

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İŞYERİ SAĞLIĞI GELİŞTİRME PROGRAMININ
HEMŞİRELERİN SAĞLIK DAVRANIŞLARI
ÜZERİNE ETKİSİ**

SERAP AÇIKGÖZ ÇEPNİ

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

İZMİR-2018

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2011970034

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İŞYERİ SAĞLIĞI GELİŞTİRME PROGRAMININ
HEMŞİRELERİN SAĞLIK DAVRANIŞLARI
ÜZERİNE ETKİSİ**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

SERAP AÇIKGÖZ ÇEPNİ

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Ayşe BEŞER

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2011970034

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora programı öğrencisi Serap AÇIKGÖZ ÇEPNİ “İŞYERİ SAĞLIĞI GELİŞTİRME PROGRAMININ HEMŞİRELERİN SAĞLIK DAVRANIŞLARI ÜZERİNE ETKİSİ” konulu Doktora tezini 19.03.2018 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.


Prof. Dr. Ayşe BEŞER

BAŞKAN

Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. Zühal BAHAR

ÜYE

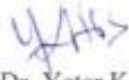
Koç Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi



Doç. Dr. Hatice MERT

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi



Doç. Dr. Yeter KİTİŞ

ÜYE

Gazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi



Yrd. Doç. Dr. Nihal GÖRDES AYDOĞDU

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN

YEDEK ÜYE

Harran Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yrd. Doç. Dr. Meryem ÖZTÜRK HANEY

YEDEK ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
KISALTMALAR	viii
TEŞEKKÜR	ix
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	5
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar	7
2.1.1. Kardiyovasküler Hastalıklarda Risk Faktörleri	7
2.1.2. Kardiyovasküler Hastalıklarda Risk Hesaplama Sistemleri.....	9
2.1.3. Kardiyovasküler Hastalıklardan Birincil Korunma.....	11
2.1.4. Kardiyovasküler Hastalıklardan Birincil Korunmada Hemşirenin Rolü.....	13
2.2. İşyeri Sağlığı Geliştirme Programları	14
2.2.1. İşyeri Sağlığı Geliştirme Programlarına Yönelik Rehberler	15
2.2.2. İşyeri Sağlığı Geliştirme Programlarında İş Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları	17
2.3. Sağlığı Geliştirme Modeli.....	19
ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASI (NİTEL AŞAMA).....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi.....	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.3. Araştırmanın Çalışma Grubu	22
3.4. Çalışma Materyali.....	23
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	23

3.6. Veri Toplama Araçları	24
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu	24
3.6.2.Odak Grup Görüşme Rehberi	24
3.7. Araştırma Planı	25
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
3.10. Etik Kurul Onayı	27
4. BULGULAR	28
4.1. İş İle İlgili Engeller	28
4.2. Bireysel Engeller	30
4.3. Sosyal Engeller	31
5. TARTIŞMA	33
5.1. İş İle İlgili Engeller	33
5.2. Bireysel Engeller	34
5.3. Sosyal Engeller	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	36
ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASI (NİCEL AŞAMA)	38
3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1 Araştırmanın Tipi	38
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı	38
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	38
3.3.1.Örneklem belirleme ölçütleri	38
3.3.2.Örneklem Büyüklüğü	39
3.4.Çalışma Materyali	44
3.5.Araştırmanın Değişkenleri	44
3.6.Veritoplama Araçları	46
3.6.1. SCORE Risk Çizelgesi	46
3.6.2.Kişisel Bilgi Formu	46
3.6.3.Önceki Davranışlar Bilgi Formu	46
3.6.4.Yeme İzleme Kaydı	47

3.6.5.Kardiyovasküler Risk Tanılama Formu	47
3.6.6.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	47
3.6.7.Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği	47
3.6.8.Genelleştirilmiş Özyeterlik Ölçeği.....	48
3.6.9.Araştırmada Kullanılan Ölçeklerden Alınan Puanların Güvenirlik Katsayıları.....	48
3.7.Araştırma Planı	49
3.7.1. Deney grubuna işyeri sağlığı geliştirme programının tanıtımına yönelik yapılanlar ..	50
3.7.2. Deney ve kontrol grubunun ölçümlerinin alınmasına yönelik yapılanlar.....	50
3.7.3. Deney grubuna uygulanan işyeri sağlığı geliştirme programına yönelik yapılanlar ..	52
3.8.Verilerin Değerlendirilmesi	54
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	55
3.10.Etik Kurul Onayı.....	55
4. BULGULAR	57
4.1. Betimsel Bulgular	57
4.2. Girişimsel Bulgular.....	59
5. TARTIŞMA	73
5.1. İşyeri Sağlığı Geliştirme Programının Değerlendirilmesi	73
5.2. Çalışma Bulgularının Değerlendirilmesi	75
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	81
7. KAYNAKLAR.....	83
8. EKLER.....	93
EK 1. SCORE risk çizelgesi (Yüksek riskli ülkeler için)	93
EK 2. Çalışan sağlığının iyileştirilmesine yönelik etkili işyeri programlarının temel unsurları	94
EK 3. İşyeri sağlığı geliştirme programının uygulanmasına yönelik adımlar	95
EK 4. Kişisel Bilgi Formu (Nitel Aşama).....	96
EK 5. Odak Grup Görüşme Rehberi	97
EK 6. Bilgilendirilmiş Olur Formu (Nitel Aşama)	99
EK 7. Kişisel Bilgi Formu (Deney Grubu)	100
EK 8. Kişisel Bilgi Formu (Kontrol Grubu)	101

EK 9. Önceki Davranışlar Bilgi Formu	102
EK 10. Yeme İzleme Kaydı	104
EK 11. Kardiyovasküler Risk Tanılama Formu	105
EK 12. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II.....	106
EK 13. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği.....	107
EK 14. Genelleştirilmiş Özyeterlik Ölçeği	108
EK 15. İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı Tanıtım Davetiyesi	109
EK 16. İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı Tanıtım Sunumu	110
EK 17. Eğitim Programının Öğrenim Hedefleri ve Kazanımları	111
EK 18. Eğitim Rehberi.....	113
EK 19. Orta Yoğunlukta Aeropilates Egzersiz	123
EK 20. Bilgilendirilmiş Olur Formu (Deney Grubu)	124
EK 21. Bilgilendirilmiş Olur Formu (Kontrol Grubu)	125
EK 22. Uygulama izinleri.....	126
EK 23. Etik Kurul İzni.....	129
EK 24. Araştırmacının Özgeçmişi.....	136
EK 25. Tez İle İlgili Yayınlar	138

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. SCORE risk kategorileri.....	10
Tablo 2. KVH'nın önlenmesinde tedavi hedefleri ve amaçları	11
Tablo 3. KVH'dan birincil korumada beslenme önerileri	12
Tablo 4. Odak grup görüşmelerine katılan hemşirelerin demografik verileri	23
Tablo 5. Çalışmanın veri toplama düzeni	39
Tablo 6. Deney ve kontrol gruplarının demografik özelliklerinin kıyaslanması	42
Tablo 7. Ölçeklerden alınan puanların güvenirlik katsayıları.....	48
Tablo 8. Kan basıncı sınıflandırması	51
Tablo 9. BKİ sınıflaması.....	52
Tablo 10. Eğitimin bölümleri ve konu başlıkları	53
Tablo 11. Araştırmada kullanılan istatistiksel teknikler	54
Tablo 12. Bağımlı değişkenlere dair betimsel bulgular	58
Tablo 13. Bağımlı değişkenlere ait tekrarlı ölçümler varyans analizi bulguları.....	60
Tablo 14. Bağımlı değişkenler arası korelasyonlar matrisi	71

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Kadınlarda KVH mortalite oranlarının küresel dağılımını gösteren Dünya haritası	8
Şekil 2. Kadınlarda KVH mortalite oranlarının küresel dağılımını gösteren Dünya haritası	8
Şekil 3. İşyeri Sağlık Modeli	17
Şekil 4. Sağlığı Geliştirme Modeli	20
Şekil 5. Üç temaya ve alt temalara ayrılmış olan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik algıladıkları engeller	28
Şekil 6. Araştırma akış şeması	40
Şekil 7. Araştırmanın kavramsal çerçevesi	45
Şekil 8. Araştırma planı.....	49
Şekil 9. Bel çevresi ortalamaları	62
Şekil 10. Kalça çevresi ortalamaları.....	62
Şekil 11. Vücut ağırlığı ortalamaları	63
Şekil 12. BKİ ortalamaları.....	64
Şekil 13. Sistolik KB ortalamaları.....	65
Şekil 14. Diyastolik KB ortalamaları	65
Şekil 15. HDL-K ortalamaları.....	66
Şekil 16. Açlık TG ölçümleri ortalamaları.....	66
Şekil 17. SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları	67
Şekil 18. SYBD ölçeği fiziksel aktivite boyutundan alınan puan ortalamaları.....	68
Şekil 19. SYBD ölçeği beslenme boyutundan alınan puan ortalamaları	69

KISALTMALAR

Amerika Birleşik Devletleri: ABD

Amerikan Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi: CDC

Amerikan Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü: NIOSH

Beden Kütle İndeksi: BKİ

Düşük Yoğunluklu Lipoprotein Kolesterol: LDL-K

European Association of Preventive Cardiology: EAPC

European Society of Cardiology: ESC

Genelleştirilmiş Özyeterlik Ölçeği: GÖÖ

International Council of Nurses: ICN

International Diabetes Federation: IDF

İşyeri Sağlığı Geliştirme Programları: İSGP

Kan Basıncı: KB

Kanada İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi: CCOHS

Kardiyovasküler Hastalıklar: KVH

Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi: KARRİF-BD

Sağlığı Geliştirme Modeli: SGM

Sağlık Bakanlığı: SB

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları: SYBD

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II: SYBDÖ II

Sistematik Koroner Risk Değerlendirmesi: SCORE

Total Kolesterol: TK

Trigliserit: TG

Türk Kardiyoloji Derneği: TKD

World Health Organization: WHO

Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein Kolesterol: HDL-K

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimimde ve tez çalışmamda desteğini esirgemeyen tez danışmanım
Prof. Dr. Ayşe BEŞER'e,

Tezimin değerlendirilmesinde görüşlerini esirgemeyen, saygıdeğer hocalarım
Prof. Dr. Zühal BAHAR ve Doç. Dr. Hatice MERT'e,

Saygıdeğer jüri üyesi hocalarım Doç. Dr. Yeter KİTİŞ'e ve Yrd. Doç. Dr. Nihal GÖRDES
AYDOĞDU'ya,

Araştırma sürecinde yardımlarını esirgemeyen Ankara Yenimahalle Eğitim ve Araştırma
Hastanesi ile Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi'nin bakım hizmetlerinden sorumlu
değerli yönetici hemşireleri ve hemşirelerine,

Doktora eğitimim ve tez çalışmam süresince her zaman yanımda olan sevgili dostlarım Dr.
Gülcihan ARKAN ve Dr. Burcu CENGİZ'e, tüm dostlarıma, desteklerini hiç esirgemeyen
çalışma arkadaşlarıma ve saygıdeğer yöneticim
Uzm. Dr. Erol KOÇ'a,

İş ve eğitim hayatım boyunca beni her zaman destekleyen aileme, sevgili eşim
Dr. Zafer ÇEPNİ'ye,

Sonsuz teşekkür ederim.

Serap AÇIKGÖZ ÇEPNİ

ÖZET

İşyeri Sağlığı Geliştirme Programının Hemşirelerin Sağlık Davranışları Üzerine Etkisi

Serap AÇIKGÖZ ÇEPNİ

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

acikgoz.serap@gmail.com

Amaç: Bu çalışmanın amacı Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak planlanan işyeri sağlığı geliştirme programının, hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırmada ve kardiyovasküler riski azaltmadaki etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Araştırma iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşama hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik algıladıkları engelleri ortaya çıkarmak için yapılan nitel çalışmadır. Beş odak grup görüşmesi yapılarak 31 hemşireyle görüşülmüştür. Tümevarımsal içerik analiziyle görüşme verisi analiz edilmiştir. İkinci aşama, öntest-sontest kontrol grup desenine sahip yarı deneysel bir araştırmadır. Deney grubunda 32, kontrol grubunda 40 hemşireyle araştırma tamamlanmıştır. Kişisel Bilgi Formu, Önceki Davranışlar Bilgi Formu, Yeme İzleme Kaydı, Kardiyovasküler Risk Tanılama Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II, Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği ve Genelleştirilmiş Özyeterlik Ölçeği kullanılarak veri toplanmıştır. Veri analizinde 2×3 tekrarlı ölçümler varyans analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik algıladıkları engeller iş ile ilgili, bireysel ve sosyal engeller olmak üzere üç ana temadan ve bunlarla ilişkili alt temalardan oluşmuştur. İşyeri sağlığı geliştirme programı kapsamında uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında deney grubundaki hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite ve beslenme puan ortalamaları anlamlı ölçüde yükselmiş, hemşirelerin sistolik ve diyastolik kan basıncında anlamlı bir düşüşle kardiyovasküler riskini azaltmada etkili olmuştur.

Sonuç: Bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda hastanede çalışan hemşirelerin kardiyovasküler risk yönetiminde Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı işyeri sağlığı geliştirme programının uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kardiyovasküler risk, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlığı geliştirme modeli.

ABSTRACT

Effect of Workplace Health Promotion Program on Nurses' Health Behaviors

Serap AÇIKGÖZ ÇEPNİ

Ministry of Health, General Directorate of Health Services

acikgoz.serap@gmail.com

Objective: The purpose of this study is to assess the effect of the program of workplace health promotion planned on the basis of the Health Promotion Model to increase the healthy lifestyle behaviors of nurses and reduce the cardiovascular risk.

Method: The study was conducted in two stages. The first stage is a qualitative study to determine the barriers to healthy lifestyle behaviors perceived by hospital nurses. Five focus group interviews were conducted and a total of 31 nurses were interviewed. The interview data were analyzed using inductive content analysis. The second stage is a quasi-experimental study with pretest-posttest control group design. The study was completed with 32 nurses in the experimental group and 40 nurses in the control group. Data were collected using the Personal Information Form, Previous Behaviors Information Form, Eating Follow-up Record, Cardiovascular Risk Recognition Form, Healthy Lifestyle Behaviors Scale II, The Cardiovascular Disease Risk Factors Knowledge Level Scale and Generalized Self-efficacy Scale. In the data analysis 2×3 repeated measures analysis of variance was used.

Results: The barriers that nurses perceive for their healthy lifestyle behaviors had three main themes and their sub-themes: work, individual and social. After the nursing interventions implemented within the scope of the workplace health promotion program, the mean scores of healthy lifestyle behaviors, physical activity and nutrition of the nurses in the experimental group increased significantly and the nurses had a significant decrease in systolic and diastolic blood pressures and to decrease the cardiovascular risk.

Conclusion: In line with the results of this study, it is recommended to implement a workplace health promotion program based on the Health Promotion Model in cardiovascular risk management of hospital nurses.

Key Words: Cardiovascular risk, healthy lifestyle behaviors, health promotion model.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya genelinde her yıl yaklaşık 17.7 milyon insanın kardiyovasküler hastalıklar (KVH) nedeniyle öldüğü tahmin edilmekte ve bu sayı küresel ölümlerin %31'ini oluşturmaktadır (World Health Organization [WHO], 2018). Türkiye'de ise 2014 yılında gerçekleşen tüm ölümlerin %47'si KVH'ya bağlı olup kanser, bulaşıcı hastalıklar, beslenme bozuklukları, solunum hastalıkları, diğer kronik hastalıklar, yaralanmalar ve maternal-perinatal nedenlerle olan ölümlerin toplamına yakındır (WHO, 2014). KVH'ya bağlı nedenlerle oluşacak ölümlerin sayısının 30 yıllık sürede, erkeklerde 2.3 kat artacağı, kadınlarda ise bu artışın 1.8 kat olacağı tahmin edilmektedir (Sağlık Bakanlığı [SB], 2015). KVH gelişiminde rol oynadığı düşünülen birçok risk faktörü olmakla birlikte değiştirilemeyen ve değiştirilebilen risk faktörleri olarak iki grupta değerlendirilmektedir (European Society of Cardiology [ESC], 2007). Bu hastalıklar açısından olumlu olan durum, değiştirilebilen faktörlere yapılan müdahalelerle önlenabilir nitelikte olmasıdır. Toplam risk yaklaşımı bağlamında, kan basıncı (KB), obezite, kolesterol ve sigara içiminin kontrolü sağlanarak kardiyovasküler hastalıkların görülme sıklığının yarıya düşürülebileceği bildirilmektedir (SB, 2015). Bu faktörlere ilişkin kardiyovasküler risk yönetimi, sağlıklı yaşam biçimi konusunda toplumun bilinçlendirilmesi ve sağlık davranışlarını kazandırmaya yönelik eğitimlerin yapılması aracılığıyla gerçekleştirilebilir (Beyhun ve Bilir, 2004).

Sağlık davranışları, KVH'da olduğu gibi, önde gelen ölüm nedenlerinin yol açtığı mortalitenin büyük bir bölümünün davranış kalıplarına bağlı olması ve bu davranış kalıplarının değiştirilebilir olması nedeniyle önemli bir kavramdır (Türkeri, 2006). Pender'in sağlığı geliştirme modeli'ne (SGM) göre bu davranışlar, sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) olarak adlandırılır ve altı öğeden oluşur; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, ruhsal gelişim ve stres yönetimi (Pender ve ark., 2006). Bu davranışların kazandırılmasında, yetişkin popülasyona ulaşmak ve çalıştıkları ortamlarda yüzleştikleri sağlıkla ilişkili konuları değerlendirmek üzere sağlığı geliştirme girişimlerini uygulamak için işyerleri uygun yerlerdir (Blix, 1999).

Hastaneler, haftada 7 gün 24 saat hizmet veren, hizmetlerin devamlılığı bakımından vardiya/nöbet sistemiyle çalışmayı gerektiren işyerleridir. Türkiye'de hemşirelerin %84'ü hastanelerde istihdam edilmektedir (SB, 2017). Değişken saatlerde vardiyalı/nöbetli sistemle çalışan hemşirelerde ise KVH görülmektedir (Knutsson, 2003). Hemşireler, bu hastalıkların

gelişimine katkı sağlayan olumsuz beslenme alışkanlıkları (Wong ve ark., 2010; Yoshizaki ve ark., 2010), yetersiz fiziksel aktivite (Han ve ark., 2011) stresle baş etmede uygun olmayan yöntemler kullanma (Nahm ve ark., 2012), sigara kullanma (Bostan ve Beşer, 2017) gibi riskli davranışlarda bulunmaktadır. Bireylere bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetleri vermek üzere yetiştirilen hemşirelerin SYBD ile ilgili yeterli bilgi ve uygulamalara sahip olmaları beklenirken bu davranışları yetersiz uyguladıklarını gösteren kanıtlar sunulmuştur (Perry ve ark., 2015; Uz ve Kitiş, 2017). Hemşirelerde SYBD'nin başlatılması ve sürdürülmesinde işyeri sağlığı geliştirme programları (İSGP) etkilidir (Yuan ve ark., 2009; Chen ve ark.,2014).

İSGP'nin öncelikli konuları arasında kardiyovasküler riskler yer almaktadır. Kardiyovasküler risk düzeyini azaltmada İSGP'nin etkinliğinin değerlendirildiği Fritsch ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında; çalışanların beslenme özellikleri, egzersiz, sigara kullanımı, KB ve kolesterol değerleri tanımlanarak girişim uyguladıktan sonra Beden Kütle İndeksi'nde (BKİ), Total Kolesterol (TK) ve düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol (Low-density Lipoprotein [LDL-K]) değerlerinde düşüş, yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol (High-density Lipoprotein [HDL-K]) değerlerinde ve egzersiz yapmada artış saptanmıştır. Yine, Aldana ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada, işyerinde diyabeti önleme amacıyla diyet (gıda seçimi, porsiyon kontrolü, kalori ayarlaması) ve egzersiz (günlük adım sayısı-pedometre) girişimleri uygulanmış, 6. ve 12. aylarda BKİ, oral glukoz tolerans testi, LDL-K, TK, trigliserit (TG) değerlerinde olumlu gelişmeler saptanmıştır.

Dünyada olduğu gibi Ülkemizde de KVH'nın artan bir şekilde mortalite nedeni olduğu ve KVH olan bireylerde artış gözleneceğine ilişkin öngörüler ile hemşirelerin KVH riskini artırıcı olumsuz davranışlar sergilediklerine ilişkin kanıtlar dikkate alındığında, önlenebilir niteliği olan bu hastalıklara ilişkin sağlığın geliştirilmesine yönelik girişimlerin uygulanması önem kazanmaktadır. Son yıllarda gelişmiş ülkelerde bazı özel kuruluşlar çalışanların sağlığını geliştirmeye yönelik programlara önem vermeye başlamıştır (Goetzel ve Ozminkowski, 2008). Ülkemizde çalışma ortamlarında, özellikle hemşirelerin yaşam biçimi davranışlarına ve bunlarla ilişkili olarak kardiyovasküler risk faktörlerini azaltmaya yönelik girişimsel çalışmalara ulaşamamıştır. Bu bağlamda, hemşirelerin sağlığını geliştirmeye ve kardiyovasküler riskini azaltmaya yönelik girişimsel modellere gereksinim vardır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma iki aşamada tamamlanmıştır.

Araştırmanın Birinci Aşamasının Amacı

Bu aşamada hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik algıladıkları engelleri ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.

Araştırmanın İkinci Aşamasının Amacı

Bu aşamada nitel araştırma sonuçları doğrultusunda Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak planlanan işyeri sağlığı geliştirme programının, hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırmada ve kardiyovasküler riski azaltmadaki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

- H1.** Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında **SCORE puanında** kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma vardır.
- H2.** Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında **bel çevresi puan ortalamasında** kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma vardır.
- H3.** Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında **bel-kalça oranı puan ortalamasında** kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma vardır.
- H4.** Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında **vücut ağırlığı puan ortalamasında** kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma vardır.
- H5.** Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında **Beden Kütle İndeksi puan ortalamasında** kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma vardır.
- H6.** Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında **sistolik kan basıncında** kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma vardır.
- H7.** Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında **diyastolik kan basıncında** kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma vardır.
- H8.** Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında **total kolesterol puan ortalamasında** kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma vardır.
- H9.** Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında **HDL kolesterol puan ortalamasında** kontrol grubuna göre anlamlı bir artma vardır.
- H10.** Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında **total kolesterol/HDL kolesterol oranı puan ortalamasında** kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma vardır.

- H11.** Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında ***LDL kolesterol puan ortalamasında*** kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma vardır.
- H12.** Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında ***açlık Trigliserit puan ortalamasında*** kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma vardır.
- H13.** Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında ***Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II toplam puan ortalaması*** kontrol grubuna göre daha yüksektir.
- H13a:** Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında ***Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması*** kontrol grubuna göre daha yüksektir.
- H13b:** Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında ***Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II beslenme alt boyutu puan ortalaması*** kontrol grubuna göre daha yüksektir.
- H14.** Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında ***Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği puan ortalaması*** kontrol grubuna göre daha yüksektir.
- H15.** Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında ***Genelleştirilmiş Özyeterlik Ölçeği puan ortalaması*** kontrol grubuna göre daha yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

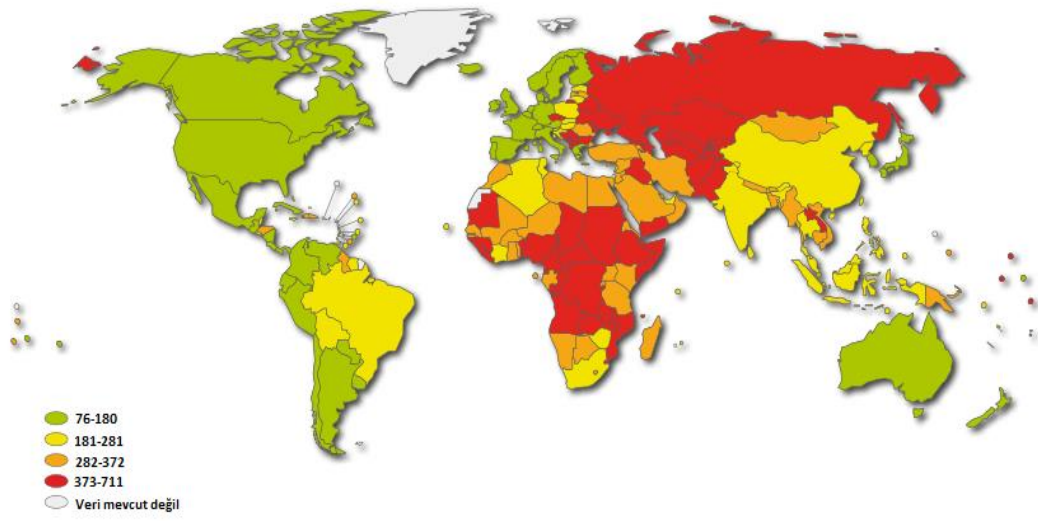
2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar

Kalp kaslı bir organdır ve her atışı ile vücuda oksijen ve besin taşıyan kanı pompalar. Kalp kası koroner arter sisteminden kendi kan akışını sağlar. Kalbin normal işlevi için iyi bir kan akışı hayati önem taşır. Kalp ve damar sağlığını ilgilendiren bir grup hastalık KVH olarak ifade edilmektedir. KVH'nın farklı tipleri vardır. Aterosklerozise bağlı KVH'lar; koroner arter hastalığı (Kalp krizi vb.), serebrovasküler hastalık (İnme vb.), hipertansiyon ve periferik arter hastalığını içeren aort ve arter hastalıklarıdır. Diğer KVH'lar ise konjenital kalp hastalığı, romatizmal kalp hastalığı, kardiyomiyopati ve kardiyak aritmilerdir (WHO, 2011a). KVH'nın klinik tedavisi yüksek maliyetli ve uzun sürelidir. Bu hastalıklar, genellikle orta yaş döneminde görülmekte ve ailelerinin geleceğini etkilemekte, böylece en verimli yıllarında olan insan kaynaklarından yoksun bırakarak ülkelerin gelişimine zarar vermektedir (WHO, 2011b).

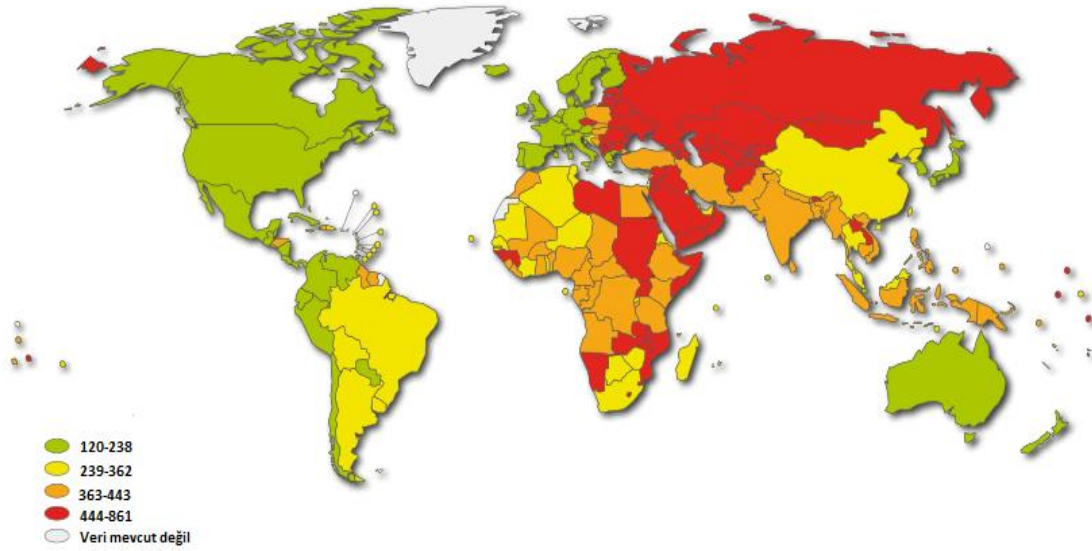
Dünya genelinde her yıl yaklaşık 17.7 milyon insanın kardiyovasküler hastalıklar (KVH) nedeniyle öldüğü tahmin edilmekte ve bu sayı küresel ölümlerin %31'ini oluşturmaktadır (WHO, 2018). Türkiye'de ise 2014 yılında gerçekleşen tüm ölümlerin %47'si KVH'ya bağlı olup kanser, bulaşıcı hastalıklar, beslenme bozuklukları, solunum hastalıkları, diğer kronik hastalıklar, yaralanmalar ve maternal–perinatal nedenlerle olan ölümlerin toplamına yakındır (WHO, 2014). Şekil 1 kadınlarda, Şekil 2 erkeklerde küresel KVH mortalite oranlarını göstermektedir (WHO, 2011a). KVH'ya bağlı nedenlerle oluşacak ölümlerin sayısının önlem alınmadığı takdirde 30 yıllık sürede, erkeklerde 2,3 kat artacağı, kadınlarda ise bu artışın 1.8 kat olacağı tahmin edilmektedir (SB, 2015).

2.1.1. Kardiyovasküler Hastalıklarda Risk Faktörleri

KVH gelişiminde rol oynadığı düşünülen birçok risk faktörü vardır. Yaygın olarak kabul gören risk faktörleri; değiştirilemeyen ve değiştirilebilen faktörler olarak iki gruba ayrılmaktadır. Değiştirilemeyen faktörler; yaş ve cinsiyet (erkek >45, kadın >55 yaş), birinci derece akrabalarda erken yaşta (erkek 55<, kadın <60 yaş) KVH öyküsüdür. Değiştirilebilen faktörler; sağlıksız beslenme, sigara kullanımı, aşırı alkol tüketimi, hipertansiyon, dislipidemi, diyabet, hareketsiz yaşam, aşırı kilo ve ruhsal gerilimdir (ESC, 2007). Diğer risk faktörleri arasında ise düşük sosyo-ekonomik düzey, sosyal izolasyon ve sosyal destek eksikliği, iş ve aile yaşamında stres, depresyon, anksiyete, düşmanlık ve öfke ile D tipi kişilik ('distressed', sıkıntılı) yer almaktadır (Perk ve ark., 2012).



Şekil 1. Kadınlarda KVH mortalite oranlarının küresel dağılımını gösteren Dünya haritası (yaşa uyarlanmış, her 100.00 için) (WHO, 2011a)



Şekil 2. Kadınlarda KVH mortalite oranlarının küresel dağılımını gösteren Dünya haritası (yaşa uyarlanmış, her 100.00 için) (WHO, 2011a)

KVH açısından olumlu olan durum, değiştirilebilen faktörlere yapılan müdahalelerle bu hastalıkların önlenabilir olmasıdır (SB, 2015). DSÖ küresel olarak KVH insidansını, morbiditesini ve mortalitesini azaltmak üzere kardiyovasküler riskin belirlenmesi ve

azaltılmasına yönelik strateji geliştirmiştir (WHO, 2011b). Benzer şekilde Türkiye’de de Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı kapsamında KVH’nın azaltılması hedeflenmiştir (SB, 2015). Risklerin belirlenmesi ve azaltılmasında ise tek tek risklerin ele alınması ve her birine yönelik önlem alınması yerine, bunların birleşiminden oluşan risk durumunun belirlenmesi ve buna yönelik yaklaşımların geliştirilmesi, yani toplam risk yaklaşımının en etkin ve maliyet etkililiği en yüksek yöntem olduğu ifade edilmektedir (Ergör, 2008). Toplam risk yaklaşımı bağlamında, KB, obezite, diyabet, kolesterol ve sigara içiminin kontrolü sağlanarak KVH görülme sıklığının yarıya düşürülebileceği bildirilmektedir (SB, 2015).

2.1.2. Kardiyovasküler Hastalıklarda Risk Hesaplama Sistemleri

Erişkin bireylerde KVH gelişme riskinin tahmin edilmesi koruyucu yaklaşımlar ve tedavi açısından önemlidir (Kültürsay, 2011). Risk hesaplama sistemleri risk faktörlerinin toplam risk yaklaşımı bağlamında değerlendirilmesine dayanır. Risk faktörlerinin belirlenmesi konusunu ilk gündeme getiren Framingham grubu olmuştur. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 1930’lu yıllarda kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin sıklığında belirgin artış gözlenmesi üzerine kalp hastalığı gelişimine neden olan faktörlerin bulunmasına yönelik çalışma başlatılmıştır. ABD’nin Massachusetts eyaletinin Framingham yerleşkesinde yaşayan 5209 sağlıklı bireyin ilk muayeneleri 1949 yılında yapılarak yaşam biçimleri sistematik olarak sorgulanmış, kan örnekleri çalışıldıktan sonra yıllar sürecektir bir takip programına alınmışlardır (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2015). Uzun yıllar süren bu program neticesinde KVH gelişiminde çok sayıda faktörün rol aldığı anlaşılmış, risk faktörü ifadesi ilk kez Framingham Kalp Çalışmasında kullanılmıştır (Poulter, 2003). Bu çalışmadan elde edilen verilerden yola çıkarak sağlıklı bireylerin 10 yıllık ölümcül ve ölümcül olmayan koroner kalp hastalığı riskini öngörebilen bir risk hesaplama sistemi oluşturulmuştur (Wilson ve ark., 1998).

