

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**HEMŞİRELERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ**

SEFA GÖLBAŞI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2022-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HEMŞİRELERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

SEFA GÖLBAŞI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. FİLİZ KANTEK

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2022-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Anabilim Dalı
.....Programında tezi olarak kabul
edilmiştir. .../...../.....

İmza

Tez Danışmanı :
(Ünvanı, Adı Soyadı)
(Üniversite)

Üye :
(Ünvanı, Adı Soyadı)
(Üniversite)

Üye :
(Ünvanı, Adı Soyadı)
(Üniversite)

Üye :
(Ünvanı, Adı Soyadı)
(Üniversite)

Üye :
(Ünvanı, Adı Soyadı)
(Üniversite)

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun
görölmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/.....
sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrencinin
SEFA GÖLBAŞI
İmza

Tez Danışmanı
Doç. Dr. FİLİZ KANTEK
İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince tüm bilgi ve emeği ile yoluma ışık tutan, eğitimimin yanı sıra yaşantıma da değer katan saygıdeğer danışman hocam sayın Doç. Dr. Filiz KANTEK'e

Eğitimim ve tez çalışmam sürecinde bilgi ve deneyimlerini bizimle cömertçe paylaşan kıymetli hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Nezaket YILDIRIM'a

Yüksek lisans eğitimimde ve tez çalışmamda emeği geçen kıymetli hocam sayın Doç. Dr. Güçlü ŞEKERCİOĞLU'na

Yüksek lisans eğitimim boyunca emeği geçen saygıdeğer tüm Akdeniz Üniversitesi hocalarıma,

Bütün yüksek lisans sürecimde her konuda destek aldığım çok kıymetli eğitim arkadaşlarım Alper Tugay ARSLANTAŞ, Bahar DÜNDAR KAVAKLI ve Ali ÖZKAN'a

Yüksek lisans eğitim sürecinde bütün hoş görü ve desteklerinden dolayı Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Öğrenci İşleri'ne

Mesleki ve eğitim hayatımda ve tez çalışmamın yürütülmesinde emekleri geçen tüm hastane yöneticilerine ve saygıdeğer meslektaşlarıma,

Hem lisans hem de yüksek lisans eğitimimde, kütüphanelerde sabahlanan gecelerde, çıkmaza düştüğümü düşündüğüm her anda, sonsuz sabır ve içten sevgisiyle beni her daim yüreklendiren sevgili eşim Meryem KUTLU GÖLBAŞI ve kıymetli geniş aileme sonsuz sevgilerimle teşekkür ederim.

ÖZET

Amaç: Özel hastanede çalışan hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Araştırma, Antalya’da Yaşam Hastaneleri Grubunun il merkezinde bulunan üç şubesinde çalışan 180 hemşirenin katılımı ile gerçekleşmiştir. Araştırmada veriler katılımcıların sosyodemografik özelliklerini sorgulayan “Kişisel Bilgi Formu” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II (SYBDÖ-II)” ölçeği ile toplanmıştır. Veriler SPSS 20,0 istatistik programı yardımıyla analiz edilmiştir.

Bulgular: Katılımcı hemşirelerin SYBDÖ-II puan ortalaması $127,99 \pm 20,71$ olduğu belirlenmiştir. Manevi Gelişim ile Kişiler Arası İlişkiler alt faktörleri en yüksek puanların alındığı, Fiziksel Aktivite ise en düşük puan alınan alt faktör olmuştur. Yapılan analizler sonucunda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaşa, çocuk sahibi olmaya, eğitim durumuna, çalışılan kuruma, kurumda ve meslekte çalışma süresine, çalışma ortamı memnuniyetine, beslenme ve öğün atlama durumlarına, spor yapmaya, uyku süresine ve algılanan sağlığa göre anlamlı bir biçimde farklılaştığı görülmüştür.

Sonuç: Analizler sonucunda katılımcı hemşirelerin; sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkilerde daha iyi oldukları, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alanlarında yetersiz oldukları görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: hemşirelik, hemşirelerin sağlığı, sağlıklı yaşam biçimi, sağlık davranışı, özel hastane

ABSTRACT

Objective: It was planned to evaluate the Healthy Lifestyle Behaviors of nurses working in private hospitals.

Method: The research was carried out with the participation of 180 nurses working in three branches of the Life Hospitals Group in Antalya. In the study, data were collected with the "Personal Information Form" and the "Healthy Lifestyle Behaviors-II (HLBS II)" scale, which questioned the sociodemographic characteristics of the participants. The data were analyzed with the help of SPSS 20.0 statistical program.

Results: It was determined that the mean HLBS-II score of the participant nurses was 127.99 ± 20.71 . Spiritual Development and Interpersonal Relations sub-factors were the highest scores, while Physical Activity was the lowest score sub-factors. As a result of the analyzes, it was observed that healthy lifestyle behaviors differed significantly according to age, having children, educational status, the institution of employment, working time in the institution and profession, working environment satisfaction, nutrition and skipping meals, doing sports, sleep duration and perceived health.

Conclusion: As a result of the analysis, the participant nurses; It has been observed that healthy lifestyle behaviors are moderate, they are better in spiritual development and interpersonal relations, and they are insufficient in physical activity and stress management.

Key words: nursing, nurses' health, healthy lifestyle, health behavior, private hospital

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	v
SİMGELER ve KISALTMALAR	vi

1. GİRİŞ

2. GENEL BİLGİLER

- 2.1. Sağlık ve Sağlığı Koruma
 - 2.1.1. Sağlık
 - 2.1.2. Sağlığı Koruma
 - 2.1.2.1. Primer (Birincil) Koruma
 - 2.1.2.2. Sekonder (İkincil) Koruma
 - 2.1.2.3. Tersiyer (Üçüncül) Koruma
 - 2.1.3. Sağlık Uygulamalarının Tarihsel Gelişimi
- 2.2. Sağlığı Geliştirme ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
 - 2.2.1. Sağlığı Geliştirmenin Tarihsel Süreci
 - 2.2.2. Sağlığı Geliştirme
 - 2.2.3. Sağlığı Geliştirme Modeli
 - 2.2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
 - 2.2.4.1. Sağlık Sorumluluğu
 - 2.2.4.2. Fiziksel Aktivite
 - 2.2.4.3. Beslenme
 - 2.2.4.4. Manevi Gelişim
 - 2.2.4.5. Kişilerarası İlişkiler
 - 2.2.4.6. Stres Yönetimi
- 2.3. Hemşirelik ve Sağlık
 - 2.3.1. Hemşirelik ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

2.3.2. Hemşirelerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Yönelik Yapılan Çalışmalar

3. GEREÇ ve YÖNTEM

- 3.1. Araştırmanın Tipi
- 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı
- 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi
- 3.4. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri
- 3.5. Araştırma Soruları
- 3.6. Araştırmanın Etiği
- 3.7. Veri Toplama Araçları
 - 3.7.1. Kişisel Bilgi Formu
 - 3.7.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II)
- 3.8. Verilerin Toplanması
- 3.9. Araştırmanın Değişkenleri
- 3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

4. BULGULAR

- 4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular
- 4.2. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine ilişkin Bulgular
- 4.3. Hemşirelerin Sağlık Özelliklerine İlişkin Bulgular
- 4.4. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeyleri
 - 4.4.1. Sosyodemografik Özellikleri ile SYBDÖ-II Düzeyleri Arasındaki İlişkiler
 - 4.4.2. Mesleki Özellikleri ile SYBDÖ-II Düzeyleri Arasındaki İlişkiler
 - 4.4.3. Sağlığa İlişkin Özellikleri ile SYBDÖ-II Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

5. TARTIŞMA

- 5.1. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeyleri
- 5.2. Sosyodemografik Özellikler ile SYBDÖ-II Düzeyleri Arasındaki İlişkiler
- 5.3. Mesleki Özellikleri ile SYBDÖ-II Düzeyleri Arasındaki İlişkiler
- 5.4. Hemşirelerin Sağlığa İlişkin Özellikleri ile SYBDÖ-II Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

KAYNAKLAR

EKLER

EK-1. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAYI

EK-2. ANTALYA YAŞAM HASTANESİ KURUM İZNİ

EK-3. OPERA YAŞAM HASTANESİ KURUM İZNİ

EK-4. AKDENİZ SAĞLIK VAKFI YAŞAM HASTANESİ KURUM İZNİ

EK-5. KATILIMCI GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

EK-6. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

EK-7. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-II

ÖZGEÇMİŞ

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.2.1. Araştırmanın Uygulandığı Hastanelerin Sayısal Verileri

Tablo 3.3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Tablo 4.1.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 4.2.1. Hemşirelerin İş Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 4.3.1. Hemşirelerin Sağlık Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 4.4.1. Hemşirelerin SYBDÖ-II Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 4.4.1.1. Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Tablo 4.4.1.2. Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Tablo 4.4.1.3. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Tablo 4.4.1.4. Hemşirelerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Tablo 4.4.1.5. Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Tablo 4.4.1.6. Hemşirelerin Gelir Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Tablo 4.4.2.1. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Tablo 4.4.2.2. Hemşirelerin Çalıştıkları Bölümlerine Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Tablo 4.4.2.3. Hemşirelerin Çalıştıkları Pozisyonlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Tablo 4.4.2.4. Hemşirelerin Bulundukları Kurumda Çalışma Sürelerine Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Tablo 4.4.2.5. Hemşirelerin Hemşire Olarak Çalışma Sürelerine Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Tablo 4.4.2.6. Hemşirelerin Çalışma Düzenlerine Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Tablo 4.4.2.7. Hemşirelerin Çalışma Ortamı Memnuniyet Düzeylerine Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Tablo 4.4.3.1. Hemşirelerin Beden Kitle İndeksi Düzeylerine Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Tablo 4.4.3.2. Hemşirelerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Tablo 4.4.3.3. Hemşirelerin Alkol Kullanma Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Tablo 4.4.3.4. Hemşirelerin Yeterli ve Dengeli Beslenme Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Tablo 4.4.3.5. Hemşirelerin Öğün Atlama Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Tablo 4.4.3.6. Hemşirelerin Spor Yapma Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Tablo 4.4.3.7. Hemşirelerin Uyku Süresini Yeterli Bulma Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Tablo 4.4.3.8. Hemşirelerin Ailede Kronik Hastalık Olma Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Tablo 4.4.3.9. Hemşirelerin Tanı Koyulmuş Bir Hastalığı Olma Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Tablo 4.4.3.10. Hemşirelerin Algılanan Sağlık Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri



SİMGELER ve KISALTMALAR

BKİ : Beden Kitle İndeksi
DALY : Disability Adjusted Life Years- Engelliliğe (hastalığa-sakatlığa)

Ayarlanmış Yaşam Yılı

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
ICN : International Council of Nurses- Uluslararası Hemşireler Konseyi
SB : Sağlık Bakanlığı
SGM : Sağlığı Geliştirme Modeli
SİM : Sağlık İnanç Modeli
SML : Sağlık Meslek Lisesi
SYBD : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
SYBDÖ : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
SYBDÖ-II : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II
GAS : Genel Adaptasyon Sendromu
T.C. : Türkiye Cumhuriyeti
TDK : Türk Dil Kurumu
THD : Türk Hemşireler Derneği
TÜSAP : Türkiye Sağlık Platformu
YLD : Years of Lost Disability- Engellilikle, Hastalıkla Geçen Yaşam Yılı
YLL : Years of Lost Life- Ölümle Kaybedilen Yaşam Yılı

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'nün tanımına göre (1948), “Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.” DSÖ'nün Sağlık tanımına göre “beden, ruhen ve sosyal yönden iyi olma hali” sağlığın çok yönlü bir kavram olduğunu; biyolojik, sosyolojik ve psikolojik açılardan değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir (Aksoy, 2010; On, 2016; Gençgün, 2018). Yaşam biçimi, kişinin davranışlarını kendi düşünceleri doğrultusunda düzenlemesi olarak tanımlanmaktadır (Kahle ve Close, 2011). Sağlıklı yaşam biçimi ise, kişinin davranışlarını sağlığını olumlu etkileyebilecek şekilde düzenlemesi olarak tanımlanmaktadır. Sağlık ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının insan yaşamının merkezinde önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir (Pender ve ark. 2011; Gençgün, 2018).

Yaşam biçiminden kaynaklanabilen bulaşıcı olmayan hastalıklar ve bu hastalıklara bağlı ölümlerin önlenmesi için bireylerin “sağlıklı yaşam biçimlerini” kazanması ve bu doğrultuda “sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını” korumaları önemlidir (Walker ve ark., 1987). Böyle davranışların edinilmesi; kronik hastalıklardan korunmada, yaşam kalitesinin artırmada ve sağlıklı yaşlanmada çok büyük fayda sağlamaktadır. Bireylerde bu davranışların kazanılmış olması, hastalıkların tanı, tedavi ve bakım maliyetlerinin de kolaylık sağlayacaktır (Walker ve ark., 1987; Pender ve ark. 1992).

DSÖ'nün 2021 yılında yayınladığı Dünya Sağlık İstatistiklerine göre; bulaşıcı hastalıkların tedavisinde yaşanan gelişmelerle birlikte ilk 10 ölüm nedeninden 7'si bulaşıcı olmayan hastalıklardır (<https://www.who.int/data/stories/world-health-statistics-2021-a-visual-summary>, Erişim 20.12.2021). 1990 yılı sonrasında Dünya Bankası'nın bir projesi ile metrik bir ölçüm olan “Engelliliğe (hastalığa-sakatlığa) Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted Life Years-DALY)” geliştirilmiştir. DALY, “erken ölüm sebebiyle kaybedilen yaşam yılı (Years of Lost Life-YLL)” ve “engellilikle, hastalıkla geçen yaşam yılı (Years of Lost Disability-YLD)” verilerinin toplamı olarak ifade edilir (Erbaydar, 2009; Türkiye Sağlık Platformu [TÜSAP], 2020). DSÖ verilerine göre yaşam beklentisi; 2000 yılında 66,8 yıldan 2019'da 73,4 yıla ve sağlıklı yaşam beklentisi; 2000 yılında 58,3

yıldan 2019’da 63,7 yıla yükselmiştir. Yaşam beklentisi 6,6 yıl artmış ama sağlıklı yaşam beklentisi 5,4 yıl artmıştır (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-life-expectancy-and-healthy-life-expectancy>, Erişim: 22.12.2021). Teknolojik ve tıbbi gelişmeler ortalama insan ömrünü uzatmaktadır. Bu gelişmeler yaşam beklentisini artırsa bile sağlıklı yaşam süremizin yeterince artmadığı görülmektedir.

DSÖ ve pek çok sağlık kuruluşu sağlığı koruma ve geliştirme eylemlerinin uygulanma aşamasında hemşireleri önermektedir (Esin, 1997). Hemşireler, mesleki sorumlulukları, sosyal rolleri ile rol modeli olmakta ve sağlık eğitimi verdikleri grupları etkileyebilmedirler. Öyle ki sağlığı geliştirme aktivitelerinde hemşirelere çokça sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler, sağlığı geliştirmek için; sağlığı olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkların, davranışların toplumdaki yaygınlığını tespit ederek, topluma sağlıklı yaşam bilincinin kazandırılmasında ve sağlıksız davranışların, sağlığı geliştirme davranışlarıyla yer değiştirmesine katkı sağlamaktadırlar. Bu eylemleri uygulayabilmeleri için sağlığı geliştirmenin öneminin kavranması ve bireylerin davranışlarını olumlu yönde değiştirmeleri için gerekli motivasyon yöntemlerinin öğrenilmesi gereklidir. Bundan dolayı hemşireler öncelikle kendi yaşam biçimlerini düzenlemelidirler (Walker ve ark 1987; Ayaz ve ark 2005; Yalçınkaya ve ark 2007).

Hemşirelik literatüründe Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışlarının sağlık profesyoneli olarak hemşireler için ve yaşanan topluma katkıları incelendiğinde konunun önemi ortaya çıkmaktadır. Toplumun rol model mesleklerinden olan hemşireliğin bireyin sağlığını geliştirme, sağlığı bozulan bireyler için tedavi ve rehabilite edici sorumlulukları mevcuttur. Bu sorumluluklar göz önüne alınınca hemşirelerin sağlıklı olmaları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyerek topluma da örnek olmaları gerektiği düşünülmektedir. Bu çalışma, hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemek ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık ve Sağlığı Koruma

2.1.1. Sağlık

Sağlık kelimesi, Türk Dil Kurumuna (TDK) göre; “sağlam, esen, diri olma durumu” manalarına gelen “sağ” kelime kökeninden türemekte “vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet” anlamlarını ifade etmektedir (Sargutan, 2005; Türk Dil Kurumu [TDK], 2011; Ekizer, 2020). 1948 yılında kurulan Dünya Sağlık Örgütü anayasasında sağlık tanımını “Sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bütün olarak fiziki, ruhi ve sosyal yönden iyilik halidir.” olarak tanımlamaktadır.

DSÖ’nün sağlık tanımı bize sağlığın “hastalık, sakatlık, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik” olarak farklı durum ve kavramlarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Sağlık, anlamında içerdiği çeşitli kavramlar nedeniyle farklı tanımları yapılabilen geniş bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır (Aksoy, 2010; Gençgün, 2018).

- Biyolojik Sağlık; bedende herhangi patojen bulunmaması ve hücresel olarak optimal düzeyde iyi olma hali,
- Sosyolojik sağlık, kişinin rol ve sorumluluklarını yerine getirebilmesi,
- Psikolojik Sağlık, kişinin yaşadığı zorluklar karşısında başa çıkma yöntemlerini kullanabilmesi,
- Davranışsal Sağlık, kişinin çevresiyle uyum içinde olması ve beklemediği olaylara karşı kendini savunabilmesi,
- Ekolojik Sağlık, kişinin ve çevresiyle ilişkilerinde uyumlu olması olarak tanımlanmaktadır (Velioğlu, 2012; Uncu, 2017; Gençgün, 2018).

Hemşireliğin felsefesi ve kuramsal temeli sağlık üzerine kurulmuştur. Bu yüzden sağlık birçok hemşire kuramcı tarafından da yorumlanmıştır. Florance Nightingale; sağlıklı kişinin çevresini yönetebilen kişi olduğunu, Virginia Henderson, sağlıklı kişinin hayatını idame etmede bağımsız olduğunu, Dorothea Elizabeth Orem; sağlıklı kişinin fiziksel, mental ve sosyal olarak bütünlük halinde olduğunu belirtmiştir (Öz, 2004; Ay ve ark., 2008; Potter ve Perry, 2009; On, 2016).

Sağlık kavramının tanımlarında görüldüğü üzere; sağlık kişinin kendisi ile ilişkili olan durumlar ve çevresiyle ilişkili olan durumların bütünüdür. Bu bütünlük içerisinde sağlık objektif ve sübjektif olarak yorumlanabilir.

- Objektif Sağlık; kişinin biyolojik ve fiziksel yapısı temel alınarak bedeninde hastalık yapıcı organizmaların ve fiziksel engel durumunun olmaması,
- Sübjektif Sağlık; kişinin kendi sağlığını verilerden ve dış değerlendirmelerden bağımsız olarak nasıl algıladığını ifade etmektedir.

Sağlığın sübjektif boyutu ele alındığında kişi biyolojik veya fiziksel bir hastalık durumu olmamasına rağmen kendisini bağımlı ya da hasta olarak düşünebilir. Aynı şekilde kişinin bedeninde fiziksel veya biyolojik bir anomali olmasına rağmen kendisini bağımsız ve sağlıklı olarak düşünebilir (Ay ve ark., 2008; Kılıç, 2012; Gençgün, 2018).

2.1.2. Sağlığı Koruma

Sağlığı koruma, bireyin sağlığını bozabilecek durumlardan kaçınmasını ifade etmektedir. Sağlığın korunması hem bireye yönelik hem de çevre ve topluma yönelik alınan önlemleri ifade eder (Bozhüyük, 2010; Bozhüyük ve ark., 2012; Uncu, 2017). Hasta bireyin tedavi edilmesi, yüksek maliyet, işgücü, enerji ve zaman gerektirmekte bunların yanı sıra manevi kayıplara da yol açmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri ise ekonomik, zaman ve işgücü tasarrufu sağlamasının yanı sıra oluşabilecek psikolojik baskıları da önleyerek bireysel ve toplumsal kazanımlar sunmaktadır (Gürhan ve Üstün, 1994; Akdur ve ark. 2011; Akman, 2014; Ezer, 2018).

Leavell ve Clark, 1953 yılında hastalıklardan koruyucu yaklaşımları ilk defa tanımlamışlardır (Leavell ve Clark, 1953). Gerald Caplan, 1964 yılında sağlığı koruyucu yaklaşımları üç düzeyde sınıflandırmıştır (Caplan, 1964). Caplan'a göre sağlığın korunması; primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere 3 düzeyde gerçekleştirilmektedir (Akgül, 2008; Bostan, 2013; Gençgün, 2018).

2.1.2.1. Primer (Birincil) Koruma

Primer koruma olası hastalık yapıcı durum ve davranışların birey ve toplumdan uzaklaştırılması ile hastalıkların önlenmesini ifade etmektedir. Primer koruma; sağlık eğitimi, yeterli ve dengeli beslenme, bağışıklama, kişisel hijyen ve çevre sanitasyonu gibi

etmenleri içermektedir (Akgül, 2008; Öztürk ve Günay, 2011; Aksoy ve ark., 2012; Uncu, 2017; Zoroğlu, 2018).

2.1.2.2. Sekonder (İkincil) Koruma

Sekonder koruma bireyin hastalığa yatkınlığının belirlenmesi ve olası presemptomatik dönemde hastalığın tanımlanması olarak ifade edilmektedir. Düzenli sağlık kontrolleri ile bireylerin hasta olmadan önce korunmasını, hastalığa yatkınlığı artıran durumların belirlenmesini ve farkında olmadığımız hastalık halimizin erken dönem tanılanmasını sağlar. Sekonder koruma; risk gurubu bireylerin belirlenmesi, düzenli sağlık kontrolleri, bulaşıcı hastalıklardan korunma gibi etmenleri içermektedir (Akgül, 2008; Balliel, 2009; Bostan, 2013; Uncu, 2017; Özbek, 2019).

