiz yapma, • Hafta en az 3 defa 20 dk. egzersiz yapma, • Yeni aktiviteler yaratma. **Beslenme** • Katkı maddeleri içeren besinleri kullanmama • Günde üç öğün dört besin grubunu tüketme, • Vücut fonksiyonlarını destekleyen, koruyan lifli besin lerin tüketilmesi, • Besin sanitasyonuna dikkat edilmesi. **Kişiler arası destek** • Problemlerini başkaları ile tartışabilme • Olumlu ilişkiler kurabilme • Sevgiyi ifade edebilme. **Stres yönetimi** • Günlük gevşeme egzersizleri yapma, • Stres kaynaklarının farkında olma, • Yeterli uyuma ve düzenli egzersiz yapma, • Stres kontrol yöntemlerini kullanma, • Duygularını ifade etme

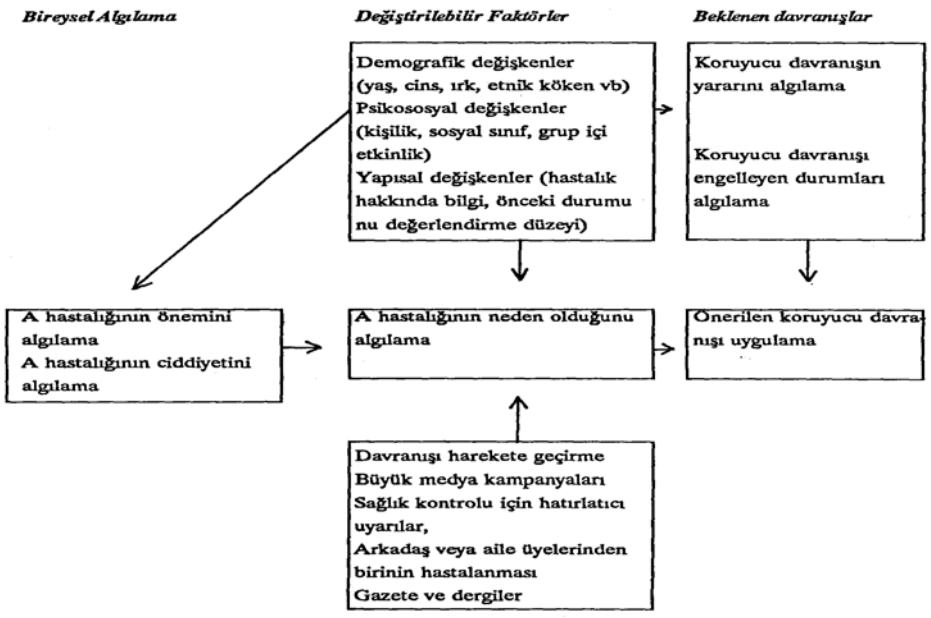
Şekil-2 Sağlığı Koruyan ve Geliştiren Davranış Örnekleri (Erdoğan ve ark., 1994).

1.7 Sağlığı Koruma ve Geliştirme Modelleri

Bireylerin sağlık davranışlarını açıklamaya yönelik pek çok model geliştirilmiştir. Bu modeller arasında en çok kullanılan ve geçerliliği kanıtlanmış olanlar; Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model) ve Sağlığı Geliştirme Modeli (Health Promotion Model)'dir. Sağlık inanç modeli, bireyin koruyucu sağlık davranışlarını açıklamaya, sağlığı geliştirme modeli ise, sağlığı geliştiren davranışlarını açıklamaya yönelik olarak geliştirilmiştir.

1.7.1 Sağlık İnanç Modeli

Bu model 1950'lerin başında, hastalıkların önlenmesi ve erken tanısında yer alan tarama programlarına katılımın yetersizliğini açıklamak için, Rosenstock ve Hochbaum tarafından geliştirilmiştir. Daha sonra, tanı konan hastalığa ve tedaviye verilen yanıtları kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Model, koruyucu sağlık davranışlarının uygulanmasında önemlidir (Grubbs ve Tabano, 2000).



Şekil-3

Şekil-3 Sağlık İnanç Modeli (Grubbs ve Tabano, 2000)

Bireyin bir hastalıktan korunması için, kendisine önerilen davranışı yapmasını etkileyen birçok etmen vardır. Öncelikle bireyin hastalığı algılaması önemlidir. Eğer birey hastalığa duyarlıysa ve belirti gösteriyorsa önerilen davranışı kolaylıkla uygulayabilir. Birey belirti göstermiyor ancak duyarlılık varsa, öncelikle bu duyarlılığı algılaması sağlanmalıdır. Bu aşamada hastalıkla ilgili toplum kampanyaları başlatılabilir, medya bireyleri duyarlı hale getirecek yayınlar yapılabilir. Bunun sonucunda birey hastalığı kendisi açısından değerlendirmeye başlar, önemini ve ciddiyetini kavrar. Bu süreci, bireyin demografik, psikososyal ve hastalıkla ilgili bilgi düzeyi veya hastalığı önceden geçirmiş olması gibi değiştirilebilir etmenler etkiler. Değiştirilebilir etmenler, bireyin önerilen davranışın yararlarını ve engelleyici etmenleri algılamasını da etkileyebilecektir. Sonuçta birey davranışı uygular ya da uygulamayabilir (Grubbs ve Tabano, 2000).

Model, yalnızca koruyucu sağlık davranışlarında (tarama) değil, hastalık davranışları ve hasta rolü davranışlarında da kullanılmaktadır (Rosenstock,1974). Kişi hastalığa duyarlı olduğunu, olumsuz sonuçların ortaya çıkacağını ve söz konusu davranışın yararının, zararından fazla olacağını düşünürse, ilgili sağlık davranışını gerçekleştirir.

1.7.1.1 Sağlık İnanç Modelinin Bileşenleri

1.7.1.1.1 Algılanan Duyarlılık

Kişinin sağlığını tehdit eden hastalık/risk ile ilgili algısıdır. Bu, tanının kabulü, hastalığa yakalanma ile ilgili olasılık ve hastalığa olan genel duyarlılığı ifade etmektedir (Glanz, Rimer ve Lewis, 2002).

1.7.1.1.2 Algılanan Şiddet/Ciddiyet

Hastalığın ciddiyeti ile ilgili algı ya da tedavi kabul edilmediğinde ortaya çıkacak sonuçlar ile ilgili değerlendirmelerdir (Glanz, Rimer ve Lewis, 2002).

1.7.1.1.3 Algılanan Yarar

Algılanan duyarlılık ve ciddiyet, ilgili davranışın gerçekleştirilmesine yönelik baskı oluşturmaktadır. Hastalık tehdidini azaltması için gerçekleştirilecek davranışın etkili olacağı ile ilgili inanç, algılanan yarar olarak tanımlanmaktadır. Kişi etkili olduğunu düşünmedikçe eyleme geçmemektedir (Glanz, Rimer ve Lewis, 2002).

1.7.1.1.4 Algılanan Engeller

Önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştıran engeller ya da davranışın olası olumsuz yönleri ile ilgili algıdır. Kişi, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını tartar (Glanz, Rimer ve Lewis, 2002). Kişi, ciddi olduğunu düşündüğü duruma duyarlı olduğuna ve sağlık tehdidi ile başa çıkmak için gerçekleştireceği davranışın yararının, maliyetinden fazla olduğuna inanırsa, söz konusu davranışı gerçekleştirir (Norman ve Conner, 2001).

1.7.1.1.5 Davranış ile İlgili İpuçları

Hochbaum, davranışı gerçekleştirmek için gereken hazır bulunuşluğun, ancak davranışın nedeni olan ipuçları ile artabileceğini öne sürmüştür. Ancak sistematik olarak çalışılmamıştır (Glanz, Rimer ve Lewis, 2002).

1.7.1.1.6 Öz Yeterlilik

Bandura'ya göre öz yeterlilik, kişinin sonuçları elde etmek için gereken davranışı gerçekleştirmesine yönelik kararlılığı ve kendisine olan inancıdır (Bandura, 1977). Bu bileşen 1988 yılında modele eklenmiştir (Glanz, Rimer ve Lewis, 2002).Oysa yaşam biçimiyle ilgili davranışlar, uzun sürelidir. Yaşam biçimi ile ilgili davranış değişikliği yapılırken, olumlu sonuçlar görülmeden ve yaşam biçimini

değiştirmeden önce, sonucun iyi olacağına güvenmek gerekir (Glanz, Rimer ve Lewis, 2002).

Algılan duyarlılık, algılanan ciddiyet ve algılanan riskin bir işlevidir. Algılanan duyarlılıktan önce, güçlü bir ciddiyet algılanmışsa bu, davranışın değişeceğinin işaretidir. Algılanan ciddiyetin yüksek olduğu durumda algılanan duyarlılık, davranışın gerçekleşeceğine işaret eder. Duyarlılık algısı yüksek olduğunda, algılanan engel ve yararlar, davranışın değişeceğini gösterir (Glanz, Rimer ve Lewis, 2002).

1.7.2 Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

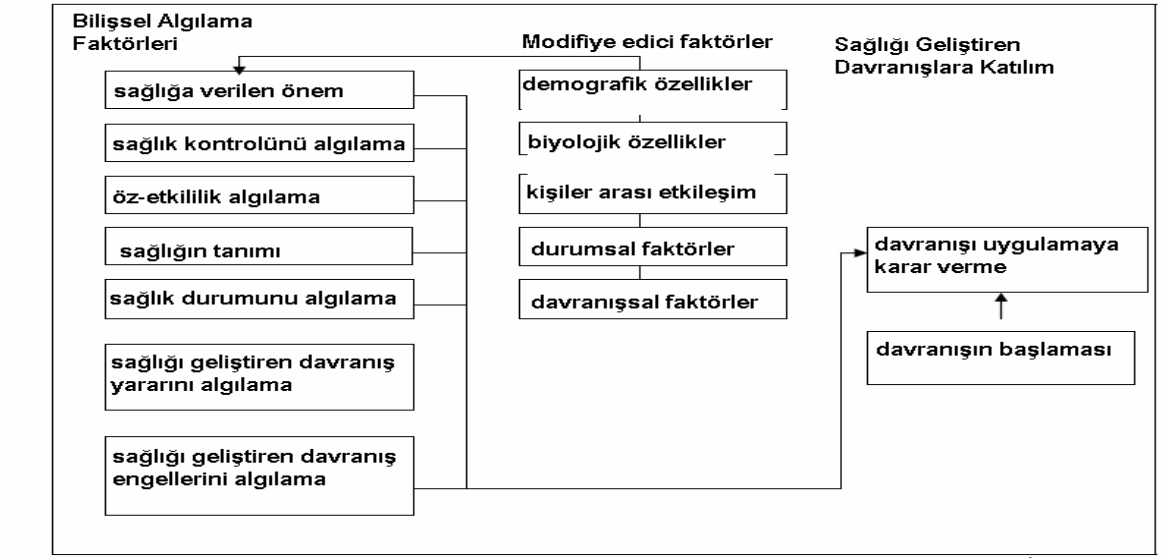
Pender 1990 yılında, Sağlık İnanç Modeli'ne sağlığı koruma kavramını ekleyerek bu modeli tanımlamıştır. Modelin ana fikri, sağlığı geliştirmek için sağlıklı yaşam biçimi oluşturulması; bu nedenle davranışların sağlıklı olacak şekilde değiştirilmesidir.

Pender (1982,1987), sağlıklı yaşam biçiminin iki yönü olduğunu belirtmiştir;

1.Sağlığın Korunması (Health protection)

2.Sağlığı Geliştirme (Health promotion)

Sağlığı geliştirme alanındaki uygulamalara yol gösterecek nitelikleri taşıyan ve Pender tarafından geliştirilen Şekil 4'teki Sağlığı Geliştirme Modeli, sağlığı geliştiren unsurları ve tahmin edilen nedensel mekanizmaları açıklamaktadır. Pender tarafından sosyal öğrenme teorisinden temel alınarak geliştirilen bu modelde, bireyin sağlık davranışı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan etmenler tanımlanmaktadır.



Şekil-4 Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (Pender, 1987)

1.7.2.1 Sağlığı Geliştirmede Bilişsel Algılama Etmenleri:

1.7.2.1.1 Sağlığa Verilen Önem

Sağlığa verilen önem, bireyin sağlığı geliştirme davranışına başlamasını ve devam etmesini etkiler. Sağlığa verilen önem etmenine göre kişi, sağlık problemi olduğunu algılamıyorsa, sağlığını geliştirmek için gerekli çabayı harcamayacaktır (Delaney, 1994).

1.7.2.1.2 Sağlık Kontrolünü Algılama

Bireyin kendi sağlık davranışlarını nasıl algıladığının ve kontrol ettiğinin bilinmesi, bireye yeni bir davranış kazandırılmasında önemlidir. Bireyin sağlık kontrolü; iç denetim odaklılık, dış denetim odaklılık ve şans etkisi olmak üzere üç düzeyde açıklanmaktadır. Bireyin sağlığının iç denetimi, kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıtmaktadır (Maurer, 2000). Dış denetim odaklı sağlık kontrolü, bireyin sağlığı üzerinde diğer kişilerin (aile, arkadaş, hekim, hemşire) etki düzeyini göstermektedir. Şans etkisi ise, bireyin sağlığını şansa bırakma düzeyini açıklamaktadır. Dış denetim odaklı etki ve şans etkisi düzeyinin yüksek olması

bireyin olumlu sağlık davranışına sahip olma ya da kazanma düzeyinin düşük olacağını göstermektedir (Pahalank, 1991).

1.7.2.1.3 Öz-Etkililik Algısı

Öz-etkililik, bireyin belli bir davranışı başarılı bir şekilde yapabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı, inancı olarak tanımlanır (Maurer, 2000). Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli ve Sosyal Bilişsel Kuramda öz-etkililik, sağlık davranışının öğretilmesinden sonra, bilginin ve becerinin uygulanmasını sağlayan temel etmen olarak gösterilmiştir (Pender, 1992). Öz-etkilik, bireyin sağlığını geliştirmede veya sorunlarını çözümlemede etkin olma gücüdür. Araştırmacılar, öz-etkililiğin olumlu davranış değişikliliğin sürekliliğinde büyük bir paya sahip olduğunu bildirmektedir. Ayrıca stresin öz-etkililiğin üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu ve yeniden sağlıksız davranışlara dönme eğilimini artırdığı da görülmüştür.

1.7.2.1.4 Sağlığın Tanımı

DSÖ tarafından yapılan sağlık tanımı günümüzde en yaygın kullanılan tanımdır. Bu tanıma göre sağlık; "sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve mental yönden tam bir iyilik halidir". Bu tanımda iyilik kavramını açıklama güçlüğünün yanı sıra, "tam"ın nasıl ölçüleceği tartışılmaktadır.

Sağlık kavramını sübjektif ve objektif olarak ikiye ayırıp incelemek, iyilik halinin anlaşılmasını sağlayabilir (Birol, 2004).

Sübjektif Olarak Sağlık: Bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden durumunu algılaması halidir. Bu bakış açısına göre birey, hasta olmadığı halde kendini hasta; ya da hasta olduğu halde kendini sağlıklı algılayabilir.

Objektif Olarak Sağlık: Doktor muayenesi ve tanı testleri sonucuna göre hastalığın olmamasıdır. Bu durumda bir kişiye sağlıklı diyebilmek için hem bireyin kendini sübjektif olarak sağlıklı algılaması, hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı olması gerekmektedir.

1.7.2.1.5 Sağlık Durumunu Algılama

Bu etmene göre birey sağlık durumunu iyi, kötü veya çok kötü olarak algılayabilir. Araştırmalara göre sağlık durumunu "iyi" olarak algılayanların olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyi "çok iyi", "kötü", "çok kötü" algılayanlara göre yüksek bulunmuştur (Radmacher ve Sheridan, 1992). Kendini "iyi hissetmenin" sağlık durumunu yükseltmek için motivasyonel bir kaynak olabileceği, kendilerini sağlıklı olarak algılayan bireylerin sağlıklarını yükseltmek ve sürdürmek için daha fazla çaba sarf edecekleri belirtilmektedir (Pender, Barbauskas ve Hayman, 1992).

1.7.2.1.6 Sağlığı Geliştiren Davranışın Yararını Algılama

Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre, "kişinin, hastalık ve sağlık konularında kendini nasıl algıladığı ve hissettiği" önemlidir. Bu algı, psikolojik olarak kişinin sağlık davranışını uygulamaya açık olup olmadığını belirler. Sağlık İnanç Modeli'ne göre sağlık davranışına hazır olmayı belirleyen etmenler arasında, bir tehdit olarak algılanması, yarar algısı ve engel algısı bulunmaktadır.

Yarar Algısı: Bireylere, olumlu sağlık davranışlarını uygulama ve sürdürmenin yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilebilir. Böylece bireyin sağlıkla ilgili tutum, davranışlar ve olumlu sağlık uygulamalarının yararı ile ilgili bilgilenerek kendi sağlığını kontrol etme olasılığı artar.

Engel Algısı: Birey psikolojik, kültürel, bireysel özellikler gibi çeşitli nedenlere bağlı olarak olumlu sağlık davranışları için bireysel ve toplumsal düzeyde çeşitli engeller algılayabilir.

Olumlu sağlık davranışlarını uygulama ve sürdürme olasılığını azaltan en önemli etken, engel algısı ile yarar algısı arasındaki farktır. Yarar algısı, engel algısına üstün geldikçe olumlu sağlık davranışlarını uygulama olasılığı artar (Glanz, Rimer ve Lewis, 2002).

1.7.2.1.7 Sağlığı Geliştiren Davranışları Destekleyen Ve Engelleyen Etmenler:

Sağlığın, sadece fiziksel iyilik hali olmadığı, psiko-sosyal değişkenlerden etkilendiği kabul edilmektedir. Engelleyen özellikler, sağlığı geliştiren davranışların gerçekleşmesini olumsuz yönde etkileyen iç denetim odaklı ve dış denetim odaklı etmenlerdir. Engelleyen özellikler arasında fiziksel ve psikolojik özellikler, motivasyon ve çevresel özellikler, bireyin sağlık durumu ve kişisel nedenler sayılabilir. Destekleyen özellikler ise sağlığı geliştiren davranışların gerçekleşmesini olumlu yönde etkileyen iç denetim odaklı veya dış denetim odaklı etmenlerdir. Destekleyen özellikler olarak, sağlığı geliştiren etkinliklerinin yararının algılanması, olumlu değişikliklerin fark edilmesi ve destekleyici çevrelerin varlığı (aile, arkadaş, sosyal kurumlar vb.) gösterilmektedir (Maurer, Smith, 2000).

1.7.2.2 Sağlığı Geliştirmeyi Etkileyen Etmenler:

1.7.2.2.1 Demografik Etmenler

Demografik etmenler, sağlığı geliştiren davranışlara etki etmekte ancak bu etki farklı düzeylerde ve dolaylı olmaktadır. Örneğin; sosyo-ekonomik statü ve onun alt grupları olan eğitim, gelir ve mesleki durum birbirinden bağımsız olarak

etkilemektedirler. Bu etkileşim, tüm yaşam biçimine yansıyabileceği gibi, tek tek davranışlar şeklinde de olabilmektedir (Johnson, 2005).

Bazı çalışmalar, yaş ile sağlığı geliştiren davranışlar arasında olumlu ilişki olduğunu göstermiştir. Yaşın artmasıyla, uyumlu davranış gösterme arasında paralellik olduğu belirtilmektedir (Velioğlu, 1999). Volden, Longemo ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, yaş ve medeni durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanması ve sürdürülmesinde etkili olduğu belirtilmektedir (Longemo ve Volden, 1990).

1.7.2.2.2 Biyolojik Özellikler

Bireyin boy, ağırlık, beden kitle indeksi gibi özelliklerinin sağlık davranışlarını etkilediği belirtilmektedir (Longemo ve Volden, 1990). Battorf ve arkadaşlarının Sağlığı Geliştirme Modeli'ni test ettikleri çalışmalarında, biyolojik özelliklerin sağlık davranışları üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Johnson, 2005).

1.7.2.2.3 Kişiler Arası Etkileşim

Bu etmene göre aile, arkadaş, sağlık görevlileri, akrabalarla iyi etkileşimin, bireyin olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyini etkilediği bildirilmektedir (Johnson, 2005). Örneğin, sigarayı bırakan kişinin bu davranışının sürekliliğinde, arkadaşları veya bireylerle olan işbirliği ve ekip anlayışı içinde çalışmanın etkili olduğu görülmüştür (Johnson, 2005).

1.7.2.2.4 Durumsal Etmenler

Bireyin içinde bulunduğu çevre, davranış oluşumunu etkilemektedir. Birey ya da grubun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik haline ulaşması için,

çevresi ile baş edebilmesi, çevresini değiştirebilmesi, isteklerini belirleyebilmesi, tanıyabilmesi ve doyum bulabilmesi gereklidir (Pahalank, 1991).

1.7.2.2.5 Davranışsal Etmenler

Bireyin bilgi ve beceri düzeyinin davranış kazanmada etkili olduğu belirtilmektedir (Pahalank, 1991). Örneğin; daha önceden sigara içen ancak akciğer rahatsızlığı geçiren bir kişinin sigarayı bırakması daha kolay sonuç vermektedir (Pahalank, 1991). Sosyal Bilişsel Modele göre; bilgi, beceri, bireysel yeterlilik gibi etmenler sağlık davranışını destekleyen etmenlerdir (Tabak, 2000).

1.8 Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi

Avrupa ülkeleri, Alma-ata ilkeleri doğrultusunda bölgesel gelişmeleri gözden geçirmek üzere 1980 yılında Fez kentinde toplanarak "2000 Yılında Herkes için Sağlık" ilkelerini başarmada bölgesel sağlık stratejisi geliştirilmesi sonucuna varmışlardır (Öztek, 1986).

Alma-Ata Konferansı'ndan sonra birçok adım atılmışsa da "Herkes için Sağlık" hedeflerine ulaşmadaki ilerleme birçok ülkede oldukça yavaştır. Yetersiz politik duyarlılık, yoksulluğun getirdiği kısıtlamalar, sağlık için sektörler arası işbirliğinin sağlanamamış olması, kadının statüsünün yükseltilememiş olması, insan kaynakları ve sağlık enformasyon sistemindeki zayıflık, HIV / AIDS salgını, düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık sisteminin sorunlarla boğuşuyor olması, küresel sağlık insan gücü krizinin varlığı, kalıcı, devamlı maddi kaynak olmaması ve yolsuzluklar, eşitliği sağlayacak sağlık politikalarının uygulanmasındaki zorluklar bu gecikmeye neden olan olası etmenlerdir (Ergöçmen ve ark., 2004).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yıllar içinde belirlenen sağlık hedeflerine acilen ulaşabilmek, dünya sağlığını yükseltmek ve eşitsizliklere son vermek amacıyla oluşturulan son hareket "Bin Yıl Bildirgesi"dir. Birleşmiş Milletler üyesi 189 ulus

temsilcisinin katılımı ile 2000 yılından, 2015 yılına dek 8 amacı gerçekleştirme kararının alındığı tarihi bir zirve yapılmıştır (Ergöçmen ve ark., 2004).

Bin Yıl Kalkınma Amaçları; Aşırı yoksulluk ve açlığın ortadan kaldırılması, herkese ilkokul eğitimi sağlanması, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması ve kadınların güçlendirilmesi, çocuk ölümlerinin azaltılması, ana sağlığında iyileşme, HIV/AIDS, sıtma ve diğer hastalıklarla mücadele, çevresel sürdürülebilirliğin sağlanması, kalkınma için küresel bir ortaklık oluşturulması olarak belirlenmiştir (Ergöçmen ve ark., 2004).

Bin Yıl Hedefleri'ne ulaşmak için anahtarlardan birisi de doğru kaynakların kullanılmasıdır. Sağlıkta insan kaynaklarının etkili kullanımını engelleyen beş ana etmen şu şekilde sıralanabilir; sağlık çalışanlarının bireysel özellikleri, sağlık hizmetlerinin durumu, sağlık sektörünün durumu, sağlık çalışanlarının eğitim kapasiteleri, ülkenin sosyo-ekonomik ve sosyo-politik yapısı (Ergöçmen ve ark., 2004).