Framingham sisteminde yer alan değişkenler; yaş, cinsiyet, TK, HDL kolesterol, KB, hipertansiyon ilacı kullanımı, diyabet ve sigara içmedir. Bilinen en eski ve en çok kullanılan risk hesaplama sistemi Framingham sistemidir. Ancak bu sistemin ABD halkı için geçerli olabileceği ve dünya genelindeki popülasyonların riskini temsil edemeyeceği düşüncesi farklı coğrafyalarda yeni risk modellerinin oluşturulmasıyla sonuçlanmıştır. Belirli popülasyonlardan köken alan GLOBAL, SCORE, ASSIGN, QRISK, Reynolds gibi çok sayıda risk hesaplama sistemi geliştirilmiştir. Bu sistemlerin çoğu yaş, cinsiyet gibi değiştirilemeyen ve sigara

kullanımı, kolesterol değerleri, KB gibi değiştirilebilen faktörlere dayanmakta (Berger ve ark., 2010), internet üzerinden ulaşılarak bazı uygulamalarla risk hesaplanabilmektedir.

Risk hesaplama sistemlerinden Sistematik Koroner Risk Değerlendirmesi (SCORE) ise 12 Avrupa ülkesinden 205.178 kadın ve erkeğin katılımıyla gerçekleşen bir projedir. Diğer sistemlerden farklı olarak sadece koroner kalp hastalığı riskini değil KVVH'ya bağlı 10 yıllık ölüm riskini öngörmeyi hedeflemiştir (Conroy ve ark., 2003). SCORE risk hesaplamasında kullanılan değişkenler; yaş, cinsiyet, TK, HDL kolesterol, sistolik KB ve sigara içmedir. Avrupa bölgesindeki düşük ve yüksek riskli ülkeler için ayrı çizelgeler oluşturulmuş (Bkz. EK 1) ve birçok Avrupa ülkesi için yeniden kalibre edilmiştir. Türkiye için de ülkeye özgü uyarlamalara SCORE'un elektronik sürümü olan HeartScore'dan erişilebilmektedir (European Association of Preventive Cardiology [EAPC], 2018). Bu kapsamda ESC ve Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) KVVH risk değerlendirmesinde SCORE sisteminin kullanılmasını önermektedir. SCORE risk kategorileri Tablo 1'de verilmiş olup 10 yıl içindeki KVVH'ya bağlı ölüm riskinin %5 ve üzerinde olması yüksek risk olarak değerlendirilmektedir. Bireylerin hangi risk kategorisinde bulunduğu, yaşam biçimi değişikliklerinin önerilmesi ve tedavi hedeflerinin belirlenmesine yol göstermektedir (Piepoli ve ark., 2016).

Tablo 1. SCORE risk kategorileri

Risk kategorisi	Bireylerin özellikleri
Çok yüksek risk	- İnvaziv ya da non-invaziv testlerle kanıtlanmış KVVH (Geçirilmiş akut miyokard infarktüsü, akut koroner sendromlar, koroner revaskülarizasyon, inme, geçici serebral iskemik atak, periferik arter hastalığı vb.) - Proteinüri gibi hedef organ hasarı olan veya sigara içme veya belirgin hiperkolesterolemi veya belirgin hipertansiyon gibi önemli bir risk faktörü bulunan Diabetes Mellitus. - İlerlemiş kronik böbrek hastalığı (GFH <30 ml/min/1.73 m²) - Hesaplanan SCORE puanı $\geq$10.
Yüksek risk	- Özellikle kolesterolün >310 mg/dl (örn. ailevi hiperkolesterolemisi) ya da kan basıncının $\geq$180/110 mmHg olması gibi tek bir risk faktörünün belirgin derecede yükselmesi. - Diabetes Mellitus'lu diğer birçok insan (Tip 1 Diyabetli genç insanlar hariç olup düşük veya orta derecede risk altında olan önemli risk faktörleri olmaksızın). - Orta derecede ilerlemiş kronik böbrek hastalığı (GFH <30-59 ml/min/1.73 m²) - Hesaplanan SCORE puanı $\geq$5 ve <10.
Orta risk	- Hesaplanan SCORE puanı $\geq$1 ve <5. Birçok orta yaşlı grup bu kategoriye dâhildir.
Düşük risk	- Hesaplanan SCORE puanı <1.

2.1.3. Kardiyovasküler Hastalıklardan Birincil Korunma

KVH'da birincil korunmanın amacı; hastalık riski yüksek, fakat hastalık belirtisinin olmadığı bireylerde yaşam tarzını değiştirerek ve risk faktörlerini kontrol altına alarak hastalığın oluşmasının önlenmesi veya hastalığın ortaya çıkışının geciktirilmesidir. Sekonder korunmanın amacı ise hastalık saptanan bireylerde hastalığın ilerlemesinin ve ölümün önlenmesidir (Lowther ve Mordue, 2006). Kanıtlanmış KVH'sı olan bireyler zaten çok yüksek yeni olay geliştirme riski altında olduğundan tüm risk faktörleri açısından acil girişim gerektirmektedir. Buna karşılık görünüşte sağlıklı bireylerin de KVH riski bakımından değerlendirilmesi göz ardı edilmemelidir. Örneğin, SCORE sistemi kullanılarak bireylerin toplam riski değerlendirildiğinde; düşük risk altındaki bireylere bu durumlarını korumaya yönelik tavsiyeler verilmekte, orta risk altındaki bireylere ise artan risk doğrultusunda tavsiyeler düzenlenmektedir (Perk ve ark., 2012).

KVH'dan birincil korunmada değiştirilebilen risk faktörleri olarak ifade edilen sigara kullanımı, sağlıksız beslenme, hareketsiz yaşam, aşırı kilo, hipertansiyon, dislipidemi, diyabet, ve ruhsal gerilim kontrolüne yönelik uygulamalar ön plana çıkmakta, bu faktörlere yapılan müdahalelerle kardiyovasküler risk azaltılmaktadır (SB, 2015). KVH'dan birincil korunmaya yönelik ESC'nin önerdiği tedavi hedefleri ve amaçları Tablo 2'de verilmiştir (Perk ve ark., 2012).

Tablo 2. KVH'nın önlenmesinde tedavi hedefleri ve amaçları

Değişkenler	Tedavi Hedefleri ve Amaçları
Sigara kullanımı	Hiçbir şekilde tütüne maruz kalınmamalıdır.
Beslenme	Tam tahıllı ürün, sebze, meyve ve balık ağırlıklı, doymuş yağ oranı düşük olacak şekilde beslenmelidir.
Fiziksel aktivite	Haftada 2.5-5 saat veya çoğu gün 30-60 dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite.
Vücut ağırlığı	BKİ 20-25 kg/m ² , bel çevresi <94 cm (erkekler) ve <80 cm (kadınlar).
Kan basıncı	<140/90 mmHg
TK	<200 mg/dl
LDL-K	<u>Çok yüksek risk:</u> <70 mg/dl veya başlangıç değeri 70 ile 135 mg/dl aralığında ise en az %50 azalma. <u>Yüksek risk:</u> <100 mg/dl veya başlangıç değeri 100 ile 200 mg/dl aralığında ise en az %50 azalma. <u>Düşük ve orta risk:</u> <115 mg/dl
HDL-K	Hedef yoktur ancak erkeklerde >40 mg/dl, kadınlarda >48 mg/dl daha düşük risk anlamına gelir.
TG	Hedef yoktur ancak <150 mg/dl düşük risk anlamına gelirken daha yüksek düzeylerde diğer risk faktörleri değerlendirilmelidir.
Diyabet	HbA1c: <%7

Sigara kullanımı, KVVH için gl ve bağımsız bir risk faktörüdür ve kaçınılmalıdır. Bununla birlikte sigara dumanına maruz kalma da KVVH riskini artırır ve kaçınılması gerekmektedir. SCORE sisteminde 10 yıllık ölümcül kardiyovasküler risk sigara içenlerde yaklaşık iki katına çıkmaktadır (Perk ve ark., 2012).

Beslenme alışkanlıkları kardiyovasküler riski; serum kolesterolü, KB, vct ağırlığı ve diyabet gibi risk faktörleri üzerinden etkilemektedir. Diğer taraftan bu risk faktörlerinden bağımsız olarak da beslenme kardiyovasküler riski etkilemektedir. Dolayısıyla sağıklı beslenme KVVH'dan korunmanın temelidir. Beslenmenin etkisi besin ve besin gruplarına bakmakla değerlendirilir. KVVH açısından önemli besinler yağı asitleri, mineraller (sodyum ve potasyum), vitaminler (A, E, B ve D) ve liftir. ESC'nin KVVH'dan birincil korumada beslenme nerileri Tablo 3'de verilmiştir (Perk ve ark., 2012).

Tablo 3. KVVH'dan birincil korumada beslenme nerileri

Beslenme nerileri
Doymuş yağı asitlerinin yerini çoklu doymamış yağı asitleri almalı, doymuş yağı asitleri toplam enerji alımının <%10'unu oluşturmalıdır.
Trans doymamış yağı asitleri mümkün olduğunca azaltılmalı, tercihen işlenmiş gıdalarla hiç alınmamalı, doğal kaynaklardan alınanlar ise toplam enerjinin <%1'ini oluşturmalıdır.
Tuz tüketimi günlük 5 gramın altında tutulmalıdır.
Günlük lif alımı 35-40 gram olmalı, bu lif alımı kepekli ürünler ve meyve-sebzelerden oluşmalıdır.
Günlük 200 gram meyve tüketilmelidir (2-3 porsiyon).
Günlük 200 gram sebze tüketilmelidir (2-3 porsiyon).
Haftada en az iki kez balık tüketilmelidir.
Alkollü içeceklerin tüketimi erkekler için iki bardak(20 gr/gün alkol), kadınlar için günde bir bardak (10 gr/gün alkol) ile sınırlı tutulmalıdır.

Hareketsiz yaşam tarzı, KVVH'nın temel risk faktörlerindendir (Lee ve ark, 2012). Düzenli fiziksel aktivite ve aerobik egzersiz, hem KVVH'dan birincil korumada hem de sekonder korumada her yaş aralığında KVVH riskini azaltır. Sağıklı yetişkinler için haftada 2.5-5 saat veya çoğu gün 30-60 dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite önerilmektedir. Fiziksel aktivite/aerobik egzersiz, her biri ≥ 10 dk süren ve haftada 4-5 gün gibi haftaya eşit olarak yayılan çoklu uygulamalar halinde gerçekleştirilebilir. Sedanter bireylerin ise hafif yoğunlukta egzersiz programlarına başlamaları önerilmektedir. Fiziksel aktivite/aerobik egzersiz örnekleri sadece doğa yürüyüşü, koşma, paten, bisiklet, kürek, yüzme, kayak ve aerobik dersi gibi sporla ilişkili aktiviteleri değil, aynı zamanda evik adımlarla yürüme, merdiven çıkma, daha fazla ev

ve bahçe işleri yapma ve aktif yaratıcı faaliyetlere katılma gibi yaşam biçimiyle ilgili aktiviteleri de kapsamaktadır (Piepoli ve ark., 2016).

Hem genel *vücut ağırlığı* artışının hem de abdominal yağlanmanın KVVH'dan ölüm riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Artan vücut ağırlığının potansiyel olumsuz kardiyovasküler etkileri; insülin direncinde ve KB'de artma, sistemik enflamasyonda ve protrombotik durumda artma, albüminüri, dislipidemi, kardiyovasküler ve serebrovasküler bozukluklardır. BKİ, bel çevresi ve bel kalça oranı KVVH riskinin en iyi göstergelerindendir. KVVH'dan ölüm riski BKİ 20-25kg/m²'de en düşük düzeydedir (Perk ve ark., 2012). Erkeklerde ≥ 94 cm, kadınlarda ≥ 80 cm bel çevresi daha fazla kilo alınmaması gereken eşik değerdir. Erkeklerde ≥ 102 cm, kadınlarda ≥ 88 cm bel çevresi kilo verilmesinin öğütlenmesi gereken eşik değerdir. Bel çevresi kalça çevresine bölünerek elde edilen bel-kalça oranı bakımından ise erkeklerde 0.90 ve üstü, kadınlarda 0.85 ve üstü abdominal obezite olarak değerlendirilmektedir (International Diabetes Federation [IDF], 2006).

Yüksek KB KVVH için önemli bir risk faktörüdür. KVVH'dan birincil korunmada kan basıncı hedefi <140/90 mmHg'dır. Hafif yüksek KB olan bireyler için yaşam biçimi değişikliği yeterli olabilir. Yaşam tarzı girişimleri şunları içermektedir: kilolu bireylerde ağırlık azaltılması; sodyum klorür kullanımının <5 g/gün olacak şekilde azaltılması; alkol tüketiminin erkeklerde 20 g/gün ve kadınlarda 10 g/gün etanolü aşmayacak şekilde kısıtlanması; sedanter bireylerde düzenli fiziksel aktivite, meyve ve sebze tüketiminin artırılması; doymuş yağ alımının azaltılması ve sigaranın bırakılması (Perk ve ark., 2012).

Dislipidemi, KVVH'nın önemli risk faktörlerindendir. Hem TK hem de LDL-K ile KVVH riski arasında güçlü ve dereceli bir pozitif ilişki bulunmaktadır. SCORE düşük ve orta risk düzeyi için TK <190 mg/dl ve LDL-K <115 mg/dl olması önerilmektedir. Hipertrigliseridemi ve HDL-K düşük konsantrasyonları da yüksek KVVH riski ile bağımsız ilişkilidir. Açlık TG >150 mg/dl olması artmış risk için bir belirteç olarak kabul edilmeye devam etmektedir. Erkeklerde HDL-K <40 mg/dl ve kadınlarda <45 mg/dl olması artmış bir risk göstergesidir (Catapano ve ark., 2016).

2.1.4. Kardiyovasküler Hastalıklardan Birincil Korunmada Hemşirenin Rolü

KVVH'dan korunmada risk faktörlerine yönelik olarak sağlıklı beslenme önerileri, egzersiz eğitimi, gevşeme egzersizleri, kilo yönetimi, KB takibi gibi hemşirelik girişimleriyle bireylerde davranış değişiklikleri geliştirilebilir (Balady ve ark, 2007). Hemşire liderliğinde yürütülen çalışmaların, KVVH'dan hem birincil hem de ikincil korunmada, bireylerin tedavi ve önerilere

uyumu ile hasta sonuçlarını iyileştirmede etkili olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur (Halcomb ve ark., 2007).

Hemşirelerin kronik hastalıkların önlenmesinde olduğu gibi KHV'nın önlenmesinde; riskli bireylerde hastalığın geciktirilmesine ve olası komplikasyonların azaltılmasına yönelik birey ve toplumda farkındalık yaratma, bireylere sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları kazandırma, hastalanmaları durumunda tedaviye uyumunu sağlamada önemli rolleri vardır (Cumbie ve ark, 2004; International Council of Nurses [ICN], 2010). Hemşire bireyi bütüncül olarak değerlendirir; risk faktörlerinin varlığını sorgular, hastalık risk faktörlerine ilişkin bireyin mevcut bilgisini değerlendirir, hastalık riskinin önlenmesinde bireye özgü ihtiyaçları belirler, yaşam biçimi değişikliğine ilişkin olası engelleri ve çözüm önerilerini bireyle birlikte tartışır. Bireyin ihtiyaçları doğrultusunda eğitim ve bireysel danışmanlık vererek davranış değişikliği için motivasyonunu destekler (Berra ve ark., 2011). Her bireyin deneyimlerini, düşünce ve endişelerini, önceki bilgilerini ve günlük yaşam koşullarını araştırmak özel bir önem taşımaktadır. Hemşire, bireyin gerçekçi hedefler belirlemesine ve belirlenen hedefin bireyin kendisi tarafından da izlenmesine yardımcı olur (Artinian ve ark., 2010).

ICN (2010), kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetiminde, aldıkları eğitim nedeni ile hemşire iş gücünün önemini vurgulamış, hemşirelik bilgi ve becerisi aracılığıyla KVH'yı önlemedeki potansiyeline dikkat çekmiştir. Bu bağlamda, hemşire, sağlığı koruma uygulamalarını hedefleyen sağlığı geliştirme girişimlerini okul, işyeri gibi hizmet sunduğu her ortamda planlayabilir ve uygulayabilir.

2.2. İşyeri Sağlığı Geliştirme Programları

Sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışma, her çalışanın hakkıdır. İşyerinden kaynaklanan önlenemez sağlık sorunlarının önlenmesi, çalışma verimliliğinin artırılması, işe devamlılığın sağlanması, çalışan sağlığının geliştirilmesi, dolayısıyla hizmet sunulan alandan sosyal yaşama kadar iyilik halinin artması ve sürdürülmesi sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamında gerçekleşir (WHO, 2001). Sağlıklı çalışma ortamı ve sağlıklı iş uygulamaları geliştirilmesi ile işyeri sağlığı geliştirme iş sağlığı stratejilerinin önceliklerindendir (WHO, 1994). Lüksemburg Deklarasyonu'na göre, işyeri sağlığı geliştirme; işveren, işçi ve toplumun, çalışanların sağlık ve refahını geliştirmek üzere giriştiği ortak çabalardan oluşur. Bu çabalar; çalışma organizasyonu ve çalışma ortamının iyileştirilmesi, aktif katılımın desteklenmesi ve kişisel gelişimin teşvik edilmesidir (European Network for Workplace Health Promotion, 2001).

İSGP’de, 1980’lerin başında çalışanların sağlık davranışlarına odaklanırken, 1990’lardan sonra sağlık davranışlarıyla birlikte sağlıklı iş çevresine destek olacak girişimlere de yer verilmiştir (Blix, 1999). Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite ve kötü beslenme alışkanlıklarının çalışanların sağlığını ve verimliliğini olumsuz yönde etkilediğinin farkına varılmasıyla birlikte riskli davranış sergileyen çalışanlara yönelik İSGP uygulanmış, bu programlar aracılığıyla çalışanların sağlığının iyileştiği ve verimliliklerinin arttığı, sağlık giderlerinin azaldığı belirlenmiştir (O’Donnell, 2002). İSGP’nin ekonomik etkisi üzerine yapılan bir meta-değerlendirmede ise hastalık izinlerinde, sağlık harcamalarında, çalışanların tazminatları ve engellilik sigortası maliyetlerinde yaklaşık %25 oranında bir azalma olduğu gösterilmiştir (Chapman, 2012).

2.2.1. İşyeri Sağlığı Geliştirme Programlarına Yönelik Rehberler

Sağlığı geliştirme iki eylem seviyesinin birleşimidir; sağlık eğitimi ve sağlıklı yaşam koşullarını destekleyen çevresel eylemler (Green ve Kreuter, 1999). İSGP de bu eylem seviyelerinin birleşimini dikkate alır. Linnan ve arkadaşları (2010) kapsamlı İSGP’nin beş temel bileşeni olduğunu belirtmiştir:

1. Sağlık eğitimi programları (farkındalık oluşturmaya birlikte beceri geliştirme ve yaşam biçimi davranışlarında değişim gibi),
2. Destekleyici fiziksel ve sosyal çevre (sağlığı geliştiren ve hastalık riskini azaltan politikaların uygulanması ve sağlıklı davranışlarının desteklenmesi gibi),
3. Sağlık taramaları ve uygun izlem hizmetleri,
4. İş güvenliği, çalışan destek programları gibi diğer ilgili programlarla bağlantılar,
5. Personel, bütçe ve kaynaklar gibi örgütsel yapıya entegrasyon.

Çalışanların sağlığı üzerinde olumlu yönde etkisi olan İSGP’nin (White ve Jacques, 2007) etkililiğinde bazı temel faktörlerin sağlanması önerilmektedir. Bu bağlamda, çalışanlara yönelik etkili İSGP planlamak, uygulamak ve değerlendirmek isteyenlere yardımcı olmak amacıyla geliştirilen kaynaklar giderek artmaktadır. Amerikan Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (NIOSH) tarafından geliştirilen Çalışan Sağlığının İyileştirilmesine Yönelik Etkili İşyeri Programlarının Temel Unsurları Rehberi bu kaynaklardan birisidir (NIOSH, 2008). Rehberde; işyeri tehlikelerini azaltmak ve çalışan sağlığı ile iyilik halini geliştirmek amacıyla kapsamlı yaklaşımları tanımlamak ve desteklemek üzere işe dayalı sağlığı koruma ve geliştirme programlarına yönelik bileşenler tanımlanmıştır (Bkz. EK 2). Bu rehberde ilke ve pratik yönlendirmeler dört kategoride değerlendirilmektedir; (1) organizasyon kültürü ve liderlik, (2)

programın tasarımı, (3) programın uygulanması ve kaynaklar, (4) program değerlendirme. Bu kategoriler hem fiziksel ve organizasyonel iş çevresini dikkate almakta hem de çalışanların bireysel sağlık risklerini çözmeye çalışan kapsamlı uygulamaları içermektedir.

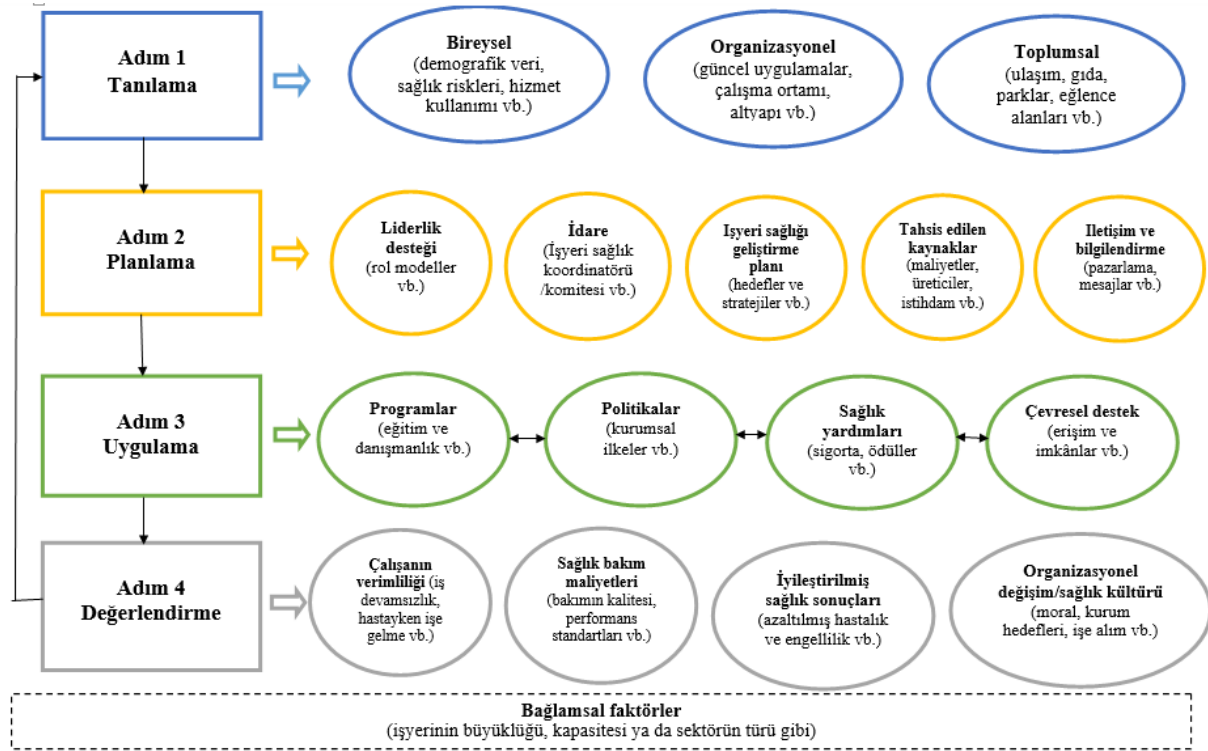
İSGP geliştirmek ve uygulamak üzere yararlanılabilecek diğer bir kaynak Kanada İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi (CCOHS) tarafından yayımlanan İşyeri Sağlık ve İyilik Hali Rehberi'dir (CCOHS, 2008). Rehberine göre; sağlık ve güvenlik ile ilgili ulusal düzenlemeler, işyeri politikaları/prosedürleri ve uygulamaları İSGP için temel oluşturur. İş sağlığı hizmetlerinde olduğu gibi İSGP de kurum politikalarıyla bütünleştirilmelidir. Program geliştirilirken program hedefleri, hedef kitle ve program türünün net olması gerektiği hatırlanmalıdır. CCOHS, İSGP uygulanması aşamasında yönetim desteği, programla bağlantılı olabilecek herkesten destek alma, veri toplama, ihtiyaçları belirleme, planlama, uygulama ve değerlendirme olmak üzere yedi adım izlenmesini önermektedir (Bkz. EK 3).

Amerikan Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) ise İSGP oluşturmaya yönelik sistematik süreci Şekil 3'de verilen işyeri sağlığı modeli aracılığıyla açıklamaktadır (CDC, 2014). Bu süreçte dört temel adım vurgulanmaktadır;

1. Çalışanın sağlık risklerini ve sorunlarını, sağlığı geliştirme aktivitelerini, durumunu ve ihtiyaçlarını saptamak için tanılama,
 2. İSGP'nin bileşenlerini geliştirmek için planlama süreci,
 3. Sağlığı geliştirme stratejileri ve girişimlerini uygulama,
 4. Düzenlenmiş sağlığı geliştirme aktivitesinin yararlılığını (kalite gibi), değerini (etkililik gibi) ve anlamlılığını (önem gibi) incelemek için sistematik olarak girişimleri değerlendirme.
- Vurgulanan bu dört adım, İSGP oluşturulurken işyerinin büyüklüğü, kapasitesi ya da sektörün türü gibi bağlamsal faktörleri dikkate almaktadır.

İSGP'ye yönelik NIOSH ve CCOHS tarafından hazırlanan rehberler ile CDC tarafından hazırlanan modelin ortak özelliklerinden en önemlisi işyeri sağlığı komitesi tarafından programların yürütülmesi ve denetlenmesidir. Komitenin, sağlık ve güvenlik komitesiyle ya da işyerinde var olan diğer komitelerle yakın ilişki içerisinde çalışması vurgulanmakta, sağlık ve güvenlik komitesinin bir alt çalışma grubu olabileceği de belirtilmektedir. Komite; kurum yöneticileri, çalışanları temsil eden birlik/dernek üyeleri, iletişim uzmanları, insan kaynakları birimlerinden temsilciler, eğitim ve öğretim alanından uzmanlar, işyeri hekimi, iş sağlığı hemşiresi gibi tıp alanından profesyonellerden oluşabilmektedir (CCOHS, 2008). Komitede görev alan iş sağlığı hemşiresinin başlıca görevleri; çalışma ortamı ile üretim sürecinden

kaynaklanan tehlike ve risklerin belirlenmesi, sağlık çalışanlarının sağlığının değerlendirilmesi, sağlık eğitimi, danışmanlık hizmeti, hizmetlerin kayıt edilmesi ve araştırma yapılmasıdır (Özkan ve Emiroğlu, 2006).



Şekil 3. İşyeri Sağlık Modeli

(CDC, 2014)

2.2.2. İşyeri Sağlığı Geliştirme Programlarında İş Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları

İSGP adımları hemşirelik süreciyle benzerlik göstermektedir. Bu adımlar; tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmedir.

Tanılama: Bu aşamada iş sağlığı hemşireleri, çalışanların ihtiyaçlarını belirlemek üzere veri toplar, programda görev alacakları belirler, program için ayrılması gereken bütçe ve kaynaklar (Rogers, 1994) ile program hedeflerinin kazanımı için engelleri belirler (Huerta ve Welborn, 2008). Çalışanların sağlığını etkileyen psikososyal, biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve çevresel faktörler (kurum politikaları ve uygulamaları gibi) bütüncül olarak değerlendirilerek ihtiyaçlar belirlenir. İhtiyaç belirleme; informal bir şekilde çalışanlarla sohbet ederek, sorular sorarak ya da formal bir şekilde yaşam biçimi davranışlarına yönelik anket ve

ölçekler uygulayarak, gözlem yaparak, odak grup görüşmeleri düzenleyerek yapılabilir. Böylece çalışanların demografik verileri, sağlık alışkanlıkları, sağlık algıları, güncel sağlık durumları, risk faktörleri, çalışma ortamının özellikleri ve ilgi duyduğu konular ortaya çıkarılabilir. Çalışanların bildirimlerine dayalı ihtiyaçları tanımlamanın yanı sıra ulusal düzeyde morbidite ve mortalite oranlarını etkileyen risk faktörleri, çalışanların yaşam biçimiyle ilişkili davranışsal risk faktörlerine yönelik araştırma bulguları da iş sağlığı hemşireleri tarafından tanılama aşamasında kullanılır.

İSGP'ye katılan çalışanlarda davranış değişimi için temel olan motivasyonu sağlamak üzere teşvikler bu aşamada belirlenir (Maville ve Huerta, 2008). Spor salonu üyeliği gibi maddi ödüller, spor çantası, tişört, yemek pişirme kitabı gibi materyaller, programa katılım belgesi gibi teşvikler program başlamadan önce ya da program sonunda verilebilir (CCOHS, 2008).

Planlama: Bu aşama, tanılama aşamasındaki verilere dayalıdır (Maville ve Huerta, 2008). Tanılama aşamasında olduğu gibi bu aşamada da çalışanların ve işyeri sağlık komitesinin aktif katılımı önemlidir. Programın amaç ve kısa/uzun dönem hedefleri, programa yönelik kurum politikaları, program içeriği, programın aşamaları belirlenir ve uygulama takvimi oluşturulur (Rogers, 1994). İş sağlığı hemşiresi, işyeri sağlık ekibiyle birlikte sağlığı geliştirme girişimi için bir başlık seçer, aynı zamanda kurumun misyonuyla tutarlı misyon ifadesi belirlenir (CCOHS, 2008).

İSGP, başlangıcından sonuna kadar temel bir yönetim yapısını gerektirir. Bu bağlamda kurumsal stratejiler bir rol model olarak liderlik desteği sunar ve program hedeflerinin kazanımı için önemli destek mekanizmalarıdır; çalışanların sağlık risklerinin uygun bir şekilde yönetilmesini ve kurumun kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılmasını, programı denetlemek üzere işyeri sağlık komitesinin katılımını, yeterli kaynak ayırımıyla planın geliştirilmesini sağlar (CDC, 2014). Program konusunu ve içeriğini belirlerken bu aşamada kanıta dayalı uygulamalar ve çalışanların yaşam biçimi davranışlarına yönelik geliştirilen programlar incelenebilir. NIOSH, CCOHS ve CDC tarafından yayımlanan kaynakların yanı sıra uluslararası kuruluşların yayımladığı diğer kaynaklardan da yararlanılabilir.

Uygulama: Bu aşamada, planlama aşamasında belirlenen amaç ve hedefler doğrultusunda programın içeriği belirlenir. Program içeriği belirlendikten sonra programın nasıl tanıtılacağına karar verilir (CCOHS, 2008). Çalışanların toplu olarak bulundukları yemekhane gibi yerlerdeki panolara programın tanıtımının yapıldığı duyurular asılabilir. Programın uygulanması ulusal kampanyalara denk getirilebilir. İSGP; fiziksel çevreye yönelik (güvenlik, ergonomi gibi) ve

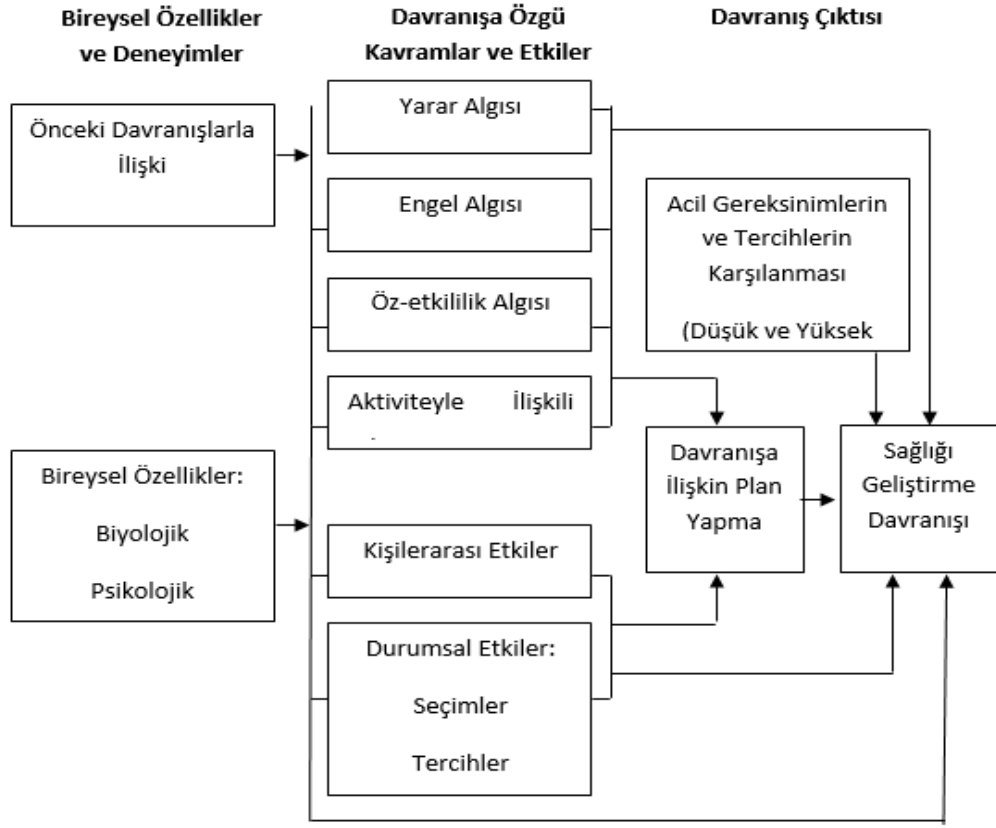
organizasyonel çevreye yönelik (çatışma çözümü, çalışan destek programları gibi) düzenlenebileceği gibi sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, sigara içmemeyi destekleme gibi SYBD'ye yönelik olarak da düzenlenebilir (NIOSH, 2008).