2.1.2.3. Tersiyer (Üçüncül) Koruma

Tersiyer koruma, rehabilitasyon olarak da değerlendirilmektedir. Rehabilitasyon, Fransızca “réhabilitation” kelimesinden Türkçeye geçmiştir ve yetki ve becerilerin yeniden kazanılması anlamına gelmektedir. Tersiyer koruma hastalık ya da sakatlığın önlenemediği durumlarda bireyin yaşantısının bu sağlıksız durumdan en az etkilenmesi için yapılan rehabilitasyon ve tedavi uygulamalarını içermektedir. Tersiyer koruma; hastalanan ya da sakatlanan bireyin işlevsel düzeyini en üst seviyede tutmak, bağımlılığını azaltmak ve toplumsal uyumunu sağlamak amaçlı uğraşları kapsamaktadır (Akgül, 2008; Aksoy, 2010; Aksoy ve ark., 2012; Uncu, 2017; Gençgün, 2018; Zoroğlu, 2018).

2.1.3. Sağlık Uygulamalarının Tarihsel Gelişimi

Sağlık uygulamaları tarih öncesi dönemlere kadar uzanmaktadır. Bilinen ilk sağlık uygulaması MÖ 7000 yılları Taş Devri döneminde yapılan ağız ve diş sağlığı üzerinedir (<http://news.bbc.co.uk/2/hi/science/nature/4882968.stm> , Erişim: 24.12.2021). Sağlık bilimleri, mutluluğun ve vücut dengesinin sürdürülebilmesi için tarihler boyunca üç temel soruya cevap aramıştır. Bunlar;

- hastalığın nedenini, etkenini bulmak,
- hastalık etkenini ortadan kaldıracak tedaviyi bulmak ve uygulamak,
- hastalık etkenlerini çevremizden uzaklaştırmak ya da yeryüzünden silmek (Lawrence ve ark., 1995; Bynum, 2014).

Eski Yunan döneminde hastalık nedenlerinde; hava, balgam, kan ve safradan bahsedilmiş ve kusma, terletme, kan akıtma uygulamaları tedavi yöntemleri olarak kullanılmıştır (Lloyd, 1978). 13. yüzyıl sonlarına doğru insanlar önce hayvan sonra insan kadavralarına otopsi amaçlı diseksiyon yapmaya başlamışlardır. Bu dönemde bilinen ilk anatomi kitabı yazılmıştır (Bynum, 2014). Mikroskopun icadıyla tıp alanındaki gelişmelerin önü açılmış ve hastalıkları tanılama kolaylaşmıştır. 20. yüzyıl başlarında penisilin ve kuduz aşısının bulunması canlı hastalık etkenlerine karşı sağlık uygulamalarını geliştirmiştir (Bynum, 2014). Günümüzde DNA onarımı ile ilgili yapılan çalışmalar sağlık uygulamalarının moleküler patoloji ile genler üzerinden hastalığı önleme aşamasına yükselmesine öncülük etmiştir (Sancar, 2015).

2.2. Sağlığı Geliştirme ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

2.2.1. Sağlığı Geliştirmenin Tarihsel Süreci

Sağlığı geliştirme, 20. yüzyılın başlarından beri sağlık biliminin önemseydiği bir konudur (Winslow, 1920; Sigerist, 1946). Sağlığı geliştirmenin topluma etkilerinin uluslararası ölçekte önemsenmesi ve düzenlenmiş bir alan olarak karşımıza çıkışı ilk kez Marc Lalonde'nin 1974 yılında yayınladığı raporuyla başlamıştır. Bu rapor sonrasında sağlığın geliştirilmesi yaklaşımı hükümetler, kurumlar ve topluluklar tarafından kabul görmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2011a).

1977 yılında Dünya Sağlık Asamblesi “2000 yılında herkes için sağlık” hedeflerinden bahsetmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011b). 1978 yılında Alma Ata bildirgesi ulaşılabilir temel sağlık hizmetlerinin öneminden ve sağlığın korunması ve geliştirilmesinden bahsetmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011b). Lalonde'nin raporuyla beraber halk sağlığına artan ilgi ve beklentilere yanıt olarak 1986 yılında “Birinci Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı” Kanada'nın Ottawa şehrinde gerçekleştirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011a, 2011b). Birinci Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı'nda; sağlık ve sağlığın geliştirilmesi her yönüyle irdelenmiş ve sağlığın hayatın amacı değil gündelik yaşam için bir kaynak olduğu belirtilmiştir. Sağlık, kişisel ve sosyal durumların yanı sıra fiziksel kapasiteyle de ilişkili bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Konferansta bu çok yönlü kavramın korunması ve geliştirilmesinde yalnızca sağlık sektörünün

sorumlu olamayacağı belirtmiştir. Konferans sonunda katılımcı ülkeler arasında Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi imzalanmıştır (DSÖ, 1986).

DSÖ, “2000 yılında herkes için sağlık” hedefleri doğrultusunda sağlığın geliştirilmesi konferansları, küresel ilkeleri ve eylem alanları oluşturmuş ve geliştirmiştir. 2016 yılında Çin’in Şangay şehrinde gerçekleşen “Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinde Sağlığın Geliştirilmesi: Herkes İçin Sağlık ve Sağlık İçin Herkes” başlıklı 9. Küresel Sağlığı Geliştirme Konferansı; Sürdürülebilir Kalkınma için 2030 Gündeminde sağlığın geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadır (DSÖ 2021).

Türkiye 1949 yılından beri DSÖ ile iş birliği içerisinde sağlık politikalarını geliştirmektedir (Dış İlişkiler Daire Başkanlığı, 2000). Bu bağlam doğrultusunda Türkiye’de Sağlık Bakanlığının Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı 2008 yılında kurulmuştur (Göçmen ve Acımuş, 2017). Sağlığı geliştirmenin öneminin artmasıyla beraber 2011 yılında Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü kurulmuştur (T.C. Resmi Gazete. Kanun Hükmünde Kararname. 2 Kasım 2011. Sayı: 28103).

2.2.2. Sağlığı Geliştirme

Sağlığı geliştirme konusunun düzenlenmiş bir alan olarak karşımıza çıkaran Marc Lalonedir. 1974 yılında “Kanadalıların Sağlığına Yeni Bir Bakış” başlıklı raporunda 1900 yılında ilk on ölüm nedeninin çoğunlukla bulaşıcı hastalıklar olduğundan bahsetmektedir. 1970 yılına gelindiğinde ilk on ölüm nedeninde bulaşıcı hastalıkların yerini kronik hastalıkların aldığından belirtmiştir. (Lalonde, 1974). Yaşam biçiminden kaynaklanabilen bulaşıcı olmayan hastalıklar ve bu hastalıklara bağlı ölümlerin önlenmesi için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının edinilerek sağlığın geliştirilmesini gerektirmektedir (Walker ve ark., 1987).

Sağlığı geliştirme, bireyin sağlık durumunu optimal düzeye çıkarmak için yapacağı olumlu davranışları içeren dinamik bir süreçtir (Pahalank, 1991; Kocaakman, 2009; On, 2016; Gençgün, 2018). Lalonde, sağlığı geliştirmeyi “birey ve kurumların bilgilendirilmesi, destek sağlanması ile zihinsel ve fiziksel sağlığı etkileyebilecek durumlarda daha etkin rol almalarını amaçlayan strateji” olarak tanımlamıştır (Lalonde,

1974). Birinci Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansında sağlığı geliştirme kavramı; “bireylerin sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama süreci” olarak tanımlanmıştır. (DSÖ, 1986)

Sağlığın geliştirilmesi kavramı birçok kuramcı tarafından değerlendirilmiş ve tanımlanmıştır.

- Green (1980), “sağlığı geliştirici davranışların ve çevre koşullarını kolaylaştırmak amaçlı tasarlanmış politik, ekonomik, kurumsal müdahaleler ve sağlık eğitiminin birleşimi”
- Goodstadt ve arkadaşları (1987), “politikalar hizmetler ve etkili programlarla sağlık düzeyinin artırılması ve sürdürülmesi”
- Labonté ve Little (1992), “halkın refahı için çevresel ve sosyal yaşam koşullarını iyileştirme amaçlı tasarlanmış faaliyet ve program”
- Pender (1987), “iyilik düzeyini artırma ve birey, aile ve toplumun sağlık halini olabilecek en üst düzeye çıkarma uygulamaları” olarak tanımlamıştır.

Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili yapılan tanımlamalar bireyin ve toplumların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmasını ve devamlılığının sağlanmasında ortak paydada buluşmaktadır. Bu amaç doğrultusunda sağlığı geliştirici davranışlarının kazanılmasını ve uygulanmasını hedefleyen gelişim modelleri geliştirilmiştir. Pender’in “Sağlığı Geliştirme Modeli” en bilinen gelişim modelidir (Aksoy, 2010; Bahar ve Açıl, 2014; On, 2016; Gençgün, 2018).

2.2.3. Sağlığı Geliştirme Modeli

Model, kavram veya düşüncelerin bilimsel açıklamasını ve uygulanma yollarını içermektedir (Ay ve ark., 2008). Modeller, çok değişkenli karmaşık konuları ele almada farklı yaklaşımlar getirir. (Aksoy, 2010). Sağlıklı olmak veya sadece sağlık tanımı oldukça karışık olgu olmakla beraber birbiriyle ilişik birkaç konuyu içermektedir. Bu geniş kapsam ve tanımlamalar sağlık ve sağlığı geliştirmeye ilgili modellere ihtiyaç duyulmasını sağlamıştır. Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM) hemşire kuramcı Nola J. PENDER tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir. Değişen teorik bilgiler ve ampirik bulgular nedeniyle 1996 yılında tekrardan revize edilmiştir (Pender, 2011a).

Pender'e SGM'yi neden geliştirdiği sorulduğuunda hemşireliğe yeni başladığı zamanlarda sağlık profesyonellerinin insanlara akut veya kronik sağlık sorunları geliştiğinde yardımcı olduklarını yani tedavi odaklı olduklarını górdüđünü dile getirmekte ve hastalık durumu ortaya çıkmadan önce insanlara yardımcı olmanın bireylerin yaşamlarını olumlu etkileyeceğini düşündüğünü belirtmektedir (Pender, 2011b). Pender, SGM'nin ilk versiyonunda sağlık davranışlarının genel etkilerine odaklandığını, ikinci versiyonunda ise genel etkilerden daha çok tahmin etkilerine odaklandığını belirtmiştir (Pender, 2011b).

Sağlığı Geliştirme Modeli, sağlık davranışını etkileyebilecek olan faktörleri tanımlamaktadır. SGM'nin odak noktası hemşirenin değerlendirip müdahale edeceği kritik noktalardır (Pender, 2011a). Sağlığın geliştirilmesi hemşireliğin özđün bir görevidir (Bahar ve Açıl, 2014). Hemşireler, SGM'yi kullanarak birey ile iş birliği içinde, sağlıklı bir yaşam tarzı elde etmek için davranışlarının değiştirilmesine yardımcı olabilir (Pender, 2011a).

2.2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Davranış, TDK'ye göre “tutum, davranım, muamele, hareket” olarak tanımlanmakta ve kişilerin bilinçli veya bilinçsiz bir şekilde yaptıkları ya da yapmaktan çekindikleri tutum ve hareketler olarak ifade edilebilir (Altıparmak ve Kutlu, 2009; TDK, 2011; Beydağ ve ark., 2014; Uncu, 2017; Özbek, 2019).

Bireyin davranışlarını sağlığını etkileyecek şekilde uygulamasına sağlık davranışı denilmektedir. Sağlık davranışı sağlığa hemen etki edecek davranışların yanı sıra dolaylı olarak da etki edebilecek mental olayları ve duygu durumlarını da belirtmektedir. Sağlık davranışı, kişinin sağlıklı olmak, sağlığını geliştirmek veya hastalıktan korunmak için yaptığı davranışların bütünüdür (Aksoy, 2010; On, 2016; Uncu, 2017; Ezer, 2018; Gençgün, 2018; Özbek, 2019).

Birçok sağlık araştırması, davranışların sonuçlarının sağlığımız üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerini incelemektedir. Bu nedenle sağlığı etkileyen davranışlarımızı olumlu sağlık davranışları ve olumsuz sağlık davranışları olarak iki gruba ayırmak mümkündür. Sağlığı koruma ve geliştirmede olumlu etkileri olan davranışlara; düzenli uyku, yeterli ve dengeli beslenme, düzenli fiziksel egzersiz yapıyor olmak örnek gösterilebilir. Olumsuz

sağlık davranışlarına ise; tütün ürünleri tüketmek, alkol tüketiminde aşırıya kaçmak, düzensiz uyku, hareketsiz yaşam ve stres örnek gösterilebilir (Ay ve ark., 2008; Aksoy, 2010; Gençgün, 2018). Davranışların sağlığa etkileri öğrenildikçe bireylerin ve toplumların bu konuda bilinçlendirilmesi ve eğitim verilmesi önem kazanmaktadır. Aksi halde birey ve toplumlar olumsuz sağlık davranışlarına yönelebilirler (Aksoy, 2010).

DSÖ'nün 2021 yılında yayınladığı Dünya Sağlık İstatistiklerine göre; bulaşıcı hastalıkların tedavisinde yaşanan gelişmelerle birlikte ilk on ölüm nedeninden yedisi bulaşıcı olmayan hastalıklardır (<https://www.who.int/data/stories/world-health-statistics-2021-a-visual-summary>, Erişim: 19.12.2021). Bu bulgular ışığında sağlıklı yaşayabilmek için “olumlu sağlık davranışlarının artırılması” ve “olumsuz sağlık davranışlarının azaltılması” önem kazanmaktadır. SGM'ye göre birey sağlığını koruma ve geliştirmede sorumluluk almalı ve olumlu sağlık davranışlarını benimsemelidir (Pender, 2011a).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin davranışlarını seçerken sağlığını olumlu yönde etkileyeceğini düşündüğü davranışlara öncelik vermesini ve bu davranışlara devamlılığı gerektirmektedir (Ay ve ark., 2008; Aksoy, 2010; Bostan, 2013; Ezer, 2018; Özbek, 2019). Pender, sağlıklı yaşam biçiminin; sağlığı geliştirmenin temel bileşenlerinden olduğunu belirtmiştir (Pender, 2011a; 2011b). SGM'de sağlıklı yaşam biçimi davranışları; sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler olmak üzere 6 boyutta incelenmiştir (Pender, 2011a).

2.2.4.1. Sağlık Sorumluluğu

Bireyin sağlığını olumlu ya da olumsuz etkileyecek durumlara karar vermede kendisinin sorumluluğu üstlenmesi sağlık sorumluluğu olarak belirtilmektedir (On, 2016; Emeksiz, 2018). Sağlık sorumluluğu, bireyin sağlık kalitesine etki etmektedir (Lusk ve ark., 1994; Balliel, 2009; Bostan, 2013).

Alma-Ata Bildirgesinde sağlığın geliştirilmesinde bireyin önemi belirtilmiş ve bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili konularda “sorumluluk” almaları gerektiği açıklanmıştır. DSÖ, “herkes için sağlık” amacına ulaşılabilmesi için bireylerin ve toplumların sağlıkları hakkında kendilerini sorumlu hissetmeleri gerektiğini belirtmektedir (Ardıç, 2008; Gençgün, 2018). Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğu İş birliği 2023 hedefleri kapsamında

DSÖ ve Sağlık Bakanlığı da bireyin sağlık sorumluluğunun geliştirilmesini önemsemektedir (Demir Avcı, 2016; Özbek, 2019).

Bireyin sağlık sorumluluğu;

- “Bedenini tanıması, sağlığı ile ilgili değişiklikler olduğunda sağlık kuruluşuna müracaat etmesi”,
- “Önerilen sıklıkta tıbbi kontroller yaptırması”,
- “Sağlık bilgisini düzenli yenilemesi”,
- “Sağlığı ile ilgili konuşması”,
- “Sağlık durumunu izlemesi ve iyi hissetmesi” gibi sağlık davranışlarını uygulamasıyla değerlendirilir (Battorff ve ark., 1996; Bostan, 2013; On, 2016; Uncu, 2017; Gençgün, 2018).

2.2.4.2. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, büyük kas gruplarının hareket ettirilmesiyle soluk alışverişi ve kalp atım hızında artış olarak tanımlanmaktadır (Aksoy, 2010; On, 2016; Emeksiz, 2018; Ezer, 2018; Gençgün, 2018; Özbek, 2019). DSÖ fiziksel aktiviteyi, gündelik işleri yapabilmek için kaslarımız tarafından üretilen enerji ile gerekli hareketliliği sağlamak olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2018; Zoroğlu, 2018).

Fiziksel aktivite ile egzersiz iki farklı kavramlardır. Fiziksel aktivite, kas hareketliliği ile yapılan her türlü eylemi kapsamaktadır. Örneğin, yürümek, duş almak, oyun oynamak, bisiklet sürmek, dans etmek, dolaşmak gibi gündelik hareketler fiziksel aktivitedir. Egzersiz ise bir amaç dahilinde kas gruplarının geliştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Genellikle bir sportif faaliyettir. Fitness, yoga, reiki, vücut geliştirme ya da sağlığı geliştirmek için özel olarak geliştirilmiş hareketleri tekrarlı olarak yapmak olarak kabul edilmektedir (Uncu, 2017; DSÖ, 2018).

Düzenli fiziksel aktivitenin insan sağlığını olumlu yönde etkilediği felç, diyabet, kalp hastalığı ve çeşitli kanserler gibi bulaşıcı olmayan hastalıkları önlemeye ve yönetmeye yardımcı olduğu kanıtlanmıştır. Ayrıca hipertansiyonun önlenmesine, sağlıklı vücut ağırlığının korunmasına yardımcı olur ve zihinsel sağlığı, yaşam kalitesini ve esenliği iyileştirebilir. DSÖ, 18-64 yaş arası yetişkinler için; haftalık en az 150-300 dakika orta

yoğunlukta veya 75-150 dakikalık şiddetli aerobik fiziksel aktivite yapılmasını önermektedir. Fiziksel hareketsizlik, bulaşıcı olmayan hastalık ölümlerinin önde gelen risk faktörlerinden biridir. Yeterince fiziksel aktivite yapmayan bireyler, yeterince fiziksel aktivite yapan bireylere göre %20 ila %30 daha yüksek ölüm riskine sahiptir. Gelişen teknoloji, ulaşım imkanları, çalışma şekilleri ve eğlence amaçlı görsel cihazların kullanımı insanların daha hareketsiz yaşam geçirmelerine sebep olmaktadır. Dünya Sağlık Asamblesi 2018 yılında fiziksel aktivitenin önemi üzerinde durmuş ve üye devletlerin fiziksel aktivitenin önemini kabul etmesiyle DSÖ 2018-2030 Fiziksel Aktivite Küresel Eylem Planını başlatmıştır (DSÖ, 2018).

2.2.4.3. Beslenme

Beslenme eyleminin temel amacı enerji kazanmaktır. Enerji, depolanmış iş gücü, iş yapma yeteneği, bir sistemin iş yapabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Başka bir deyişle enerjiye herhangi bir nesneyi harekete geçirmek için ihtiyaç duyulur (Übelacker, 2005). Bitkiler, yaşamlarını sürdürmek için enerjilerini güneş enerjisiyle fotosentez yaparak kazanırlar. İnsanlar ise yaşamak için gerekli olan enerjiyi kimyasal biçimli besin maddeleri tüketerek kazanmaktadır (Übelacker, 2005).

Vücudun ihtiyaç duyduğu enerjiyi alması için besin tüketmesine beslenme denilmektedir. Beslenme, insanın tükettiği gıdaların biyokimyasal süreçlerle enerjiye dönüştürülüp insanın fizyolojik olarak büyümesini, gelişmesini, hastalıklardan korunmayı, biyolojik olarak sağlıklı vücut halini ve gündelik yaşam aktivitelerini yerine getirebilmeyi sağlar (Übelacker, 2005; Ballıel, 2009; Aksoy, 2010; Emeksiz, 2018; Ezer, 2018;).

DSÖ beslenmenin, sağlığın ve gelişimin kritik bir parçası olduğunu, iyi beslenmenin; “daha iyi bebek, çocuk ve anne sağlığı, daha güçlü bağışıklık sistemleri, daha güvenli hamilelik ve doğum, daha düşük bulaşıcı olmayan hastalık riski (diyabet ve kardiyovasküler hastalık gibi) ve uzun ömür” ile ilişkili olduğunu belirtmektedir (<https://www.who.int/health-topics/nutrition>, Erişim 16.12.2021).

Hastalık halinde iyileşmek, Sağlıklı kalmak ve sağlığı geliştirmek için beslenmede “yeterli ve dengeli beslenmeden” bahsedilmektedir. Beslenme, canlının büyümesi, gelişim göstererek sağlıklı ve üretken olarak yaşam sürmesi için vücuda gerekli besin

öğelerinden yeterli miktarlarda tüketmesi ve vücudunda kullanmasıdır. Bu öğelerin herhangi birinin hiç alınmaması veya gerekli miktardan az yahut çok alınması, büyüme ve gelişmeyi engellediği ve sağlığı olumsuz etkilediği bilimsel olarak bilinmektedir (Yücecan, 2008).

Vücut için gerekli besinlerin alınamadığı durumda yetersiz beslenmeden ve beslenmenin besin gruplarının sadece bir tanesi ile beslenilme durumunda tek tip beslenmeden bahsedilebilir. Yeterli ve dengeli beslenme ile vücut termodinamiği sağlanır, büyüme hasarlı dokuların iyileşmesi ve hücrel yenilenme gerçekleşir. Bağışıklık güçlenir, metabolik işleyiş için gerekli vitamin ve mineraller sağlanır ve vücut sıvı dengesi korunur (Aksoy, 2010; Edelman ve Mandle, 2010).

DSÖ verilerine göre 2016 yılında, 18 yaş ve üzeri 1,9 milyar civarı yetişkin aşırı kilolu ve bu kişilerin 650 milyondan fazlası obez olarak yaşamaktadır. Dünyada, fazla kilonun ve obezitenin, zayıf kilodan daha fazla insanı öldürdüğü görülmektedir (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>, Erişim: 16.12.2021). Tüketilen besinler sağlığın gelişimi için önemli olduğu kadar hastalıkların oluşmasıyla da bağlantılıdır. Yetersiz, düzensiz, tek tip beslenme gibi sağlıksız beslenme biçimleri obezite, ağız ve diş sağlığı problemleri, kardiyovasküler hastalıklar, kas iskelet sistemi problemleri ve kanser gibi hastalıklara sebep olduğu bilinmektedir. Yeterli ve dengeli beslenme sağlığın geliştirilmesi için çok önemli olduğu gibi hastalıklardan korunmada temel bir önemi vardır (Ay ve ark., 2008; Gençgün, 2018).