Alma Ata zirvesinden, günümüze kadar geçen 30 yılda sağlık alanındaki yavaş ilerleme göz önünde bulundurulduğunda, bin yıl amaçlarını sürdürebilmek için paranın gerekliliği yadsınamaz bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun yanı sıra kararlı hükümet politikaları, makroekonomik istikrar ve yolsuzluklarla savaşan bir yönetim de gerekmektedir. Hükümetlerin ayrıca sağlık ve eğitime, temel alt yapıya yatırım yapması, insan hakları ve hakkaniyeti birincil koşul olarak benimsemesi, tarımsal verimliliği arttırması, temiz çevre ve endüstriyel kalkınma için uygun politikaları oluşturması gerekir. Belirlenen hedefler doğrultusunda, ülkeler sağlığın gelişmesi için temel değişiklikleri yapmaya çağırılmakta ve yaşam biçiminin de içinde yer aldığı başlıca dört gelişim alanı üzerinde durulmaktadır (Ergöçmen ve ark., 2004).

Bu alanlardan biri olan sağlığı geliştirici yaşam biçimi, sağlığı geliştirme modelinin kurucusu olan Pender (1987) tarafından kişinin tam iyilik düzeyinin

geliştirilerek sürdürülmesini ve kendini gerçekleştirilmesini sağlayan çok boyutlu bir yaşam biçimi olarak ifade edilmektedir. Dunn (1961) sağlık düzeyinin geliştirilmesinde ve korunmasında yaşam biçiminin önemini vurgulamış, Travis de sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarını sağlık sorumluluğu, beslenme, stresle başa çıkma ve fiziksel farkındalık olarak ifade etmiştir (Pender ve ark, 1990).

Bireyin yaşam biçimi; sadece hastalıklardan korumak değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini arttıran davranışları göstermeyi de içermeli, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu ve hijyenik önlemleri kapsamalıdır. Sağlığı geliştirici yaşam biçimi, sağlık için kişisel sorumluluğu da artırmaya yöneliktir (Pender ve ark., 1990; Aksayan ve ark., 1998). Yaşam biçimi, sağlık davranışlarının sergilendiği bir kavram olduğu için, sağlık davranışları ile ilgili çalışmalar, yaşam biçimi kavramı üzerine odaklanmaktadır. Pender (1987) sağlıklı yaşam biçiminin, sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu belirtmiştir. Sağlığı geliştiren davranışların bireyin iyilik düzeyini, kendini gerçekleştirmeyi sağlayan davranışları içerdiği ifade edilmektedir.

Literatürde sağlık risklerinin bireysel yaşam biçimi ile ilişkili olduğuna dikkat çekilmektedir. Sağlığı geliştirme davranışlarının ve sağlıklı yaşam biçiminin, sağlığı korumak ve sürdürmek için en önemli strateji olduğu ifade edilmektedir. Yapılan çalışmalarda sağlıklı yaşam biçiminin hastalıklara yakalanmayı azalttığı ve ölüm oranlarını düşürdüğü, kalp hastalıkları ve kanserin önlenmesinde oldukça önemli bir yeri olduğu ifade edilmektedir (Pender ve ark., 1992). Bu ifadelerden de anlaşıldığı gibi sağlığın geliştirilmesinde, sağlığı geliştirici yaşam biçiminin çok önemli bir yeri vardır. Pender'e göre sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimidir (Pender, 1987).

1.8.1 Kendini Gerçekleştirme

İnsan davranışlarını inceleyen psikologlara göre, bireyin davranışlarının en önemli belirleyicisi "benlik kavramı", davranışlarını yöneten en önemli güdü de "kendini gerçekleştirme" güdüsüdür. Kendini gerçekleştirme, insan davranışlarını yöneten bir güdü olduğu kadar, erişilmeye çalışılan bir gelişme düzeyidir (Erden ve Akman, 1985).

Kendini gerçekleştirmiş bireyler, kendini tanır, güçlü ve zayıf yönlerini bilir, belli bir plan ve program çerçevesinde belli bir hedef ve amaca yönelik bir yaşam sürer, başarılarının farkındadır. Bireyin kendini takdir etmesi ve kendinden memnun olması, kendinin değerli olduğuna inanması da onun kendini gerçekleştirdiğini gösterir. Maslow'a göre "kendini gerçekleştirme", bireyin tümüyle odaklaşarak ve özümseyerek yaşamı dolu ve coşku ile yaşamasıdır (Erkan, 1998).

Maslow'a göre, aşağıdaki niteliklere sahip olan kişiler, kendini gerçekleştirme yolunda olan sağlıklı kimselerdir;

- Gerçekçi olma
- Kendini, başkalarını ve doğayı kabul etme
- Problemlerin çözümüne dönük olma
- Otonomi sahibi olma
- İnsanlara karşı empati, sempati, acıma duygularını geliştirme
- Kişiler arası derin ilişkiler kurma
- Demokratik karakter yapısına sahip olma
- Amacı araçtan ayırma
- Filozofik gülmece duygusu geliştirme
- Yaratıcı olma
- Özel ve yalnız yaşamdan zevk alma
- Günlük yaşamında yenilikler bulabilme
- İçinden geldiği gibi davranma

Her davranışın gerisinde giderilmeye çalışılan bir ihtiyaç vardır. Davranış, ihtiyaçları gidereceği düşünülen nesnelere (insan, nesne) yöneliktir. Psikolojinin bu temel ilkesi, mesleki faaliyetler için de geçerlidir. Meslek veya iş bir kimsenin en güçlü olandan başlayarak sırasıyla ihtiyaçlarına cevap verebildiği ölçüde, yani bir insanın istek sıralaması ile bir mesleğin sağladığı olanakların önem sırası denk düştüğü oranda, iş veya meslekten hoşnutluk söz konusu olabilir (Çimen, 2000).

Hemşirelerin mesleklerinden aldıkları doyum kadar, kendilerini kabul düzeyleri de hemşireliğin benimsenmesinde ve mesleğin tercih edilmesinde etkili olmaktadır.

1.8.2 Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığıyla ilgili olarak koruyucu davranışlar, önleyici davranışlar ve sağlığı geliştiren davranışlara yönelik tutum ve davranış değişikliği göstermesi anlamına gelmektedir. Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler (Lusk ve ark., 1994).

Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi;

- Vücudunu ve kendini tanıması, sağlık ile ilgili değişiklikler ve sapmalar olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna başvurması,
- Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklık ve düzenine özen göstermesi,
- Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi,
- Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi,
- Sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi,
- Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi,
- Sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması ile belirlenir (Lusk ve ark., 1994).

1.8.3 Egzersiz ve Fiziksel Etkinlik

Bireyin bir amaca yönelik olarak çevrede yer değiştirebilmesi için kas gruplarının kasılıp gevşemesi yalnız fizyolojik olarak değil, psikolojik olarak da bireyin sağlıklı olması ve sağlığın sürdürülmesi için gereklidir. Egzersiz ile fiziksel etkinlik terimleri farklı anlamlar taşırlar. Bunlar arasındaki fark; fiziksel etkinliğin günlük yaptığımız işler, oturma, kalkma, dolaşma, yıkanma, gibi her türlü kas hareketlerini kapsaması; egzersiz ise genellikle bir spor aktivitesi içine girebilecek özel, sürekli ve düzenli kas hareketi olmasıdır (Ersoy, 1995). Amerikan Egzersiz Konseyi (ACE) tarafından önerilen egzersiz; haftada en az 3-4 kez, en az 20 dk süren yürüme, koşma, yüzme, bisiklete binme gibi tekrarlı ve ritmik kas hareketlerini içermelidir (Kaplan ve ark., 1993).

Sağlıklı beslenme ile birlikte yapılan düzenli egzersizin, kan basıncını normal düzeyde tuttuğu, akciğerlerin kapasitesini artırdığı, oksijen alımını destekleyici etkiye sahip olduğu, lipit yağ metabolizmasına olumlu etkileri olduğu bilinmektedir. Yüksek dansiteli lipoproteini (HDL) artırırken, bazı durumlarda toplam düşük dansiteli lipoproteini (LDL) düşürerek daha yüksek HDL/LDL oranı sağlar ve buna bağlı koroner kalp hastalığı riskini azaltmaktadır, ayrıca yüksek plazma trigliserid düzeyini de düşürmektedir (Çakır ve ark., 2002).

Bunun yanında artriti, konstipasyonu önleme gibi yararları ve koruyuculuğu vardır. Metabolik adaptasyonu gerçekleştirerek, iskelet kaslarının oksitatif kapasitesini ve myoglobin konsantrasyonunu arttırır. Yağ asitlerini enerjiye çevirerek, glikojen depolanmasında artışa neden olur. Dinlenme esnasında kalbin çalışmasını düzenler, egzersiz sırasında kalbin çalışma kapasitesini ve egzersize olan cevaptan dolayı aşırı yüklenmeyi azaltır. Egzersiz, geniş kas gruplarının kullanımını ve aktivasyonunu sağlar. Performansı sürekli kılar, beden ve organizmaya ritim kazandırır (Çakır ve ark., 2002).

Yapılan araştırmalarda, egzersiz ve fiziksel etkinliğin kadın ve erkeklerde kolon kanseri riskini azaltıcı bir etmen olduğu, bunun yanı sıra stresin azalması ve

motivasyonun artmasında önemli rolünün olduğu belirtilmektedir. Ev içi ve ev dışı sporlara en yüksek oranda katılım 16-24 yaş grubundadır ve eğitim düzeyi yükseldikçe bu katılım giderek artmaktadır (Çakır ve ark., 2002). Fiziksel egzersiz, kaygı, stres, depresyonun azaltılması, zihinsel sağlığın sürdürülmesi, psikolojik zindeliğin sağlanmasında pozitif etkiler yaratırken, diğer yandan da sigara tüketiminde ve fazla ağırlıklarda azalma sağlar. Adölesan dönemden sonra artmakta olan fiziksel inaktivite, kanser, kalp-damar hastalıklarının gelişme olasılığını arttırmaktadır. Dünyada yetişkin nüfusun %60'ının ve genç nüfusun üçte ikisinin yeterli fizik etkinlik yapmadıkları, fiziksel inaktivitenin kadınlarda daha fazla olduğu bilinmektedir (Akça, 1998).

1.8.4 Yeterli ve Dengeli Beslenme

Beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı ve verimli olarak uzun süre yaşamak için gerekli olan enerji ve besin öğelerinden her birini yeterli miktarda sağlayacak olan besinleri besin değerini yitirmeden, sağlık bozucu hale getirmeden en ekonomik şekilde almak ve kullanmaktır (Baysal, 1998).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde dengeli ve yeterli beslenmenin etkisi yadsınamaz bir gerçektir. Beslenme, büyüme, yaşamın sürdürülmesi, sağlığın korunması için besinlerin kullanılmasıdır ve yaşamın her döneminde sağlığın temelini oluşturmaktadır. Temel insan gereksinimlerinden olan beslenme, sağlığın sürdürülmesi, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde son derece önemli bir kavramdır (Baysal, 1998; Beaudry ve ark., 2004).

Toplumun ve onu oluşturan bireylerin sağlıklı ve güçlü olarak yaşamasında, ekonomik ve sosyal yönden gelişmesinde, refah düzeyinin artmasında, huzur ve güvence altında varlığını sürdürebilmesinde yeterli ve dengeli beslenme temel koşullardan biri belki de en önemlisidir. Bireyin beslenme durumunu; besinin üretiminden tüketimine kadar birçok etmen etkiler. Bu etmenlerden bir tanesi ve belki de en önemlisi strestir (Beyhan, 2001).

Bugün sahip olduğumuz yaşam biçimi ve beslenme alışkanlıkları, bizden önceki kuşaklara göre birçok açıdan büyük değişiklik göstermektedir. Günümüz insanı, teknolojik yenilikler ve yaşam koşullarındaki gelişmeler sayesinde farklı bir yaşam tarzı sürdürmektedir. İşini daha çok oturarak yapmakta, kendine daha çok zaman ayırabilmekte, diğer yandan daha az hareket etmekte ve bu yaşam biçimi bireylerin enerji harcamasını büyük ölçüde azaltmaktadır. Bunun yanında kişilerin beslenme alışkanlıklarında da büyük değişiklikler olmuş; aşırı yemek yeme, fazla saf besin ve yağ tüketimi, alkol, işlenmiş besin, hazır yiyecek tüketme eğilimi ortaya çıkmıştır. İnsan yaşamındaki bu değişiklikler, insan bedeninin fiziksel yapısının değişmesine, boya göre beden ağırlığının artmasına, başka bir deyişle şişmanlığa neden olmuştur (Baysal, 1998).

Beslenme alışkanlıkları, bedensel ve zihinsel sağlığı önemli derecede etkilemesi bakımından günümüzde tüm dünya ülkelerinde üzerinde son derece önemle durulan bir konudur. Kişinin öğün sayısı, ana öğünlerde ve ara öğünlerde tükettiği besinlerin tür ve miktarları, yiyecek satın alma, yemek hazırlama, pişirme servis gibi ana özellikleri yanında, kişilerin hızlı veya yavaş yemek yemesi, besinlerin ağızda iyice çiğnenmesi, üzüntü, neşe veya yorgunluk durumlarında besin tüketimi, besinleri soğuk ya da sıcak tüketme gibi davranış kalıplarını içeren bir bütünlük oluşturmaktadır. Ayrıca eğitim, gelir ve beslenme bilgi düzeyi, gelenekler, iklim, çevre, kentte ya da kırsalda yaşama gibi etmenler de beslenme alışkanlıklarını etkilemekte ve yönlendirmektedir. Bu nedenle, bireyin beslenme alışkanlıklarını değiştirmek ve yeni bir şekil vermek zor bir uğraştır (Baysal, 1998).

Sağlıklı ve iyi beslenen kişilerin, boy uzunluğu ile ağırlıkları uyumludur. Boy uzunluğuna göre olması gereken ağırlığa ideal ağırlık denilmektedir. İdeal ağırlık değerini saptamada DSÖ tarafından önerilen Beden Kitle İndeksi (B.K.İ.) çok kullanılan bir yöntemdir (Çakır ve ark., 2002).

Günlük Beslenme Rehberi

Besinler, içerdikleri besin öğelerinin türleri ve miktarları yönünden farklıdır. Bu nedenle besinler, besleyici değerleri yönünden dört grup altında toplanabilir. Bunlar;

- Süt ve sütten yapılan yiyecekler,
- Et, tavuk, balık, yumurta, kuru nohut, kuru fasulye, mercimek ve bu besinlerden yapılan ürünler,
- Taze sebze ve meyveler,
- Tahıllar ve tahıllardan yapılan yiyeceklerdir. Günlük diyette her gruptan gereksinmemize uygun miktarda besin bulunması yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlar (Çakır ve ark., 2002).

Sağlıklı Beslenme Konusundaki Uyarılar

- Öğün atlanmaması,
- Günde üç ana öğün, mümkünse bir-iki ara öğün tüketimi,
- Yiyeceklerin yavaş yenilmesi, iyi çiğnenmesi,
- Günlük yağ tüketimini azaltarak, çok yağlı yiyeceklerin yenmemesi,
- Günlük şeker tüketiminin azaltılması,
- Günlük tuz tüketiminin azaltılması,
- Posalı yiyecek tüketiminin arttırılması,
- Her gün düzenli olarak kahvaltı edilmesi önerilmektedir (Ersoy, 1995).

1.8.5 Kişiler Arası Destek

Kişiler arası destek; "Mahremiyet, sosyal bütünlük, bakım olanağı, yaşam güvencesi, güvenilir arkadaşlık duygusu ve rehberlik elde etme" olarak tanımlanmaktadır (Wang, 1999). Pender (1987) bireylerin kişiler arası destek

sistemini; “Kendine yakın arkadaşları ile birlikte olmak için zaman ayırma, insanlarla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurma, başkalarının başarılarını övme, yakın bulunduğu (aile, arkadaş v.b) bireylere dokunmaktan hoşlanma, fikir alışverişinde bulunma, tartışma ve uzlaşma yolu ile sorunları çözme” olarak tanımlamıştır.

İletişim; insanın kendini, duygu ve düşüncelerini gereksinmelerini anlatma ve başkalarını anlama yoludur. İletişim en az iki kişi arasında olur, ilişki bağı gelişir ve bu bağ karşılıklı değer vermeye, saygı duymaya ve destek olmaya bağlıdır. Kişilerarası iletişim veya ilişki arkadaşlarla, aile bireyleri ile sosyal çevre ve mesleki çevre ile olan ilişkilerdir.

- Algılama (bireyin genel deneyimleri olup, davranışın yönünü belirler),
- Değerler (değer sisteminde yaş, cinsiyet, inanışlar rol oynar),
- Kültür (bireyin dünya görüşü, örf ve ananeleri),
- Duygular (öfke, sevgi, şefkat ve kin duyguları) ile sosyal konum kişiler arası ilişkiyi belirleyici rol oynar.

Aktif dinleme, bilgi alma ve bilgi verme; bireyi tanıma, sorunlarına tanı koyma, çözüm bulma ve destekleyici olmada önemlidir. Destek sağlama girişimlerinin olumlu ya da olumsuz oluşu, problem çözümünü etkiler (Özcan, 1996).

Kişiler arası ilişkilerde destek veren kişi veya kişiler koşulsuz bir yaklaşımla ve güven verici tutumlarıyla iletişimin ve yardımın nitelik kazanmasını sağlarlar. Destek veren kişi veya kişiler, hem problemin çözümüne hem de asıl gereksinimin açığa çıkmasına, bireyin baş etme yeteneğinin artmasına katkıda bulunmuş olurlar. Baş edebilme biçimi bireyden bireye farklılık gösterir. Her bireyin dini ve kültürel özellikleri ya da çocukluk dönemindeki yaşam deneyimleri, kişiler arası ilişki ve kişiler arası destek sürecini etkiler. Destek ve işbirliğinin gelişmesi için kişiler arası iletişimin sürekli olması gerekir (Işıkhan, 1998).

1.8.6 Stresle Baş Etme

Biyolojik, psikolojik ve sosyal bir varlık olan insanın, birtakım fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimleri vardır. Bu gereksinimlerin dengeli bir biçimde karşılanması gerekmektedir. Bireyin gerek kendisi gerek çevresiyle olan etkileşimlerini içine alan gelişim süreci içerisinde, çevresel uyaranları tehdit olarak algıladığı olgu stres olup, "Kendisinin sahip olduğu özelliklerin beklentilerin hoş olmayan durumu" olarak tanımlanmaktadır (Aydınlı, 2001; Baltaş, 2000). Stres, "Kişiye güç gelen, baskı ve engellenme yaratan, çıkmaza sokan, bunaltı ve üzüntü verici, kişinin kısa veya uzun zaman uyumunu bozan yaşam olayları"dır (Velioğlu, 1999; Birol, 2004).

Stresle baş etmede ilk adım olarak, bireyin kendisini stresli hissetmesine neden olan durumların ve stres altında iken hissettiği duyguların farkında olması gerekmektedir.

Lazarus'a göre birey önce stres kaynağını değerlendirmekte, daha sonra baş etme stratejileri uygulamaktadır. Stresin birey için taşıdığı anlam birincil değerlendirme iken, bireyin stres durumu karşısında baş etme seçeneklerini belirlemesi ikincil değerlendirme olarak tanımlanmaktadır. Birincil değerlendirmeye bireyin inançları, değerleri, amaçları, olayları kontrol edebilirliği etki ederken, ikincil değerlendirmeyi bireyin kişiliği, sosyal destekleri, ahlakı gibi öz kaynakları etkilemektedir (Birol, 2004; Baltaş, 2000).

Strese karşı verilen tepkiler uzun bir zaman dilimi içinde kronik hastalıklara ortam hazırlamaktadır. İnsanlar bireysel özelliklere göre stres karşısında psikolojik tepki olarak geri çekilme, kabullenme, karşı koyma, endişe, depresyon gibi duygusal problemler geliştirebilmektedirler. Ayrıca dikkat azalması, dikkati bir konu üzerinde toplama güçlüğü, aşırı unutkanlık, obsesif düşünceler, zihinsel düzeydeki problemlere örnek olarak gösterilebilmektedir (Birol, 2004; Buldukoğlu ve ark., 1996).

Sonuçları yönünden iki tür stres vardır:

1. Pozitif Stres (Eustress): Bireye kazanç sağlayan, yaşanması istenen durumlardır. Bu tür stres, fiziksel ve ruhsal dayanıklılığın artmasında önemli rol oynamaktadır.

2. Negatif Stres (Distress): Bireyin kaynaklarını ve baş etme yeteneklerini tüketen durumlardır. Kişinin kendine güvenini kaybetmesine neden olan, yetersizlik duygularına sevk eden, çaresizlik, umutsuzluk ve hayal kırıklığı yaratan strestir (Baltaş, 1996).

Stres, bireyin sağlığını geliştirmesine etki eden bir etmen olup, stresle başa çıkma yolları veya güçlüğe karşı uyum sağlaması, strese neden olan etmenlerin bir tehdit olarak algılanmasına engel olur. Uyum; bireyin kendisinden, başkalarından veya çevresinden kaynaklanan stres yaratan etmene karşı verdiği tepkide tüm vücudunda ya da kişiliğinde meydana gelen değişiklikler sürecidir. Stres yaratan etmen, stres doğuran olay veya etmendir. Stres yaratan etmenler, içsel ve dışsal olmak üzere iki grupta ele alınabilir. İçsel stres yaratan etmenler, bireyin kendisi ile ilgili olanlar; dışsal stres yaratan etmenler, fiziksel ve sosyal çevreden kaynaklananlardır. Örneğin; mükemmeliyetçilik, başarısızlık korkusu, bilgi eksikliği hissetme içsel stres yaratan etmenlerdir. Dışsal strese neden olan etmenlere; başkaları tarafından sevilmeme ve kabullenilmeme, başkalarının sorununu üstlenme, seyahat etme, yeni bir şehir, yeni bir ev örnek olarak verilebilir (Allen ve Mitchell, 1995).

Yaşam içinde stresin etkili bir biçimde yönetilmesi, öğrenilen bir davranıştır. Kişinin stresle baş edebilmesi veya strese karşı kişilerin tutum belirlemesindeki amaç, hem problem çözme becerisini hem de savunma mekanizmasını kullanmasını içerir (Beckmann, 1989).

1.8.6.1 Stres Türleri

Akut Stres: Ani, ansızın karşılaşılan bir olay (örneğin bir saldırı gibi) sonucunda meydana gelmektedir.

Subakut Stres: Bir dönem içerisinde yaşanılan sıkıntılı yaşantının bir parçası ve birbirini başlatan bir dizi olumsuz olaylar ve yaşantılar sonucunda görülen süreçtir.

Kronikleşme Sürecinde Stres: Değişik aralıklar ile sürekli stresli olaylar yaşanılması sonucunda görülen süreçtir.

Kronik Stres: Hiç kesintisiz sürekli zorlanma, ağır yük altında yaşamak zorunda kalmak, kronik strese neden olmaktadır. Sıralanan stresin boyutları ne kadar fazla ve sayıları ne kadar çok ise, zararlı etkilerinin ortaya çıkma olasılığı da o kadar fazladır (Smith, 2005).

1.8.6.2 Strese karşı tepki

Her insanın stresi algılamasında bireysel etmenlerine bağlı bazı farklılıklar vardır. Bunun temelinde kişiler için yaşadıkları yaşam olaylarını algılayış biçimleri ve onlara atfettikleri anlam önemli bir rol oynamaktadır.

Bu algılamayı etkileyen etmenler şunlardır;

1. Kişinin gelişme döneminde ya da yaşamının diğer dönemlerindeki önemli yaşantı ya da deneyimlerinin olması,
2. Olayın olduğu sıradaki sosyal destek sisteminin varlığı ve yeterliliği (kişinin evli olması, eşinden yeterli destek görmesi vb.),
3. Maddi yeterlilik ve sosyal güvencenin varlığı sayılabilmektedir.

Burada göz ardı edilmemesi gereken unsurların başında kişinin gelişimsel dönemlerindeki yaşantıları gelmektedir. Bu dönemle bağlantılı olarak kalıtsal ya da edinilmiş etmenler (ırk, cinsiyet, yaş, evlilik durumu gibi sosyo demografik veriler) kişilerin strese olan yatkınlığının önemli belirleyicileri arasında sayılabilir (Şahin, 1994).

1.8.6.2.1 Stres Tepkisinin Aşamaları

Stres sırasında organizmanın tehdit edilmesi ve bu yüzden dengenin bozulması bireyin canlılığı korumasına yönelik alarm tepkisinin yaşanmasına neden olmaktadır. Bozulan dengenin yeniden kurulması için yeniden duruma uyum sağlaması gerekmektedir. Bu nedenle stres tepkisi 'Genel Uyum Sendromu' olarak da adlandırılır.