Değerlendirme: Değerlendirme aşamasında iş sağlığı hemşiresi; işyeri sağlık komitesiyle birlikte programın amaç ve hedeflerinin karşılanıp karşılanmadığını, programın nasıl daha iyi sürdürülebileceğini, çalışanların ve kurum yönetiminin katılım düzeyini, katılımcıların memnuniyet düzeylerinin nasıl olduğunu, müdahale sonucunda elde edilen getirilerin neler olduğunu değerlendirir (CCOHS, 2008). Bu aşamada deneyimlerden ders çıkarmak önemlidir. Program değerlendirme sonuçlarına dayalı olarak programda uyarlama ya da değiştirmeler yapılır (NIOSH, 2008).

2.3. Sağlığı Geliştirme Modeli

Çok boyutlu sağlığı geliştirici yaşam biçimi örüntüsünü hemşirelik ve davranış bilimleri bağlamında açıklamak amacıyla Pender, sosyal bilişsel modellerden yararlanarak SGM'yi tasarlamıştır (Bkz. Şekil 4). Model ilk olarak 1980'li yıllarda hemşirelik literatürüne girmiştir (Pender ve ark. 2006). Modelde, çevreden kaynaklanan stresörler yerine, bireylerin çevrelerine etkisi olan ve olası sağlık sorunlarının gerçekleşmesini önleyebilen davranışlar açıklanmaya çalışılmaktadır. Bununla birlikte, sağlığı geliştirici davranışları başlatma ya da sürdürmede bireylerin güdülenmesine doğrudan etkisi olan davranışları düzenlemeye yardım eden bilişsel süreçler ele alınmaktadır (Warner ve Lightfoot, 2010).

Modele göre sağlığı geliştirici davranışlar; bilişsel-algisal faktörler, değiştirici faktörler ve eylem olasılıklarının birleşiminden oluşan doğrudan ya da dolaylı etkiyle kazanılabilir. Değiştirici faktörler, bilişsel algılamaları etkileyerek karar verme sürecini pekiştiren değişkenlerdir. Bu değişkenler; demografik özellikler, biyolojik özellikler, kişilerarası etkiler (sosyal destek gibi), durumsal faktörler (sağlıklı gıdaya erişim gibi) ve davranışsal faktörler (geçmiş deneyimler gibi)'den oluşmaktadır. Eylem olasılıkları, bireyi karar verme aşamasından davranışa geçmesi için harekete geçirebilen ortamlardır (kitle iletişim araçları gibi). Bilişsel-algisal faktörler ise, sağlığı geliştirici davranışların sürdürülmesini doğrudan etkileyen güdüsel mekanizmalardır. Bu faktörler; sağlık, sağlık değeri, algılanan sağlık durumu, algılanan yararlar, algılanan engeller, algılanan kontrol ve algılanan öz yeterlidir (Pender ve ark. 2006).



Şekil 4. Sağlığı Geliştirme Modeli
(Pender, 2006)

Pender'in modeli sağlığı geliştirmeye yönelik araştırmalarda bir yapı ve rehber olarak yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (Al-Kandari ve Vidal, 2007; Callaghan, 2006; Lee ve Yuen Loke, 2005). Modele yönelik literatürde artan bu ilgiye bağlı olarak Pender, başlıca kuramsal değişiklikleri yansıtması için modeli revize etmiştir. Orijinal modelle uyumlu olan revize edilmiş modelde beklenti-değer kuramından ve sosyal bilişsel modellerden yararlanılmıştır (Warner ve Lightfoot, 2010). Revize edilmiş modelde üç yeni değişken bulunmaktadır: (1) bireysel özellik ve deneyimler, (2) davranışa özgü biliş ve duygulanımlar ve (3) davranışsal sonuç (sağlığı geliştirici davranış) (Pender ve ark., 2006).

Sağlığı geliştirme, yönetsel, yapısal, yasal ve kaynak düzenlemelerinin desteğiyle birey ya da toplumun kendi sağlıkları ile ilgili konularda karar verme ve sorumluluk almalarına önem verir ve sağlığı koruma uygulamalarını hedefler (Özvarış, 2001:12). Sağlığı geliştirme uygulamalarında anahtar rol, bu gelişmeyi sağlayacak olan davranışlar üzerinedir (Palank, 1991). Sağlık davranışları, kardiyovasküler hastalıklar da olduğu gibi, önde gelen ölüm nedenlerinin yol açtığı mortalitenin bir bölümünün davranışlara bağlı olması ve bu

davranışların değıştirilebilir olması nedeniyle önemli bir kavramdır (Türkeri, 2006). Pender'in Modeline göre bu davranışlar, SYBD olarak adlandırılır ve altı ögeden oluşur; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, ruhsal gelişim ve stres yönetimi (Pender ve ark., 2006).

SYBD, bireylerin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçerek düzenlemesidir. Diğer bir ifadeyle, sadece hastalıklardan korunmanın değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran davranışların sergilenmeye çalışılmasıdır (Pender ve ark., 1992). Bu davranışların kazandırılmasında, yetişkin popülasyona ulaşmak, çalıştıkları ortamlarda yüzleştikleri sağlıkla ilişkili konuları değerlendirmek, sağlıklı iş çevresini oluşturmak amacıyla sağlığı geliştirme girişimlerini uygulamak için işyerleri en uygun yerlerdir (Blix, 1999).

ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASI (NİTEL AŞAMA)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, odak grup görüşmelerinin yürütüldüğü nitel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmaya Aralık 2011’de literatür tarama ile başlanmış olup Mart 2018’de tez savunması ile sonlanmıştır. Araştırmanın veri toplama aşaması ise Ankara Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Ocak-Haziran 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Çalışma Grubu

Katılımcılar, nitel araştırma geleneği içerisinde ortaya çıkan, olgu ve olayların keşfedilmesinde ve açıklanmasında yararlı olan amaçlı örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir (Miles ve Huberman, 1994). Bu bağlamda, Ankara Yenimahalle Eğitim ve Araştırma hastanesinde çalışan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmanın yürütüldüğü hastane; 1 Haziran 2010 yılında hizmete girmiş olup klinik yatak kapasitesi 264, genel idari hizmetler ve sağlık hizmetleri olmak üzere toplam çalışan sayısı 695, aktif olarak çalışan hemşire sayısı ise 174’tür (SB, 2014).

Görüşmenin amacı, bir bireyin iç dünyasına girmek ve onun bakış açısını anlamaktır. Telefonla görüşme, bireysel görüşme ve odak grup görüşmesi olmak üzere üç tür görüşme yapılabilir (Creswell, 2007, s, 132). Bunlardan odak grup görüşmesi, bireylerin düşüncelerini serbestçe söyleyebileceği bir ortamda dikkatlice planlanmış bir tartışmadır. Bir konu hakkında insanların nasıl hissettiklerini ve düşündüklerini anlamak için en iyi yoldur. Katılımcılar, algılarını ve bakış açılarını paylaşımları için cesaretlendirilir, bunun için de rahat ve güvenli bir ortam sağlanır. Grup üyeleri birbirlerine sorular sorar, grubun diğer üyelerinin düşünceleri ve yorumlarına verdikleri cevaplarla birbirlerini etkilerler (Krueger ve Casey, 2000). Bu bağlamda, bu araştırmada grup etkileşimlerinden yararlanarak hemşirelerin sağlık davranışlarına yönelik algıladıkları engelleri ortaya çıkarmak amacıyla odak grup görüşmeleri yürütülmüştür. Krueger ve Casey (2000), en az üç ya da dört odak grup görüşmesi planlanmasını; planlanan bu üç ya da dört odak grup görüşmesiyle veri toplama sürecinin, kategoriler (veya temalar) doygunluğa ulaştığında ve yeni verilerin toplanmasıyla ilgili yeni bakış veya özellikler ortaya çıkmadığında durdurulmasını; eğer üç ya da dört odak grup görüşmesinden sonra hala yeni bilgi geliyor ise daha fazla sayıda odak grup görüşmesi

yapılmasını önermektedir. Bu bağlamda, odak grup sayısı görüşmelerde toplanan verinin derinliğine göre belirlenmiştir. Veri doygunluğa ulaştığında yeni bir odak grup planlanmamıştır. Araştırmanın yürütüldüğü hastanenin toplantı salonunda ortalama beş katılımcının yer aldığı beş odak grup yürütülmüştür.

Araştırmada odak gruplara katılan hemşire sayısı 31’dir. Hemşirelerin % 42’si 38-44 yaş aralığında, % 61’i lisans mezunudur ve katılımcılardan biri erkektir. Hemşirelerin % 45’inin çalışma yılı 11-20 yıl aralığında, % 58’i dönüşümlü vardiyada çalışmaktadır. Hemşirelerin % 39’u sigara kullanmakta ve % 23’ünün kronik hastalığı bulunmaktadır. Egzersiz yapanlar ise hemşirelerin % 39’unu oluşturmaktadır (Sadece tempolu olmayan yürüyüş, Bkz. Tablo 4).

Tablo 4. Odak grup görüşmelerine katılan hemşirelerin demografik verileri

Değişkenler	n	%	Değişkenler	n	%
Yaş			Sigara kullanma durumu		
24-30	2	6	İçmiyor	19	61
31-37	8	26	Günde 1 paketten az	8	26
38-44	13	42	Günde 1 paket	4	13
45-51	8	26	Sigara kullanma süresi (yıl)		
Öğrenim durumu			2-10	4	13
Lise	1	3	11-20	5	16
Ön lisans	7	23	20+	3	10
Lisans	19	61	Alkol kullanma durumu		
Yüksek lisans	4	13	Kullanmıyor	27	87
Çalışma yılı			Yılda bir/birkaç kere	2	6
5-10	5	16	Ayda bir/birkaç kere	2	6
11-20	14	45	Kronik hastalık durumu		
21+	12	39	Var	7	23
Vardiya			Yok	24	77
Gündüz (08-16)	12	39	Egzersiz yapma durumu		
Gece (16-08)	1	3	Yapmıyor	19	61
Dönüşümlü	18	58	Yapıyor	12	39
			Toplam	31	100

3.4. Çalışma Materyali

Çalışma materyali olarak veri toplama formları kullanılmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bu çalışma nitel paradigma desenlerinden fenomenolojik yaklaşımla gerçekleştirildiği için araştırmanın bağımlı/bağımsız değişkenleri bulunmamaktadır. Ancak çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları olgusu araştırılmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu ve Odak Grup Görüşme Rehberi kullanılarak veri toplanmıştır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen *Kişisel Bilgi Formu*; hemşirelerin adı-soyadı, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, çalışma yılı ile vardiyalı çalışma, çalışılan birim, sigara içme ve alkol kullanma durumu, kronik hastalık varlığı ve spor/egzersiz yapma durumuna ilişkin soruları içermektedir (Bkz. EK 4).

3.6.2. Odak Grup Görüşme Rehberi

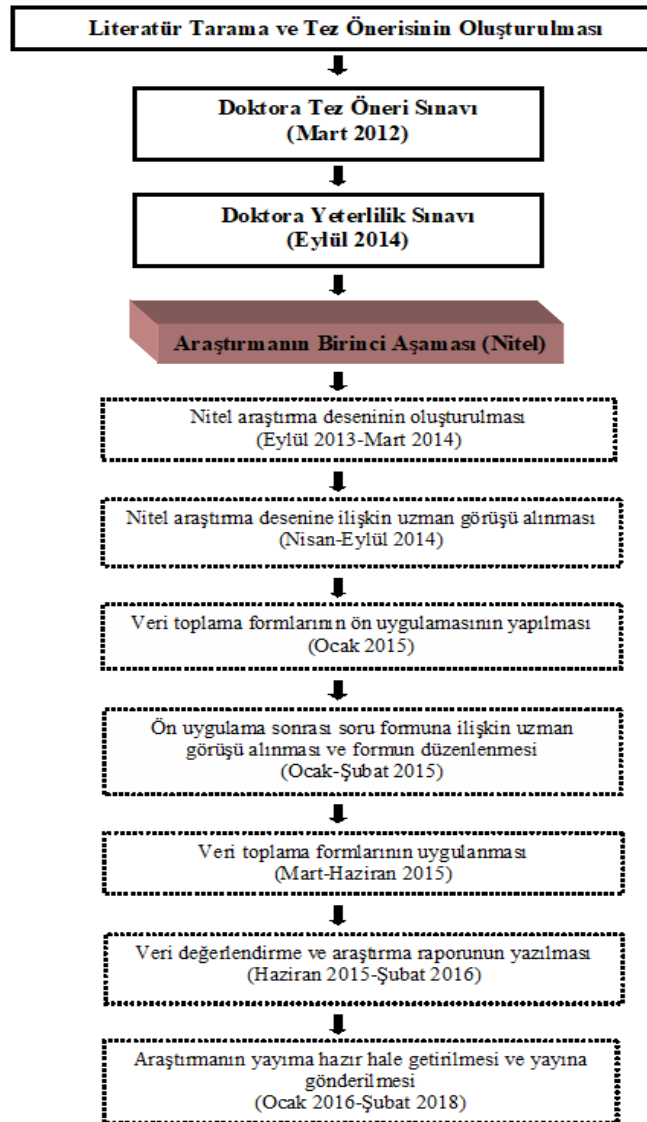
Araştırmacı tarafından geliştirilen Odak Grup Görüşme Rehberi; odak grup görüşmesinin amacını, kurallarını ve sorularını içermektedir. Görüşme sorularının hazırlanmasında Krueger ve Casey'nin (2000) önerilerinden yararlanılmıştır. Bu kapsamda, anlaması ve araştırmacı tarafından telaffuzu kolay, açıklama yapmayı ve ayrıntılı konuşmayı teşvik eden açık uçlu ve tek boyutlu, genelden özele doğru seyir izleyen sorular oluşturulmuştur. Nitel araştırmada uzmanlaşmış beş uzmandan alınan önerilere göre sorular revize edilmiştir.

Rehberde yer alan odak grup görüşme sorularının anlaşılır olup olmadığını denemek, araştırmanın gerçekleşeceği ortamda oluşabilecek aksaklıkları belirlemek, görüşme süresince kullanılacak kayıt cihazlarının çalışmasında problem olup olmadığını ve kaydın kaliteli yapıp yapılmadığını belirlemek üzere ön çalışma yapılmıştır. Ön çalışmaya davet edilen kişiler araştırmanın uygulandığı hastanede çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerden oluşturulmuş ve beş hemşirenin katıldığı bir odak grup görüşmesi yürütülmüştür. Odak grup görüşmesi süresince bir gözlemci not tutmuştur. Görüşme sırasında kayıt cihazlarının çalışması, ortam ve araştırmacı ya da gözlemci ile ilgili herhangi bir problemle karşılaşılmamıştır. Ön çalışma sonuçlarına göre nitel araştırmada uzmanlaşmış üç uzmandan alınan öneriler doğrultusunda görüşme soruları düzenlenmiş ve rehber son hali verilmiştir. (Bkz. EK 5). Krueger (2000) sorular üzerinde önemli değişiklikler yapılması durumunda ön çalışma bulgularının analiz edilmemesini önermektedir. Bu bağlamda, ön çalışma bulguları analize dâhil edilmemiştir.

Araştırmanın yürütüldüğü hastanenin toplantı salonunda ortalama 5 katılımcının yer aldığı 5 odak grup görüşmesi yürütülmüştür. Odak gruplar, hemşirelerin öğle tatilinde yapılmış ve 50-60 dakika arasında sürmüştür. Sekiz katılımcı, bir araştırmacı ve bir gözlemcinin rahatlıkla oturabileceği büyüklükte bir toplantı salonunda görüşmeler yapılmıştır. Görüşme ortamında, ses kaydının kalitesini etkileyecek gürültü kaynakları oluşmamış, yeterli

havalandırma sağlanmıştır. Katılımcıların konuşmalarını eşit düzeyde ve aynı hassasiyetle kaydedebilmek için ses kayıt cihazı ve kamera kullanılmıştır. Katılımcıların U düzeni oturmaları sağlanmış, görüşme süresince her katılımcının yakasında isimlikleri yer almıştır. Araştırmacı kendisini ve araştırmanın amacını tanıtarak görüşmelere başlamış, ardından katılımcıların kendilerini tanıtmaları istenmiştir. Görüşme soruları sırasıyla katılımcılara yöneltilmiş ve bir gözlemci not tutmuştur. Görüşme sorularının ardından araştırmacı tartışılan konuları özetleyerek genel bir soruyla görüşmeleri sonlandırmıştır: “Atladığımız bir şey var mı?” Son olarak araştırmacı katılımcılara teşekkür etmiştir. Ardından yiyecek-içecek ikramı yapılarak katılımcılara bir su bardağı hediye edilmiştir.

3.7. Araştırma Planı



Şekil. 6 Araştırma planı

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri sırasıyla; verinin kodlanması, temaların bulunması, kodların ve temaların düzenlenmesi, bulguların tanımlanması ve yorumlanmasını içeren tümevarımsal içerik analizine tabi tutulmuştur. Görüşmelerde kaydedilen veri iki hafta içerisinde yazılı döküm haline getirilmiştir. Verinin tam ve eksiksiz olduğunu teyit etmek için kayıtlar ikinci kez dinlenmiştir. Veri seti birkaç kez okunmuş, parçalara ayırmadan önce görüşmeler bütün olarak anlamlandırılmıştır. Anlamlı ifadeler belirlenerek kodlama yapılmış ve kod listesi oluşturulmuştur. Bu işlemi iki araştırmacı bağımsız olarak yapmıştır. Daha sonra araştırmacılar bir araya gelerek kodları, isimleri ve kodlanan metin bölümlerini karşılaştırmış ve tartışmıştır. Miles ve Huberman (1994) kodlayıcılar arası görüş birliğini %80 olarak önermektedir. Bu çalışmada kodlayıcılar arası görüş birliği %100 sağlanmıştır. Sonrasında kod listesi revize edilerek temalar belirlenmiştir. Temaları içeren ilk analizler dokuz katılımcıya sunulmuş, katılımcıların görüşleri alınarak doğrulama sağlanmıştır. Bulgular, tema başlıklarında odak grup görüşmelerinden doğrudan alıntılar yapılarak yorumlanmıştır. Veri analizine EK 5’de sunulan anahtar sorular dâhil edilmiştir. Araştırmanın amacına uygun olmadığı için odak gruplardaki grup etkileşimi ve grup dinamikleri gibi durumsal faktörler veri analizinde dikkate alınmamıştır.

Araştırmacının Niteliği

Araştırmacı Ocak 2013 tarihinde, Türkiye’nin Ankara İlinde bulunan Anı Yayıncılık tarafından düzenlenen ve iki modülden oluşan nitel araştırma teknikleri kursu ile Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi tarafından düzenlenen nitel araştırma kursuna katılmıştır.

Araştırmanın Geçerliği ve Güvenirliği

Çalışmanın geçerlik ve güvenirliliği için Lincoln ve Guba (1985) tarafından önerilen terimler ve stratejiler dikkate alınmıştır. Lincoln ve Guba (1985), iç geçerlik (internal validity) yerine inandırıcılık, dış geçerlik (external validity) yerine aktarılabilirlik, iç güvenirlilik (internal reliability) yerine güvenilebilirlik ve dış güvenirlilik (external reliability) yerine onaylanabilirlik kavramlarının kullanılmasını önermektedir.

Araştırmanın *inandırıcılığı* için ses kayıt cihazı ve kamerayla görüşmeler kaydedilmiştir. Görüşmede gözlemci not almış, alınan notlar görüşmenin hemen sonrasında tartışılmıştır. Ayrıntılı cevaplar gerektiren sorularla veri toplanmıştır, yeni bilgi elde edilemediğinde odak gruplar sonlandırılmıştır. Veri üçgenlemesi için elde edilen bulgular diğer araştırma bulgularıyla karşılaştırılmıştır. Üye kontrolü için görüşme sonunda katılımcıların söyledikleri

özetlenmiş ve bunların doğruluğuna ilişkin düşüncelerini belirtmeleri istenmiştir. Temaları içeren ilk analizler dokuz katılımcıya sunularak bulgulara dair görüşleri istenmiştir. Araştırmanın *aktarılabirliği* için araştırma süreçleri ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Veri ayrıntılı bir şekilde tanımlanmış, ortaya çıkan kodlar ve temalara göre yeniden organize edilmiştir. Elde edilen temalar katılımcılardan doğrudan alıntı yapılarak örneklendirilmiş, veriyi tanımlama mümkün olduğunca görüşmecilerin ifade ettiği şekliyle gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın *güvenilebilirliği* için aynı araştırmacı görüşmeleri yürütmüştür. Görüşmelerde aynı kayıt cihazları ve görüşme rehberi kullanılmıştır. Kodlayıcılar arası görüş birliği işe koşulmuştur. Veri analizini iki araştırmacı değerlendirmiştir. Araştırma sürecinin dış kontrolü için ekran incelemesi işe koşularak yapılan sorgulamalar yazılı notlar halinde saklanmıştır. Araştırmanın *onaylanabilirliği* için araştırmayla bağlantısı olmayan bir danışman hem araştırma sürecini hem de bulguların, yorumların ve sonuçların veriyle desteklenip desteklenmediğini değerlendirerek ham veriyi yansıtan çalışma sonuçlarını doğrulamıştır. Veri toplama araçları, ham veri, kod listesi ve görüşme notları muhafaza edilmektedir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

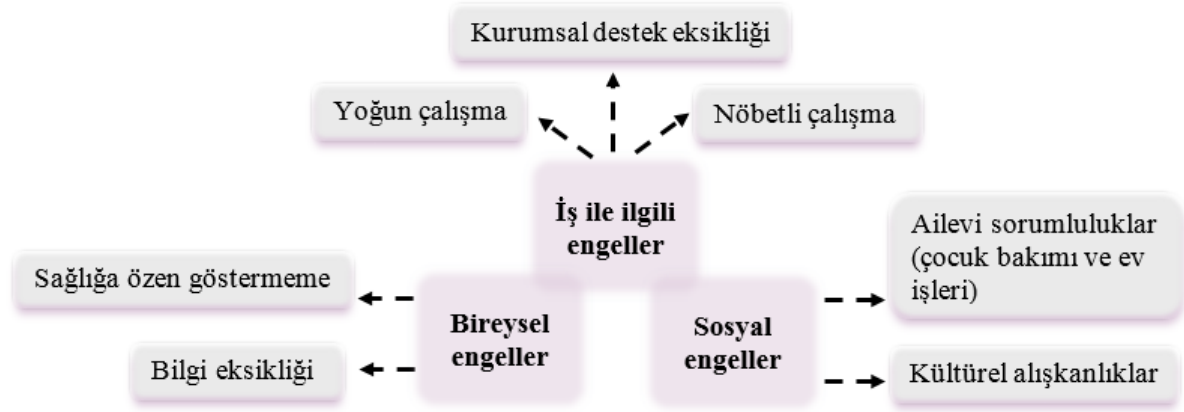
Çalışmaya sadece orta ölçekte büyüklükteki bir hastanede çalışan hemşireler dâhil edilmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü hastanede gece vardiyasında çalışan hemşire sayısındaki yetersizlik ve iş yoğunluğu nedeniyle odak gruplar gündüz vardiyasında yürütülmüştür. Gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin ise klinikteki işlerinin aksamaması amacıyla öğle yemeği saatinden yararlanılarak odak gruplar toplanmıştır. Bu nedenle, sadece gece vardiyasında çalışan hemşirelerin araştırmaya katılımı sağlanamamıştır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan araştırmanın yürütülmesi için etik izin, araştırmanın yürütüldüğü hastanenin bağlı bulunduğu kurum yöneticiliğinden kurum izni alınarak çalışma yapılmıştır (Bkz. EK 22, EK 23). Katılımcılardan sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş olur alınarak (Bkz. EK 6) olurun bir örneği katılımcılara verilmiştir.

4. BULGULAR

Hemşirelerin SYBD'ye yönelik algıladıkları engeller incelendiğinde üç ana tema ve alt temalar belirlenmiş ve tanımlanmıştır: iş ile ilgili (yoğun çalışma, nöbetli çalışma ve kurumsal destek eksikliği), bireysel (bilgi eksikliği ve sağlığa özen göstermeme) ve sosyal engeller (ailevi sorumluluklar ve kültürel alışkanlıklar, Bkz. Şekil 5).



Şekil 5. Üç temaya ve alt temalara ayrılmış olan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik algıladıkları engeller

4.1. İş İle İlgili Engeller

İş ile ilgili engeller teması üç alt temayı içermektedir; yoğun çalışma, nöbetli çalışma ve kurumsal destek eksikliği.

Yoğun Çalışma

Odak grupların tümünde SYBD'ye yönelik ön plana çıkan engeller arasında yoğun çalışma bulunmaktadır. Birçok odak grupta hemşireler; çalışma saatlerinin fazla oluşuna bağlı olarak özellikle sağlıklı beslenmeye ve egzersize zaman ayıramadıklarını, zaman ayırsalar bile bu davranışları düzenli uygulayamadıklarını belirtmiştir: “..Nöbetten çık, evde yat... Ertesi gün nöbete tekrar gel... Döngümüz bu. Başka bir şeyimiz yok bizim... Hiçbir hafta sonum yok. Zaten neredeyse gün aşırı geliyorum nöbete. Onu da evimde yatağında geçirmek için can atıyorum.”. Yoğun çalışmaya bağlı olarak bazı hemşireler zaman zaman öğle yemeğini yememeyi tercih ettiklerini, hızlı bir şekilde yemeklerini bitirmek zorunda kaldıklarını, öğle yemeğini geçiştirdikleri zamanlarda ise atıştırmalıklar yediklerini ifade etmiştir: “..Bazen yemekhaneye bile çıkmıyoruz. Öğle yemeğinde işlerini hallediyorsun ki süreden kazanıyorsun.”; “Saatlerce

koşturuyorsun... Oturup yemeğini yiyeceksin. Beslenme saatin, temel gereksinimini yerine getirmen lazım. Yemeğin soğumuş, yemeye çalışıyorsun hızlı hızlı.”. Birçok odak grupta hemşireler SYBD’yi uygulamak için çalışma saatlerinin azaltılmasını vurgulamıştır: “Çalışma koşulları çok zor... Dinlenmeye vaktimiz yok ve aile hayatımız var... Kendimize vakit ayırmaya, sağlıklı yaşamaya ihtiyacımız var. Birilerinin sağlığını korurken biz kendi sağlığımızdan oluyoruz...”.

Nöbetli Çalışma

SYBD’ye yönelik odak grupların tümünde ön plana çıkan engellerden diğeri nöbetli çalışmadır. Bazı odak gruplarda nöbet tutan hemşireler nöbetli çalışma şekline bağlı olarak düzensiz bir hayat sürdürdüklerini, bu durumun sağlıklı beslenme ve egzersiz için önemli bir engel olduğunu belirtmiştir: “...Nöbete geldiğim zaman ertesi gün uykusuz yorgun bir halde oluyorum. Eve gidiyorum, uyuyorum, dinleniyorum... Kendime sağlıklı bir yemek hazırlayım da onu yiyeyim yapamıyorum. Karnımı doyuruyorum. Ne olursa olsun yiyip bir an önce uyuyayım ya da dinleneyim istiyorum... Sağlıklı ve dengeli bir beslenme gitmiyor...”; “...Bugün mesela gündüze geldim... Ertesi gün nöbete geleceğim. Daha sonraki gün tekrar gündüze geleceğim. Şimdi bu mesai saatinde, düzenli bir şekilde kendime egzersiz zamanı ayırayım desem ayıramıyorum...”; “...Hep nöbet çıkışları ağrıdan uyuyamıyorum... Ondan sonra yorulmamam lazım diye kendimi şartlandırıyorum. Şuradan şurası (işyerinden ev) yakın bir mesafe. Onun için bile eşim arabayla gelip alıyor. Yorulmak istemiyorum...”. Birkaç hemşire nöbetli çalışmaya bağlı olarak diyetisyenin önerdiği diyeti düzenli bir şekilde uygulayamadığını, nöbette atıştırma eğilimine bağlı olarak kilo aldığını ifade etmiştir: “...Nöbetli çalışınca düzensiz besleniyorsun. Gecenin ikisinde üçünde tost yiyorsun... Tatlı bile yiyorsun.”.

Kurumsal destek eksikliği

Odak grupların bazılarında hemşireler hastane ortamında egzersiz yapmak için imkânlarının olmadığını ifade etmiştir: “Aslında burada (işyerinde) imkânımız olsa, yürüyüş yolu gibi. İş çıkışı ya da öğle araları bir yarım saat yürüyebiliriz.”; “...Spor merkezi olarak değil de benim hayalimde hep şey vardı. Böyle çalıştığım yerde küçük bir sosyal tesis olacak. İşte ne bileyim öğle arası gideceğim. Yarım saat koşacağım. Duşumu alacağım. Kuaför olacak, fönümü çekecek. İşe geri geleceğim falan.”. Birkaç hemşire, hastane yönetimi tarafından imkân sağlanması durumunda egzersiz yapmanın ruh sağlıklarını olumlu yönde etkileyeceğini vurgulamıştır: “...Bazı işyerlerinde işyerinin çalışanlarına ait spor salonları oluyor... Personel

oraya gidiyor, yarım saat aktivite yapıyor. Buna bizim o kadar çok ihtiyacımız var ki bizim böyle bir alanımız yok... Bize küçük bir oda versinler. Ben o salona gideyim... Niye salona inip de bir bisiklet çevirmeyim? ...Niye gidip de kaslarımı rahatlatmayım?”.

4.2. Bireysel Engeller

Bireysel engeller teması; sağlığa özen göstermeme ve bilgi eksikliği alt temalarına bölünmüştür.

Sağlığa özen göstermeme

Birkaç odak grupta sigara içen hemşireler sigarayı bırakmak istediklerini, ancak sigarayı bırakamadıklarını ifade etmiştir: “...Evde içen yok. Eşim içiyordu, o da bıraktı. Çok rahatsızlık verdiğimi düşünüyorum onlara da. Çünkü her defasında kötü kokuyorsun. Leş gibi kokuyorsun, küllük gibi kokuyorsun cümlelerinden sonra benim de bırakmam lazım. Daha çok sağlığım için tabi ki bırakmak istiyorum...”. Birkaç odak grupta sigara içen hemşireler ise sigarayı bırakmayı düşünmediğini söylemiştir: “En kötü yapamadığım şey sigaramdan vazgeçememek oldu... Bırakmak istesem bırakırım. Ben buna inanıyorum. Hiçbir zaman onu kendimden daha güçlü görmedim... Ama niye oturup da ciddi anlamda bırakma kararını vermedim. Bir zorlukla karşılaştım mı? Hayır ki yani aslında evde de benden başka içen yok.”. Odak grupların bazılarında hemşireler kendi sağlıklarına dikkat etmediklerini belirtmiştir: “Dibimde spor salonu var gitmiyorum. Yürüyüş alanları var. Yürüyüş yapmıyorum. Kendimle sağlığım ile ilgili hiçbir şey yapmıyorum...”; “Fırsat bulamıyoruz kendimizle ilgili sağlık sorunlarımızı, kontrollerimizi yaptırmaya. Yani bundan yirmi gün önce mememde apse vardı. Boşaltıldı. Ultrason yaptıracağım. Hala yaptıramadım... Erteliyoruz, öteliyoruz. İkinci plana atıyoruz kendimizi.”

