

T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

CERRAHİ BİRİMLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ
(GÜMÜŞHANE İLİ ÖRNEĞİ)

YÜKSEK LİSANS

Melis Nazlıcan TAŞKAN

MART-2024
GÜMÜŞHANE



T.C.

**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**CERRAHİ BİRİMLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ
(GÜMÜŞHANE İLİ ÖRNEĞİ)**

**EVALUATION OF HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIOR OF NURSES
WORKING IN SURGICAL UNITS (GÜMÜŞHANE PROVINCE EXAMPLE)**

YÜKSEK LİSANS

Melis Nazlıcan TAŞKAN

**MART-2024
GÜMÜŞHANE**



T.C.

**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**CERRAHİ BİRİMLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ
(GÜMÜŞHANE İLİ ÖRNEĞİ)**

**EVALUATION OF HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIOR OF NURSES
WORKING IN SURGICAL UNITS (GÜMÜŞHANE PROVINCE EXAMPLE)**

YÜKSEK LİSANS

Melis Nazlıcan TAŞKAN

Danışman: Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR

**MART-2024
GÜMÜŞHANE**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi olarak hazırlamış olduğum “**Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi (Gümüşhane İli Örneği)**” isimli bu tezimin, tamamen kendi çalışmam olduğunu, her alıntıya kaynak gösterdiğimi, alıntı yaptığım tüm çalışmaları kaynakçada belirttiğimi ve Gümüşhane Üniversitesi’nin lisanslı kullanıcısı olduğum intihal yazılım programı ile Lisansüstü Eğitim Enstitüsü’nün belirlediği kıstaslara uygun olarak raporladığımı taahhüt ederim. Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Gümüşhane Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü arşivinde saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği’nin ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim.

29/03/2024

.....
Melis Nazlıcan TAŞKAN

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın tüm aşamalarında bilimsel katkılarıyla sabır ve özveriyle bana destek veren değerli danışman hocalarım Sayın Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR'e ve Prof. Dr. Hakan TİMUR'a,

Araştırmamın veri toplama aşamasında işbirliği sunarak kolaylık sağlayan Gümüşhane Devlet Hastanesi cerrahi birimlerde çalışan tüm hemşire arkadaşlarıma,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca beni destekleriyle cesaretlendiren ve her zaman yanımda olan nişanlım Burak Çetinalp'e,

Yaşamımın her aşamasında ilgi, sevgi ve destekleri ile varlıklarını hissettiğim canım annem Neslihan Taşkan, canım babam Tekin Taşkan ve biricik kardeşlerime, sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Melis Nazlıcan TAŞKAN

GÜMÜŞHANE - 2024

ÖZET

Bu çalışmanın amacı cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmektir. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan çalışmanın evrenini Ekim-Kasım 2023 tarihlerinde Gümüşhane Devlet Hastanesi cerrahi birimlerde görev yapan hemşireler (n=118 kişi) oluşturmuştur. Herhangi bir örneklem yöntemi seçilmeden tüm cerrahi birim hemşirelerine yapılması planlanmış ve hepsine ulaşılmıştır. Araştırmanın verileri; araştırmacılar literatür incelenerek oluşturulan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine, çalışma ortamı ve çalışma şekline, sağlıklı ilgili davranışlarına yönelik sorular ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği sorularından oluşan anketin hemşirelerin dinlenme saatlerinde yaklaşık 20 dakika süre içinde direkt gözlem altında uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde frekans, student t testi, One way ANOVA, Tukey testi, pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışı ölçeğinin her bir alt boyutu değerlendirildiğinde; Sağlık sorumluluğu, Fiziksel aktivite, Beslenme, Manevi gelişim, Kişilerarası ilişkiler ve Stres yönetimi alt boyutlarının da orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Evli, gelir durumunu yüksek algılayan, egzersiz yapan, düzenli beslenen, düzenli sağlık kontrolü yaptıran hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin yaşı arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışları artmaktadır. Hemşirelerin çalışma saati arttıkça Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Manevi Gelişim ve Kişiler arası İlişkiler alt boyutları azalmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi birim hemşireliği, Sağlığı geliştirme, Sağlıklı yaşam biçimi davranışları

SUMMARY

The aim of this study is to evaluate the healthy lifestyle behaviors of nurses working in surgical units. The population of the descriptive and cross-sectional study consisted of nurses (n = 118 people) working in the surgical units of Gümüşhane State Hospital between October and November 2023. It was planned to be conducted on all surgical unit nurses without choosing any sampling method, and all of them were reached. Data of the research; The researchers conducted a survey consisting of questions about the nurses' sociodemographic characteristics, working environment and working style, health-related behaviors, and Healthy Lifestyle Behavior Scale questions, which were created by reviewing the literature, and were administered under direct observation for approximately 20 minutes during the nurses' rest hours. Frequency, student t test, One way ANOVA, Tukey test, pearson correlation analysis were used in the statistical analysis of the data. It was found that the healthy lifestyle behaviors of the nurses included in the research were at a moderate level. When each sub-dimension of the healthy lifestyle behavior scale is evaluated; The sub-dimensions of Health Responsibility, Physical Activity, Nutrition, Spiritual Development, Interpersonal Relationships and Stress Management were also found to be at moderate levels. It has been determined that nurses who are married, perceive their income status as high, exercise, eat regularly, and have regular health check-ups have higher healthy lifestyle behaviors. As the age of nurses increases, their healthy lifestyle behaviors increase. As nurses' working hours increase, the Spiritual Development and Interpersonal Relations sub-dimensions of Healthy Lifestyle Behaviors decrease.

Keywords: Surgical unit nursing, Health promotion, Healthy lifestyle behaviors

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	III
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI.....	IV
TEŞEKKÜR.....	V
ÖZET.....	VI
SUMMARY	VII
İÇİNDEKİLER	VIII
TABLolar DİZİNİ	X
EKLER DİZİNİ.....	XI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	XII
1.GİRİŞ	2
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	2
1.2.Çalışmanın Amacı.....	2
1.3.Çalışmanın Hipotezleri.....	2
1.4.Çalışmanın Varsayımı ve Sınırlılıkları.....	2
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Sağlık Kavramı.....	3
2.2.Sağlığın Korunması.....	4
2.2.1.Primer Koruma (Birincil Koruma).....	5
2.2.2.Sekonder Koruma (İkincil Koruma)	5
2.2.3.Tersiyer Koruma (Üçüncül Koruma)	5
2.3.Sağlığın Geliştirilmesi.....	6
2.3.1.Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli	6
2.4.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	9
2.4.1.Beslenme	10
2.4.2.Stres Yönetimi.....	10
2.4.3.Fiziksel Aktivite Ve Egzersiz	11
2.4.4.Manevi Gelişim.....	12
2.4.5.Kişilerarası İlişkiler.....	12
2.4.6.Sağlık Sorumluluğu.....	13
2.5.Hemşirelik	14
2.6.Cerrahi Birim Hemşireliği.....	15

2.7.Cerrahi Birim Hemşireliğinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi	16
3.MATERYAL VE YÖNTEM	17
3.1.Araştırmanın Tipi ve Amacı	17
3.2.Evren ve Örneklem	17
3.3.Ölçme Araçları	17
3.3.1.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	17
3.4.Araştırmanın Etik Boyutu	18
3.5.Verilerin Analizi.....	18
4.BULGULAR.....	19
5.TARTIŞMA	31
6.SONUÇ VE DEĞERLENDİRME.....	36
KAYNAKÇA.....	38
EKLER.....	42
ETİK KURULU KARARI.....	46
ÖZGEÇMİŞ	47

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları (n=118).....	19
Tablo 2. Hemşirelerin sağlık durumu özelliklerine göre dağılımları (n=118).....	20
Tablo 3. Hemşirelerinin mesleki durumuna ilişkin bulguların dağılımı (n=118).....	21
Tablo 4. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=118)	21
Tablo 5. Hemşirelerinin tanımlayıcı özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=118)	22
Tablo 6. Hemşirelerinin sağlık durumu özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=118)	24
Tablo 7. Hemşirelerinin tanımlayıcı özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı	26
Tablo 8. Hemşirelerin bazı özellikleri ile SYBDÖ ve alt boyutları arasındaki ilişki (n=118).....	29

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Anket	42
Ek 2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	44



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
ICN	:International Council of Nursing – Uluslararası Hemşireler Konseyi
ANA	:Amerikan Hemşireler Birliği
THD	:Türk Hemşireler Derneği
SYBD	:Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
SGM	:Sağlığı Geliştirme Modeli
SYBDÖ	:Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
MEB	:Milli Eğitim Bakanlığı
vb.	:Ve benzeri
vd.	:Ve diğerleri

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık, insanların yaşantısında önemli bir yere sahip olan ve sürekli değişebilen etkin bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (World Health Organization, 1948).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, yaşamın bir parçası haline getiren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye çıkarabilir. Bu nedenle, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesi sağlığın ve hastalıklardan korunmanın temelini oluşturur. Bu durum, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli etken olan yaşam şekillerinin geliştirilmesine yönelik uygulamaların önemine dikkat çekmektedir (Ertop vd., 2012).

Sağlık her birey için önemli bir kavram olduğu gibi sağlık çalışanları açısından da son derece önemli bir kavram olarak ele alınmaktadır. Sağlık çalışanının bireylere etkili bir hizmet verebilmesi için önce kendi sağlığını iyi düzeyde tutması gerektiği yadsınamaz. Bunun yanı sıra sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bakım verdikleri bireylere örnek olması açısından da önemlidir (Bostan, 2013).

Hasta ve sağlıklı bireylerle devamlı etkileşim halinde olan hemşirelerin, toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik olumlu davranış kazandırılmasında sorumluluk alma ve yol gösterici olma özelliği beklenen davranıştır. Sağlık alanında önemli görevleri olan hemşirelerin öncelikle sağlık konusunda bilinçlenmeleri ve bu bilgileri tutum ve davranışa dönüştürmeleri, kendi sağlıklarını koruma ve geliştirmeleri açısından önem arz etmektedir (Uncu, 2017).

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi ve geliştirilmesi hem kendileri hem de bakım verdikleri hastalar açısından büyük önem taşımaktadır.

1.2. Çalışmanın Amacı

Bu tez çalışmasının amacı Gümüşhane Devlet Hastanesinde görev yapan Cerrahi Birim Hemşireleri'nin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek ve çözüm önerileri sunmaktır. Elde ettiğimiz veriler, araştırma yapılan birimlerde mevcut sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırarak bu konudaki çalışmalara katkı sunacaktır.

1.3. Çalışmanın Hipotezleri

H0: Hemşirelerin cinsiyeti ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bir ilişki yoktur.

H1: Hemşirelerin cinsiyeti ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bir ilişki vardır.

H2: Hemşirelerin medeni durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bir ilişki vardır.

H3: Hemşirelerin eğitim durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bir ilişki vardır.

H5: Hemşirelerin çocuk sahibi olması ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bir ilişki vardır.

H6: Hemşirelerin düzenli sağlık kontrolü yaptırmaları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bir ilişki vardır.

H7: Hemşirelerin düzenli egzersiz yapma ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bir ilişki vardır.

H8: Hemşirelerin düzenli beslenmeleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bir ilişki vardır.

1.4. Çalışmanın Varsayımı ve Sınırlılıkları

Araştırma sınırlılıkları; Bu araştırma Gümüşhane Devlet Hastanesi cerrahi birimlerde görev yapan hemşirelere uygulanmıştır. Bu durum araştırmanın sınırlılığı olarak görülmüştür.

Katılımcıların kendilerine yöneltilen anket sorularını doğru algılayıp yorumladığı ve cevaplara objektif yaklaşımları ile çalışmanın sonrasında çıkan verilerin uygun olması araştırmanın varsayımlarıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramının tanımını yapmak oldukça zordur. Çünkü herkesin kendine göre bir sağlık kavramı bulunmaktadır. Sağlık bir bilimsel bilgi, bir fikir değil, fonksiyon görmekte olan bir bedenin dili olmaktadır (İnanç vd., 1999). Sağlık, sosyal, kişisel kaynakları ve fiziksel kapasiteyi öne çıkaran pozitif bir kavram olarak kabul edilebilir (Baysal vd., 2008). İnsanların mutlu, başarılı ve kaliteli bir yaşam sürdürmelerinde sağlık kavramı önemli bir yere sahiptir. Geçmiş dönemlerde ve geleneksel anlayışta sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır (Tuğut ve Bekar, 2008). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (World Health Organization, 1948). Günümüzde ise sağlık kavramına ilişkin bakış açısının değişmesi ve daha geniş açıyla ele alınmasının gerekliliği söz konusudur (Uncu, 2017).

Sağlığa ilişkin çeşitli yaklaşımların özgün bakış açısını ifade etmesine bağlı olarak:

- **Biyolojik / Klinik:** Herhangi bir patoloji durumunun olmaması,
- **Psikolojik:** İyilik hali ve kendini gerçekleştirme,
- **Sosyolojik:** Rol fonksiyonu ve sorumluluklarını yerine getirme,
- **Adaptif:** Değişen çevre şartlarına uyum olarak, ele alınmaktadır (Aksoy vd., 2012).

Sağlık kavramı her ne kadar evrensel olsa da kişiden kişiye, toplumdan topluma, kültürden kültüre değişebilmektedir. Bu nedenle sağlık tanımı yapılırken biyolojik, psikolojik ve sosyolojik açıdan da farklı tanımların gündeme geleceği vurgulanmaktadır (Ay, 2008).