Genel Uyum Sendromu'nun üç basamağı vardır:

Alarm Reaksiyonu: Bu dönem, insanların dış uyaranları stres olarak algıladığı dönemdir. Amaç, mücadele ederek veya kaçınarak organizmayı korumaktır.

Direnç Dönemi: Bu dönemde kişi stresle yüz yüze kalmıştır araya başka stresler girmezse baş edebilecektir. Eğer direnç dönemi başarı ile aşılırsa, beden normal koşullarına dönmektedir. Başarısız olunursa beden kuvvetten düşmekte ve çökmektedir.

Tükenme Dönemi: Stres verici olay çok ciddi ve uzun sürer ise, organizma tükenme basamağına geçer. Bazen bu dönemde yeniden alarm dönemi tepkileri ortaya çıkmaktadır. Bunların ardından tükenme ve bitkinlik nöbetleri gelir, artık organizmada geri dönüşü olmayan izler meydana gelir. Bu dönem hastalıklara açık olunan bir dönemdir.

Selye, stresin yarattığı yıkımı "adaptasyon hastalığı" olarak tanımlamıştır. Sonucunda bedensel tükenme ve ölüm meydana gelir. Eğer beden savunması stres yaratan etmenlere karşı iyi çalışıyorsa, genel uyum iyi sağlanıyor denilmektedir (Selye, 1997).

1.8.6.3 Stresin Sonuçları

1.8.6.3.1 Stresin Davranışsal Sonuçları

Alkol alma eğilimi stresin en çok görülen davranışsal sonucudur. Günlük sorunlardan kurtulmak için başvurulan ve geçici bir rahatlık yaratan alkol, zamanla alışkanlık haline gelmekte alınan miktar arttırılmaktadır. Aynı durum tütün, madde kullanımı ve aşırı yemek için de söz konusudur (Canpolat, 2006).

1.8.6.3.2 Stresin Fizyolojik Sonuçları

İnsan vücudu, hormonlar ve merkezi sinir sistemi aracılığı ile beden gereksinimlerini karşılamakta, iç ve dış ortamda meydana gelen değişikliklere uyum sağlamakta, böylece dengesini koruyabilmektedir. Bugün birçok hastalığın stresle olan ilişkisi giderek artmaktadır. Stresle ilgili bu hastalıkların bazıları şunlardır: dolaşım sistemi hastalıkları (çarpıntı, kalp vurum sayısında düzensizlik ve artış, göğüs ağrısı, hipertansiyon), sindirim sistemi hastalıkları (aşırı yeme, iştah kesilmesi, hazımsızlık, gastrit ve ülser gibi mide hastalıkları, kabızlık, kolit), üreme sistemi hastalıkları, endokrin sistemi hastalıkları (hipertiroidi, diabet). Öte yandan, kronik strese maruz kalma, vücudun bağışıklık sistemini zayıflatarak kansere neden olmaktadır (Üner, 1987; Öztaş, 1998).

1.8.6.3.3 Stresin Psikolojik Sonuçları

Stresin psikolojik belirtileri kaygı, depresyon ve uykusuzluk şeklinde kendini göstermektedir (Lazarus, 1966; Öztaş, 1998; Baltaş).

Stres Sinyalleri

Fiziksel Sinyaller

- Soluk alıp vermede değişiklik
- Gerilmiş ve ağrılı kas
- Baş ağrısı
- Terleme
- Soğuk el ve ayaklar
- İştah değişikliği
- Mide problemleri, mide ekşimesi

Ruhsal Sinyaller

- Konsantrasyon zayıflığı
- Daha sık hata yapma
- Unutkanlık, dalgınlık
- Aşırı tepki verme eğilimi
- Yargılama zayıflığı

Duygusal Sinyaller

- Gerginlik, çabuk kızma
- Sinirlilik
- Depresyon, sessizlik
- Duygusal patlamalar ve ağlama

Davranışsal Sinyaller

- Uykusuzluk
- Aşırı sigara, içki ve yemek yeme
- İşe gitmeme
- Sakarlık (Çelik, 2005; Önen, 2005).

1.8.6.4 İş Koşullarına Yönelik Strese Neden Olan Etmenler

İş stresi bireyleri olumsuz etkileyerek, iş performanslarının düşmesine, işe yabancılaşmalarına, kalitenin azalmasına, iş kazalarına neden olmaktadır (Önen, 2005).

Yaşanan stresli olayların sıklığı ve yoğunluğu; hem iş yerinin koşulları, hem de bireyin kişiliği ile ilgilidir. Stresli olaylar bazı iş ortamlarında diğerlerine göre daha fazlayken, bazı insanlarda da diğerlerine göre daha yoğun yaşanılmaktadır (Batıgün ve Şahin, 2006).

İş stresinin birey ve çevresi arasındaki etkileşimin sonucunda oluştuğunu kabul etmemiz gerekir (Şahin, 1994; Eren, 1998).

Örgütsel Politikalar	**Örgütün Yapısal Özellikleri**
Adaletsiz başarı değerlendirmesi	Merkeziyetçilik, kararlardan dışlanma
Ücret eşitsizlikleri	Yükselme olanaklarının azlığı
Örgütsel kuralların katılığı	Aşırı formaliteler
İş gruplarını değiştirme	Yüksek derecede uzmanlaşma
Çelişkili yöntemler	Örgütsel bölümlerin karşılıklı bağımlılığı
Sık sık yer değiştirmeler	Yürütme ve danışma birimleri arasındaki çatışma
Gerçekçi olmayan iş tanımları	
Fiziksel Koşullar	**Örgütsel Süreçler**
Kalabalık yaşam koşulları ve özel yaşamı önemsememe	Yetersiz İletişim
Aşırı gürültü, soğuk veya sıcak çalışma ortamı	Başarı düzeyi ile ilgili yetersiz geri bildirim
Zehirli maddeler ve radyasyon	Belirsiz ve çelişkili amaçlar
Hava kirliliği	Başarı değerlendirmesinin yanlış ve çelişkili olması
İş kazaları	Adaletsiz denetim düzeni
Yetersiz aydınlatma	Yetersiz bilgi

Şekil-5 Çalışanların Stres Düzeylerini Etkileyen İş Stres Kaynakları (Ertekin, 1993).

1.8.6.5 Stres ile Baş Etme Yöntemleri

Stresle başa çıkma, insanın gücünü aşan, belirgin iç ve dış kaynaklı stresi düzenlemede, bilişsel ve davranışsal bir çabadır. Davranış bozukluğunun altında sıklıkla hatalı problem çözme yönteminin yattığı ileri sürülmektedir ve başa çıkmada hedef problemin çözülmesidir. Uzmanların stresle başa çıkmadaki en önemli yargısı şu cümle ile özetlenebilir: Amacımız stresten uzak bir yaşam sürdürmek olmamalıdır. Gerçekte amacımız; stres ile etkili bir şekilde mücadele etmeyi öğrenmek olmalıdır (Copper, 1998**;** Işıkhan, 1998).

Çalışma hayatında stresle başa çıkmak için başvurulan çeşitli yollar dikkate alındığında, tipik bazı davranış türleri görülür. Birçok kişi sigaraya, yemeğe, alkole, ilaca ya da bir kaçına birden yönelir. Bazıları da strese tepki olarak geri çekilir, içine

kapanır, pasifleşir, sorunlarıyla yüz yüze gelmekten kaçınır. Bazıları da sorunlarını tümüyle yok sayarak, olayların dışına çıkar. Yaygın olarak kullanılan bir başka stresle başa çıkma biçimi aşırı tepki göstermektir. Aşırı tepki gösterme çeşitli biçimlerde ortaya çıkabilir. Başkalarına yönelik öfke nöbetleri, kırıcı olma, kaygılanma gibi davranışlar bunlardan bazılarıdır. Bir başka zararlı başa çıkma biçimi de stres karşısında hiç tepki göstermeyip yaşanan sıkıntıyı biriktirmektir. Bu birikimler sonucunda birey artık daha fazla dayanamayacağı için herhangi bir olayın hiç beklenmedik bir anda strese dönüşme olasılığı vardır (Canpolat, 2006).

Yaşamın her aşamasında olduğu gibi çalışma hayatında da stresten kaçınmak mümkün değildir. Çalışma ortamında yaşanan stresin etkilerini tamamen ortadan kaldırmak ise oldukça güçtür. O halde yapılması gereken şey bu atmosfer altında iş görenlerin dengesini bozan, sağlığını olumsuz yönde etkileyen stresi en aza indirgemeye çalışmaktır. Stres etmenlerinin birey üzerindeki bütün olumsuz sonuçlarını en aza indirgemek ve bu gerilim kaynakları ile rasyonel bir şekilde başa çıkmak için gösterilen çabaların tümüne "stres yönetimi" denilmektedir. Bireyler zorlamadan kaçacak ya da zorlamayla savaşacak davranış kalıplarını öğrenmeli, benimseyip kullanabilmelidir (Işıkhan, 1998; Öztop, 2000).

Stresle baş edebilmek için, öncelikle kişinin stres yaratan etmenlerin neler olduğunu saptaması ve durumunun farkında olması gerekmektedir. Daha sonra kişi kendine uygun stresle mücadele yöntemlerini belirleyip, stresle etkili baş edebilir (Wein, 2006).

ETKİLİ YÖNTEMLER	**ETKİSİZ YÖNTEMLER**
Bedene Yönelik Olanlar	**Bedene Yönelik Olanlar**
Fiziksel egzersiz	İlaç Bağımlılığı
Nefes Alma Egzersizi	Alkol Bağımlılığı
Derinlemesine gevşeme	Sigara Bağımlılığı
Meditasyon	Kötü Beslenme
Biyofeed-back	
Doğru Beslenme	
Duygulara Yönelik Olanlar	**Duygulara Yönelik Olanlar**
Olumlu Düşünme	Psikolojik Savunma Mekanizmalarının Aşırılığı
Duyguları Paylaşma	Bilişsel Çarpıtmalar
Davranışlara Yönelik Olanlar	**Davranışlara Yönelik Olanlar**
Zamanı İyi Kullanma	İçe Kapanma
Sosyal Destek Sistemlerini Kullanma	Saldırganlık
Etkili İletişim Becerileri Geliştirme	Kaçma Davranışı
Etkili Problem Çözme	

Şekil-6 Stresle Baş Etme Yöntemleri (Wein, 2006).

1.9 HEMŞİRELİK

Hasta bakımının geçmişi eski çağlara kadar uzanmaktadır. Neolitik zamandan kalma iskeletler üzerinde amputasyon, diş çekimi ve kafatasının cerrahi olarak açıldığını gösteren kanıtlar bulunmaktadır (Birol, 2004).

Hemşirelik, başlangıçta toplumun gereksinimlerini yerine getirmek ve hasta ya da güçsüz durumda olan bireylere bakım vermek için geliştirilmiştir. Çok eski dönemlere ait bir takım kayıtlarda hemşireliğin, ayrı bir uğraş olduğunu gösteren küçük kanıtlar bulunmaktadır. M.Ö. 3500 yıllarına ait eski bir Hint kitabında sağlık ve tıbbi bilgilere ilişkin kayıtlarda, bakım sürecinde ayrı bir grup üyesi olarak hemşirelerin tanımlandığına rastlanmaktadır. Bu hemşirelerin nitelikleri günümüz hemşirelerine benzer özellikler göstermektedir ve bu nitelikler bilgi, akıl, sorumluluk ve yüksek etik standartlardır (Birol, 2004).

Hemşireliğin profesyonel bir meslek olduğu ICN (International Council on Nursing) tarafından 1975'de belirtilmiştir. ICN 1975 yılında Singapur'da yaptığı tanıma göre "Hemşire, temel hemşirelik öğretim programını tamamlayarak, ülkesinde hemşireliği uygulamak üzere nitelik ve yetki kazanmış ve yetkisi onaylanmış bir profesyoneldir" (Henderson, 1978).

Hemşirelik kadının toplumdaki rollerinden ortaya çıkarak günümüzde örgün öğretimli ve bilimsel kanıta dayalı çalışan bir meslek haline gelmiştir. Hemşirelik gelişen ve değişen teknolojiye uyum sağlarken, çalışma ortamı ve çalışma koşullarının yetersizliği hemşireler için zorlayıcı bir etmen olmaktadır (Birol, 2002).

Hemşirelik mesleği, çalışma şekli ve hizmet verdiği grup açısından özveri gerektirmektedir. Nöbetli çalışma, hasta insanlarla iletişim kurma, malzeme yetersizliği, hemşire sayısındaki yetersizlik, iş yerinde şiddete uğrama gibi birçok sorunla karşı karşıya kalınabilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin moral ve motivasyonu düşerek iş doyumu azalmaktadır (Çimen, 2000).

Moral, bireyin gereksinimlerini doyum sağlayacak düzeyde karşıladığı anda duyduğu iyilik ya da hoşnutluk duygusu olarak tanımlanabilir. Önceleri daha geniş kapsamlı bir kavram olan moral, iş yönetimi alanında 'iş doyumu'' na dönüşmüştür. Bu yaklaşım sonunda, doyum ya da doyumsuzluğa yol açan gereksinimler ya da güdülere eğilerek çeşitli motivasyon kuramları geliştirilmiştir. Morali iş doyumuyla

bir tutarak iş doyumu ya da doyumsuzluğunda rol oynayan etmenleri güdü kavramıyla açıklayan Herzberg'e göre güdüleme yönünden önemli etmenler; ücret, saygınlık, emniyetli iş koşulları, yönetim uygulamaları, yan ödemeler ve kişiler arası ilişkileri kapsayan etmenlerdir. Bu etmenlerin yetersiz olması durumunda doyumsuzluk yaşanmakta, ancak bunların yeterli olması da kişinin doyumu ile sonuçlanmamakta, yalnızca doyumsuzluk duygusunu ortadan kaldırmaktadır (Onaran, 1981).

Hemşireler için güdülenmeyi sağlayacak çok az etmenin bulunması, stres yaşamalarına neden olmaktadır. Stres hemşireler için, sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları açısından önemli bir etkendir. Günlük hayatta stres yaratan çok sayıda etmen bulunmaktadır. Çünkü insanın fizyolojik ve psikolojik dengesini etkileyen her unsur bir stres kaynağı olarak görülebilir. Bu doğrultuda, bireylerin iş çevresi ve iş dışı çevresi birbirlerini etkileyerek stres oluşumuna neden olmaktadır. Bir diğer ifade ile stres yaratan etmenler, genel çevre unsurlarından ve çalışma hayatının niteliğinden kaynaklanmaktadır (Ataman, 2002).

ABD'de Ulusal İş Güvenliği ve Sağlığı Enstitüsü'nün (NIOSH) 1990 yılındaki araştırmasına göre, toplumun çalışan kesiminin %40'ı, işlerinin çok, ya da aşırı stres yüklü olduğunu düşünmektedir ve %25'i, işini, yaşamlarındaki bir numaralı stres etkeni olarak görmektedir (Zülal, 2002). Çalışan bireylerin stresten kaçınması olanaksızdır. Fakat stres, baş edilmesi gereken bir durumdur. Aksi takdirde stres nedeniyle birçok insan sağlığını kaybedecektir (Norfolk, 1989).

Hemşireler bireylerin stresle baş etmede etkili yol kullanmasında destekleyicidirler (Telman, 1987; Birol, 1997; 2002).

Hemşirelerin stres yaratan durumların farkında olması ve etkili baş etme yöntemlerini kullanabilmesi beklenmektedir. Bireyleri bu konuda bilinçlendiren stresle baş etmede destekleyici olan hemşirelerin konu ile ilgili bilgi sahibi olması kaçınılmazdır.

Sigara kullanımı önlenebilir erken ölüm ve sakatlık nedenlerinin başında gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sigarayı "dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgını" olarak tanımlamaktadır. DSÖ verilerine göre, her 10 erişkinden biri tütün ürünleri kullanımının sonuçlarına bağlı nedenlerden dolayı hayatını kaybetmekte, her yıl 5 milyon ölüm meydana gelmektedir (Demir, 2005).

Sigara salgını, günümüzün en büyük pandemisi ve halk sağlığı sorunudur. Dünya nüfusunun %30'u, yani bir milyar 250 milyon kişi sigara bağımlısıdır. Her on erişkin ölümden biri doğrudan sigaraya bağlı olup, dünyadaki en önemli ölüm nedenlerinden biridir. Türkiye sigara tüketiminde Avrupa ülkeleri arasında üçüncü, dünya ülkeleri arasında onuncu sıradadır. Türkiye'de yaklaşık 17 milyon kişinin sigara kullandığı, her yıl bunlardan 100-120 bin kişinin sigaraya bağlı bir nedenle yaşamını kaybettiği, eğer her hangi bir müdahale yapılmaz ise bu sayısının 2030 yılında 240 bin kişiye yükseleceği tahmin edilmektedir (Akdur, 2009).

Stresli ve yoğun bir iş temposunda çalışan hemşirelerde sigara içme alışkanlığı, sağlığı geliştirici yaşam biçimini göstermede etkili bir etmendir. Sigara dünyada en yaygın, önlenebilir ölüm nedeni olmasına karşın, her sekiz saniyede bir kişi, sigaranın neden olduğu bir hastalıktan yaşamını yitirmeye devam etmektedir. Sağlık çalışanları özellikle de halkla sürekli iç içe olan, onlara hem bakım veren hem de eğitim veren hemşireler toplumda lider olarak önemli bir role sahiptir ve sigaraya başlamanın önlenmesi konusunda toplumun tüm kesimlerinde birinci sırada teşvik edici konumdadır (Yüksel, 2002). Başta hekim ve hemşireler olmak üzere sağlık personelinin sigara içmesi, sigaranın sağlığa etkileri ile ilgili mesajlara zarar vermektedir. Sigara içen hekim ve hemşireler, hastalarını sigarayı bırakmaya cesaretlendirmede de gönülsüz davranmaktadırlar (Nelson, 1994).

Bir diğer önemli nokta ise vardiyalı çalışma, nöbetli çalışma, gece ve gündüz değişen saatlerde ve 12-16 saati bulan sürelerle çalışma, diğer bir deyişle biyolojik ritmleri, içsel fizyolojik saati ve dengeleri bozulan, yorgun, uykusuz bir hemşirenin çalışması hasta bakımını ve güvenliğini de etkiler. Uyanıklık ve dikkat seviyesi uzun

süre uykusuz kalmaktan etkilenir. Uyku süresinde ve sürecinde bozulma bilişsel süreçlerde azalmaya, kişinin tepki verebilmesi için daha çok zamana ihtiyaç duymasına ve koordinasyonunun azalmasına yol açar. Gece boyu süren uykusuzluk hali ile dikkat azalması ve bilişsel işlevlerdeki performansın düşmesi arasında belirgin bir ilişki saptanmıştır (Leproult ve ark., 2003).

Sağlıklı yetişkinler gecede ortalama beş saatten az uyuduklarında, bilişsel performans düşmeye başlar. Hem kısa dönem hem de uzun dönem uyku bozukluğuna bağlı olarak, anlatım ve problem çözme yeteneklerinde de azalma görülmektedir. Öğrenmedeki beceri de, uyku düzensizliğinde %50'ye kadar azalabilmektedir. Hem kısa dönem hem de uzun dönem uyku bozukluğuna bağlı olarak, anlatım ve problem çözme yeteneklerinde de azalma görülmektedir. Öğrenmedeki beceri de, uyku düzensizliğinde %50'ye kadar azalabilmektedir (Veasey ve ark., 2002). Hemşirelerde uykunun düzenli olmaması, performanslarını ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumsuz yönde etkileyebilir.

Ülkemizde sağlığı geliştirici davranışlar konusunda sağlık çalışanları üzerinde yapılmış çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Hemşirelerin sağlık eğitimlerinde ve davranış değişikliği yaratmadaki etkisi düşünülecek olursa, bu konudaki bilgi birikimleri ve bunu yaşamlarına ne kadar aktarabildikleri büyük önem kazanmaktadır. Ayrıca günümüzde sağlıklı yaşam biçiminin bu kadar önem kazandığı göz önünde bulundurulduğunda, hemşirelerin konuya ilişkin bakış açıları konusunda fikir sahibi olmak, eksik noktaların belirlenmesi için kaçınılmazdır.

Bu konuda göç edenlerde, işçilerde, öğretim elemanlarında, hemşirelik öğrencilerinde, birinci basamak sağlık personelinde yapılmış çalışmalar mevcuttur. Farklı birçok hasta grubuyla karşılaşan ve çalışma şartları ağır olan hastanede çalışan hemşirelerin bu konuda yeterli bilgiye ve donanıma sahip olması beklenir. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve bu davranışlarla ilişkili etmenlerin belirlenmesinin, hastanede çalışan hemşirelerin bu konudaki

bilgilendirilme gereksinimine ve doğru yönlendirilebilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.10. Araştırmanın Amacı: Bu araştırma, Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi hemşirelerinde sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarını ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1 Araştırmanın Tipi

Çalışma, Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi hemşirelerinin sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarını ve ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla, 2008-2009 yılında yürütülmüş olan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

2.2 Araştırmanın Yeri

Araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi'nde yapılmıştır. Hastane 2004 yılında açılan ek binasıyla hizmet vermeye devam etmektedir ve 922 yataklıdır. İbni Sina hastanesinde 361 kadrolu, 189 sözleşmeli olmak üzere toplam 550 hemşire görev yapmaktadır.

2.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi' nde çalışan toplam 550 hemşire araştırmanın evrenini oluşturmakta olup, bunların arasından 280 hemşire örnekleme alınmıştır. Örnekleme alınan kişiler sırasıyla bölüme, öğrenim durumuna ve yaşa göre tabakalı olarak hemşirelerin bu özelliklerini gösteren genel listeden rastgele seçilmiştir. Raporlu, izinli olma ve kurumdan ayrılma gibi nedenlerle 10 hemşire araştırma kapsamına alınamamış olup çalışma toplam 270 kişi üzerinden yürütülmüştür. Katılım oranı % 96,4'tür.

2.4 Araştırmanın Hipotezleri

Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi'nde görev yapan hemşirelerde,

1. Sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları genel puan ortalamaları ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları yüksektir.

2. Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları;

- Yaş arttıkça artmaktadır,
- Evlilerde bekarlardan yüksektir,
- Yüksek öğrenim görmüş olanlarda yüksektir,
- Çekirdek aile tipine sahip olanlarda artmaktadır,
- Çocuk sahibi olanlarda yüksektir,
- Gelir düzeyi yüksek olanlarda yüksektir,
- Meslekte çalışılan yıl arttıkça artmaktadır,
- Çalışılan birimden etkilenmektedir,
- Kadrolu olanlarda yüksektir,
- Haftalık çalışma saati az olanlarda daha yüksektir,
- Çalıştığı servisten memnun olanlarda artmaktadır,
- BKİ normal olanlarda yüksektir,
- Sağlık durumu algısı iyi olanlarda artmaktadır,
- Yemek yeme alışkanlığı düzenli olanlarda yüksektir,
- Uyku alışkanlığı düzenli olanlarda yüksektir,
- Sigara içmeyenlerde artmaktadır,
- Stresini kontrol edenlerde artmaktadır,

2.5 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

2.5.1 Bağımlı Değişkenler

- Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanı
- Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçeği Puanı
- Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçeği Puanı
- Egzersiz Alt Ölçeği Puanı
- Beslenme Alt Ölçeği Puanı
- Kişiler Arası Destek Alt Ölçeği Puanı
- Stresle Baş Etme Alt Ölçeği Puanı

2.5.2 Bağımsız Değişkenler

- Yaş
- Medeni durum
- Öğrenim Durumu
- Aile Tipi
- Çocuk Varlığı
- Haneye Giren Toplam Aylık Gelir
- Meslekte Çalışma Süresi
- Görev Yeri
- Bağlı Olduğu Memuriyet Kadrosu
- Haftalık Çalışma Saati
- Çalıştığı Servisten Memnuniyet Durumu
- BKİ
- Sağlık Durumlarını Algılama Düzeyleri
- Yemek yeme Alışkanlığı
- Uyku Alışkanlığı
- Sigara İçme Durumu
- Strese Verdiği Tepki

2.6 Veri Toplama Araçları

- Kişisel Bilgi Formu
- Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

2.6.1 Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu hemşirelerin sosyo-demografik, iş ile ilgili ve sağlıklı yaşam biçimine ilişkin özelliklerini belirlemeye yönelik bir formdur. Yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çocuk sahibi olma durumu, yaşanılan yer ve kişiler, hemşirelik mesleğinde çalışma süresi, çalıştığı birim, çalıştığı konum, haftalık çalışma süresi, çalıştığı birimden memnuniyet durumu, yemek yeme alışkanlıkları, uyku düzeni, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, egzersiz yapma durumu, stresle baş etme yolları, kronik bir hastalığı olup olmadığı, ruhsal bir hastalık geçirip geçirmediği ve sağlık durumu algısına yönelik sorulardan oluşmaktadır.