Bilgi eksikliği

Odak grupların birkaçında hemşireler aldıkları kilolar nedeniyle kendilerini kötü hissettiklerini, hızlı bir şekilde kilo vermek için popüler diyetleri denediklerini, ancak uyguladıkları diyet sonrasında sağlık sorunlarıyla karşılaştıklarını açıklamıştır: “...Diyet yaptım doğumdan sonra aldığım kiloları vermek için... İsveç diyeti... Üç gün boyunca sadece yumurta, üç gün boyunca sadece patates, üç gün de sadece yoğurt yedim. Başka hiçbir şey yemedim. Dokuz gün uyguladım. Beş kilo verdim. Ama tolere edemedim. Aşırı, kontrolsüz yeme isteği başladı. Yani kilo aldığımı göre göre kendime hâkim olamadan yedim. Çok kısa bir sürede, altı ayda otuz beş kilo aldım. Bütün metabolizmam bozuldu...”. Bazı hemşireler kahvaltı yapmayarak öğle saatine kadar aç kalmayı tercih ettiklerini belirtmiştir: “Ben kahvaltı

yapmıyorum. Öğlene kadar çoğunlukla aç duruyorum... Kilo alacağıma burayı geçiştiririm on ikiye kadar (öğle yemeğine kadar) diyorum.”. Birkaç hemşire spor yapmak için yeterli maddi olanaklara sahip olunması gerektiğini belirtmiştir: “...Bizim evde şu anda eşim ve kızım spor salonuna yazıldı. İkisi gidiyor... Ben gitmedim. Çünkü üç kişi yazılsaydık, maddi olarak zorlardı. İki tane üniversite okuyan çocuğum var.”. Bazı odak gruplarda hemşireler stresle baş etmek için olumsuz beslenme davranışları sergilediklerini, ancak bu davranışlarından rahatsızlık duyduklarını ifade etmiştir: “...İnsanlar sigara içiyor ya stresle baş etmek için. Ben de bunu yemekle yapıyorum... Bazen kısıtlıyorum. Sonra bazen de tam tersi oluyor, kendimi kötü hissediyorum. Yemek yiyerek mutlu olacağımı zannedip yiyorum. Ama sonra yediğim için yine pişmanlık duyuyorum. Çok mutsuz oluyorum.”.

4.3. Sosyal Engeller

Sosyal engeller teması iki alt temadan oluşmuştur; ailevi sorumluluklar (çocuk bakımı ve ev işleri) ve kültürel alışkanlıklar.

Ailevi Sorumluluklar

Çocuk bakımı. Odak grupların çoğunda hemşireler; iş dışında kalan zamanlarının önemli kısmını çocuk bakımı aldığı için işyerine yorgun geldiklerini, işten arta kalan zamanlarında ise dinlenmeyi tercih ettiklerini, çalışan kadın olmanın yanı sıra anne olmanın zorluklarını ifade ederek bu faktörlerin SYBD’yi uygulamada önemli engeller olduğunu belirtmiştir: “Ben voleybolcuydum. O zaman bekârdım. Yani tamamen kendim, işim ve hayatım... Yedi yıl falan oynadım... Şu an ben de yapamıyorum. Akşama kadar her şekilde yoruluyoruz zaten (işyerinde)... Çocuğuma zaman ayırmam gerekiyor... Vicdanen kendinizi kötü hissediyorsunuz çocuğunuza zaman ayıramayınca... Çocukla ilgileniyorsunuz. Tekrar sabah mesaiye geliyorsunuz, yine yorgunsunuz. Böyle bir kısır döngü.”. Birkaç hemşire evinin alt katında fitness salonu olmasına rağmen çocuklarıyla ilgilenmesi gerektiğinden egzersiz yapamadığını ve bu durumdan duyduğu rahatsızlığı dile getirmiştir.

Ev işleri. Odak grupların çoğunda hemşireler, çocuk bakımının yanı sıra ev işlerine de çok fazla zaman ayırdıklarını, ev işlerine ayırdıkları zamanın çoğunlukla egzersizi ertelemelerine veya yapamamalarına neden olduğunu ifade etmiştir; “Ben eve yürüyüş bandı aldım. İki ay ya da üç ay olmuştur. Toplasan iki kere ancak çıkmışımdır. Önce çok hevesleniyordum. Vaktim yok dışarıda yürüyemiyorum, evde olsun en azından çocuklar aşağıdayken ben yukarıda yürüyeyim diye. İnanın yapamadım... Evde hep birbiri ardına yapacağım işler vardı zaten...”. Birkaç odak grupta hemşireler egzersiz yaptıklarında ev işlerini

yetiştiremediği için pişmanlık duyduğunu belirtmiştir: “...Haftanın 3 günü pilates yapmaya çalışıyorum. Ama o haftada bir gün oluyor. Bazen hiç olmuyor. Nöbetten çıkıp gitmişim dün. Geldikten sonra baktım bir sürü iş beni bekliyor. Hiçbir şey yetişmiyor. Lanet olsun dedim. Uğraşlarım var, ama çok pişmanım. Çünkü o benim hakkım değil, benim öyle bir zamanım yok, benim için lüks şu anda.”.

Kültürel Alışkanlıklar

Birkaç odak grupta hemşireler kültürel alışkanlıklarının egzersiz yapma durumlarını olumsuz yönde etkilediğini vurgulamıştır: “...Toplum olarak sağlığımız hastalandığımız zaman aklımıza geliyor. Mesela ben egzersiz yapmıyorum... Diyelim ki kan yağlarım yüksek, yürüsem biliyorum onlar düşüyor. Diyetle çok büyük fayda etmiyor. Ancak bir hastalık oluşacak veya bir belirti kan durumumuzda olacak. Ondan sonra hareket ediyorsunuz, aslında yanlış olduğunu bizler (hemşireler) de bildiğimiz halde.”; “Televizyon izleyeceğime onu (egzersizi) yapabilirim. Mesela buralarda akşamları da çıksanız hiçbir sıkıntı olmuyor. Evimin hemen karşısında yürüyüş yolu var. Ama yapmıyorum. Başka şeye vakit ayırıyorsun veya oturuyorsun... Yani bir yol bulunur mutlaka da hayatımızın bir kısmına koymamışız..”. Birkaç odak grupta hemşireler kültürün beslenme davranışlarını da etkilediğini belirtmiştir: “Yani herhalde bu (sağlıklı beslenme) kültürel bir alışkanlık... Sadece karnımı doyurmak için, o anı geçirip hiç dikkat etmiyorum.”.

5. TARTIŞMA

5.1. İş İle İlgili Engeller

Yoğun çalışma, odak grupların çoğunda hemşirelerin sağlıklı beslenmeye ve egzersize zaman ayırmalarında önemli bir engel olarak ifade edilmiştir. Bu bulgu, Phiri ve arkadaşlarının (2014) uzun çalışma saatlerine bağlı olarak hemşirelerin zaman yetersizliği yaşamaları nedeniyle sağlıklı beslenme davranışlarını sergilemede yetersiz kaldıklarını bildiren çalışma bulgularıyla uyumludur. Benzer şekilde, Han ve arkadaşları (2011) uzun çalışma saatlerinin kadın hemşirelerin sağlık davranışlarını olumsuz yönde etkilediğini ve fiziksel aktiviteye daha az zaman ayırabildiklerini bildirmiştir. Türkiye’de hastanelerde çalışan hemşirelerin sayısal olarak yetersizliği, dengesiz dağıtımı ve yanlış kullanımı söz konusudur (Demirgöz Bal, 2014). Bu durum, az sayıda hemşireyle çalışan hastanelerin mevcut hemşirelerin çalışma saatlerinin artırılmasına neden olmaktadır. Yasal düzenlemeler olmasına rağmen Türkiye’de hemşireler 48-64 saat gibi haftalık normal çalışma süresinden fazla çalıştırılmaktadır (Bilazer ve ark., 2008).

Odak grupların çoğunda hemşireler *nöbetli çalışma* şekline bağlı olarak; düzensiz bir yaşam sürdürdüklerini, nöbet sonrasında yorgunluk ve uykusuzluk yaşadıklarından uyumaya ve dinlenmeye zaman ayırmak istediklerini, bu nedenle sağlıklı beslenemediklerini ve egzersiz yapamadıklarını belirtmiştir. Bu bulguyla uyumlu olarak Bilazer ve arkadaşları (2008) nöbetli çalışmanın hemşirelerde uyku sorunlarına, yorgunluğa ve yemek rutinlerinde bozulmaya yol açtığını bildirmiştir. Benzer şekilde Yoshizaki ve arkadaşları (2010) nöbetli çalışan hemşirelerin gündüz çalışan hemşirelerden daha çok şekerli içecek ve atıştırmalık tükettiklerini, kahvaltı veya öğle yemeğini daha çok atladıklarını, nöbetler arasında düzensiz yaşam biçimi sürdürdüklerini ortaya koymuştur. Yine, Kolbe-Alexander ve arkadaşlarının (2014) hemşirelerde sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite için algılanan başlıca engelin zaman yetersizliği olduğunu bildiren çalışma bulgusuyla bu çalışmanın bulgusu örtüşmektedir. Nöbetli çalışma hemşirelerin yaptıkları işin doğası gereği karşılaştıkları bir durumdur.

Kurumsal destek eksikliği, bazı odak gruplarda hemşirelerin hastanede egzersiz yapma imkânı sunulmaması nedeniyle egzersiz yapmak için engel olarak dile getirilmiştir. Bu bulgu, Türkiye’de son yıllardaki yasal düzenlemelerle hastanelerde çalışan güvenliği komiteleri kurulması yasal zorunluluk haline getirilmesine rağmen bu komitelerin hem işlevsel olmayışı hem de sunacağı hizmetler arasında çalışanların sağlığını geliştirmeye yönelik önlemlere yer verilmemesinden kaynaklanabilir. Türkiye’de genel olarak hemşireler kendisi başvurmadıkça

sürekli sağlık hizmeti alamamakta (Özkan ve Emiroğlu, 2006), hemşireler iş sağlığı hizmetlerinden yararlanması gereken çalışan grubu olarak değerlendirilmemektedir. İSGP'nin hemşirelerde SYBD geliştirmede etkili olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur (Chen ve ark.,2014; Yuan ve ark., 2009).

5.2. Bireysel Engeller

Sağlığa özen göstermeme, bireysel engellere yönelik alt temalarındandır. Birkaç odak grupta sigara içen hemşireler sigarayı bırakmak istemelerine rağmen bırakamadıklarını ifade etmiştir. Birkaç odak grupta ise hemşireler sigarayı bırakmayı düşünmediğini belirtmiştir. Çalışmanın bu bulgusu; sigarayı bırakmak için profesyonel bir yardım almayarak hemşirelerin sağlıklarına özen göstermemesi, yani kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk almaması şeklinde yorumlanabilir. Pender'e göre SYBD arasında tanımlanan sağlık sorumluluğu; bireyin sağlığına özen göstermesi, sağlık konusunda bilgilenmesi, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesi, aynı zamanda bireyin kendi iyilik hali için sorumluluk hissetmesidir (Pender ve ark., 2006). Diğer taraftan çalışmanın bu bulgusu, sigarayı bırakmak istemelerine rağmen bırakamayan hemşirelerin düşük öz yeterlik düzeylerinden kaynaklanabilir. Algılanan öz yeterlik, sağlık davranışı değişikliği için en önemli ön koşuldur. Pender'in Modelinde sağlığı geliştirici davranışların sürdürülmesinde doğrudan etkisi olan güdüsel mekanizmalardandır (Pender ve ark., 2006).

Bilgi eksikliği bireysel engellere yönelik alt temalardandır. Bazı odak gruplarda hemşirelerin sağlıksız beslenme davranışı sergiledikleri, egzersize ilişkin uygun olmayan tutumlara sahip oldukları, stresle uygun şekilde baş edemedikleri ortaya konmuştur. Bu bulgu; hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi geliştirmeyi hedefleyen ve sağlık eğitimi uygulamalarını içeren iş sağlığı hizmetlerinden yararlanamamalarından kaynaklanabilir. Bireylere bakım hizmeti veren hemşirelerin aldıkları eğitim doğrultusunda SYBD ile ilgili yeterli bilgi ve uygulamalara sahip olmaları beklenir. Ancak, hemşirelerin SYBD'ye yönelik bilgi ve uygulamalarının yetersiz olduğuna dair bulgular bildirilmiştir (Perry ve ark, 2015; Uz ve Kitiş, 2017).

5.3. Sosyal Engeller

Ailevi sorumluluklar, sosyal engeller alt temalarındandır. Odak grupların çoğunda hemşireler iş dışında kalan zamanlarının büyük kısmını çocuk bakımı ve ev işleri aldığı için SYBD'nı uygulayamadıklarını belirtmiştir. Bu bulgu; kadın çalışan olarak hemşirelerin toplumsal cinsiyet rollerinden etkilenmesine bağlanabilir. Türkiye'de hemşirelerin

çoğunluğunu kadınlar oluşturmakta ve hemşirelik kadın mesleği olarak algılanmaktadır. Erkeklerin hemşire olarak çalışması 2007 yılında yapılan düzenlemeyle sağlanmıştır (Resmi Gazete, 2007). Cinsiyet biyolojinin belirlediği özellikleri tanımlarken, toplumsal cinsiyet kadın ve erkeği sosyal olarak yapılandıran özellikleri barındırır (Akın, 2007). Kadın çalışma hayatında rol alsa da Türkiye’de süregelen geleneksel değer ve tutumlara bağlı olarak öncelikli yeri evi ve ailesi olarak kabul görmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2013). Bu durum, kadınlar için ev işlerini yapma ve çocuk bakımını üstlenme gibi işleri ön plana çıkarırken erkekler için iş rollerinin aile rollerinden daha önemli hale gelmesine neden olmaktadır (Powell and Greenhaus, 2010). Türkiye’de genelinde 0-11 yaş grubu çocukların bakımından sorumlu kişilerin %95.2’si kadındır. (Hacettepe Üniversitesi, 2014).

Kültürel alışkanlıklar, sosyal engeller alt temalarının diğeridir. Birkaç odak grupta hemşireler fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme davranışlarının kültürel alışkanlıklardan olumsuz etkilendiğini ifade etmiştir. Bu bulgu, hemşirelerin yaşadığı toplumun kültüründen etkilenmelerine bağlanabilir. Kültür, Pender’in Modeli’nde sağlıklı yaşam biçimine ilişkin belirleyicilerden biridir (Pender ve ark., 2006) ve sağlığı/hastalığı algılayış biçiminde etkilidir. Türkiye genelinde 12 yaş ve üzeri bireylerin %71.9’unun egzersiz yapmadığı, erkek ve kadınların çoğunluğunun sedanter veya hafif derecede aktivite düzeyinde olduğu, kahvaltı yapmama, öğün atlama gibi olumsuz beslenme alışkanlıkları sergiledikleri saptanmıştır (Hacettepe Üniversitesi, 2014). Türk toplumuyla benzer şekilde sağlıkla ilgili eğitim almış olan hemşireler de yetersiz fiziksel aktivite ve olumsuz beslenme davranışları sergilemektedir (Uz ve Kitiş, 2017).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, hemşirelerin SYBD'ye yönelik algıladıkları iş ile ilgili, bireysel ve sosyal engelleri ortaya çıkarmıştır. Odak gruplar, hemşirelerin SYBD'yi yeterince sergileyememelerinin nedenini açıklamada etkili olmuştur. Yoğun ve fazla mesaiyle çalışan hemşirelerin planlaması ve istihdamı hem ulusal hem de kurumsal temelde yeniden değerlendirilmeli, bu değerlendirmelerde ise hemşirelerin asli görevi olan doğrudan hasta bakımında görev almaları hesaba katılmalıdır. Hemşirelerin iyilik halini olumsuz yönde etkileyen nöbetli çalışma şeklinden en az düzeyde etkilenmeleri için hemşirelere nöbet sonrasında yeterli dinlenme zamanı verilmeli, nöbet aralıkları dinlenmeye olanak sağlayacak şekilde belirlenmelidir.

Çocuk bakımı ve ev işlerine yönelik sorumluluğun ailede sadece kadının üstünden alınıp erkekle paylaşılmasını sağlayacak toplum bilinçlendirme çalışmaları yürütülmeli, işyerlerinde kreş olanakları artırılmalıdır.

Son yıllarda Türkiye'de hastanelerde oluşturulması yasal zorunluluk olan çalışan güvenliği komitelerinin görevleri arasında işyerinde sağlığı geliştirmeye yönelik faaliyetler bulunmamaktadır. Hemşirelerin sağlığı geliştirmeyi de içeren iş sağlığı hizmetlerinden yararlanabilmeleri için bu komitelerin görevleri yeniden gözden geçirilmelidir. Diğer taraftan bu komiteler günümüzde işlevsel değildir. Bu komitelerin aktif olarak çalışması sağlanmalı, komitelerde iş sağlığı hemşireleri de görevlendirilmelidir. Yine bu komitelerin öncülüğünde hemşirelerin bireysel, sosyo-kültürel faktörlerini de dikkate alan ihtiyaca göre tasarlanmış, çevresel düzenlemeleri de içeren İSGP'ler sunulmalıdır. İSGP aracılığıyla hemşirelere sağlıklı yaşam biçimini destekleyen eğitim programlarının uygulanması; hemşirelerin SYBD'ye yönelik güncel bilgiye ulaşmalarını, davranışa yönelik algıladığı yararı artırarak bu bilgileri kendi yaşamlarına aktarmalarını, hemşirelerin öz yeterlik algısını geliştirerek SYBD uygulamalarında kendilerine olan inancını ve sorumluluk algısını artırılabilir. Dolayısıyla, birey ve topluma yaşam biçimiyle rol modeli olma özelliği taşıyan hemşirelere sunulacak İSGP aracılığıyla olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması ve sağlığı bozan davranışların olumlu sağlık davranışlarıyla yer değiştirmesi sağlanabilir.

İş sağlığı hizmetlerinde anahtar bir role sahip olan iş sağlığı hemşireleri, SYBD'ye yönelik hemşirelerin algıladıkları engellerin belirlendiği bu çalışma bulgularından yararlanarak İSGP tasarımında ve uygulanmasında aktif rol oynayabilir.

Topluma rol model olma özelliği taşıyan hemşirelerin kendi yaşantılarına SYBD'yi aktaramamalarına neden olan engelleri belirlemek için farklı büyüklükteki hastanelerde ve aile sağlığı merkezi gibi daha küçük ölçekli sağlık birimlerinde çalışmaların planlanmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışma, SYBD'yle ilgili olarak gelecekte yürütülecek nitel araştırmaları ve engelleri azaltıcı İSGP'leri içeren randomize kontrollü çalışmaları şekillendirebilir.



ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASI (NİCEL AŞAMA)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, öntest-sontest kontrol grup desenine sahip yarı deneysel bir çalışmadır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Hemşireler arasında işyeri ortamında gelişen sosyal etkileşimin, çalışma kapsamında yapılacak hemşirelik girişimleri üzerinde olabilecek etkisini dışlamak için araştırmanın deney grubu ve kontrol grubu farklı hastanelerden seçilmiştir. Bu doğrultuda, Ankara İli Yenimahalle İlçesinde yer alan Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşireler araştırmanın deney grubunu, Ankara İli Sincan İlçesinde yer alan Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesinde çalışan hemşireler araştırmanın kontrol grubunu oluşturmuştur. Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2010 yılında hizmete girmiş olup klinik yatak kapasitesi 264, aktif olarak çalışan hemşire sayısı 174'tür. Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi, 1989 yılında hizmete girmiş olup klinik yatak kapasitesi 205, aktif olarak çalışan hemşire sayısı ise 246'dır (SB, 2014).

Araştırma, Aralık 2011'de literatür taraması ile başlamış olup Mart 2018'de tez savunması ile sonlanmıştır. Araştırmanın veri toplama aşaması ise Ankara Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi'nde Mart-Aralık 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara İlinde orta ölçekte büyüklükteki hastanelerde çalışan hemşireler oluşturmaktadır.

3.3.1.Örneklem belirleme ölçütleri

Evrenden örneklem seçilme, dışlanma ve örneklemden çıkarılmaya ilişkin ölçütler aşağıda sunulmuştur.

Örneklem seçilme ölçütleri

- Araştırmanın yürütüldüğü hastanede hemşire olarak çalışmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- 40 yaş ve üzerinde olmak,
- SCORE puanının düşük ve orta risk grubunda olması.

Örneklem dışlanma ölçütleri

- Kardiyovasküler hastalık öyküsü bulunmak,
- Kolesterol düşürücü ilaç kullanmak,
- Antihipertansif ilaç kullanmak,
- Gebelik planlamak, hamile olmak, son 12 ayda bebek sahibi olmak,
- Extremitte yaralanması olup şikâyeti devam etmek,
- Ortopedik sorunları olmak,
- Son altı ayda düzenli olarak egzersiz ve/veya diyet yapmak,
- Yazılı onam vermeye gönülsüz olmak,
- Araştırmanın başlayacağı tarihten sonra 6 aylık süre içinde diyet ve/veya düzenli egzersiz için plan yapmak.

Örneklemden çıkarılma ölçütleri

- Araştırmadan gönüllü olarak ayrılmayı istemek,
- Araştırma süresince farklı bir egzersiz ya da diyet programına başlamak,
- Araştırma süresinde başka hastaneye tayin olmak.

3.3.2.Örneklem Büyüklüğü

Araştırma planlanırken hedeflenmesi beklenen örneklem genişliği güç analizi yardımıyla hesaplanabilir. Güç analizinin hesaplanmasında genel olarak çalışmada kabul edilecek olan birinci tip hata ve ikinci tip hata düzeyi, çalışma sonuçlarında görülmesi beklenen etki büyüklüğü ve kullanılacak istatistiksel analizin ne olacağı hesaba katılmaktadır (Howell, 2013). Birinci tip hata yaygın olarak 0.05 alınırken ikinci tip hata 0.20 alınır. Bu ikinci tip hata değeri, çalışmanın istatistiksel gücünü 0.80 yapan değerdir. Bu çalışmada da bu değerler kullanılmıştır. Araştırmanın veri toplama düzeni Tablo 5’de gösterilmiştir. Bu çalışmada deney ve kontrol gruplarının ön-test (0. ay), son-test (3. ay) ve izlem (6. ay) ölçümleri alınmıştır.

Tablo 5. Çalışmanın veri toplama düzeni

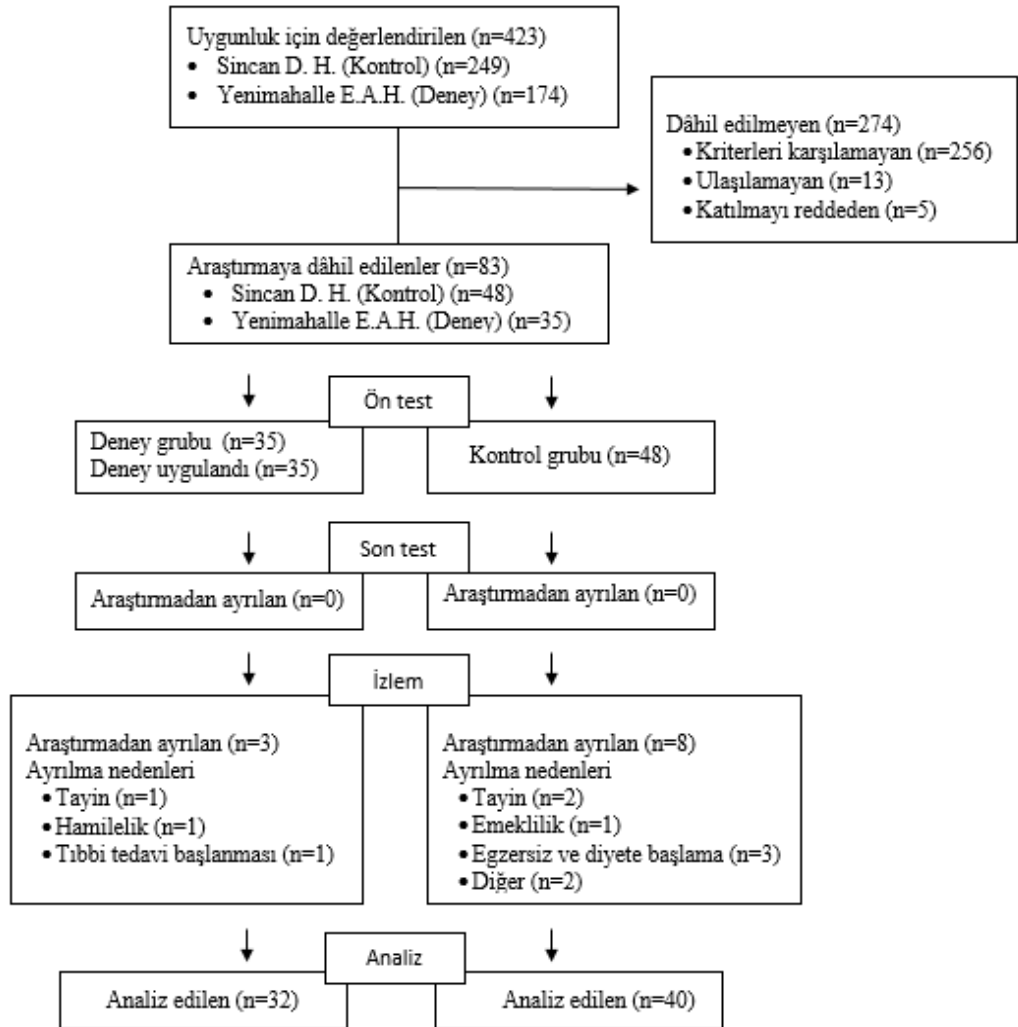
Grup	Ön-test	Girişim	Son-test	İzlem
Deney	O	✓	O	O
Kontrol	O		O	O

O: Ölçüm

✓: Deneysel girişim

Bir grup içi, bir gruplar arası değişkenin bulunduğu tekrarlı ölçümler için varyans analizi bu türden verinin analiz edilmesi için uygundur (Howell, 2013). Güç analizi de bu istatistiksel test doğrultusunda G*Power programının 3.1 versiyonu ile yürütülmüştür (Faul ve ark., 2009). Ölçüm sonuçları arasındaki korelasyon katsayısı 0.8 ve etki büyüklüğü değeri Cohen'in (1992) f istatistiği 0.35 alınmıştır. G*Power çıktısına göre, çalışmada ulaşılması beklenen kişi sayısı her bir grup için 29 olarak hesaplanmıştır.

Katılımcıların araştırmadan ayrılma ihtimali de göz önünde bulundurularak, daha fazla sayıda katılımcıya ulaşılması amaçlanmıştır. Deney grubunda 35, kontrol grubunda 48 kişiyle çalışmaya başlanmıştır. Çalışmadan ayrılan kişi sayısı ve dışlanma nedenleri Şekil 6'da yer alan araştırma akış şemasında verilmiştir. Sonuç olarak, deney grubunda 32, kontrol grubunda 40 katılımcıyla araştırma tamamlanmıştır.



Şekil 6. Araştırma akış şeması

Araştırmanın deney grubundaki katılımcıları Ankara İli Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, kontrol grubunun katılımcıları ise Ankara İli Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesinde çalışmakta olan hemşirelerden seçilmiştir. Bu çalışma örnekleminde elde edilen bulguların büyük şehirlerdeki orta ölçekte büyüklükteki hastanelerde, benzer koşullarda çalışmakta olan hemşireler evrenine genellenebilir olduğu düşünülebilir. Araştırma bulgularının nasıl gruplara genellenebilir olduğuna dair değer yargısının daha net oluşturulabilmesi amacıyla örnekleme yer alan deney ve kontrol grubu katılımcılarının demografik özellikleri ile deney ve kontrol gruplarının bu değişkenler üzerinden kıyaslanmasına dair istatistikler Tablo 6’da gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerden deney grubunun yaş ortalaması 42.3 ± 2.6 iken kontrol grubunun yaş ortalaması 43.7 ± 2.9 olarak hesaplanmıştır. Deney grubunun ortalama çalışma yılı 22.5 ± 3.5 , kontrol grubunun ortalama çalışma yılı ise 23.1 ± 4.3 ’dir. Deney grubundaki hemşirelerin % 16’sı bekâr, % 84’ü evli iken kontrol grubundakilerin %20’si bekâr, % 80’i evlidir. Deney grubu hemşirelerinin % 25’i önlisans veya lise mezunuyken % 75’i lisans veya yüksek lisans mezunudur. Kontrol grubu hemşirelerinin % 48’i önlisans veya lise diplomasına sahip iken % 42’si lisans veya yüksek lisans diplomasına sahiptir. Deney grubu hemşirelerinin % 28’i ameliyathane, yoğun bakım, acil servis gibi özellikli birimlerde, % 50’si yataklı servislerde % 22’si ise yönetim, eğitim ve poliklinik gibi birimlerde görev yapmaktadır. Kontrol grubundaki hemşirelerin ise % 38’i özellikli birimlerde, % 33’ü yataklı servislerde, % 32’si ise yönetim, eğitim ve poliklinik gibi birimlerde görev yapmaktadır. Deney grubundaki hemşirelerin % 37’si sabit vardiya ile çalışırken % 63’ü dönüşümlü vardiya sistemi ile görev yapmaktadır. Kontrol grubundaki hemşirelerin ise % 58’i sabit, % 43’ü dönüşümlü vardiya usulü ile çalışmaktadır. Deney grubundaki hemşirelerin % 34’ü, kontrol grubundaki hemşirelerin ise % 40’ı sigara kullandıklarını ifade etmiştir. Alkol kullanımında ise bu oran deney grubu için % 16, kontrol grubu için % 8’dir. Deney grubundaki hemşirelerin % 38’i, kontrol grubundakilerin ise %48’i kronik hastalıkları olduğunu bildirmiştir. “Fiziksel olarak aktif misiniz?” sorusuna deney grubundaki hemşirelerin % 22’si nadiren, % 44’ü genellikle, % 34’ü ise her zaman yanıtını vermiştir. Kontrol grubundaki hemşirelerin %20’si nadiren, %50’si genellikle, % 30’u ise her zaman fiziksel olarak aktif olduklarını bildirmiştir. Tüm katılımcıların SCORE puanları % 1 ve altında hesaplanmıştır. Deney grubunda puanı % 1 olan 1 hemşire varken, kontrol grubunda 5 hemşire bulunmaktadır.

Tablo 6. Deney ve kontrol gruplarının demografik özelliklerinin kıyaslanması

Değişken	Deney		Kontrol		<i>t</i>	sd	<i>p</i>
	Ort. ± SS		Ort. ± SS				
Yaş	42.3 ± 2.6		43.7 ± 2.9		2.04	70	0.045*
Çalışma yılı	22.5 ± 3.5		23.1 ± 4.3		0.62	69	0.541
Değişken	Deney		Kontrol		χ^2	sd	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			
Medeni durum							
Bekâr	5	16	8	20	0.23	1	0.632
Evli	27	84	32	80			
Öğrenim durumu							
Önlisans/lise	8	25	19	48	3.84	1	0.050
Lisans/y. lisans	24	75	21	42			
Birim							
Özellikli birimler ^a	9	28	15	38	2.27	2	0.032
Yataklı servisler	16	50	13	33			
Yönetim/eğitim	3	9	3	8			
Poliklinik	4	13	9	23			
Vardiya							
Sürekli 08-16	11	34	23	58	2.85	1	0.092
Sürekli 16-08	1	3	0	0			
Dönüşümlü	20	63	17	43			
Sigara kullanımı							
Hayır	21	66	24	60	2.4	1	0.624
Evet	11	34	16	40			
Alkol kullanımı							
Hayır	27	84	37	93	1.19	1	0.276
Evet	5	16	3	8			
Kronik hastalık							
Yok	20	63	21	53	0.73	1	0.394
Var	12	38	19	48			
Toplam	32	100	40	100			

Tablo 6. Deney ve kontrol gruplarının demografik özelliklerinin kıyaslanması (devam)

Değişken	Deney		Kontrol		χ^2	sd	p
	n	%	n	%			
Fiziksel aktivite							
Nadiren	7	22	8	20	0.28	2	0.868
Genellikle	14	44	20	50			
Her zaman	11	34	12	30			
SCORE puanı							
% 1	1	3	5	13			0.217 ^F
% 0	31	97	35	88			
Toplam	32	100	40	100			

a: Ameliyathane, yoğun bakım, acil servis

SS: Standart sapma

sd: Serbestlik derecesi

*: $p < 0.05$

F: Fischer'in kesin testi

Yaş ve çalışma yılı bakımından deney ve kontrol grupları bağımsız örneklemeler t testi ile kıyaslanmıştır. Yaş için yapılan t testi sonucu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur $t(70) = 2.04, p = 0.045$. İki grup ortalaması arasındaki 1 yıl 4 aylık yaş farkı, istatistiksel olarak anlamlı olsa da pratik anlamlılık bakımından önemsizdir. Çalışma yılı için yapılan t testi sonucu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır $t(69) = 0.62, p > 0.05$. Örneklemin demografik özelliklerinin verildiği Tablo 6'da yer alan diğer değişkenler kategorik olduğu için deney ve kontrol grubunun bu değişkenler üzerinden kıyaslanması amacıyla çapraz tablolar için χ^2 testleri kullanılmıştır. Test istatistikleri Tablo 6'da verilen χ^2 analizleri sonucunda deney ve kontrol gruplarının bu değişkenler bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (tüm p değerleri 0.05'ten büyüktür). SCORE değişkenindeki hücrelerden biri, bir kişiden oluştuğu ve hücre birleştirmesi mümkün olmadığı için bu karşılaştırma Fisher'in kesin testi ile yapılmış, SCORE puanı ile çalışma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p > 0.05$). Bu bulgulara dayalı olarak, deney ve kontrol gruplarının demografik özellikler bakımından birbirlerine benzer oldukları söylenebilir.