Sağlık kavramını daha iyi tanımlayabilmek için sübjektif ve objektif olarak iki grupta incelemek gerekir.

Sübjektif olarak sağlık: Bireyin kendisinin, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden durumunu algılaması halidir. Bu tanıma göre birey, hasta olmamasına rağmen kendini hasta ya da hasta olduğu halde kendini sağlıklı olarak algılayabilir.

Objektif olarak sağlık: Doktor muayenesi ve tanı testleri sonuçlarına göre belirlenen hastalığın olmaması halidir (Birol, 1997).

Bu durumda bir kişiye sağlıklı diyebilmek için; hem bireyin kendini sübjektif açıdan sağlıklı algılaması, hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı olması gerekmektedir (Bolsoy ve Sevil, 2006).

Sağlık kavramı üç boyutta ele alınır. Bunlar;

- **Negatif Sağlık:** Tedavi ve rehabilitasyon gerektiren sağlık halidir. Sigara içme, alkol veya madde bağımlılığı, düzensiz beslenme, önerilen tedaviyi/ilaçları reddetme gibi sağlığa hemen o anda ya da zamanla zarar verecek negatif sağlık davranışlarıdır.

- **Nötral Sağlık:** Herhangi bir hastalık durumu olmadan rutin devam eden bir sağlık halidir. Sağlığı geliştirmek için öncelikle negatif sağlık boyutundan nötral sağlık boyutuna ulaşılabilmesi gerekmektedir.

- **Pozitif Sağlık:** Sağlığın geliştirilmesi, iyilik düzeyinin artmasıyla ilişkilidir. Nötral sağlık boyutundan sonra ulaşılması hedeflenen boyuttur. Yaşam kalitesini arttıran, mevcut sağlığı ileriye taşıyan sağlık davranışlarıdır (Ay, 2011).

DSÖ'nün sağlık kavramı tanımında yer alan tam bir iyilik hali durumunun, yaşamın bir amacının olması, bireylerin aktivitelerinden doyuma ulaşması, beslenmenin dengeli olması, kişilerarası ilişkilerinin olumlu olması, stresle başa çıkabilme özelliği olması gibi anlamları barındırdığı ifade edilmektedir (Velioğlu, 2012). Ülkemizde geleneksel sağlık bakım anlayışı temelde hastalıkları iyileştirmeyi amaçlamaktadır (Uncu, 2017). “Biyomedikal” olarak adlandırabileceğimiz eski yaklaşımın yerini insanı bedeni, ruhu, inançları ve çevresiyle beraber değerlendiren “biyopsikososyal” ve hasta merkezli yaklaşım almaktadır. “Hastalık yoktur, hasta vardır” prensibini de benimseyen modern tıbbi anlayışta artık hastalıkları tedavi etmek değil, bireyin ihtiyaçlarını ön planda tutarak gerekli bakımı vermek esastır (Aktürk, 2024).

2.2. Sağlığın Korunması

Sağlığın korunması; hastalığın ve/veya engelliliğin etkisini ortadan kaldırmayı veya bunların etkisini en aza indirmeyi, bunlar mümkün değilse hastalık ve/veya engelliliğin ilerlemesini geciktirmeyi hedefleyen faaliyetlerdir (Porta, 2008). Dünyadaki gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerden elde edilen çeşitli veriler değişen yaşam şartlarına ve nüfus yapısına uygun sağlıklı yaşam biçimleri geliştirilmesinin önemine dikkat çekmektedir. Sağlıklı olmak her insanın temel hakkı olup, sağlığın korunması ve devamlılığının sağlanması sağlık profesyonellerinin temel hedefi olduğu kadar kişinin kendi sorumluluğudur. Bir toplumun sağlık düzeyi sağlık sorumluluğunu üstlenebilen sağlıklı bireylerin varlığı ile değerlendirilir (Özpulat, 2010).

Sağlığı koruma kavramı, 1953 yılında Leavell ve Clark tarafından tanımlanmış ve 1960 yılında Gerald Coplan tarafından sağlığı korumada primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere üç düzey belirlenmiştir (Akgül, 2008). Bunlar kısaca şöyle açıklanabilir.

2.2.1. Primer Koruma (Birincil Koruma)

Hastalığın oluşumuna sebep olan ve bilinen risk faktörlerinin, bireyi etkilemesini engelleme çabaları olarak açıklanmaktadır. Primer korumada amaçlananların, tüm toplumun ve bireylerin, öncelikle önlenebilen hastalıklar konusunda bilgilendirilmesi, risk faktörlerinin olabildiğince azaltılması hedefiyle gerekli stratejileri geliştirme yöntemlerinin sunumu ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi olduğu bilinmektedir (İnanç vd., 1999). Bireylerin, ailelerin, toplumun ve toplum gruplarının hastalık riskini azaltıcı davranış geliştirme, sağlıklı yaşam biçimi geliştirme ve koruyucu hizmetlerden yararlanmaya yönelik aktiviteleri içerir (Akgül, 2008). Sağlıklı davranışlar kazanma, bedenine ve sağlığına değer verme, gerektiğinde derhal sağlık arayışı içine girme konularında hemşirelerin, eğitim ve danışmanlık rolü üstlendikleri göz ardı edilemeyecek bir konudur (İnanç vd., 1999).

2.2.2. Sekonder Koruma (İkincil Koruma)

Hastalık veya durumun prevalansını azaltmak için odaklanmaktır. Erken tanı ile hastalığın patolojik sürece gitmesini önleyecek aktiviteleri ve hastalık olmuşsa ileri koruma ile bireyin fonksiyonlarının yeniden kazandırılmasını kapsamaktadır. Hastalıkların erken dönemde tanısı için toplumun taramalarını yapmak gerekmektedir. Tarama çalışmaları sayesinde vaka bulma, önemli bir ikincil koruma yöntemidir (İnanç vd., 1999).

2.2.3. Tersiyer Koruma (Üçüncül Koruma)

Sağlığın korunmasında 3. basamağı oluşturan tersiyer korumanın, yetersizlikleri sınırlı tutma ya da önleme ve yetersizlik durumunda da bireyin fonksiyon düzeyini en üst düzeye çıkarmaya yardımcı olma anlamını taşıdığı belirtilmektedir. Rehabilitasyon olarak da adlandırılan tersiyer korunmanın, iyileşmenin başladığı erken dönemde gerçekleştirilmesinin, en geçerli ve doğru yaklaşım olduğu vurgulanmaktadır (İnanç vd., 1999).

2.3. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi (Health Promotion); Kişilerin optimal sağlık durumunun sağlanması yönünde hareket edebilmeleri için, yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardımcı olan bir sanat dalıdır (Yardım vd., 2009). Sağlık kavramının farkında olan ve önemini kavrayan kişi sağlığını geliştirmek anlamında optimal fiziksel ve mental sağlık düzeyine ulaşmak adına davranışlarına ve seçimlerine bu yönde karar vermektedir. Bu bağlamda sağlığı geliştirme kavramı bireylerin farkındalığını arttırarak, tutumlarını etkiler ve bilinçli tercihler yaparak davranış değişikliğine neden olmaktadır (Akgül, 2008). Sağlığın geliştirilmesi kavramı, tüm dünyada 1986 yılında Kanada Ottawa’da yapılan Birinci Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı’ndan sonra daha yaygın kabul edilmeye başlamıştır. Günümüzde sağlığın geliştirilmesi, sağlığın majör belirleyicileri ve tüm insan sağlığını olumlu yönde geliştirmeyi irdeleyen, modern halk sağlığının bir branşı olmuştur (Yardım vd., 2009).

Sağlığın geliştirilmesi stratejilerinin beş ilkesi vardır: (Bozhüyük, 2010)

- 1- Sağlığın geliştirilmesi, mevcut şartlara bağlıdır.
- 2- Sağlığın geliştirilmesi, DSÖ’nün sağlık tanımının üç boyutunu tamamlamaktadır.
- 3- Sağlığın geliştirilmesi, hükümetlerin sağlık alanındaki sorumluluklarını destekler.
- 4- Sağlığın geliştirilmesi, sağlığı toplum adına savunur.
- 5- Sağlığa katılım, sağlığın geliştirilmesinin esas unsurudur.

Günümüzde pek çok ülke, nüfus artışı, kentleşme ve çevre değişikliğinin sonucu olarak sosyal bir değişim sergilemektedir. Bu süreç ticaretin ve iletişimin küreselleşmesi sebebiyle ivme kazanmaktadır. Bu değişimlerin ışığında, sağlığın belirleyicilerinin daha geniş anlamda tespiti için yeni yaklaşımlara ihtiyaç artmaktadır. Gelişen teknoloji, bilimin evrenselleşmesi, hızla gelişen sağlık teknolojilerine karşılık, 21.yüzyılda halen pek çok sağlık konusunda en ucuz ve etkili yöntem sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesidir (Yardım vd., 2009).

2.3.1. Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli

Pender, modelini ilk olarak 1980 yılında geliştirmiş ve daha sonra 1987 ve 1996’da güncel haline getirmiştir (Tokat ve Okumuş, 2008). Pender tarafından (1982-1984) geliştirilmiş olan Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM), sağlığı koruma modelini tamamlayıcı olarak tanımlanmış olup, bilişsel faktörlere odaklanarak sağlığın arttırılmasını ve sağlık davranışlarının iyileştirilmesini içselleştirir (Ay, 2008). Model,

sadece hastalığı değil, tanı almış hastayı bugün, geçmişteki yaşantısı ve alışkanlıkları ile ele alarak sağlıkla ilişkili davranışlarını etkileyen faktörleri de değerlendirir. Modeli oluşturan temel kavramlar ise çevre, birey, bakım, sağlık ve hastalık'tır (Pender vd., 2011; Bahar ve Açıl, 2014). Pender'in sağlığın geliştirilmesi teorisi, bireyin özgeçmişini ve kendisine yönelik algısını değerlendirerek bireye bütüncül bir yaklaşım sergiler (Bahar ve Açıl, 2014). Modelin oluşturulma amacı bireylere sağlıklarını geliştirme davranışlarının nasıl kazanılması/kazandırılacağı konusunda yol göstermektir (Tokat ve Okumuş, 2008).

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nde sağlığı geliştirici davranışı etkileyen etmenler;

1. Kişisel özellikler ve tecrübeler
2. Davranışa özgü algılar ve etki
3. Davranışın sonucu

olarak üç grupta incelenmiştir (Uncu, 2017).

1. Bireysel Özellikler ve Deneyimler

Davranışın sergilenmesine etki eden etmen sağlığı geliştirme davranışlarının doğrudan ve dolaylı olarak ilgi çekici olmasıdır. Çoğunlukla geçmişteki davranışla benzerlik göstermesi “**Önceki Davranışlarla İlişki**” alt boyutunu açıklamaktadır.

Biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel olarak sınıflandırılan **Kişisel Faktörler** alt boyutu maddeler halinde detaylandırılmıştır.

- Yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi, puberta durumu, aerobik kapasitesi, ağırlık, çeviklik ya da uyum gibi değişkenleri **Kişisel Biyolojik Faktörler** içermektedir.

- Kendine saygı, öz motivasyon, bireysel yeteneği algılama gibi değişkenleri **Kişisel Psikolojik Faktörler** kapsamaktadır.

- Etnik grup, ırk, kültür, eğitim ve sosyoekonomik durum gibi değişkenleri **Kişisel Sosyokültürel Faktörler** ele almaktadır. (Uncu, 2017).

2. Davranışa Özgü Bilişsel Faktörler

- Kişi gösterdiği sağlık davranışının, onun sağlığı üzerindeki arttırıcı ve olumlu sonuçlarının farkında ise ve bu durum davranışa başlama ve sürdürme üzerinde olumlu etkili ise **Davranışın yararlarını algılama** alt boyutu gerçekleştirilmektedir (Uncu, 2017).

- Yeni bir sağlık davranışı sergilemede davranışa başlama ve bu davranışı sũrdũrmeyi zorlaştıran en bũyũk etken bireyin karşısına çıkan engellerdir. Sıkılma, zaman ayıramama, maddi yetersizlikler, davranışın zorluğu, evre tarafından desteklenmeyen davranış varlığı gibi engellerdir sıklıkla karşılaşılan zorluklardır. Bu zorlukların bilincine varan kişinin, davranışa başlama ve sũrdũrme ũzerinde olumlu etki oluşturması **Davranışın nũndeki engelleri algılama** alt boyutunu gerçekleştirdiğinin göstergesidir (Uncu, 2017).

- Bireyin davranışı geliştirmesinde önemli olan etmen davranışa yönelik olumlu duygular taşıması ve pozitif açıdan bakışıdır. Davranışın devamlılığını ve mrũnũ etkiyecek olan; davranışa ilişkin bireyin hissettikleri ve duygularıdır. Davranışa yönelik pozitif duyguların varlığı davranışın tekrarlanma olasılığını yũkseltirken, negatif duyguların varlığı davranışın tekrarlanmasına engel oluşturabilmektedir. Gerçekleşen bu durum **Davranış ile ilgili tepkiler** alt boyutunu ifade etmektedir (Uncu, 2017).