2.6.2 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Walker, Sechrist, Pender tarafından 1987'de geliştirilen Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları (SGYB) veya Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeği olarak da bilinen sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olan davranışları ölçen ve 48 maddeden oluşan bir ölçektir. Walker, Hill-Polerecky (1996) tarafından 48 maddeye 4 madde daha eklenerek ölçek 52 maddeye çıkarılmıştır.

SYBD Ölçeği 52 maddeden oluşan, altı alt boyutu olan dörtlü likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu yönde olup "Hiçbir zaman" yanıtı için "1", "Bazen" yanıtı için "2", "Sık sık" yanıtı için "3", "Düzenli olarak" yanıtı için "4" puan verilmektedir. Ölçeğin toplamından alınabilecek puan aralığı 52-208 puan arasındadır. Ölçekten alınan puanın artması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının

arttığını göstermektedir. Walker, Hill-Polerecky, (1996) tarafından yapılan geçerlik, güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.94 olarak belirlenmiştir. Alt ölçekleri için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları 0.79 ile 0.87 arasında değişmektedir Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlilik güvenirlik çalışması 48 madde için 1997 yılında Esin tarafından yapılmıştır. Akça tarafından 1998 yılında 52 maddelik ölçek için geçerlilik güvenirlik yapılmıştır. Akça, iki hafta ara ile yaptığı test-re test güvenirlik sonuçlarını 0.78-0.85 arasında bildirmiştir. Ölçeğin madde toplam puan katsayıları 0.20 ile 0.95 arasında dağılım göstermiş, 0.20'nin altında madde bulunmamıştır. Ölçeğin Kuder – Richardson 20 iç tutarlılık katsayı değerleri 0.83 ile 0.88 arasında bulunmuştur (Akça, 1998). Bu çalışmada SYBD Ölçeği'nin Cronbach Alfa değeri: 0,89 olarak bulunmuştur.

SYBD Ölçeğinin alt ölçekleri ise;

Kendini gerçekleştirme alt ölçeği; Bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler. 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48 ve 52. maddelerden oluşmaktadır. Bu alt ölçek 9 madde içermekte olup alınabilecek en az puan " 9", en fazla puan " 36" olarak belirlenmiştir.

Sağlık sorumluluğu alt ölçeği; Bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45 ve 51.maddelerden oluşmaktadır. Bu alt ölçek 9 madde içermekte olup alınabilecek en az puan " 9", en fazla puan " 36" olarak belirlenmiştir.

Egzersiz alt ölçeği; Sağlıklı yaşamın değişmez bir öğesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir. 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40 ve 46.maddelerden oluşmaktadır. Bu alt ölçek 8 madde içermekte olup, alınabilecek en az puan "8", en fazla puan "32" olarak belirlenmiştir.

Beslenme alt ölçeği; Bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler. 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44 ve 50. maddelerden oluşmaktadır. Bu alt ölçek 9 madde içermekte olup, alınabilecek en az puan " 9", en fazla puan " 36" olarak belirlenmiştir.

Kişiler arası destek alt ölçeği; Bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler. 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43 ve 49.maddelerden oluşmaktadır. Bu alt ölçek 9 madde içermekte olup, alınabilecek en az puan " 9", en fazla puan " 36" olarak belirlenmiştir.

Stresle baş etme alt ölçeği; Bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler. 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41 ve 47. maddelerden oluşmaktadır. Bu alt ölçek 8 madde içermekte olup, alınabilecek en az puan "8", en fazla puan "32" olarak belirlenmiştir (Akça, 1998).

Alt grupların puanları bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tüm alt gruplarının toplam puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Kesim noktası değeri olmayıp, puan ortalamaları üzerinden değerlendirilmektedir.

2.7 Araştırmanın Etiği

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından gerekli olan incelemeler yapılarak araştırmanın yapılmasında etik sakınca bulunmadığı kararıyla, etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmaya alınacak olan hemşireler araştırma hakkında bilgilendirilerek, sözlü onayları alınmıştır.

2.8 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmada veriler kişisel bilgi formu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ile toplanmıştır. Hazırlanan kişisel bilgi formunun ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ön uygulaması, Sincan Devlet Hastanesi'nde çalışan 30 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Gerekli düzenlemeler yapılarak kişisel bilgi formuna son şekli verilmiştir, kişisel bilgi formu çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşmuştur. Gözlem altında uygulanan kişisel bilgi formunun ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin doldurma süresi her biri için ortalama 10 dakikadır.

2.9 Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayarda SPSS 16.0 yazılım programında veri tabanı oluşturarak değerlendirilmiştir.

BKİ hesaplamaları, hemşirelerin belirttiği boy uzunluğu ve vücut ağırlığı değerleri üzerinden hesaplanmıştır.

B.K.İ= Ağırlık(kg)/ Boy (m)2

B.K.İ skoru: <18,0 zayıf, 18,0–25 arası normal ağırlıkta, >25 şişman olarak tanımlanmaktadır (Çakır ve ark., 2002).

Çeşitli değişkenlere göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark; varyans analizi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Tukey testi ve homojen olarak dağılımı sağlanamamış gruplarda Kruskall Walls testi ile değerlendirilmiştir.

2.10 Araştırmanın Süresi

Araştırmanın planlanmasına Temmuz 2008'de başlanmıştır. Aralık 2008 tarihinde tez önerisi olarak sunulmuştur. Gerekli izinler alındıktan sonra Mart 2009 ile Nisan 2009 tarihleri arasında veriler toplanmış, bilgisayara girilmiş ve analiz edilmiştir. Tez yazımı 2009 yılı Haziran ayında tamamlanmıştır.

3. BULGULAR

İbni Sina Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmış bu çalışmada bulgular iki başlık altında incelenecektir. İlk bölümde araştırmaya katılan hemşirelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine değinilecek, ikinci bölümde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğiyle çeşitli bağımsız değişkenler arasındaki ilişki irdelenecektir.

3.1 Araştırma Grubunu Oluşturan Hemşirelerin Bazı Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırma kapsamında İbni Sina Hastanesi'nde çalışan hemşirelerden örnekleme alınan 280 kişiden 270'ine ulaşılmıştır. Katılım oranı % 96,4'dür. Grubun yaş ortalaması 34,4±7,0'dir (min:21, mak: 59).

Tablo 1'de araştırma grubunun bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Yaş gruplarına göre dağılımda hemşirelerin %27,4'ü (74 kişi) 30-34 yaş grubunda, %22,6'sı (61 kişi) 25-29 yaş grubunda bulunmaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %58,1'i (157 kişi) evli, % 38.8'i (105 kişi) bekardır. Öğrenim durumlarına göre, araştırma grubunun %49,6'sı (134 kişi) ön lisans, %28,9'u (78 kişi) lisans ve üzeri mezunudur. Aile tipi dağılımında %92,2'si (249 kişi) çekirdek aileye sahiptir. Yaşadıkları yer ve kişi dağılımında %64,4'ü (174 kişi) evde ailesiyle beraber, %14,4'ü (39 kişi) evde, yalnız yaşamaktadır. Evli olan hemşirelerin %87,4'ünün (137 kişi) eşi çalışmaktadır. Hemşirelerin %47,4'ünün (128 kişi) çocuğu vardır ve %27,8'i (75 kişi) bir çocuğa sahiptir. Hemşirelerin %82,2'sinin (222 kişi) haneye giren toplam aylık geliri 1001-3000 TL arasında, %6,7'sinin (18 kişi) 1000 TL ve altındadır. Ekonomik durumlarını değerlendirme derecelerine bakıldığında, %55,6'sının (150 kişi) orta olarak belirttiği görülmektedir.

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	**n**	**%**
Yaş (n=270)		
25 altı	12	4,4
25-29	61	22,6
30-34	74	27,4
35-39	58	21,5
40-44	42	15,6
45 ve üzeri	23	8,5
Medeni Durum (n=270)		
Bekar	105	38,8
Evli	157	58,1
Boşanmış	8	3,1
Öğrenim Durumu (n=270)		
Lise	58	21,5
Ön lisans	134	49,6
Lisans ve üzeri	78	28,9
Aile Tipi (n=270)		
Çekirdek aile	249	92,2
Geleneksel aile	10	3,7
Parçalanmış aile	11	4,1
Nerede ve Kimlerle Yaşadığı (n=270)	n	%
Evde, yalnız	39	14,4
Evde, arkadaşımla	35	13,0
Evde, ailemle	174	64,4
Hemşire lojmanında	22	8,2
Eş Çalışma Durumu (n=157)		
Çalışıyor	137	87,4
Çalışmıyor	10	6,3
Emekli	10	6,3
Çocuk Sahibi Olma (n=270)		
Var	128	47,4
Yok	142	52,6
Haneye Giren Toplam Gelir (TL) (n=270)		
1000 ve altı	18	6,7
1001-3000 arası	222	82,2
3001 ve üstü	30	11,1
Ekonomik Durum Değerlendirme (n=270)		
İyi	67	24,8
Orta	150	55,6
Kötü	41	15,2
Çok kötü	12	4,4

Hemşirelerin mesleğe ilişkin özeliklerine göre dağılımı Tablo 2'de yer almaktadır.

Hemşirelerin görev sürelerine bakıldığında %28,5'unun (77 kişi) 0-5 yıldır çalıştığı görülmektedir. Çalıştıkları birimlerin %41,1'ini (111 kişi) cerrahi birimler, %40'ını (108 kişi) dahili birimler oluşturmaktadır.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %80,4'ü (217 kişi) kadrolu statüde, %19,6'sı (53 kişi) sözleşmeli statüde çalışmaktadır. Çalıştıkları birimlerdeki pozisyonlarına bakıldığında %70,4'ünün servis hemşiresi (190 kişi) olduğu görülmektedir.

Haftalık çalışma saatine göre, araştırma grubunun %78,9'u (213 kişi) 40 ve daha az saat, %21,1'i (57 kişi) 40 saatten fazla çalışmaktadır. Hemşirelerin %46,7'si (126 kişi) sürekli gündüz, %37,8'i (102 kişi) gündüz ve gece, %15,6'sı (42 kişi) sürekli olarak gece çalışmaktadır.

Çalıştıkları servisten/birimden memnuniyet durumları sorgulandığında, hemşirelerin %67'si (181 kişi) memnun olduğunu belirtmiştir.

Tablo 2. Hemşirelerin Mesleğe İlişkin Özellikleri (n=270)

Mesleğe İlişkin Özellikler	**n**	**%**
Görev Süresi (Yıl)		
0-5	77	28,5
6-11	52	19,3
12-17	57	21,0
18-23	59	21,9
24 ve üzeri	25	9,3
Görev Yeri		
Dahili Birimler	108	40,0
Cerrahi Birimler	111	41,1
Acil ve Yoğun Bakımlar	19	7,0
Başhemşirelik ve eğitim hemşireliği	32	11,9
Kadro Durumu		
Kadrolu	217	80,4
Sözleşmeli	53	19,6
Birimde Görevi		
Servis sorumlu hemşiresi	33	12,2
Servis hemşiresi	190	70,4
Poliklinik hemşiresi	15	5,5
Başhemşire ve eğitim hemşiresi	32	11,9
Haftalık Çalışma Süresi (Saat)		
40 ve daha az	213	78,9
40 üzeri	57	21,1
Çalışma Şekli		
Sürekli gündüz	126	46,7
Sürekli gece	42	15,5
Gündüz ve gece	102	37,8
Çalıştığı Birimden Memnuniyeti		
Memnun	181	67,0
Memnun değil	39	14,5
Kararsız	50	18,5

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin kendisine ve ailesine ilişkin sağlık özelliklerine göre dağılımı Tablo 3'te yer almaktadır. Hemşirelerin tanısı konmuş kronik hastalık varlığı sorgulandığında %91,5'inin (247 kişi) kronik bir hastalığı olmadığı, %8,5'inin (23 kişi) kronik bir hastalığının olduğu görülmektedir. Araştırma grubunun %97'si (262 kişi) ruhsal bir hastalık geçirmediğini belirtmiştir.

Hemşirelerin beden kitle indeksi hesaplanarak incelendiğinde, %65,2'sinin (176 kişi) normal kiloda, %26,7'sinin ise (72 kişi) şişman olduğu belirlenmiştir.

Sağlık durumunu algılama derecelerine bakıldığında, %46,3'ü (125 kişi) "orta" düzeyde, %43'ü (116 kişi) "iyi" düzeyde, %4,8'i ise (13 kişi) "kötü" olarak algılamaktadır.

Ailesinde kronik hastalığa sahip/engelli birey olanlar grubun %4,4'üdür (12 kişi). Ailesinde kronik hastalığa sahip/engelli birey varlığı olanlarında %83,4'ünün (10 kişi) anne veya babasında kronik bir hastalık ya da engelli olma durumu tespit edilmiştir.

Tablo 3. Hemşirelerin Sağlık Özellikleri (n= 270)

Sağlık Özellikleri	n	%
Kendisinde Kronik Hastalık Öyküsü		
Var	23	8,5
Yok	247	91,5
Kendisinde Ruhsal Hastalık Öyküsü		
Var	8	3,0
Yok	262	97,0
Beden Kitle İndeksi		
Zayıf	22	8,1
Normal	176	65,2
Şişman	72	26,7
Sağlık Değerlendirmesi		
Çok iyi	16	5,9
İyi	116	43,0
Orta	125	46,3
Kötü	13	4,8
Ailede Kronik Hastalıklı / Engelli Birey Öyküsü		
Var	12	4,4
Yok	258	95,6

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin yaşam biçimine ilişkin özellikler Tablo 4'te yer almaktadır. Yemek yeme alışkanlıklarına bakıldığında %44,1'inin (119 kişi) düzenli, %29,6'sının (80 kişi) zaman buldukça düzenli bir yemek yeme alışkanlığına sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin uyku alışkanlıklarına bakıldığında %48,1'inin (130 kişi) düzensiz, %32,6'sının (88 kişi) düzenli bir uyku düzenine sahip olduğu görülmektedir. Sigara içme durumları sorgulandığında, %43,3'ünün (117 kişi) hiç içmediği, %34,1'inin (92 kişi) halen içmekte olduğu belirlenmiştir. Alkol kullanma durumları sorgulandığında, %88,5'unun alkol kullanmadığı, %11,5'unun (31 kişi) alkol kullandığı belirlenmiş olup, alkol alma sıklığı %9,6 oranda nadiren özel günlerde, alınan alkol miktarı %5,6 oranda bir ya da iki kadehtir.

Stres karşısında verdikleri tepki açısından %60,4'ü (163 kişi) stres karşısında duygularının farkında olduğunu ve kendini kontrol edebildiğini, %31,5'i (85 kişi) stres karşısında öfkelendiğini ve kendini kontrol edemediğini belirtmiştir.

Tablo 4. Hemşirelerin Yaşam Biçimine İlişkin Özellikleri (n=270)

Yaşam Biçimi Özellikleri	n	%
Yemek Yeme Alışkanlığı		
Düzenli	119	44,1
Zaman buldukça düzenli	80	29,6
Düzensiz	71	26,3
Uyku Alışkanlığı		
Düzenli	88	32,6
Bazı geceler düzensiz onun dışı düzenli	52	19,3
Düzensiz	130	48,1
Sigara İçme Durumu		
Hiç içmemiş	117	43,3
İçmiş ama bırakmış	36	13,3
İçiyor ama azaltmış	25	9,3
Halen içiyor	92	34,1
Alkol Kullanma Durumu		
Kullanıyor	31	11,5
Kullanmıyor	239	88,5
Egzersiz		
Yapıyor	77	28,5
Yapmıyor	193	71,5
Strese Tepki		
Öfkeli, kontrolsüz	85	31,5
Farkında, kontrollü	163	60,4
Önemsemez, görmezden gelir	22	8,1

3.2 Araştırma Grubunu Oluşturan Hemşirelerin Çeşitli Bağımsız Değişkenlere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD)

Hemşirelerin SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 5'te görülmektedir. SYBD alt ölçeklerinden alınan puanlar sırasıyla; Kendini Gerçekleştirme alt ölçeğinde 25,98±5,00, Kişiler Arası Destek alt ölçeğinde 25,23±4,26, Beslenme alt ölçeğinde 20,50±4,59, Sağlık Sorumluluğu alt ölçeğinde 19,94±4,25, Stresle Baş etme alt ölçeğinde 17,67±4,38, Egzersiz alt ölçeğinde 13,91±4,50 olarak saptanmıştır. Hemşirelerin SYBD ölçeği toplam puan ortalaması ise 122,62±19,47'dir.

Tablo 5. Hemşirelerin SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=270)

Alt Ölçekler	Ölçek Puan				Ölçekten Alınabilecek	
	Ort.	SS	Min.	Mak.	Min.	Mak.
Kendini Gerçekleştirme	25,98	5,00	10	36	9	36
Sağlık Sorumluluğu	19,94	4,25	9	32	9	36
Egzersiz	13,91	4,50	8	28	8	32
Beslenme	20,50	4,59	12	34	9	36
Kişiler Arası Destek	25,23	4,26	15	36	9	36
Stresle Baş Etme	17,67	4,38	9	32	8	32
SYBD Ölçeği	122,62	19,47	73	180	52	208

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin yaş gruplarına göre SYBD ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6'da yer almaktadır. Buna göre, yaş grupları ile SYBD ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 6. Hemşirelerin Yaşa Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Yaş	n	Ort	SS	F	p
Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçek Puanı	≤ 29	73	25,66	5,43	0,228	0,796
	30-39	132	26,15	4,85		
	≥ 40	65	25,98	4,84		
Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçek Puanı	≤ 29	73	19,97	4,22	0,071	0,932
	30-39	132	20,01	4,09		
	≥ 40	65	19,77	4,66		
Egzersiz Alt Ölçek Puanı	≤ 29	73	13,55	4,38	0,488	0,615
	30-39	132	13,92	4,26		
	≥ 40	65	14,31	5,12		
Beslenme Alt Ölçek Puanı	≤ 29	73	19,89	4,02	0,886	0,413
	30-39	132	20,70	4,76		
	≥ 40	65	20,77	4,83		
Kişilerarası Destek Alt Ölçek Puanı	≤ 29	73	25,22	4,61	0,001	0,999
	30-39	132	25,22	3,98		
	≥ 40	65	25,25	4,47		
Stresle Baş Etme Ölçek Puanı	≤ 29	73	17,08	4,75	0,893	0,411
	30-39	132	17,86	4,18		
	≥ 40	65	17,92	4,36		
SYBD Ölçeği	≤ 29	73	120,79	19,59	0,445	0,641
	30-39	132	123,17	18,80		
	≥ 40	65	123,54	20,79		

Tablo 7'de araştırmaya katılan hemşirelerin medeni durumlarına göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları verilmektedir. Bekar olan grup ile boşanmış olanlar (8 kişi) birleştirilerek analiz edilmiştir. Medeni durumuna göre egzersiz alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup, bekar olanların egzersiz puan ortalaması evlilerden daha yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 7. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Medeni Durum	n	Ort.	SS	t	p
Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçek Puanı	Bekar	113	25,98	4,81	0,013	0,990
	Evli	157	25,97	5,14		
Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçek Puanı	Bekar	113	20,01	3,79	0,223	0,824
	Evli	157	19,89	4,57		
Egzersiz Alt Ölçek Puanı	Bekar	113	14,59	5,08	2,112	0,036*
	Evli	157	13,43	3,99		
Beslenme Alt Ölçek Puanı	Bekar	113	20,56	4,50	0,174	0,862
	Evli	157	20,46	4,66		
Kişilerarası Destek Alt Ölçek Puanı	Bekar	113	25,28	4,17	0,187	0,852
	Evli	157	25,18	4,34		
Stresle Baş Etme Alt Ölçek Puanı	Bekar	113	17,63	4,29	-0,122	0,903
	Evli	157	17,69	4,46		
SYBD Ölçeği	Bekar	113	123,39	18,04	0,551	0,582
	Evli	157	122,06	20,47		

* = $p<0.05$

Tablo 8'de araştırma kapsamına giren hemşirelerin öğrenim durumlarına göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelenmektedir. Lisans ve üzeri öğrenim düzeyinde olanların Kendini Gerçekleştirme, Sağlık Sorumluluğu, Kişiler Arası Destek alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak gruplar arasında gözlenen farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 8. Hemşirelerin Öğrenim Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Öğrenim Durumu	n	Ort	SS	F	p
Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçek Puanı	Lise	58	25,57	4,82	0,520	0,595
	Ön lisans	134	25,90	4,98		
	Lisans ve üzeri	78	26,42	5,18		
Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçek Puanı	Lise	58	19,24	4,33	1,176	0,310
	Ön lisans	134	20,00	4,30		
	Lisans ve üzeri	78	20,36	4,11		
Egzersiz Alt Ölçek Puanı	Lise	58	13,74	4,73	1,576	0,209
	Ön lisans	134	14,37	4,64		
	Lisans ve üzeri	78	13,26	4,05		
Beslenme Alt Ölçek Puanı	Lise	58	20,50	4,74	0,299	0,742
	Ön lisans	134	20,69	4,89		
	Lisans ve üzeri	78	20,18	3,94		
Kişiler Arası Destek Alt Ölçek Puanı	Lise	58	24,83	4,39	0,329	0,720
	Ön lisans	134	25,31	4,13		
	Lisans ve üzeri	78	25,38	4,43		
Stresle Baş Etme Alt Ölçek Puanı	Lise	58	16,76	3,97	1,737	0,178
	Ön lisans	134	18,04	4,48		
	Lisans ve üzeri	78	17,71	4,46		
SYBD Ölçeği	Lise	58	119,88	20,08	0,766	0,466
	Ön lisans	134	123,64	20,15		
	Lisans ve üzeri	78	122,90	17,79		

Araştırma kapsamına giren hemşirelerin aile tipine göre, SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin değerlendirilmesi Tablo 9'da yer almaktadır. Aile tipi ile SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 9. Hemşirelerin Aile Tipine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Aile Tipi	n	Ort	SS	F	p
Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçek Puanı	Çekirdek Aile	249	25,93	5,05	0,617	0,540
	Geleneksel Aile	10	25,40	3,66		
	Parçalanmış Aile	11	27,55	4,89		
Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçek Puanı	Çekirdek Aile	249	19,88	4,28	1,156	0,316
	Geleneksel Aile	10	19,50	3,54		
	Parçalanmış Aile	11	21,82	4,19		
Egzersiz Alt Ölçek Puanı	Çekirdek Aile	249	13,89	4,54	0,349	0,706
	Geleneksel Aile	10	15,00	3,77		
	Parçalanmış Aile	11	13,45	4,41		
Beslenme Alt Ölçek Puanı	Çekirdek Aile	249	20,39	4,55	0,970	0,380
	Geleneksel Aile	10	21,50	4,45		
	Parçalanmış Aile	11	22,09	5,56		
Kişiler Arası Destek Alt Ölçek Puanı	Çekirdek Aile	249	25,21	4,29	0,056	0,945
	Geleneksel Aile	10	25,10	3,31		
	Parçalanmış Aile	11	25,64	4,65		
Stresle Baş Etme Alt Ölçek Puanı	Çekirdek Aile	249	17,64	4,31	1,040	0,355
	Geleneksel Aile	10	16,60	2,88		
	Parçalanmış Aile	11	19,27	6,71		
SYBD Ölçeği	Çekirdek Aile	249	122,37	19,78	0,429	0,652
	Geleneksel Aile	10	123,10	13,25		
	Parçalanmış Aile	11	127,91	17,40		

Araştırmaya katılan hemşirelerin çocuk sahibi olma durumuna göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, çocuk sahibi olma durumu ile egzersiz alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur

(p<0.05). Çocuğu olmayanların egzersiz alt ölçek puan ortalaması çocuğu olanlardan daha yüksektir. (Tablo 10)

Tablo 10. Hemşirelerin Çocuk Varlığına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Çocuk Varlığı	n	Ort	SS	t	p
Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçek Puanı	Var	128	25,73	5,15	-0,784	0,434
	Yok	142	26,20	4,86		
Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçek Puanı	Var	128	19,69	4,64	-0,929	0,354
	Yok	142	20,17	3,88		
Egzersiz Alt Ölçek Puanı	Var	128	12,99	3,91	-3,251	0,001*
	Yok	142	14,75	4,85		
Beslenme Alt Ölçek Puanı	Var	128	20,60	4,97	0,345	0,731
	Yok	142	20,41	4,23		
Kişilerarası Destek Alt Ölçek Puanı	Var	128	24,84	4,52	-1,430	0,154
	Yok	142	25,58	4,01		
Stresle Baş Etme Alt Ölçek Puanı	Var	128	17,16	4,33	-1,825	0,069
	Yok	142	18,13	4,39		
SYBD Ölçeği	Var	128	120,52	20,74	-1,691	0,092
	Yok	142	124,51	18,11		

* = p<0.05

Tablo 11'de görüldüğü gibi hemşirelerin haneye giren toplam gelir durumlarına göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden puan ortalamaları Sağlık Sorumluluğu, Kişiler Arası Destek, Stresle Baş Etme puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuş olup, Sağlık Sorumluluğu, Kişiler Arası Destek, Stresle Baş Etme ve genel ölçek puan ortalamaları, aylık haneye giren toplam gelir durumu 1000 TL ve altı olanlarda, 1001-3000 TL ve 3001 TL ve üstü geliri olanlardan düşüktür. Kişiler Arası Destek Alt Ölçek Puanında, gelir grupları arasında varyans homojenliği sağlanamadığından dolayı Kruskal Wallis H- Testi uygulanmıştır (Levene istatistiği=3,60; p=0,029). Buna göre, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Chi-Square=5,42; p =0,066).