3.4.Çalışma Materyali

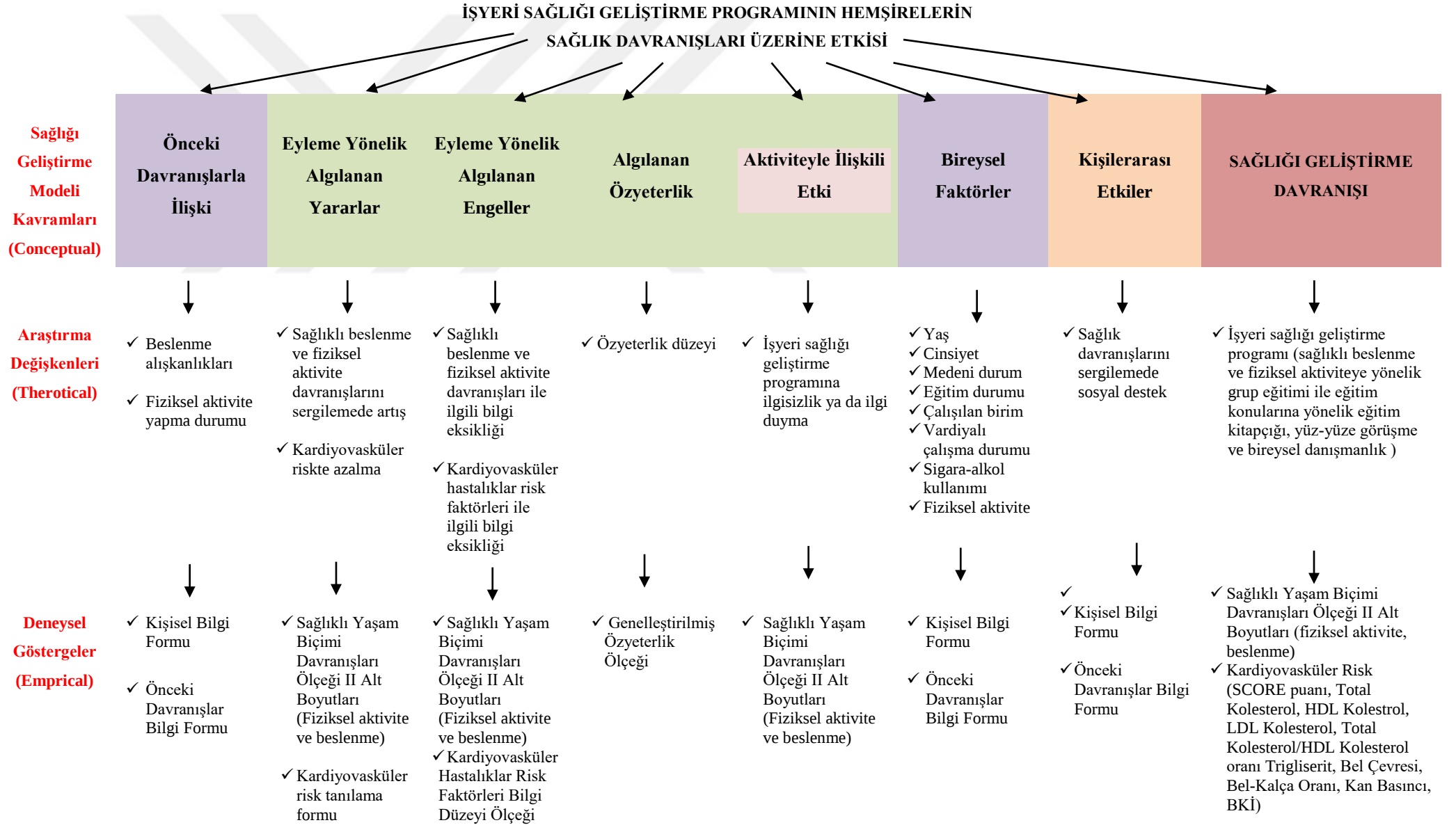
Çalışma materyali olarak veri toplama formları, katılımcıların biyokimya parametlerine ilişkin kan örnekleri kullanılmıştır.

3.5.Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; sağlıklı yaşam biçimi davranışları (Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalaması, fiziksel aktivite alt boyut puanı, beslenme alt boyut puanı), kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği puan ortalaması), genel öz yeterlik (Genelleştirilmiş Özyeterlik Ölçeği puan ortalaması) ve kardiyovasküler risk (bel çevresi, bel/kalça oranı, vücut ağırlığı, beden kütle indeksi, SCORE puanı, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, total kolesterol, HDL kolesterol, LDL kolesterol, total kolesterol/HDL kolesterol oranı, açlık trigliserit) olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın bağımsız değişkeni; işyeri sağlığı geliştirme programı olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın değişkenlerini, girişimi ve ölçüm araçlarını içeren kavramsal çerçeve Şekil 7’de sunulmuştur.



Şekil 7. Araştırmanın kavramsal çerçevesi

3.6. Veri Toplama Araçları

Bu aşamada kullanılan veri toplama araçları şunlardır;

- SCORE risk çizelgesi
- Kişisel Bilgi Formu
- Önceki Davranışlar Bilgi Formu
- Yeme İzleme Kaydı
- Kardiyovasküler Risk Tanılama Formu
- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
- Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği
- Genelleştirilmiş Özyeterlik Ölçeği

3.6.1. SCORE Risk Çizelgesi

SCORE risk hesaplamasında kullanılan değişkenler; yaş, cinsiyet, TK, HDL kolesterol, sistolik KB ve sigara içmedir. Avrupa bölgesindeki düşük ve yüksek riskli ülkeler için ayrı çizelgeler oluşturulmuş (Bkz. EK 1) ve birçok Avrupa ülkesi için yeniden kalibre edilmiştir. Türkiye için de ülkeye özgü uyarlamalara SCORE'un elektronik sürümü olan HeartScore'dan erişilebilmektedir (EAPC, 2018) ve bu sürüm kullanılarak katılımcıların SCORE puanı belirlenmiştir.

3.6.2. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen *Kişisel Bilgi Formu*; hemşirelerin adı-soyadı, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, çalışma süresi, çalışılan birimi, vardiyalı çalışma durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, kronik hastalık varlığı, geçmişte kolesterol ilacı-antihipertansif ilaç-antidepresan ilaç kullanma durumu, ailede KVH varlığına ilişkin soruları içermektedir. Bu form deney grubundaki katılımcılar tarafından doldurulmuştur (Bkz. EK 7). Bu forma fiziksel aktivite durumuna ilişkin soru eklenerek ve geçmişte kolesterol ilacı-antihipertansif ilaç-antidepresan ilaç kullanımına ilişkin soru çıkarılarak oluşturulan sürümü ise kontrol grubu tarafından doldurulmuştur (Bkz. EK 8).

3.6.3. Önceki Davranışlar Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen *Önceki Davranışlar Bilgi Formu*; hemşirelerin öğün örüntüsü, şekerli içecek-su tüketimi, işte ve evde yeme örüntüsü, diyet yapma durumu ve yapılan diyetin özellikleri, kilo durumu ve kilo hedefi, besin desteği alma durumu, fiziksel aktivite durumu ve özelliklerine ilişkin soruları içermektedir (Bkz. EK 9).

3.6.4.Yeme İzleme Kaydı

Araştırmacı tarafından geliştirilen Yeme İzleme Kaydı; 3 günlük yeme/içme davranışlarını izlemek amacıyla oluşturulmuştur. Yeme İzleme Kaydı; katılımcıların bir gün içerisinde yedikleri ve içtikleri gıdaların saatlerini, nerede ve kimlerle yenildiğini/içildiğini ve bunların miktarlarını, yeme eyleminde ne hissedildiği ya da ne düşünüldüğü ve bu yeme davranışının nasıl yorumlandığını içeren bilgiler yer almaktadır. Katılımcılar bu kaydı ön test verisi toplama aşamasında doldurmuştur (Bkz. EK 10).

3.6.5.Kardiyovasküler Risk Tanılama Formu

Kardiyovasküler Risk Tanılama Formu; katılımcıların biyokimya parametrelerine ilişkin laboratuvar sonuçları (Total kolesterol, HDL kolesterol, Total kolesterol/HDL oranı, LDL kolesterol, Trigliserit), antropometrik ölçümleri (bel ve kalça çevresi, bel-kalça oranı, sistolik ve diyastolik kan basıncı, boy ve ağırlık, BKİ), ailede KVH varlığı, sigara kullanma durumu ve SCORE puanına ilişkin veri kaydı için araştırmacı tarafından geliştirilmiştir (Bkz. EK 11).

3.6.6.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II), Walker ve Hill-Polerecky (1996) tarafından geliştirilmiş, Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından Türkçe'ye adapte edilmiştir. Ölçek, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmektedir. Altı boyutlu ölçek hem boyutlar üzerinden hem de toplam puan üzerinden kullanılabilir. Bu boyutlar; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. Dörtlü Likert biçimindeki ölçek toplam 52 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Ölçeğin toplam puanı en az 52, en çok 208 olabilmektedir. Ölçekten alınan puanların yükselmesi bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını göstermektedir. Adaptasyon çalışmasında boyutlardan alınan puanlara ait iç tutarlık katsayıları 0.64 ile 0.80 arasında değişmekle birlikte, toplam puanların iç tutarlık katsayısı 0.92 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin toplam puanı ile fiziksel aktivite ve beslenme boyutları ele alınmıştır (Bkz. EK 12).

3.6.7.Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği

Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği Arıkan ve arkadaşları (2009) tarafından erişkinlerde kardiyovasküler hastalık risk faktörleri ile ilgili bilgi düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte yer alan 28 maddeden ilk dördü

kardiyovasküler hastalıkların özelliklerini, 15 madde risk faktörlerini, dokuz madde ise risk davranışlarında değişimin sonucunu sorgulamaktadır. Ölçek 28 maddeden oluşmakta her bir doğru yanıt için bir puan olmak üzere 0 ile 28 arasında puanlar üretmektedir. Ölçekten alınan puanların yükselmesi bireyin kardiyovasküler hastalık risk faktörleri ile ilgili bilgi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek geliştirme çalışmasında ölçekten alınan puanların iç tutarlık katsayısı 0.77, test-tekrar test güvenirlik katsayısı ise 0.85 olarak hesaplanmıştır (Bkz. EK 13).

3.6.8.Genelleştirilmiş Özyeterlik Ölçeği

Schwarzer ve Jerusalem (1995) tarafından geliştirilen Genelleştirilmiş Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖÖ), 12 yaş ve üzeri bireyler için 1981 yılında Jerusalem ve Schawazzer tarafından bireylerin öz yeterliliğini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Yeşilay (1996) tarafından geçerlilik güvenirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Ölçek ilk geliştirildiğinde 20 madde iken daha sonra 10 maddeye indirilmiştir. Ölçek, 10 ile 40 arasında puanlar üretmektedir. Ölçekten alınan puanların yükselmesi bireyin yüksek düzeyde öz yeterlilik inancına sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin 23 ülkede yapılan çalışmalarında Cronbach alpha katsayısı 0.76 ile 0.90 arasında bulunmuştur (Bkz. EK 14).

3.6.9.Araştırmada Kullanılan Ölçeklerden Alınan Puanların Güvenirlik Katsayıları

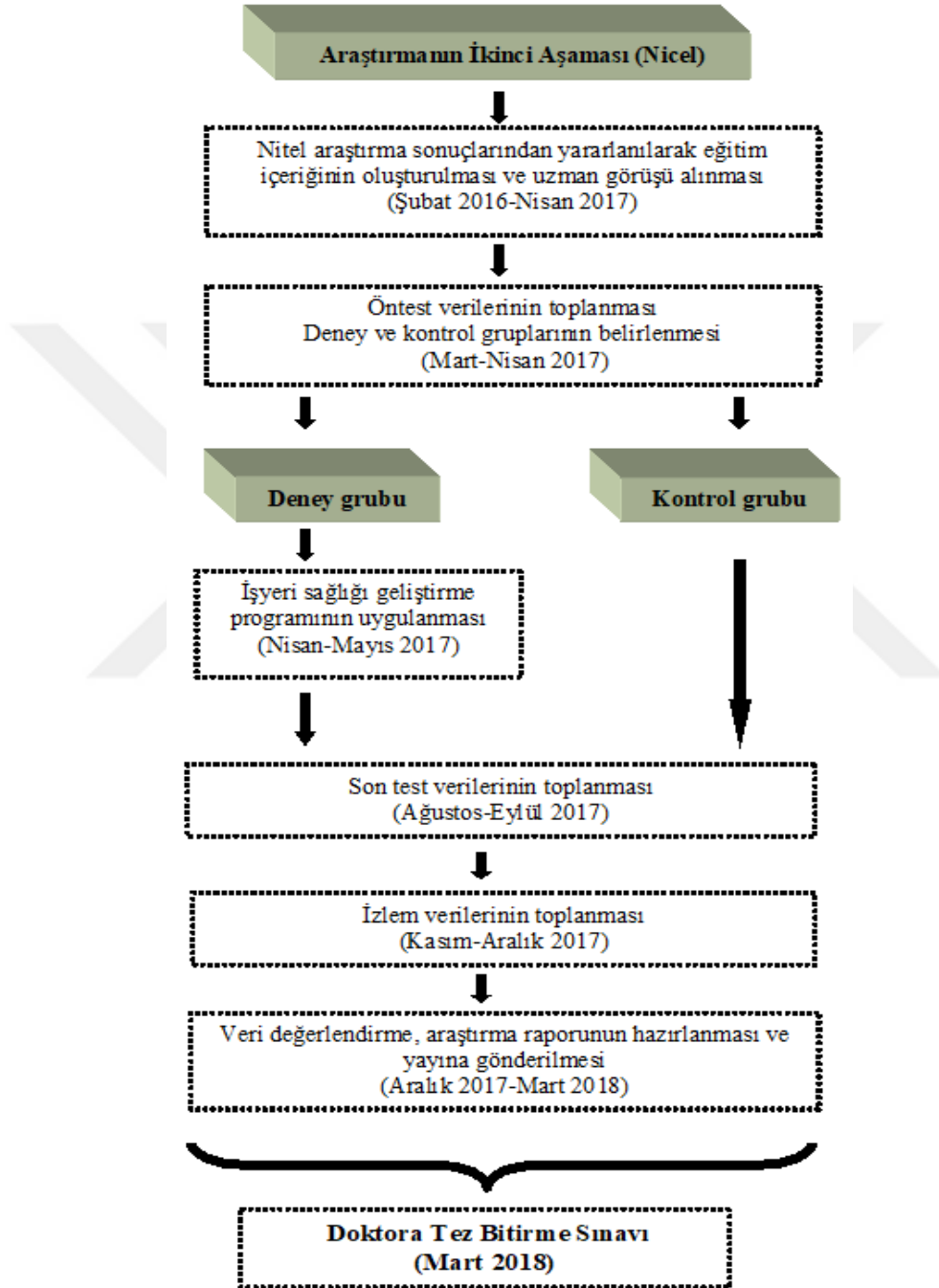
Kullanılan üç ölçme aracına ilişkin, bu çalışmada elde edilen iç tutarlık katsayıları Tablo 7’de verilmiştir. Elde edilen toplam puanlara ait güvenirlik katsayılarının oldukça yüksek oldukları gözlenmektedir.

Tablo 7. Ölçeklerden alınan puanların güvenirlik katsayıları

Ölçek	Madde sayısı	Alınabilecek en düşük ve en yüksek puan	Cronbach α katsayısı		
			Ön-test	Son-test	İzlem
SYBDÖ	52	52 – 208	0.91	0.94	0.91
Fiziksel aktivite	8	8 – 32	0.78	0.81	0.82
Beslenme	9	9 – 36	0.60	0.61	0.61
KARRİF-BD	28	0 – 28	0.83	0.97	0.97
GÖÖ	10	10 – 40	0.87	0.85	0.90

3.7.Araştırma Planı

Araştırmanın bu aşamasında, araştırmanın birinci aşaması sonuçları doğrultusunda Pender'in modeline göre hemşirelik girişimleri planlanarak uygulanmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasının planı Şekil 8'de verilmiştir.



Şekil 8. Araştırma planı

3.7.1. Deney grubuna işyeri sağlığı geliştirme programının tanıtımına yönelik yapılanlar

Deney grubunu oluşturacak hemşirelerin araştırmaya katılımı için bir tanıtım sunumu yapılması planlanmıştır. Bu bağlamda, başhemşire, servis sorumlu hemşireleri ve hemşirelerle görüşülmüştür. Araştırmanın tanıtımına ilişkin bir program davetiyesi (Bkz. EK 15) hazırlanarak hemşire odalarındaki panolara bir hafta süreyle asılmıştır. Bu süre sonunda hemşirelerle görüşülerek sunuma katılmak isteyen hemşireler belirlenmiş, sunum tarihi netleştirilmiştir. Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi toplantı salonunda Ocak 2017’de araştırmayı ve araştırma kapsamında uygulanacak İSGP’yi tanıtan yarım saatlik bir sunum (Bkz. EK 16) öğle saatinde yapılmıştır. Program tanıtım sunumuna 32 hemşire katılmıştır. Bu hemşirelerden 15’i araştırmaya katılmaya gönüllü olmuştur.

3.7.2. Deney ve kontrol grubunun ölçümlerinin alınmasına yönelik yapılanlar

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerin SCORE puanı HeartScore uygulaması üzerinden belirlenmiştir (EAPC, 2017). SCORE puanı, düşük (<%1) ve orta (%1-5) risk düzeyinde olan, araştırmaya dâhil edilme ve dışlanma ölçütlerine uyan hemşireler araştırmaya dâhil edilmiştir. Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşireler araştırmanın deney grubunu, Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesinde çalışan hemşireler araştırmanın kontrol grubunu oluşturmuştur.

Deney grubunun öntest verisi; Kişisel Bilgi Formu, Önceki Davranışlar Bilgi Formu, Yeme İzleme Kaydı, Kardiyovasküler Risk Tanılama Formu, SYBDÖ II, KARRİF-BD Ölçeği ve GÖÖ aracılığıyla toplanmıştır. Sontest ve izlem verisi ise; Kardiyovasküler Risk Tanılama Formu, SYBDÖ II, KARRİF-BD Ölçeği ve GÖÖ aracılığıyla toplanmıştır.

Kontrol grubunun öntest verisi; Kişisel Bilgi Formu, Kardiyovasküler Risk Tanılama Formu, SYBDÖ II, KARRİF-BD Ölçeği ve GÖÖ aracılığıyla toplanmıştır. Sontest ve izlem verisi ise; Kardiyovasküler Risk Tanılama Formu, SYBDÖ II, KARRİF-BD ve GÖÖ aracılığıyla toplanmıştır.

Deney ve kontrol grubunun sistolik ve diyastolik KB aneroid manometre ile ölçülmüştür. Her ölçümde aynı aneroid manometre kullanılmıştır. Yemeklerden ya da egzersizden sonra alınan KB ölçümleri normalden düşük, sigara ya da kahve içimi sonrası ise normalden yüksek çıkabileceğinden ölçüm öncesindeki 30 dakikalık süre içinde katılımcıların sigara, çay veya kahve içmemiş, kafein almamış ve yemek yememiş olmasına dikkat edilmiştir. KB ölçümü en az 5 dakika istirahat ettikten sonra, bireyin sırtı sandalyeye dayalı oturur pozisyonda ve kol desteklenerek, manşonun yerleştirileceği kol çıplak ve manşon kalp düzeyinde duracak şekilde

sarılmıştır. Ölçüm sırasında katılımcının konuşmaması, bacak bacak üstüne atmaması söylenmiştir. İlk KB ölçümleri her iki koldan yapılmış, hangi koldaki KB yüksek çıkmış ise katılımcının KB olarak kabul edilmiştir. Diğer KB ölçümleri sağ koldan yapılmıştır (TKD, 2000). KB ölçüm sonuçları için Tablo 8’de verilen KB sınıflandırmaları referans alınmıştır (American Heart Association, 2011).

Tablo 8. Kan basıncı sınıflandırması

Kan basıncı sınıflandırması	Sistolik (mm/Hg)		Diastolik (mm/Hg)
Normal	120’dan az	ve	80’dan az
Prehipertansiyon	120-139	veya	80-89
Yüksek kan basıncı	140-159	veya	90-99
(Hipertansiyon) Evre 1			
Yüksek kan basıncı	160 / 160’dan yüksek	veya	100 / 100’dan yüksek
(Hipertansiyon) Evre 2			
Hipertansif Kriz	180’dan yüksek	veya	110’dan yüksek
(Acil Tedavi)			

Deney ve kontrol grubundan TK, LDL-K, HDL-K ve TG değerlerini belirlemek üzere kan alınmıştır. Sadece TG ölçümü için 12 saatlik açlık gerektiğinden (Perk ve ark., 2012) katılımcılara gece 22.00’den sonra aç kalmaları söylenmiştir. Her katılımcı için kod belirlenmiş, belirlenen kod, yaş ve cinsiyet bilgisi kan tüpü üzerine etiketlenmiştir. Alınan kan örnekleri 30 dakika oda sıcaklığında bekletildikten sonra soğutuculu taşıma çantasında santrifüj öncesi bekleme süresi 2 saati geçmeyecek şekilde transferi araştırmacı tarafından sağlanmıştır. Katılımcılardan alınan kanların ölçümü özel bir tıbbi laboratuvarında yapılmıştır. Alınan kanlarla birlikte katılımcıların kod, yaş ve cinsiyet bilgisini içeren liste laboratuvara teslim edilmiştir. Ölçümü yapılan kolesterol değerleri ESC tarafından önerilen ve Tablo 2’de verilen değerler referans alınarak değerlendirilmiştir (Perk ve ark., 2012).

Deney ve kontrol grubunun BKİ hesaplaması için ağırlık boyun karesine (kg/m²) bölünmüştür (WHO, 2012). Vücut ağırlığı ölçümü için tartı aleti düz bir zeminde iken birey vücut ağırlığı her iki ayağına dağılacak şekilde dik, hafif giysili, kollar yanda ve rahat bir şekilde ayakta durarak yüzü karşıya bakacak şekilde tartı aletine çıkmış ve tartı aletinin ölçüm değeri sabitlendikten sonra ölçüm değeri elde edilmiştir (WHO, 1995). DSÖ tarafından tanımlanan ve Tablo 9’da verilen BKİ sınıflandırması referans alınmıştır (WHO, 2012).

Tablo 9. BKİ sınıflaması

Sınıflama	BKİ (kg/m ²)
Zayıf	< 18.50
Normal	18.50 – 24.99
Fazla kilolu	25.00 – 29.99
Obez (derece 1)	30.00 – 34.99
Obez (derece 2)	35.00 – 39.99
Obez (derece 3)	≥ 40.00

Deney ve kontrol grubunun bel ve kalça çevresi ölçülmüştür. Birey vücut ağırlığı her iki ayağına dağılacak şekilde dik, hafif giysili, kollar yanda ve rahat bir şekilde ayakta durmuş, her iki ayağı arasında 25-30 cm mesafe olması sağlanmıştır. Araştırmacı bireyin yan tarafında durmuş, ölçüm için bireyin en alt kaburgasının uç kenarı ile kalça kemiğinin üst çıkıntısı arasında kalan orta nokta bulunarak mezura çok sıkı ya da çok gevşek olmayacak şekilde yere paralel yerleştirilmiş ve bu sırada bireye rahat nefes alıp vermesi söylenmiştir. Kalça çevresi için birey dik, kollar yanda, ayaklar bitişik durduktan sonra mezura yere paralel olacak şekilde kalçanın en geniş yerini çevreleyerek ölçüm yapılmıştır (WHO, 2008). Kadınlarda 80 cm ve üstü abdominal obezite açısından riskli olarak değerlendirilmiştir. Bel çevresi kalça çevresine bölünerek bel-kalça oranı bulunmuştur. Kadınlarda 0.85 ve üstü abdominal obezite olarak değerlendirilmiştir (IDF, 2006).

3.7.3. Deney grubuna uygulanan işyeri sağlığı geliştirme programına yönelik yapılanlar

Deney grubuna İSGP uygulanmıştır. Bu program kapsamında öncelikle “*hemşirelerde kardiyovasküler sağlığı koruma bağlamında sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite*” başlıklı bir eğitim programı hazırlanmıştır. Eğitim programının hazırlığında araştırmanın birinci aşaması kapsamında belirlenen hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamalarına yönelik engeller dikkate alınmıştır. Hazırlanan eğitim programının öğrenim hedefleri ve kazanımları ile eğitim içeriğine yönelik halk sağlığı alanında uzmanlaşmış beş uzmandan görüş alınmıştır. Alınan görüş ve öneriler doğrultusunda eğitim programının öğrenim hedefleri ve kazanımları (Bkz. EK 17) ile eğitim içeriğine son hali verilerek eğitim rehberi oluşturulmuştur (Bkz. EK 18). Eğitimin bölümleri ve konu başlıkları Tablo 10’da verilmiştir. Eğitim, Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesinin eğitim salonunda iki oturum halinde gruplar oluşturularak gerçekleştirilmiştir. İlk oturum eğitimin fiziksel aktivite başlığına kadar olan bölümü iken ikinci oturum fiziksel aktivite bölümüdür.

Eğitim salonu iki hafta süreyle öğle saatleri için rezerve edilerek bu süre içerisinde katılımcıların uygun oldukları günlerde ilk oturum tamamlanmıştır. Ortalama 90 dakika süren

bu oturuma ortalama sekiz kişi katılmıştır. Eğitimin ilk oturumu tamamlandıktan sonra ikinci oturumu da, ilk oturumla benzer şekilde, eğitim salonu iki hafta sũreyle ȳđle saatleri için rezerve edilerek bu sũre içerisinde katılımcıların uygun oldukları gũnlerde yapılmıştır. Ortalama 30 dakika sũren bu oturuma ortalama dȳrt kişi katılmıştır.

Tablo 10. Eğitimin bȳlũmleri ve konu başlıkları

Eğitimin Bȳlũmleri ve Konu Başlıkları
Bȳlũm I alışma yaşamı hemşirelerin kardiyovaskũler sağlığını nasıl etkiler? - İşyeri ortamından kaynaklanan riskler - Yaşam biçimiyle ilişkili riskler - çalışma yaşamı ve kardiyovaskũler sağlık arasındaki ilişki
Bȳlũm II Kardiyovaskũler hastalıklar - Ȗzellikleri - Yaygınlığı - Risk faktȳrleri ve hastalıktan korunma
Bȳlũm III Hemşirelerde kardiyovaskũler hastalıklardan korunma nasıl olmalı? - Sağlıklı kiloyu sũrdũrme - Sağlık beslenme - Fiziksel aktivite

Deney grubu katılımcılarına fiziksel aktivite girişimi olarak 15 hareketten oluşan ve yaklaşık 10 dakika sũren orta yoğunlukta aerobik egzersizler planlanmıştır (Bkz. EK 19). Egzersiz, egzersiz fizyolojisi uzman hekimi tarafından geliştirilmiştir (Akgũn, 2016). Egzersizin uygulanışını gȳsteren video katılımcıların cep telefonlarına gȳnderilmiştir. Aynı zamanda egzersizin hareketlerini, ȳzelliklerini ve uygulamasını içeren bilgi eğitim rehberi içerisinde katılımcılara sunulmuştur (Bkz. EK 18).

Grup eğitimleri tamamlandıktan sonra katılımcılara bireysel danışmanlık verilmiştir. Bireysel danışmanlıkta yararlanmak ũzere her katılımcı için kişisel sağlık dosyası oluşturulmuştur. Kişisel sağlık dosyasında; katılımcıya ait Kişisel Bilgi Formu, Ȗnceki Davranışlar Bilgi Formu, Yeme İzleme Kaydı, Kardiyovaskũler Risk Tanılama Formu yer almıştır. Araştırmacı tarafından bireysel danışmanlık verilmeden ȳnce bu formların tũmũ incelenmiş, sağlık davranışları ile kardiyovaskũler risk durumu değerlendirilmiştir. Yeme İzleme Kaydı aracılığıyla bireyin beslenme ȳrũntũsũ değerlendirilerek olumlu olan davranışlarının pekiştirilmesine, olumsuz olan davranışların iyileştirilmesine yȳnelik ȳneriler belirlenmiştir. Ȗnceki Davranışlar Bilgi Formu aracılığıyla bireyin geçmişteki sağlık

davranışları irdelenerek olumlu olan davranışlarının pekiştirilmesine, olumsuz olan davranışların iyileştirilmesine yönelik öneriler belirlenmiştir. Kardiyovasküler Risk Tanılama Formu'nda yer alan veriler değerlendirilerek birey için hangi ölçüm değerlerinin hedeflendiğine yönelik öneriler ile orta yoğunlukta aeropilates egzersiz seans sayısı belirlenmiştir. Kişisel sağlık dosyası kapsamında belirlenen öneriler bireylerle yarım saatlik yüz-yüze ve birebir görüşmeler yapılarak Nisan-Mayıs 2017 tarihlerinde paylaşılmıştır. Bu paylaşım sırasında belirlenen önerilerle ilgili katılımcıların görüşleri alınmış ve hedeflerin uygulanabilirliği tartışılmıştır. Katılımcıların beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarını nasıl iyileştirebileceklerine ilişkin örnekler eğitim rehberi üzerinden verilmiştir. Beslenme örüntüsü; öğün sayısı, öğün aralıkları, öğün içeriği, besin ve besin grupları, besin gruplarının günlük porsiyon miktarlarıyla irdelenmiştir. Beslenme önerilerinde kalori hesabı ile ilgili önerilerde bulunulmamıştır. Bireysel görüşmelerin sonunda katılımcıların hedefleri netleştirilmiştir. Bu hedeflerin gerçekleşme durumu ise aylık yapılan onar dakikalık yüz-yüze görüşmelerde takip edilmiştir. Bireysel danışmanlık sonrasında eğitim rehberi katılımcılara verilmiştir.

3.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada kullanılan istatistiksel teknikler Tablo 11'de verilmiştir. *A priori* güç analizleri G*Power 3.1, diğer analizler ise IBM SPSS 23 yazılımlarıyla yürütülmüştür.

Tablo 11. Araştırmada kullanılan istatistiksel teknikler

Amaç	İstatistiksel Teknik
Ulaşılması istenen örneklem genişliğinin hesaplanması	<i>A priori</i> güç analizi
Çalışma bulguları ile elde edilen gücün hesaplanması	Gözlenen güç
Örneklem sürekliliği değişkenler açısından tarif edilmesi	Ortalama ve standart sapmalar
Örneklem kategorik değişkenler açısından tarif edilmesi	Kişi sayısı ve yüzdeler
Deney ve kontrol gruplarının kategorik değişkenler açısından karşılaştırılması	Çapraz tablolar için χ^2
Ölçeklerden alınan boyut puanlarının ve toplam puanların güvenilirliklerinin belirlenmesi	Cronbach α
Grupların ön-test, son-test ve izlem puanlarının dağılımlarının tarif edilmesi	Ortalama ve standart sapmalar
Girişimin bağımlı değişkenler üzerindeki etkisinin incelenmesi	2 × 3 tekrarlı ölçümler varyans analizi
Bağımlı değişkenlerin birbirleriyle ilişkilerinin incelenmesi	Pearson korelasyon katsayıları

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma orta ölçekte büyüklükte iki hastanede yürütülmüştür. Bu nedenle araştırma sonuçları bu büyüklükte hastanelerde çalışan hemşirelere genellenebilir. Araştırmanın deney grubunu oluşturan hastanede hemşire yetersizliği olması nedeniyle hemşireler yoğun çalışmakta, sık nöbet tutmakta ve dinlenme süreleri de daha az olmaktadır. Çalışmaya davet edilen bazı hemşireler böyle bir çalışma ortamında araştırmaya katılmak için zaman ayıramayacaklarını ifade etmiştir. Araştırmanın kontrol grubunu oluşturan hastanede çalışan hemşirelerin bazıları ise araştırma süresinin uzunluğu, kendilerine herhangi bir girişim uygulanmayacak olması ve bu süreçte beslenme ve fiziksel aktiviteye yönelik bir plan yapabilecekleri için araştırmaya katılmaya gönüllü olmamışlardır. Daha fazla sayıda katılımcının araştırmaya katılması istendik olsa da deney ve kontrol grubunda yer alan hemşire sayısı sınırlı olmuştur.

SCORE risk kategorisi düşük ve orta düzeyde olan hemşirelerin araştırmaya dahil edilmesi araştırmanın diğer bir sınırlılığıdır.

Araştırmanın planlanması aşamasında deney grubu katılımcılarının hastanede egzersiz uygulayabilecekleri bir salon oluşturulması ve yeterli sayıda sporcu matının salona konulması planlanmıştır. Bu plan hastane yönetimiyle görüşüldüğünde olumlu bir yaklaşım sergilenmiştir. Ancak çalışmanın öntest verileri toplanmaya başladığı süreçte hastaneye yeni birimler eklenmiş, egzersiz salonu için uygun olabilecek yerler bu yeni birimlerin kullanımına sunulmuştur. Bu nedenle çevreye yönelik kolaylaştırıcı bir girişim olarak planlanan egzersiz salonu oluşturulamamış ve İSGP kapsamında uygulanamamıştır.