2.2.4.4. Manevi Gelişim

Sağlığın tanımında bulunan “ruhsal yönde iyi olma hali” manevi gelişimle doğrudan ilişkilidir. Manevi kelimesi “görülmeyen, duyularla sezilebilen, ruhani, tinsel, maddi karşıtı” olarak tanımlanmaktadır. Dinler ve inanca yönelik felsefeler insanda vücuttan ayrı bir varlık olarak ruh tanımını kabul etmektedirler (TDK, 2011). İnsan beden ve ruhtan oluşan bir varlıktır. Nefes alıp verme, hareket etme, yeme, içme gibi olaylar bedenle; inanmak, korkmak, sevinmek ve hissetmek gibi olaylar da ruhla ilişkilendirilmiştir (Aydın, 2009). İnsanın temel iç güdülerinden biri olan inanma ihtiyacı insanın mantıklı açıklamalar getiremediği olaylara manevi bir anlam yüklemekte ve bu inanç hali insanı mental olarak etkilemektedir.

Manevi gelişim, bedensel ve ruhsal etkileri olan birleştirici bir güçtür. Bireyin manevi gelişimi; aile, arkadaş ve sosyal çevreden etkilenmektedir (Bozhüyük ve ark., 2012; Emeksiz, 2018). Manevi gelişim, bireyin yaşam amacını, kendini gerçekleştirmesini, kendini tanımasını ve kendini memnun edebilmesini belirlemektedir (Çetinkaya ve ark., 2007; On, 2016)

Bireyler sağlık davranışlarını belirlerken, hastalık ve değişimlere uyum sağlarken, sorunlarla karşılaştığında ve çözüm bulamadıklarında yenilenme, iyileşme gücünü artırmada ve umut kazanmada manevi gelişimin olumlu etkisi bulunmaktadır (Bostan, 2013). Manevi gelişim; bireyin kendisini tanıma ve çevresiyle olan ilişkilerini, hayat amacını ve yolunu anlama, problemlerle baş etme gücü olarak tanımlanır (Çetinkaya ve ark., 2007). Maneviyat, din ile ilişkilendirilen bir kavram olmakla beraber dini inanç ve ritüellerle sınırlandırılmayacak kadar geniş bir olgudur. İnsanda manevi gelişim; fiziksel, duygusal, sosyal yönü ile ilişkilidir ve hepsi ayrı ayrı önemlidir. Hemşirelik bakımında, holistik (bütüncül) bakımdan söz edilmekte ve holistik bakım bireyin fiziksel, biyokimyasal ve psikososyal yönlerini ve manevi yönünü bir bütün olarak görmektedir (Çetinkaya ve ark., 2007; Bostan, 2013).

2.2.4.5. Kişilerarası İlişkiler

Bir canlı olarak insanın da bilinç altında temel amacı bu olmaktadır. Sosyal bir varlık olan insan çevresi ve ilişkileriyle bir bütün halindedir. Kendini gerçekleştirme ve anlamlı yaşamaya ihtiyaç duyan insanoğlu sosyal ilişkileri içerisinde sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Çevresinden etkilenmekte ve etkilemekte olan insan, kurduğu ilişkiler ile hayatta kalma ve ihtiyaçlarını karşılama imkanı bulmaktadır. Kişiler arası ilişkiler ile ilgilenen araştırmacılar ilişkinin temelinde “ihtiyaç” duygusu olduğunu belirlemişlerdir (Erden İmamoğlu ve Aydın, 2012). İlişkiler ve insan davranışları; doyum ihtiyacı ve güven ihtiyacı tarafından yönetilmektedir (Sullivan, 1953). Statü ihtiyacı ve sevgi ihtiyacı ilişki kurmayı gerektirecek ihtiyaçlara örnek olabilir (Kiesler, 1996).

Kişilerarası ilişkiler bireyin çevresi ile iletişim halini ve bunun sürekliliğini belirlemektedir. Hayatta başarılı olmada, mutlu olmada ve verimli olmada "kişilerarası ilişkiler" rol oynamaktadır (Velioğlu ve ark., 1991; Bostan, 2013). Kişiler arası ilişkiler karşılıklı ihtiyaçları karışılma da birbirine destek olmayı gerektirmektedir. Kişilerarası destek

konusunda; ilişkinin niteliği, sürekliliği ve düzeyi önemlidir. İkili veya toplu ilişkilerde en önemli eylem etkin bir iletişim kurulmasıdır (Özcan, 2006; Aksoy, 2010).

Bireyler, karşılaştıkları problemleri çözmede ailelerinden, eşlerinden, arkadaşlarından destek almaktadırlar. Kişiler arası destek imkanı olan bireyler problemlerin üstesinden gelmede daha başarılı olmakta ve daha üretken bir hayat yaşayabilmektedirler (Arkanoc, 1993; Cüceloğlu, 1994; Barg ve Heard, 1996).

2.2.4.6. Stres Yönetimi

Stres kelimesi, Latince “estrica”, eski Fransızca “estrece” kavramlarından Türkçeye geçmiştir (Özkan, 2020). Zorlanma, gerilme ve baskı anlamını taşımaktadır. Hans Selye’ye göre stres; “bedenin korku, kavgı, yalıtılmışlık, sıcak, soğuk benzeri, beden ısısı ve kan basıncı gibi yaşamsal işlevlerin dengesini bozan uyaranlara karşı tepkisidir.” (Selye, 1997; Özkan, 2020). Stres, en genel tanımıyla “ruhsal gerilim” homeostazisi bozan veya bozmaya çalışan iç ve dış tehditlere organizmanın yanıtıdır (Aksoy, 2010; Edelman ve Mandle, 2010; Pender ve ark., 2011; TDK, 2011). Bireyin, kendisi ve çevresiyle etkileşimini de içine alan çevresel faktörleri tehdit olarak algılaması stres olmakta ve içinde olduğu durumun, özellikler ve beklentilerin hoş olmadığı durum olarak tanımlanmaktadır (Baltaş, 2000; Aydınli, 2001; Balliel, 2009). Stres haliyle ortaya çıkan problemler, yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca günlük sorunlarla uğraşırken bireyin güçsüz kalmasına neden olmaktadır (Çetin, 2015). Stres yaşamakta olan bireyler kendilerine özen gösterme konusunda yetersiz kalmakta ve sağlıklarını bozabilecek davranışlar sergileyebilmektedirler (Aksoy, 2010). Stres, genel olarak olumsuz manalarla bağdaştırılmaktadır. Bununla beraber çalışmalar stresin kompleks bir kavram olduğunu, stres halinin çeşitli sebepleri, etkileri ve sonuçları olduğunu göstermektedir (Edelman ve Mandle, 2010; Baltaş ve Baltaş, 2012; Özkan, 2020). Stresin seviyesine ve kişinin strese gösterdiği tepkilere göre stresin bireye yararlı olduğu durumlar da görülmüştür (Alkış, 2018).

Homeostazis, dengesizliğin içerisindeki denge olarak tanımlanmaktadır. İnsan, vücudunda gerçekleşen dengesiz durumlara homeostazis gereği denge getirmeye çalışmaktadır. Bu duruma uyum, adaptasyon denilebilir. Selye, yaşamı idame ettirmek için tehdit edilen dengeyi koruma sürecine “Genel Adaptasyon Sendromu (GAS)” adını

vermiştir. GAS’da; alarm, direnme ve tükenme olarak üç aşamadan bahsedilmektedir. Alarm aşaması; insanın en temel iç güdüsü olan “savaş ya da kaç” devreye girer. Direnme aşamasında; birey stres durumuna uyum göstermeye çalışır. Tükenme aşamasında, strese karşı gösterilen uyum sağlanamamış ve olumsuz sonuçlar gelişmiştir (Selye, 1997; Uğur, 2011; Çam ve Engin, 2014; Ezer, 2018;). Stres yönetimi, bireyin içinde bulunduğu stresi tanımlaması, zararlı yönlerinden kurtulup itici kuvvet olarak kullanmaya çalışması olarak tanımlanabilir. Lazarus’a (1966) göre birey stres yönetiminde ilk olarak stres kaynağını değerlendirmekte, daha sonra baş etme yöntemlerini uygulamaktadır. Globalleşen dünyada hızla gelişen teknoloji ve bunun getirdiği iletişim imkanlarının artmasıyla sosyal bir varlık olan insan ve yargıları da değişmektedir. İçinde olduğumuz iletişim çağının en geniş kitleyi etkileyen hastalığı strestir. Kaçınılmaz bir durum olan stres hali için araştırmacılar stresle baş etme yöntemleri geliştirilerek stres halini bireyin faydasına olacak şekilde yönetmeyi önermektedir (Copper, 1998; Işıkhani, 1998; Balliel, 2009). Stres yönetimi; stresle başa çıkma, yaşam kalitesini artırma ve durumu ya da duruma verilen tepkileri kontrol etme ve düzenlemeye denir (Güçlü, 2001).

Sağlıklı bir stres yönetimi için;

- Stresli olduğumuzu kabul etme ve kaynağını bulma,
- Karşı cevabı planlama ve harekete geçme,
- Bakış açısını ve yaşam biçimini değiştirme aşamalarını takip etmek stresi ortadan kaldırmak veya kontrol altına almak için oldukça önemlidir.

Stresle baş etme yöntemleri olarak; düzenli fiziksel aktivite, hobiler, sağlıklı sosyal ilişkiler, yeterli ve dengeli beslenme, düzenli uyku alışkanlığı, manevi gelişim, gevşeme teknikleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları edinme stresle baş etmede etkili olmaktadır (Akdemir ve Birol, 2005; Özmen ve Önen, 2005; Çetiner, 2014; On, 2016).

2.3. Hemşirelik ve Sağlık

Hemşirelik, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve gerekli hallerde tedavi ve rehabilitasyonunun uygulanmasından sorumlu sanat ve bilimden oluşan bir meslektir (ICN, 1972; THD, 1981; T.C. Resmi Gazete. Hemşirelik Kanunu. 2 Mayıs 2007. Sayı: 2651). Hemşirelik, tanımında da belirtildiği gibi mesleğin temel amacı sağlığın korunması ve geliştirilmesi olduğu, bu başaramadığı takdirde tedavi uygulamalarına geçileceği

görülmektedir. Hemşirelerin rollerine bakıldığında hemşirelik, hastalanınca veya ihtiyaç halinde hizmet sunan bir meslek olmaktan çok sağlığı geliştirmeyi önemseyerek tedavi gerektiren durumları ortadan kaldırmayı amaçlayan bir hedef barındırmaktadır (Bostan, 2013). Amerikan Hemşireler Birliği hemşireliği, sağlığın ve yeteneklerin korunması, geliştirilmesi, hastalık ve yaralanmaların önlenmesi, insan tepkisinin teşhisi ve tedavisi yoluyla acıların hafifletilmesi ve bireylerin, ailelerin, toplulukların ve popülasyonların bakımında savunuculuk olduğunu belirtir (Bostan, 2013; "What is Nursing?", 2021). Sağlığın geliştirilmesi amacı birey ve topluma sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasına, devamlılığının sağlanmasına ve ihtiyaç hallerinde destek sunulmasını gerektirmektedir (Aksoy, 2010).

2.3.1. Hemşirelik ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Davranış değişikliğine odaklanan sağlığı geliştirmede olumlu sağlık davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesi önem kazanmaktadır. Bireylerin ve toplumun sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmelerinde hemşireler topluma rol model olmakta ve sağlığın gelişimine öncülük etmektedirler (Pender ve ark., 1988; Erdemir, 1998). Hemşireler sadece hastane ortamında değil sosyal ilişkilerinde de toplumun bir bireyi olarak birey, aile ve toplumla iç içe ve iletişim halinde olan sağlık çalışanlarıdır. Bu sebeple hemşireler kendi yaşam biçimleri ile rol modeli olmakta ve hizmet verdikleri grubu etkilemektedir (Erdemir, 1998; Whitehead, 2005). Toplum sağlığının iyileştirilmesi ve geliştirilmesinde önemli katkıları olan hemşirelerin iş ortamlarında kendi sağlıklarını yeterince koruyamadıkları gözlemlenmektedir (Khaghanyrad, 2014; Özbek, 2019). Topluma rol model olan hemşirelerin, toplumu olumlu etkileyebilmeleri için kendi sağlık durumlarının iyi ve sağlığı geliştirici davranışlar ile donanmış olmaları gerekmektedir (Cürcani ve ark., 2010; Tambağ, 2011; Akgün ve ark., 2014; Çilingir ve Aydın, 2017; Özbek, 2019).

Tedavi merkezlerinin hemen hemen hepsinde çalışan, hasta bakımı ve takibinden sorumlu olan hemşireler bir yandan uygun bakımı sunmaya çalışırken, diğer yandan çevresel ve mesleki nedenlerden dolayı tehlikeli durumlarla karşı karşıya kalmaktadır (Demir, 2016). Haftanın 7 günü ve 24 saati, bayramların, resmi tatillerin ve herhangi bir özel günün, toplumsal yaşamı kesintiye uğratan doğal afet hallerinin, pandemi salgınlarının ve nice özel hallerin kesintiye uğratmadığı, uğratmadığı ve kesintiye uğramasının topluma zararı

olacağı yegane hizmet alanı sağlıktır. 2020 Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda da görüldüğü üzere sağlık hizmeti sunumundan sorumlu sağlık personelleri içerisinde en büyük popülasyonu hemşireler oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2021). Hemşireler, sağlık hizmetinin sunumunda tüm gün hizmet verebilmek için vardiyalı çalışmak zorundadırlar. Vardiyalı çalışma hali yetersiz uyku, düzensiz beslenme, mental yorgunluk ve sosyalleşme eksikliklerini de beraberinde getirmektedir (Parlar, 2008). Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede en önde hizmet veren hemşireler hastaya müdahalede en çok zaman geçirenler olmakta ve kendileri de hastalanabilmektedir (Parlar, 2008; Demir, 2016).

OECD ülkeleri arasında 1000 kişiye düşen hemşire sayısına bakıldığında Norveç 18,1 hemşire ile birinci olurken Türkiye, 1000 kişiye 2,4 hemşire ile 39 ülke içerisinde 36. sırada olmaktadır (OECD, 2021). Hemşirelik uygulamalarının büyük kısmı doğrudan insan bakımı ve tedavisi ile ilgili olmakta ve yapılacak hatanın hayati sonuçları olabilmektedir (Parlar, 2008). Verilerin de gösterdiği üzere ülkemizdeki yetersiz hemşire sayısı, hizmet veren hemşirelerin daha fazla emek ve efor harcamalarına sebep olmaktadır. Temposunun yüksek ve herhangi bir dikkat dağınıklığının hayati sonuçları olduğu hemşirelik hizmetinde hemşireler yoğun stres ve yüksek risklerle baş başa kalmaktadır (Parlar, 2008; Demir, 2016). Birey ve toplum her türlü temel ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz oldukları durumlarda hemşirelere bağımlı olmaktadır. Topluma etkileri, toplumla iç içe olmaları, hizmet sunumunda hastaların hemşirelere yüksek bağımlılık duymaları ve bunların yanı sıra kendilerinin de toplumun birer üyeleri olmaları hemşirelerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi gerektiğinin önemini belirtmektedir.

2.3.2. Hemşirelerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Yönelik Yapılan Çalışmalar

Pender'in geliştirdiği SGM'yi temel alan "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II" tüm dünyada sağlığı geliştirici davranışların düzeyini, etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlamaktadır. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceleyen çalışmalara bakıldığında Türk hemşirelerde yapılan çalışmalarda SYBDÖ-II puan ortalaması 114,08 ile 132,87 arasında değişiklikler göstermiştir. Türkiye'de hemşirelerin toplam puanları orta düzeyin en alt değerlerinde olduğu görülmektedir (Ballhel, 2009; Uz, 2011; Bostan,

2013; Khaghanyrad, 2014; Çetin, 2015; On, 2016; Demir, 2016; Uncu, 2017; Emeksiz, 2018; Gençgün, 2018; Zoroğlu, 2018; Özbek, 2019; Yılmaz, 2020). Uluslararası çalışmalar incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II puan ortalaması orta düzeyin üst değerlerinde oldukları görülmektedir (McElligott ve ark., 2009; Tucker, 2012; Khaghanyrad, 2014; Abedi ve Nejat, 2015; Thoma ve ark., 2017; Keele, 2019).

Toplumun sağlığında öncülük eden hemşirelerin SYBDÖ-II puanları incelendiğinde Dünyada hemşirelerin sağlığının orta düzeyde olduğu, çalışma ortamından kaynaklı stres yaşadıkları, çalışma şekillerinden dolayı kendi sağlıklarını korumalarında zorlandıkları görülmektedir. Tüm bu bilgiler ışığında hemşirelerin sağlığının değerlendirilmesi, korunması, geliştirilmesi, topluma etkilerinin artırılması için desteklenmesi gerekmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve bu davranışları ile sosyo-demografik özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılan bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Antalya ili merkezinde bulunan Özel Yaşam Hastaneler Grubunun; Antalya Yaşam, Akdeniz Sağlık Vakfı Yaşam ve Opera Yaşam Hastanesi şubelerinde Ekim 2019 – Aralık 2019 tarihleri arasında uygulanmıştır.

Özel Yaşam Hastaneler Grubu; 1996 yılında Antalya ili Kemer ilçesinde kurulan ilk şubesiyle hizmete başlamıştır. Günümüzde Kemer Yaşam, Antalya Yaşam, Alanya Yaşam, Opera Yaşam, Manavgat Yaşam ve Akdeniz Sağlık Vakfı Yaşam Hastanesi olmak üzere altı farklı şube ile Antalya’da sağlık hizmeti vermektedir.

Tablo 3.2.1. Araştırmanın Uygulandığı Hastanelerin Sayısal Verileri

Hastane	Kurulma Yılı	Hemşire Sayısı	Hekim Sayısı	Yatak Kapasitesi	Birim Sayısı
Antalya Yaşam	2006	101	51	108	27
Opera Yaşam	2014	38	18	75	15
Akdeniz Sağlık Vakfı Yaşam	2017	98	65	250	27

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Antalya Yaşam Hastanesi, Akdeniz Sağlık Vakfı Yaşam Hastanesi ve Opera Yaşam Hastanesinde çalışan 237 hemşire oluşturmuştur. Bu hemşirelerden araştırmaya katılmayı kabul eden 180 hemşire örneklemi oluşturmaktadır. Tablo 3.3.1. incelendiğinde araştırma evrenini ve örneklemi oluşturan hemşirelerin hastanelere göre dağılımı görülmektedir. Araştırmaya katılmayı kabul eden, Antalya Yaşam Hastanesinde görev yapan 101 hemşireden 91, Akdeniz Sağlık Vakfı Yaşam Hastanesinde görev yapan

98 hemşireden 62 ve Opera Yaşam Hastanesinde görev yapan 38 hemşireden 27 kişi olmak üzere toplam 180 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır.

Tablo 3.3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Hastane	Katılımcı Kayısı	Evren Değer	%
Antalya Yaşam	91	101	90,10
Akdeniz Sağlık Vakfı Yaşam	62	98	63,26
Opera Yaşam	27	38	71,05
Toplam	180	237	75,95

3.4. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri

Araştırma izni alınan hastanelerden; hemşirelik unvanına sahip, araştırmaya katılmaya gönüllü olan, veri toplama sürecinden en az bir ay öncesinde bu hastanede çalışmaya başlayan, izinli veya raporlu olmayan tüm hemşireler araştırma kapsamına alınmıştır.

3.5. Araştırma Soruları

1. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ne düzeydedir?
2. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları demografik özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?
3. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen mesleki özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?
4. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen sağlık özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?

3.6. Araştırmanın Etiği

Araştırmaya uygulanmadan önce Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (EK-1). Etik kurul raporu sonrasında veri toplama formlarının uygulanabilmesi için örnekleme alınan ilgili kurumlardan yazılı izinleri alınmıştır (EK-2; EK-3; EK-4).

Veri toplama formları dağıtılmadan önce Antalya Yaşam Hastanesi, Akdeniz Sağlık Vakfı Yaşam Hastanesi ve Opera Yaşam Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürleri ile görüşülüp araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Veri toplama formlarını yanıtlayacak olan

hemşirelerden araştırmaya katılımın gönüllü olduğu sözlü ve yazılı açıklanarak sözlü ve gönüllü olur formuyla yazılı izinleri alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır (EK-5).

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında; araştırmacı ve danışman tarafından literatüre uyumlu sosyodemografik, mesleki ve sağlık özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulan “Kişisel Bilgi Formu” ile “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II” ölçeği kullanılmıştır (EK-6; EK-7).

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu

Bu bölüm, araştırmacı ve tez danışmanının gözlem ve deneyimleri ile literatür ışığında hazırlanan katılımcıların sosyodemografik, mesleki ve sağlık özelliklerini sorgulayan 26 sorudan oluşmaktadır (Cürcani ve ark., 2010; Özkan ve Yılmaz, 2006). Kişisel Bilgi Formu; yaş, cinsiyet, boy, kilo, medeni durumu, çocuk sahibi olup olmama, eğitim durumu, çalışılan kurum, çalışılan bölüm, çalışılan pozisyon, bulunduğu klinikte çalışma süresi, hemşire olarak çalışma süresi, haftalık mesai süresi, çalışma şekli, gelir durumu, sigara veya alkol kullanımı, yeterli ve dengeli beslenme durumu ve öğün atlama durumu, fiziksel aktivite yapma durumu, uyku durumu ve düşüncesi, ailesinde kronik hastalık bulunma durumu, tanı konulmuş hastalığının olup olmama durumu, kişisel sağlık durumu algısı ve çalışma ortamına ilişkin memnuniyetinin değerlendirilmesini içeren 26 sorudan oluşmaktadır (EK-6).