- Kişinin sağlık davranışını benimseme, gerçekleştirme ve sũrdũrũlebilirlik kararı ũzerinde olumlu etki göstermesi yeni bir sağlık davranışına başarı ile başlayıp devam ettirebileceğine dair inanç varlığı ile mũmkũndũr. Bu durum **z-etkililiği algılama** alt boyutunun gerçekleşmesi ile ilişkilendirilebilir (Uncu, 2017).

- Bireyin davranışı sergilemesinde bulunduğu çevredeki insanların bireye olan inanışlarını, dũřũnce ve tutumlarını **Kişilerarası Etkiler** alt boyutu kapsamaktadır. Kişilerarası ilişkilerin temel kaynağı; sosyal destek, normlar, model alma, sağlık hizmeti sunanlar, arkadaşlar ve ailelerdir. Bilgi, bireysel yeterlilik ve beceri dũzeyi; kişinin gösterdiği sağlık davranışını destekleyen etkenlerdendir. Sağlığı geliştirici davranışların geliştirilmesinde ya da bu davranışın kazanılmasında etkili olan etmen ise kişinin hazır olma halidir (Uncu, 2017).

- Bireyin arzuladığı, hedeflediği sağlık davranışını sergilediği ve eyleme dnũřtũrdũđũ aşama **Davranışa İlişkin Plan Yapma** aşamasıdır. Bu aşama bireyin harekete geçtiğini göstermektedir. nemli bir engelle karşılaşılmadığı sũrece yapılan planın sonucunda kişinin davranış sergilemesi beklenir. Yapılan plan, davranışla ilgili niyet kavramını göstermektedir (Uncu, 2017).

- Kişilerin alternatif davranışlar içinde kendilerine uygun olanları seçme durumu **Acil, Birbiriyle Yarışan İstekler ve Tercihler** alt boyutunda incelenebilir. Yeni davranışa karar vermeden evvel var olan planlı aktivite için bu seçenekler gözden geçirilerek “yarar ve engel” kavramları belirlenir. Bireyin kontrolũ elde tutması gerekmektedir. (Uncu, 2017).

- Kişinin istendik davranışı sergileyerek ve bu davranışı yaşam biçimi haline dönüştürmesini **Sağlığı Geliştirme Davranışı** alt boyutu inceler. Sağlığın geliştirilmesi, işlevsel yetenek geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi istendik davranışın sergilenmesi ile olur. (Bahar ve Açıl, 2014; Uncu, 2017).

2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Bireylerin yaşamları süresince gerçekleştirdikleri her türlü eylem davranış olarak adlandırılmaktadır (Ünal, 2021). Sağlık davranışı, kişinin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranışı olarak tanımlanmaktadır (Yıldız, 2010). Sağlıklı yaşam biçimi, bireylerin kendi sağlığına etki edebilecek tüm davranışlarını kontrol altında tutması ve günlük aktivitelerini sağlık durumuna uygun olarak düzenlemesi durumudur (Çepni, 2010).

Birey sağlığını koruyarak, geliştirerek ve tam potansiyelini kazanarak kendi sağlığını iyileştirebilir. Başka bir ifade ile sağlıklı yaşam biçimi yalnızca hastalıklardan korunma için değil, hayat boyu yaşam kalitesinin ve iyilik halinin sürdürülebilmesi amacıyla gereken davranışların gösterilmesidir. Çünkü sağlık halinin bozulma durumu sadece bireyle sınırlı kalmayıp tüm toplumu etkilemektedir (Ünal, 2021). Dünya Sağlık Örgütü, yaptığı sağlık tanımında sağlık durumunun toplumsal bir olgu olduğunu ve ülkelerin refah düzeyi ile de ilişkili olduğunu vurgulamıştır (Bostan, 2013). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmenin ilk adımları toplum ve ailede atılır, daha sonra eğitimle gelişir ve değişir (Yalçinkaya, 2007).

Her insanın temel haklarından biri olan sağlıklı olma, sağlığın korunması ve sürdürülmesi sağlık personelinin temel hedefi olmalıdır (Yıldız, 2010). Sağlık çalışanları mesleki sorumlulukları ve profesyonel rolleri gereği yaşam biçimleri ile toplumda rol modeli olmalı ve toplumun sağlık eğitiminden sorumlu olmalıdırlar (Karadeniz vd., 2008). Hemşireler, sağlıklı ve hasta bireylere her türlü ortamda yaklaşım gösterirken stres, egzersiz, beslenme, yeterli uyku, ideal kilo ve kötü alışkanlıklardan kaçınmayı kapsayan olumlu yaşam değişikliklerinin önemini vurgulamalıdır ve bu davranışların kazanılmasında rehber rolü oynamaktadır (Zaybak ve Fadiloğlu, 2004). Beslenme, stres yönetimi, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişki ve sağlık sorumluluğu sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bulunmaktadır (Johnson, 2005).

2.4.1. Beslenme

Günümüzde insanların sahip olduğu beslenme şekli ve yaşam biçimi geçmişteki nesillere göre çok daha farklılık göstermektedir. Bugünün bireyleri yaşam şartları ve teknolojik yeniliklerle birlikte çok daha farklı bir yaşam sürdürmektedirler. Mesleklerini hareketsiz ve durağan şekillerde icra eden, kendine daha fazla zaman ayırabilen fakat bu zamanın çoğunu oturarak geçiren, bunun sonucunda da çok az enerji harcayan bir nesil ortaya çıkmaktadır. Bu değişikliklerin yanı sıra beslenme alışkanlıkları da büyük değişiklikler göstermiştir. İşlenmiş gıdalar, fast food ürünler, ihtiyacından fazla yemek yeme alışkanlığı, çok yağlı yiyecekler tüketme ve alkol, sigara gibi kötü alışkanlıklar bireylerin yaşamlarında yapmış oldukları kötü beslenme şeklidir. Son zamanlarda dünya ülkelerinde beslenme konusu, üzerinde çok fazla durulan önemli bir konu haline gelmiştir. Bunun nedeni; beslenme alışkanlıklarının, kişilerin bedensel ve zihinsel sağlıklarını çok derinden etken olmasıdır. Yapılan birçok araştırmada gösteriyor ki beslenme sorunlarının kaynağı bilgisizlik yani eğitimsizliktir. Toplumların ve bireylerin sağlıklarını korumak ve hastalıkları kolay atlatabilmelerini sağlamak için bilinçli hale gelmeleri gerekmektedir (Balıkçı, 2017).

Yeterli ve dengeli bir beslenme düzeni anlamını taşıyan sağlıklı beslenmede, günlük alınan besinlerin yeterli kalorige olması, iyi kalitede protein içermesi, yağ (özellikle doymuş yağ), kolesterol, sodyum, rafine şeker içeriğinin düşük olmasına özen gösterilmesi, kompleks karbonhidratlar, mineraller ve vitaminler bakımından zengin ve bol posalı olması tavsiye edilmektedir. Yemek yeme alışkanlıkları ve besin tercihlerindeki farklılıklara karşın, tüm bireylerin sağlık açısından aynı temel besin maddelerine ihtiyaçları olduğu bilinmektedir (Kılıç, 2012).

2.4.2. Stres Yönetimi

Stres sözcüğü, Latince "estricia"dan gelmektedir. Stres, 17. Yüzyılda felaket, bela, musibet, dert, keder, elem gibi anlamlarda kullanılmıştır. 18 ve 19. Yüzyıllarda ise, kavramın anlamı değişmiş ve güç, baskı, zor gibi anlamlarda objelere, kişiye, organlara ve ruhsal yapıya yönelik olarak kullanılmıştır. Buna bağlı olarak da stres, nesne ve bireyin bu tür güçlerin etkisi ile biçiminin bozulmasına, çarpıtılmasına karşı bir direnç anlamında kullanılmaya başlamıştır (Güçlü, 2001).

Stres, hayatın olağan ve vazgeçilmez bir parçasıdır. Günlük hayatta maruz kalınan stres durumu kişinin hem fiziksel, duygusal, davranışsal ve ruhsal alanlarda problem yaşamasına hem de kronik bir hastalıkla karşı karşıya kalmasına sebebiyet verebilmektedir (Özel ve Karabulut, 2018). Araştırmalar süregelen stresin günümüzde,

başlıca ölüm nedenleri arasında yer alan kalp, damar ve dolaşım sistemi (kardiyovasküler) hastalıklarının oluşmasında önemli bir etkisinin olduğunu göstermektedir. Stres, sadece beden sağlığını ve psikolojik sağlığı değil, aynı zamanda bireylerin günlük tutum ve davranışlarını da olumlu ya da olumsuz etkileyebilmektedir. Stres, organizma için her zaman olumsuz bir etken olarak değerlendirilmemelidir. Hafif düzeydeki stres, birey için uyarıcı olabilmekte, bireyi harekete geçirebilmekte ve motive etme işlevi görebilmektedir (Kaba, 2019). Stres yönetimi, kişiyi baskı altında bırakan psikolojik stresle karşı karşıya kaldığında uygun ve etkili baş etme metodu kullanmasını sağlayarak, stresin en aza indirilmesini sağlayan bir süreç olarak ifade edilmektedir. Bu süreç, olumlu veya olumsuz çabaların tümüdür (Özel ve Karabulut, 2018). Stres yönetimi, gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için kişinin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir (Walker ve Hill-Polerecky, 1996).

Erdoğan (1999), stresle başa çıkmada bireysel stratejiler olarak, etkin bir zaman yönetimini, rahatlama uygulamalarını, olumlu hayal kurmayı, egzersiz ve beden hareketlerini, davranışsal açıdan kişinin kendini kontrol etmesini, iletişim kurmayı, meditasyonu, gıda kontrolünü ve masajı, bireyin kendine özgü bir hobi edinmesini ve dışa dönüklüğü tavsiye etmektedir (Güçlü, 2001).

2.4.3. Fiziksel Aktivite Ve Egzersiz

Fiziksel aktivite, insan fonksiyonlarının en temel unsurlarından birisidir (Demir, 2016). Fiziksel aktivite, nefes alıp verme hızını, derinliğini ve kalp atım hızını belli bir düzeyde arttıran, terlemeye neden olan, büyük kas gruplarının aktif olarak çalıştığı ve de bazal metabolizmanın üzerinde enerji harcamamızı sağlayan hareketler bütünüdür. Egzersiz, fiziksel aktivitenin alt boyutu olarak ifade edilebilir (Balıkcı, 2017).

Bilinçli ve düzenli fiziksel aktivite programı uygulayarak, fiziksel kondisyonlarını koruyan kişilerin uzun ve kaliteli bir yaşam sürdüklerini gösteren birçok çalışma mevcuttur (Demir, 2016). Düzenli fiziksel aktivite yapmak, vücut ağırlığının kontrolünü ve buna bağlı olarak kalp-damar hastalıkları riskini azaltır. Bu durum, kan basıncının düşük düzeyde korunmasına, kan kolesterol ve düşük dansiteli lipoprotein düzeylerinin düşürülmesine ve yüksek dansiteli lipoprotein düzeyinin artırılmasına bağlıdır. Böylece kalp krizi ve inme riski azalmaktadır (Aksoy, 2010).

Sonuç olarak, düzenli yapılan fiziksel aktivitenin sağlığın geliştirilmesi ve korunması kapsamında gün geçtikçe ehemmiyeti artmaktadır. Bu doğrultuda istenilen sağlık yararlarına erişilebilmesi için kişinin sevdiği bir egzersizi tercih etmesi ve bu

egzersizlerin, amacına uygun sıklık, şiddet ve sürede planlanarak sürdürülebilirliği sağlanmalıdır (Sema vd., 2014).

2.4.4. Manevi Gelişim

Manevi gelişim, bireyin kendisinin ve varoluşunun ötesindeki güçtür. Başka bir tanımda ise hem fiziksel boyutu kapsayan hem de onun ötesindeki bireysel farkındalıktır. Kişilerin sağlık ve hastalık davranışlarını sorgulamada, değişimlere uyum sağlamada, sorunların üstesinden gelebilme becerisi kazanma, yeniden iyileşme gücü ve umudu bulmada manevi gelişimin olumlu etkisi olduğu söylenebilir (Bostan, 2013).

Oldnall (1996)'a göre manevi gelişim, kişilerin yaşamlarına etki eden ve yaşamlarının anlamlandırılmasında etkili olan inanç ve değerlerin ortaya çıkmasında bireylere yardımcı olan itici bir güçtür (Ünal, 2021).

İnsanın spiritüel yönü, fiziksel, duygusal, sosyal yönü kadar önemlidir ve bu boyutlarla ilişkilidir. Böyle olmasına rağmen sağlık elemanlarının çoğunluğu, kişinin bu yönünü dikkate almama eğilimi gösterirler ya da bu boyut hemşireler, psikologlar ve din adamlarının sorumluluğu olarak benimser. Oysa yaşamı tehdit edici hastalığı olan kişilerin varoluş mücadelesi, onların kendilerini iyi hissetmelerinin temelini oluşturur. Bu nedenle tüm sağlık elemanlarının hastaya bütüncül bir yaklaşımla bakım vererek, fiziksel rahatlık ve sosyal destek sağlayarak, hastanın bu dünyaya gelmiş yegâne varlık olmanın anlamını keşfetmesine ve ölümü yaşamın vazgeçilmez bir parçası olarak kabul etmesine yardımcı olmaları gerekir (Çetinkaya vd., 2007).