Beslenme önerilerine uygun şekilde örnek ana öğünler ve ara öğünler planlanması, bu örnek öğünlerin katılımcılara işyerlerinde sunulması arzu edilmiştir. Böylece sağlıklı beslenme ilkelerinin uygulanmasında katılımcıların motive olacağı düşünülmüştür. Ancak araştırmanın yürütülmesi için herhangi bir mali destek sağlanamadığından ortaya çıkacak maliyet karşılanamayacağı için bu girişimden vazgeçilmiştir.

3.10. Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan araştırmanın yürütülmesi için etik izin, araştırmanın yürütüldüğü hastanenin bağlı bulunduğu kurum yöneticiliğinden kurum izni alınarak çalışma yapılmıştır (Bkz. EK 22, EK 23). Katılımcılardan sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş olur alınmıştır (Bkz. EK 20, EK 21) ve olur örneği katılımcılara verilmiştir. Deney grubuna uygulanan hemşirelik girişimleri tamamlandıktan sonra kontrol grubuna eğitim

verilmiş ve kardiyovasküler riskle ilgili ölçüm sonuçları bireysel olarak paylaşılarak önerilerde bulunulmuştur.



4. BULGULAR

4.1. Betimsel Bulgular

Fiziksel olarak ölçülen ve ölçekler yoluyla ölçülen bağımlı değişkenlere dair deney ve kontrol gruplarının ön-test, son-test ve izlem bulguları Tablo 12’de verilmiştir. Tabloda parantez içlerindeki değerler, standart sapmalardır. SCORE puanı, her iki grubun üç ölçümünde de aynı kalmıştır. Deney grubunun bel çevresi ortalaması son-testte azalmış, izlemde de bunu korumuştur. Kontrol grubunun bel çevresi ortalaması son-test ölçümlerinde ön-teste göre azalmış olsa da izlemde tekrar yukarı doğru yönlenmiştir. Deney ve kontrol grubunun kalça çevresi ortalaması ön-test ölçümlerinden son-test ölçümlerine azalmıştır. Deney grubu kalça çevresini izlem zamanına kadar korurken kontrol grubunda eski düzeyine yaklaşan bir artış gözlenmiştir. Deney grubunun öntest ölçümü sonrasında bel/kalça oranı bir miktar azalma göstermiş ve izlemde bunu korumuştur. Kontrol grubunun bel/kalça oranı ise aynı kalmıştır.

Deney ve kontrol grubu son-test ölçümleri öncesinde kilo kaybetmiş ancak sonrasında ağırlıkları artma eğilimine girmiştir. Her iki grubun geneli son-test ölçümlerinde ön-test ölçümlerine göre daha düşük BKİ sergilemişler, izlem ölçümünde eski düzeyine benzer bir değere yükselmiştir. Deney grubunun sistolik KB değerleri ortalama azalma gösterirken, kontrol grubunun zaman içinde düzenli olarak artmıştır. Her iki grubun diyastolik KB ölçüm sonuçları ortalamaları sistolik KB ortalamaları ile benzerlik göstermektedir. Deney ve kontrol grubunun HDL-K ortalamaları izlem ve ön-test puanları kıyaslandığında paralel bir azalma görülmektedir. Her iki grubun açlık TG ölçümleri son-test aşamasında ön-test değerlerinden düşük iken daha sonra izlemde her iki grupta da bir yükselme görülmüştür.

Kontrol grubunun SYBD ölçeğinden almış olduğu toplam puan ortalaması nispeten sabit kalırken, deney grubunun puanları son-testte ön-teste göre daha yüksek bulunmuş, izlemde ise daha da yükselmiştir. Kontrol grubunun SYBD ölçeği fiziksel aktivite boyutu puanları düşerken deney grubunun puanları artmıştır. SYBD ölçeği beslenme boyutu puanlarında ise deney grubunun son-test ve izlem puanları ön-test puanlarına kıyasla daha yüksek, kontrol grubunda ise daha düşük olduğu görülmüştür. KARRİF-BD Ölçeği puan ortalamaları kontrol grubunda azalma göstermiş, deney grubunda ise son-testte azalmış ve izlemde artmıştır. GÖÖ puan ortalamaları ise deney grubu ve kontrol grubunda benzer bir eğilim göstererek son-testte artarken izlemde azalmıştır.

Tablo 12. Bağımlı değişkenlere dair betimsel bulgular

Değişken	Grup	Ön-test	Son-test	İzlem
Bel çevresi (cm)	D	81.66 (8.10)	80.45 (8.45)	80.45 (7.68)
	K	82.10 (8.27)	81.54 (8.70)	81.70 (8.33)
Kalça çevresi (cm)	D	102.54 (6.34)	101.70 (6.78)	101.73 (6.74)
	K	104.84 (8.36)	104.05 (8.83)	104.62 (8.33)
Bel/kalça oranı	D	0.80 (0.06)	0.79 (0.06)	0.79 (0.06)
	K	0.78 (0.04)	0.78 (0.05)	0.78 (0.04)
Vücut ağırlığı (kg)	D	66.34 (10.19)	65.33 (10.97)	65.93 (11.01)
	K	66.77 (12.25)	66.36 (12.58)	66.53 (12.70)
BKİ	D	25.25 (3.28)	24.85 (3.57)	25.09 (3.67)
	K	25.83 (4.04)	25.62 (4.12)	25.75 (4.29)
Sistolik KB (mmHg)	D	107.03 (9.06)	104.06 (9.54)	102.19 (9.41)
	K	104.88 (9.16)	108.50 (12.36)	111.15 (10.42)
Diyastolik KB (mmHg)	D	74.22 (8.04)	70.47 (7.87)	67.66 (7.29)
	K	66.25 (7.74)	71.25 (9.72)	73.85 (6.83)
TK (mg/dl)	D	191.59 (34.80)	185.35 (32.15)	192.18 (31.15)
	K	188.20 (34.82)	187.50 (32.63)	186.75 (37.38)
HDL-K (mg/dl)	D	56.13 (8.60)	53.16 (10.00)	53.89 (9.26)
	K	52.83 (12.22)	52.68 (14.16)	50.51 (12.13)
TK/HDL-K oranı	D	3.49 (0.85)	3.59 (0.92)	3.67 (0.92)
	K	3.73 (1.03)	3.83 (1.39)	3.89 (1.14)
LDL-K (mg/dl)	D	114.77 (28.53)	114.09 (26.02)	116.76 (26.20)
	K	114.97 (30.36)	115.60 (29.40)	116.22 (33.68)
Açlık TG (mg/dl)	D	103.46 (43.38)	90.35 (38.49)	107.63 (49.94)
	K	106.77 (67.42)	99.65 (64.76)	103.99 (58.12)
SYBDÖ II	D	114.22 (14.24)	120.59 (16.96)	124.78 (18.21)
	K	121.05 (19.03)	125.21 (19.21)	120.46 (16.03)
Fiziksel aktivite	D	12.69 (3.79)	14.38 (4.00)	14.91 (4.27)
	K	14.85 (3.84)	14.46 (3.90)	13.92 (3.66)
Beslenme	D	19.84 (3.73)	21.22 (3.47)	21.34 (3.30)
	K	20.59 (3.90)	20.09 (3.49)	19.59 (3.45)
KARRİF-BD	D	24.41 (1.98)	23.91 (2.84)	24.84 (2.17)
	K	23.35 (2.20)	22.69 (2.69)	22.63 (3.67)
GÖÖ	D	29.84 (5.17)	30.29 (5.30)	29.84 (6.74)
	K	31.56 (6.34)	31.85 (5.65)	30.63 (6.08)

D: Deney grubu, K: Kontrol grubu

4.2. Girişimsel Bulgular

Deney grubuna uygulanan girişimin bağımlı değişkenler üzerindeki etkisini incelemek amacıyla $2 \text{ (grup)} \times 3 \text{ (ölçüm zamanı)}$ deseninde bir tekrarlı ölçümler varyans analizleri kullanılmış ve bu varyans analizine dair bulgular Tablo 13'te sunulmuştur. Varyans analizinin varsayımlarından normallik yüzdelik-yüzdelik grafikleri, varyansların homojenliği Levene testleri, küresellik ise Mauchly testleri ile incelenmiştir. Gruplardaki kişi sayılarının 30'dan büyük olması nedeniyle normallikten sapmaların test istatistiklerini çarpıtmayacağı bildirilmektedir (Howell, 2013). Küresellik varsayımlarının sağlanamadığı yerlerde F istatistiği Huynh-Feldt düzeltmesine tabi tutulmuştur. Etki büyüklüğü olarak Kısmi eta kare (η_p^2) değerleri rapor edilmiştir. η_p^2 için 0.01, 0.06 ve 0.14 değerleri sırasıyla küçük, orta ve yüksek etki büyüklüklerine işaret etmektedir.

Tekrarlı ölçümler varyans analizi ilk aşamada her bir bağımlı değişken için grup kıyaslamasında tüm ölçümler üzerinden iki grubu kıyaslamaktadır. Yapılan tekrarlı ölçümler varyans analizlerinde grup değişkeninin ana etkisi KARRİF-BD ölçeği dışındaki hiçbir değişkende istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p değerleri > 0.05). Tekrarlı ölçümler varyans analizi ikinci aşamasında ön-test, son-test ve izlem puanları bakımından kıyaslama yapmaktadır. Bu kıyaslamaya dair test istatistiği tablonun "Zaman" satırlarında yer almıştır. Tekrarlı ölçümler varyans analizi son aşamasında girişimin bağımlı değişken üzerindeki etkisi "Grup $\times$ Zaman" satırlarında yer alan F değerinin anlamlılığı ile incelenmektedir. Analizin bu kısmı ön-test, son-test ve izlem puanları arasındaki değişimlerin deney ve kontrol gruplarında farklılaşmasını incelemektedir. Etkili bir girişim sonucunda grup ile ölçüm zamanı etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmaktadır. Tablo 13'te 0.05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunan F değerleri * işareti ile belirtilmiştir.

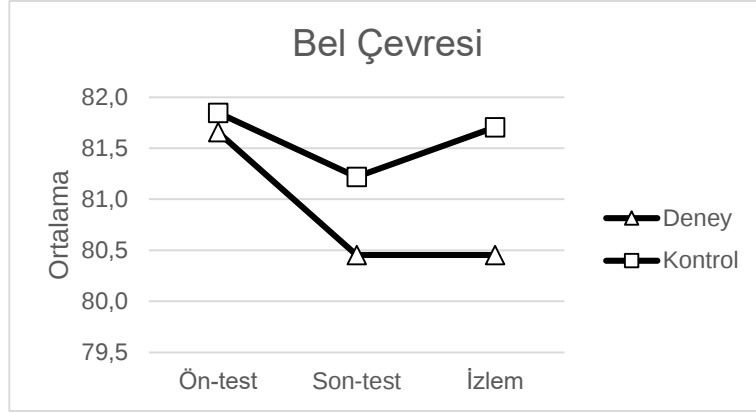
Tablo 13. Bağımlı değişkenlere ait tekrarlı ölçümler varyans analizi bulguları

Değişkenler	Etki	<i>F</i>	η_p^2	Gözlenen güç
Bel çevresi	Grup	< 1	< 0.01	0.07
	Zaman	6.83*	0.09	0.92
	Grup $\times$ Zaman	2.15	0.03	0.43
Kalça çevresi	Grup	1.60	0.02	0.24
	Zaman	4.44*	0.06	0.70
	Grup $\times$ Zaman	1.85	0.17	0.34
Bel/kalça oranı	Grup	< 1	< 0.01	0.14
	Zaman	1.025	0.02	0.23
	Grup $\times$ Zaman	< 1	< 0.01	0.13
Vücut ağırlığı	Grup	< 1	< 0.01	0.05
	Zaman	8.52*	0.11	0.93
	Grup $\times$ Zaman	< 1	< 0.01	0.06
BKİ	Grup	< 1	< 0.01	0.10
	Zaman	8.93*	0.12	0.95
	Grup $\times$ Zaman	< 1	< 0.01	0.06
Sistolik KB	Grup	3.27	0.05	0.43
	Zaman	< 1	< 0.01	0.08
	Grup $\times$ Zaman	11.35*	0.14	0.97
Diyastolik KB	Grup	< 1	< 0.01	0.06
	Zaman	< 1	< 0.01	0.07
	Grup $\times$ Zaman	19.66*	0.22	0.998
TK	Grup	< 1	< 0.01	0.06
	Zaman	1.33	0.02	0.28
	Grup $\times$ Zaman	1.39	0.02	0.30
HDL-K	Grup	< 1	< 0.01	0.14
	Zaman	4.23*	0.06	0.73
	Grup $\times$ Zaman	1.98	0.03	0.40
LDL-K	Grup	< 1	< 0.01	0.05
	Zaman	< 1	< 0.01	0.12
	Grup $\times$ Zaman	< 1	< 0.01	0.07
TK/HDL	Grup	< 1	0.01	0.15
	Zaman	3.16	0.04	0.56
	Grup $\times$ Zaman	< 1	< 0.01	0.05
Açlık TG	Grup	< 1	< 0.01	0.05
	Zaman	4.96*	0.07	0.80
	Grup $\times$ Zaman	1.47	0.02	0.31

Tablo 13. Bağımlı değişkenlere ait tekrarlı ölçümler varyans analizi bulguları (devam)

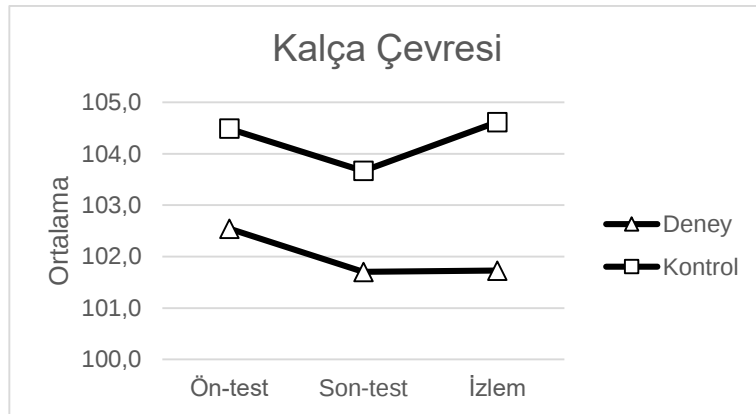
Değişkenler	Etki	<i>F</i>	η_p^2	Gözlenen güç
SYBDÖ II	Grup	< 1	< 0.01	0.10
	Zaman	5.29*	0.08	0.83
	Grup $\times$ Zaman	5.98*	0.08	0.87
Fiziksel aktivite	Grup	< 1	< 0.01	0.09
	Zaman	1.27	0.02	0.27
	Grup $\times$ Zaman	8.54*	0.11	0.96
Beslenme	Grup	< 1	0.01	0.15
	Zaman	< 1	< 0.01	0.11
	Grup $\times$ Zaman	6.08*	0.08	0.88
KARRİF-BD	Grup	8.33*	0.12	0.81
	Zaman	< 1	0.01	0.20
	Grup $\times$ Zaman	1.71	0.03	0.33
GÖÖ	Grup	1.35	0.02	0.21
	Zaman	< 1	0.01	0.16
	Grup $\times$ Zaman	< 1	< 0.01	0.08

Bel çevresi değişkeni incelendiğinde, ölçüm zamanı değişkeninin bulgular üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir ($F(2, 138) = 6.83, p = 0.001$). Bu etkinin doğasını izlemek amacıyla katılımcılar içi bir değişken olan ölçüm zamanı üzerinde karşılaştırma yapılmıştır. Bu karşılaştırmaya göre, son-test ve izlem puanlarının ön-test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük olduğu görülmüştür (sırasıyla $F(1, 69) = 11.87, p = 0.001, \eta_p^2 = 0.15$ ve $F(1, 69) = 6.34, p = 0.014, \eta_p^2 = 0.08$). Etki büyüklüğü değerleri büyük bir farklılaşmaya işaret etmektedir. Şekil 9’da deney ve kontrol gruplarının ölçüm sonuçları gösterilmiştir. Buna göre, deney grubu son-test ölçümlerinde ortalama 1.2 cm incelmış ve izlemde de bunu korumuştur. Kontrol grubu ortalama bel çevresi son-test ölçümlerinde ön-teste göre 0.6 cm azalmış olsa da izlemde tekrar yukarı doğru yönelmiştir. Zamana göre izlenen bu farklılığın deney ve kontrol grupları için farklılaşması istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Dolayısıyla etkileşim, istatistiksel olarak anlamlı değildir. Buna göre, bel çevresindeki değişimler girişime atfedilememiştir.



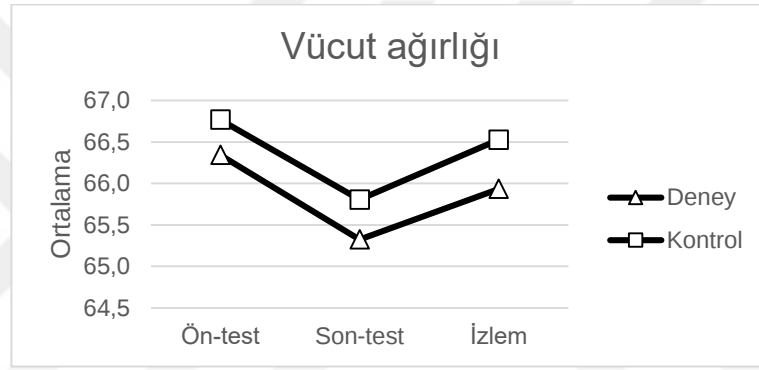
Şekil 9. Bel çevresi ortalamaları

Kalça çevresi değişkeni üzerinde, Mauchly testi küresellik varsayımının çiğnendiğini gösterdiği için F değerine Huynh-Feldt düzeltmesi uygulanmıştır. Buna göre, zaman değişkeninin ana etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(2, 138) = 4.44, p = 0.02, \eta_p^2 = 0.08$). Hangi ölçüm zamanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ise katılımcı içi karşılaştırmalar ile belirlenmiştir. Buna göre, son-test ve ön-test sonuçları istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklıdır ($F(1, 69) = 11.5, p = 0.01, \eta_p^2 = 0.14$). Pratik anlamlılık açısından, etki büyüklüğü olarak büyük bir etkiye işaret etmektedir. Şekil 10’da bu değişkene dair ortalamalar gösterilmiştir. Buna göre, katılımcıların kalça çevrelerinin ön-test ölçümlerinden son-test ölçümlerine göre ortalama 0.83 cm civarı azaldığı görülmektedir. Deney grubu kalça çevresini izlem zamanına kadar bu civarda korurken kontrol grubunda eski düzeyine yaklaşan bir artış gözlenmiştir. Zamana göre izlenen bu farklılığın deney ve kontrol grupları için farklılaşması istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Dolayısıyla etkileşim, istatistiksel olarak anlamlı değildir. Buna göre, kalça çevresindeki değişimler girişime atfedilememiştir.



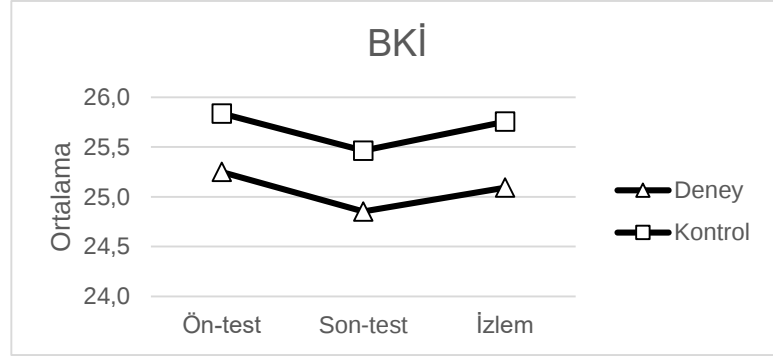
Şekil 10. Kalça çevresi ortalamaları

Vücut ağırlığı değişkeni ölçümleri Mauchly testi küresellik varsayımının çiğnendiğini gösterdiği için F değerine Huynh-Feldt düzeltmesi uygulanmıştır. Ölçüm zamanı değişkeninin ana etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F (1.6, 112.5) = 8.52, p = 0.01, \eta_p^2 = 0.11$). Katılımcıların geneli için son-test sonuçları ön-test sonuçlarından istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ($F (1, 69) = 24.7, p < 0.001, \eta_p^2 = 0.26$). Vücut ağırlıkları ortalamalarının verildiği Şekil 11’de de görüldüğü üzere katılımcılar son-test ölçümleri öncesinde yaklaşık 1 kilogram kaybetmiş ancak sonra ağırlıkları artma eğilimine girmiştir. Deney ve kontrol grubu için benzer olan bu eğilim, grup $\times$ zaman etkileşiminin de istatistiksel anlamlı bulunmayışıyla uyumludur. Bu vücut ağırlıklarının değişiminin girişimden kaynaklandığına dair bir veri bulunmamaktadır.



Şekil 11. Vücut ağırlığı ortalamaları

BKİ bağımlı değişkeni üzerinde, Mauchly testi küresellik varsayımının çiğnendiğini gösterdiği için F değerine Huynh-Feldt düzeltmesi uygulanmıştır. Buna göre, zaman değişkeninin ana etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F (1.6, 113.8) = 8.93, p = 0.001, \eta_p^2 = 0.12$). Katılımcı içi karşılaştırmalar sonucunda son-test ölçümlerindeki BKİ değerleri, ön-test değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklı bulunmuştur ($F (1, 69) = 24.32, p < 0.01, \eta_p^2 = 0.26$). Bu istatistiksel olarak anlamlı farklılık pratik olarak da anlamlıdır zira $0.26 \eta_p^2$ değeri büyük bir farka işaret etmektedir. Katılımcıların BKİ ölçüm sonuçları ortalamaları Şekil 12’de verilmiştir. Buna göre, katılımcıların geneli son-test ölçümlerinde ön-test ölçümlerine göre 0.8 puan civarı daha düşük BKİ sergilemişlerdir. Bel ve kalça ölçümlerinde görülen eğilimdeki gibi kontrol grubu daha sonraki ölçümde eski düzeyine benzer bir değere yükselmiştir. Ancak BKİ değişkeninde de bu değişimler girişime atfedilememiştir zira grup $\times$ zaman için hesaplanan F değeri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).



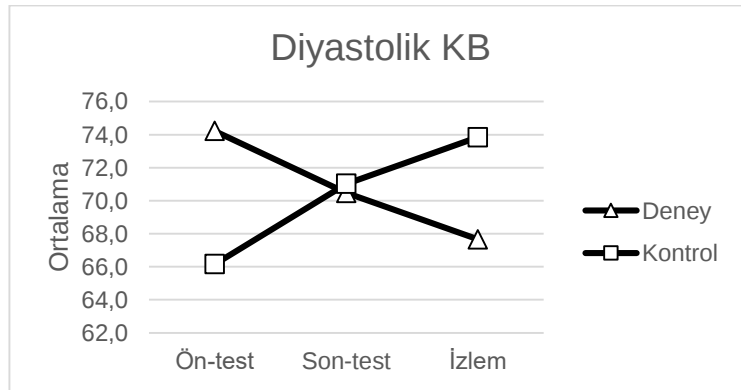
Şekil 12. BKİ ortalamaları

Sistolik KB değişkeni ölçümleri Mauchly testi küresellik varsayımının çiğnendiğini gösterdiği için F değerine Huynh-Feldt düzeltmesi uygulanmıştır. Bu değişkende grup ve zaman ana etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış (p değerleri > 0.05), grup $\times$ zaman etkileşimi ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(1.4, 95.9) = 11.35, p < 0.01, \eta_p^2 = 0.14$). Bulunan etki büyüklüğü, büyük bir etkiye işaret etmektedir. Bu etkileşim üzerinde, hem son-test, hem de izlem puanları ön-test sonuçlarından istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklılaşmaktadır (sırasıyla $F(1, 69) = 4.8, p = 0.03, \eta_p^2 = 0.07$ ve $F(1, 69) = 20.03, p < 0.01, \eta_p^2 = 0.23$). Etkileşim istatistiksel olarak anlamlı olduğundan deney grubu için basit tekrarlı ölçümler varyans analizi yapılmıştır. Bu analiz sonuçları ve ardından Bonferonni düzeltmesi ile yapılan ikili karşılaştırmalar, deney grubunda sistolik KB ölçümlerinin izlem sonuçlarının son-test sonuçlarından istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük olduğunu göstermiştir ($p = 0.025$). Deney grubu için, son-test sonuçları ile ön-test sonuçları arasındaki fark da istatistiksel anlamlılığa çok yakındır ($p = 0.052$). Katılımcıların sistolik KB ölçüm sonuçları ortalamaları Şekil 13'te verilmiştir. Deney grubunun sistolik KB değerleri ortalamada, ön-testten son-teste yaklaşık 3 puan, son-testten izleme ise yaklaşık 1.9 puan düşmüştür. Buna karşın kontrol grubunun sistolik KB değerleri ise zaman içinde düzenli olarak artmıştır. Bu bulgu, deney grubuna uygulanan girişimin sistolik KB değişkenini yaklaşık 5 puan azalttığını göstermektedir.



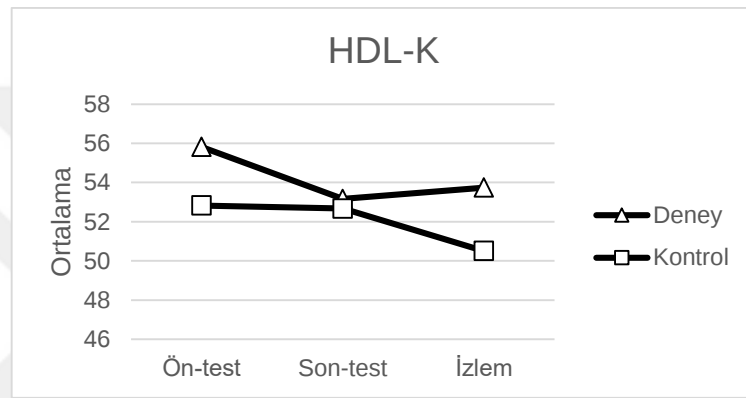
Şekil 13. Sistolik KB ortalamaları

Diyastolik KB değişkeni ölçümleri Mauchly testi küresellik varsayımının çiğnendiğini gösterdiği için F değerine Huynh-Feldt düzeltmesi uygulanmıştır. Bu değişkende grup ve zaman ana etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış (p değerleri > 0.05), grup $\times$ zaman etkileşimi ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(1.3, 91.6) = 19.66, p < 0.001, \eta_p^2 = 0.22$). 0.22 düzeyinde bir η_p^2 değeri büyük bir etkiye işaret etmektedir. Bulunan etkileşim ön-test ile hem son-test hem de izlem değerleri arasındaki farklılıkta istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla $F(1, 69) = 9.27, p = 0.03, \eta_p^2 = 0.11$ ve $F(1, 69) = 32.8, p < 0.001, \eta_p^2 = 0.32$). Deney grubu için yapılan basit tekrarlı ölçümler varyans analizi sonuçları ve ardından Bonferonni düzeltmesi ile yapılan ikili karşılaştırmalar deney grubunda sistolik KB ölçümlerinin izlem sonuçlarının hem ön-test hem de son-test sonuçlarından istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük olduğunu göstermiştir (sırasıyla $p = 0.009$ ve $p = 0.006$). Katılımcıların diyastolik KB ölçüm sonuçları ortalamalarının verildiği Şekil 14'teki eğilim, sistolik KB ile benzerlik göstermektedir. Deney grubunun KB değerleri ölçümler boyunca azalmaktayken, kontrol grubunun değerleri artmaktadır. Bu farklılaşma girişime atfedilerek girişimin deney grubundaki katılımcıların kan basınçlarını yaklaşık 6 puan düzeyinde düşürdüğü ifade edilebilir.



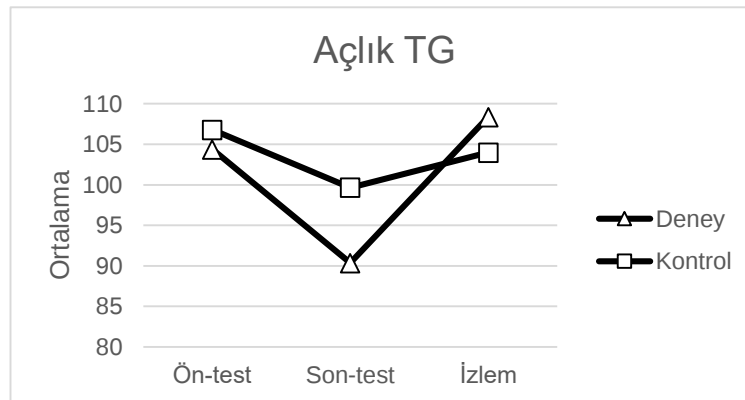
Şekil 14. Diyastolik KB ortalamaları

HDL-K üzerinde zaman değişkeninin ana etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(2, 138) = 4.23, p = 0.02, \eta_p^2 = 0.06$). Katılımcıların geneli için izlem sonuçları, ön-test sonuçlarından istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ($F(1, 69) = 8.1, p = 0.006, \eta_p^2 = 0.11$). Son-test sonuçları ile ön-test sonuçları arasındaki fark ise istatistiksel anlamlılığa yakındır ($F(2, 69) = 3.59, p = 0.062, \eta_p^2 = 0.05$). Şekil 15'ten de görüleceği üzere, izlem ve ön-test puanları kıyaslandığında, deney ve kontrol gruplarında paralel bir azalma görülmektedir. Ancak etkileşim için hesaplanan F değeri istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı için bu değişimin girişimden kaynaklandığına dair bir bulguya rastlanamamıştır.



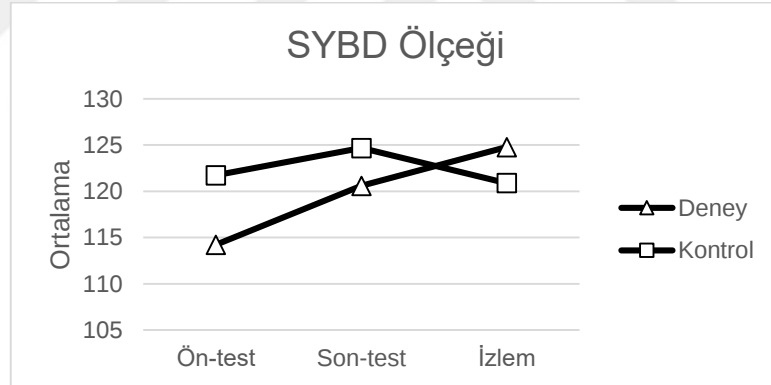
Şekil 15. HDL-K ortalamaları

Açlık TG ölçümlerinde vücut ağırlığı değişkeninde görülen eğilim izlenmiştir. Ölçüm zamanı değişkeninin ana etkisi bu bağımlı değişkende istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(2, 138) = 4.96, p = 0.008, \eta_p^2 = 0.07$). Grubun genelinin açlık TG ölçümleri son-test aşamasında ön-test değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuş ($F(1, 69) = 8.02, p = 0.006, \eta_p^2 = 0.10$), daha sonra izlemde her iki grupta da bir yükselme görülmüştür. Şekil 16'da da bu genel eğilimin varlığı ancak etkileşimin istatistiksel olarak anlamlı bulunmayışı görülmektedir.



Şekil 16. Açlık TG ölçümleri ortalamaları

SYBD değişkeni üzerinden yapılan analizde hem zaman değişkeninin ana etkisi hem de etkileşim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $F(2, 134) = 5.29, p = 0.006, \eta_p^2 = 0.07$ ve $F(2, 134) = 5.98, p = 0.003, \eta_p^2 = 0.08$). Son-test puanları ve izlem puanları grubun genelinde ön-test puanlarından istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $F(1, 67) = 7.36, p = 0.008, \eta_p^2 = 0.10$ ve $F(1, 67) = 8.1, p = 0.006, \eta_p^2 = 0.11$). Ancak burada daha önemli olan bulgu, girişimin SYBD üzerinde etkili olduğuna dair testin istatistiksel olarak anlamlı olmasıdır. Şekil 17’de görüldüğü üzere, kontrol grubunun SYBD ölçeğinden almış olduğu toplam puan ortalaması nispeten sabit kalırken, deney grubunun puanları son-testte ön-teste göre daha yüksek bulunmuş, izlemde ise daha da yükselmiştir. Burada kan basıncı değişkeninde de olduğu gibi girişimin etkisinin son-testten daha sonra kendini göstermeye devam etmesi söz konusudur. Deney grubuna kendi içinde yapılan basit tekrarlı ölçümler varyans analizi ve ardından yapılan ikili karşılaştırmalar hem son-test sonuçlarının hem de izlem sonuçlarının ön-test ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğunu göstermiştir (sırasıyla $p = 0.017$ ve $p = 0.001$). Ancak son-test puanları ile izlem arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.173$).