3.7.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II)

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği, Pender (1982)’in sağlığı geliştirme modelini temel alarak bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek için Walker, Sechrist ve Pender tarafından 1987’de geliştirilmiştir. İlk geliştirilen ölçekte 4’lü likert tipte sorulmuş toplamda 48 soru ve tanımlanmış olan 6 alt boyut vardır. Pender’in SGM’yi 1996’da revize etmesiyle ölçek de Walker ve Hill-Polercy tarafından 1996 yılında revize edilip tekrar çalışılarak Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II olarak adlandırılmıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II, ilk geliştirilen ölçekle aynı şekilde 4’lü likert tipte hazırlanmış ve 6 alt boyut tanımlanmıştır. SYBDÖ-II ölçeği ilk oluşturulan ölçekten farklı olarak alt boyutları tanımlayan soru sayılarında değişiklikler ve eklemeler

yapılarak 52 soru ile geliştirilmiştir. Ölçekten alınabilecek puanlar en düşük 52 ve en yüksek 208 puandır. Ölçekten alınan puan arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da daha iyi olduğu düşünülebilir. Ölçekten alınan puanlar “düşük, orta ve yüksek” olmak üzere 3 farklı aralık düzeyinde değerlendirilmektedir. SYBDÖ-II ölçeğinde ters yönlü madde bulunmamaktadır. Pender’in geliştirdiği SGM’yi temel alarak Walker, Sechrist ve Pender’in birlikte geliştirdikleri “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” ve Pender’in SGM’yi revize etmesinden sonra Walker ve Hill-Polercy’nin de ölçeği revize ederek sundukları “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II” tüm dünyada sağlığı geliştirici davranışların düzeyini, etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlamakta ve 30 yılı aşkın bir süredir kullanılmaktadır.

Bahar ve arkadaşları (2008)’nin yaptığı geçerlik ve güvenirlik çalışması sonucu; cronbach alfa katsayısı tüm ölçekte 0,92 bulunmuştur. Araştırma sonucunda SYBDÖ-II’nin Türkiye’de kullanılabilir olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarında; Sağlık Sorumluluğu 0,77, Kişilerarası İlişkiler 0,80, Beslenme 0,68, Fiziksel Aktivite 0,79, Manevi Gelişim 0,79, Stres Yönetimi 0,64 olarak saptanmıştır. Madde toplam puan korelasyonları 0,30 ile 0,59 arasında değişmekte ve anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Ölçek 52 madde içermekte ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar; beslenme, fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir.

Tablo 3.7.2.1. SYBDÖ-II ve Alt Boyutlarının Güvenirlik Katsayıları ve Soru Numaraları

Alt Boyutlar	Soru Numaraları	Cronbach Alpha
Sağlık sorumluluğu	3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51	0,78
Fiziksel aktivite	4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46	0,85
Beslenme	2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50	0,65
Manevi gelişim	6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52	0,81
Kişilerarası ilişkiler	1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49	0,77
Stres yönetimi	5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47	0,70
SYBDÖ-II Toplam	1-52. Sorular	0,93

Ölçek 4’lü likert tipte hazırlanmıştır. “Düzenli olarak” için 4 puan, “Sık sık” için 3, “Bazen” için 2, “Hiçbir zaman” için 1 puan verilir. En düşük 52 puan ve en yüksek 208

puan alınmaktadır. Ölçek puanının artması, bireyin olumlu sağlık davranışlarında dahi iyi durumda olduğunu düşündürmektedir (EK-7).

3.8. Verilerin Toplanması

Veri toplama sürecine etik kurul ve ilgili kurumlardan gerekli izinler alındıktan sonra başlanmıştır. Katılımcılardan veriler Ekim 2019 ve Aralık 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya katılacak hemşirelere araştırma amacı ve elde edilen bilgilerin gizliliği hakkında bilgi verilip, yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Veri toplama formları araştırmaya konu olan hastanelerin tüm klinik, poliklinik ve çalışma ofislerinde çalışan hemşirelere sözlü bilgilendirme yapıp yazılı onam alındıktan sonra yüz yüze görüşme ile uygulanmıştır. Araştırmada örneklem seçimi yapılmayıp evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın uygulama süresinde ilgili kurumlarda 237 hemşire evreni oluşturmaktadır. Araştırmanın uygulanma esnasında 21 hemşirenin raporlu / izinli olduğu belirlenmiştir. Görevde olan hemşirelerden sözlü bilgilendirme yapılmasına rağmen 36 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Anketler katılmaya gönüllü olan 180 hemşireden toplanmıştır. Anketlerin cevaplanmasında herhangi bir süre kısıtlamasına gidilmemiştir. Veri toplama süresi, araştırmaya katılmayı kabul eden her bir hemşire için 5-10 dakika sürmektedir. Katılım oranı %75,94 olarak belirlenmiştir. Analizler toplanan 180 anket formu üzerinden değerlendirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler; SYBDÖ-II ölçek toplam puanı ve ölçeğin Sağlık Sorumluluğu, Fiziksel Aktivite, Beslenme, Manevi Gelişim, Kişiler Arası İlişkiler, Stres Yönetimi alt boyutları bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler; yaş, cinsiyet, boy, kilo, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama, eğitim durumu, çalışılan kurum, çalışılan bölüm, çalışılan pozisyon, bulunduğu klinikte çalışma süresi, hemşire olarak çalışma süresi, haftalık mesai süresi, çalışma şekli, gelir durumu, sigara veya alkol kullanımı, yeterli ve dengeli beslenme durumu, öğün atlama durumu, fiziksel aktivite yapma durumu, uyku durumu ve düşüncesi, ailesinde kronik hastalık bulunma durumu ve tanı konulmuş hastalığının olup olmadığı, kişisel sağlık durumunun değerlendirilmesi, çalışma ortamına ilişkin memnuniyeti bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada veri toplama araçları ile toplanan veriler SPSS 20,0 (IBM Electronics, ABD) istatistik programı ile analiz edilmiştir. Analiz öncesi tek yönlü ve çok yönlü uç değer taramaları yapılmış ve herhangi bir uç değere rastlanmamıştır. Hemşirelerin demografik özelliklerine yönelik yapılan analizlerde frekans, yüzde dağılımı ve aritmetik ortalama kullanılmıştır. Normal dağılım; Skewness (Çarpıklık) – Kurtosis (Basıklık) değerleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uymadığı gözlemlendiği için analizlerde nonparametrik testler tercih edilmiştir. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sosyo-demografik özelliklere göre istatistiksel ilişkilerini analiz etmek amacıyla Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis H testleri uygulanmıştır. Bulunan sonuçlarda 0.05 anlamlılık düzeyi ölçüt alınmıştır. Ölçeğin güvenilirliğinin değerlendirilmesi için Cronbach Alpha Güvenirlik Analizi uygulanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Tanıtıcı Özellikleri

Sosyo-Demografik Tanıtıcı Özellikler	n	%
Yaş (n: 179)		
19-24	121	67,60
25-29	30	16,75
30-34	10	5,59
35 ve üstü	18	10,06
Cinsiyet (n: 180)		
Kadın	156	86,67
Erkek	24	13,33
Medeni Durum (n: 180)		
Evli	43	23,89
Bekar	137	76,11
Çocuk Sahibi Olma Durumu (n: 180)		
Yok	151	83,89
Var	29	16,11
Eğitim Durumu (n: 180)		
Sağlık Meslek Lisesi (SML)	104	57,78
Ön Lisans	37	20,55
Lisans	36	20,00
Yüksek Lisans	3	1,67
Gelir Durumu (n: 175)		
Gelir Giderden Fazla	15	8,57
Gelir Gidere Denk	52	29,72
Gelir giderden Az	108	61,71

Tablo 4.1.1. incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerin %67,6'sının 19-24 yaş aralığında olduğunu, %86,67'sinin kadın olduğunu, %76,11'inin bekar olduğunu,

%83,89'unun çocuk sahibi olmadığını, %57,78'inin sağlık meslek lisesi mezunu olduğu ve %61,71'inin gelirinin giderinden az olduğu görülmektedir.

4.2. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine ilişkin Bulgular

Tablo 4.2.1. Hemşirelerin İş Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Özellikleri

İşe İlişkin Tanıtıcı Özellikler	n	%
Çalışılan Kurum (n: 180)		
Antalya Yaşam	91	50,6
Vakıf Yaşam	62	34,4
Opera Yaşam	27	15,0
Çalışılan Bölüm (n: 169)		
Klinik	73	43,2
Yoğun Bakım	74	43,8
Ameliyathane	16	9,4
Yönetim	6	3,6
Çalışılan Pozisyon (n: 180)		
Sorumlu Hemşire	16	8,9
Klinik Hemşire	158	87,8
Yönetici Hemşire	6	3,3
Kurumda Çalışma Süresi (n: 171)		
1 yıldan az	61	35,7
1-5 yıl	90	52,6
6-10 yıl	16	9,4
11 yıl ve üzeri	4	2,3
Mesleki Çalışma Süresi (n: 170)		
1 yıldan az	34	20,0
1-5 yıl	78	45,9
6-10 yıl	39	22,9
11 yıl ve üzeri	19	11,2

Çalışma Şekli (n: 180)

Sürekli Gündüz	58	32,2
Sürekli Gece	9	5,0
Bazen Gündüz Bazen Gece	113	62,8

Çalışma Ortamı Memnuniyeti (n: 180)

Çok Memnun	11	6,2
Memnun	85	47,2
Kısmen Memnun	61	33,9
Memnun Değil	17	9,4
Hiç Memnun Değil	6	3,3

Tablo 4.2.1. incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerin %50,6'sının Antalya Yaşam Hastanesinde çalıştığı, %43,8'inin yoğun bakımda çalıştığı, %87,8'inin klinik hemşire pozisyonunda çalıştığı, %52,6'sının 1-5 yıl süredir kurumunda çalışıyor olduğu, %45,9'unun 1-5 yıl süredir meslekte çalışıyor olduğu, %62,8'inin bazen gündüz bazen gece olarak çalıştığı, %47,2'sinin çalışma ortamından memnun olduğu görülmektedir.

4.3. Hemşirelerin Sağlık Özelliklerine İlişkin Bulgular**Tablo 4.3.1. Hemşirelerin Sağlık Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Özellikleri**

Sağlığa İlişkin Tanıtıcı Özellikler	n	%
Beden Kitle İndeksi (BKİ) (n: 178)		
Zayıf	14	7,9
Normal	123	69,1
Fazla Kilolu	34	19,1
Obez	7	3,9
Sigara Kullanma (n: 180)		
Hayır	100	55,6
Evet	80	44,4
Alkol Kullanma (n: 180)		
Hayır	110	61,1
Evet	70	38,9

Yeterli ve Dengeli Beslenme (n: 180)

Hayır	94	52,2
Evet	86	47,8

Öğün Atlama (n: 180)

Hayır	37	20,6
Evet	143	79,4

Spor Yapma (n: 180)

Hayır Hiç Yapmam	72	40,0
Bazen Yaparım	88	48,9
Düzenli Olarak Yaparım	20	11,1

Uyku Süresini Yeterli Bulma (n: 180)

Hayır	113	62,8
Evet	67	37,2

Ailede Kronik Hastalık Bulunma (n: 180)

Yok	110	61,1
Var	70	38,9

Tanılanmış Kronik Hastalığı Bulunma (n: 180)

Yok	140	77,8
Var	40	22,2

Algılanan Sağlık Durumu (n: 179)

Çok Sağlıklı	18	10,1
Sağlıklı	111	62,0
Kısmen Sağlıklı	45	25,1
Kötü	5	2,8

Tablo 4.3.1. incelendiğinde araştırmaya katılan hemşirelerin %69,1'inin normal kiloda olduğu, %55,6'sının sigara kullanmadığı, %61,1'inin alkol kullanmadığı, %52,2'sinin yeterli ve dengeli beslenmediği, %79,4'ünün gün içerisinde öğün atladığı, %48,9'unun bazen spor yaptığını, %62,8'inin uyku süresini yeterli bulmadığı, %61,1'inin ailesinde kronik rahatsızlığı olan birinin olmadığı, %77,8'inin kendisinde tanı koyulmuş bir kronik rahatsızlığı olmadığı, %62'sinin kendisini sağlıklı hissettiği görülmektedir.

4.4. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeyleri

Tablo 4.4.1. Hemşirelerin SYBDÖ-II Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

SYBDÖ-II ALT FAKTÖRLER	Ölçek Alt-Üst Değerler	Araştırma Alt-Üst Değerleri	$\bar{x}$	SS
Sağlık Sorumluluğu	9-36	11-34	20,97	4,47
Fiziksel Aktivite	8-32	8-29	16,03	4,92
Beslenme	9-36	10-31	19,59	4,10
Manevi Gelişim	9-36	12-36	26,69	4,77
Kişiler Arası İlişkiler	9-36	15-36	26,23	4,30
Stres Yönetimi	8-32	10-30	18,48	4,14
TOPLAM	52-208	75-185	127,99	20,71

Tablo 4.4.1. incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II puan ortalaması $127,99 \pm 20,71$ olup ölçekten en düşük 75, en yüksek 185 puan aldıkları belirlendi. Sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması $20,97 \pm 4,47$, fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması $16,03 \pm 4,92$, beslenme alt boyut puan ortalaması $19,59 \pm 4,10$, manevi gelişim alt boyut puan ortalaması $26,69 \pm 4,77$, kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalaması $26,23 \pm 4,30$, stres yönetimi alt boyut puan ortalaması $18,48 \pm 4,14$ olarak bulundu.

4.4.1. Sosyodemografik Özellikleri ile SYBDÖ-II Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

Tablo 4.4.1.1. Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri
YAŞ (n=179)

SYBDÖ-II ALT FAKTÖRLER	19-24 n=121	25-29 n=30	30-34 n=10	35 ve üstü n=18	X_{KW}	P
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Sağlık Sorumluluğu	21,28 $\pm$ 4,28	20,10 $\pm$ 5,53	20,00 $\pm$ 4,85	20,50 $\pm$ 3,11	3,913	0,27
Fiziksel Aktivite	16,20 $\pm$ 4,82	15,17 $\pm$ 5,29	13,60 $\pm$ 4,50	17,11 $\pm$ 4,55	5,756	0,12
Beslenme	19,31 $\pm$ 3,99	18,77 $\pm$ 3,87	19,30 $\pm$ 3,53	22,39 $\pm$ 3,76	10,094	0,02*
Manevi Gelişim	26,85 $\pm$ 4,58	26,42 $\pm$ 5,60	24,70 $\pm$ 5,16	26,84 $\pm$ 4,34	1,579	0,66
Kişilerarası İlişkiler	26,39 $\pm$ 4,11	26,23 $\pm$ 5,32	24,70 $\pm$ 5,10	25,91 $\pm$ 3,49	1,579	0,66
Stres Yönetimi	18,57 $\pm$ 3,99	18,00 $\pm$ 4,73	17,02 $\pm$ 4,80	19,30 $\pm$ 3,87	2,725	0,44
TOPLAM	128,60 $\pm$ 19,13	124,70 $\pm$ 25,41	119,33 $\pm$ 23,42	132,04 $\pm$ 19,26	4,083	0,25
* p<0,05						

Tablo 4.4.1.1. incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının yaş aralıklarına göre anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda Beslenme alt faktör puanının yaşa göre anlamlı bir biçimde farklılaştığı görülmüştür.

Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalarda 35 yaş ve üstü hemşirelerin Beslenme ($\bar{x}$ =22,39) alt faktörü puan ortalamaları; 19-24 yaş aralığı ve 25-29 yaş aralığı hemşirelerin puan ortalamalarından yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4.1.2. Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

SYBDÖ-II ALT FAKTÖRLER	Cinsiyet (n=180)		Z	U	P
	Kadın	Erkek			
	n=156 $\bar{x} \pm SS$	n=24 $\bar{x} \pm SS$			
Sağlık Sorumluluğu	20,99±4,35	20,92±5,28	-0,519	1749	0,60
Fiziksel Aktivite	15,89±4,77	16,96±5,85	-1,187	1590	0,24
Beslenme	19,65±3,97	19,26±4,92	-0,405	1776	0,69
Manevi Gelişim	26,76±4,70	26,24±5,28	-0,54	1744	0,59
Kişilerarası İlişkiler	26,40±4,27	25,10±4,44	-1,508	1514	0,13
Stres Yönetimi	18,46±4,21	18,59±3,78	-0,289	1803	0,77
TOPLAM	128,13±20,44	127,06±22,84	-0,356	1787	0,72

Tablo 4.4.1.2. incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda kadınlarla erkeklerin arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4.1.3. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

SYBDÖ-II ALT FAKTÖRLER	Medeni Durum (n=180)		Z	U	P
	Evli	Bekar			
	n=43 $\bar{x}\pm SS$	n=137 $\bar{x}\pm SS$			
Sağlık Sorumluluğu	20,42±3,90	21,15±4,63	-0,93	2669	0,35
Fiziksel Aktivite	15,56±4,65	16,18±5,01	-0,775	2715	0,44
Beslenme	20,60±4,12	19,28±4,05	-1,707	2438	0,09
Manevi Gelişim	25,91±4,90	26,93±4,71	-1,119	2612	0,26
Kişilerarası İlişkiler	25,73±4,11	26,38±4,36	-0,889	2681	0,37
Stres Yönetimi	17,65±4,38	18,73±4,05	-1,653	2454	0,10
TOPLAM	125,87±21,29	128,65±20,55	-0,842	2694	0,40

Tablo 4.4.1.3. incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının medeni duruma göre anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda bekarlarla evlilerin arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4.1.4. Hemşirelerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

SYBDÖ-II ALT FAKTÖRLER	Çocuk Sahibi Olma (n=180)		Z	U	P
	Olmayan	Olan			
	n=151 $\bar{x}\pm SS$	n=29 $\bar{x}\pm SS$			
Sağlık Sorumluluğu	21,33±4,52	19,14±3,73	-2,393	1576	0,02*
Fiziksel Aktivite	16,37±4,97	14,24±4,30	-2,200	1625	0,03*
Beslenme	19,66±4,01	19,27±4,59	-,492	2063	0,62
Manevi Gelişim	27,07±4,70	24,72±4,70	-2,226	1618	0,02*
Kişilerarası İlişkiler	26,59±4,36	24,32±3,48	-2,480	1553	0,01*
Stres Yönetimi	18,83±4,18	16,62±3,48	-2,396	1576	0,02*
TOPLAM	129,85±20,44	118,31±19,68	-2,574	1528	0,01*
* p<0,05					

Tablo 4.4.1.4. incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II toplam puanı ve alt faktörleri puan ortalamalarının çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analizler sonucunda çocuk sahibi olmayan hemşirelerin; sağlık sorumluluğu ($\bar{x}$ = 21,33), fiziksel aktivite ($\bar{x}$ = 16,37), manevi gelişim

($\bar{x}$ = 27,07), kişiler arası ilişkiler ($\bar{x}$ = 26,59), stres yönetimi ($\bar{x}$ = 18,83) ve ölçek toplam puan ortalaması ($\bar{x}$ = 129,85) çocuk sahibi olan hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı bir biçimde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4.1.5. Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

SYBDÖ-II ALT FAKTÖRLER	Eğitim Durumu (n=180)				X _{KW}	P
	Lise n=104	Önlisans n=37	Lisans n=36	Lisansüstü n=3		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Sağlık Sorumluluğu	20,13±4,51	21,95±3,93	22,00±4,23	26,00±6,00	10,591	0,01*
Fiziksel Aktivite	15,14±4,78	17,03±4,73	17,19±4,60	20,67±10,12	8,299	0,04*
Beslenme	18,94±3,96	20,06±3,76	20,84±4,38	21,67±6,66	6,740	0,08
Manevi Gelişim	26,13±4,72	27,58±4,92	26,82±4,45	33,33±1,53	7,474	0,06
Kişilerarası İlişkiler	25,6±4,15	26,74±4,52	27,18±4,37	29,99±2,65	6,706	0,08
Stres Yönetimi	17,36±3,99	20,32±3,76	19,61±4,11	20,67±3,21	19,662	0,00*
TOPLAM	123,30±19,74	133,67±20,43	133,65±20,02	152,32±24,13	13,256	0,00*
*p<0,05						

Tablo 4.4.1.5. incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II toplam puanı ve alt faktörleri puan ortalamalarının eğitim durumuna göre anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analizler sonucunda sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve ölçek toplam puan ortalamasının eğitim durumuna göre anlamlı bir biçimde farklılaştığı görülmüştür.

Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalarda Eğitim Durumu Lisans olan hemşirelerin; sağlık sorumluluğu ($\bar{x}$ = 22,00), fiziksel aktivite ($\bar{x}$ = 17,19), stres yönetimi ($\bar{x}$ = 19,61) ve ölçek toplam puan ortalaması ($\bar{x}$ = 133,65) eğitim durumu lise olan hemşirelerin puan ortalamasından anlamlı bir biçimde yüksek oldukları belirlenmiştir.

Eğitim durumu önlisans olan hemşirelerin de sağlık sorumluluğu ($\bar{x}$ = 21,95), fiziksel aktivite ($\bar{x}$ = 17,03), stres yönetimi ($\bar{x}$ = 20,32) ve ölçek toplam puan ortalamasının ($\bar{x}$ = 133,67) eğitim durumu lise olan hemşirelerin puan ortalamasından anlamlı bir biçimde yüksek oldukları belirlenmiştir.