2.4.5. Kişilerarası İlişkiler

Türk Dil Kurumu sözlüğünde iki şey arasında karşılıklı ilgi, bağ, münasebet, temas, olaylar ve nesneler arasında var olan karşılıklı bağıllık olarak tanımlanmakta olan ilişki kavramı, sağlık açısından değerlendirildiğinde kişinin hasta ise iyileşmesinde, değil ise sağlığının devamı ve gelişiminde amaçlı, etkin, doyumlu, yararlı ve yapıcı eylemler dizisi olmaktadır. Kişilerarası ilişkiler kavramı; karı-koca etkileşimi, çocuğun anne ve babasıyla etkileşimi, akrabalar, arkadaşlar, meslektaşlar arasındaki etkileşimler, öğrenci-öğretmen etkileşimi, duygusal ilişkiler gibi örnekler ile somutlaştırılabilir. Yaşam boyu başarıya ulaşmada, mutlu ve verimli olmada "kişilerarası ilişkiler" büyük rol oynamaktadır (Bostan, 2013).

Kişilerarası ilişkiler, bireylerin karşılıklı olarak birbirlerinden etkilendikleri bir süreçtir. Bu ilişkilerin başlaması, gelişmesi ve sürdürülmesinde kişilerin olay, durum ve bireylere yönelik algılama, yorumlama ve değerlendirmeleri önemli bir rol oynar.

Kişilerarası ilişkiler, karşılıklı etkileşimle bireyin kişilere yükledikleri anlamlar ve önemli gördüğü kişilerin bireye sunduğu olanaklar çerçevesinde ortaya çıkmaktadır. Bu ilişkiler; kişinin kendini tanımasını, kabul etmesini, diğer kişilerden aldığı geribildirimlerle güçlü zayıf yönlerini belirlemesini ve yaşamının zenginleşmesini sağlar. Ancak bireyin kişilerarası ilişkilere fazla yoğunlaşması, kendisine ayırdığı zamanın azalmasına, diğer sosyal ilişkilerinin zayıflamasına, ilişkinin örseleyici hale gelebilmesine ve ilişkinin sonlanması esnasında kırgınlık, mutsuzluk gibi duyguların yaşanmasına neden olabilmektedir (Aydın ve Hiçdurmaz, 2016). Dolayısıyla kişilerarası ilişkilerdeki doyum yaşamın diğer alanlarını da kapsayacak şekilde bireylerin iyi oluş düzeylerine etki etmektedir (Özcan, 1995).

2.4.6. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, kişinin kendi sağlığıyla ilgili olarak koruyucu, önleyici ve sağlığı geliştirici davranışlar ile tutum ve davranış değişikliği göstermesi anlamını taşıdığı ifade edilmektedir (Kılıç, 2012). Sağlık sorumluluğu, bireyin sağlığına özen göstermesi, sağlık konusunda bilgilenme, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir. Kişinin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir (Açıkgöz, 2010). Bireyin sağlık sorumluluğuna sahip olması, sağlığını geliştirmede başarılı olabilmesi için oldukça önemlidir (Ünal, 2021).

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlık bakım kalitesini önemli derecede etkilediği gibi, sağlığına ne düzeyde katıldığının da belirtisi olarak ele alınmaktadır (Kılıç, 2012).

Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi; (Karakoç, 2006)

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

2.5. Hemşirelik

Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nursing - ICN) hemşireliği; “Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden, hastalık hâlinde iyileşme ve rehabilite etmeye katılan meslek grubudur. Hemşire ayrıca sağlık ekibinin tedavi edici ve eğitsel planlarını geliştirmeye ve uygulamaya katılır.” şeklinde tanımlamıştır (MEB, 2012).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) hemşireliği; yardım sunan bir meslek olup insanların sağlık ve esenliğine katkıda bulunan bir meslek olarak tanımlamaktadır (Bonsall ve Cheater, 2008).

Türk Hemşireler Derneği (THD) ise hemşireliği; “Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek bireylerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini” şeklinde tanımlamaktadır (THD, 1954).

ICN, ANA ve THD’nin hemşirelik tanımlarından anlaşıldığı üzere; sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde sağlıklı veya hasta bireye yardım etmek hemşirenin temel sorumluluklarındandır. Günümüzde WHO ve pek çok sağlık kuruluşu, sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerinin uygulanmasında temel insan gücü olarak hemşireleri tavsiye etmektedir (Dalak, 2010). Çünkü hemşireler sağlıklı ve hasta bireylere her türlü ortamda yaklaşım gösterirken stres, egzersiz, beslenme, yeterli uyku, ideal kilo ve kötü alışkanlıklardan kaçınmayı içeren sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemini ifade etmekte ve bu davranışların kazanılmasında rehber rolü oynamaktadır (Birol, 1997).

Hemşire toplumsal ve bireysel sağlık düzeyinin arttırılmasında, hastalıkların önlenmesinde, hastanın bakım ve rehabilitasyon süreçlerinde hemşirelik bakımını planlama, uygulama ve değerlendirme yetkisinde olan sağlık ekibi üyesidir (MEB, 2012).

Sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili önemli görev ve sorumluluklara sahip olan hemşirelerin öncelikle kendi sağlığını korumak ve geliştirmek için gerekli yaşam biçimini kazanmış olması beklenen bir davranıştır (Güner ve Demir, 2006).

Hemşireler;

1. Fiziksel ve mental hastalığı olan kişilere bakım vermek,
2. Sağlık bakımı ile ilgili eğitim vermek,
3. Sağlık ekibinin bir üyesi olarak, sağlıkla ilgili bütün etkinliklere katılmak,
4. Kendi personelini eğitmek (hemşire ve bakıma yardımcı diğer kişileri),

5. Sağlıkla ilgili çalışmalara katılmakla yükümlüdür (Doğan, 1995).

2.6. Cerrahi Birim Hemşireliği

Arapça kökenli bir sözcük olan “cerh” “yara”, “cerrah” ise “yara ile uğraşan kişi” anlamına gelmektedir. Günümüzde cerrahi girişim, hastanın normal fizyolojik fonksiyonlarını değiştirebilecek “kontrollü travma” olarak kabul edilir. Cerrahi hemşireliği ise, hastanın sağlık ve iyiliğinin yeniden kazanılması ve devam ettirilebilmesi için fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının belirlenerek bilimsel bilgi üzerine temellendirilmiş hemşirelik faaliyetlerinin koordine edildiği ve kişiselleştirilmiş bakımın uygulandığı bir hemşirelik dalıdır. Cerrahi hemşireliğinin yaralanan ilk insanla başladığı ve gelişim yönünden çok hızlı yol katettiği ifade edilebilir (Aslan, 2009).

Cerrahi hemşireleri, hastanın servise kabulü ile başlayan, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası bakımın sürdürülmesini, taburculuk ve evde bakımın planlanmasını kapsayan süreçte, bilimsel bilgiye dayalı bütüncül bakım sağlamaktadır. Bu dinamik süreç, gelişen teknoloji nedeniyle hızlı düşünme, doğru karar verme ve sürekli öğrenme yeterliliğinde olmayı gerektirmektedir. Diğer yandan ameliyathane ve cerrahi yoğun bakım üniteleri gibi bazı özel bölümlerde çalışan cerrahi hemşireleri için kapalı ortam ve barındırdığı riskler ile cerrahi kliniklerin hızlı hasta sirkülasyonu stres unsuru olabilmektedir (Saldamlı ve Andsoy, 2021).

Cerrahi birimler teknolojik açıdan oldukça karmaşıktır. Cerrahi ortam, ekip ile yoğun iş birliği gerektirmesi, sağlığı tehdit eden durumların bulunması ve hızlı karar vermeyi gerektirmesi sebebiyle stresli bir ortamdır. Cerrahi klinikleri hem hasta sayısının fazla olduğu hem de hastaların kişisel ihtiyaçlarını karşılama anlamında hemşireye bağımlı olması nedeni ile hemşirelik bakımına en çok gereksinim duyulan birimlerdir (Uncu, 2017).

Cerrahi hemşirelerinin ameliyathane ve yoğun bakım gibi çeşitli teknolojik tıbbi cihazların kullanıldığı, kazalar ve enfeksiyonlar açısından riskli kapalı ortamlarda, acil servis ve cerrahi servisler gibi sirkülasyonun hızlı olduğu, hayati girişimlerin uygulandığı servislerde çalışmaları cerrahi hemşireliğini farklı biçimlerde algılamalarına ve yorumlamalarına sebep olabilmektedir (Saldamlı ve Andsoy, 2021).

Hemşirelik, çalışma ortamının olumsuz etkileriyle birlikte yoğun bir iş yükü gerektiren bir meslek grubudur. Hemşireler, çalışma ortamındaki sorunlardan fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden olumsuz olarak etkilenmektedir. Hemşirelikte aşırı iş yükü, hastaların sorunlarından kaynaklanan duygusal stres ve özellikle vardiya sistemi ile çalışma gibi nedenler, çalışma şartlarını güçleştirmektedir (Çantaş, 2023).

Toplum sağlığının daha iyi seviyeye getirilmesinde önemli rol oynayan cerrahi hemşirelerinin günümüzdeki durumları değerlendirildiğinde, iş ortamında sağlıklarının gerektiği gibi korunmadığı gerçeği göz ardı edilemez (Uncu, 2017).

Bireylerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmesi ve devam ettirmesinde; cerrahi hemşirelerinin önemli ölçüde rol ve sorumluluklarının varlığından söz edilmektedir. Cerrahi hemşireleri, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir. Bu nedenle öncelikle cerrahi hemşirelerinin kendi yaşam biçimlerini düzeltmeleri gerekmektedir (Uncu, 2017).

2.7. Cerrahi Birim Hemşireliğinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi

Cerrahi birim hemşireleri çalışma ortamından kaynaklanan birçok olumsuz etkenden dolayı stresli ve yoğun bir iş yüküne sahiptir. Çalışma hayatı toplumsal statü ve ekonomik bir güç sağlamakla birlikte biyolojik, kimyasal, fiziksel ve psikososyal riskleri de beraberinde getirmektedir (Demirtaş, 2018).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Kesitsel ve tanımlayıcı tipte olan bu çalışma Gümüşhane Devlet Hastanesi cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları için öneriler geliştirmek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte planlanmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Ekim-Kasım 2023 tarihleri arasında Gümüşhane Devlet Hastanesi cerrahi birimlerde çalışan hemşireler (n=118 kişi) oluşturmaktadır. Herhangi bir örneklem yöntemi kullanılmadan evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir.

3.3. Ölçme Araçları

Araştırmanın verileri; araştırmacı ve danışman tarafından literatür incelenerek oluşturulan bilgilendirilmiş onam formu, hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine, çalışma ortamı ve çalışma şekline, sağlıkla ilgili davranışlarına yönelik sorular ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği sorularından oluşan anketin hemşirelerin direkt gözlem altında uygulanmasıyla toplanmıştır.

3.3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Araştırmada, literatür incelenerek oluşturulan bilgilendirilmiş onam formu, hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine, çalışma ortamı ve çalışma şekline, sağlıkla ilgili davranışlarına yönelik 30 soru ve Walker ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilip (Walker vd., 1987), Esin (1997) tarafından Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği kullanılmıştır. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışların ölçümü üzerine çalışma yapılmıştır. 52 maddeden oluşan ölçeğin 6 alt faktörü vardır. Manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi; alt grupları oluşturmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını, ölçek genel puanı vermektedir. Tüm maddeleri olumlu olan ölçek; 4'lü likert şeklinde derecelendirilmiştir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir. Alpha güvenirlik katsayısı 0.94 olan ölçeğin en düşük puanı 52, en

yüksek puanı 208'dir. Ölçeğin alt faktörlerinin Alpha coefficient reliability değeri 0.79-0.87 arasında değişmektedir (Esin, 1997).

3.4. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Gümüşhane Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan 25/10/2023 tarih ve 2023/5 sayılı toplantı ile E-95674917-108.99-215264 sayılı Etik Kurul Onayı alınmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 23.0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümlerse ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde minimum-maksimum) olarak özetlenmiştir. Normal dağılım gösteren veriler içinde parametrik testlerden iki grubun ortalamasını karşılaştırmak için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Student t test) ve ikiden fazla grup ortalaması için tek yönlü varyans analizi (One way ANOVA) kullanılmıştır. Hangi değişkenler arasında anlamlı farklılığın olduğunu belirlemek için Tukey testi uygulanmıştır. Sürekli değişkenlerin analizi pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi $p<0.05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş ortalaması 28.97 ± 6.00 (min.21-max.57) yıl olup %78'i kadındır. Hemşirelerin boy ortalaması 166.61 ± 8.30 (min.150-max.187) cm ve beden ağırlıkları ortalaması 67.00 ± 12.79 (min.21-max.57) kg'dır. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımları (n=118)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	92	78
Erkek	26	22
Medeni durum		
Evli	62	52.5
Bekar	56	47.5
Çocuk varlığı		
Evet	42	35.6
Hayır	76	64.4
Çocuk sayısı		
1	25	21.2
2	12	10.2
3	5	4.2
Aile tipi		
Çekirdek	106	89.8
Geniş	12	10.2
Eğitim durumu		
Sağlık meslek lisesi	7	5.9
Ön lisans	11	9.3
Lisans	93	78.8
Lisansüstü	7	5.9
Gelir durumu		
Düşük	36	30.5
Orta	54	45.8
İyi	28	23.7
Yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdiği yer		
İl merkezi	86	72.9
İlçe	20	16.9
Köy	12	10.2
Yaş (ort$\pm$SS)	28.97 ± 6.00 (min.21-max.57)	
Boy (ort$\pm$SS)	166.61 ± 8.30 (min.150-max.187)	
Kilo (ort$\pm$SS)	67.00 ± 12.79 (min.21-max.57)	

Hemşirelerin %52.5'inin evli olduğu, %64.4'ünün çocuğunun olmadığı, çocuğu olanların %21.2'sinin tek çocuğu olduğu, %89.8'inin çekirdek ailede yaşadığı, %78.8'inin lisans mezunu olduğu, %45.8'inin gelir durumunu orta düzeyde algıladığı ve %72.9'unun yaşamının büyük çoğunluğunu il merkezinde geçirdiği belirlendi.