Şekil 17. SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları

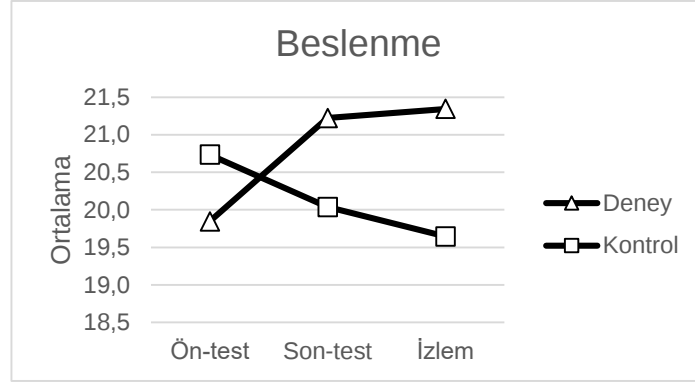
SYBD ölçeğinin fiziksel aktivite boyutundan alınan puanlar incelendiğinde grup $\times$ zaman etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F(2, 134) = 8.54, p < 0.001, \eta_p^2 = 0.11$). Bu etkileşim üzerinde son-test ve izlem puanlarının ön-test puanlarından istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklılaştığı görülmüştür (sırasıyla $F(1, 67) = 7.39, p < 0.008, \eta_p^2 = 0.10$ ve $F(1, 67) = 13.94, p < 0.001, \eta_p^2 = 0.17$). Deney grubuna kendi içinde yapılan basit tekrarlı ölçümler varyans analizi ve ikili kıyaslamaları izlem ölçümündeki puanların ön-test ölçümlerinden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğunu göstermektedir ($p = 0.007$). İzlem ile ön-test ölçümleri arasındaki 2 puanlık fark, etki büyüklüğü (pratik anlamlılık)

açısından yarım standart sapmadan daha büyüktür. Bu da girişimin orta düzeyde bir pratik etkisi olduğuna işaret etmektedir. Şekil 18’de SYBD ölçeği fiziksel aktivite boyutundan alınan puan ortalamaları gösterilmiştir. Kontrol grubunun puanları düşerken deney grubunun puanlarının artıyor olması etkileşimin istatistiksel olarak anlamlı bulunuşuyla uyum içerisindedir.



Şekil 18. SYBD ölçeği fiziksel aktivite boyutundan alınan puan ortalamaları

SYBD ölçeğinin beslenme boyutundan alınan puanlar incelendiğinde grup $\times$ zaman etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F(2, 134) = 6.08, p < 0.003, \eta_p^2 = 0.08$). Bu etkileşim üzerinde son-test ve izlem puanlarının ön-test puanlarından istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklılaştığı görülmüştür (sırasıyla $F(1, 67) = 6.22, p < 0.015, \eta_p^2 = 0.09$ ve $F(1, 67) = 9.49, p = 0.003, \eta_p^2 = 0.12$). Deney grubuna kendi içinde yapılan basit tekrarlı ölçümler varyans analizi, son-test ve izlem ölçümlerindeki puanların ön-test ölçümlerinden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğunu göstermektedir (sırasıyla $F(1, 31) = 5.12, p < 0.03, \eta_p^2 = 0.14$ ve $F(1, 31) = 5.67, p = 0.002, \eta_p^2 = 0.16$). Şekil 19’da SYBD ölçeği beslenme boyutundan alınan puan ortalamaları gösterilmiştir. Deney grubunun son-test ve izlem puanları ön-test puanlarına kıyasla daha yüksek, kontrol grubunda ise daha tersi bir durum söz konusudur. Girişim, deney grubunda katılımcıların beslenme boyutu puanları ortalamasında 1.36 puanlık bir artış sağlamıştır. Bu artış yaklaşık 0.35 standart sapmaya karşılık gelmekte, bu da küçük orta arası düzeyde bir etki büyüklüğüne işaret etmektedir.



Şekil 19. SYBD ölçeği beslenme boyutundan alınan puan ortalamaları

KARRİF-BD ölçeği üzerinden yapılan analizde grup değişkeninin ana etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(1, 61) = 5.76, p = 0.02, \eta_p^2 = 0.09$). Bonferonni düzeltmesi ile yapılan t testleri ile her bir ölçüm zamanı üzerinden ayrı ayrı üç t testi yapılmıştır. Bonferonni düzeltmesinde genel anlamlılık düzeyi (0.05) yapılacak test sayısına bölünüp test o şekilde uygulanmaktadır. Buna göre, yapılan t testleri için anlamlılık düzeyi $0.05/3 = 0.016$ olarak alınmıştır. Buna göre, ön-test ve son-test puanları üzerinde gruplar arası farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla $p = 0.04$ ve $p = 0.07$). İzlem puanları için grupların varyansları birbirlerinden çok farklı oldukları için t testi varsayımları karşılanamamış bu nedenle gruplar Mann Whitney U testi ile aynı anlamlılık düzeyinde kıyaslanmıştır. Buna göre deney grubunun ortalaması izlem ölçümünde, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Yirmi sekiz maddelik KARRİF-BD ölçeğinde sağlık personeli olan hemşirelerin ön-test ve son-test puanları ortalamaları 23 puan civarında bulunmaktadır. İzlem ölçümünde kontrol grubundan üç hemşirenin puanları 23 civarı puanlardan 13-14 gibi puanlara düşmüştür. Bilgi düzeyinin ölçüldüğü bir ölçme aracında bu kadar büyük bir farklılığın oluşması bilgilerin unutulmasından ziyade o an için dikkatsiz işaretleme yapılması ile açıklandığı düşünülür. Örneğin kontrol grubundan bir başka hemşire ön-test ve son-test puanı olarak 26 almış ancak izlem puanı 16 olmuştur. 39 kişilik bir grupta bu şekilde birkaç katılımcının puanının çok düşük çıkması, kontrol grubundaki puan varyansının da çok artmasına ve t testi varsayımının sağlanmamasına yol açtığı anlaşılmaktadır. Bu değişken açısından girişimin etkililiği üzerine bir bulguya rastlanmamıştır.

Araştırmadaki bağımsız değişkenin bağımlı değişkenler üzerindeki etkisi tekrarlı ölçümler varyans analizi ile incelendikten sonra bağımlı değişkenlerin birbirleriyle ilişkileri, katılımcılardan alınan en son ölçümler arasında Pearson korelasyon katsayılarının hesaplanmasıyla ele alınmıştır. Yalnızca KARRİF-BD ölçeğinden alınan puanlarda 68

numaralı sayfada açıklanan durum nedeniyle izlem ölçümleri yerine son test ölçümleri kullanılmıştır. Korelasyon, -1 ile +1 arasında değerler alan ve iki sürekli değişken arasındaki doğrusal ilişkinin gücünü bildiren bir katsayıdır. Dolayısıyla korelasyon katsayısının kendisi, bir etki büyüklüğü ölçüsüdür. Korelasyon katsayısının işareti ise ilişkinin yönünü belirtir. Cohen (1992, s. 157) 0.10 civarındaki Pearson korelasyon katsayılarının küçük, 0.30 civarındakilerin ise orta düzeyde bir ilişkiye işaret ettiğini ifade etmiştir. 0.50 civarı veya daha fazla olan korelasyon katsayıları ise iki değişken arasında, güçlü bir ilişki bulunduğu biçiminde yorumlanmaktadır. Tablo 14'te değişkenler arasındaki korelasyonlar matrisi sunulmuştur.

Tablo 14'te istatistiksel olarak anlamlı bulunan korelasyon katsayıları kalın punto ve * işaretiyle belirtilmiş olup değişkenler 1'den 17'ye kadar numaralandırılmıştır. İki değişken arasındaki ilişki, satır ve sütunda ilgili değişkenler seçilerek okunabilir. Örneğin 3 numaralı değişken olan bel/kalça oranı ile 12 numaralı değişken olan açlık trigliseridi arasındaki korelasyon katsayısı 0.40'tır ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Tablo 14'te vücut ağırlığının, bel çevresi, kalça çevresi ve BKİ ile 0.90 civarında korelasyon gösterdiği göze çarpmaktadır. Bu değişkenler temelde aynı kavramı ifade etmektedir. Varyans analizi bulgularının benzer olmasının temel sebebi de budur. Benzer şekilde, diyastolik kan basıncı ile sistolik kan basıncı arasındaki 0.80 korelasyon da beklendik bir uyuma işaret etmektedir.

Tablo 14. Bağımlı değişkenler arası korelasyonlar matrisi

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Bel çevresi																
2. Kalça çevresi	0.76*															
3. Bel/kalça oranı	0.64*	-0.01														
4. Vücut ağırlığı	0.91*	0.90*	0.34*													
5. BKİ	0.88*	0.84*	0.37*	0.91*												
6. Sistolik KB	0.38*	0.38*	0.15	0.37*	0.40*											
7. Diyastolik KB	0.37*	0.38*	0.12	0.34*	0.40*	0.80*										
8. TK	0.05	0.05	0.03	0.04	-0.02	0.07	0.16									
9. HDL-K	-0.33*	-0.23	-0.25*	-0.26*	-0.29*	-0.17	-0.13	0.18								
10. LDL-K	0.14	0.18	0.01	0.14	0.07	0.14	0.19	0.95*	-0.03							
11. TK/HDL	0.33*	0.19	0.28*	0.27*	0.20	0.13	0.16	0.36*	-0.68*	0.50*						
12. Açlık TG	0.14	-0.15	0.40*	-0.02	0.06	0.03	0.12	0.36*	-0.40*	0.26*	0.50*					
13. SYBDÖ II	-0.01	-0.05	0.06	0.01	-0.12	0.15	0.01	-0.14	0.02	-0.15	-0.24*	-0.03				
14. Fiziksel aktivite	0.11	0.02	0.17	0.12	-0.01	0.11	-0.05	-0.04	-0.17	-0.02	0.03	0.13	0.67*			
15. Beslenme	0.04	-0.06	0.14	0.01	-0.05	0.15	0.07	-0.11	-0.16	-0.07	-0.03	0.03	0.72*	0.51*		
16. KARRİF-BDÖ	-0.12	-0.29*	0.16	-0.13	-0.24*	-0.03	-0.10	0.02	-0.03	0.01	0.07	0.11	0.25*	0.24*	0.19	
17. GÖÖ	-0.13	-0.12	-0.04	-0.09	-0.12	0.10	-0.01	-0.04	0.04	-0.02	-0.13	-0.01	0.46*	0.28*	0.18	0.16

* İstatistiksel olarak anlamlı katsayılar ($p < 0.05$)

Bel çevresi değişkeni, BKİ ve vücut ağırlığı değişkenleri ile yüksek uyum göstermektedir. Ayrıca bel/kalça oranıyla hesaplanan korelasyon katsayısı da güçlü bir ilişkiye işaret etmektedir. Bel çevresinin KB değerleri ve TK/HDL değeri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki görülürken, HDL-K ile benzer ölçüde ancak zıt yönlü bir ilişkisi görülmektedir. Kalça çevresi değişkeninin temelde vücut ağırlığı ve BKİ değerinin bir göstergesi olduğu 1'e çok yakın korelasyon katsayılarından anlaşılmaktadır. Ayrıca kalça çevresi değişkenin KB değerleriyle olan orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişkisi bel çevresine benzer bir yapıdadır. Kalça çevresi değerleri ile KARRİF-BD ölçeği puanları arasında negatif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki görülmektedir. Bel/kalça oranı değişkeni, vücut ağırlığı, BKİ, TK/HDL oranı ve açlık TG değerleri ile pozitif yönlü ve orta düzeylerde ilişkilere sahip iken HDL-K değeri ile negatif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki sergilemektedir. Bel/kalça oranının KB değerleriyle olan korelasyon katsayısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Tablo 14'te vücut ağırlığı değişkeninin diğer değişkenlerle ilişkisi 4 numaralı sütundan okunduğunda, bel çevresinin diğer değişkenlerle ilişkisindeki örüntünün aynısı (1. sütundaki değerlere çok yakın) görülmektedir. BKİ'nin diğer değişkenlerle ilişkisi de aynı biçimde bel çevresi değişkeni ile uyumlu olsa da BKİ ile TK/HDL oranı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Sistolik KB ile diyastolik KB birbiriyle yüksek ölçüde ilişkili görülmektedir. Ancak bu değişkenlerin diğer değişkenlerden hiçbirisiyle korelasyonu istatistiksel olarak anlamlı değildir.

TK değeri ile LDL kolesterol değeri arasındaki 0.95 düzeyindeki korelasyon, bu iki değişkenin esasen aynı kavrama işaret ettiğini göstermektedir. Genel olarak HDL dışındaki kolesterol değerleri birbiriyle pozitif yönlü ilişki göstermekteyken, HDL-K değerleriyle zıt yönlü bir ilişki sergilemektedir. Ölçeklerden alınan puanlar ile kolesterol değerleri arasındaki korelasyon katsayıları içinden sadece açlık TG ölçümü ile SYBDÖ toplam puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve zıt yönlü bir ilişkiye işaret etmiştir. Kolesterolle dair diğer ölçümler ile ölçeklerden alınan puanlar arasındaki korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. SYBDÖ toplam puanları, fiziksel aktivite ve beslenme puanları ile yüksek düzeyde ve pozitif yönde ilişkili görülmüştür. Bu iki değişkenin SYBDÖ alt boyutları olması nedeniyle, bu ilişki durumu beklendik bir bulgudur. SYBDÖ toplam puanları, KARRİF-BD ölçeği toplam puanları ile orta düzeyde, GÖÖ puanlarıyla da yüksek düzeyde ve pozitif yönlü bir ilişki sergilemektedir. SYBDÖ toplam puanlarının diğer ölçeklerle gösterdiği ilişkinin benzerini fiziksel aktivite ve beslenme alt boyutları da sergilemektedir.

5. TARTIŞMA

5.1. İşyeri Sağlığı Geliştirme Programının Değerlendirilmesi

Hastanede çalışan hemşirelere KVH ve bu hastalıklardan korunma, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konularını içeren grup eğitimi, bireysel danışmanlık ve orta yoğunlukta aeropilates egzersizi kapsayan İSGP uygulanmıştır. Bu programda KVH’da bazı çoklu risk faktörlerine odaklanılmış ve bu risk faktörlerinin ölçümü yoluyla KVH riski değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular; İSGP’nin KVH risk faktörlerinden **sistolik ve diyastolik KB**’yi anlamlı ölçüde düşürdüğünü, hemşirelerin **SYBD, fiziksel aktivite ve beslenme puan ortalamalarını** artırdığını göstermiştir. Bununla birlikte **SCORE puanı, bel çevresi, bel/kalça oranı, vücut ağırlığı, BKİ, TK, HDL-K, LDL-K, TK/HDL-K oranı, açlık TG** ile **KARRİF-BD** ve **genel özyeterlilik** üzerinde girişimin etkisine rastlanmamıştır.

Araştırmanın ilk aşamasında yürütülen odak grup görüşmelerinin sonunda hemşirelere “Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik bir eğitim programı yapıldığını varsayalım. Bu eğitim programından neler öğrenmek isterdiniz?” sorusu yöneltilmiştir. Çok sayıda hemşire bu soruya sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konularını içeren bir eğitim programının ilgilerini çekeceği cevabını vermiştir. Bu katılımcıların çoğu ise araştırmanın ikinci aşamasına da katılmıştır. Dolayısıyla İSGP tasarlanmasında odak grup görüşmelerinin bu sonucundan yararlanılmıştır. Deney grubundaki hemşireleri İSGP’ye davet etmek üzere hazırlanan tanıtım sunumunda da hemşireler aynı yaklaşımı sergilemiş, özellikle beslenme ve fiziksel aktivite üzerine bir program tasarlanması durumunda programa katılmaya ilgili ve istekli olduklarını ifade etmişlerdir. Tanıtım sunumundaki hemşirelerin de çoğu bu araştırmaya (nicel aşama) katılmıştır. Ancak deney grubundaki katılımcılardan 20’si beslenme önerilerini kısmen uygulayabildiklerini, 7’si kısmen de olsa hem beslenme önerilerini hem de egzersizi yaptığını, 1 katılımcı ise beslenme önerilerini uygulamadığını ancak egzersizi yaptığını ifade etmiştir. Kalan dört katılımcı ise hem beslenme önerilerini hem de aerobik egzersizi uygulamamışlardır. İSGP kapsamında yapılan bireysel danışmanlık görüşmelerinde programı uygulama durumları takip edilmiş, uygulayamamalarına neden olan faktörler tartışılmıştır. Programın başlangıcı Ramazan ayına denk gelmiştir. Katılımcıların neredeyse tamamı oruç tutmuştur. Bir ay süreyle oruç tutan katılımcılar yaklaşık 17 saat süreyle aç kalmıştır. Uzun süren açlık sonrasında ise hem yediklerini kontrol etmekte zorlandıklarını hem de aerobik egzersizi önerilen seans sayılarında uygulayamadıklarını ifade etmiştir. Diğer taraftan hem oruç tuttıkları günlerde hem de Ramazan Bayramı süresince yapılan bayram ziyaretlerinde sosyal

etkileşimlere bağlı olarak baklava, börek gibi basit karbonhidrat tüketiminde artış yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Sağlığı geliştirme davranışlarını uygulamak kolay olmamakla birlikte yapılan bir meta-analiz çalışmasında yapılandırılmış fiziksel aktivite programını bırakanların oranının %9-%87 arasında değiştiği bildirilmektedir (Marcus ve ark., 2006). Orta yaştaki sedanter ve fazla kilolu bireylerde uygulanan ve 16 hafta süren bir fiziksel aktivite programına katılımın uzun süre devam etmediği saptanmıştır. Program bittikten sonra yapılan izlem sonunda ise bireylerin özellikle fiziksel aktivite düzeylerinde gerileme olduğu ve programa katılanların sadece %25'nin programdaki fiziksel aktivite düzeylerini koruduğu görülmüştür (Carr ve ark., 2009).

Hemşirelere yönelik tasarlanan İSGP'de SGM'nin kullanımı; katılımcıların geçmişte deneyimledikleri beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarıyla ilgili doğrudan/dolaylı faktörler ile bireyin kendisine yönelik algısının bütüncül olarak değerlendirilmesini sağlamıştır. Bu değerlendirmede katılımcılarla işbirliği yapılarak kararlara katılımı esas alınmıştır. Modele göre bireylerin algıladığı engeller doğrudan ve dolaylı olarak SYBD'yi sürdürmede önemlidir ve davranış değişiminin %79'u algılanan engeller tarafından açıklanmaktadır (Pender ve ark., 2006). Algılanan engeller sağlığı geliştirici davranışların eyleme dönüşmesini sınırlandırabileceği için bu çalışmada katılımcıların kardiyovasükler riskini azaltmada İSGP'nin etkisi sınırlı kalmış olabilir. Diğer taraftan sağlığı geliştirici davranışların sürdürülmesini doğrudan etkileyen güdüsel mekanizmalardan biri de algılanan özyeterliktir (Pender ve ark., 2006). Bu çalışmada katılımcıların yüksek düzeyde özyeterlik algısına sahip olduğu belirlenmiştir. Girişimin etkisine bağlı olarak yüksek özyeterlik algısına sahip deney grubunun SYBD, beslenme ve fiziksel aktivite puan ortalamalarında artış gözlenmiş olabilir.

SGM'ye göre bireyin içinde yaşadığı çevre davranışın oluşmasını etkiler. Dış çevrede meydana gelen duruma özgü etkiler, bir sağlık davranışının eyleme dönüşme olasılığını artırabilecek ya da azaltabilecek öneme sahiptir. Durumsal etkiler, SGM kullanılarak yapılan çalışmaların %56'sının sağlık davranışının belirleyicisi olarak gösterilmektedir (Pender ve ark., 2006). Bu çalışmanın planlanması aşamasında deney grubundaki katılımcıların hastanede aeropilates egzersizi uygulayabilecekleri bir egzersiz salonu oluşturulması ve bu salona yeterli sayıda sporcu matının salona konulması düşünülmüştür. Bu konuda hastane yönetimiyle görüşülmüş ve olumlu bir yaklaşım sergilenmiştir. Ancak çalışmanın öntest verileri toplanmaya başladığı süreçte hastaneye yeni birimler eklenmiş, egzersiz salonu için uygun olabilecek yerler bu yeni birimlerin kullanımına sunulmuştur. Bu nedenle egzersiz salonu oluşturulamamıştır.

Bu çalışmada uygulanan İSGP her ne kadar katılımcıların motivasyonunu hesaba katan bir eğitim ve bireysel danışmanlığı içerse de çevreye yönelik bu girişimin uygulanamamış olması nedeniyle İSGP'nin kardiyovasküler riski azaltmadaki etkisi sınırlı kalmış olabilir.

5.2. Çalışma Bulgularının Değerlendirilmesi

Deney ve kontrol grubunun SCORE risk hesaplama sistemi kullanılarak kardiyovasküler risk düzeyi belirlenmiştir. Bu bağlamda, deney grubunun %97'si, kontrol grubunun %88'i düşük risk düzeyinde olup ön-test, son-test ve izlem ölçümlerinde SCORE puanı her iki grupta değişiklik göstermemiştir. Bu sonuç, “**H1. Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında *SCORE puanında* kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma vardır.**” hipotezini doğrulamamaktadır. SCORE risk hesaplama sistemi aracılığıyla kardiyovasküler riski belirleyerek bu risklerin azaltılmasını hedefleyen girişimsel çalışmalara ulaşamamıştır. Yapılan bir çalışmada, SCORE puanı yüksek risk düzeyinde olanların yaş ortalamalarının düşük ve orta riskli olanların ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek, orta riskli olanların yaş ortalamalarının ise düşük riskli olanların ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (Ahçı Yılmaz, 2017). Yaş, bilinen ve bilinmeyen KVH risk faktörlerine maruz kalma süresinin iyi bir göstergesidir ve yaşla birlikte risk faktörlerine maruziyet artmaktadır (Perk., 2012). Bu çalışmanın bulgusu katılımcıların yaşının yüksek olmayıp 40 civarında olmasından ve düşük risk düzeyinde olmasından kaynaklanabilir.

Deney ve kontrol grubunun bel çevresi, bel/kalça oranı, vücut ağırlığı ve BKİ üzerinden yapılan analizde; girişimin bu değişkenler üzerinde etkisi olduğuna dair bir kanıt rastlanamamıştır. Bu sonuçlar, “**H2. Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında *bel çevresi puan ortalamasında* kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma vardır.**”, “**H3. Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında *bel-kalça oranı puan ortalamasında* kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma vardır.**”, “**H4. Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında *vücut ağırlığı puan ortalamasında* kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma vardır.**” ve “**H5. Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında *Beden Kütle İndeksi puan ortalamasında* kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma vardır.**” hipotezlerini doğrulamamaktadır. KVH ve tip 2 diyabetin risk faktörlerine yönelik beslenme önerileri ile fiziksel aktivite müdahalesi uygulanan çalışmalara dair yapılan bir meta analizin sonuçlarıyla (Torlak, 2014) bu çalışma bulgusu paralellik göstermektedir. Bu çalışma bulgusundan farklı

olarak Adıbelli'nin (2014) kadınlara sağığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin kardiyovasküler hastalık risk faktörlerine etkisini incelediğı çalışmada deney grubundaki katılımcıların bel çevresi ölçümlerinde ve BKİ değerinde anlamlı bir azalma saptanmıştır. Gerçeklioğlu (2010) tarafından yürütölen randomize kontrollü bir çalışmada deney ve kontrol grubuna haftada 2 gün olmak üzere toplam 6 hafta süreyle fizik aktivite uygulaması yapılmış, bu çalışma bulgusuyla tutarlı olarak girişimin vücut ağırlığı ve BKİ değışkenlerinde etkisi olmadığını, bu çalışma bulgusundan farklı olarak bel ve kalça çevresi değışkeninde anlamlı bir değışimi göstermiştir. Lin ve arkadaşları (2017) ile Lin ve arkadaşlarının (2018) yarı-deneysel tasarımlı yürüttükleri ve fiziksel aktivite girişimini kapsayan işyeri müdahalesinin çalışanlarda kardiyometabolik sağıık ve iş verimliği üzerindeki etkilerinin incelendiğı çalışmalarda bel çevresi ölçümlerinde anlamlı bir azalma saptanmıştır. Çalışmanın bu bulgusu katılımcıların İSGP kapsamında sunulan beslenme önerilerini ve önerilen seanslarda orta yoğunlukta aerobik egzersizi uygulayamamalarına bağlanabilir. Diğer taraftan çalışmanın bu bulgusu katılımcıların çoğunluğunun bel çevresi, bel/kalça oranı ve BKİ ortalamaları bakımından normal değerlerde ya da normal değerlere yakın olduğundan da kaynaklanabilir.

Deney ve kontrol grubu katılımcılarının tansiyon değerleri normal sınırlardadır (<140/90 mmHg). Her iki grubun sistolik ve diyastolik KB ölçüm sonuçları üzerinde yapılan analizde; deney grubuna uygulanan girişimin sistolik KB değışkenini yaklaşık 5 puan azalttığı, diyastolik kan basıncını ise yaklaşık 6 puan düşürdüğü görölmüştür. Deney grubunun KB değerleri ölçümler boyunca azalmaktayken, kontrol grubunun KB değerleri ise zaman içinde düzenli olarak artmıştır. Bu farklılaşma girişime atfedilmiş, grup x zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Etki büyüklüğü ise büyük bir etkiye işaret etmiştir (η_p^2 değeri sistolik KB için 0.14, diyastolik KB için 0.22). Bu sonuçlar, “**H6. Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağıığı Geliştirme Programı sonrasında sistolik kan basıncında** kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma vardır.” ve “**H7. Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağıığı Geliştirme Programı sonrasında diyastolik kan basıncında** kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma vardır.” Hipotezlerini doğrulamaktadır. Bu bulgu sistolik ve diyastolik KB'yi azaltmayı hedefleyen girişimsel çalışmalarla uyumludur (Adıbelli, 2014; Ham ve Kim, 2011; Marquez-Celedonio ve ark., 2009). KB kontrolünün sağılanması KVH görölme sıklığının azaltılmasında önemli bir faktördür (SB, 2015). KVH'dan birincil korunmada kan basıncı hedefi <140/90 mmHg'dır. Bu sınırlar altında olan bireyler için yaşam biçimini korumak hedeflenirken, hafif yüksek KB olan bireyler için yaşam biçimi değışikliği yeterli olmaktadır. Yaşam biçimi girişimleri ise kilolu

bireylerde ağırlık azaltılması; sodyum klorür kullanımının <5 g/gün olacak şekilde azaltılması; sedanter bireylerde düzenli fiziksel aktivite, meyve ve sebze tüketiminin artırılması; doymuş yağ alımının azaltılması ve sigaranın bırakılmasıdır (Perk ve ark., 2012). Sigara hariç olmak üzere diğer girişimler bu çalışmanın deney grubundaki katılımcılarına sunulmuştur. Literatürde çalışmanın bu bulgusundan farklı olarak girişimsel çalışmaların KB üzerinde etkisine rastlanmayan çalışmalar da mevcuttur (Gerçeklioğlu, 2010).

Hemşirelerin bazı kolesterol değerleri bu çalışmada incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda; deney ve kontrol gruplarının TK ve LDL-K ortalamaları ile TK/HDL-K oranı ortalamalarının birbirine yakın ve zamanla benzer bir değişim gösterdiği, HDL-K ortalamalarının birbirine yakın ve zamanla paralel bir azalma gösterdiği, açlık TG ortalamalarının ise her iki grubun ikinci ölçümünde azaldığı ve sonrasında bir yükselme gösterdiği izlenmiştir. Ancak bu değişkenler üzerinden yapılan analizde; hemşirelerin TK, LDL-K, TK/HDL-K oranı, HDL-K ve açlık TG değerlerindeki değişimin girişimden kaynaklandığına dair bir veri bulunmamıştır. Bu sonuçlar, “**H8.** Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında *total kolesterol puan ortalamasında* kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma vardır.”, “**H9.** Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında *HDL kolesterol puan ortalamasında* kontrol grubuna göre anlamlı bir artma vardır.”, “**H10.** Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında *total kolesterol/HDL kolesterol oranı puan ortalamasında* kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma vardır.”, “**H11.** Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında *LDL kolesterol puan ortalamasında* kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma vardır.” ve “**H12.** Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında *açlık Triglicerit puan ortalamasında* kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma vardır.” hipotezlerini doğrulamamaktadır. Ham ve Kim (2011) tarafından kardiyovasküler sağlığı geliştirme programının etkinliğine yönelik altı hafta süreyle deneysel tasarımlı bir çalışma yürütülmüştür. Çalışmanın kapsamını hipertansiyon, KVB, sigara ve alkol tüketimi, diyet, egzersiz, stres yönetimi ve ilaç talimatlarına uymayı içeren iki saat ders temelli sağlık eğitimi ve her hafta bir saatlik küçük grup tartışması ile telefonla danışmanlık içermiştir. Elde edilen bulgular; girişimin, bu çalışma bulgusundan farklı olarak, deney grubunun TK ve TK/HDL-K oranını anlamlı ölçüde iyileştirdiği; HDL-K, LDL-K ve TG değerlerinde ise bu çalışma bulgusuyla benzer olarak, anlamlı bir etki sağlayamadığı belirlenmiştir. Bu çalışma bulgusundan farklı olarak, Adıbelli’nin (2014) kadınlara sağlığı geliştirme modeline göre

verilen eğitimin KVV risk faktörlerine etkisini incelediği çalışmada TK ve LDL-K'da anlamlı bir düşüş, HDL-K'da ise anlamlı bir yükseliş saptanmıştır. TK, LDL-K, TK/HDL-K oranı ve açlık TG değerlerindeki azalış ile HDL-K değerindeki artış KVV riskinde azalmayla ilişkilidir (Perk ve ark., 2012). Bu çalışmada katılımcıların belirlenmesinde SCORE risk hesaplama sistemi hesaba katılmış olup düşük ve orta risk düzeyindeki hemşireler çalışmaya dâhil edilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu düşük risk düzeyinde iken geri kalan az sayıda katılımcı orta risk düzeyindedir. Bu çalışmada incelenen kolesterol değerlerinde anlamlı bir değişim görülmemesi katılımcıların bu özelliğine bağlanabilir. Diğer taraftan yaş, bilinen ve bilinmeyen KVV risk faktörlerine maruz kalma süresinin iyi bir göstergesidir ve yaşla birlikte risk faktörlerine maruziyet artmaktadır (Perk., 2012). Bu çalışmanın bulgusu katılımcıların yaşının yüksek olmayıp 40 civarında olmasından da kaynaklanabilir.

SYBD toplam puanları incelendiğinde; kontrol grubunun SYBD ölçeğinden almış olduğu puan ortalaması nispeten sabit kalmışken deney grubunda son-test puanları ve izlem puanları ön-test puanlarından istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Kontrol grubunun SYBD ölçeği fiziksel aktivite alt boyutu puanları düşerken deney grubunun puanları artış göstermiş, grup $\times$ zaman etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Bu etkileşim üzerinde son-test ve izlem puanları ön-test puanlarından farklılaşmıştır. Deney grubunun SYBD ölçeği beslenme alt boyutu bakımından ise son-test ve izlem puanları ön-test puanlarına kıyasla daha yüksek, kontrol grubunda daha tersi bir durum olduğu görülmüş, grup $\times$ zaman etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Bu etkileşim üzerinde son-test ve izlem puanları ön-test puanlarından farklılaşmıştır. Bu sonuçlar, “**H13**. Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında *Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II toplam puan ortalaması* kontrol grubuna göre daha yüksektir.”, “**H13a**: Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında *Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması* kontrol grubuna göre daha yüksektir.” ve “**H13b**: Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında *Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II beslenme alt boyutu puan ortalaması* kontrol grubuna göre daha yüksektir.” hipotezlerini doğrulamaktadır. Adıbelli (2014) kadınlara sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin kardiyovasküler hastalık risk faktörlerine etkisini incelediği çalışmada üç ay süreyle kardiyovasküler risk faktörlerini azaltmaya yönelik yapılandırılan sağlığı geliştirme eğitimi vermiş ve eğitim sonrasında altı aylık izlem yapmıştır. Elde edilen bulgular; girişimin deney grubundaki kadınlarda SYBD ile

SYBD ölçeğinin fiziksel aktivite ve beslenme alt boyutu puan ortalamalarını anlamlı ölçüde artırdığına işaret etmiş, sonuçlar bu çalışma bulgusuyla paralellik göstermiştir. Çalışan yetişkinlerin kardiyovasküler hastalıklarla ilgili bilgi, tutum ve inançları ile sağlıklı bir yaşam biçiminin benimsenmesinde grup eğitimi, bireysel danışmanlık ve davranışsal beceri oluşturma programının etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada bu çalışma bulgusuyla uyumlu olarak SYBD ve SYBD beslenme alt boyutu puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada bu çalışma bulgusundan farklı olarak SYBD fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalamasının anlamlı ölçüde değişmediği saptanmıştır (Eshah ve ark., 2010). Girişimin deney grubundaki katılımcıların beslenme davranışlarındaki artışı sağladığına dair bu çalışma bulgusu, girişim grubundaki katılımcıların beslenme davranışlarında önemli gelişmeler sağlandığını gösteren çalışmaların bulgularıyla tutarlıdır (Aldana ve ark., 2005; Wiesemann ve ark., 2004). Benzer şekilde girişimin deney grubundaki katılımcıların fiziksel aktivite davranışlarındaki artışı sağladığına dair bu çalışma bulgusu, girişim grubundaki katılımcıların fiziksel aktivite davranışlarında önemli gelişmeler sağlandığını gösteren çalışmaların bulgularıyla da uyumludur (Hardcastle ve ark., 2008; Nisbeth ve ark., 2000).