Tablo 4.4.1.6. Hemşirelerin Gelir Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

SYBDÖ-II ALT FAKTÖRLER	Gelir Durumu (n=175)			X _{KW}	P
	Gelir Giderden	Gelir Gidere	Gelir giderden		
	Fazla	Denk	Az		
	n=15 x̄±SS	n=52 x̄±SS	n=108 x̄±SS		
Sağlık Sorumluluğu	21,51±6,06	20,50±4,30	21,07±4,39	0,981	0,61
Fiziksel Aktivite	16,00±6,34	16,43±4,41	15,69±4,93	1,338	0,51
Beslenme	19,80±5,40	20,22±3,93	19,28±4,00	2,407	0,30
Manevi Gelişim	26,60±6,99	26,55±4,55	26,77±4,56	0,269	0,87
Kişilerarası İlişkiler	27,15±5,70	25,33±4,16	26,56±4,10	4,211	0,12
Stres Yönetimi	19,02±4,96	18,66±4,36	18,21±3,95	0,65	0,72
TOPLAM	130,08±28,72	127,69±20,17	127,57±19,99	0,212	0,90

Tablo 4.4.1.6. incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının gelir durumuna göre anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

4.4.2. Mesleki Özellikleri ile SYBDÖ-II Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

Tablo 4.4.2.2. Hemşirelerin Çalıştıkları Bölümlerine Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

SYBDÖ-II ALT FAKTÖRLER	Çalışılan Bölüm (n=169)				X _{KW}	P
	Klinik	Yoğun Bakım	Ameliyathane	Yönetim		
	n=73	n=74	n=16	n=6		
	x̄±SS	x̄±SS	x̄±SS	x̄±SS		
Sağlık Sorumluluğu	20,78±4,50	20,95±4,56	22,69±4,69	20,33±3,08	1,958	0,58
Fiziksel Aktivite	16,00±4,69	15,62±5,08	17,81±5,84	16,00±1,67	2,736	0,43
Beslenme	19,33±3,83	19,46±4,10	21,33±5,33	19,50±3,21	1,841	0,61
Manevi Gelişim	26,86±4,66	26,22±5,15	28,94±4,64	26,67±1,86	3,978	0,26
Kişilerarası İlişkiler	26,25±4,41	25,93±4,44	27,13±3,86	26,83±2,40	1,588	0,66
Stres Yönetimi	18,10±4,38	18,21±4,08	20,08±4,36	20,00±2,37	4,101	0,25
TOPLAM	127,33±20,01	126,39±21,41	137,97±25,32	129,33±7,39	3,196	0,36

Tablo 4.4.2.2. incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının çalışılan bölüme göre anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığını

belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4.2.3. Hemşirelerin Çalıştıkları Pozisyonlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

SYBDÖ-II ALT FAKTÖRLER	Çalışılan Pozisyon (n=180)			X _{kw}	P
	Sorumlu	Klinik	Yönetici		
	n=16 x̄±SS	n=158 x̄±SS	n=6 x̄±SS		
Sağlık Sorumluluğu	20,25±4,78	21,07±4,50	20,33±3,08	0,755	0,69
Fiziksel Aktivite	14,75±5,22	16,16±4,97	16,00±1,67	1,962	0,38
Beslenme	21,50±5,27	19,41±3,97	19,50±3,21	2,881	0,24
Manevi Gelişim	25,38±4,64	26,82±4,85	26,67±1,86	1,949	0,38
Kişilerarası İlişkiler	25,38±4,24	26,29±4,37	26,83±2,40	1,283	0,53
Stres Yönetimi	17,71±4,60	18,50±4,15	20,00±2,37	2,219	0,33
TOPLAM	124,96±24,28	128,24±20,73	129,33±7,39	1,248	0,54

Tablo 4.4.2.3. incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının çalışma pozisyonuna göre anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4.2.4. Hemşirelerin Bulundukları Kurumda Çalışma Sürelerine Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Kurumda Çalışma Süresi (n=171)						
SYBDÖ-II	1 yıldan az	1-5 yıl	6-10 yıl	11 yıl ve üzeri	X _{kw}	P
ALT FAKTÖRLER	n=61	n=90	n=16	n=4		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Sağlık Sorumluluğu	21,31±3,70	20,93±5,08	20,00±4,52	19,25±2,22	2,285	0,52
Fiziksel Aktivite	16,68±4,02	15,79±5,57	15,00±5,19	16,00±5,35	3,680	0,30
Beslenme	20,08±3,79	19,08±4,32	19,95±4,66	22,75±1,50	6,210	0,10
Manevi Gelişim	27,89±4,48	26,25±4,93	24,81±5,09	25,50±4,80	6,962	0,07
Kişilerarası İlişkiler	26,63±4,45	26,15±4,13	24,50±4,84	25,50±3,70	2,914	0,40
Stres Yönetimi	19,77±4,16	17,84±4,07	17,06±4,46	17,25±2,63	9,190	0,03*
TOPLAM	132,36±18,49	126,04±22,04	121,32±23,94	126,25±18,87	5,477	0,14
*p<0,05						

Tablo 4.4.2.4. incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II toplam puanı ve alt faktörleri puan ortalamalarının kurumda çalışma süresine göre anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analizler sonucunda stres yönetimi alt faktör puanının kurumda çalışma süresine göre anlamlı bir biçimde farklılaştığı görülmüştür.

Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalarda 1 yıldan az ($\bar{x}= 19,81$) çalışan hemşirelerin puan ortalamaları 1-5 yıl arası çalışan hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı bir biçimde yüksek oldukları belirlenmiştir.

Tablo 4.4.2.5. Hemşirelerin Hemşire Olarak Çalışma Sürelerine Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Hemşire Olarak Çalışma Süresi (n=170)						
SYBDÖ-II	1 yıldan az	1-5 yıl	6-10 yıl	11 yıl ve üzeri	X _{KW}	P
ALT FAKTÖRLER	n=34	n=78	n=39	n=19		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Sağlık Sorumluluğu	21,82±3,73	21,35±4,83	19,26±4,49	21,00±4,03	7,809	0,05
Fiziksel Aktivite	16,95±3,79	16,47±5,54	13,87±4,31	17,05±5,13	10,33	0,02*
Beslenme	20,23±3,43	19,18±4,30	18,26±3,65	22,74±4,17	15,155	0,00*
Manevi Gelişim	27,55±4,86	26,97±4,64	25,39±5,28	26,42±4,66	3,723	0,29
Kişilerarası İlişkiler	26,40±4,85	26,75±4,08	24,92±4,52	25,75±3,60	5,534	0,14
Stres Yönetimi	19,81±3,84	18,44±3,95	16,83±4,79	19,28±3,87	12,146	0,01*
TOPLAM	132,77±18,68	129,17±20,68	118,53±22,08	132,25±20,88	11,193	0,01*
*p<0,05						

Tablo 4.4.2.5. incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II toplam puanı ve alt faktörleri puan ortalamalarının hemşire olarak çalışma süresine göre anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analizler sonucunda fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve ölçek toplam puan ortalamasının hemşire olarak çalışma süresine göre anlamlı bir biçimde farklılaştığı görülmüştür.

Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalarda 1 yıldan az çalışan hemşirelerin; fiziksel aktivite ($\bar{x}$ = 16,95) ve stres yönetimi ($\bar{x}$ = 19,81) alt faktör puan ortalamaları 6-10 yıl arası çalışan hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı bir biçimde yüksek oldukları belirlenmiştir. Beslenme alt faktöründe 11 yıl ve üzeri çalışan ($\bar{x}$ = 22,74) hemşirelerin puan ortalamaları; 6-10 yıl arası çalışan hemşirelerin ve 1-5 yıl arası çalışan hemşirelerin puan ortalamasından anlamlı bir biçimde yüksek olduğu bulunmuştur.

Ölçek toplam puan ortalamasında 1 yıldan az ($\bar{x}$ = 132,77) çalışan hemşirelerin puan ortalaması ve 1-5 yıl arası ($\bar{x}$ = 129,17) çalışan hemşirelerin puan ortalaması; 6-10 yıl arası çalışan hemşirelerin puan ortalamasından anlamlı bir biçimde yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.4.2.6. Hemşirelerin Çalışma Düzenlerine Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

SYBDÖ-II ALT FAKTÖRLER	Çalışma Şekli (n=180)			X _{kw}	P
	Sürekli Gündüz	Sürekli Gece	Vardiyalı		
	n=58 $\bar{x} \pm SS$	n=9 $\bar{x} \pm SS$	n=113 $\bar{x} \pm SS$		
Sağlık Sorumluluğu	20,81±4,27	21,67±6,28	21,00±4,44	0,162	0,92
Fiziksel Aktivite	16,02±4,43	18,47±5,77	15,84±5,08	1,742	0,42
Beslenme	20,38±4,27	20,33±3,12	19,13±4,03	4,430	0,11
Manevi Gelişim	26,49±4,44	28,11±6,70	26,68±4,78	2,309	0,32
Kişilerarası İlişkiler	26,13±4,00	26,11±5,28	26,29±4,41	0,043	0,98
Stres Yönetimi	19,18±4,39	18,38±4,14	18,12±4,00	2,007	0,37
TOPLAM	129,01±20,88	133,07±26,66	127,06±20,23	1,609	0,45

Tablo 4.4.2.6. incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının çalışma şekline göre anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4.2.7. Hemşirelerin Çalışma Ortamı Memnuniyet Düzeylerine Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Çalışma Ortamı Memnuniyeti (n=180)							
SYBDÖ-II ALT FAKTÖRLER	Çok Memnun n=11 $\bar{x} \pm SS$	Memnun n=85 $\bar{x} \pm SS$	Kısmen Memnun n=61 $\bar{x} \pm SS$	Memnun Değil n=17 $\bar{x} \pm SS$	Hiç Memnun Değil n=6 $\bar{x} \pm SS$	X _{KW}	P
Sağlık Sorumluluğu	18,36±3,47	21,43±4,01	21,28±4,37	19,53±5,50	20,33±8,16	8,216	0,08
Fiziksel Aktivite	13,91±4,39	16,85±4,24	15,97±5,42	13,94±5,43	14,83±6,43	10,057	0,04*
Beslenme	19,43±4,48	20,08±3,74	19,44±4,30	17,83±4,20	19,67±5,61	4,484	0,34
Manevi Gelişim	28,91±5,03	27,05±4,55	26,68±4,68	23,88±4,72	25,50±6,25	6,962	0,14
Kişilerarası İlişkiler	27,00±4,29	26,38±4,52	26,23±3,67	24,59±4,14	27,17±7,36	4,109	0,39
Stres Yönetimi	20,27±4,71	19,21±3,92	18,22±4,05	16,06±3,34	14,17±4,45	16,826	0,00*
TOPLAM	127,89± 20,53	131,01± 18,95	127,81± 20,77	115,83± 22,20	121,67± 31,86	8,973	0,06
*p<0,05							

Tablo 4.4.2.7. incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının çalışma ortamı memnuniyetine göre anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda çalışma ortamından memnun hemşirelerin; fiziksel aktivite ($\bar{x}= 16,85$) ve stres yönetimi ($\bar{x}= 19,21$) alt faktör puan ortalamaları, çalışma ortamından memnun olmayan hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı bir biçimde yüksek olduğu bulunmuştur.

4.4.3. Sağlığa İlişkin Özellikleri ile SYBDÖ-II Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

Tablo 4.4.3.1. Hemşirelerin Beden Kitle İndeksi Düzeylerine Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Beden Kitle İndeksi (n=178)						
SYBDÖ-II ALT FAKTÖRLER	Zayıf	Normal	Fazla Kilolu	Obez	X _{kw}	P
	n=14	n=123	n=34	n=7		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Sağlık Sorumluluğu	20,64±4,16	21,27±4,52	20,64±4,45	19,71±3,99	1,717	0,63
Fiziksel Aktivite	16,29±4,30	16,21±5,09	16,42±4,46	11,43±3,41	7,191	0,07
Beslenme	18,80±3,08	19,64±4,33	20,52±3,69	16,71±1,98	7,672	0,05
Manevi Gelişim	26,36±5,35	26,81±4,70	27,05±4,50	25,58±4,04	0,643	0,89
Kişilerarası İlişkiler	25,29±4,60	26,62±4,19	26,02±4,57	24,18±2,16	4,228	0,24
Stres Yönetimi	18,52±3,44	18,66±4,44	18,25±3,13	17,43±4,50	0,774	0,86
TOPLAM	125,89±19,15	129,21±21,25	128,89±18,55	115,05±14,72	4,130	0,25

Tablo 4.4.3.1. incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının beden kitle indeksi aralıklarına göre anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4.3.2. Hemşirelerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Sigara Kullanma (n=180)					
SYBDÖ-II ALT FAKTÖRLER	Hayır	Evet	Z	U	P
	n=100	n=80			
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$			
Sağlık Sorumluluğu	21,14±4,30	20,77±4,69	-,694	3759	0,49
Fiziksel Aktivite	16,37±4,75	15,60±5,13	-1,154	3600	0,09
Beslenme	20,09±3,96	18,97±4,20	-1,699	3411	0,09
Manevi Gelişim	26,69±5,04	26,69±4,43	-,193	3933	0,85
Kişilerarası İlişkiler	26,10±4,62	26,38±3,90	-,209	3927	0,83
Stres Yönetimi	18,42±4,50	18,54±3,68	-,698	3758	0,49
TOPLAM	128,81±21,62	126,96±19,59	-,538	3813	0,59

Tablo 4.4.3.2. incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının sigara kullanma durumuna göre anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4.3.3. Hemşirelerin Alkol Kullanma Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

SYBDÖ-II ALT FAKTÖRLER	Alkol Kullanma (n=180)		Z	U	P
	Hayır	Evet			
	n=110 $\bar{x}\pm SS$	n=70 $\bar{x}\pm SS$			
Sağlık Sorumluluğu	21,24±4,18	20,55±4,89	-1,47	3350	0,14
Fiziksel Aktivite	16,02±4,66	16,04±5,35	-0,234	3770	0,82
Beslenme	19,86±3,79	19,18±4,54	-1,042	3496	0,30
Manevi Gelişim	26,73±4,84	26,62±4,68	-0,406	3712	0,68
Kişilerarası İlişkiler	26,17±4,21	26,32±4,47	-0,256	3763	0,80
Stres Yönetimi	18,45±4,21	18,51±4,07	-0,18	3789	0,86
TOPLAM	128,47±19,98	127,22±21,92	-0,404	3712	0,69

Tablo 4.4.3.3. incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının alkol kullanma durumuna göre anlamlı bir biçimde farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4.3.4. Hemşirelerin Yeterli ve Dengeli Beslenme Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

SYBDÖ-II ALT FAKTÖRLER	Yeterli ve Dengeli Beslenme Durumu (n=180)		Z	U	P
	Hayır	Evet			
	n=94 $\bar{x}\pm SS$	n=86 $\bar{x}\pm SS$			
Sağlık Sorumluluğu	20,23±4,38	21,79±4,45	-2,276	3249	0,02*
Fiziksel Aktivite	14,88±4,50	17,28±5,09	-3,296	2894	0,00*
Beslenme	18,25±3,69	21,06±4,03	-4,566	2452	0,00*
Manevi Gelişim	25,64±4,73	27,83±4,57	-2,989	3000	0,00*
Kişilerarası İlişkiler	25,96±4,36	26,52±4,25	-,999	3694	0,32
Stres Yönetimi	17,29±3,78	19,77±4,15	-3,817	2714	0,00*
TOPLAM	122,25±19,68	134,26±20,08	-3,604	2783	0,00*

*p<0,05

Tablo 4.4.3.4. incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının yeterli ve dengeli beslenme durumuna göre anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda yeterli ve dengeli beslenen hemşirelerin; sağlık sorumluluğu ($\bar{x}$ = 21,79), fiziksel aktivite ($\bar{x}$ = 17,28), beslenme ($\bar{x}$ = 21,06), manevi gelişim ($\bar{x}$ = 27,83), stres yönetimi ($\bar{x}$ = 19,77) ve ölçek toplam puan ($\bar{x}$ = 134,26) ortalaması yeterli ve dengeli beslenmeyen hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı bir biçimde yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.4.3.5. Hemşirelerin Öğün Atlama Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

SYBDÖ-II ALT FAKTÖRLER	Öğün Atlama Durumu (n=180)		Z	U	P
	Hayır	Evet			
	n=37 $\bar{x}\pm SS$	n=143 $\bar{x}\pm SS$			
Sağlık Sorumluluğu	22,11 $\pm$ 4,05	20,68 $\pm$ 4,54	-2,124	2047	0,03*
Fiziksel Aktivite	17,76 $\pm$ 4,54	15,58 $\pm$ 4,93	-2,764	1866	0,01*
Beslenme	21,75 $\pm$ 3,89	19,04 $\pm$ 3,97	-3,640	1620	0,00*
Manevi Gelişim	28,00 $\pm$ 4,48	26,35 $\pm$ 4,79	-1,759	2149	0,08
Kişilerarası İlişkiler	27,33 $\pm$ 4,25	25,94 $\pm$ 4,28	-1,822	2132	0,07
Stres Yönetimi	20,57 $\pm$ 4,25	17,93 $\pm$ 3,95	-3,375	1695	0,00*
TOPLAM	137,52 $\pm$ 19,10	125,52 $\pm$ 20,45	-3,158	1753	0,00*
*p<0,05					

Tablo 4.4.3.5. incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının öğün atlama durumuna göre anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda öğün atlamayan hemşirelerin; sağlık sorumluluğu ($\bar{x}$ = 22,11), fiziksel aktivite ($\bar{x}$ = 17,76), beslenme ($\bar{x}$ = 21,75), stres yönetimi ($\bar{x}$ = 20,57) ve ölçek toplam puan ($\bar{x}$ = 137,52) ortalaması öğün atlayan hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı bir biçimde yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.4.3.6. Hemşirelerin Spor Yapma Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

SYBDÖ-II ALT FAKTÖRLER	Spor Yapma Durumu (n=180)			X _{KW}	P
	Hiç Yapmam	Bazen Yaparım	Düzenli Olarak		
	n=72 $\bar{x} \pm SS$	n=88 $\bar{x} \pm SS$	n=20 $\bar{x} \pm SS$		
Sağlık Sorumluluğu	19,53±4,28	21,57±3,79	23,55±6,11	12,376	0,00*
Fiziksel Aktivite	12,22±3,35	17,54±3,30	23,10±4,29	88,802	0,00*
Beslenme	17,39±3,57	20,63±3,41	22,96±4,69	37,472	0,00*
Manevi Gelişim	24,92±5,00	27,80±4,04	28,15±5,11	16,092	0,00*
Kişilerarası İlişkiler	24,98±4,21	26,89±4,05	27,75±4,74	10,844	0,00*
Stres Yönetimi	16,74±3,85	19,35±3,60	20,87±5,10	25,334	0,00*
TOPLAM	115,80±18,62	133,78±14,86	146,38±25,67	47,468	0,00*
*p<0,05					

Tablo 4.4.3.6. incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II toplam puanı ve alt faktörleri puan ortalamalarının spor yapma durumuna göre anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analizler sonucunda sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve ölçek toplam puan ortalamasının spor yapma durumuna göre anlamlı bir biçimde farklılaştığı görülmüştür.

Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalarda düzenli olarak spor yapan hemşirelerin sağlık sorumluluğu ($\bar{x}$ = 23,55), beslenme ($\bar{x}$ = 22,96), manevi gelişim ($\bar{x}$ = 28,15), kişilerarası ilişkiler ($\bar{x}$ = 27,75), stres yönetimi ($\bar{x}$ = 20,87) ve toplam puan ($\bar{x}$ = 146,38) ortalamaları hiç spor yapmayan hemşirelerin ortalamalarından anlamlı bir biçimde yüksek olduğu görülmüştür.

Benzer şekilde bazen spor yapan hemşirelerin de sağlık sorumluluğu ($\bar{x}$ = 21,57), beslenme ($\bar{x}$ = 20,63), manevi gelişim ($\bar{x}$ = 27,80), kişilerarası ilişkiler ($\bar{x}$ = 26,89), stres yönetimi ($\bar{x}$ = 19,35) ve toplam puan ($\bar{x}$ = 133,78) ortalamaları hiç spor yapmayan hemşirelerin ortalamalarından anlamlı bir biçimde yüksek olduğu görülmüştür.