Tablo 11. Hemşirelerin Haneye Giren Toplam Aylık Gelir Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Haneye Giren Toplam Aylık Gelir (TL)	n	Ort.	SS	F	p
Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçek Puanı	≤ 1000	18	24,22	5,70	2,550	0,080
	1000-3000	222	25,91	4,93		
	≥ 3001	30	27,50	4,80		
Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçek Puanı	≤ 1000	18	17,72	3,85	3,047	0.049*
	1000-3000	222	20,01	4,20		
	≥ 3001	30	20,73	4,60		
Egzersiz Alt Ölçek Puanı	≤ 1000	18	12,28	5,09	1,584	0,207
	1000-3000	222	13,95	4,51		
	≥ 3001	30	14,63	4,02		
Beslenme Alt Ölçek Puanı	≤ 1000	18	20,89	5,33	0,078	0,925
	1000-3000	222	20,49	4,60		
	≥ 3001	30	20,37	4,14		
Kişiler Arası Destek Alt Ölçek Puanı	≤ 1000	18	22,94	5,84	3,492	0,032**
	1000-3000	222	25,27	4,11		
	≥ 3001	30	26,23	3,97		
Stresle Baş Etme Alt Ölçek Puanı	≤ 1000	18	15,50	3,43	3,660	0,027*
	1000-3000	222	17,66	4,35		
	≥ 3001	30	19,00	4,71		
SYBD Ölçeği	≤ 1000	18	113,00	22,52	3,183	0,043*
	1000-3000	222	122,74	19,17		
	≥ 3001	30	127,47	18,27		

** Kruskal Wallis Testi; Chi-Square=5,42; p =0,066

* p<0,05

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında, 0-11 yıl grubunda yer alanların Kendini Gerçekleştirme, Sağlık Sorumluluğu, Kişiler Arası Destek alt ölçekleri ve SYBD ölçeği genelinde aldıkları puan ortalamaları daha yüksek görülmekte ancak, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0,05). (Tablo 12)

Tablo 12. Hemşirelerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Meslekte Çalışma süresi (Yıl)	n	Ort	SS	F	p
Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçek Puanı	0-11	129	26,12	5,16	0,534	0,587
	12-23	116	26,03	4,94		
	≥ 24	25	25,00	4,43		
Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçek Puanı	0-11	129	20,31	4,19	0,953	0,387
	12-23	116	19,64	4,44		
	≥ 24	25	19,44	3,61		
Egzersiz Alt Ölçek Puanı	0-11	129	13,68	4,33	0,452	0,637
	12-23	116	14,22	4,58		
	≥ 24	25	13,72	5,13		
Beslenme Alt Ölçek Puanı	0-11	129	20,52	4,42	0,377	0,686
	12-23	116	20,64	4,92		
	≥ 24	25	19,76	3,93		
Kişilerarası Destek Alt Ölçek Puanı	0-11	129	25,38	4,38	0,195	0,823
	12-23	116	25,13	4,00		
	≥ 24	25	24,88	4,94		
Stresle Baş Etme Alt Ölçek Puanı	0-11	129	17,64	4,46	0,075	0,928
	12-23	116	17,76	4,37		
	≥ 24	25	17,40	4,19		
SYBD Ölçeği	0-11	129	122,99	19,20	0,290	0,749
	12-23	116	122,81	19,77		
	≥ 24	25	119,80	19,99		

Tablo 13'de araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştığı birime göre SYBD ölçek ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları görülmektedir. Başhemşirelik ve eğitim hemşireliği grubunda yer alanların Kişiler Arası Destek, Stresle Baş Etme ve ölçeğin genelinden alınan puan ortalamalarının diğer gruplarda yer alanlara göre daha yüksek olduğu ama bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 13. Hemşirelerin Çalıştığı Birime Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Görev Yeri	n	Ort	SS	F	p
Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçek Puanı	Dahili Birimler	108	25,83	5,01	0,586	0,624
	Cerrahi Birimler	111	25,87	4,71		
	Acil ve Yoğun Bakımlar	19	25,58	4,88		
	Başhemşirelik ve Eğitim Hemşireliği	32	27,06	5,99		
Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçek Puanı	Dahili Birimler	108	19,69	3,90	0,231	0,875
	Cerrahi Birimler	111	20,08	4,41		
	Acil ve Yoğun Bakımlar	19	20,32	4,67		
	Başhemşirelik ve Eğitim Hemşireliği	32	20,09	4,73		
Egzersiz Alt Ölçek Puanı	Dahili Birimler	108	13,67	4,55	0,253	0,859
	Cerrahi Birimler	111	14,15	4,52		
	Acil ve Yoğun Bakımlar	19	13,63	3,25		
	Başhemşirelik ve Eğitim Hemşireliği	32	14,09	5,06		
Beslenme Alt Ölçek Puanı	Dahili Birimler	108	20,41	4,57	0,358	0,784
	Cerrahi Birimler	111	20,80	4,81		
	Acil ve Yoğun Bakımlar	19	20,21	4,10		
	Başhemşirelik ve Eğitim Hemşireliği	32	19,94	4,24		
Kişilerarası Destek Alt Ölçek Puanı	Dahili Birimler	108	24,98	3,93	0,953	0,415
	Cerrahi Birimler	111	25,23	4,57		
	Acil ve Yoğun Bakımlar	19	24,68	4,58		
	Başhemşirelik ve Eğitim Hemşireliği	32	26,34	4,08		
Stresle Baş Etme Alt Ölçek Puanı	Dahili Birimler	108	17,38	4,16	0,542	0,654
	Cerrahi Birimler	111	17,71	4,37		
	Acil ve Yoğun Bakımlar	19	17,63	4,68		
	Başhemşirelik ve Eğitim Hemşireliği	32	18,50	5,04		
SYBD Ölçeği	Dahili Birimler	108	121,37	17,69	0,498	0,684
	Cerrahi Birimler	111	123,26	19,90		
	Acil ve Yoğun Bakımlar	19	120,84	19,11		
	Başhemşirelik ve Eğitim Hemşireliği	32	125,66	23,91		

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin kadro durumuna göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, Stresle Baş Etme alt ölçek puan ortalaması ile bağlı olduğu memuriyet kadrosu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Kadrolu çalışanların stresle baş etme alt ölçek puanı ortalamasının sözleşmeli çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 14). Ayrıca ikili incelemede gelir durumu 1000 TL ve altı olanların çoğunlukla sözleşmeli iken 1001 TL ve üstü gelir durumuna sahip olanlar çoğunlukla kadrolu olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 14. Hemşirelerin Kadro Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Kadro Durumu	n	Ort	SS	t	p
Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçek Puanı	Kadrolu	217	26,19	5,06	1,408	0,160
	Sözleşmeli	53	25,11	4,67		
Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçek Puanı	Kadrolu	217	20,07	4,22	1,004	0,317
	Sözleşmeli	53	19,42	4,39		
Egzersiz Alt Ölçek Puanı	Kadrolu	217	14,01	4,54	0,696	0,487
	Sözleşmeli	53	13,53	4,37		
Beslenme Alt Ölçek Puanı	Kadrolu	217	20,39	4,52	-0,784	0,434
	Sözleşmeli	53	20,94	4,89		
Kişilerarası Destek Alt Ölçek Puanı	Kadrolu	217	25,38	4,13	1,222	0,223
	Sözleşmeli	53	24,58	4,77		
Stresle Baş Etme Alt Ölçek Puanı	Kadrolu	217	17,95	4,57	2,195	0,029*
	Sözleşmeli	53	16,49	3,30		
SYBD Ölçeği	Kadrolu	217	123,38	19,82	1,299	0,195
	Sözleşmeli	53	119,51	17,80		

* $p<0,05$

Araştırma grubunda yer alan hemşirelerin Tablo 15'te haftalık çalışma süresine göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları verilmektedir. Buna göre, Haftalık Çalışma Saati ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 15. Hemşirelerin Haftalık Çalışma Saatine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Haftalık Çalışma Süresi (saat)	n	Ort	SS	t	p
Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçek Puanı	40 ve daha az	213	25,98	4,94	-0,008	0,994
	40 üzeri	57	25,98	5,26		
Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçek Puanı	40 ve daha az	213	19,85	4,23	-0,714	0,476
	40 üzeri	57	20,30	4,36		
Egzersiz Alt Ölçek Puanı	40 ve daha az	213	13,92	4,45	0,038	0,970
	40 üzeri	57	13,89	4,73		
Beslenme Alt Ölçek Puanı	40 ve daha az	213	20,46	4,67	-0,276	0,783
	40 üzeri	57	20,65	4,32		
Kişiler Arası Destek Alt Ölçek Puanı	40 ve daha az	213	25,03	4,21	-1,476	0,141
	40 üzeri	57	25,96	4,41		
Stresle Baş Etme Alt Ölçek Puanı	40 ve daha az	213	17,57	4,33	-0,714	0,476
	40 üzeri	57	18,04	4,59		
SYBD Ölçeği	40 ve daha az	213	122,13	19,41	-0,794	0,428
	40 üzeri	57	124,44	19,72		

Tablo 16'da araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalıştığı servisten memnuniyet durumlarına göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları görülmektedir. Çalıştığı servisten memnun olanların, memnun olmayanlara göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüş, bu farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 16. Hemşirelerin Çalıştığı Birimden Memnuniyet Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Çalıştığı Birimden Memnuniyet Durumu	n	Ort	SS	F	p
Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçek Puanı	Memnun	181	26,43	4,91	2,280	0,104
	Memnun Değil	39	25,05	5,13		
	Kararsız	50	25,06	5,09		
Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçek Puanı	Memnun	181	20,09	4,35	0,362	0,697
	Memnun Değil	39	19,69	4,14		
	Kararsız	50	19,58	4,02		
Egzersiz Alt Ölçek Puanı	Memnun	181	13,98	4,61	0,054	0,947
	Memnun Değil	39	13,77	4,02		
	Kararsız	50	13,80	4,58		
Beslenme Alt Ölçek Puanı	Memnun	181	20,85	4,53	2,566	0,079
	Memnun Değil	39	20,54	5,19		
	Kararsız	50	19,20	4,16		
Kişilerarası Destek Alt Ölçek Puanı	Memnun	181	25,43	4,43	0,631	0,533
	Memnun Değil	39	24,95	4,15		
	Kararsız	50	24,72	3,73		
Stresle Baş Etme Alt Ölçek Puanı	Memnun	181	17,80	4,35	0,291	0,748
	Memnun Değil	39	17,26	4,27		
	Kararsız	50	17,50	4,63		
SYBD Ölçeği	Memnun	181	123,98	19,93	1,408	0,247
	Memnun Değil	39	120,69	18,55		
	Kararsız	50	119,20	18,23		

Araştırmada yer alan hemşirelerin, Tablo 17'de görüldüğü gibi, BKİ' ne göre SYBD ölçek ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelenmektedir. BKİ'ne göre SYBD ölçek ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarının benzer olduğu görülmüş, istatistiksel olarak da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 17. Hemşirelerin Beden Kitle İndeksine (BKİ) Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	BKİ	n	Ort	SS	F	p
Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçek Puanı	Zayıf	22	25,95	4,30	0,643	0,527
	Normal	176	26,21	4,68		
	Şişman	72	25,42	5,89		
Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçek Puanı	Zayıf	22	21,09	3,89	0,878	0,417
	Normal	176	19,85	4,05		
	Şişman	72	19,81	4,82		
Egzersiz Alt Ölçek Puanı	Zayıf	22	13,09	3,98	1,057	0,349
	Normal	176	13,78	4,46		
	Şişman	72	14,50	4,74		
Beslenme Alt Ölçek Puanı	Zayıf	22	19,14	5,13	1,141	0,321
	Normal	176	20,55	4,43		
	Şişman	72	20,81	4,80		
Kişilerarası Destek Alt Ölçek Puanı	Zayıf	22	24,91	3,77	0,591	0,554
	Normal	176	25,43	4,04		
	Şişman	72	24,82	4,92		
Stresle Baş Etme Alt Ölçek Puanı	Zayıf	22	17,64	4,83	0,187	0,829
	Normal	176	17,78	4,28		
	Şişman	72	17,40	4,54		
SYBD Ölçeği	Zayıf	22	121,36	16,93	0,118	0,889
	Normal	176	123,02	18,58		
	Şişman	72	122,01	22,34		

Araştırma grubundaki hemşirelerin sağlık durumunu algılama düzeylerine (SDAD) göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları Tablo 18'de yer almaktadır. Kendini Gerçekleştirme alt ölçek puan ortalaması ile sağlık durumunu algılama düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sağlık durumunu çok iyi olarak algılayanların, Kendini Gerçekleştirme alt ölçek puanı, sağlık durumunu orta olarak belirtenlere göre daha yüksektir ($p<0,05$).

Beslenme Alt Ölçek Puanında, Sağlık Durumlarını Algılama düzeyleri arasında varyans homojenliği sağlanamadığından dolayı Kruskal Wallis H- Testi uygulanmıştır (Levene istatistiği=3,137; p=0,026). Buna göre; gruplar arasında fark anlamlı bulunmamıştır. (Chi-Square=2,171; p =0,538).

Tablo 18. Hemşirelerin Sağlık Durumlarını Algılama Düzeylerine (SDAD) Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	SDAD	n	Ort	SS	F	p
Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçek Puanı	Çok iyi	16	28,75	5,27	3,061	0,029*
	İyi	116	26,43	5,19		
	Orta	125	25,19	4,79		
	Kötü	13	26,08	3,33		
Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçek Puanı	Çok iyi	16	20,31	4,01	1,353	0,257
	İyi	116	20,49	4,28		
	Orta	125	19,42	4,32		
	Kötü	13	19,62	3,31		
Egzersiz Alt Ölçek Puanı	Çok iyi	16	15,63	5,44	1,601	0,190
	İyi	116	14,26	4,48		
	Orta	125	13,38	4,50		
	Kötü	13	13,92	2,81		
Beslenme Alt Ölçek Puanı	Çok iyi	16	21,75	4,77	0,955	0,415**
	İyi	116	20,29	3,92		
	Orta	125	20,68	5,19		
	Kötü	13	19,08	3,64		
Kişiler Arası Destek Alt Ölçek Puanı	Çok iyi	16	25,50	3,74	0,450	0,717
	İyi	116	25,46	4,19		
	Orta	125	24,91	4,45		
	Kötü	13	25,85	3,91		
Stresle Baş Etme Alt Ölçek Puanı	Çok iyi	16	19,94	4,64	2,519	0,058
	İyi	116	18,03	4,11		
	Orta	125	17,07	4,41		
	Kötü	13	17,38	5,38		
SYBD Ölçeği	Çok iyi	16	131,25	21,34	2,294	0,078
	İyi	116	124,54	18,64		
	Orta	125	119,96	19,97		
	Kötü	13	120,38	16,12		

* $p<0,05$

** Kruskall Wallis Testi; Chi square = 2,171; p= 0,538

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin Tablo 19'da yemek yeme alışkanlıklarına göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, yemek yeme alışkanlıklarıyla Kendini Gerçekleştirme ve Beslenme alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel ilişki gözlenmiştir. Düzensiz yemek yeme alışkanlığına sahip olanların, Kendini Gerçekleştirme ve Beslenme alt ölçek puan ortalamalarının, düzenli ve zaman buldukça düzenli yemek yeme alışkanlıklarına sahip olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır, ancak Beslenme Alt Ölçek Puanında (Levene istatistiği=10,428; p=0,000) ve Stresle Baş etme Alt Ölçek Puanında (Levene istatistiği=3,426; p=0,034), yemek yeme alışkanlıklarına göre ayrılan gruplar arasında varyans homojenliği sağlanamadığından dolayı Kruskal Wallis H- Testi uygulanmıştır. Beslenme Alt Ölçek puanı ortalamalarının (Chi-Square=5,949; p =0,051) ve Stresle Baş etme Alt Ölçek puanı ortalamalarının (Chi-Square=0,162; p =0,922) yemek yeme alışkanlıkları gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H- Testi sonuçlarına göre gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 19. Hemşirelerin Yemek Yeme Alışkanlıklarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Yemek Yeme Alışkanlığı	n	Ort	SS	F	p
Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçek Puanı	Düzenli	119	25,61	4,72	3,242	0,041*
	Zaman buldukça düzenli	80	25,39	5,19		
	Düzensiz	71	27,25	5,07		
Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçek Puanı	Düzenli	119	19,85	4,10	1,756	0,175
	Zaman buldukça düzenli	80	19,41	4,06		
	Düzensiz	71	20,69	4,66		
Egzersiz Alt Ölçek Puanı	Düzenli	119	13,88	4,46	0,009	0,991
	Zaman buldukça düzenli	80	13,91	4,44		
	Düzensiz	71	13,97	4,72		
Beslenme Alt Ölçek Puanı	Düzenli	119	20,63	4,22	4,983	0,008**
	Zaman buldukça düzenli	80	19,31	3,74		
	Düzensiz	71	21,62	5,67		
Kişilerarası Destek Alt Ölçek Puanı	Düzenli	119	25,18	4,43	0,064	0,938
	Zaman buldukça düzenli	80	25,15	3,88		
	Düzensiz	71	25,38	4,44		
Stresle Baş Etme Alt Ölçek Puanı	Düzenli	119	17,59	4,34	0,407	0,666***
	Zaman buldukça düzenli	80	17,44	3,61		
	Düzensiz	71	18,06	5,20		
SYBD Ölçeği	Düzenli	119	122,14	19,73	1,907	0,150
	Zaman buldukça düzenli	80	120,14	16,71		
	Düzensiz	71	126,21	21,55		

* $p<0,05$

** Kruskall Wallis Testi; chi square = 5,949; p= 0,051

*** Kruskall Wallis Testi; chi square = 0,162; p= 0,922

Tablo 20'de görüldüğü gibi, araştırmada hemşirelerin uyku alışkanlıklarına göre SYBD ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 20. Hemşirelerin Uyku Alışkanlıklarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Uyku Alışkanlığı	n	Ort	SS	F	p
Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçek Puanı	Düzenli	88	25,82	5,12	0,080	0,923
	Bazı Geceler Düzensiz Onun Dışında Düzenli	52	26,15	4,61		
	Düzensiz	130	26,02	5,09		
Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçek Puanı	Düzenli	88	20,03	4,61	0,062	0,940
	Bazı Geceler Düzensiz Onun Dışında Düzenli	52	20,02	4,07		
	Düzensiz	130	19,85	4,10		
Egzersiz Alt Ölçek Puanı	Düzenli	88	14,20	4,89	0,778	0,460
	Bazı Geceler Düzensiz Onun Dışında Düzenli	52	14,31	4,34		
	Düzensiz	130	13,56	4,30		
Beslenme Alt Ölçek Puanı	Düzenli	88	20,97	4,65	0,726	0,485
	Bazı Geceler Düzensiz Onun Dışında Düzenli	52	20,10	4,89		
	Düzensiz	130	20,35	4,43		
Kişilerarası Destek Alt Ölçek Puanı	Düzenli	88	25,28	4,29	0,113	0,893
	Bazı Geceler Düzensiz Onun Dışında Düzenli	52	25,42	4,10		
	Düzensiz	130	25,11	4,34		
Stresle Baş Etme Alt Ölçek Puanı	Düzenli	88	17,85	4,40	0,553	0,576
	Bazı Geceler Düzensiz Onun Dışında Düzenli	52	18,06	4,30		
	Düzensiz	130	17,38	4,42		
SYBD Ölçeği	Düzenli	88	123,47	21,40	0,273	0,761
	Bazı Geceler Düzensiz Onun Dışında Düzenli	52	123,46	17,89		
	Düzensiz	130	121,71	18,79		

Araştırma grubunu oluşturan hemşirelerin sigara içme durumlarına göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları Tablo 21'de görülmektedir. Hiç sigara içmeyenler SYBD ölçeği genelinde, halen içenlere göre hafif yüksek bir puan ortalaması ile karşımıza çıkmaktadır. Ancak, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 21. Hemşirelerin Sigara İçme Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Sigara İçme Durumu	n	Ort	SS	F	p
Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçek Puanı	Hiç içmemiş	117	25,98	5,06	0,492	0,612
	Bırakmış	36	25,25	5,16		
	Halen içiyor	117	26,20	4,91		
Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçek Puanı	Hiç içmemiş	117	20,44	4,18	2,988	0,052
	Bırakmış	36	18,47	4,43		
	Halen içiyor	117	19,90	4,20		
Egzersiz Alt Ölçek Puanı	Hiç içmemiş	117	14,32	4,89	0,834	0,435
	Bırakmış	36	13,72	4,80		
	Halen içiyor	117	13,57	3,98		
Beslenme Alt Ölçek Puanı	Hiç içmemiş	117	21,09	4,64	1,739	0,178
	Bırakmış	36	20,03	4,55		
	Halen içiyor	117	20,05	4,52		
Kişilerarası Destek Alt Ölçek Puanı	Hiç içmemiş	117	25,05	4,37	0,530	0,589
	Bırakmış	36	24,83	4,69		
	Halen içiyor	117	25,52	4,03		
Stresle Baş Etme Alt Ölçek Puanı	Hiç içmemiş	117	17,90	4,17	0,728	0,484
	Bırakmış	36	16,89	4,73		
	Halen içiyor	117	17,68	4,49		
SYBD Ölçeği	Hiç içmemiş	117	124,38	20,18	1,379	0,254
	Bırakmış	36	118,36	20,92		
	Halen içiyor	117	122,16	18,17		

Tablo 22'de hemşirelerin stres karşısında verdikleri tepkilere göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları yer almaktadır. Buna göre strese tepkisi genel olarak öfkeli, kontrolsüz olanların en düşük, önemsemeyenlerin en yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu dikkati çekmiştir. Bununla birlikte stres karşısında verilen tepkiyle SYBD ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 22. Hemşirelerin Stres Karşısında Verdikleri Tepkiye Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Strese verdiği tepki	n	Ort	SS	F	p
Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçek Puanı	Öfkeli, kontrolsüz	85	25,71	5,04	0,244	0,784
	Farkında, kontrollü	163	26,06	4,93		
	Önemsemez, görmezden gelici	22	26,45	5,48		
Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçek Puanı	Öfkeli, kontrolsüz	85	19,66	4,20	1,273	0,282
	Farkında, kontrollü	163	19,91	4,33		
	Önemsemez, görmezden gelici	22	21,27	3,83		
Egzersiz Alt Ölçek Puanı	Öfkeli, kontrolsüz	85	13,33	4,31	1,129	0,325
	Farkında, kontrollü	163	14,13	4,58		
	Önemsemez, görmezden gelici	22	14,55	4,68		
Beslenme Alt Ölçek Puanı	Öfkeli, kontrolsüz	85	19,86	4,37	1,238	0,292
	Farkında, kontrollü	163	20,82	4,64		
	Önemsemez, görmezden gelici	22	20,59	4,99		
Kişilerarası Destek Alt Ölçek Puanı	Öfkeli, kontrolsüz	85	25,09	4,62	0,105	0,901
	Farkında, kontrollü	163	25,25	4,09		
	Önemsemez, görmezden gelici	22	25,55	4,30		
Stresle Baş Etme Alt Ölçek Puanı	Öfkeli, kontrolsüz	85	17,09	4,19	1,579	0,208
	Farkında, kontrollü	163	17,81	4,14		
	Önemsemez, görmezden gelici	22	18,82	6,40		
SYBD Ölçeği	Öfkeli, kontrolsüz	85	120,39	19,72	0,870	0,420
	Farkında, kontrollü	163	123,47	19,07		
	Önemsemez, görmezden gelici	22	124,95	21,46		