Tablo 2. Hemşirelerin sağlık durumu özelliklerine göre dağılımları (n=118)

Sağlık Durumu	Sayı	%
Sağlık durumu algısı		
Çok iyi	16	13.6
İyi	59	50
Orta	36	30.5
Kötü	7	5.9
Kronik hastalık durumu		
Evet	26	22
Hayır	92	78
Sigara kullanma durumu		
Evet	33	28
Hayır	85	72
Düzenli beslenme durumu		
Evet	35	29.7
Hayır	83	70.3
Egzersiz yapma durumu		
Evet	23	19.5
Hayır	95	80.5
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu		
Evet	46	39
Hayır	72	61

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %50'sinin sağlık durumunu iyi olarak algıladığı, %78'inin kronik hastalığı olmadığı ve %72'sinin sigara kullanmadığı saptandı. Hemşirelerin %70.3'ünün düzenli beslenmediği, %80.5'inin egzersiz yapmadığı, %61'ini düzenli olarak sağlık kontrollerini yaptırmadığı görüldü. Hemşirelerin sağlık durumu özelliklerine göre dağılımları Tablo 2'de verilmiştir. Hemşirelerin mesleki durumuna ilişkin özelliklerine göre dağılımları Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3. Hemşirelerinin mesleki durumuna ilişkin bulguların dağılımı (n=118)

Mesleki Durumları	Sayı	%
Çalıştığı birim		37.3
Yoğun bakım ünitesi	44	14.4
Ameliyathane	17	17.8
Acil servis	21	30.5
Cerrahi klinikler	36	
Çalışılan klinikten memnun olma durumu	88	74.6
Evet	30	25.4
Hayır		
Çalışma şekli	35	29.7
Tam gün	83	70.3
Vardiya usulü (Gündüz ve nöbet)		
Delici kesici alet yaralanması yaşama durumu	43	36.4
Evet	75	63.6
Hayır		
Mesleğini bırakmayı isteme durumu	62	52.5
Evet	56	47.5
Hayır		
Mesleki çalışma yılı	6.51±6.60 (min.1-max.35)	
Çalışılan birimdeki süre	3.52±4.69 (min.1-max.34)	
Haftalık çalışma saati	52.29±14.37 (min.40-max.72)	
Bir ayda tutulan nöbet sayısı	9.39±1.69 (min.5-max.14)	

Hemşirelerin %37.3'ünün yoğun bakım ünitesinde çalıştığı, %74.6'sının çalıştığı klinikten memnun olduğu, %70.3'ünün vardiyalı şekilde çalıştığı, %63.6'sının delici kesici alet yaralanması yaşamadığı ve %52.5'inin mesleğini bırakmayı düşündüğü bulundu. Hemşirelerin toplam çalışma sürelerinin 6.51±6.60 (min.1-max.35) yıl, şuan çalıştıkları birimdeki çalışma sürelerinin 3.52±4.69 (min.1-max.34) yıl olduğu, haftalık çalışma sürelerinin 52.29±14.37 saat olduğu ve bir ayda ortalama 9.39±1.69 (min.5-max.14) nöbet tuttukları belirlendi (Tablo 4).

Tablo 4. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=118)

Alt ölçek	En düşük puan	En yüksek puan	Ortalama	Standart Sapma
Sağlık sorumluluğu	9	31	19.64	3.95
Fiziksel aktivite	8	30	14.66	4.13
Beslenme	11	31	19.16	3.76
Manevi gelişim	9	35	24.11	4.55
Kişilerarası ilişkiler	11	33	23.21	4.08
Stres yönetimi	8	30	16.69	3.61
Toplam	56	173	117.12	17.99

Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puanının 117.12 ± 17.99 (min.56-max.173), Sağlık sorumluluğu alt boyunu puanının 19.64 ± 3.95 (min.9-max.31), Fiziksel aktivite alt boyunu puanının 14.66 ± 4.13 (min.8-max.30), Beslenme alt boyunu puanının 19.16 ± 3.76 (min.11-max.31), Manevi gelişim alt boyunu puanının 24.11 ± 4.55 (min.9-max.35), Kişilerarası ilişkiler alt boyunu puanının 23.21 ± 4.08 (min.11-max.33), Stres yönetimi alt boyunu puanının 16.69 ± 3.61 (min.8-max.30) olduğu bulundu (Tablo 4).

Tablo 5. Hemşirelerinin tanımlayıcı özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=118)

Tanımlayıcı Özellikler	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası ilişkiler	Stres yönetimi	SYBDÖ
	ort±SS	ort±SS	ort±SS	ort±SS	ort±SS	ort±SS	ort±SS
Cinsiyet							
Erkek	19.88±3.99	14.46±4.07	19.28±18.73	24.36±4.36	23.48±4.12	16.73±3.47	117.81±17.55
Kadın	18.80±3.75	15.38±4.30	18.73±3.73	23.23±5.18	22.23±3.85	16.53±4.11	114.92±19.53
İstatistik	t=1.23; p=0.22	t=-1.00; p=0.31	t=0.65; p=0.51	t=1.11; p=0.26	t=1.39; p=0.16	t=0.24; p=0.80	t=0.71; p=0.47
Medeni durum							
Evli	19.73±4.10	14.54±4.10	19.91±4.01	24.54±4.69	23.61±4.01	16.86±3.92	118.71±17.45
Bekar	19.54±3.80	14.81±4.19	18.32±3.29	23.61±4.39	22.76±4.14	16.49±3.24	115.26±18.60
İstatistik	t=0.26; p=0.79	t=-0.35; p=0.72	t=2.34; p=0.021	t=1.10; p=0.273	t=1.12; p=0.26	t=0.55; p=0.57	t=0.99; p=0.32
Çocuk varlığı							
Evet	19.60±4.14	14.68±4.54	19.95±4.01	24.54±4.53	23.78±3.82	16.14±3.50	117.27±16.75
Hayır	19.66±3.86	14.66±3.91	18.72±3.56	23.86±4.58	22.89±4.20	17.01±3.65	117.04±18.79
İstatistik	t=-0.07; p=0.94	t=0.02; p=0.98	t=1.71; p=0.08	t=0.77; p=0.44	t=1.13; p=0.25	t=-1.24; p=0.21	t=0.06; p=0.94
Aile tipi							
Çekirdek	19.61±3.97	14.59±4.15	19.09±3.85	24.19±4.68	23.39±4.13	16.71±3.69	117.16±18.32
Geniş	19.90±3.83	15.33±4.05	19.75±2.92	23.41±3.36	21.58±3.26	16.50±2.90	116.81±15.43
İstatistik	t=0.23; p=0.81	t=-0.58; p=0.55	t=-0.57; p=0.56	t=0.55; p=0.58	t=1.46; p=0.14	t=0.19; p=0.84	t=0.06; p=0.95
Eğitim durumu							
Sağlık meslek lisesi	19.57±2.07	14.00±2.82	18.85±5.39	22.71±3.40	21.14±3.89	16.71±4.15	113.00±17.64
Ön lisans	21.09±4.08	13.80±4.93	19.45±2.38	26.45±2.42	25.36±3.50	18.30±3.02	123.20±14.60
Lisans	19.69±4.02	14.89±4.13	19.17±3.74	23.97±4.79	23.12±4.10	16.64±3.67	117.25±18.69
Lisansüstü	16.85±3.38	13.71±4.46	18.85±4.70	23.57±4.31	23.00±4.16	15.00±2.51	111.00±13.27
İstatistik	F=1.68; p=0.17	F=0.41; p=0.74	F=0.05; p=0.98	F=1.25; p=0.29	F=1.66; p=0.17	F=1.18; p=0.31	F=0.77; p=0.51

Tablo 5. (Devamı)

Tanımlayıcı Özellikler	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası ilişkiler	Stres yönetimi	SYBDÖ
	ort±SS	ort±SS	ort±SS	ort±SS	ort±SS	ort±SS	ort±SS
Gelir durumu	19.38±3.62	15.40±4.59	19.19±3.76	23.27±3.99	22.69±4.14	15.91±2.83	117.11±15.38
Düşük ^a	19.50±4.44	13.90±3.89	18.51±4.05	23.62±4.97	23.11±4.23	16.37±3.85	113.18±19.80
Orta ^b	20.25±3.35	15.17±3.84	20.35±2.88	26.18±3.86	24.07±3.69	18.25±3.66	124.57±15.65
İyi ^c							
İstatistik	F=0.42; p=0.65	F=1.67; p=0.19	F=2.25; p=0.11	F=3.87; p=0.023 c>a, c>b	F=0.92; p=0.40	F=3.79; p=0.025 c>a	F=3.56; p=0.032 c>b
Yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdiği yer	19.74±4.26	14.79±3.98	19.44±3.97	24.31±4.89	23.43±4.23	16.80±3.82	118.01±18.72
İl merkezi	19.36±3.60	13.80±4.81	17.80±3.28	22.90±3.71	22.05±4.11	15.63±3.11	111.38±18.90
İlçe	19.41±1.67	15.25±4.07	19.41±2.42	24.66±3.02	23.58±2.57	17.58±2.53	119.91±8.39
Köy							
İstatistik	F=0.09; p=0.91	F=0.59; p=0.55	F=1.59; p=0.20	F=0.88; p=0.41	F=0.98; p=0.37	F=1.23; p=0.29	F=1.15; p=0.31

Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma, t: student t test, F: One way ANOVA

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin cinsiyet, çocuk varlığı, aile tipi, eğitim durumu ve yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdiği yer ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Hemşirelerin medeni durumuna göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt boyutları karşılaştırıldığında, evli olan hemşirelerin SYBDÖ Beslenme alt boyutu puanlarının bekar hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ($p=0.021$). Gelir durumuna göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt boyutları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir farklılık olduğu bulundu ve bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Tukey test uygulandı. Gelir durumunu iyi olarak algılayan hemşirelerin SYBDÖ Manevi gelişim alt boyut puanlarının gelir durumunu orta ve düşük olarak algılayan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlendi ($p=0.023$). Gelir durumunu yüksek olarak algılayan hemşirelerin SYBDÖ Stres yönetimi alt boyut puanlarının gelir durumunu düşük olarak algılayan hemşirelere göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı ($p=0.025$). Ayrıca gelir durumunu yüksek olarak algılayan hemşirelerin SYBDÖ toplam puanlarının gelir durumunu orta düzeyde algılayan hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü ($p=0.032$) (Tablo 5).

Tablo 6. Hemşirelerinin sağlık durumu özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=118)

Tanımlayıcı Özellikler	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası ilişkiler	Stres yönetimi	SYBDÖ
	ort±SS	ort±SS	ort±SS	ort±SS	ort±SS	ort±SS	ort±SS
Kronik hastalık durumu							
Evet	18.50±3.48	15.07±5.17	19.46±3.69	22.80±3.89	22.19±3.52	15.38±2.92	112.04±16.98
Hayır	19.94±4.02	14.55±3.79	19.07±3.79	24.46±4.67	23.50±4.20	17.07±3.71	118.48±18.10
İstatistik	t=-1.60; p=0.11	t=0.57; p=0.57	t=0.46; p=0.64	t=-1.63; p=0.10	t=-1.44; p=0.15	t=-2.13; p=0.035	t=-1.53; p=0.12
Sağlık durumu algısı							
Çok iyi ^a	20.37±5.74	15.00±4.22	19.18±5.21	24.75±7.17	24.12±6.28	17.15±5.68	121.62±28.86
İyi ^b	19.89±3.67	14.66±4.26	19.01±3.38	24.82±3.89	23.40±3.50	18.18±3.23	119.09±16.04
Orta ^c	19.25±3.34	14.85±4.27	19.69±3.75	23.44±3.42	22.69±3.49	15.69±2.51	114.25±12.83
Kötü ^d	17.85±4.22	13.00±1.73	17.57±3.15	20.14±5.75	22.14±5.55	14.14±3.23	104.85±17.63
İstatistik	F=0.84; p=0.47	F=0.43; p=0.73	F=0.68; p=0.56	F=2.72; p=0.048 b>d	F=0.65; p=0.58	F=3.43; p=0.019 b>d	F=1.95; p=0.12
Sigara kullanma durumu							
Evet	20.33±4.49	14.93±4.13	19.30±3.82	24.15±5.43	23.09±4.59	16.37±3.92	118.44±20.84
Hayır	19.37±3.70	14.56±4.15	19.10±3.75	24.09±4.20	23.25±3.89	16.80±3.51	116.65±16.96
İstatistik	t=1.18; p=0.23	t=0.43; p=0.66	t=0.25; p=0.80	t=0.06; p=0.92	t=-0.20; p=0.84	t=-0.54; p=0.59	t=0.45; p=0.64
Düzenli beslenme durumu							
Evet	20.71±4.08	14.82±4.77	19.82±3.54	26.48±4.03	25.05±3.75	18.42±4.18	124.35±17.80
Hayır	19.18±3.82	14.60±3.85	18.87±3.83	23.09±4.41	22.43±3.98	15.92±3.05	113.85±17.21
İstatistik	t=1.93; p=0.05	t=0.25; p=0.79	t=1.25; p=0.21	t=3.89; p<0.001	t=3.32; p=0.001	t=3.59; p<0.001	t=2.91; p=0.004
Egzersiz yapma durumu							
Evet	20.52±4.39	18.04±5.08	20.91±3.32	26.30±4.93	24.73±3.79	17.82±4.63	126.81±16.32
Hayır	19.43±3.82	13.87±3.44	18.73±3.75	23.57±4.32	22.84±4.08	16.40±3.27	114.67±17.64
İstatistik	t=1.18; p=0.23	t=4.62; p<0.001	t=2.54; p=0.012	t=2.63; p=0.009	t=2.02; p=0.045	t=1.69; p=0.09	t=2.92; p=0.004
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu							
Evet	21.13±4.09	15.55±3.79	22.78±3.45	25.55±4.41	24.34±4.04	17.67±3.98	123.88±17.49
Hayır	18.70±3.57	14.10±4.26	18.12±3.60	23.20±4.40	22.48±3.96	16.02±3.19	112.72±17.03
İstatistik	t=3.36; p=0.001	t=1.86; p=0.06	t=3.97; p<0.001	t=2.78; p=0.006	t=2.46; p=0.015	t=2.43; p=0.016	t=3.30; p=0.001

Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma, t: student t test, F: One way ANOVA

Kronik hastalığı olmayan hemşirelerin SYBDÖ Stres yönetimi alt boyutu puanlarının kronik hastalığı olan hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p=0.035$). Hemşirelerin sağlık durum algıları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt boyutları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir farklılık olduğu görüldü ve bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Tukey test uygulandı. Sağlık durumunu iyi olarak algılayan hemşirelerin SYBDÖ Manevi gelişim ve Stres yönetimi puanlarının sağlık durumunu kötü olarak algılayan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla $p=0.048$, $p=0.019$). Hemşirelerin sigara kullanma durumuna göre SYBDÖ ve alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Düzenli beslenen hemşirelerin SYBDÖ Beslenme, Manevi gelişim, Kişilerarası ilişkiler, Stres yönetimi alt boyutları ve ölçek toplam puanlarının düzenli beslenmeyen hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.001$, $p<0.001$, $p=0.004$) Egzersiz yapan hemşirelerin SYBDÖ Fiziksel aktivite, Beslenme, Manevi gelişim, Kişilerarası ilişkiler alt boyutları ve ölçek toplam puanlarının egzersiz yapmayan hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.012$, $p=0.009$, $p=0.045$, $p=0.004$). Düzenli sağlık kontrolü yaptıran hemşirelerin SYBDÖ Sağlık sorumluluğu, Beslenme, Manevi gelişim, Kişilerarası ilişkiler, Stres yönetimi alt boyutları ve ölçek toplam puanlarının düzenli sağlık kontrolü yaptırmayan hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu (sırasıyla $p=0.001$, $p<0.001$, $p=0.006$, $p=0.015$, $p=0.016$, $p=0.001$) (Tablo 6).

Tablo 7. Hemşirelerinin tanımlayıcı özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası ilişkiler	Stres yönetimi	SYBDÖ
	ort±SS	ort±SS	ort±SS	ort±SS	ort±SS	ort±SS	ort±SS
Çalıştığı birim							
Yoğun bakım ünitesi ^a	19.88±3.30	15.00±3.22	18.68±3.05	24.13±4.61	23.45±3.52	17.11±3.24	118.57±15.30
Ameliyathane ^b	20.82±4.68	15.50±4.73	20.52±4.18	24.82±5.15	23.29±4.26	18.47±4.59	121.18±20.83
Acil servis ^c	19.35±4.70	14.33±4.65	18.47±4.65	23.57±5.66	22.80±5.48	16.71±4.13	115.40±24.49
Cerrahi klinikler ^d	18.94±3.86	14.08±4.57	19.50±3.72	24.05±3.52	23.11±3.85	15.26±2.64	114.45±15.07
İstatistik	F=0.96; p=0.41	F=0.58; p=0.62	F=1.32; p=0.26	F=0.23; p=0.87	F=0.12; p=0.94	F=3.56; p=0.016 b>d	F=0.65; p=0.58
Çalışılan klinikten memnun olma durumu							
Evet	20.22±3.90	14.84±4.27	19.93±3.71	25.14±4.41	23.76±3.89	17.17±3.65	120.32±17.30
Hayır	18.00±3.64	14.13±3.68	16.90±2.94	21.10±4.42	21.60±4.26	15.21±3.09	107.40±16.77
İstatistik	t=2.72; p=0.007	t=0.80; p=0.42	t=4.05; p<0.001	t=4.53; p<0.001	t=2.56; p=0.012	t=2.55; p=0.012	t=3.39; p=0.001
Çalışma şekli							
Tam gün	19.87±4.87	14.58±4.86	19.85±4.46	25.82±4.52	24.60±4.47	16.91±4.44	120.31±20.03
Vardiya usulü (Gündüz ve nöbet)	19.55±3.54	14.70±3.81	18.86±3.41	23.37±4.39	22.62±3.78	16.59±3.20	115.80±17.03

Tablo 7. (Devamı)

İstatistik	t=0.39; p=0.69	t=-0.13; p=0.89	t=1.30; p=0.19	t=2.73; p=0.007	t=2.44; p=0.016	t=0.43; p=0.66	t=1.19; p=0.23
Delici kesici alet yaralanması yaşama durumu							
Evet	19.67±4.44	14.39±3.50	18.58±3.80	24.14±4.44	23.90±3.79	16.07±3.14	116.57±17.33
Hayır	19.63±3.66	14.82±4.45	19.49±3.72	24.09±4.65	22.81±4.21	17.05±3.83	117.44±18.47
İstatistik	t=0.05; p=0.95	t=-0.53; p=0.59	t=-1.27; p=0.20	t=0.05; p=0.95	t=1.40; p=0.16	t=-1.40; p=0.16	t=-0.24; p=0.80
Mesleğini bırakmayı isteme durumu							
Evet	18.58±3.77	15.04±4.59	18.54±3.95	22.78±4.37	22.27±3.94	15.65±3.22	113.17±17.52
Hayır	20.87±3.82	14.24±3.52	19.83±3.44	25.55±4.34	24.25±4.01	17.85±3.69	121.62±17.62
İstatistik	t=-3.24; p=0.002	t=1.04; p=0.29	t=-1.88; p=0.06	t=-3.42; p=0.001	t=-2.69; p=0.008	t=-3.39; p=0.001	t=-2.50; p=0.014

Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma, t: student t test, F: One way ANOVA

Hemşirelerin çalıştıkları birime göre SYBDÖ Stres yönetimi alt boyutu puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu, bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analiz (Tukey test) sonucuna göre ameliyathanede çalışan hemşirelerin SYBDÖ Stres yönetimi puanlarının cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p=0.016$). Çalıştıkları klinikten memnun olan hemşirelerin SYBDÖ Sağlık sorumluluğu, Beslenme, Manevi gelişim, Kişilerarası ilişkiler, Stres yönetimi alt boyutları ve ölçek toplam puanlarının çalıştıkları klinikten memnun olmayan hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu (sırasıyla $p=0.007$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.012$, $p=0.012$, $p=0.001$). Tam gün çalışan hemşirelerin SYBDÖ Manevi gelişim ve Kişilerarası ilişkiler alt boyut puanlarının vardiya usulü çalışan hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu (sırasıyla $p=0.007$, $p=0.016$). Hemşirelerin delici kesici alet yaralanması yaşama durumu ile SYBDÖ ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Mesleği bırakmak istemeyen hemşirelerin SYBDÖ Sağlık sorumluluğu, Manevi gelişim, Kişilerarası ilişkiler, Stres yönetimi alt boyutları ve ölçek toplam puanlarının çalıştıkları mesleğini bırakmak isteyen hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu (sırasıyla $p=0.002$, $p=0.001$, $p=0.008$, $p=0.001$, $p=0.014$) (Tablo 7). Hemşirelerin bazı özellikleri ile SYBDÖ ve alt boyutları arasındaki ilişki Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Hemşirelerin bazı özellikleri ile SYBDÖ ve alt boyutları arasındaki ilişki (n=118)

	1	2	3	4	5	6	7	8		
(1)Yaş	1									
(2)Çalışma yılı	r=0.955 p<0.001	1								
(3) Haftalık çalışma saati	r=-0.224 p=0.015	r=-0.233 p=0.011	1							
(4)Sağlık sorumluluğu	r=0.051 p=0.589	r=0.011 p=0.911	r=-0.132 p=0.159	1						
(5)Fiziksel aktivite	r=0.071 p=0.451	r=0.015 p=0.870	r=0.041 p=0.666	r=0.389 p<0.001	1					
(6)Beslenme	r=0.238 p=0.009	r=0.204 p=0.027	r=-0.143 p=0.122	r=0.547 p<0.001	r=0.483 p<0.001	1				
(7) Manevi gelişim	r=0.173 p=0.062	r=0.155 p=0.095	r=-0.249 p=0.007	r=0.639 p<0.001	r=0.245 p=0.009	r=0.522 p<0.001	1			
(8) Kişiler arası ilişkiler	r=0.115 p=0.214	r=0.105 p=0.256	r=-0.187 p=0.042	r=0.622 p<0.001	r=0.165 p=0.077	r=0.405 p<0.001	r=0.727 p<0.001	1		
(9) Stres yönetimi	r=-0.012 p=0.898	r=-0.026 p=0.787	r=-0.128 p=0.174	r=0.706 p<0.001	r=0.359 p<0.001	r=0.461 p<0.001	r=0.649 p<0.001	r=0.574 p<0.001	1	
(10) SYBDÖ	r=0.079 p=0.412	r=0.042 p=0.663	r=-0.175 p=0.069	r=0.835 p<0.001	r=0.577 p<0.001	r=0.734 p<0.001	r=0.823 p<0.001	r=0.767 p<0.001	r=0.801 p<0.001	1

r: korelasyon katsayısı (Pearson korelasyon analizi)

Araştırma bulgularına göre hemşirelerin yaşı ile çalışma yılı ($p<0.001$) arasında pozitif yönde yüksek düzeyde, haftalık çalışma saati ile arasında ise negatif yönde zayıf düzeyde ($p=0.015$) anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Hemşirelerin yaşı ile SYBDÖ Beslenme alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p=0.009$).

Hemşirelerin haftalık çalışma saati ile SYBDÖ Manevi gelişim ($p=0.007$) ve Kişiler arası ilişkiler ($p=0.042$) arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu (Tablo 8).

Bu çalışmada H1, H3, H4 ve H5 hipotezleri kabul edilir iken H0, H2, H6, H7 ve H8 hipotezleri red edilmiştir.



5. TARTIŞMA

Gümüşhane Devlet Hastanesi cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hepsine ulaşılmış ve cevaplılık oranı %100.0 olmuştur. Araştırma bulgusuna benzer olarak Uncu'nun (2017) çalışmasında cevaplılık oranı %92.1, Akgül'ün (2008) çalışmasında cevaplılık oranı %88.5, Demir'in (2016) çalışmasında cevaplılık oranı %87.7, Bostan'ın (2013) yaptığı çalışmada cevaplılık oranı %82.5, Kılıç'ın (2012) çalışmasında cevaplılık oranı %81.5 olmuştur (Uncu, 2017; Akgül, 2008; Demir, 2016; Bostan, 2013; Kılıç, 2012). Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin ankete katılım oranının yüksek olması çalışmanın geçerliliği ve güvenilirliğini belirlemesi açısından önemli görülmüştür.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin %78.0'ı kadındır. (Tablo 1). Araştırma bulgusuna benzer olarak Bostan'ın (2013) çalışmasında katılımcıların %77.7'sini, Kılıç'ın (2012) çalışmasında %85.8'ini, Demir'in (2016) çalışmasında %86.1'ini kadınlar oluşturmuştur (Bostan, 2013; Kılıç, 2012; Demir, 2016). Bu durum erkek hemşirelerin mesleğe 2007 yılından itibaren dahil olmalarından ve araştırmanın yapıldığı cerrahi birimlerde daha çok kadın hemşirelerin çalışmayı tercih etmelerinden kaynaklanabilir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş ortalaması 28.97 ± 6.00 (min.21-max.57) yıldır. (Tablo 1). Bu kapsamda çalışan hemşirelerin aktif olarak çalışma yaş gruplarıyla denklik sağladığı düşünülebilir.