Fiziksel aktivite alt faktöründe ise düzenli olarak yapan ($\bar{x}$ = 23,10) hemşirelerin puan ortalamaları, bazen yapan ve hiç yapmayan hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı bir biçimde yüksek olduğu ve benzer şekilde bazen yapan ($\bar{x}$ = 17,54) hemşirelerin puan

ortalamlarının da hiç yapmayan hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı bir biçimde yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 4.4.3.7. Hemşirelerin Uyku Süresini Yeterli Bulma Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Uyku Süresini Yeterli Bulma Durumu (n=180)					
SYBDÖ-II ALT FAKTÖRLER	Hayır	Evet	Z	U	P
	n=113	n=67			
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$			
Sağlık Sorumluluğu	20,32±4,18	22,08±4,75	-2,664	2887	0,01*
Fiziksel Aktivite	15,26±4,62	17,33±5,17	-2,901	2807	0,00*
Beslenme	18,88±3,76	20,80±4,37	-3,182	2713	0,00*
Manevi Gelişim	25,81±4,41	28,17±5,00	-3,154	2721	0,00*
Kişilerarası İlişkiler	25,65±4,13	27,19±4,45	-2,649	2892	0,01*
Stres Yönetimi	17,21±3,76	20,61±3,90	-5,240	2021	0,00*
TOPLAM	123,13±18,51	136,17±21,75	-4,129	2390	0,00*
*p<0,05					

Tablo 4.4.3.7. incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının uyku süresini yeterli bulma durumuna göre anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda uyku süresini yeterli bulan hemşirelerin; sağlık sorumluluğu ($\bar{x}$ = 22,08), fiziksel aktivite ($\bar{x}$ = 17,33), beslenme ($\bar{x}$ = 20,80), manevi gelişim ($\bar{x}$ = 28,17), kişiler arası ilişkiler ($\bar{x}$ = 27,19), stres yönetimi ($\bar{x}$ = 20,61) ve ölçek toplam puan ($\bar{x}$ = 136,17) ortalaması, uyku süresini yeterli bulmayan hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı bir biçimde yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.4.3.8. Hemşirelerin Ailede Kronik Hastalık Olma Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Ailede Kronik Hastalık Olma Durumu (n=180)					
SYBDÖ-II ALT FAKTÖRLER	Hayır	Evet	Z	U	P
	n=110	n=70			
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$			
Sağlık Sorumluluğu	21,34±4,53	20,40±4,34	-1,814	3297	0,10
Fiziksel Aktivite	16,24±4,90	15,70±4,98	-1,538	3563	0,40
Beslenme	19,60±4,23	19,59±3,91	-,004	3790	0,86
Manevi Gelişim	26,70±5,27	26,66±3,89	-,058	3815	0,92
Kişilerarası İlişkiler	26,18±4,72	26,29±3,58	-,585	3793	0,87
Stres Yönetimi	18,79±4,51	17,98±3,47	-,149	3580	0,43
TOPLAM	128,86±22,49	126,62±17,62	-,568	3635	0,53

Tablo 4.4.3.8. incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının ailede kronik hastalık olma durumuna göre anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4.3.9. Hemşirelerin Tanı Koyulmuş Bir Hastalığı Olma Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

Tanı Koyulmuş Bir Hastalığı Olma Durumu (n=180)					
SYBDÖ-II ALT FAKTÖRLER	Hayır	Evet	Z	U	P
	n=140	n=40			
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$			
Sağlık Sorumluluğu	21,10±4,73	20,53±3,41	-,258	2691	0,71
Fiziksel Aktivite	16,18±5,06	15,50±4,42	-,545	2676	0,67
Beslenme	19,65±4,19	19,40±3,80	-,942	2702	0,74
Manevi Gelişim	26,98±4,82	25,68±4,49	-1,577	2351	0,12
Kişilerarası İlişkiler	26,43±4,25	25,52±4,47	-,208	2471	0,26
Stres Yönetimi	18,66±4,17	17,84±4,02	-1,839	2491	0,29
TOPLAM	128,99±21,42	124,46±17,78	-,849	2485	0,28

Tablo 4.4.3.9. incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının tanı koyulmuş bir hastalığı olma durumuna göre anlamlı bir biçimde

farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4.3.10. Hemşirelerin Algılanan Sağlık Durumlarına Göre SYBDÖ-II Düzeyleri

SYBDÖ-II ALT FAKTÖRLER	Algılanan Sağlık (n=179)				X _{KW}	P
	Çok Sağlıklı	Sağlıklı	Kısmen Sağlıklı	Kötü		
	n=18 $\bar{x} \pm SS$	n=111 $\bar{x} \pm SS$	n=45 $\bar{x} \pm SS$	n=5 $\bar{x} \pm SS$		
Sağlık Sorumluluğu	22,71±5,38	21,01±4,34	19,80±3,89	23,80±6,69	4,258	0,24
Fiziksel Aktivite	17,06±5,97	16,52±4,99	14,11±3,74	18,60±5,77	9,339	0,03*
Beslenme	21,09±5,44	20,01±3,91	17,98±3,72	19,40±2,79	10,766	0,01*
Manevi Gelişim	29,13±4,35	26,96±4,69	25,16±4,85	25,20±3,70	8,778	0,03*
Kişilerarası İlişkiler	28,34±3,76	26,28±4,20	25,19±4,71	26,26±2,39	6,674	0,08
Stres Yönetimi	20,56±5,01	19,09±4,01	16,25±3,15	17,20±4,66	18,769	0,00*
TOPLAM	138,88±24,63	129,87±20,02	118,49±17,60	130,46±22,43	12,087	0,00*
*p<0,05						

Tablo 4.4.3.10. incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının algılanan sağlık durumuna göre anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda kendini çok sağlıklı hisseden hemşirelerin; beslenme ($\bar{x}$ = 21,09), stres yönetimi ($\bar{x}$ = 20,56) ve ölçek toplam puan ($\bar{x}$ = 138,88) ortalaması kendini kısmen sağlıklı hisseden hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı bir biçimde yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde kendini sağlıklı hisseden hemşirelerin; beslenme ($\bar{x}$ = 20,01), stres yönetimi ($\bar{x}$ = 19,09) ve ölçek toplam puan ($\bar{x}$ = 129,87) ortalaması da kendini kısmen sağlıklı hisseden hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı bir biçimde yüksek olduğu bulunmuştur. Fiziksel aktivite alt faktöründe kendini sağlıklı ($\bar{x}$ = 16,52) hisseden hemşirelerin puan ortalaması, kendini kısmen sağlıklı hisseden hemşirelerin puan ortalamasından anlamlı bir biçimde yüksek olduğu bulunmuştur. Manevi gelişim alt faktöründe kendini çok sağlıklı ($\bar{x}$ = 29,13) hisseden hemşirelerin puan ortalaması, kendini kısmen sağlıklı hisseden hemşirelerin puan ortalamasından anlamlı bir biçimde yüksek olduğu bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Bu Araştırma Özel Yaşam Hastaneler Grubunun; Antalya ili merkezinde bulunan Antalya Yaşam Hastanesi, Akdeniz Sağlık Vakfı Yaşam Hastanesi ve Opera Yaşam Hastanesi şubelerinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemek amacıyla 180 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Bu bölümde araştırma bulguları; Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri ve SYBDÖ-II düzeyleri ile Sosyodemografik, Mesleki ve Sağlığa ilişkin özellikler arasındaki ilişkileri olmak üzere dört ayrı başlıkta tartışılmıştır.

5.1. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeyleri

Çalışmamızda hemşirelerin SYBDÖ-II toplam puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceleyen uluslararası çalışmalar mevcuttur (McElligott ve ark., 2009; Tucker, 2012; Khaghanyrad, 2014; Abedi ve Nejat, 2015; Thoma ve ark., 2017; Keele, 2019). Khaghanyrad (2014), çalışmasında Türkiye’de çalışan hemşirelerin SYBDÖ-II puan ortalamaları 120.96 ± 17.13 , İran’da çalışan hemşirelerin puan ortalamalarını ise 134.45 ± 21.28 olarak belirlemiştir. Khaghanyrad (2014), çalışmasında iki ülke hemşireleri arasında toplam puan farkı olduğunu ve bu farkın anlamlı olduğunu belirtmiştir. Keele (2019), Amerika Birleşik Devletleri’nde yaptığı çalışmasında hemşirelerin SYBDÖ-II puan ortalamasını 139.82 ± 21.27 olarak belirlemiştir. Türk hemşirelerde yapılan çalışmalarda SYBDÖ-II puan ortalaması 114,08 ile 132,87 arasında değişiklikler göstermiştir (Ballıel, 2009; Uz, 2011; Bostan, 2013; Khaghanyrad, 2014; Çetin, 2015; Demir, 2016; On, 2016; Uncu, 2017; Emeksiz, 2018; Gençgün, 2018; Zoroğlu, 2018; Özbek, 2019; Yılmaz, 2020).

Uluslararası çalışmalar incelendiğinde hemşirelerin SYBDÖ-II puan ortalaması orta düzeyin üst değerlerinde oldukları görülmektedir. Araştırma bulgumuz uluslararası literatürle kıyaslandığında puan ortalamasının benzer şekilde orta düzeyde nispeten düşük olduğu görülmektedir. Türk hemşireler üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde hemşirelerin toplam puanları orta düzeyin en alt değerlerinde olduğu görülmektedir. Araştırma bulgumuz Türk hemşirelerde yapılan çalışmalarla uyumlu olarak orta düzeyde nispeten Türk hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. Hasta bireylerin bakım

ihtiyaçlarını ve sağlıklı bireylerinde danışmanlık ihtiyaçlarını profesyonel bir şekilde karşılamak amacıyla eğitim alan hemşirelerin SYBDÖ-II puanlarının yüksek düzeyde olması beklenmektedir. Hemşirelerin bilgilerini kendi yaşamlarına uygulama konusunda yetersiz kaldıkları görülmektedir.

Alt faktörlerin puan ortalamalarına baktığımızda manevi gelişim alt boyut puan ortalamasının $26,69 \pm 4,77$ ile en yüksek olduğu görülmektedir. Bunu sırasıyla kişilerarası ilişkiler $26,23 \pm 4,30$, sağlık sorumluluğu $20,97 \pm 4,47$, beslenme $19,59 \pm 4,10$, stres yönetimi $18,48 \pm 4,14$ ve fiziksel aktivite $16,03 \pm 4,92$ takip etmektedir. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceleyen çalışmalara bakıldığında manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler boyutları puan ortalamaları en yüksek olan alt boyutlardır. Yapılan çalışmalarda manevi gelişim genellikle en yüksek puan alınan boyut olmuştur. Kişilerarası ilişkiler boyutu bazı çalışmalarda manevi gelişim boyutundan daha yüksek olmasına rağmen genellikle en yüksek puan alınan ikinci alt boyut olarak görülmektedir. Yapılan çalışmalarda benzer şekilde en düşük puanlar stres yönetimi ve fiziksel aktivite alt boyutlarındadır (Balliel, 2009; McElligott ve ark., 2009; Uz, 2011; Tucker, 2012; Bostan, 2013; Khaghanyrad, 2014; etin, 2015; Demir, 2016; On, 2016; Thoma ve ark., 2017; Emeksiz, 2018; Ezer, 2018; Genğ n, 2018; Zoroğlu, 2018; Keele, 2019;  zbek, 2019; Yılmaz, 2020).

Hemşireler, mesleğin doğasında var olan özgecilik davranışları gösteren kişilerdir. Toplumsal normlar ve dini inanışlar da bu durumu desteklemektedir. Hemşireler, hemşirelik mesleğinin doğası ve hemşirenin rolleri gereğince hizmet sundukları hasta veya sağlıklı bireylere; doğumda, yaşamda ve ölümde insan hayatının her aşamasında hizmet vermektedirler. Bu geniş hizmet yelpazesinde birey veya yakınları ile sürekli iletişim halinde olmakta olan hemşirelerin manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarından yüksek puan almaları beklenen durumdur.

Stres; fiziksel, duygusal ya da sosyal sebeplerden dolayı kişinin verimli çalışmasını, sağlıklı düşünmesini ve kaynak kullanımını engelleyebilecek bir durumdur (Baltaş, 2000; Pender ve ark., 2011). Stres yönetimi, bireyin karşılaştığı problemlere akılcı yaklaşımlarda bulunmasını gerektirmektedir. Stres yönetimi uygulamalarından biri de düzenli fiziksel aktivitedir. Fiziksel aktivite; kas iskelet sisteminin belirli hareketlerle

çalıştırılmasıdır. Fiziksel aktivite esnasında nabız ve solunum sayısında artış ve süreç içerisinde yorulma gözlemlenmelidir (DSÖ, 2018). Hemşirelik; vardiyalı çalışmayı, yoğun çalışma temposunu ve sorumluluğunu üstlendiği hastaları hakkında önemli kararlar vermeyi gerektiren hem fiziksel yükü hem de duygusal yükü olan bir meslektir. Hemşirelere yüklenen sorumluluklar gereği stres yaşaması beklenen bir durumdur. Çalışma ortamlarında sürekli strese maruz kalan hemşireler sosyal hayatlarında fiziksel aktivite için gerekli motivasyonu sağlayamamaktadır. Ayrıca stresi yönetme konusunda yetersiz kalabilmektedir. Yapılan çalışmalarda görüldüğü üzere en düşük puan alınan boyutlar stres yönetimi ve fiziksel aktivite olmaktadır.

5.2. Sosyodemografik Özellikler ile SYBDÖ-II Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

Bu bölümde katılımcı hemşirelerin SYBDÖ-II düzeyleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olmaları, eğitim ve gelir durumlarına göre tartışılmıştır. Pender'in sağlığı geliştirme modeline göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sosyodemografik özellikler arasında dolaylı bir ilişki olduğu düşünülmektedir (Pender ve ark., 2011).

Hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamaları **Yaş Aralıklarına göre** incelendiğinde 35 yaş ve üzeri hemşirelerin beslenme alt boyutu puan ortalaması 19-24 yaş aralığı ve 25-29 yaş aralığı hemşirelerin puan ortalamalarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer alt boyutlarda ve SYBDÖ-II toplam puanında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarını yaş aralıklarına göre inceleyen çalışmaların bazılarında herhangi bir ilişki bulunmadığı görülmüştür (Ballhel, 2009; Demir, 2016; Emeksiz, 2018; Meşeli, 2020) İlgili literatür incelendiğinde hemşirelerin yaşları ile SYBDÖ-II ve alt faktörleri arasında parabolik bir ilişki olduğu görülmüştür. Hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının genç hemşirelerde ortalama seviyelerde olduğu orta yaşlara gelindiğinde genç yaşa göre görece düşüş gösterdiği, orta yaş sonrası ve daha ileri yaşlarda tekrar yükseldiği görülmektedir (Uz, 2011; Tucker, 2012; Bostan, 2013; Khaghanyrad, 2014; On, 2016; Uncu, 2017; Özbek, 2019; Topcu Altın, 2020). Bu durum yaş değişkeninin her döneminin kendine göre avantaj ve dezavantajları olmasının yanı sıra yaş değişkeninin farklı sosyodemografik değişkenlerden etkilenebilmesinden kaynaklanabilir.

Hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamaları **Cinsiyete göre** incelendiğinde kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Çalışmamızla benzer olarak cinsiyetle sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki olmadığı araştırmalar mevcuttur (Tucker, 2012; Uncu, 2017; Özbek, 2019; Topcu Altın, 2020). İlgili literatür incelendiğinde hemşirelerin cinsiyetleri ile SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamaları arasında anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Meşeli (2020), çalışmasında kadınların sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve SYBDÖ-II toplam puanında erkeklerden daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Emeksiz (2018), kadınların sağlık sorumluluğunda, Bostan (2013), ise kadınların beslenme alt boyutunda erkeklerden daha yüksek puan aldığını belirlemiştir. Khaghanyrad (2014), çalışmasında İran'daki erkeklerin fiziksel aktivite puanlarının kadınlardan yüksek olduğunu belirlemiştir. Geçmiş tarihlerden günümüze kadar toplumsal normlar, fiziksel, biyolojik, sosyal ve ruhsal özellikler; kadınlar ve erkekler arasında belli başlı davranış, anlayış ve yaşayış farklılıkları geliştirmiştir. Bu farklılıklar bazı durum, davranış ve alışkanlıklarda erkeklerin ya da kadınların baskın olmasıyla sonuçlanmaktadır. Tablo 4.1.1. incelendiğinde katılımcı hemşirelerin çok büyük çoğunluğunun kadın olduğu görülmektedir. Araştırmamızda cinsiyetler arasında fark olmamasının sebebi bu yoğunluk olabilir.

Hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamaları **Medeni Duruma göre** incelendiğinde bekarlarla evlilerin arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Çalışmamızla benzer olarak medeni durum ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki olmadığı araştırmalar mevcuttur (Tucker, 2012; Demir, 2016; Özbek, 2019; Meşeli, 2020). İlgili literatürde bekar hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamaları evli hemşirelere göre çoğunlukla yüksek olduğu belirlenmiştir. (Ballıel, 2009; Uz, 2011; Bostan, 2013; Khaghanyrad, 2014; Uncu, 2017; Emeksiz, 2018; Topcu Altın, 2020) Literatürden farklı olarak On (2016), çalışmasında evli hemşirelerin Fiziksel Aktivite ve Beslenme puanlarını bekar hemşirelerden yüksek olarak bulmuştur. Evli ve bekar olma durumu birçok durumla ilişkili olmakla beraber yaşla çoğunlukla bağlantılı olmaktadır. Günümüzde ilk evlilik yaşı gittikçe 30'lu yaşlara yaklaşmaktadır. Bu durum geçmiş tarihlere göre beklenen yaşam ve beklenen sağlıklı yaşam yıllarının artmasına (DSÖ, 2021) ve günümüz gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarında kişilerin temel

ihtiyaçlarının giderilmiş olmasıyla; kendini gerçekleştirme ve kariyer planlama davranışlarında artış görülmesiyle de ilişkilendirilebilir. Çalışmamızda Tablo 4.1.1. incelendiğinde çok büyük çoğunluğunun (%84,36) 30 yaşının altında olduğu görülmektedir. Bu bilgilerle beraber evli olan bireyler bireysel düşünce ve yaşayıştan uzaklaşmakta, eşi ve varsa çocuklarıyla ilgili yeni davranışlar geliştirmekte sorumluluklar almaktadır. Bekar bireylerin evli bireylere göre aldıkları kararlar, sorumluluklar ya da davranışlarının sonuçları sadece kendilerini ilgilendirmekte ve bununla birlikte daha serbest yaşayabilmekte ve gelişim göstermede evli olan bireylerden başarılı olabilmektedirler.

Hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamaları **ocuk Sahibi Olma durumuna** göre incelendiğinde ocuk sahibi olmayan hemşirelerin; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve ölçek toplam puan ortalaması ocuk sahibi olan hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı bir biçimde yüksek olduğu belirlenmiştir. İlgili literatürde ocuk sahibi olmayan hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamaları çoğunlukla ocuk sahibi olan hemşirelerden yüksek bulunmuştur (Balliel, 2009; Bostan, 2013; Khaghanyrad, 2014; Uncu, 2017). Khaghanyrad (2014) ve Uncu (2017), ayrıca çalışmalarında ocuk sahibi olan hemşirelerin Beslenme alt faktör puanının yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Demir (2016), çalışmasında ocuk sahibi olma ile SYBDÖ-II ve alt faktörleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemiştir. ocuk sahibi olmak evli ve bekar olmanın sağlığa etkisiyle uyumlu olarak daha fazla sorumluluk, zaman ve ilgi gerektirmektedir. Bu durum ocuk sahibi olmayan bireylerin kendi sağlıklarına odaklanmaları ve bireysel gelişim göstermeleri açısından avantajlı olmaktadır.

Hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamaları **Eğitim Durumuna göre** incelendiğinde lisans ve nlisans mezunu hemşireler arasında anlamlı bir fark bulunmazken lisans ve nlisans mezunu hemşirelerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve ölçek toplam puan ortalaması lise mezunu hemşirelerden anlamlı bir şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. İlgili literatürde çalışma bulgumuzla benzer şekilde eğitim seviyesi yükseldikçe SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının da çoğunlukla yükseldiği görülmektedir (Tucker, 2012; Khaghanyrad, 2014; Uncu, 2017;

Topcu Altın, 2020). Literatürde eğitim durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı fark bulunmayan çalışmalarda mevcuttur. (Balliel, 2009; Uz, 2011; Bostan, 2013; Emeksiz, 2018; Meşeli, 2020) Araştırma bulgumuzdan farklı olarak lise mezunu hemşirelerin diğer eğitim seviyelerinden yüksek alt boyutlara sahip olduğu çalışmalar da mevcuttur. Demir (2016), çalışmasında lise ve önlisans birleştirilmiş grubunun stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyut puanlarını lisans ve üzeri eğitim seviyesine oranla yüksek bulmuştur. Benzer şekilde Özbek (2019), çalışmasında lise mezunu hemşirelerin manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve SYBDÖ-II toplam puanının lisans mezunu hemşirelere göre daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Hemşirelik Kanunu'na göre hemşire unvanı üniversitelerin hemşirelik eğitimi veren fakülte ve yüksekokullarından mezun olanlara verilmektedir (T.C. Resmi Gazete. Hemşirelik Kanunu. 2 Mayıs 2007. Sayı: 2651). 2007'de yayınlanan Hemşirelik Kanunu öncesi hemşirelik eğitimi lise düzeyinde ve ön lisans düzeyinde de verilmekteydi. Fakülte ve yüksek okullar arasında bile eğitimin amacında fark olmakla beraber bu durum lise ve önlisans eğitim düzeylerinde de görülmektedir. Farklı eğitim düzeyleri farklı amaçlara cevap vermek için bulunmakta ve bunun yansımaları her meslekte olduğu gibi hemşirelikte de görülmektedir. Çalışmamızda hemşirelerin eğitim seviyelerindeki fark ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki farkın eğitim seviyelerindeki amaç farkından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamaları **Gelir Durumuna göre** incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. İlgili literatür incelendiğinde hemşirelerin gelir durumlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği görülmektedir. Balliel (2009), çalışmasında düşük gelir seviyesindeki hemşirelerin sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve toplam puan ortalamalarının diğer gruplara göre düşük olduğunu belirlemiştir. Demir (2016), çalışmasında orta gelir düzeyinde olanların fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanlarının yüksek olduğunu belirlemiştir. Topcu Altın (2020), çalışmasında yüksek gelir seviyesindeki hemşirelerin stres yönetimi puanlarının orta gelir seviyesindeki hemşirelerden yüksek olduğunu belirlemiştir. Khaghanyrad (2014), çalışmasında Türkiye'deki yüksek gelire sahip hemşirelerin, İran'da ise düşük gelire sahip hemşirelerin puanlarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Bostan (2013), çalışmasında geliri giderinden fazla olan

hemşirelerin SYBDÖ-II ve bütün alt faktörleri puan ortalamalarının yüksek olduğunu belirlemiştir. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline göre gelir durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında doğrusal bir ilişki olması beklenmektedir. İlgili literatür çalışmaları incelendiğinde gelir durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını doğrusal bir ilişkiyle etkilemediği görülmektedir. Bu durum gelir durumunun farklı seviyelerinin hemşirelerde sağlığı geliştirici davranışlarda bulunmaları için farklı motivasyonlar sağladığını düşündürmektedir.

5.3. Mesleki Özellikleri ile SYBDÖ-II Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

Bu bölümde katılımcı hemşirelerin SYBDÖ-II düzeyleri; çalışılan bölüm, kurumda çalışma süresi, hemşire olarak çalışma süreleri, çalışma şekilleri ve çalışma ortamından memnun olma durumları arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamaları **Çalışılan Bölüme göre** incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Çalışmamızla benzer olarak çalışılan bölüm ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişkinin olmadığı araştırmalar mevcuttur (Balliel, 2009; Uz, 2011; Tucker, 2012). İlgili literatürde poliklinik hizmeti veren hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamaları diğer bölümlere göre çoğunlukla yüksek olduğu belirlenmiştir (Bostan, 2013; Khaghanyrad, 2014; Demir, 2016; On, 2016).

Hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamaları **Kurumda Çalışma Sürelerine göre** incelendiğinde 1 yıldan az çalışan hemşirelerin stres yönetimi puanının 1-5 yıl arası çalışan hemşirelere göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Tucker (2012), çalışmasında hemşirelerin stres düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını irdelemiş ve kurumda çalışma süresi arttıkça SYBDÖ-II toplam puanlarının düştüğünü belirlemiştir. Kurumda çalışma süresi, mesleki çalışma süresiyle de beraber yaş ile doğrudan bağlantılıdır. Yaşın sağlıklı yaşam biçimlerine etkileri bilinmekle beraber çalışmamızda kurumların özel hastane olması ayırt edici özelliكتedir. Stresin varlığı günümüzde tüm insanların genel bir problemi olmaktadır. Özel kurumlarda çalışan hemşireler zorlayıcı çalışma koşulları, uzun çalışma saatleri ve devlet kurumlarına göre yüksek saatlerde haftalık mesailer yapmakta ve bunların karşılığında yetersiz maaşlarla çalışmaktadırlar. Devlet kurumlarında iş bulma, atanma zorluğu; çoğunlukla yeni mezun

hemşirelerde iş ortamının, özlük haklarının ve gelir düzeyi gibi önemli konuların göz ardı edilmesi ve tüm zorluklara rağmen kötü çalışma koşullarının kabul edilmesine sebep olmaktadır. İş ortamına uyum sağlayamayan, gelecek için hayalini kurduğu ya da plan yaptığı seviyeye ulaşamayan hemşirelerin stres yaşamaları beklenen durumdur.

Hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamaları **Hemşire Olarak Çalışma Sürelerine göre** incelendiğinde beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve toplam puan ortalamasının hemşirelerin mesleki çalışma süreleri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. 1 yıldan az çalışan hemşirelerin fiziksel aktivite, stres yönetimi ve toplam puan ortalamasının 6-10 yıl arası çalışan hemşirelerden yüksek olduğu belirlenmiştir. 11 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin beslenme puanları 1-5 yıl ve 6-10 yıl arası hemşirelerin beslenme puanlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca 1-5 yıl çalışan hemşirelerin toplam puanları 6-10 yıl arası çalışan hemşirelerden yüksek bulunmuştur. İlgili literatür incelendiğinde hemşirelerin mesleki çalışma süreleri ile sağlıklı yaşam biçimleri arasında güçlü bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerin acemilik sayılabilecek dönemlerinde SYBDÖ-II ve alt boyutlarının puanları yüksek olurken mesleki çalışma süresi arttıkça anlamlı bir şekilde azaldığı görülmektedir. Bu azalma belli bir mesleki deneyime ulaşıncaya kadar devam etmekte ve sonrasında sağlıklı yaşam alışkanlıklarının tekrar kazanıldığı SYBDÖ-II ve alt boyutlarının acemilik dönemlerinden de daha yüksek olduğu görülmektedir (Tucker, 2012; Bostan, 2013; Khaghanyrad, 2014; Uncu, 2017). Ayrıca mesleki çalışma süresi; yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma gibi farklı sosyodemografik özelliklerden etkilenebilen bir değişkendir. Emeksiz (2018), çalışmasında, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutlarında ve ölçek toplam puanında 15 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin diğer tüm gruplardan, 1-5 yıl arası çalışan hemşirelerin 6-10 yıl ve 11-15 yıl arası çalışanlardan ve son olarak 6-10 yıl arası çalışan hemşirelerin de 11-15 yıl arası çalışan hemşirelerden yüksek puan aldıklarını belirlemiştir. Beslenme alt boyutunda da puan sıralaması aynı olmasına rağmen istatistiksel olarak kanıtlanmamıştır. Benzer şekilde On (2016), çalışmasında 11 yıl üzeri çalışan hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt boyutlarının tamamında 1-5 yıl arası ve 6-10 yıl arası çalışan hemşirelerden yüksek puan aldıklarını belirlemiştir. Ayrıca fiziksel aktivite ve SYBDÖ-II toplam puanında da 1-5 yıl arası çalışan hemşireler 6-10 yıl arası çalışan hemşirelerden yüksek puan aldıklarını

belirlemiştir. Ayrıca mesleki çalışma süresi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki olmayan çalışmalarda mevcuttur (Ballıel, 2009; Uz, 2011; Meşeli, 2020; Topcu Altın, 2020).

Hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının **Çalışma Şekline göre** incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Çalışmamızla uyumlu olarak literatürde çalışma şekli ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki olmayan çalışmalar mevcuttur (Tucker, 2012; Bostan, 2013; Meşeli, 2020; Topcu Altın, 2020). İlgili literatür incelendiğinde Uz (2011), çalışmasında gündüz çalışan hemşirelerin diğer çalışma şekillerine göre daha yüksek puanlar aldıklarını belirlemiştir. Khaghanyrad (2014), çalışmasında Türkiye'deki hemşirelerde nöbet tutan hemşirelerin fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanlarının sürekli gündüz çalışanlara göre yüksek olduğunu belirlemiştir. İran'daki hemşirelerde sürekli gündüz çalışan hemşirelerin sağlık sorumluluğu puanlarının nöbet çalışan hemşirelere göre yüksek olduğunu belirlemiştir.

Hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının **Çalışma Ortamı Memnuniyetine göre** incelendiğinde çalışma ortamından memnun olan hemşirelerin stres yönetimi ve fiziksel aktivite puan ortalamaları çalışma ortamlarından memnun olmayan hemşirelere göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Ballıel (2009), çalışmasında çalışma ortamı memnuniyeti ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ilişkisiz olarak belirlemiştir. Sanayi devriminden sonra iş hayatında; fabrikaların ve iş yerlerinin artmasıyla iş, işçilik, çalışma ve çalışma ortamı gibi tanımlar üzerine düşünülmüş, değişimler ve gelişmeler görülmüştür (Ören ve Yüksel, 2012). Günümüzde hemşirelik; okul hemşireliği, işyeri hemşireliği, eğitim hemşireliği ve evde bakım hemşireliği gibi hastane ortamı olmayan yerlerde de yapılmaktadır (T.C. Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Nisan 2011. Sayı: 27910). Hemşireler çalıştıkları kurumlara göre haftalık zamanlarının dörtte biri ila üçte birini çalışma ortamlarında geçirmektedirler. Bu durumun sağlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemesi kaçınılmazdır. Hemşirelerin çalışma ortamlarından memnun olmaları olumlu bir durumdur. Çalışma ortamının fiziki şartları insan ergonomisi düşünülerek alınan ekipmanlar ve sosyal ihtiyaçlara yanıt veren çevre düzenlemeleri çalışma ortamı memnuniyetini artırıcı uygulamalardır. Çalışmamızın özel hastanelerde

yapılmış olması ve özel işletmelerin hizmet sundukları müşterileri için fiziki çevreyi ve ekipman kalitesini yüksek tutmasıyla hemşireler de bu durumdan memnun olmaktadır. Bu nedenle memnuniyet grupları arasında fark olması beklenen durumdur.

5.4. Hemşirelerin Sağlığa İlişkin Özellikleri ile SYBDÖ-II Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

Bu bölümde katılımcı hemşirelerin SYBDÖ-II düzeyleri; beden kitle indeksi, sigara kullanımı, alkol kullanımı, yeterli ve dengeli beslenme, spor alışkanlığı, uyku süresini yeterli bulma, ailesinde kronik hastalık bulunması, tanı koyulmuş bir hastalığının olması ve algılanan sağlık arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının **Beden Kitle İndeksine göre** incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Çalışmamızla uyumlu olarak literatürde BKİ ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki olmayan çalışmalar mevcuttur (Ballhel, 2009; Özbek, 2019). İlgili literatür incelendiğinde Uz (2011), çalışmasında fazla kilolu olan hemşirelerin beslenme puanı zayıf olan hemşirelere göre daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Ayrıca normal kiloda olanlar ile fazla kilolu olan hemşirelerin stres yönetimi puanları obez olan hemşirelere göre yüksek olduğunu belirlemiştir. Uncu (2017), çalışmasında zayıf olan hemşirelerin sağlık sorumluluğu puanlarının obez olan hemşirelerden yüksek olduğunu belirlemiştir. Normal kiloda olan hemşirelerin fiziksel aktivite, manevi gelişim ve toplam puanlarının fazla kilolu olan hemşirelerden yüksek olduğunu belirlemiştir. Ayrıca normal kiloda olan hemşirelerin stres yönetimi puanlarının obez hemşirelere göre daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Emeksiz (2018), çalışmasında normal kiloda olan hemşirelerin manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puanlarının fazla kilolu olan hemşirelere göre yüksek olduğunu belirlemiştir. Literatür bulgularına bakıldığında beden kitle indeksi normal kilodan farklılaştıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında değişiklikler olduğu görülmektedir. Yemek kültürü, yeme alışkanlıkları ve psikolojinin bu duruma etkisi kilo ve beslenme ile doğrudan ilişkilidir. Bütün fiziki şeyler göz önüne alındığında işlevsellik ön plana çıkmakta ve normal boyutlarda olan şeyler normalden farklı olanlara göre daha işlevsel olmaktadır. Bununla beraber normalden sapma durumu her zaman doğru ya da yanlış olarak değerlendirilemeyebilir. Günümüzde Afrika kıtasında yetersiz beslenme ve

zayıflık nedeniyle insanlar ölürken Amerika ve Avrupa kıtalarında insanlar fazla beslenme ve aşırı kilo nedeniyle ölmektedirler. Sağlıksız beslenme sonucu normal kilodan sapma hali sağlıklı yaşam ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle gruplar arası fark olması beklenen bir durumdur. Çalışmamızda fark olmaması Tablo 4.3.1’de görüldüğü üzere katılımcıların %69,1’inin normal kiloda olmasıyla ilişkili olabilir.

Hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının **Sigara Kullanma Durumuna göre** incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Çalışmamızla uyumlu olarak literatürde sigara kullanımı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki olmayan çalışmalar mevcuttur (Balliel, 2009; Özbek, 2019; Topcu Altın, 2020). İlgili literatür incelendiğinde sigara içme durumu ile sağlıklı yaşam biçimleri arasında örüntüsü olmayan anlamlı bulgular mevcuttur. Uz (2011) ve Demir (2016), çalışmalarında sigara kullanan hemşirelerin farklı alt boyutlarda daha yüksek puanlar aldığını belirlemişlerdir. Khaghanyrad (2014), çalışmasının Türkiye’deki hemşirelerde sigara içenlerde, İran’daki bölümünde de sigara içmeyen hemşirelerde yüksek puanlar belirlemiştir. Bostan (2013) ve Uncu (2017), çalışmalarında sigara içmeyen hemşirelerin daha yüksek puanlar aldıklarını belirlemişlerdir. Sağlığın tanımında “bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olma durumu” belirtilmektedir (DSÖ, 1948). Tütün ve tütün ürünlerinin insan bedenine zarar veren binlerce kimyasal madde içerdiği bilinen bir gerçektir. Sigara kullanımı ile ilgili yapılan araştırmalarda sigara kullanımının birçok hastalığın oluşum sürecinde etkili olduğu bilinmektedir (Alıcı, 2017; Topcu Altın, 2020). Bütün bu bilinen gerçeklere rağmen sigara kullanan insanlar sigaraya hem fiziksel hem de psikolojik bir bağımlılık yaşamaktadır. Fiziksel zararlarının yanı sıra psikolojik etkileri sigara içmenin insanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına farklı sonuçlarla yansımaları sağlamaktadır.

Hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının **Alkol Kullanma Durumuna göre** incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. İlgili literatür incelendiğinde Uz (2011), çalışmada alkol kullanan hemşirelerin kişilerarası ilişkiler puanının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Topcu Altın (2020), çalışmada alkol kullanan hemşirelerin fiziksel aktivite, beslenme ve toplam puan ortalamalarının yüksek olduğunu belirlemiştir. Alkol tüketimi, sigara kullanımı gibi

fiziksel ve psikolojik etkileri olan bir durumdur. Alkolün sağlığa etkilerini inceleyen çalışmalarda alkolün ilk tüketiildiği anlarda gerginliği azalttığı ve rahatlatıcı özellikleri bulunduğu ama tüketimin artmasıyla zihinsel faaliyetlerde azalma olduğu belirtilmiştir (Yenigün, 2002). Alkolün sağlığa etkisi tüketilen ürünün çeşidi ve tüketim miktarına göre değişiklik göstermektedir (Yenigün, 2002). Yasaklı ya da çoğunluğun zararlı kabul ettiği şeyler psikolojik olarak insana daha çekici gelebilmektedir. Nitekim bu durumun tersi olarak genelde yasaklanan, ayıplanan davranışlar bir bölgede ya da toplumda normalleşmeye başladıkça insan ve sağlık üzerindeki etkileri de azalmaktadır. Bu bağlamda Antalya'nın turizm şehri olması sebebiyle birçok konuda farklı davranışlar normal karşılanmaktadır. Çalışmamızda şehir özellikleri nedeniyle alkol kullanımının normalleşmesi sonucu gruplar arasında fark olmaması beklenen bir durumdur.

Hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamaları **Yeterli ve Dengeli Beslenme Durumuna göre** incelendiğinde yeterli ve dengeli beslenen hemşirelerin; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi ve ölçek toplam puan ortalaması yeterli ve dengeli beslenmeyen hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı bir biçimde yüksek olduğu bulunmuştur. İlgili literatür incelendiğinde hemşirelerin beslenme alışkanlıkları ile sağlıklı yaşam biçimleri arasında olumlu bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Balliel, 2009; Uncu, 2017). Uncu (2017), çalışmasında sağlıklı beslenen hemşirelerin fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi ve ölçek toplam puanından daha yüksek puan aldıklarını belirlemiştir. Beslenme alışkanlığı Pender'in sağlığı geliştirme modeline göre sağlıklı yaşam için önemli bir unsurdur. Yeterli ve dengeli beslenme sağlığı önemli ölçüde pozitif etkileyen bir alışkanlıktır. Bu nedenle gruplar arasında fark olması beklenen bir durumdur.

Hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamaları **Spor Yapma Durumuna göre** incelendiğinde düzenli olarak spor yapan ve bazen spor yapan hemşirelerin SYBDÖ-II toplam puanı ve tüm alt faktör puan ortalamalarının hiç spor yapmayan hemşirelerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca düzenli spor yapan hemşirelerin fiziksel aktivite puanları bazen spor yapan hemşirelerden yüksektir. İlgili literatür incelendiğinde spor yapma ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında olumlu bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Uncu (2017) ve Emeksiz (2018), çalışmalarında düzenli spor yapan

hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bazen spor yapan ya da hiç spor yapmayan hemşirelerden yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Fiziksel aktivite sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemli bir unsurudur. Düzenli spor yapılması kişiye fiziksel, ruhsal ve zihinsel kazanımlar sağlamaktadır. DSÖ, düzenli spor yapmanın insan sağlığını olumlu yönde etkilediğini belirtmektedir. Fiziksel aktiviteyi düzenli yapmak felç, diyabet, kalp hastalığı, çeşitli kanserler ve hipertansiyonun önlenmesinin yanı sıra stres yönetimi, sağlıklı kilo yönetimi, sosyal statü kazanımı ve eğlenceli zaman geçirme olarak da insanı olumlu etkilemektedir. Bu nedenle gruplar arasında fark olması beklenen durumdur.

Hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamaları **Uyku Süresini Yeterli Bulma Durumuna göre** incelendiğinde uyku süresini yeterli bulan hemşirelerin SYBDÖ-II ve tüm alt faktörlerinde puan ortalamaları uyku süresini yetersiz bulan hemşirelerden yüksektir. Balliel (2009), çalışmasında hemşirelerin uyku alışkanlıkları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bir ilişki olmadığını belirlemiştir. Kaliteli ve yeterli bir uyku bağışıklık sistemini, bilişsel süreçlerin iyileşmesini, fiziksel yenilenme ve büyümenin sağlanması için önemli bir faktördür. Bunun yanı sıra sosyal bir varlık olan insan için durumun gerçekliği kadar kendisinin o durumu algılama şeklide önem kazanmaktadır. Düzenli uykunun sağlığa olumlu etkileri yadsınamaz bir gerçektir. Çoğunlukla hastane ortamında çalışan hemşirelerin vardiyalı çalışma sistemi hemşireleri düzenli uykudan mahrum bırakmaktadır. Çoğunlukla düzensiz uykuyla karşı karşıya kalan hemşirelerde yetişkinler için önerilen “günde altı-sekiz saat uyku” fiziksel olarak yetecek olsa bile zihinsel olarak yetmemektedir. Bu nedenle gruplar arasında fark olması beklenen bir durumdur.

Hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının **Ailede Kronik Hastalık Olma Durumuna göre** incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Konuyla ilişkili literatürde hemşirelerle ilgili bulgulara rastlanmamıştır. Bireyin ailesinde bilinen kronik hastalıklar olması kişiyi gelecekte kendisinin de bu hastalıklara yakalanma ihtimaline karşı sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinmeye teşvik edeceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamalarının **Tanı Koyulmuş Bir Hastalığı Olma Durumuna göre** incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark

olmadığı belirlenmiştir. Çalışmamızla uyumlu olarak literatürde tanı koyulmuş bir hastalığı olma ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki olmayan çalışmalar mevcuttur (Khaghanyrad, 2014; Demir, 2016; Emeksiz, 2018; Topcu Altın, 2020). İlgili literatür incelendiğinde Özbek (2019), çalışmasında kronik hastalığı olmayan hemşirelerin stres yönetimi puanlarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Uncu (2017), çalışmasında kronik hastalığı olan hemşirelerin sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Uz (2011), çalışmasında kronik hastalığı olan hemşirelerin fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puanlarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Kronik hastalıklar kişiyi fiziksel ve psikolojik olarak etkileyen kalıcı hastalıklardır. Bu sebeple sağlığı olumsuz etkilemektedir. Kişiler kronik hastalıklara genetik faktörler sebebiyle ya da sağlıklı yaşam alışkanlıkları nedeniyle yakalanmaktadırlar. Sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları kronik hastalıklara yakalanma riskini ve kronik hastalıkların olumsuz etkilerini azaltmaktadır.

Hemşirelerin SYBDÖ-II ve alt faktörleri puan ortalamaları **Algılanan Sağlık Durumuna göre** incelendiğinde kendini çok sağlıklı hisseden hemşirelerin beslenme, stres yönetimi, manevi gelişim ve ölçek toplam puanı kendini kısmen sağlıklı hisseden hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Ayrıca kendini sağlıklı hisseden hemşirelerin beslenme, stres yönetimi, fiziksel aktivite ve ölçek toplam puanı kendini kısmen sağlıklı hisseden hemşirelere göre yüksek olduğu belirlenmiştir. İlgili literatür incelendiğinde kişinin kendi sağlığı üzerindeki algısının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Balliel, 2009; Demir, 2016; Meşeli, 2020; Topcu Altın, 2020). Uncu (2017), çalışmasında sağlığını iyi hisseden hemşirelerin fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve ölçek toplam puan ortalamalarının sağlığını kötü hissedenlerden daha yüksek olduğunu belirlemiştir. DSÖ'nün sağlık tanımında yer alan bedensel iyilik hali ölçülebilir objektif bir veridir. Ruhsal ve sosyal yönden iyilik hali ise kişiden kişiye değişebilen sübjektif verilerdir. Algılama toplumdan topluma, aynı toplumlarda kişiden kişiye, aynı kişide yaştan yaşa göre değişebilmektedir. Bu kadar değişebilen bir olgu olarak algı ve özelinde sağlık algısı; objektif sağlığı etkilemekte ve etkilenmektedir. Bu nedenler doğrultusunda gruplar arasında fark olması beklenen bir durumdur.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Verilerin değerlendirilmesi sonucunda;

- Araştırmaya katılan hemşirelerin SYBDÖ-II puan ortalamasının orta düzeyde olduğu,
- Manevi gelişim ile kişiler arası ilişkiler en yüksek puan, fiziksel aktivite ve stres yönetimi en düşük puan alınan alt faktörler olduğu,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının;
 - Sosyodemografik özelliklerden; yaşa, çocuk sahibi olmaya, eğitim durumuna,
 - Mesleki özelliklerden; çalışılan kuruma, kurumda çalışma süresine, meslekte çalışma süresine, çalışma ortamı memnuniyetine,
 - Sağlık özelliklerinden; yeterli ve dengeli beslenmeye, öğün atlama durumuna, spor yapmaya, uyku süresini yeterli bulmaya ve algılanan sağlığa göre anlamlı bir biçimde farklılaştığı belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Çalışma sonuçları doğrultusunda;

Kurumlara;

- Fiziksel aktivite ve stres yönetimi konularında; hemşirelerin çalışma saatlerinin düzenlenmesi, özlük haklarının iyileştirilmesi, iş güvenliği ve ergonomik çalışma koşullarını sağlanması, fiziksel aktivite konusunda hemşirelerin teşvik edilmesi,
- Beslenme konusunda; hemşirelere sağlıklı gıdaların doğru pişirme ilkelerine uyularak dengeli bir biçimde planlanmış diyet programında yemekler sunulması,
- Kişiler arası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu konularında; kurum içi sosyal faaliyetler planlanması ve düzenli eğitimler yapılması,
- Manevi gelişim boyutunda; hemşirelere kendilerini gerçekleştirmek için kariyer ve kişisel gelişim imkanları sunulması önerilebilir.

Yönetici hemşirelere;

- Çalışma ortamı memnuniyeti sağlanması için hemşirelerle pozitif ve olumlu iletişim kurmaları,
- Hemşireleri, algılanan sağlık durumunun yükseltilmesi için düzenli sağlık taramalarına teşvik etmeleri,
- Hemşireleri, hukuki problemlere karşı tam olarak desteklemeleri,
- Hemşireleri, her türlü kurum içi ve dışı şiddet ve mobing halinden korumaları önerilebilir.

Hemşirelere;

- Fiziksel aktivite ve stres yönetimi alanlarında kendilerini geliştirmek için düzenli olarak uygulayacakları hobiler geliştirmeleri, müzikle ve sporla ilgilenmeleri,
- Sağlığa zararları bilinen olumsuz davranışlarını değiştirmeleri,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırarak topluma rol modeli olmaları önerilebilir.