4. TARTIŞMA

Araştırma grubunun %27,4'ü (74 kişi) 30-34 yaş grubunda, yaş ortalaması 34,4±7'dir, %49,6'sı (134 kişi) ön lisans mezunu, %58,1'i (157 kişi) evli ve %47,4'ünün (128 kişi) çocuğu vardır. Grupta bulunanların % 92,2'si (249 kişi) çekirdek aileye sahiptir, %64,4'ü (174 kişi) evde ailesiyle beraber yaşamaktadır. Evli olan hemşirelerin eşlerinin %87,4'ü (137 kişi) çalışmaktadır. Gelir düzeylerine bakıldığında %82,2'sinin (222 kişi) haneye giren aylık toplam gelir düzeyi 1001-3000 TL arasındadır. Kendi değerlendirmelerine göre %55,6'sı (150 kişi) ekonomik durumunu 'orta' olarak belirtmiştir. Hemşirelerin mesleğine ilişkin özelliklere bakıldığında, %28,5'u (77 kişi) 0-5 yıldır görev yapmakta, %41,1'i (111 kişi) cerrahi birimlerde çalışmakta, %80,4'ü (217 kişi) kadrolu statüde, %70,4'ü servis hemşiresi (190 kişi) olarak çalışmakta, %78,9'u (213 kişi) haftada 40 ve daha az saat çalışmakta, %46,7'si (126 kişi) sürekli gündüz çalışmaktadır, Hemşirelerin %67'si (181 kişi) çalıştıkları servisten memnundur Hemşirelerin ailesine ve kendisine yönelik hastalık öyküsü incelendiğinde, hemşirelerin %97'sinde (262 kişi) ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı, %46,3'ünün (125 kişi) sağlığını "orta" düzeyde derecelendirdiği görülmüş, %4,4'ünün (12 kişi) ailesinde kronik hastalıklı/engelli birey olduğu ve bunların 10'ununda anne veya babasında olduğu, hemşirelerin kendisinin ise %91,5'inin kronik bir hastalığa sahip olmadığı, BKİ dağılımı incelendiğinde %65,2'sinin (176 kişi) normal kiloda olduğu, %26,7'sinin (72 kişi) şişman olduğu, %8,1'nin (22 kişi) zayıf olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin yaşam biçimine ilişkin özelliklerine bakıldığında, yemek yeme alışkanlığının %44,1'inde (119 kişi) düzenli, uyku alışkanlığının %48,1'inde (130 kişi) düzensiz olduğu, %43,3'ünün (117 kişi) sigara hiç içmediği, %34,1'inin (92 kişi) ise halen sigara içmekte olduğu, %88,5'inin alkol kullanmadığı, %71,5'inin (193 kişi) egzersiz yapmadığı, %60,4'ünün (163 kişi) stres karşısında duygularının farkında olduğu görülmektedir.

4.1 Araştırma Grubunu Oluşturan Hemşirelerin SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Hemşirelerin SYBD ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında en yüksek puan ortalaması 25,98±5.00 ile Kendini Gerçekleştirme alt ölçeği ve onu sırasıyla Kişilerarası Destek (25,23±4.26), Beslenme (20,50±4,59), Sağlık Sorumluluğu (19,94±4,25), Stresle Baş Etme (17,67±4,38) alt ölçekleri puan ortalamaları izlemiştir. Hemşirelerin SYBD ölçeği toplam puan ortalaması ise 122,62±19,47'dir.

Ölçeğin genelinden alınan puan ortalamasının (122,62±19,47) orta düzeyde olduğu söylenebilir. Esin'in işçilerde yaptığı çalışmadan (n=450), Pasinlioğlu ve Gözüm'ün birinci basamakta çalışan sağlık personelinden (n=138) yaptığı çalışmadan elde edilen toplam puanlardan (sırasıyla 120,9±19,6 ve 117,5±17,1) daha yüksek olduğu görülmektedir (Esin, 1997; Pasinlioğlu ve Gözüm, 1998). Tokuç'un öğretmenlerde (n=410) yaptığı çalışmada ise ölçeğin genel toplamından alınan puan (134,5±17,9) daha yüksek bulunmuştur (Tokuç, 2006). Kaya ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, öğretim elemanlarının (n=301) sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarına ait genel puanı (139,5±18,0) bu çalışmadan daha yüksek olarak saptanmıştır (Kaya ve ark., 2005).

Bu çalışmada en düşük puan ortalamasının egzersiz 13,91±4,50 alt ölçeğine ait olduğu belirlenmiştir. En yüksek puan ortalaması ise (25,98±5,00) Kendini gerçekleştirme alt ölçeğine ait olarak saptanmıştır. Kaya ve arkadaşlarının öğretim elemanlarında ve Tokgöz'ün kadın öğretim elemanlarında (n=203) yaptığı çalışmalarda, öğrenim düzeyi yüksek olanların kendini gerçekleştirme puanları yüksek bulunmuştur (Kaya ve ark., 2005; Tokgöz,1995).

Karakoç'un öğretmenlerde (n=705) yaptığı çalışmada, en yüksek puan ortalamasının Kendini Gerçekleştirme alt ölçeğine, en düşük puan ortalamasının ise Egzersiz alt ölçeğine ait olduğu bildirilmiştir (Karakoç, 2006).

Baltaş'ın çalışmasında da kadınların beslenme konusunda koruyucu sağlık davranışlarına daha yatkın oldukları ve daha az egzersiz yaptıkları bildirilmiştir. Esin'in çalışmasında da kadınların daha az egzersiz yaptıkları belirlenmiştir. (Baltaş, 1996; Esin, 1998). Bizim çalışmamızın sonuçları, bu çalışmalarla uyumludur.

Ayaz ve arkadaşlarının hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde (n=200) yaptıkları çalışmada en yüksek puan Kendini Gerçekleştirme alt ölçeğinde bulunurken, en düşük puan bu çalışmada da olduğu gibi Egzersiz alt boyutunda bulunmuştur (Ayaz ve ark., 2005). Bu sonuçlar araştırmamızın bulgularıyla uyumludur. Bu alışkanlığın araştırma grubundaki hemşirelerde de yetersiz olduğu görülmektedir. Bulunan sonuçlar literatür bilgileriyle benzerlik göstermektedir. Ayrıca kadınlarda egzersiz puan ortalamasının düşük bulunması ve bu çalışmayı oluşturan grubun tamamının kadınlardan oluşmasının da sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir. Sağlığı geliştirici davranışları göstermede yapısal, yasal ve çevresel düzenlemenin etkili olduğu düşünülmektedir. Hastanede egzersiz yapmak için egzersiz odası, koşu bandı, spor salonu gibi yeterli donanımın olmamasının egzersiz davranışının yetersiz olmasında rolü olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada alt ölçekler arasında en yüksek puan ortalaması (25,98±5,00) Kendini Gerçekleştirme alt ölçeğinde bulunmuştur. İnsan davranışlarını inceleyen psikologlara göre insan davranışının en önemli belirleyicisi "benlik kavramı", davranışlarını yöneten en önemli güdü de "kendini gerçekleştirme" güdüsüdür. Kendini gerçekleştirme, insan davranışlarını yöneten bir güdü olduğu kadar, erişilmeye çalışılan bir gelişme düzeyidir (Erden ve Akman, 1985). Hemşirelerin Kendini Gerçekleştirme puanının yüksek olması kendilerinin değerli olduğunu hissetmeleri ve kendilerini takdir etmesi olarak değerlendirilebilir. Bu durum da mesleğin gelişimi açısından son derece önemlidir.

Sağlık Sorumluluğu, kişinin sağlığı geliştirme davranışına başlamasını ve devam etmesini etkiler. Bu çalışmada sağlık sorumluluğu puan ortalaması 19,94±4,25 olarak bulunmuştur. Tokgöz, kadın öğretim elemanlarında (21,55±4,40), Esin, işçilerde (22,30±4,98) ve Karakoç, öğretmenlerde (23,23±5,52) yaptığı çalışmalarında Sağlık

Sorumluluğu puan ortalamasını daha yüksek saptamıştır (Tokgöz ve ark.,1995; Esin, 1997; Karakoç, 2006).

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığıyla ilgili olarak koruyucu davranışlar, önleyici davranışlar ve sağlığı geliştiren davranışlara yönelik tutum ve davranış değişikliği göstermesi anlamına gelmektedir. Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler (Lusk ve ark., 1994). Sağlık hizmeti verenler olarak hemşirelerin sağlık sorumluluğu konusunda daha duyarlı ve bilinçli olması ve diğer gruplara göre daha yüksek bir puan alması gerekirken sağlık çalışanı olan ve rol modeli olması gereken hemşireler açısından tam tersi bir bulgu elde edilmiştir.

Araştırmada hemşirelerin Stresle Baş Etme puan ortalaması 17,67±4,38 olarak bulunmuştur. Akça öğretim elemanlarında (20,35±3,85), Tokgöz kadın öğretim elemanlarında (19,89±3,70), ve Karakoç öğretmenlerde (17,82±3,50) Stresle Baş Etme puanlarını daha yüksek bulmuştur (Tokgöz ve ark., 1995; Karakoç, 2006). Hemşirelerin çalıştığı kişilerin hasta bireyler olması, yoğun çalışma, vardiyalı çalışma gibi nedenlerden dolayı diğer gruplara göre daha fazla stres yaşadıkları düşünülerek stresle etkili baş etme yollarını kullanmaları beklenmektedir. Stresle Baş Etme puanlarının diğer çalışılan gruplardan düşük olması, hemşirelerin stres yönetiminin oldukça yetersiz olduğunu ve meslekleri gereği daha yoğun düzeyde stresle karşılaştıklarını düşündürmektedir.

Diğer yandan, hemşirelerin Egzersiz (13,91±4,50) puanının yanında Sağlık Sorumluluğu (19,94±4,25) ve Stresle Baş Etme (17,67±4,38) puan ortalamalarının da düşük olmasının, kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere, çeşitli hastalıklar için potansiyel risk oluşturabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada Kişiler Arası Destek puanı 25,23±4.26 olarak belirlenmiştir. Kişiler arası destek puanı, Esin'in işçilerde (19,56±3,64) ve Karakoç'un öğretmenlerde (20,15±3,21) yaptığı çalışmalarına göre yüksek bulunmuştur (Esin,

1997; Karakoç, 2006). Kişilerarası destek puanın yüksek olması hemşirelerin mesleklerinin gereği olarak çevresiyle olumlu kişilerarası ilişkilere sahip olduğunu düşündürmektedir. Kişiler arası destek sistemi; kendine yakın arkadaşları ile birlikte olmak için zaman ayırma, insanlarla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurma, başkalarının başarılarını övme, yakın bulunduğu (aile, arkadaş v.b) bireylere dokunmaktan hoşlanma, fikir alışverişinde bulunma, tartışma ve uzlaşma yolu ile sorunları çözme olarak tanımlanmıştır (Pender, 1987).

Sağlıklı yaşam biçiminin sağlanmasında en temel öğelerden birisi yeterli ve dengeli beslenmedir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin beslenme puanı 20,50±4,59 olarak saptanmıştır. Beslenme puan ortalamaları öğretim elemanlarında 22,40±3,94, öğretmenlerde 18,30±3,03 bulunmuştur (Tokgöz ve ark.,1995; Karakoç, 2006). Bu çalışmada beslenme puanının çalışan kadınların ve öğretmenlerin puanından yüksek, öğretim elemanları ve üniversite öğrencilerinin puanından düşük olduğu görülmektedir. Bunun nedeninin yoğun bir tempoda çalıştıkları için beslenmeye yeterli zaman ayıramama olabilir. Temel insan gereksinimlerinden olan beslenme, sağlığın sürdürülmesi, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde son derece önemli bir kavramdır (Baysal, 1998; Beaudry ve ark., 2004).

4.2 Araştırma Grubunu Oluşturan Hemşirelerin SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Çeşitli Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaşlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde alt ölçek puan ortalamaları ve ölçeğin genel puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu çalışmada 40 yaş ve üzeri grupta yer alanların Beslenme, Kişiler arası destek, Stresle Baş Etme, Egzersiz ve ölçeğin genel puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Çetinkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (n=107) 40 yaş ve üzeri grubunda beslenme alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ve çalışma süresi arttıkça, kişilerin egzersiz yapmaya ve düzenli beslenmeye daha fazla özen gösterdikleri saptanmıştır (Çetinkaya ve ark., 2004). Esin'in çalışmasında 18-24 yaş grubuna göre, 25-31, 32-38, 39 ve üstü yaş grubunda beslenme alt ölçeği puan ortalamasında artış olduğu belirtilmiştir (Esin, 1997). Sağlığı geliştirme modeline göre, yaş arttıkça sağlığı geliştiren davranışlara sahip olma düzeyi artmaktadır (Pahalank, 1991; Battorf ve Johnson, 1996; Stachawiah ve Tripp, 1992). Çünkü bilinç ve farkındalık yaşın artmasıyla beraber artmaktadır.

Hemşirelerin medeni duruma göre egzersiz alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Egzersiz puan ortalaması, bekar olan hemşirelerde evli olanlardan yüksektir. Karakoç'un öğretmenlerde yaptığı çalışmasında da bekar olanların egzersiz puan ortalaması evli olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir (Karakoç, 2006).Yurt içi ve yurt dışındaki diğer bazı çalışmalarda ise sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı bulunmuştur (Pasinlioğlu ve Gözüm, 1998; Ahijevych ve Benhard, 1994). Evli ve çocuğu olanların sorumluluklarının artmasıyla egzersiz yapmaya verilen önemin ve sürenin azaldığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin öğrenim durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ilişkisi incelendiğinde, alt ölçek puan ortalamaları ve ölçeğin genel puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Öğrenim düzeyi lisans ve üzeri olanların Kendini Gerçekleştirme, Sağlık Sorumluluğu ve Kişilerarası

Destek alt ölçek puan ortalamasının diğer gruplara göre biraz daha yüksek olduğu görülmektedir. Topçu'nun göç eden kadınlarda (n=420) yaptığı çalışmada, öğrenim düzeyi arttıkça göç eden kadınların SYBD Ölçeği puanlarının arttığını saptamıştır (Topçu, 2006). Kaya ve arkadaşları, öğrenim düzeyi yüksek olanların sağlığı geliştirme davranışlarını daha çok benimsediklerini ve uyguladıklarını belirtmişlerdir (Kaya ve ark., 2005). Bu çalışmada grubun çoğunluğunun ön lisans mezunu olmasının sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin aile tipine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde, ölçeğin genelinden alınan puan ortalaması, Stresle Baş Etme alt ölçek puan ortalaması, Kişilerarası Destek alt ölçek puan ortalamasının parçalanmış ailelerde daha yüksek olduğu görülmüş ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yıldırım, üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, aile tipi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamadığını, ancak parçalanmış ailelerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğunu belirtmiştir (Yıldırım, 2005).

Hemşirelerin çocuk varlığı ile egzersiz alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre çocuğu olmayanların Egzersiz alt ölçek puan ortalaması, çocuğu olanlardan yüksektir. Karakoç öğretmenlerde çocuk sayısı ile Egzersiz puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulduğunu belirtmiş ve çocuk sayısı azaldıkça Egzersiz puan ortalamasının arttığını saptamıştır (Karakoç, 2006). Araştırmamızda çocuk sahibi olanların egzersiz puanlarının düşük olması, bu tür etkinliklere zaman ayıramamalarıyla ve sorumluluklarının artmış olmasıyla açıklanabilir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin haneye giren toplam aylık gelir durumlarına göre SYBD ölçeği ve alt ölçek puanları incelendiğinde, haneye giren toplam aylık gelir ile sağlık sorumluluğu, stresle baş etme ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farklar; haneye giren toplam aylık geliri 1000 TL ve daha az olanların, geliri daha fazla olanlardan anlamlı ölçüde düşük puanları almasından ya da gelir düzeyi yüksek

olanların yaşam konforunun daha yüksek ve olanaklarının fazla olması nedeniyle sağlık hizmetlerine kolay ulaştığını, sosyal çevrelerini ön plana almaları ve stresle baş etmede alternatif yollar üretebildiklerini düşündürmektedir.

Karakoç'un öğretmenlerde yaptığı çalışmada da, benzer bulgular çıkmıştır. Topçu'nun göç eden kadınlarda yaptığı çalışmada geliri giderinden fazla olan kadınların SYBD Ölçeği, kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek ve stresle baş etme alt ölçekleri puan ortalamasının geliri giderinden az ve eşit olan kadınların ortalamasından anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Topçu, 2006). Karadeniz ve arkadaşları öğrenciler üzerinde (n=349) yaptıkları çalışmada, gelir düzeyi yüksek olanlarda, SYBD Ölçeği ve alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu saptamışlardır (Karadeniz ve ark., 2006). Gelir durumunun artmasının, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sıklığını olumlu yönde etkilediğini başka çalışmalar da desteklemektedir (Erdoğan ve ark., 1994; Kuster ve ark., 1993). Ülkemizde sosyo-ekonomik düzey, başta beslenme olmak üzere tüm yaşam biçimini etkilemektedir. Buna göre ekonomik durumun sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarının gerçekleştirilmesinde etkili olduğu düşünülmüştür.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre, 0-11 yıl grubunda yer alanların Kendini Gerçekleştirme, Sağlık Sorumluluğu, Kişiler Arası Destek ve ölçek genelinde aldıkları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmekle birlikte, ancak farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Karakoç'un çalışmasında kendini gerçekleştirme puan ortalamaları incelendiğinde, hizmet yılı 1–5 yıl arasında olanların puan ortalaması 6–10 yıl olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Karakoç, 2006). Hemşirelerde hizmet yılı arttıkça deneyimin artmasıyla sağlıklı yaşam biçimi davranışları görülmesinin artması beklenirken, bu tersi durumun yeni kuşağın hayata bakışının farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Araştırma kapsamında başhemşirelik ve eğitim hemşireliği grubunda yer alanların Kişilerarası Destek, Stresle Baş Etme ve ölçeğin genelinden alınan puan ortalamalarının diğer gruplarda yer alanlara göre daha yüksek olduğu ama bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Başhemşirelik ve

eğitim hemşireliğinde yer alan grubun hem çalışma saatlerinin düzenli olması hem de birebir hasta bakımıyla uğraşmamasının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını göstermede etkili olması beklenebilir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin bağlı olduğu memuriyet kadrosuna göre SYBD ve alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, Stresle Baş Etme alt ölçek puan ortalamasıyla bağlı olduğu memuriyet kadrosu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuş olup, kadrolu çalışanların Stresle Baş Etme alt ölçek puanı ortalamasının, sözleşmeli çalışanlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu bulgu, sözleşmeli çalışan grubun işten çıkarılma endişesi ve haklarının kadrolu çalışan gruba göre daha kısıtlı olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca kadrolu olan grubun gelir düzeyinin sözleşmeli gruba göre daha yüksek olduğu göz önüne alındığında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını göstermede ekonomik durumun etkili olduğu bir kez daha ortaya çıkmaktadır. Hakları daha kısıtlı olan, işten çıkarılma tehdidini yaşayan ve gelir durumu düşük olan sözleşmeli hemşirelerde bu durum, stresle baş edilmesini zorlaştıran bir etken olarak görülmektedir.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin haftalık çalışma saatiyle SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Haftalık çalışma saati 40 ve daha az olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı gösterme durumunun yüksek olması beklenmektedir. Zira, bu grubun büyük bir bölümünü sürekli gündüz çalışanlar oluşturmaktadır. Sürekli gündüz çalışanların düzenli bir çalışma saatine sahip olmaları, özel günlerde (bayram, hafta sonu, vb.) tatil olanaklarının olması bu beklentiyi arttırıcı faktörler olarak düşünülmektedir. Buna rağmen SYBD puanlarının benzer olması hemşirelerin önceliklerinin farklı olduğunu düşündürmektedir.

Vardiyalı çalışanların sosyal yaşamlarını bayram, tatil, hafta sonu gibi özel günlerde çalışmak durumunda kalmaları etkilemektedir. Ruggiero ve Janino'nun yaptıkları araştırmalarında, araştırmaya katılan vardiyalı çalışanlar hafta sonları ve

özel günlerde çalışmanın sosyal yaşamlarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir (Ruggiero, 2006).

Bu çalışmada haftalık çalışma saatine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Fark olmamasına rağmen genel bilgi ve deneyimlerimize göre, haftalık çalışma saatinin artmasının, nöbetli çalışmanın kişiyi olumsuz yönde etkileyeceği ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını göstermede zorlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmada, hemşirelerin çalıştığı servisten memnuniyet durumlarına göre SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları çalıştığı servisten memnun olan hemşirelerde memnun olmayanlara göre daha yüksektir, ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Karakoç'un çalışmasında mesleğinden memnun olan öğretmenlerin sağlıklı yaşam biçimi puanları orta derece memnun olanlara göre yüksek bulunmuştur (Karakoç, 2006). Mesleğine genel bakış açısı olumlu olanların yaşam biçimi davranışlarını göstermede daha başarılı olması beklenmektedir. Bireylerin gerek iş çevresi gerekse iş dışı çevresi birbirini etkileyerek strese neden olmaktadır. Bir diğer ifade ile stres yaratan faktörler, genel çevre unsurlarından ve çalışma hayatının niteliğinden kaynaklanmaktadır (Ataman, 2002). Çalışma hayatındaki memnuniyetin bireyin baş etme davranışlarını, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Araştırma grubunu oluşturan hemşirelerden normal kiloda olanların kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişilerarası destek, stresle baş etme ve ölçeğin genel puan ortalaması zayıf ve şişman olanlara göre daha yüksek bulunmuş ancak, BKİ ile SYBD ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Karakoç'un yaptığı çalışmada da öğretmenlerin BKİ'ne göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinin puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamış, SYBD ölçeği toplam puan ortalamasının ise normal kiloda olanlarda, şişman ve zayıf olanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Çalışmanın sonuçları, bu çalışmanın sonuçları ile uyumludur.

Araştırmaya katılan hemşirelerde sağlık durumunu çok iyi olarak algılayanların Kendini Gerçekleştirme alt ölçek puanı, sağlık durumunu orta olarak belirtenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Karakoç'un yaptığı çalışmada, sağlık durumu algılaması çok iyi olan öğretmenlerin, Kendini Gerçekleştime ve Egzersiz puan ortalamasının sağlık durumunu iyi ve kötü olarak değerlendirenlere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Karakoç, 2006). Kendini "iyi hissetmenin" sağlık durumunu yükseltmek için motivasyonel bir kaynak olabileceği, kendilerini sağlıklı olarak algılayan bireylerin sağlıklarını yükseltmek ve sürdürmek için daha fazla çaba sarf edecekleri belirtilmektedir (Pender ve ark., 1992). Hemşirelerin sağlığını iyi ve çok iyi hissetmesinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında etkili olduğu ve bu algının iyi yönde arttırılmasının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını göstermede ve sürdürmede olumlu bir etkisinin olabileceği düşünülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan hemşireler arasında düzensiz yemek yeme alışkanlığına sahip olanların Kendini Gerçekleştirme ve Beslenme puan ortalamaları, düzenli ve zaman buldukça düzenli yemek yeme alışkanlığına sahip olanlara göre daha yüksek bulunmuş ancak istatistiksel analizde beslenme alt ölçeğinde farklılık sınırda bulunmuştur ($p= 0,05$). Düzensiz yemek yeme alışkanlığına sahip olanların beslenme puan ortalamasının düşük olması beklenmektedir. Bu durum hemşirelerin düzenli beslenme ilkeleriyle ilgili bilgiye sahip olduğu, ama yeterince uygulayamadığı şeklinde açıklanabilir. Hemşirelik mesleğinin özveri gerektiren çalışma şekli hemşirelerin beslenme konusunda yeterli bilgi birikimine sahip olsa da yoğun tempoda çalışmasının, hizmetin sürekliliğini sağlamak zorunda olmasının beslenme ilkelerini uygulamak için yeterli zaman bulamamasıyla açıklanabilir. Düzensiz beslenen grubun daha çok nöbetli çalışan ve lisans mezunları olduğu ve bu grubun eğitim düzeyinin yüksek olmasının Kendini Gerçekleştirme puanını arttırdığı düşünülmektedir.