Cerrahi birim hemşirelerinin %52.5'i evli olduğunu ifade etmiştir. (Tablo 1). Araştırma bulgusuna benzer olarak Güner ve Demir'in (2006) çalışmasında ameliyathane hemşirelerinin %56.2'si, Çelik ve diğerlerinin (2012) çalışmasında cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin %57.5'i evli olarak saptanmıştır (Güner ve Demir, 2006; Çelik vd., 2012). Bu durumun araştırmamıza katılan hemşirelerin yaş ortalamasının 28.97 ± 6.00 yıl olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %64.4'ünün çocuğunun olmadığı, çocuğu olanların %21.2'sinin tek çocuğu olduğu belirlendi. (Tablo 1). Araştırma bulgusunun aksine Demirtaş'ın (2018) çalışmasında katılımcıların %7.8'inin, Bostan'ın (2013) çalışmasında %39.9'unun çocuğu olmadığı saptanmıştır (Demirtaş, 2018; Bostan, 2013).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %78.8'inin lisans mezunu olduğu belirlendi. (Tablo 1). Araştırma bulgusuna benzer olarak Kılıç'ın (2012) çalışmasında bu oranın %56.6 olduğu saptanmıştır (Kılıç, 2012). Bu sonuçlar oransal olarak yakın

olmakla beraber Türkiye’deki mezun hemşire profili ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %50.0’nın sağlık durumunu iyi olarak algıladığı saptandı. (Tablo 2). Araştırma bulgusunun aksine Güner ve Demir’in (2006) çalışmasında hemşirelerin %91.6’sının, Demirtaş’ın (2018) çalışmasında %13.7’sinin sağlık durumlarını iyi olarak algıladığı belirlenmiştir (Güner ve Demir, 2006; Demirtaş, 2018). Sağlık durumlarını iyi olarak ifade eden hemşirelerinin oran artışı ile hemşirelerin işindeki verim düzeylerinin paralel olarak artış gösterebileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %78.0’nın kronik hastalığı olmadığı belirlenmiştir. (Tablo 2). Benzer olarak Demirtaş’ın (2018) çalışmasında katılımcıların %80.0’ını, Demir’in (2016) çalışmasında ise %84.2’sini kronik hastalığı olmayan hemşireler oluşturmuştur (Demirtaş, 2018; Demir, 2016). Araştırmamıza katılım sağlayan hemşirelerde kronik hastalık görülme sıklığının oransal olarak düşük olmasının yaş ortalamasının genç olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin %72’sinin sigara kullanmadığı saptanmıştır. (Tablo 2). Araştırma bulgumuzla uyumlu olarak Öksüz’ün (2021) çalışmasında bu oran %79.5, Güner ve Demir’in (2006) çalışmasında ise bu oran %62.5 olarak belirlenmiştir (Öksüz, 2021; Güner ve Demir, 2006). Bu durum hemşirelerin mesleki yıl oranlarının düşük olması ile ilişkilendirilebilir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %70.3’ü düzenli beslenmediğini bildirmiştir. (Tablo 2). Araştırma bulgumuzla paralel olarak Uncu’nun (2017) çalışmasında bu oran %57.0, Kılıç’ın (2012) çalışmasında ise %62.3 olarak belirlenmiştir (Uncu, 2017; Kılıç,2012). Cerrahi birim hemşirelerinin ortamı ve vaka sayısı yoğunluğu dikkate alındığında düzenli beslenmemenin bireyin yaşam konforunun azalmasında etkin olduğu söylenebilir.

Cerrahi birim hemşirelerinin %80.5’inin düzenli egzersiz yapmadığı saptanmıştır. (Tablo 2). Benzer olarak Uncu (2017) çalışmasında hemşirelerinin %51.2’sinin düzenli egzersiz yapmadığını belirtmiştir (Uncu, 2017). Bu durumun cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin sağlıklarını uzun vadede riske ettiği düşünülebilir.

Cerrahi birim hemşirelerinin %61.0’nın düzenli sağlık kontrolü yaptırmadığı saptanmıştır. (Tablo 1). Araştırma bulgumuza benzer olarak Demirtaş’ın (2018) çalışmasında bu oran %66.2 olarak belirlenmiştir (Demirtaş, 2018). Düzenli sağlık kontrolünü yaptıran hemşirelerin, düzenli sağlık kontrolünü yaptırmayan hemşirelere kıyasla yaşam kalitelerinin daha yüksek olacağı düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %37.3’ünün yoğun bakım ünitesinde,

%14.4'ünün ameliyathanede, %17.8'inin acil serviste, %30.5'inin ise cerrahi kliniklerde çalıştığı saptanmıştır. (Tablo 3). Hemşirelerin toplam çalışma sürelerinin 6.51 ± 6.60 (min.1-max.35) yıl, şuan çalıştıkları birimdeki çalışma sürelerinin 3.52 ± 4.69 (min.1-max.34) yıl olduğu, haftalık çalışma sürelerinin 52.29 ± 14.37 saat olduğu ve bir ayda ortalama 9.39 ± 1.69 (min.5-max.14) nöbet tuttukları belirlenmiştir.

Cerrahi birim hemşirelerinin %74.6'sının çalıştıkları birimden memnun oldukları saptanmıştır. (Tablo 3). Araştırma bulgumuza benzer olarak Çalhan'ın (2022) çalışmasında hemşirelerin %20.0'ı, Öcal vd.'nin (2015) çalışmasında ise hemşirelerin %9.0'ının çalıştığı birimden memnun olmadıkları saptanmıştır (Çalhan, 2022; Öcal vd., 2015). Stresörlerin fazla olduğu cerrahi birimlerde çalışma ortamından duyulan memnuniyetin önemli olduğu söylenebilir.

Cerrahi birim hemşirelerinin %70.3'ünün vardiya usulü (gündüz ve nöbet) ile çalıştıkları belirlenmiştir. (Tablo 3). Çalışmamızla benzer şekilde Demir'in (2016) çalışmasında bu oran %64.6, Öksüz'ün (2021) çalışmasında ise %57.5 olarak saptanmıştır (Demir, 2016; Öksüz, 2021). Vardiya çalışması sisteminin cerrahi birim hemşirelerinde iş verim düzeylerindeki azalmaya sebep olabileceği düşünülebilir.

Katılımcıların %52.5'inin mesleğini bırakmayı düşündüğü saptanmıştır. (Tablo 3). Benzer şekilde Güçlü'nün (2014) çalışmasında ise hemşirelerin %64.3'ünün işten ayrılma niyetinde oldukları belirlenmiştir (Güçlü, 2014). Hemşirelerin mesleği bırakma oranlarının yüksek olmasının, mesleki memnuniyetsizlik ile ilişkilendirilebileceği söylenebilir.

Çalışmamıza katılan cerrahi birim hemşirelerinin %63.6'sının kesici-delici alet yaralanması yaşamadığı saptanmıştır. (Tablo 3). Çalışma bulgumuza benzer olarak Canbolat'ın (2011) çalışmasında bu oran %70.0'dır. Çalışma bulgularımızın aksine Okutan ve Sarıtaş'ın (2016) çalışmasında hemşirelerin %23.5'inin, Demirtaş'ın (2018) çalışmasında ise %41.2'sinin kesici-delici alet yaralanması yaşamadığı belirlenmiştir (Canbolat, 2011; Okutan ve Sarıtaş, 2016; Demirtaş, 2018). Bu durum araştırma kapsamındaki cerrahi birimlerde alınan önlemlerin fazla olduğunu düşündürülebilir.

Cerrahi Birimlerde çalışan hemşirelerin SYBDÖ puan ortalamalarına bakıldığında; sağlık sorumluluğu puan ortalaması 19.64 ± 3.95 , fiziksel aktivite puan ortalaması 14.66 ± 4.13 , beslenme puan ortalaması 19.16 ± 3.76 , manevi gelişim puan ortalaması 24.11 ± 4.55 , kişilerarası ilişkiler puan ortalaması 23.21 ± 4.08 , stres yönetimi puan ortalaması 16.69 ± 3.61 , ve tüm SYBDÖ ortalaması 117.12 ± 17.99 olarak bulunmuştur. (Tablo 4). Araştırma bulgumuza benzer olarak Uncu'nun (2017) çalışmasında SYBDÖ puan ortalamalarına bakıldığında; sağlık sorumluluğu puan

ortalaması 19.41 ± 3.94 , fiziksel aktivite puan ortalaması 15.35 ± 4.90 , beslenme puan ortalaması 20.04 ± 3.75 , manevi gelişim puan ortalaması 24.29 ± 3.83 , kişilerarası ilişkiler puan ortalaması 23.96 ± 3.68 , stres yönetimi puan ortalaması 16.89 ± 3.34 , SYBDÖ toplam puan ortalaması 119.96 ± 17.21 olarak saptanmıştır (Uncu, 2017). Cerrahi birim hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerinin sosyodemografik özellikleri SYBDÖ ve alt gruplarının puan ortalamalarını etkilemektedir. Medeni durumlarına göre; beslenme alt boyutu, gelir durumlarına göre; manevi gelişim, stres yönetimi SYBDÖ toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 5). Çalışmamızın aksine Demirtaş'ın (2018) çalışmasında; ameliyathane hemşirelerinin sosyodemografik özellikleri SYBDÖ ve alt gruplarının puan ortalamalarını etkilememektedir. Çalışmamızla benzer olarak Bostan'ın (2013) çalışmasında yaş gruplarına, medeni durumlarına, çocuk sahibi olmalarına göre, Demir'in (2016) çalışmasında ise öğrenim ve ekonomik durumlarına göre SYBDÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Demirtaş, 2018; Bostan, 2013; Demir, 2016). Cerrahi birim hemşirelerinin sosyodemografik özellikleri SYBDÖ puan ortalamalarını etkileyebilir.

Düzenli beslenen cerrahi birim hemşirelerinin SYBDÖ puan ortalamaları; 124.35 ± 17.80 olarak daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 6). Araştırma bulgumuza benzer olarak Uncu'nun (2017) çalışmasında düzenli beslenen cerrahi birim hemşirelerinin SYBDÖ puan ortalamaları; 126.01 ± 18.02 olarak daha yüksek bulunmuştur (Uncu, 2017). Düzenli beslenmenin cerrahi birim hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Egzersiz yapan cerrahi birim hemşirelerinin SYBDÖ puan ortalamaları; 126.81 ± 16.32 olarak daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 6). Araştırma bulgumuzla paralel olarak Kılıç'ın (2012) çalışmasında egzersiz yapan ameliyathane hemşirelerinin SYBDÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Kılıç, 2012). Egzersiz yapmak olumlu bir sağlıklı yaşam biçimi davranışı olarak kabul edilebilir.

Düzenli sağlık kontrolü yaptıran cerrahi birim hemşirelerinin SYBDÖ puan ortalamaları; 123.88 ± 17.49 olarak daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 6). Araştırma bulgumuzla uyumlu olarak Kılıç'ın (2012) çalışmasında düzenli sağlık kontrolü yaptıran cerrahi birim hemşirelerinin SYBDÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Kılıç, 2012). Düzenli sağlık kontrolü yaptıran cerrahi birim hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine olumlu etkileri olduğu düşünülebilir.

Çalıştıkları klinikten memnun olan cerrahi birim hemşirelerin SYBDÖ puan

ortalamaları; 120.32 ± 17.30 olarak daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 7). Araştırma bulgumuza benzer olarak Demirtaş'ın (2018) çalışmasında çalıştıkları klinikten memnun olan ameliyathane hemşirelerin SYBDÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Demirtaş, 2018). Her meslekte olduğu gibi hemşirelik mesleğinde de çalışma ortamı memnuniyetinin olumlu bir sağlıklı yaşam biçimi davranışı olduğu söylenebilir.

Mesleği bırakmak istemeyen cerrahi birim hemşirelerinin SYBDÖ puan ortalamaları; 121.62 ± 17.62 olarak daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 7). Araştırma bulgumuzla paralel olarak Demir'in (2016) çalışmasında mesleği bırakmak istemeyen hemşirelerinin SYBDÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Demir, 2016). Mesleğin bırakmak istenmemesinin hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine olumlu etkileri olduğu düşünülebilir.

Hemşirelerin haftalık çalışma saati ile SYBDÖ Manevi gelişim ($p=0.007$) ve Kişiler arası ilişkiler ($p=0.042$) arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu (Tablo 8). Çalışmamızla benzer şekilde Uncu'nun (2017) çalışmasında haftalık çalışma saati ile SYBDÖ fiziksel aktivite ($p<0.05$) arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Uncu, 2017). Haftalık çalışma saatinin artmasının yorgunluğu arttırması nedeniyle cerrahi birim hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştiremediği söylenebilir.

Hemşirelerin yaşı ile SYBDÖ Beslenme alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. ($p=0.009$). Çalışmamızla benzer şekilde Kılıç'ın (2012) çalışmasında ameliyathane hemşirelerin yaşı ile SYBDÖ Beslenme ($p<0.05$) alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Kılıç, 2012). Yaş ile beraber tecrübelerin de artmasıyla hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına daha fazla dikkat ettikleri düşünülebilir.

6. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışı ölçeğinin her bir alt boyutu değerlendirildiğinde; Sağlık sorumluluğu, Fiziksel aktivite, Beslenme, Manevi gelişim, Kişilerarası ilişkiler ve Stres yönetimi alt boyutlarının da orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Evli, gelir durumunu yüksek algılayan, egzersiz yapan, düzenli beslenen, düzenli sağlık kontrolü yaptıran hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Düzenli sağlık kontrolü yaptıran, çalıştıkları klinikten memnun olan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının Sağlık sorumluluğu, Beslenme, Manevi gelişim, Kişilerarası ilişkiler ve Stres yönetimi alt boyutları daha yüksek bulunmuştur.