Araştırmacılara;

- Gelecek çalışmalarda farklı popülasyonlarda test edilmesi için daha fazla çalışmanın yapılması,
- Fiziksel aktivite ve stres yönetimine yönelik çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. "What Is Nursing?", The American Nurses Association, <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/> Erişim: 20.12.2021
2. 1. Uluslararası Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı, Dünya Sağlık Asamblesi, Ottawa, 1986
3. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Perspektif Baskı, İstanbul, 2005
4. Akdur R. Piyal B. Çalışkan D. Ocaktan E. Halk Sağlığı. Ankara Üniversitesi, Uzaktan Eğitim Yayınları Ankara, 2011
5. Akgül N. Sivas İl Merkezi Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Sivas (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Güngör Güler)
6. Akgün Kostak M, Kurt S, Süt N, Akarsu Ö, Ergül GD. Hemşirelik ve Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. TAF Preventive Medicine Bulletin 2014; 13(3): 189-196
7. Akman M. Türkiye’de Birinci Basamağın Gücü. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, DOI: 10.2399/tahd.14.00070, 2014; 18 (2): 70-78
8. Aksoy G. Kanan N. Akyolcu N. Cerrahi Hemşireliği I. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2012; 11-26
9. Aksoy T. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2010, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Hülya Uçar)
10. Alıcı MH. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Sigara. Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology-Special Topics 2017; 10(4): 228-234
11. Alkış H. Stress and Stress Management (Disease Modern of Age). Current Debates In Management & Organization, 2018; 29: 267-277
12. Alligood M, Tomey A. Nursing Theorists and Their Work. Elsevier, 2013; 435

13. Al-Qahtani MF. Health-Promoting Lifestyle Behaviors Among Nurses in Private Hospitals in Al-Khobar, Saudi Arabia. *Journal of The Egyptian Public Health Association*, 2015; 90: 29–34
14. Altıparmak S, Kutlu KA. 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009; 8 (5): 421-426
15. Ardıç A. Adölesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. İstanbul Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2008, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Melek Nihal Esin)
16. Arkanoc S. Grup İlişkileri. Alfa Basın Yayın Dağıtım, İstanbul, 1993
17. Atabek AT, Karadağ A. Hemşirelik ve Hemşirelik Eğitime Genel Bakış. Hemşirelik Esasları, Esen Ofset, İstanbul, 2012
18. Ay AF, Ertem TÜ, Özcan KN, Ören GB, Işık DR, Sarvan ZS. Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler ve Uygulamalar. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2008
19. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005; 9(2): 26-34
20. Aydın AR. İnanma İhtiyacı ve Dinî Ritüellerin Psikolojik Değeri. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 2009; 9(2): 87-100
21. Aydınli F. Stres ve Hemşirelik. *Model 3*, 2001; 13-15.
22. Bahar Z, Açıl D. Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2014; 7 (1): 59-67
23. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssa, A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008; 12(1): 1-13
24. Ballıel N. İbni Sina Hastanesi Hemşirelerinde Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Ankara (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Mine Esin Ocaktan)
25. Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları. *Remzi Kitabevi*, İstanbul, 2012

26. Baltaş Z. Sağlık ve Hastalık Anlayışları. Sağlık Psikolojisi, Remzi Kitapevi, İstanbul, 2000; 59-68
27. Barg F, Heard L. Psikososyal Destek: Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. Aksam Sanat Okulu Matbaası, Ankara, 1996
28. Battorf JL, Johnson JL. The Effects of Cognitive-Perceptual Factors on Health Promotion Behavior Maintenance. Nursing Research, 1996; 45 (1); 30-36
29. Beydağ KD, Uğur E, Sonakın C, Yürügen B. Sağlık ve Yaşam Dersinin Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014; 3 (1): 599-609
30. Birol L. Sağlık ve Hastalık Kavramı, Hemşirelik Süreci. 6. Baskı, Etki Matbaacılık, İzmir, 2004
31. Bostan N. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Ayşe Beşer)
32. Bozhüyük A. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2010, Adana (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sevgi Özcan)
33. Bozhüyük A. Özcan S. Kurdak H. Akpınar E. Saatçi E. Bozdemir N. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 2012; 6 (1): 13-21
34. Bynum W. Tıp Tarihi. Çeviren: N. Gökçeoğlu, Kültür Kitaplığı, Dost Kitabevi Yayınları, Ankara, 2014
35. Caplan G. Principles of Preventive Psychiatry. Basic books, New York, 1964
36. Copper C. Bir Haftada Stres Yönetimi. Çeviren: Emel Köymen, Dünya Yayıncılık, İstanbul, 1998
37. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı. Remzi Kitabevi, İstanbul, 1994
38. Cürçani M, Tan M, Özdelikara A. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2010; 9(5): 487-492

39. am O, Engin E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2014
40. etin FE. Ankara Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼ ve Merkez İlçelerin Toplum Sağlığı Merkezlerinde alışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi, Tıp Fak¼ltesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2015, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Seçil zkan)
41. etiner H. Hastane alışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼, Hemşirelik ğretimi Anabilim Dalı, Y¼ksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul (Danışman Dr. Öğr. Üyesi Sevim Ulupınar)
42. Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spir¼t¼el Bakım ve Hemşirelik. Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fak¼ltesi Dergisi, 2007; 8(1): 47-50
43. ilingir D, Aydın A. Hemşirelik B¼l¼m¼nde ğrenim G¼ren ğrencilerin Sağlık Algısı. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2017; 25(3): 167-176
44. Demir Avcı Y. Kişisel Sağlık Sorumluluğu. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2016; 15(3): 259-266
45. Demir S. Gaziosmanpaşa niversite Hastanesinde alışan Hemşirelerin alışan G¼venlięi Konusundaki Farkındalıkları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Y¼ksek Lisans Tezi, 2016, Tokat (Danışman Dr. Öğr. Üyesi Rıza ıtıl)
46. D¼nya Sağlık rg¼t¼ ve T¼rkiye İlişkileri. Dış İlişkiler Daire Başkanlığı, 2000
47. Edelman CL, Mandle CL. Health Promotion Throughout the Life Span. Mosby Company, Missouri, 2010
48. Ekizer A. Sağlık Sosyolojisi ve Tarihsel Gelişimi. Selçuk Sağlık Dergisi, 2020; Sayı:1
49. Emeksiz B. Yoğun Bakım nitesi Hemşirelerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼, Hemşirelik Anabilim Dalı, Y¼ksek Lisans Tezi, 2018, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Nedime K¼řgeroęlu)
50. Erbaydar NP. Hastalık y¼k¼ kavramı ve hesaplanmasında kullanılan l¼tler ve DALY kavramına kısa bakış. Toplum Hekimliği B¼lteni, 2009; 28: 1

51. Erdemir F. Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1998; 2 (1): 69-63
52. Erden İmamoğlu S, Aydın B. Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği'nin Geliştirilmesi. Psikoloji Çalışmaları, 2012; 29: 39-64
53. Esin MN. Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, 1997, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Semra Erdoğan)
54. Ezer S. Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Profesyonel Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2018, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Besti Üstün)
55. Gençgün F. Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2018, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Nedime Köşgeroğlu)
56. Global Action Plan on Physical Activity 2018–2030: More Active People for A Healthier World. World Health Organization, 2018
57. Goodstadt MS, Simpson RI, Loranger PO. Health Promotion: A Conceptual Integration. American Journal of Health Promotion. 1986; 1(3): 58-63. DOI:[10.4278/0890-1171-1.3.58](https://doi.org/10.4278/0890-1171-1.3.58)
58. GÖÇMEN, L. ACIMIŞ, N. Dünden Günümüze Türkiye’de Sağlığın Geliştirilmesi Serüveni. Sağlık ve Toplum, 2017; 27/3: 14-19
59. Green LW. Current Report: Office of Health Information, Health Promotion, Physical Fitness and Sports Medicine. Health Education, 1980; 11 (2): 28
60. Güçlü N. Stres Yönetimi. Gazi Üniversitesi, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2001; 21 (1): 91-109
61. Gürhan N. Üstün B. Rehabilitasyon Hizmetleri. Florence Nightingale Journal of Nursing, 2015; 8 (31): 46-51

62. Harl KW. Great Ancient Civilizations of Asia Minor. The Great Courses No.363, Tulane University, Chantilly, VA, 2001
63. Health Promotion Glossary of Terms. World Health Organization, 2021
64. Işıkhanyan V. Sosyal Hizmet ve Sağlık Yöneticilerini Etkileyen İş Stres Faktörleri. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmetler Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 1998, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Beril Tufan)
65. Kahle LR, Close AG. Consumer Behavior Knowledge for Effective Sports and Event Marketing. New York: Routledge. ISBN 978-0-415-87358-1, 2011
66. Keele R. To Role Model or Not? Nurses' Challenges in Promoting a Healthy Lifestyle. Workplace Health Safety, DOI: 10.1177/2165079919828738, 2019; 67(12): 584-591
67. Khaghanyrad E. İki Farklı Ülkede Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Erzurum (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Karaman Özlü)
68. Kılıç E. Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2012, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Güler Aksoy)
69. Kiesler DJ. Contemporary Interpersonal Theory and Research: Personality, Psychopathology, And Psychotherapy. John Wiley & Sons, 1996
70. Kocaakman M. İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu Birinci ve Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Güler Aksoy)
71. Labonte R, Little S. Determinants of Health: Empowering Strategies for Nurses. Vancouver, Registered Nurses Association of British Columbia, 1992
72. Lalonde M. A New Perspective on The Health of Canadians: A Working Document. Ottawa, Canada Information, 1974
73. Lawrence IC, Neve M, Nutton V, Porter R, Wear A. The Western Medical Tradition. Cambridge University Press, Cambridge, 1995

74. Lazarus RS. Psychological Stress and Coping Process. McGraw-Hill, New York, 1966
75. Leavell HR. Clark EG. Textbook of Preventive Medicine. McGraw-Hill, New York, 1953
76. Lloyd G. Hippocratic Writings. Penguin, Harmondsworth, 1978
77. Lusk SL, Kerr MJ, Ronis DL. Test of Health Promotion Model as A Causal Model of Worker's Use of Hearing Protection. Nursing Research, 1994; 43 (3): 151-157
78. McElligott D, Capitulo K, Morris D, Click E. The Effect of A Holistic Program on Health-Promoting Behaviors in Hospital Registered Nurses. Journal of Holistic Nursing, 2010; 28(3): 175–183
79. Meşeli N. Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Kaygısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2020, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Özlem Yazıcı)
80. OECD Nurses (Indicator). Doi: 10.1787/283e64de-En , 2021, Erişim Tarihi 28.12.2021
81. On B. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi ile ilgili görüşleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2016, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu)
82. Ören K, Yüksel H. Geçmişten Günümüze Çalışma Hayatı. Hak İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi, 2012; 1(1)
83. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj İç ve Dış Ticaret, Ankara, 2004
84. Özbek Z. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Gaziantep (Danışman: Doç. Dr. Simge Zeyneloğlu)
85. Özcan A. Hasta Hemşire İlişkisi ve İletişim. Sistem Ofset, Ankara, 2006
86. Özkan A, Kantek F. Yönetici Hemşirelerde İş Stresi, Yönetici Olarak Çalışma Memnuniyeti ve Kurumdan Ayrılma Niyeti. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2021; 8(2): 181-191

87. Özkan ve Yılmaz. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Ulusal Cerrahi Kongresi, Sözel Bildiri, 2006
88. Özmen M, Önen B. Stresle Başa Çıkma Yolları. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi, 2005; 47: 171-180
89. Öztürk Y. Günay O. Halk Sağlığı: Genel Bilgiler. Erciyes Üniversitesi, Kayseri, 2011
90. Pahalank C. Determinants of Health-Promotive Behaviors: A Review of Current Research. Nursing Clinics of North America, 1991; 26 (4): 815-832
91. Parlar S. Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı. TAF Preventive Medicine Bulletin 2008; 7(6): 547- 554
92. Pender N, Barkauskas V. Health Promotion and Disease Prevention Toward Excellence in Nursing Practice and Education. Nursing Outlook, 1992; 40 (3): 278-290
93. Pender N, Murdaugh C, Parsons M. Health Promotion in Nursing Practice. 6. Baskı, Pearson, Boston, 2011
94. Pender NJ, Walker SN, Madeleine JK. Health Promoting Lifestyle O Older Adults: Comparations With Young And Middle Aged Adults, Correlates And Patterns. Advanced Nursing Science, 1988; 11 (1): 76- 89
95. Pender NJ. Health Promotion in Nursing Practice. 1. Baskı, Appleton, Century Crofts, 1987
96. Pender NJ. Health Promotion Model- Frequent Questions. 2011b
97. Pender NJ. Health Promotion Model Manuel. 2011a
98. Potter P, Perry A. Fundamentals of Nursing. Mosby Elsevier's Publishing, 2009
99. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler İlkeler ve Bakış Açıları. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011a
100. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları Global Konferanslardan Bildiriler. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2011b
101. Sağlık Finansmanı Raporu: Ulusal ve Uluslararası Ölçekte Sağlık Finansmanında Hastalık Yüğü. Türkiye Sağlık Platformu [TÜSAP], 2020

102. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 Haber Bülteni, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2021
103. SANCAR, A. Mechanisms of DNA Repair by Photolyase and Excision Nuclease. 2015
104. Sargutan A. Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2005; 8 (3): 400-428
105. Selye H. Stress Without Distress. Teach Yourself Books, London, 1997
106. SINGERIST, H.M. The university at the crossroads. New York, Henry Schuman, 1946
107. Strachey L. [Eminent Victorians](#). Londra, Chatto and Windus, 1918
108. Sullivan HS. The Interpersonal Theory of Psychiatry. W.W. Norton & Co, 1953
109. Swenson K. [Medical Women And Victorian Fiction](#). University of Missouri Press, 2005; 15
110. Tambağ H. Hatay Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Dergisi 2011; 47-58
111. Thoma EK, Banna ME, Oakcrum M. Nurses' Health Promoting Lifestyle Behaviors in A Community Hospital. Applied Nursing Research, 2017; 35: 77–81
112. Topcu Altın G. Trabzon İl Merkezindeki Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerde Kardiyovasküler Risk Faktörleri Sıklığı ve Sağlıklı Yaşam Davranışları. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2020, Trabzon (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Havva Karadeniz)
113. Tucker SJ, Weymiller AJ, Cutshall SM, Rhudy LM, Lohse CM. Stress Ratings and Health Promotion Practices Among RNs: A Case For Action. The Journal of Nursing Administration, DOI: 10.1097/NNA.0b013e318253585f, 2012; 42(5): 282-92
114. Türk Dil Kurumu, Güncel Türkçe Sözlük, 2011, <https://sozluk.gov.tr/> Erişim: 25.12.2021

115. Uğur M. Günlük Yaşam Stresine Terapötik Yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 2011; 4(3): 71-82
116. Uncu B. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2017, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Fatma Hülya Üstündağ)
117. Uz D. Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Etkililik Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Yeter Kitiş)
118. Übelacker E. Neden ve Nasıl Cilt 2-Enerji. TUDEM Yayınları, 2005
119. Velioğlu P, Pektekin Ç, Şanlı T. Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler. Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi Yayınları, 1991; 102: 105-135
120. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, 2012; 90-102
121. Walker S, Hill-Polerecky D. Psychometric Evaluation of The Health-Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished Manuscript, University of Nebraska Medical Center, 1996; 120-126.
122. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health Promoting Lifestyle Profile Development and Psychometric Characteristics. Nurse Research, 1987; 36 (2): 76-80
123. Whitehead D. Health Promoting Hospitals: The Role And Function of Nursing. Journal of Clinical Nursing, 2005; 14: 20-27
124. WINSLOW, C.E.A. The unfilled fields of health promotion. Science, DOI: 10.1126/science.51.1306.23, 1920; 51: 23
125. Yalçinkaya M, Özer FG, Karamanoğlu, AY. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Türk Silahlı Kuvvetleri, Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6(6): 409-420
126. Yenigün M. Alkol Tüketimi ve Tıp. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4. İç Hastalıkları Kliniği, 2002

127. Yılmaz C. Ebe ve Hemşirelerde Meme Kanseri Korkusunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2020, Sivas (Danışman: Doç. Dr. Gülseren Dağlar)
128. Yücecan S. Optimal Beslenme. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2008; Yayın No: 726
129. Zoroğlu G. Düzce Merkez İlçedeki Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personeli ile Üniversite Hastanesi Asistan Hekim ve Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2018, Düzce (Danışman: Prof. Dr. Atilla Senih Mayda)

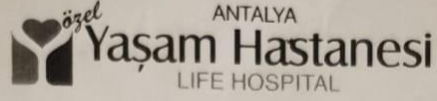
EKLER

EK-1

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAYI

T.C. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU 2019		
KARAR		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Filiz KANTEK	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi	
DESTEKLEYİCİ		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 843	Tarih: 11.09.2019
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

ANTALYA YAŞAM HASTANESİ KURUM İZNİ



04.10.2019

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 2019/ 956
Konu : Sefa GÖLBAŞI' nın Tez Çalışması

İlgi: 26.09.2019 tarih ve E.28008 sayılı yazınız.
Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Programı öğrenciniz Sefa GÖLBAŞI' nın
“Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi” konulu yüksek lisans tez
çalışmalarının yapması için hastanemizde anket çalışması yapması uygundur.
Gereğini, bilgilerinize arz ederiz.

ÖZEL ANTALYA YAŞAM HASTANESİ
Şirinyalı Mh. 1487 Sk. No:4 Muratpaşa / ANTALYA

☎ 0 850 777 0 777

www.yasamhastanesi.com.tr

OPERA YAŞAM HASTANESİ KURUM İZİNİ

 **OPERA**
Yaşam Hastanesi
LIFE HOSPITAL

09.11.2019

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 2019/696
Konu : Sefa GÖLBAŞI'nın Tez Çalışması

İlgi:50913635-302.14.03-E.28008 sayı ve 26.09.2019 tarihli yazınız.
İlgi yazınız incelenmiş olup, Sefa GÖLBAŞI'nın tez çalışmasını kurumumuzda yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

ÖZEL OPERA YAŞAM HASTANESİ
Cumhuriyet Mah. 629 Sk. No: 16/A Muratpaşa /ANTALYA
☎ 0 850 777 0 777

AKDENİZ SAĞLIK VAKFI YAŞAM HASTANESİ KURUM İZNİ

 **ASV Yaşam Hastanesi**
LIFE HOSPITAL

07.10.2019

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 2019/ 995
Konu : Sefa GÖLBAŞI'nın Tez Çalışması

İlgi:50913635-302.14.03-E.28008 sayı ve 26.09.2019 tarihli yazınız.
İlgi yazınız incelenmiş olup, Sefa GÖLBAŞI'nın tez çalışmasını kurumumuzda yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

ÖZEL AKDENİZ SAĞLIK VAKFI (ASV) YAŞAM HASTANESİ
Gebizli Mah. 1116 Sok. No: 14 Muratpaşa / ANTALYA Tel:0 242 212 07 77
☎ 0 850 777 0 777 ☎ 444 77 44

KATILIMCI GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi

Değerli meslektaşım,

Bu çalışma “*Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi*” konusuyla ilgili düşünce ve davranışlarınızın belirlenmesi için hazırlanmıştır. Hemşirelik, mesleği gereği toplum rol modelmektedir. Bu çalışmada hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları belirlenerek hemşirelerin sağlığına ve dolaylı olarak toplum sağlığına olumlu etkiler katması amaçlanmıştır.

Kimliğiniz ve araştırmadan elde edilecek bilgiler tamamen gizli tutulacak, araştırma sonunda anketler imha edilecektir. Bu araştırma için herhangi bir ödeme yapmayacaksınız, araştırmaya katıldığınız için size de bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sonuçlarından haberdar olmak için bizimle iletişim kurmanız yeterli olacaktır.

Araştırma verilerini toplamamız için geliştirilmiş olan Kişisel Bilgi Formu toplam 26 sorudan; Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam 52 maddeden oluşmaktadır.

Sizden istediğimiz, her bir maddeyi dikkatlice okuyarak size en uygun gelen seçeneği işaretlemeniz ve işaretlemeyi yaparken tabloda verilen derecelendirmeye özen göstermenizdir. Katılımınız için teşekkür eder, saygılar sunarız.

Sefa GÖLBAŞI – Antalya Yaşam Hastanesi KVC Yoğun Bakım Hemşiresi

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

“Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama yukarıda adı belirtilen çalışma sorumlusu tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum”.

“Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum”

Açıklamaları Yapan Araştırmacının;

Adı- Soyadı: Sefa GÖLBAŞI

Tarih:

İmzası:

Gönüllünün / katılımcının;

Adı- Soyadı:

Tarih:

İmzası:

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Birinci Bölüm: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

☐ Kadın ☐ Erkek

Boyunuz: cm

Kilonuz: Kg

Medeni Durumunuz:

☐ Evli ☐ Bekar

Çocuğunuz var mı?

☐ Yok ☐ Var: . . . tane

Eğitim Durumunuz:

☐ SML ☐ Ön Lisans ☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora

Çalıştığınız kurum:

☐ Antalya Yaşam Hastanesi ☐ Akdeniz Sağlık Vakfı Yaşam Hastanesi ☐ Opera Yaşam Hastanesi

Çalıştığınız bölüm:

Pozisyonunuz:

☐ Sorumlu Hemşire ☐ Klinik Hemşire ☐ Diğer:

Bulunduğunuz kurumda çalışma süreniz: (Lütfen ay hesabı yazınız.)

Hemşire olarak çalışma süreniz: (Lütfen ay hesabı yazınız.)

Haftalık çalışma süreniz: saat

Çalışma şekliniz:

☐ Sürekli Gündüz ☐ Sürekli Gece ☐ Bazen gündüz bazen gece

Gelir durumunuz:

☐ Gelir giderden fazla ☐ Gelir gidere denk ☐ Gelir giderden az

Sigara kullanıyor musunuz?

☐ Hayır ☐ Evet [Evet ise;Günde: . . . Adet, . . . Yıldır.]

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-II

İkinci Bölüm: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Sayın katılımcı, bu ölçek sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınızı belirlemeye yöneliktir. Sağlığınızı etkileyebilecek tutum ve davranışlarınıza ilişkin verdiğiniz bilgiler bizim için çok değerlidir. Cevaplarımız gizli tutulacak, hiç kimse ne yazdığınızı bilmeyecektir. Gerçek yaşamınızda ne yapıyorsanız ona göre cevaplamanız sonuçların doğruluğu açısından önemlidir.

Saygılarımla...

		Hiç bir zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.				
2	Sıvı ve katı yağ 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 sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi).				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.				
14	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 hissederim.				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim.				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.				
28	Haftada en az üç kez kas güçlendirme egzersizleri yaparım.				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
34	Günlük işler sırasında egzersiz <u>yaparım</u> (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım).				
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 içerikleri 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.				

Teşekkürler...

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	SEFA	Uyruğu	TC
Soyadı	GÖLBAŞI	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Talas Atatürk Endüstri Meslek Lisesi	2012
Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi	2017
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	Devam ediyor.
Doktora	-	

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi	2015-2017
Yoğun Bakım Hemşiresi	Özel Antalya Yaşam Hastanesi	2018-2020
Yoğun Bakım Hemşiresi	Özel Olimpos Hastanesi	2020-2021

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YÖKDİL	50

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)

Burslar-Ödüller:

Yayınlar ve Bildiriler: Tatlı Z, Aydın A, Şimşek P, Özdemir M, Gölbaşı S, Karacan S Gürsoy A, Gündüz A. (2018). Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin bilişim teknolojilerini kullanma durumları. Ordu University Journal of Nursing Studies, 1(1),18-27.