Yetersiz ve dengesiz beslenme, enfeksiyon hastalıklarının seyrini ağırlaştırarak ölümlülüğü arttırmaktadır. Beslenmesi iyi olmayan kişilerde enfeksiyon hastalıkları daha ağır seyretmekte ve daha yüksek oranda ölümle sonuçlanmaktadır. Sağlıksız beslenme enfeksiyon hastalıklarının yayılmasında aracılık edebilmekte ve yayılmayı arttırmaktadır (Akdur, 1988). Çeşitli enfeksiyon etkenleriyle devamlı karşı karşıya olan sağlık çalışanlarının, beslenme yetersizliği yaşaması hastalığı kolaylaştırıcı risk düzeyini arttırmaktadır.

Yeterli ve dengeli bir beslenme; çalışanın verimini artırır, yapılan üretimi artırır, hastalıkları azaltır, iş kazalarını azaltır, meslek hastalıklarını azaltır, çalışanların sağlığını geliştirir, işe devamsızlığı azaltır, iş yeri psikolojisini ve huzurunu güçlendirir ve çalışanın hastalıklara karşı direncini artırır (Aktaş ve Çekal, 2001). Beslenme düzeninin gözardı edilemeyecek kadar önemli olduğu ve hemşirelerin bu konuda daha fazla bilinçlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hemşireler arasında uyku alışkanlıklarının düzenli olduğunu belirtenlerde; Sağlık Sorumluluğu, Egzersiz, Beslenme ve ölçeğin genel puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüş, farklar anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çoğunluğunun gündüz çalışmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

Vardiya şeklinde çalışanların gündüz/gece uyumunun vücut tarafından sağlanamaması, gündüz uykusunun yeterince iyi olmaması, REM uykusundaki kesintilerin gündüz uykusunda fazla olması çalışanlarda halsizlik, yorgunluk problemlerini oluşturmaktadır. Buna ilaveten vardiya şeklinde çalışma, kişilerin ciddi sağlık problemlerine yakalanma risklerini de artırmaktadır (Çevik, 2000).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2008 yılına ilişkin sonuçlarında Türkiye genelinde sigara içme oranı kentlerde yüzde 33, kırsal kesimde yüzde 27,2 olduğu saptanmıştır. Kentte yaşayan kadınların sigara içme sıklığı kırsal kesimdeki kadınlara oranla daha yüksektir. Kentlerdeki kadınlarda sigara içme oranı, kırsal kesimdeki

kadınlara göre hemen hemen iki kat daha fazladır. Kırsal kesimdeki kadınlarda %7,2 olan sigara kullanma oranı, kentlerde %18,7'ye çıkmaktadır. Araştırmaya göre, yaşları 15-24 arasında bulunan genç bireylerde sigara içme oranı, %25,4 ile oldukça yüksek düzeyde bulunmuştur. Hiç sigara içmeyenlerin oranı, kırsal kesimde %57,1, kentlerde ise %51 düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Kadınlarda hiç sigara kullanmayanların oranı, %74,8 olarak belirlenirken, bu oran kırsal kesimde %85,2'e çıkmaktadır. Kentlerdeki kadınların %14,5'i, kırsal kesimdeki kadınların ise sadece %5'i her gün sigara kullanmaktadır (TÜİK, 2008).

Türkiye'de sigara içme yaygınlığı ile ilgili olarak yapılan araştırmalar, toplumun hemen her kesiminde sigara içme prevalansının yüksek olduğunu göstermektedir (Demir, 2005).

Sayan ve arkadaşlarının hemşirelerde (n=239) yaptığı çalışmada hemşirelerin %49,8'inin, Yılmaz ve Özkan'ın çalışmalarında (n=163) hemşirelerin %46,6'sının sigara içtiği saptanmıştır, Kutlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (n=248) hemşirelerin %56,5'inin sigara kullanmakta olduğu ortaya çıkmıştır (Sayan ve ark., 2005; Yılmaz ve Özkan, 2006; Kutlu ve ark., 2004). Alçelik ve arkadaşları, hemşirelerde (n=68) yaptığı çalışmada %36,8'inin sigara içtiğini, belirtmiştir (Alçelik ve ark., 2005). Temel ve arkadaşlarının çalışmalarında (n=270); sağlık personelinde sigara içme oranını %50 olarak belirlemişlerdir. Sezer ve arkadaşları Elazığ'da 656 hemşire ve ebe ile yapılan çalışmada sigara içme oranını %50,7 olduğunu belirtmişlerdir (Temel ve ark., 2004; Sezer ve ark., 1992). Bu çalışmada ise %34,1'inin sigara içmekte olduğu saptanmıştır. Hemşirelerle yapılan diğer çalışmalara göre sigara içme durumunun düşük bulunması sevindirici olmasına rağmen sağlık çalışanları olarak hemşirelerin sigara içme durumlarının daha düşük olması gerektiği düşünülmektedir.

Sigara içen kadınlarda, kalp-damar ve kronik akciğer hastalıkları daha sık görülmektedir. Sigara içenlerde koroner kalp hastalığından ölüm hızı, içmeyen kadınlara göre iki kat, kronik akciğer hastalığı nedenli ölüm riski ise 12 kat fazla

bulunmuştur. ABD'de, kadınlarda kronik akciğer hastalığı nedenli ölümlerin %90'ının sigaraya bağlı olarak meydana geldiği hesaplanmaktadır (Akdur, 2009).

Hemşirelerin sigara içme durumlarıyla SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hiç sigara içmemiş hemşirelerin Kendini Gerçekleştirme, Sağlık Sorumluluğu, Egzersiz, Beslenme ve ölçek genelinden alınan puan ortalamalarının sigara içenlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Karakoç'un çalışmasında sağlık sorumluluğu puan ortalaması sigarayı bırakanlarda, sigara içenlere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Karakoç, 2006).

Araştırma grubunda stres karşısında "önemsemeyip görmezden gelenlerin" ölçeğin genel ve alt ölçek puan ortalamalarının, stres karşısında "duygularının farkında ve kontrollü" davrananlar ile "öfkelenen, kendini kontrol edemeyenlerden" daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Sürekli hasta bireylerle çalışan ve çalıştığı sürede birçok strese neden olan durumla karşılaşan hemşirelerin bu durumu önemsemeyerek, baş etmeye çalıştığı söylenebilir.

Bireylerin iş çevresi ve iş dışı çevresi birbirlerini etkileyerek stres oluşumuna neden olmaktadır. Bir diğer ifade ile stres yaratan faktörler, genel çevre unsurlarından ve çalışma hayatının niteliğinden kaynaklanmaktadır (Ataman, 2002). Stres karşısında duygularının farkında olan ve duygularını kontrol edebilen bireylerin ölçeğin genelinden ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamasının daha yüksek olması beklenmektedir.

Uzun çalışma saatlerinin ve iş yerinde yaşanılan uzun süreli baş edilemeyen stresin de sağlık çalışanlarının sağlığını olumsuz etkilediği ve myokard infarktüsü, diabetes mellitus, hipertansiyon riskini artırdığı belirtilmektedir. İş memnuniyeti ile ilgili çalışmalarda hekim ve hemşirelerde iş stresi arttıkça iş memnuniyetinin,

üretkenliğinin ve kuruma bağlılığın azaldığı, iş stresinin hemşirelerde hastalık ve işe devamsızlıkta önemli bir etken olduğu saptanmıştır (Clegg, 2001).

Hemşirelik mesleği çalışma şekli ve hizmet verdiği grup açısından özveri gerektirmektedir. Nöbetli çalışma, hasta insanlarla iletişim kurma, malzeme yetersizliği, hemşire sayısındaki yetersizlik, iş yerinde şiddete uğrama, iş güvencesi vb. birçok sorunla karşı karşıya kalınabilmektedir. Tüm bunlar moral ve motivasyonu düşürerek iş doyumunu azaltmaktadır (Çimen, 2000).

Stresli durumla baş etmede soruna yönelik yaklaşımın, problem çözme becerisini, bilgi aramayı, eleştirel bakış açısı kullanmayı; duyguya yönelik yaklaşımın ise sorunlu durumdan kaçınma, stresli durumu inkar etme veya ortaya çıkan duyguları bastırma tutum ve davranışlarını içerdiği belirtilmektedir (Karadağ ve ark., 2001).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

.

Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi hemşirelerinde yürütülen bu çalışmaya 270 hemşire katılmış olup, SYBD ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 208 iken araştırmaya katılan grubun puan ortalaması 122,62±19,47'dir.

En yüksek puan ortalaması 25,98±5.00 ile Kendini Gerçekleştirme alt ölçeğinde, en düşük puan ortalaması ise 13,91±4,50 ile egzersiz alt ölçeğinde elde edilmiştir.

Bekar olanların Egzersiz alt ölçek puan ortalaması evli olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Çocuğu olmayanların Egzersiz alt ölçek puan ortalaması, çocuğu olanlardan daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$).

Gelir düzeyi 3001TL ve üstü gelir durumuna sahip olan grubun Stresle Baş Etme, Sağlık Sorumluluğu ve genel ölçek toplam puan ortalamasının gelir durumu 1000TL ve altı olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Kadrolu çalışan hemşirelerin Stresle Baş Etme alt ölçek puanı ortalamasının sözleşmeli çalışanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Sağlık durumunu çok iyi olarak algılayanların Kendini Gerçekleştirme alt ölçek puan ortalaması sağlık durumunu orta olarak belirtenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Yemek yeme alışkanlıklarına göre yemek yeme alışkanlığı düzensiz olanlarda Kendini Gerçekleştirme alt ölçek puan ortalaması yemek yeme alışkanlığı düzenli ve zaman buldukça düzenli olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimini benimsemeleri, hayata geçirebilmeleri ve bunu sürdürebilmeleri için aşağıda belirtilen önerilerde bulunulmuştur;

Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimini daha fazla benimsemesi ve hayatına uygulayabilmesi için bu konuda hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi,

İş koşullarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulayabilecek konuma getirilmesi,

Egzersizin yararları konusunda detaylı olarak bilgi veren ve egzersize özendiren eğitim programları düzenlenmesi,

Egzersiz programlarının açılarak, katılımın sağlanarak bu konuda farkındalık yaratılması,

Gelir düzeyinin stresle baş etmede etkili bir etmen olduğunun göz önünde bulundurulması gerektiği sözleşmeli olan grubun gelir düzeyinin arttırılarak kadrolu olarak çalışan grupla aynı düzeye çıkarılması,

Fazla mesai ve tatillerde tutulan nöbetlerin uygun şekilde ücretlendirilmesi,

Sağlık durumunu iyi düzeyde algılamasını sağlayacak desteğin sağlanması,

İş yerinde çalışma saatlerinin, nöbetlerin sağlık durumu algısını arttıracak şekilde düzenlenmesi,

Sürekli olarak stres yaratan bir durumla karşılaşma riski yüksek olan hemşirelerin stres yaratan olaylar karşısında bu durumun farkında olması, etkili baş edebilmesi ve olayları çözümleyebilmesi konusunda bilinçlendirilmesi,

Hemşirelik mesleğinde sadece deneyimin yeterli olmadığı bilinçlenmek için eğitim düzeyinin yükseltilmesi ve eğitim düzeyinde standartlaşmanın sağlanması önerilmiştir.

ÖZET

Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Hemşirelerinde Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler

Bu çalışma Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarını ve ilişkili faktörleri saptamak amacıyla yapılmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi'nde görev yapan 550 hemşireden yaş, öğrenim durumu, görev yaptığı birime göre tabakalanarak 280 hemşire örnekleme alınmıştır. Ancak, bunlardan 10 kişi raporlu, izinli olma ve görevden ayrılma gibi nedenlerle araştırma kapsamına alınmamış, çalışma 270 kişi üzerinden yürütülmüştür. Araştırmada veri toplama aracı olarak 32 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formu, Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 2 kullanılmıştır. İstatistiksel analizde t-testi, anova ve tukey testi kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda hemşirelerin %49,6'sının ön lisans mezunu olduğu, %58,1'inin evli olduğu, %82,2'sinin haneye giren toplam gelir durumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Yine hemşirelerin %46,3'ünün sağlığını orta düzeyde bulduğu, %44,1'inin yemek yeme alışkanlığının düzenli olduğu, %48,1'inin uyku alışkanlığının düzensiz olduğu, %34,1'inin hala sigara içmekte olduğu, hemşirelerin sadece %8,5'inin kronik bir hastalığa sahip olduğu, %71,5'inin egzersiz yapmadığı, %65,2'sinin normal kiloda olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği puan ortalaması 122,62±19,47 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerden en yüksek puan ortalaması 25,98±5,00 ile Kendini Gerçekleştirme, en düşük ortalama ise 13,91±4,50 ile Egzersiz alt ölçeğinden alınmıştır.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerde medeni durum, çocuk varlığı ile Egzersiz alt ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Haneye giren toplam aylık gelir düzeyi düşük olan hemşirelerde Sağlık Sorumluluğu, Stresle Baş Etme ve ölçek genelinden alınan toplam puan ortalamaları diğerlerinden daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadrolu çalışanlarda Stresle Baş Etme alt ölçek puan ortalamasının sözleşmeli çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Sağlık durumu algıları ile Kendini Gerçekleştirme alt ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Sağlık durumunu çok iyi olarak algılayanların, Kendini Gerçekleştirme alt ölçek puanı, sağlık durumunu orta olarak belirtenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Yemek yeme alışkanlığı ile Kendini Gerçekleştirme ve Beslenme alt ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre, düzensiz yemek yeme alışkanlığına sahip olanların, Kendini Gerçekleştirme alt ölçek puan ortalamalarının, düzenli ve zaman buldukça düzenli yemek yeme alışkanlıklarına sahip olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Araştırma kapsamındaki hemşirelerde yaş, öğrenim durumu, aile tipi, meslekte çalışma süresi, görev yaptıkları birim, haftalık çalışma saati, çalıştığı servisten memnuniyeti, BKİ, uyku alışkanlıkları, sigara içme, stres karşısında verilen tepki ile Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda hemşirelerin hizmet içi eğitimlerle bilinçlendirilmesi gerektiği, egzersiz konusunda özendirici eğitim programlarıyla egzersize teşvik edilmesi gerektiği, eşit işe eşit ücret politikasının benimsenmesi gerektiği, hemşirelikte eğitimin standartlaştırılarak bilinç düzeyinin arttırılabileceği tespit edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Sağlığı Geliştirme, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Hemşireler, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi ile İlişkili Faktörler

SUMMARY

The Factors Related To Healthy Lifestyle Behaviours Among The Nurses at Ankara University İbni Sina Hospital

This is a descriptive study that was conducted to determine the healthy lifestyle behaviours and related factors among the nurses at Ankara University İbn-i Sina Hospital.

280 nurses were got sampled among total 550 nurses working in the hospital, layering them according to their ages, education levels and units that they work in. However, among those 280 nurses, 10 of them were removed from the research due to the off-duty, resting, job leaving conditions and the study was conducted among 270 nurses. A Personal Information Form with 32 questions, Healthy Lifestyle Behaviors Scale 2 were used to get information. T-test, anova test, tukey test and kruskall wallis tests were used for statistical analysis.

As a result of the study, 49,6% of the nurses graduated from vocational school, 58,1% of them are married, and 82,2% of them have an average household income. Also, 46,3% of the nurses have an average health status, 44,1% of them have a regular eating habit, 48,1% of them have irregular sleeping habits, 34% of them still smoke, only 8,5% of them have a chronical disease, 71,5% of them don't work out , 65,2% of them have normal weight.

The mean score of health lifestyle behaviors scale of the nurses was detected as 122,62±19,47. From sub-scales, the highest mean score with 25,98±5,00 was detected from "self-realization"; and the lowest mean score was detected from "exercise" with 13,91±4,50 points.

Within the scope of research on nurses; statistically significant difference was detected between marital status, child entity, exercise and sub-scale score ($p<0,05$).

For the nurses having lower household income, health responsibility, dealing with stress and the total score means taken from general scale is lower than the others ($p<0,05$).

The score of the dealing stress subscale in service staff nurses are higher than the nurses under contract ($p<0,05$).

Statistically significant difference was detected among perception of health status and "self realization" sub-scale score. Mean score of self realization sub-scale that nurses who think that their health condition is very well, higher than who think they are in normal health condition ($p<0,05$).

Statistically significant difference was found between "self realization" sub-scale score and nutrition habituation. Accordingly, mean scores of self realization sub-scale that nurses who have irregular nutrition are higher than who have regular and at odd moments regular nutrition.

Within the scope of research on nurses; statistically significant difference wasn't detected among age, education level, family type, duration in the profession, working unit, weekly working hours, satisfaction from the working service, body mass index, sleeping habits, smoking, response against stress and healthy lifestyle behaviour scale with sub-scale score means.

These were also detected: About healthy lifestyle behaviors; the necessity of awareness of the nurses by in-service training, to encourage them to exercise by incentive training programs, the necessity of "equal pay for equal work" policy, to increase the level of awareness by standardizing the nursery education.

Key Words: Health promotion, Healthy Lifestyle Behaviors, Nurses, Healthy Lifestyle Behavior Scale, Factors Related To Healthy Lifestyle

KAYNAKLAR

AHİJEVYCH, K., BENHARD, L. (1994). Health promoting behaviours of African American women. Nursing Research, 43(2):86-89.

AKÇA, S. (1998). Üniversite Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Bunu Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi.

AKDUR, R. (1988). Beslenme ile immün sistemlerin ilişkisi ve enfeksiyon hastalıklarının yayılmasına etkisi. Çoğaltılmış teksir, Ankara. Erişim: [http://www.recepakdur.com/yayinlar.asp?tur=2]. Erişim Tarihi: 07.05.2009

AKDUR, R. (2009). Sigara ve Kadın Sağlığı 6.Ulusal Üreme ve Aile Planlaması Kongresi, 23-25 Nisan Ankara Erişim:[www.recepakdur.com/getfile.asp SİGARA ve KADIN SAĞLIĞI] Erişim Tarihi: 10.05.2009

AKSAYAN, S. ve ark. (1998). Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. Birlik Ofset. İstanbul. s.: 26-40.

AKTAŞ, N., ÇEKAL, N. (2001). İş Verimliliğinin artırılmasında beslenmenin rolü. II. Ulusal iş sağlığı ve işyeri hemşireliği sempozyumu, 119-123.

ALÇELİK, A., DENİZ, F., YEŞİLDAL, N., MAYDA, A. S., AYAKTA, B. (2005). AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi.

ALLEN, H. MİTCHELL, A. F. (1995). Stres, Basic Nursing Theory And Practice, St Louis.

ATAMAN, G. (2002). İşletme Yönetimi, Temel Kavramlar Yeni Yaklaşımlar. Yay. Haz.: Mustafa Türkmenoğlu, 2.bs., Türkmen Kitabevi, İstanbul. s.: 29-31

AYAZ, S., TEZCAN, S., AKINCI, F. (2005). Hemşirelik yüksek okulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 9(2):26-34.

AYDINLI, F. (2001). Stres ve Hemşirelik. Model 3, 13-15.

BALTAŞ, Z. (1996). Sağlık davranışı kazanma konusunda bir ön çalışma, İngiltere'de yaşayan Türk toplumunun sağlık davranış kalıpları. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, İstanbul.

BALTAŞ, A., BALTAŞ, Z. (1996). Stres ve Başa Çıkma Yolları, Remzi Kitapevi, İstanbul. s.: 56-61

BALTAŞ, Z., OKSAY, R., (1999). Kronik stres vücudu yıpratıyor. Cumhuriyet Bilim Teknik Dergisi, 3 Temmuz 1999, sayı: 661, s.: 9

BALTAŞ, Z., (2000). Sağlık ve Hastalık Anlayışları. Sağlık Psikolojisi. Remzi Kitapevi. İstanbul. s.: 59-68

BAYSAL, A. (1996). Beslenme. VI.Baskı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara. s.: 22-24

BAYSAL, A. (1998). Sağlıklı beslenme, uzmanların önerisi ve tüketici algılaması. Beslenme ve Diyet Dergisi, 27(2)1-4

BATIGÜN,A., ŞAHİN, N. (2006). İş Stresi ve Sağlık Psikolojisi Araştırmaları İçin İki Ölçek. A-Tipi Kişilik ve İş Doyumu, 17(1)32-45

BATTORF, J. L., JOHNSON, J. L. (1996). The effects of cognitive-persceptual factors on health promotion behavior maintanence, Nursing Research, 45(1):30-36.

BEAUDRY, M., HAMELİN, A., DELİSLE, H. (2004). Public nutrition: an emerging paradigma. Canadian. Journal Of Public Health, 95(5):375-37

BECKMANN, M. (1989). Nursing Assesment Health Promotion Strateqies Through The Life Span, Fourth Edition, Jodith Procter Zentner Apele Large. p.:42-44

BEYHAN, Y. (2001). Çalışma hayatı sağlık riskleri ve beslenme. İş yeri hekimliği ders notları, Ankara

BİLGEN N, DİRİCAN R (1993) Halk Sağlığı (Toplum Hekimligi), II. Baskı, Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 339-360.

BİROL, L. (1997). Hemşirelik süreci. Hemşirelik bakımında planlı bir yaklaşım. Şafak Yayınevi, Ankara.

BİROL, L. (2002). Hemşirelik süreci. Hemşirelik Sürecinde Sistematik Yaklaşım. Bozyaka Matbaacılık, İzmir.

BİROL, L. (2004). Sağlık ve Hastalık Kavramı, Hemşirelik Süreci, 6. Basım, Etki Matbaacılık, İzmir.

BLACK, J. M., MATOSSORİN, J. E. (1997). Medical Surgical Nursing, 5th Edition WB Sounder Company Phidelphia, Pensilvania, 161-167.

BULDUKOĞLU, K., GÖMBÜL, Ö. (1996). "Hemşirelik Kuramcılarının Bakış Açısıyla Hemşirelik Araştırması" Hemşirelikte Araştırma Sempozyumu. 4-5 Temmuz, İSTANBUL.

CANPOLAT, Ö. (2006). Çalışanların stres düzeylerini etkileyen faktörler ve iş sağlığı hemşiresinin stres ile baş etmede etkililiği, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi. Kocaeli.

CLEGG, A. (2001). Occupational Stress in Nursing: A Review of the Literature. Journal of Nursing Management, 9:101-106.

COPPER, C. (1998). Bir Haftada Stres Yönetimi. Çev: Emel Köymen Dünya Yayıncılık. İstanbul. s.: 19-28

ÇAKIR, B., TOPRAK, İ., YÜKSEL, B. (2002). Saha personeli için toplum beslenme programı eğitim materyali. Onur Matbaacılık Ofset Ltd. Şti., 3.Baskı, Ankara.

ÇELİK, M. (2005). Stres. Erişim: [http://www.mc.metu.edu.Tr/~pdrm/pdfs/ brochure2.pdf.]. Erişim Tarihi: 22.05.2009

ÇETİNKAYA, A., GÜNGÖR, N., ÖZBAŞARAN, F. (2004). Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinin sağlık davranışları. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(3):43-55

ÇEVİK, A. (2000). Acil servis hekimleri ve burn out sendromu. Acil tıp dergisi 3.Acil tıp sempozyumu özel sayısı.

ÇİMEN, M. (2000). TSK sağlık personelinin tükenmişlik, iş doyumu, kuruma bağlılık ve işten ayrılma niyetlerine ilişkin bir alan araştırması, Yayınlanmamış Doktora Tezi, GATA Sağ. Bil. Enst., Ankara.

DAMROSCH, S. (1991). General strategies for motivating people to change their behavior, Nurs Clin. North Am, 26(1):833-843.

DELANEY, F. G. (1994). Nursing And Health Promotion. Conceptual Concerns. Journal of Advanced Nursing, 20:828-835.