Mesleği bırakmak istemeyen hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının Sağlık sorumluluğu, Manevi gelişim, Kişilerarası ilişkiler, Stres yönetimi alt boyutları daha yüksek bulunmuştur.

Egzersiz yapan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının Fiziksel aktivite, Beslenme, Manevi gelişim, Kişilerarası ilişkiler alt boyutları daha yüksek bulunmuştur.

Sağlık durumunu iyi olarak algılayan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının Manevi gelişim ve Stres yönetimi alt boyutları daha yüksek saptanmıştır.

Düzenli beslenen hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının Beslenme, Manevi gelişim, Kişilerarası ilişkiler, Stres yönetimi alt boyutları daha yüksek bulunmuştur.

Tam gün çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının Manevi gelişim ve Kişilerarası ilişkiler alt boyutları daha yüksek saptanmıştır.

Gelir durumunu iyi olarak algılayan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının Manevi gelişim alt boyutu daha yüksek bulunmuştur.

Gelir durumunu yüksek olarak algılayan, Kronik hastalığı olmayan, ameliyathanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının Stres yönetimi alt boyutu daha yüksek bulunmuştur.

Cinsiyet, çocuk varlığı, aile tipi, eğitim durumu yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdiği yer, sigara kullanma, delici kesici alet yaralanması cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını etkilememektedir.

Hemşirelerin yaşı arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışları artmaktadır. Hemşirelerin çalışma saati arttıkça Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Manevi Gelişim ve Kişiler arası İlişkiler alt boyutları azalmaktadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

1. Bekar, gelir durumunu düşük, düzenli egzersiz yapmayan ve düzenli beslenmeyen hemşireler başta olmak üzere sağlık durumlarını iyi hissedebilmeleri için düzenli sağlık kontrolü yaptırmaları ve kendilerini olumsuz etkileyen durumlardan uzak durmaları desteklenmeli,
2. Genç hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırmaya yönelik planlamalar yapılmalı,
3. Özellikle çalışma saati fazla olan hemşireler manevi gelişim ve kişiler arası ilişkilerini artırmaya yönelik hizmet içi eğitimler ve sosyal etkinlikler düzenlenmeli,
4. Cerrahi birim hemşirelerinin kendi sağlıkları üzerindeki sorumluluklarını artırmaya yönelik; yeterli ve dengeli beslenebilmesi, egzersiz yapabilmesi, dinlenebilmesi, düzenli sağlık kontrolü yaptırabilmesi sağlanmalı,
5. Dinlenmeden aralıksız çalışan cerrahi birim hemşirelerine yönelik, girdikleri ameliyathane arasındaki zamanlarda hastane yönetimi tarafından dinlenme ortamları sağlanmalı,
6. Çalışma yılı fazla olan tecrübeli hemşirelerin doğru sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanabilmeleri için seminer, konferans vb. etkinlikler düzenlenmeli,
7. Çalışma koşulları ile başa çıkmada önemli olan egzersiz, beslenme ve stres yönetimi gibi konularda duyarlılığı arttırmak üzere eğitim programları düzenlenmeli,
8. Hastane yönetiminin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin konularda destekleyici olmalı,
9. Ameliyathane hemşirelerinin çalışma koşulları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkilerine yönelik çalışmalar yapılmalı ve müdahaleler planlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Açıkgöz Çepni, S. (2010). *Üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlık kontrol odağı ve sağlık öz yeterliği ilişkisi*. Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Akgül, N. (2008). *Sivas il merkezi birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik-yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- Aksoy, G., Kanan, N. ve Akyolcu, N. (2012). *Cerrahi hemşireliği I*. (1. Baskı), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Aksoy, T. (2010). *Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları*. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Aktürk, Z. 20 Şubat 2024 tarihinde <http://www.aile.net/sunum/makaleler/HalkEgitimi.doc> adresinden erişildi.
- Aslan, F. (2009). Cerrahi hemşireliğin tarihçesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 104-113.
- Ay, F. A. (2008). *Temel hemşirelik kavramlar, ilkeler ve uygulamalar*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, 39-46.
- Ay, F. A. (2011). *Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler*. (3. Baskı), İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Aydın, A. ve Hiçdurmaz, D. (2016). Kişilerarası duyarlılık ve hemşirelik. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, 7(1), 45-49.
- Bahar, Z. ve Açıl, D. (2014). Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7 (1), 59-67.
- Balıkçı, İ. (2017). *Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite ve kalp atım hızı değişkenliği ile sağlıklı yaşam davranışı ve yaşam kalitesinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Celal Bayar Ünverstesi, Manisa.
- Baysal, A., Aksoy, M., Besler, H., Bozkurt, N., Keçecioğlu, S., Mercanlıgil, S., . . . Yıldız, E. (2008). *Diyet el kitabı*. (5. Baskı), Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.
- Birol, L. (1997). *Hemşirelik süreci*. (3. Baskı), İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti.
- Bolsoy, N. ve Sevil, Ü. (2006). Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3), 78-87.

- Bonsall, K. ve Cheater, F. M. (2008). What is the impact of advanced primary care nursing roles on patients, nurses and their colleagues? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45(7), 1090-1102.
- Bostan, N. (2013). *Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimini etkileyen faktörler*. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Bozhüyük, A. (2010). *Çukurova üniversitesi sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi*. Tıpta uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Çantaş, A. A. (2023). *Cerrahi hemşirelerin meslektaş dayanışmasının iş yaşam kalitesi üzerine etkisi*. Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Çepni, S. (2010). *Üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlık kontrol odağı ve sağlık öz yeterliği ilişkisi*. Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Çetinkaya, B., Altundağ, S. ve Azak, A. (2007). Spiritüel bakım ve hemşirelik. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 8(1), 47-50.
- Dalak, H. (2010). *Esansiyel hipertansiyonu olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sosyal destek arasındaki ilişki*. Yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
- Demir, S. (2016). *Gaziosmanpaşa üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin çalışan güvenliği konusundaki farkındalıkları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları*. Yüksek lisans tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat.
- Demirtaş, S. A. (2018). *Ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Avrasya Üniversitesi, Trabzon.
- Doğan, Ş. (1995). *Bilinçsizlik ve diğer nedenlerle yatağa bağımlı hastalarda hemşirelik girişimlerinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, GATA, Ankara.
- Güçlü, N. (2001). Stres yönetimi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1), 91-109.
- Güner, İ. ve Demir, F. (2006). Ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (SYBD) belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 17-25.
- İnanç vd., (1999). *Hemşirelik esasları*. (4. Baskı), Ankara: Damla Matbaacılık Ltd. Şti.
- Johnson, R. L. (2005). Gender differences in health-promoting lifestyles of African Americans. *Public health nursing*, 22(2), 130-137.

- Kaba, İ. (2019). Stres, ruh sağlığı ve stres yönetimi: güncel bir gözden geçirme. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, 73, 63-81.
- Karadeniz, G., Uçum, E. Y., Dedeli, Ö. ve Karaağaç, Ö. (2008). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7(6), 497-502.
- Karakoç, A. (2006). *Sınıf öğretmenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- Kılıç, E. (2012). *Ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- MEB. (2012). T.C. Milli Eğitim Bakanlığı-Ankara. Hemşirelik Meslek Esasları Tekniğine Giriş: 20 Şubat 2024 tarihinde http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Meslek%20Esasları%20Tekniğine%20Giriş.pdf adresinden erişildi.
- Özel, Y. ve Karabulut, A. (2018). Günlük yaşam ve stres yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 48-56.
- Özpulat, F. (2010). Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde hemşirenin çağdaş bir rolü: eğitici kimliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı, 293-297.
- Öztan, N. (1995). Kişilerarası ilişkiler tarzı ölçeği geçerlik ve güvenirliği: Bir ön çalışma. *VIII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları*.
- Porta, M. (2008). *Dictionary of epidemiology*. (5.Basım), Oxford: Oxford University Press.
- Saldamlı, A. ve Andsoy, I. (2021). Cerrahi birim hemşirelerinin cerrahi hemşireliğine yönelik metaforları. *Jaren*, 7(2), 86-93.
- Sema, C., Erşan, A. ve Gülfem, E. (2014). Güncel bakış açısı ile fiziksel aktivite. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 12(1), 1-10.
- THD. (1954, 02 03). Hemşirelik Kanunu. 22 Şubat 2024 tarihinde <https://www.thder.org.tr/uploads/hukuk/yasa/hemsirelik-kanunu.pdf> adresinden erişildi.
- Tokat, M. ve Okumuş, H. (2008). Başarılı emzirme için kuram ve modele dayalı hemşirelik uygulamaları nasıl geliştirilir. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing/Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 10(3), 51-58

- Tuğut, N. ve Bekar, M. (2008). Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(3), 17.
- Uncu, B. (2017). *Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Ünal, S. (2021). *Yaşlıların yaşam kalitesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve başarılı yaşlanma düzeylerinin incelenmesi üzerine bir araştırma: Konya ili örneği*. Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 90-102.
- Walker, S. N. ve Hill-Polerecky, D. M. (1996). *Psychometric evaluation of HPLP II*. Unpublished Manuscript. University of Nebraska Medical Center.
- World Health Organization: 13 Şubat 2024 tarihinde <http://www.who.int/about/mission/en/> adresinden erişildi.
- Yardım, N., Gögen, S. ve Mollahaliloğlu, S. (2009). Sağlığın geliştirilmesi (Health promotion): dünyada ve Türkiye'de mevcut durum. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 72(1), 29-35.
- Yıldız, İ. (2010). *Lise öğrencilerinde problemlerli internet kullanımı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki*. Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- Zaybak, A. ve Fadiloğlu, Ç. (2004). Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(1), 77-95.

EKLER

Ek 1. Anket

Değerli Meslektaşım,

Bu anket formu “Gümüşhane Devlet Hastanesi Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Sağlık Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi” amacıyla hazırlanmıştır. Ankete vereceğiniz içten ve doğru yanıtlarınız çalışma sonucunun güvenilirliği açısından son derece önemlidir. Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacak, yalnızca araştırma için kullanılacak, kişisel bilgileriniz kimse ile paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katkıda bulunduğunuz ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacı: Melis Nazlıcan TAŞKAN

Araştırmadan Sorumlu Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR

I. TANITICI BİLGİLER

1. Yaşınız:
2. Boyunuz:
3. Kilonuz:
4. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
5. Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar
6. Çocuğunuz Var mı? () Evet. Sayısı: () Hayır
7. Aile Tipiniz: () Çekirdek Aile () Geniş Aile
8. Eğitim Durumunuz: () Lise () Ön Lisans () Lisans () Lisansüstü
9. Aylık Gelir Düzeyiniz: () Gelir < Gider () Gelir = Gider () Gelir > Gider
10. En Uzun Süre Yaşanılan Yer: () İl () İlçe () Köy

II. ÇALIŞMA ORTAMI VE ÇALIŞMA ŞEKLİNE İLİŞKİN BİLGİLER

1. Çalıştığınız Birim:
() Yoğun Bakım Ünitesi () Ameliyathane () Acil Servis () Cerrahi Servisler
2. Toplam Çalışma Yılı:
3. Biriminizdeki Toplam Çalışma Yılı:
4. Çalışma Ortamınızdan Memnun musunuz? () Evet () Hayır
5. Haftada Kaç Saat Çalışıyorsunuz?
6. Günde Kaç Ameliyata Giriyorsunuz? (Ameliyathane birimi için)
7. Dinlenmeden Aralıksız Kaç Saat Çalışıyorsunuz?
8. Çalışma Şekliniz? () Tam Gün () Vardiyalı
9. Vardiyalı Çalışıyorsanız Ayda Kaç Nöbet Tutuyorsunuz?
10. İşinizi Bırakmayı Düşündünüz mü / Düşünüyor musunuz? () Evet () Hayır

III. SAĞLIKLA İLGİLİ DAVRANIŞLAR

1. Şu andaki Sağlık Durumunuz: () Çok İyi () İyi () Orta () Kötü
2. Kronik Bir Hastalığınız Var mı? () Evet () Hayır
3. Şu an Herhangi bir Tedavi Alıyor musunuz? () Evet () Hayır
4. Sigara Kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
5. Alkollü İçecek Kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
6. Öğünlerinizi Zamanında Yiyebiliyor musunuz? () Evet () Hayır
7. Egzersiz Yapıyor musunuz? () Evet () Hayır
8. Düzenli Sağlık Kontrollerinizi yaptırıyor musunuz? () Evet () Hayır
9. Delici-Kesici Alet Yaralanması Yaşadınız mı? () Evet () Hayır
10. Yaralanma durumunuzda Bildirim Yaptınız mı? () Evet () Hayır

Ek 2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

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

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlıklı 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	Her gün 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 hissedirim				
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				

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
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 park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün 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				

ETİK KURULU KARARI



T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU

Sayı : E-95674917-108.99-215263

Konu : Etik Kurul Onay

Sayın Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR

"CERRAHİ BİRİMLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ (GÜMÜŞHANE İLİ ÖRNEĞİ)" konulu etik kurul başvurunuz; Gümüşhane Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 25/10/2023 tarih ve 2023/5 sayılı toplantısında görüşülmüş olup; projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Günay ÇAKIR
Kurul Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Hüsnü M. Özyeğin Anadolu Lisesi'nden 2014'te, Süleyman Demirel Üniversitesi Hemşirelik Bölümü'nden 2019'da mezun olmuştur. 2019 yılında mesleğe başlamış olup 2020 yılından itibaren Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmaktadır.