DEMİR, T. (2005). Sigara ve Sigara Bırakma Tedavileri. Golden Medya Yayıncılık. Birinci Baskı, İstanbul. s.: 16-20

DİCKEY, R. A., JANİCK, J. J. (2001). Lifestyle modifications in the prevention and treatment of hypertension, Endorc Pract, 7(5):392-9.

Devlet İstatistik Enstitüsü İllere göre Sağlık Personeli Sayısı Erişim: [http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=6&ust_id=1] Erişim Tarihi: 25.04.2009

DİRİCAN, R., BİLGEL, N. (1993). Halk sağlığı. Uludag Üniversitesi Basımevi. Bursa. s.:63-70

DOLFMAN, M. L. (1973). The concept of health: An historic and an analitic examination. J. Sch. Health, 43:43-493.

ERDEN, M., AKMAN, Y. (1985). Kendini gerçekleştirme. Eğitim Psikolojisi. Arkadaş Yayınları. Ankara.

ERDOĞAN, S., NAHÇIVAN, N., ESİN, N., İBRİKÇİ, S. (1994). Sağlığı sürdürme, sağlığı geliştirme ve hemşirelik, Hemşirelik Bülteni, 8(32):28-35.

EREN, E., (1998). Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi. Beta yayınları, İstanbul.

ERGÖÇMEN B, HANCIOĞLU A, KOÇ İ, ÜNALAN T. Türkiye'de Bin Yıl Kalkınma Hedefleri: Demografik Bakış. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Ankara, Şubat 2004.

ERKAN, N. (1998). Yaşam Boyu Egzersiz, Bağırgan Yayımevi, Ankara. s.: 13-14

ERSOY, G. (1995). Sağlıklı Yaşam, Spor ve Beslenme, Gençlik ve Spor Müdürlüğü Yayını, Ankara. s.: 9-10

ERTEKİN, Y. (1993). Stres ve Yönetim. TODAİE Yayınları. Ankara. 253:3-87.

ESİN, N. (1997). Endüstriyel alanda çalışan isçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktara Tezi, İstanbul.

GLANZ, K., RIMER, B. K, LEWIS, F. M. (2002). Health Behaviour and Health Education. 3rd Edition. Jossey-Bass.

GOCHMAN, D. S. (1988). Health Behavior Emerging Research Perspectives Plenum Pres, New York.

GRUBBS, L. M., TABANO, M. (2000). Use of sunscreen in health care professionals: The health belief model. Cancer Nursing, June 2000, 23(3): 164-167.

HENDERSON, V. (1978). Principles and practice of nursing**,** Macmillan publishing Co, 6. Ed. USA. 1051-1053

HOWARD, J., WİLLİAMSON, K. (1990). Community health nursing. Sprinhouse Corp., Sprinhouse, Pennsylvania

IŞIKHAN, V. (1998). Sosyal hizmet ve sağlık alanında görev yapan yöneticileri etkileyen iş stres faktörleri. Yayınlanmamış doktora tezi. Hacettebe Üniv. S. B. E. Ankara.

JOHNSON, R. L. (2005). Gender differences in healthpromoting lifestyles of African Americans. Public Health Nursing, 22(2):130-37.

KANG, R. (1995). Building community capacity for health promotion: A challenge of public health nurses, Public Health Nursing, 12(5):312-318.

KAPLAN, R., PATTERSON, T., SALLİS, J. (1993). Health Lifestyle, Health And Human Behavior.

KARADAĞ, M., TEL, H., AYDIN, Ş. (2001). Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki stres yaşantıları ile baş etme durumlarının belirlenmesi.

KARADENİZ, G., UÇUM EY, DEDELİ Ö, KARAAĞAÇ Ö. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. TAF Prev Med Bull. 2008; 7(6): 497-502.

KARAKOÇ, A. (2006). Sınıf öğretmenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. Cumhuriyet Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

KAYA, F., ÜNÜVAR, R. BIÇAK, A., YORGANCI, E., ÇINAR, B., ÖZ, F.,

KANKAYA, F. C. (2005)**.** Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi.

KUTLU, R., MARAKOĞLU, K., ÇİVİ, S. (2004). Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi hemşirelerinde sigara içme durumu ve etkileyen faktörler. Konya.

KUSTER, A., FONG, C. (1993). Further psychometric evaluation of the Spanish language health promotion lifestyle profile. Nursing Research. 42:266-9.

LANCASTER, J., STONHOPE, M. (1993). Community Health Nursing Process and Practice for Promoting Health, Mosby Company, Washington, 578-591.

LAZARUS, R. S. (1966). Psychological Stress and Coping Process.New York.

LEPROULT, R., COLECCHİA. E. F, BERARDİ, A. M. ve ark. (2003). Individual differences in subjective and objective alertness during sleep deprivation are stable and unrelated. Am. J. Physiol. Regul. Integr. Comp. Physiol, 284, p: 280-290.

LONGEMO, P., VOLDEN, C. (1990). The Relationship Of Age, Gender And Exercise Practices To Measure Of Health, Lifestyle, Self Esteem, Appl.Nurs.Res., 3(1):20-6.

LUSK, S. L., KERR, M.J., RONİS, D. L. (1994). Test of health promotion model as a causal model of worker's use of hearing protection, Nursing Research, May/June, 43(3):151-157.

MAURER, F., SMİTH, C. (2000) Community Health Nursing Theory and Practice, WB. Sounders Company.

MURRAY, R. B., ZENTNER, J. P. (1979). Nursing Assesment and Health Promotion Through the Life Span, Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs. New York.

NELSON, D. ve ark. (1994). Trends in cigarette smoking among US physicians and nurses. 271(16):73-75.

NORFOLK, D. (1989). İş Hayatında Stres. Çeviren: Leyla Serdaroğlu. Form Yayınları. İstanbul.

NORMAN, P., CONNER, M. (2001). Predicting Health Behaviour Research and Practice. Philedelphia: Open University Press.

OCAKÇI, A. (2007). Sağlığın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü, Erişim: [http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm]. Erişim Tarihi: 08.05.2009

ONARAN, O. (1981). Çalışma Yaşamında Güdülenme Kuramları, Sevinç Matbaası, Ankara.

ÖNEN, L. (2005). İş Stresi. Erişim: [http://www.maltepe.edu.Tr/05_haber/ reh_sempozyum/ leventonen. Pps]. Erişim Tarihi: 09.04.2009

ÖZBAŞARAN, F., ÇAKMAKÇI, A., ve GÜNGÖR, N. (2004). Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinin sağlık davranışlarının belirlenmesi, Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(3):43-55.

ÖZCAN, A. (1996). Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim, 1. Baskı, Başsaray Yayınevi, İzmir. s.: 1-22

ÖZTAŞ, B. (1998). Stresin fizyolojisi ve stresin organizmada oluşturduğu zararlı etkiler. Stres yönetimi semineri. Gebze.

ÖZTEK, Z. (1986). Temel sağlık hizmetleri. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A. B. D. Ankara. 88-33.

ÖZTEK, Z. (2001) Sağlık kavramı ve sağlık hizmetleri, Yeni Türkiye Dergisi, 7:39, 204-205.

ÖZTOP, F. (2000). Stresle başa çıkma yolları ve bir uygulama. Gebze İleri Teknoloji Enstitüsü S. B. E., Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Gebze.

PAHALANK, C. (1991). Determinants of health-promotive behaviors: a review of current research . Nursing Clinics of North America, December, 26(4):815-832.

PASİNLİOĞU, T., GÖZÜM, S. (1998). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Dergisi, 2(2):60-68.

PENDER, N. J. (1987). Health promotion in Nursing Practice, Norwalk, second Ed., California. p.: 57-63

PENDER, N. J., WALKER, N. S., SECHRIST, R. K., STROMBOG, F. M. (1990). Predicting health – promoting lifestyles in the workplace. Nursing Research, 39(6):326-332.

PENDER. N., BARKAUSKAS, V., HAYMAN, L. (1992). Health promotion and disease pervention toward exlence in nursing practice and education. Nursing Outlook, 40(3):106-112.

RADMACHER, S., SHERİDAN, C. (1992). Developing Healthy Lifestyle Behaviors, Health Psychology.

ROSENSTOCK, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs, 2(3): 328-335.

RUGGİERO, J., PEZZİNO, J. (2006). Nurses Perceptions of the Advantages and Disadvantages of their shift and ork shedules. JONA, 36:10, p:450-453

SAYAN, İ., TEKBAŞ, Ö., GÖÇGELDİ, E., PASLI, E., BABAYİĞİT, M. (2005). Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin sigara içme profilinin belirlenmesi. Genel tıp dergisi, 2009; 19(1):9-15

SELYE, H. (1997). Stres without distress. Teach yourself books, London.

SEZER, E., AÇIK Y, BİLGİN, N. ve ark. (1992). Elazığ ilinde görev yapan hemşire ve ebelerin sigara konusundaki tutum ve davranışları. Sigara Alarmı, 2-9.

SHOVER, F. J. (1985). A biopsychosocial view of human health, Nurs Outlook, p: 4-33.

SMİTH, C., MAURER, F. (2000). Community health nursing theory and practice. WB Saunders, Company.

SMİTH, A. (2005). Adapted from The Stres. Erişim: [http :// www. apahelpcenter. org/articles/ article. php?id=21]. Erişim Tarihi: 09.05.2009

SPELLBRİNG, A. M. (1991). Nursing's role in health promotion. Nurs Clin. North America 26(1):805-813.

STACHAWİAH, B., TRİPP, S. (1992). Health maintanence, health promotion: Is there a difference?, Public Health Nursing, 8-2.

STANHOPE, M., LANCASTER, J. (2000). Community Health Nursing, Process and Practice for Promoting Health, Mosby year book, USA, p:578-591.

SWANSON MJ, ALBRECHT M (1993) Community Health Nursing: Promotion The Health Of Aggregates. WB. Saunders Co., USA.

ŞAHİN, N. (1994). Stres Nedir; Ne değildir? Stresle başa çıkma. Türk Psikologları Derneği Yayınları. Ankara.

TABAK, R. S. (2000). Sağlık, Sağlık Davranışı ile İlgili Modeller. Sağlık Eğitimi. Somgür Yayıncılık, Ankara, s.: 1-12.

TELMAN, N. (1987). Stresle başa çıkma yöntemleri. TÜSSİDE. Gebze.

TEMEL, A., DİLBAZ, N., BAYAM, G., OKAY, T., ŞENGÜL, C. (2004). Bir eğitim hastanesinin sağlık personelinde sigara alışkanlığı, bırakma sıklığı ve bağımlı kişilik özelliklerinin ilişkisi. Bağımlılık Dergisi, 5(2):10-22

TOKGÖZ, P. ve ark. (1995). Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının saptanmasına ilişkin bir araştırma. Beslenme ve Diyet Dergisi, 24(2):229-238.

TOKUÇ, B. (2006). Edirne Merkez İlçe İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerde Sağlığı Geliştirici Davranışlar. Trakya Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Trakya**,** Kor Hek 2007; 6 (6): 421-426.

TOPÇU, S. (2006). Göç eden ve göç etmeyen kadınların sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 10-3.

TUNCEL, N. ve ark. (1993). Halk Sağlığı Hemşireliği. Anadolu Üniversitesi Yayınları. Eskişehir.

ÜNER, T. (1987). Stres ve organizmada oluşturduğu fizyolojik etkiler. TÜSSİDE, Gebze.

VEASEY, S., ROSEN, R., BARZANSKY, B. ve ark. (2002). Sleep loss and fatigue in residency training. JAMA, 288:1116-1124.

VELİOĞLU, P. (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, İstanbul.

VURAL, B.K. (1998). Sağlık Riskinin Belirlenmesi ve Hemşirelik için Önemi. Cumhuriyet Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2):39-43.

WANG, H. H. (1999). Predictors of health promotion lifestyle among three ethnic groups of elderly rural women in Taiwan. Public Health Nursing. 16-5.

WEİN, H. (2006). Stress and Disease New Perspectives. Erişim: [http://www. nih.gov/news/Wordon Health/oct2000/story01.htm]. Erişim Tarihi: 02.04.2009

WHİTEHEAD, D. (2001). A stage planning programme model for health education/health promotion practice. Journal Of Advanced Nursing, 36-2.

YALÇINKAYA, M., ÖZER, F. G., KARAMANOĞLU, A.Y. (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6)409-420

YILDIRIM, N. (2005). Üniversite öğrencilerinin bazı sosyo-demografik özellik-lerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. Cumhuriyet Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

YILDIRIM, N., BEKAR, M. (2005). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışların bazı sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi. III. Uluslararası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı. 7-10 Eylül; s.82.

YILMAZ, E., ÖZKAN, S. (2006). Bir ilçede çalışan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. IV. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu.13-14 Nisan. Manisa.

YÜKSEL, E. G. (2002). Sigaraya başlamanın önlenmesinde hekimin rolü. Özyardımcı. N., Sigara ve Sağlık. Bursa. 429-40.

ZAYBAK, A., FADILOĞLU, Ç. (2004). Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 20(1):77- 95.

ZÜLAL, A. (2002). İşyerlerinde Stres. Bilim ve Teknik Dergisi, Aralık, Sayı 421.

EKLER

ANKARA ÜNİVERSİTESİ İBNİ SİNA HASTANESİ HEMŞİRELERİNDE SAĞLIĞI GELİŞTİRİCİ YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Sayın Katılımcı,
Bu araştırmanın amacı ; sizin sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarınızı ve bununla ilişkili faktörleri ölçeğe dayalı olarak saptamaktır. Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmanın niteliği açısından önemlidir. Elde edilen bilgiler amacı dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Katılımınız için size teşekkür ederim.

Tarih:

1.Yaşınız.....

2.Medeni durumunuz
1.Evli ( ) 2.Bekar ( ) 3.Dul/Boşanmış ( )

3.Öğrenim durumunuz
1.Sağlık Meslek Lisesi ( ) 2.Ön Lisans ( ) 3. Lisans ( ) 4.Yüksek Lisans/Doktora ( )

4.Bağlı olduğunuz Memuriyet Kadrosunu Belirtiniz
1.Kadrolu ( ) 2.Sözleşmeli ( ) 3.Diğer.....

5.Eşinizin Çalışma Durumu
1.Evet,çalışıyor (ise mesleğini belirtiniz.....) 2. Hayır,çalışmıyor ( )

6.Çocuğunuz var mı?
1.Evet (ise sayısı.....) 2.Hayır ( )

7.Şu an nerede ve kimlerle yaşıyorsunuz ?
1.Evde , yalnız ( ) 2.Evde , arkadaşımla ( ) 3.Evde, ailemle ( ) 4.Hemşire Lojmanında ( )

5. Diğer (ise açıklayınız.....)

8.Ailenizin Tipini Belirtiniz
1.Çekirdek Aile ( ) 2.Geleneksel Aile ( ) 3.Parçalanmış Aile ( )

9.Yaşadığınız Konutun Tipini Belirtiniz
1.Gecekondu ( ) 2.Apartman ( ) 3.Müstakil Ev ( ) 4.Diğer.....

10.Yaşadığınız Konutun Kime Ait Olduğunu Belirtiniz
1.Kendime ( ) 2.Kira ( ) 3.Diğer.....

11.Ailenizde sizinle beraber yaşayan kronik bir hastalığı olan ya da engelli bir durumu olan birey/bireyler var mı ? Var ise kimde ne olduğunu belirtiniz

12.Eve giren toplam aylık gelir: …….

13. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
1. Çok iyi( ) 2. İyi( ) 3. Orta( ) 4.Kötü( ) 5.Çok kötü( )

14. Hemşirelik mesleğinde çalışma yılınızı belirtiniz.....

15. Bu kurumda çalıştığınız birim.....

16. Bu kurumda çalıştığınız birimde pozisyonunuz
1. Başhemşire ( ) 2.Servis sorumlu hemşiresi ( ) 3.Servis hemşiresi ( )

4.Eğitim hemşiresi ( ) 5.Poliklinik hemşiresi ( ) 6.Diğer.....

17. Bu kurumda haftalık çalışma saatiniz:..... saat

18.Çalışma şekliniz
1.Sürekli gündüz ( ) 2.Sürekli gece ( ) 3.Gündüz ve gece ( ) 4.Diğer.....

19.Bu kurumda çalıştığınız servisten şu an memnun musunuz ?
1.Evet ( ) 2.Hayır ( ) 3.Kararsızım ( )

20. Yemek yeme alışkanlığınız
1.Düzenli yemek yerim,öğün atlamam,ağır yemeklerden kaçınırım ( )
2.Zaman buldukça düzenli yemek yerim,fırsat yoksa abur cubur yerim ( )
3.Genelde düzensiz zaman aralıklarıyla ne bulursam onu yerim ( )

21.Uyku Alışkanlığınız
1.Düzenli olarak aynı saatte yatıp, bir önceki günle aynı süre uyumaya dikkat ederim ( )
2.Bazı geceler yalnızca birkaç saat uyurum, onun dışında düzenli uyurum ( )
3.Uyku düzenim yok, her gün uyku saatim değişir ( )

22.Sigara kullanıyor musunuz ?
1.Hiç içmedim ( )
2.....yıl günde.....adet içtim,.....yıl/aydır bıraktım

3.....yıl günde.....adet içtim .....yıl / aydır .....adete azalttım

4..... yıldır ve halen günde.....adet içiyorum

23. Alkol Kullanma Durumunuz
1.Evet ( ) 2.Hayır ( ) (cevabınız hayırsa 26. soruya geçiniz)

24.Cevabınız evetse alkol içme sıklığınız
1.Ayda bir ( )
2.Haftada bir iki ( )
3.Haftada en az iki üç ( )
4.Her gün ( )
5.Nadiren, özel günlerde ( )

25. Alkol kullanıyorsanız her seferinde aldığınız alkol miktarı ?

.....kadeh/ bardak

26.Boyunuz: ..... Kilonuz: .....

27. Kilonuzu göz önüne aldığınızda kendinizi nasıl tanımlarsınız ?
1.Zayıf ( ) 2.Şişman ( ) 3.Normal ( )

28. Egzersiz yapma durumunuz ?
1.Düzenli, her gün ( ) 2. Ara sıra ( ) 3.Egzersiz yapmam ( )

29.Stresli olduğunuz anlarda nasıl davranırsınız ?
1.Öfkelenirim,kendimi kontrol edemem.( )
2.Duygularımın farkında olurum ve kendimi kontrol ederim ( )
3.Önemsemem,görmezden gelmeye çalışırım. ( )

30. Tanısı konmuş kronik bir hastalığınız var mı ?
1. Evet (belirtiniz.....) 2.Hayır ( )

31. Ruhsal bir hastalık geçirdiniz mi ?
1.Evet (belirtiniz.....) 2.Hayır ( )

32.Sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz ?
1.Çok iyi ( ) 2.İyi ( ) 3.Orta ( ) 4. Kötü ( ) 5.Çok kötü ( )

SAĞLIĞI GELİŞTİRİCİ YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ 2

Bu ankette su anki yasam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz.

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

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

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÖNETİM KURULU KARARI

Toplantı Sayısı : 13	Karar Sayısı: 529	Toplantı Tarihi: 20.03.2009

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 12.03.2009 tarih ve 98 sayılı yazıları görüşüldü.

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği tezli yüksek lisans programı öğrencisi Nükhet BALLIEL'in tez projesinin; "*Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Hemşirelerinde Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler*" olarak kabulüne oybirliği ile karar verildi.

ASLI GİBİDİR
Erdoğan ALBAYRAK
Enstitü Sekreteri

Enstitü Müdürü
Prof.Dr. Sulhiye YILDIZ
İmza

Enstitü Müdür Yardımcısı
Prof.Dr. Feray ALKAN
İmza

Enstitü Müdür Yardımcısı
Prof.Dr. Hakan FIÇICILAR
İmza

Üye
Prof.Dr. Ayşegül KÖKLÜ
İmza

Üye
Prof.Dr. Aydın KARAARSLAN
İmza

Üye
Prof.Dr. Kemal KÜÇÜKERSAN
İmza

20824 29.12.2008

Yard.Doç.Dr.M.Esin OCAKTAN
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İlgi : 19.12.2008 tarih ve 637 sayılı yazınız.

Anabilim Dalınızda Halk Sağlığı hemşireliği yüksek lisansa devam eden Fakültemiz Sağlık Hizmetleri Sınıfı hemşirelerinden **Nükhet BALLIEL'e** tez çalışmaları için gerekli izin verilmiştir.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. İlker ÖKTEN
Tıp Fakültesi Dekanı

716
31.12.08

Santral : 0 312 310 30 10 Faks : 0 312 310 63 70 06100 Sıhhiye / ANKARA
E-mail : dekanlik@medicine.ankara.edu.tr

ekli

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU
RESEARCH ETHICS COMMITTEE OF MEDICAL FACULTY, ANKARA UNIVERSITY
ANKARA-TÜRKİYE
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	
	PROTOKOL ADI	Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi hemşirelerinde sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Hemşire Nükhet Ballıel
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	DESTEKLEYİCİ FİRMA	

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BİLGİLER	Belge Adı	Değişiklik No. / Tarihi	Dili
	PROTOKOL		
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLURU		
	OLGU RAPOR FORMU		

ÇALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALARI KLAVUZU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 147-4529	Tarih: 23 Şubat 2009
	Araştırma protokolüne tamamen uyulmak, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Yönergesinde belirtilen hususlar yerine getirilmek ve Yönergenin 11/h maddesi gereği sorumluluk araştırıcılara ait olmak üzere anket çalışmasının yürütülmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan öğretim üyelerinin oybirliği ile karar verildi.	

ETİK KURUL ÜYELERİ				
Ünvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İmza
Prof. Dr. İsmail Hakkı Ayhan Başkan	Farmakoloji	Ankara Tıp Fakültesi	E	
Prof. Dr. Efser Kerimoğlu Başkan Yardımcısı	Çocuk Psikiyatrisi	Ankara Tıp Fakültesi	K	
Prof. Dr. Özden Palaoğlu Sekreter	Farmakoloji	Ankara Tıp Fakültesi	K	Raporlu

Bünyamin KARATAŞOĞLU
A. Ü. Tıp Fakültesi
Akademik Büro Memuru
03 Mart 2009

ASIL GİBİDİR

Prof. Dr. Ragıp Çam Üye	Genel Cerrahi	Ankara Tıp Fakültesi	E	Emekli
Prof. Dr.Handan Onur Üye	Tıbbi Onkoloji	Ankara Tıp Fakültesi	K	
Prof.Dr. Ajlan Tükün Üye	Tıbbi Genetik	Ankara Tıp Fakültesi	K	
Prof.Dr. Esra Erden Üye	Patoloji	Ankara Tıp Fakültesi	K	
Prof. Dr. Aydan İkincioğulları Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Ankara Tıp Fakültesi	K	
Prof. Dr. Erdal Onar Üye	Hukuk	Ankara Üniv. Hukuk Fakültesi	E	
Prof. Dr. Yasemin Oğuz Üye	Deontoloji	Ankara Tıp Fakültesi	K	Toplantıda
Prof. Dr. Bülent Gümüşel Üye	Farmakoloji-Eczacı	Hacettepe Üniv. Eczacılık Fakültesi	E	
Doç.Dr.Aslıhan Avcı Üye	Biyokimya	Ankara Tıp Fakültesi	K	
Gülsüm Aslan	Sağlık Mesleği Dışı	Emekli	K	

...yamin KARATAŞOĞLU
...Ü. Tıp Fakültesi
...nsil Bürosu

03 Mart 2009

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı : Nükhet

Soyadı : Ballıel

Doğum yeri ve tarihi : Yatağan / Muğla 16.08.1985

Uyruğu : T.C. Vatandaşı

Medeni Durumu : Bekar

İletişim Adresi ve telefonu : İbni Sina Hastanesi Ortopedi Servisi

II- Eğitimi

Yabancı dili : İngilizce

2003-2007 Akdeniz Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu

2000-2003 Muğla Anadolu Lisesi (Lise)

1996- 2000 Muğla Anadolu Lisesi (Orta Öğretim)

1991- 1996 Kıbrıs İlkokulu

III- Ünvanı

Yüksek Hemşire

IV- Mesleki Deneyimi

2 yıl

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türk Hemşireler Derneği

Ortopedi Hemşireleri Derneği

VI- Bilimsel Etkinlikleri

"Amputasyon Yapılmış Hastalarda Hasta Bakımı ve Psikolojik Yaklaşım" isimli eğitim.