KARRİF-BD ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 28 iken deney ve kontrol gruplarının aldıkları puan ortalamaları 23 civarındadır. Bu değişken üzerinden yapılan analizde; grup değişkeninin ana etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ancak girişimin etkililiği üzerine bir bulguya rastlanmamıştır. Bu sonuç, “**H14. Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında *Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği puan ortalaması* kontrol grubuna göre daha yüksektir.**” hipotezini doğrulamamaktadır. Bu bulgu, her iki grubun hemşirelerden oluştuğu dikkate alındığında, katılımcıların ölçekten yüksek puanlar almalarına bağlanabilir. Bireylerin kardiyovasküler hastalıklara dair bilgi düzeyinin incelenmesi son yıllarda araştırmaların ilgi odağı olmuştur. Bu nedenle olsa gerek henüz hemşire örnekleminde bu ölçeğin uygulandığı çalışmalara ulaşamamakla birlikte öğrenci hemşirelerde yapılan bir çalışmanın sonuçları (Badir ve ark., 2014) bu çalışma bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Daha çok kadınlar olmakla birlikte farklı gruplarda yapılan çalışmalarda ölçekten alınan puan ortalamalarının düşükten yükseğe farklı sonuçlar verdiği gözlenmiştir (Adıbelli, 2014; Tan ve ark., 2013; Uçar ve Arslan, 2017; Uyanık, 2016; Yılmaz ve ark., 2016).

GÖÖ puanları incelendiğinde; ölçekten alınabilecek en yüksek puan 40 iken deney ve kontrol gruplarının bu ölçekten aldıkları puan ortalamaları 30 civarındadır. Bu değişken

üzerinden yapılan analizde girişimin etkililiği üzerine bir bulguya rastlanmamıştır. Bu sonuç, “**H15.** Deney grubuna uygulanan İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı sonrasında **Genelleştirilmiş Özyeterlik Ölçeği puan ortalaması** kontrol grubuna göre daha yüksektir.” Hipotezini doğrulamamaktadır. Bu bulgu her iki grubun ölçekten yüksek puanlar almalarından kaynaklanabilir. SGM’de algılanan öz yeterlik sağlık davranışı değişikliği için en önemli ön koşuldur ve sağlığı geliştirici davranışların sürdürülmesinde doğrudan etkisi olan güdüsel mekanizmalardandır (Pender, 2006). Sosyal öğrenme bakış açısından yola çıkarak algılanan öz yeterliğin sağlık davranışlarındaki farklılığın açıklanmasında temel etmen olduğu öne sürülen çalışma bulguları mevcuttur (Açıkgöz Çepni ve Kitiş, 2017; Jackson ve ark., 2007). Hemşirelerin özyeterlik düzeyinin düşük olduğunu bildiren çalışma bulgularıyla (Doğan ve Ayaz, 2015; Uz ve Kitiş, 2017) bu çalışma bulgusu farklılık göstermektedir. Kelly ve arkadaşlarına (2016) göre özyeterlik algısı ilerleyen yaşla birlikte kişinin yaşamında daha fazla deneyim kazanmasıyla birlikte yükselmektedir. Bu çalışmada katılımcılar 40 yaş üzerindedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik algılanan engellerinin irdelendiği nitel çalışma sonuçları doğrultusunda planlanan ve Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre hastanede çalışan hemşirelere yönelik işyeri sağlığı geliştirme programının hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırmada ve kardiyovasküler riskini azaltmadaki etkisinin değerlendirildiği özgün bir çalışma yürütülmüştür.

İSGP kapsamında yapılan hemşirelik girişimleri sonucunda deney grubundaki hemşirelerin KVVH risk faktörlerinden sistolik ve diyastolik KB'nin kontrol grubundaki hemşirelerden anlamlı ölçüde düştüğü, SYBD, fiziksel aktivite ve beslenme puan ortalamalarının ise anlamlı ölçüde arttığı belirlenmiştir. Bununla birlikte SCORE puanı, bel çevresi, bel/kalça oranı, vücut ağırlığı, BKİ, TK, HDL-K, LDL-K, TK/HDL-K oranı, açlık TG ile KARRİF-BD ve genel özyeterlik üzerinde girişimin etkisine rastlanmamıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda uygulamaya ve araştırmacılara yönelik öneriler aşağıda sunulmuştur:

Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Hemşirelerin de bir çalışan olarak sağlık hakkı olduğu dikkate alınarak genelde sağlıklı yaşam biçimi davranışları özelde KVVH'dan korunmaya yönelik girişimler hastanelerde kurulan çalışan güvenliği komitelerinin yıllık çalışma programlarına alınabilir ve bu girişimler iş sağlığı hemşirelerinin de bir üyesi olacağı komitelerin öncülüğünde hemşirelere sunulabilir.

- Hemşirelere özgü hazırlanacak işyeri sağlığı geliştirme programlarının kapsamına sağlık eğitimi ve bireysel danışmanlığın yanı sıra çevreye yönelik girişimler de eklenebilir.

- Hemşirelere özgü hazırlanacak işyeri sağlığı geliştirme programlarına katılımı ve programa devamlılığı sağlamak üzere ödül ve teşvik mekanizmaları geliştirilmesi, cep telefonu üzerinden sağlık bilgisi paylaşımını sağlayan uygulamaların kullanılması gibi farklı motivasyon yöntemlerinin uygulanması yararlı olabilir.

- İşyeri sağlığı geliştirme programlarının hemşirelerin genelde yıllık izinlerini kullandıkları zamanlar göz önünde bulundurularak bu izin dönemlerine mümkün olduğunca denk getirilmeyebilir. Program, Ramazan ayı öncesinde de başlatılmaması sağlanabilir.

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- İşyeri ortam risklerinin sıklıkla araştırıldığı gözlemlendiğinden hemşirelerin yaşam biçimiyle ilişkili riskleri ve KVVH risklerinin değerlendirileceği çalışmalar planlanabilir.

- Sağlığı Geliştirme Modeli bileşenleri doğrultusunda hemşirelerin (ve çalışanların) sağlık algılarını ve davranışlarını ölçecek lme araçları geliştirilebilir.
- Beslenme ve fiziksel aktivite faktörlerinin yanı sıra sigara kullanımı ve stres yönetimi gibi KVH risk faktörlerinin de birlikte değerlendirildiği kardiyovasküler risk yönetimine ilişkin girişimsel çalışmalar yürütülebilir.
- SCORE risk hesaplama sistemi kullanılarak kardiyovasküler riskin azaltılmasına yönelik çalışmalar planlanabilir. Bu alışmalarda SCORE puanı düşük, orta, yüksek ve çok yüksek risk düzeyinde olan farklı risk kategorilerinin temsil edildiği örneklemler seçilebilir.



7. KAYNAKLAR

- Açıkgöz Çepni S., Kitiş Y. Relationship between healthy lifestyle behaviors and health locus of control and health-specific self-efficacy in university students. *Japan Journal of Nursing Science*, 2017; 14(3): 231-239.
- Adıbelli D. Kadınlara sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin kardiyovasküler hastalık risk faktörlerini azaltmaya etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2014.
- Ahçı Yılmaz, S. Postmenopozal kadınlarda kardiyovasküler risk skorlamalarının (SCORE, PROCAM, FRAMINGHAM, GLOBAL, ASSING, QRISK2, JBS3) karşılaştırılması. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Tezi, Sağlık Bakanlığı, İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneler Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, 2017.
- Akgün, L. Sağlıklı ve bilimsel zayıflama nasıl olmalı?. Afyonkarahisar: Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2016.
- Akın A. Toplumsal cinsiyet (gender) ayrımcılığı ve sağlık. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 2007; 26(2): 1-9.
- Aldana S, Barlow M, Smith R, Yanowitz F ve ark. A worksite diabetes prevention program two-year impact on employee health. *AAOHN Journal*, 2006; 54(9): 389-395.
- Aldana S, Greenlaw R, Diehl H, Salberg A, Merrill R, Ohmine S, Thomas C. Effects of an intensive diet and physical activity modification program on the health risks of adults. *J Am Diet Assoc* 2005; 105: 371-81.
- Al-Kandari F, Vidal VL. Correlation of the health-promoting lifestyle, enrollment level, and academic performance of college of nursing students in Kuwait. *Nursing & Health Sciences*, 2007; 9(2): 112-119.
- American Centers for Diseases Control and Prevention (2014). Workplace health model. URL: <http://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/model/index.html> (ET: 11 Ekim 2014)
- American Heart Association. (2011). High blood pressure: understanding blood pressure readings. URL: http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HighBloodPressure/AboutHighBloodPressure/Understanding-Blood-Pressure-Readings_UCM_301764_Article.jsp#.Tzg9roGfuTZ (ET: 15 Ocak 2016)

- Arıkan İ, Metintaş S, Kalyoncu C, Yıldız Z. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliği. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları, 2009; 37(1): 35-40.
- Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, Kris-Etherton P ve ark. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation, 2010;122: 406–441.
- Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F ve ark. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 12(1): 1-13.
- Badir A, Tekkas K, Topcu S. Knowledge of cardiovascular disease in Turkish undergraduate nursing students. European Journal of Cardiovascular Nursing, 2014; 14(5): 441-449.
- Balady GJ, Williams MA, Ades PA, Bittner V ve ark. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update. Circulation, 2007;115: 2675–2682.
- Berger JS, Jordan CO, Lloyd-Jones D, Blumenthal RS. Screening for cardiovascular risk in asymptomatic patients. Journal of the American College of Cardiology, 2010; 55(12): 1169-1177.
- Berra K, Miller NH, Jennings C. Nurse-based models for cardiovascular disease prevention: from research to clinical practice. J Cardiovasc Nurs, 2011 Jul-Aug; 26(4 Suppl): S46-55.
- Beyhun NE, Bilir N. Kardiyovasküler risk yönetimi. Sağlık ve Toplum Dergisi, 2004; 14(2): 3-6.
- Bilazer FN, Konca GE, Uğur S, Uçak H. ve ark. Türkiye'de hemşirelerin çalışma koşulları. URL: <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/tr/yayinlar/thd-yayinlari/brosurler-ve-raporlar/turkiyede-hemsirelerin-calisma-kosullari.aspx> (ET: 12 Ekim 2016)
- Blix A. Integrating occupational health protection and health promotion. Journal of The American Association of Occupational Health Nurses, 1999; 47(4): 168-171.
- Bostan N, Beşer A. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2017; 14(1): 38-44.
- Callaghan D. Basic conditioning factors' influences on adolescents' healthy behaviors, self-efficacy, and selfcare. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 2006; 29: 191-204.

- Canadian Centre for Occupational Health and Safety. Workplace health and wellness guide, 2nd ed. Canada, CCOHS, 2008; 2-25.
- Carr LJ, Bartee RT, Dorozynski CM, et al. Eight-month follow-up of physical activity and central adiposity: results from an Internet-delivered randomized control trial intervention. *J Phys Act Health* 2009; 6(4): 444-55.
- Catapano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O. ve ark. 2016 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias. *European Heart Journal*. 2016; 37: 2999–3058.
- Chapman LS. Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies: 2012 update. *American Journal of Health Promotion*, 2012 March/April; 26(4): TAHP-1-TAHP-12.
- Chen HM, Wang HH, Chen CH, Hu HM. Effectiveness of a stretching exercise program on low back pain and exercise self-efficacy among nurses in Taiwan: a randomized clinical trial. *Pain Management Nursing*, 2014; 15(1): 283-291.
- Cohen J. A power primer. *Psychological Bulletin*, 1992; 112(1): 155-159.
- Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, Sans S ve ark. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE Project. *European Heart Journal*, 2003; 24: 987–1003.
- Creswell, JW. Qualitative inquiry and research design choosing among five approaches. USA: Sage, 2013.
- Cumbie SA, Conley VM, Burman ME. Advanced practice nursing model for comprehensive care with chronic illness: Model for promoting process engagement. *Advanced in Nursing Science*, 2004; 27(1): 70-80.
- Demirgöz Bal M. Yataklı tedavi kurumlarında hemşire insangücü planlama yaklaşımları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2014; 3(1): 148-154.
- Doğan R, Ayaz S. Hemşirelerin egzersiz davranışları, öz yeterlilik düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015; 18(4): 287-295.
- Ergör G. Kronik hastalıklarda toplam risk yaklaşımı ve riskli grupların belirlenmesi. *Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu Kitabı*: 129-130, 13-14 Kasım 2008, Ankara.
- Eshah NF, Bond E, Sivarajan Froelicher E. The effects of a cardiovascular disease prevention program on knowledge and adoption of a heart healthy lifestyle in Jordanian working adults. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2010; 9: 244–253.

- European Association of Preventive Cardiology. (2017). HeartScore Türkiye sürümü. URL: http://www.heartscore.org/tr_TR/download (ET: 12 Aralık 2016).
- European Network for Workplace Health Promotion (2001). Report on the current status of workplace health promotion in small and medium-sized enterprises (SMEs). URL: http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/report_on_the_current_status.pdf (ET: 18.08.2014).
- European Society of Cardiology. (2007). European heart health charter. URL: <http://www.heartcharter.org/download/toolkit/EHHC%20English.pdf> (ET: 28 Ekim 2011).
- Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 2009; 41: 1149-1160.
- Fritsch MA, Montpellier J, Kussman, C. Worksite wellness: a cholesterol awareness program. *AAOHN Journal*, 2009; 57(2): 69-76.
- Gerçeklioğlu G. Fizik aktivitenin kalp damar hastalıkları risk faktörleri ve 10 yıllık koroner kalp hastalığı riski üzerine etkisi. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
- Goetzel RZ, Ozminkowsk RJ. (2008). The health and cost benefits of work site health-promotion programs. *Annu. Rev. Public Health*, 2008; 29: 303-323.
- Green L, Kreuter M. Health promotion planning: an educational and ecological approach. 3rd ed. Mountain View, CA: Mayfield; 1999.
- Hacettepe Üniversitesi. (2014). Türkiye beslenme ve sağlık araştırması 2010: Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu. URL: http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf (ET:22 Ocak 2017).
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2014). 2013 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması. URL: [http:// www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf) (ET: 25 Mart 2017).
- Halcomb E, Griffiths R, Davidson P. Effectiveness of general practice nurse interventions in cardiac risk factor reduction among adults. *Int J Evid Based Health*, 2007; 5: 269–295.
- Ham KO, Kim BJ. Evaluation of a cardiovascular health promotion programme offered to low-income women in Korea. *Journal of Clinical Nursing*, 2011; 20:1245-1254.

- Han K, Trinkoff AM, Storr CL, Geiger-Brown J. Job stress and work schedules in relation to nurse obesity. *The Journal of Nursing Administration*, 2011; 41(11): 488-495.
- Hardcastle S, Taylor A, Bailey M, Castle R. A randomized controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counseling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors. *Patient Educ Couns*, 2008; 70: 31–9.
- Howell DC. *Statistical methods for psychology*. USA: Wadsworth, Cengage Learning, 2013.
- Huerta CG, Welborn J. The role of the nurse in health promotion. In: Maville JA, Huerta CG, eds. *Health promotion in nursing*. United States of America: Thomson Delmar Learning; 2008. p.57-76.
- International Council of Nurses. (2010). *Delivering quality, serving communities: Nurses leading chronic care*. URL: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2010.pdf> (ET: 12 Aralık 2017).
- International Diabetes Federation. (2006). *The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome*. URL: <http://www.pitt.edu/~super1/Metabolic/IDF1.pdf> (ET: 13 Ocak 2012).
- Jackson ES, Tucker CM, Herman KC. Health value, perceived social support, and health self-efficacy as factors in a health-promoting lifestyle. *Journal of American College Health*, 2007; 56: 69–74.
- Kelly S, Martin S, Kuhn I, Cowan A, Brayne C, Lafortune L. Barriers and facilitators to the uptake and maintenance of healthy behaviours by people at mid-life: a rapid systematic review. *PloS one*, 2016; 11(1): e0145074.
- Knutsson A. Health disorders of shift workers. *Occupational Medicine*, 2003; 53: 103–108.
- Kolbe-Alexander T, Phiri L, Draper C, Lambert E. Nurses' lifestyle behaviours, health priorities and barriers to living a healthy lifestyle. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 2014; 18(1): e98.
- Krueger RA, Casey MA. *Focus groups: a practical guide for applied research*. 2nd ed. USA: Sage Publications, 2000.
- Kültürsay H. Kardiyovasküler hastalık riski hesaplama yöntemleri. *Türk Kardiyol Dern Arş.*, 2011;39 Suppl 4: 6-13.

- Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P ve ark. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, 2012; 380: 219–229.
- Lee RLT, Yuen Loke AJT. Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public Health Nursing*, 2005; 22(3): 209-220.
- Lin YP, Lin CC, Chen MM, Lee KC. Short-term efficacy of a “sit less, walk more” workplace intervention on improving cardiometabolic health and work productivity in office workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2017; 59(3): 327-334.
- Lin YP, Hong O, Lin CC, Lu SH, Chen MM, Lee KC. A "Sit less, walk more" workplace intervention for office workers: long-term efficacy of a quasi-experimental study, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2018; 12(3).
- Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage, 1985.
- Linnan L, Peabody KL, Wieland J. Health promotion programs in workplace setting. In: Fertman CI, Allensworth DD, editors. *Health promotion programs: from theory to practice*. United States of America: Jossey-bass, 2010, 370-392.
- Lowther M, Mordue A. (2006). Primary prevention of cardiovascular disease in Scotland. URL: <https://www.chss.org.uk/documents/2014/10/primary-prevention-of-cardiovascular-disease-we-must-go-further-pdf.pdf> (ET: 12 Aralık 2017).
- Marcus BH, Williams DM, Dubbert PM, et al. Physical activity intervention studies: what we know and what we need to know: a scientific statement from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity); Council on Cardiovascular Disease in the Young; and the Interdisciplinary Working Group on Quality of Care and Outcomes Research. *Circulation* 2006; 114(24): 2739-52.
- Marquez-Celedonio FG, Texon-Fernandez O, Chavez-Negrete A, et al. [Clinical effect of lifestyle modification on cardiovascular risk in prehypertensives: PREHIPER I study]. *Rev Esp Cardiol* 2009; 62(1): 86-90.
- Maville JA, Huerta CG. Therotical foundations of health promotion. In: Maville JA, Huerta CG, editors. *Health promotion in nursing*. United States of America: Thomson Delmar Learning, 2008, 40-56.
- Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. 2nd ed. USA: Sage, 1994.

- Nahm E, Warren J, Zhu S, An M ve ark. Nurses' self-care behaviors related to weight and stress. *Nursing Outlook*, 2012; 60(5): e23-e31.
- National Heart, Lung, and Blood Institute. (2015) Framingham heart study. Available from: <https://www.framinghamheartstudy.org/about-fhs/history.php> (ET: 14 Aralık 2015).
- National Institute for Occupational Safety and Health. (2008). Essential elements of effective workplace programs and policies for improving worker health and wellbeing. URL: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2010-140/pdfs/2010-140.pdf> (ET: 07 Kasım 2013).
- Nisbeth O, Klausen K, Andersen L. Effectiveness of counseling over 1 year on changes in lifestyle and coronary heart disease risk factors. *Patient Educ Couns* 2000; 40: 121–31
- O'Donnell M. Health promotion in the workplace. Florence, KY: Delmar Cengage Learning; 2002.
- Özkan Ö, Emiroğlu ON. Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006; 10(3): 43-51.
- Özvarış ŞB. Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, 2001.
- Palank CL. Determinants of health–promotive behaviour: a review of current research, *Nursing Clinic North of America*, 1991; 26(4): 815-832.
- Pender NJ, Barkauskas VH, Hayman L, Rice VH ve ark. Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education, *Nursing Outlook*, 1992; 40(3):106-112.
- Pender NJ, Murdaugh C, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 5th ed. Upper Saddle River NJ, 2006.
- Perk J, Backer GD, Gohlke H, Graham I ve ark. Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu (Versiyon 2012). *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2012; 40(3):1-76
- Perry L, Gallagher R, Duffield C. The health and health behaviours of Australian metropolitan nurses: an exploratory study. *BMC Nursing*, 2015; 14(45): 1-11.
- Phiri LP, Draper CE, Lambert EV, Kolbe-Alexander TL. Nurses' lifestyle behaviours, health priorities and barriers to living a healthy lifestyle: a qualitative descriptive study. *BMC Nursing*, 2014; 13(38): 1-11.
- Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C. 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 2016; 37; 2315–2381.

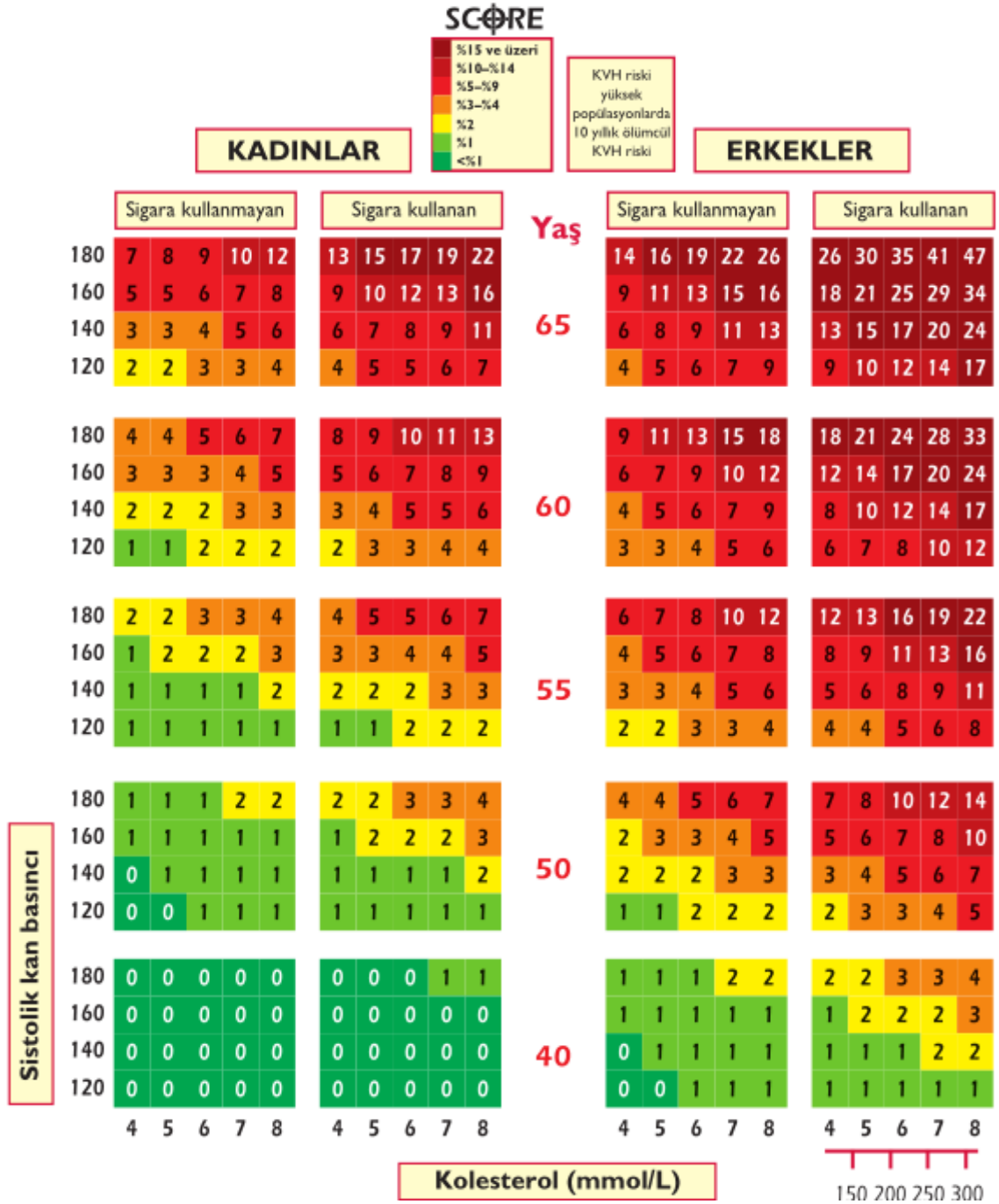
- Poulter N. Global risk of cardiovascular disease. *Heart*, 2003; 89 Suppl 2: ii2-5.
- Powell GN, Greenhaus JH. Sex, gender, and decisions at the family → work interface. *Journal of Management*, 2010; 36(4): 1011-1039.
- Resmi Gazete. (2007). Hemşirelik kanunu. URL:
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm> (15 Mart 2017).
- Rogers B. Occupational health nursing concepts and practice USA, W.B.Saunders Company, 1994.
- Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. In: Weinman J, Wright S, Johnston M, editors. Measures in health psychology: a user's portfolio. Causal and control beliefs. Windsor, UK: NFER-Nelson, 1995, 35–7.
- Sağlık Bakanlığı. (2014). Ankara İli Üniversite, Özel Sağlık Kuruluşu ve Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Aktif Çalışan Eleman Dağılımı.
- Sağlık Bakanlığı. (2015). Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı 2015-2020. URL: <https://www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf> (ET: 05 Aralık 2017).
- Sağlık Bakanlığı. (2017). Sağlık istatistikleri yılı 2016. URL:
<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0> (ET: 21 Aralık 2016).
- Tan M, Dayapoğlu N., Şahin ZA, Cürçani M, Polat H, Kırsal kesimde yaşayan kadınlarda kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013; 2(3): 331-341.
- Torlak, F. Diyabetes mellitus ve kardiyovasküler hastalık risk faktörleri olanlarda yaşam şekli değişikliği müdahalelerinin etkinliği. *Tıpta Uzmanlık Tezi*, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2014.
- Türk Kardiyoloji Derneği. (2000). Ulusal hipertansiyon tedavi ve takip kılavuzu. URL:
http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/3_18530.htm?wbnum=1103 (ET: 10 Şubat 2012).
- Türkeri F. Yetişkin eğitimi, sağlık davranış modelleri ve sağlığı geliştirme kavramları arasındaki ilişkilerin tanımlanması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
- Uçar A, Arslan S. Bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan yetişkin bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2017; 8(17): 121-130.

- Uyanık G. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Araştırma Bölgesin’nde birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran erişkin bireylerde kardiyovasküler hastalıklar bilgi ve farkındalık düzeyi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 2016.
- Uz D, Kitiş Y. Bir hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz etkililik düzeylerinin belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017; 4(3): 27-39.
- Walker SN, Hill-Polerecky DM (1996). Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center.
- Warner KD, Lightfoot K. Theoretical basis of community health nursing. In: Allender JA, Rector C, Warner KD, editors. Community Health nursing: promoting & protecting the public’s health. 7th ed. China: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 384-389.
- White K, Jacques PH. Combined diet and exercise intervention in the workplace effect on cardiovascular disease risk factors. Journal of The American Association of Occupational Health Nurses, 2007; 55(3): 109-114.
- Wiesemann A, Ludt S, Szecsenyi J, Scheuermann W, Scheidt R. Cardiovascular risk factors and motivation for a healthy life-style in a German community-results of the GP-based Oestringen study. Patient Educ Couns 2004; 55: 40–7.
- Wilson PW, D’Agostino RB, Levy D, Belanger AM ve ark. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. Circulation, 1998; 97(18): 1837-47.
- Wong H, Wong M, Wong S, Lee A. The association between shift duty and abnormal eating behavior among nurses working in a major hospital: A cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies, 2010; 47(8): 1021-1027.
- World Health Organization. (1994) Global strategy on occupational health for all the way to health at work.
URL:http://www.who.int/entity/occupational_health/en/oehstrategy.pdf?ua=1 (ET: 18 Ocak 2017).
- World Health Organization. (1995). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. URL:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37003/1/WHO_TRS_854.pdf (ET: 12 Aralık 2016).

- World Health Organization. (2001). The role of the occupational health nurse in workplace health management. URL: http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oeheurnursing.pdf (ET: 12 Ekim 2014).
- World Health Organization (2008). Waist circumference and waist-hip ratio. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44583/1/9789241501491_eng.pdf?ua=1 (ET: 25 Ekim 2011).
- World Health Organization (2018). Cardiovascular disease. URL: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/ (ET: 12 Ocak 2018).
- World Health Organization. (2014). Noncommunicable diseases country profiles 2014. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf?ua=1 (ET: 12 Ocak 2018).
- World Health Organization. (2011a). Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf (ET: 12 Ekim 2014).
- World Health Organization. (2011b). Strategic priorities of the WHO cardiovascular disease programme. URL: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/priorities/en/index.html (ET: 25 Ekim 2011).
- World Health Organization (2012). Global database on body mass index: BMI classification. URL: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (15 Ocak 2017).
- Yesilay A, Schwarzer R, Jerusalem M. (1996). Turkish adaptation of the general perceived self-efficacy scale. URL: <http://userpage.fu-berlin.de/health/turk.htm>. (ET: 06 Aralık 2016).
- Yılmaz M, Boylu M. Masa başı çalışanlarda kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyleri ve davranış durumları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2016; 13(1): 27-34.
- Yoshizaki T, Tada Y, Kodama T, Mori K ve ark. Influence of shiftwork on association between body mass index and lifestyle or dietary habits in female nurses and caregivers. Journal of Japanese Society of Nutrition and Food Science, 2010; 63(4): 161-167.
- Yuan SC, Chou MC, Hwu LJ, Chang YO ve ark. An intervention program to promote health-related physical fitness in nurses. Journal of Clinical Nursing, 2009; 18(10): 1404–1411.

8. EKLER

EK 1. SCORE risk çizelgesi (Yüksek riskli ülkeler için)



EK 2. Çalışan sağlığının iyileştirilmesine yönelik etkili işyeri programlarının temel unsurları

Organizasyon Kültürü ve Liderlik:

İnsan merkezli bir kültür geliştirin. Çalışanların kararlara aktif katılımı olmalıdır.

Liderlik gösterin. Çalışan sağlığına önem gösterin, sağlık çalışanlarının sundukları hizmetleri destekleyin.

Orta düzey yönetimi geliştirin. Her düzeyden yönetici sağlığı destekleyici programları geliştirmeye çalışmalıdır. Ancak çalışanlar ile üst düzey yönetim arasındaki doğrudan bağlantı kurabilecek ara bir yönetime gereksinim vardır. Orta düzey yöneticiler, çalışanların motive edilmesi ve onlarla iletişim kurulması konularında anahtar konumundadır.

Programın Tasarımı:

Anlaşılır ilkeler oluşturun. Etkili programların anlaşılır ilkeleri vardır ve bu ilkeler önceliklere odaklanarak programı yönlendirir ve kaynakların uygun şekilde yönetimine katkı sağlar. Hastalık ve yaralanmaların önlenmesi, çalışanların sağlık ve iyilik haline destek olur.

Bilinen mesleki tehlikeleri ortadan kaldırın. Çalışma ortamındaki değişiklikler (toksik maddelere maruz kalmanın azalması gibi) tüm çalışanların yararına olacaktır.

Tutarlı olun. Çalışanların işyeri sağlık programlarına katılma istekleri, çalışma ortamının sağlığı destekleyici nitelikte olup olmadığını dair algılamalarına bağlı olabilir. Fiziksel ve örgütsel çalışma ortamını sağlık hedefleri ile bağdaşacak şekilde değiştirin. Örneğin sigara içen işçiler, işyerinde sigara içme konusunda düzgün politikalar izlenirse işyeri tütün bırakma programından sonra sigarayı bırakabilecek ve bir daha içmeyebileceklerdir.

Çalışanların katılımını artırın. Çalışanların sadece hizmetlerden yararlanan değil aynı zamanda sağlık ve güvenlik konularının belirlenmesinde ve programın oluşturulup uygulanmasında aktif biçimde yer alan kişiler olmasını sağlayın. Engeller, katılımcıların çözüm önerileri ortaya koyması ile aşılabılır.

Programları işyerlerine ve çalışanlara özel uyarlayın. Başarılı programlar çalışanların ve kurumun ihtiyaçlarını karşılayacak biçimde tasarlanır.

Teşvik ve ödüller düşünün. Maddi ödül ve izin gibi teşvik ve ödüller bireyleri programa katılma konusunda özendirir, fakat iyi tasarlanmamış teşvikler "kazanan" ve "kaybeden" gibi duygular oluşturabilir ve istenmeyen etkilere yol açabilir.

Doğru araçları bulup onları kullanın. Kaydedilen ilerlemeyi izleyebilmek için işyeri ortamından kaynaklanan riskleri değerlendirin. Örneğin hem bireysel hem de işyerine ait sağlık risk faktörlerini değerlendiren bir sağlık risk değerlendirme aracı; temel işgücü sağlık bilgisinin oluşturulmasına, çevresel ve bireysel müdahalelerin yönlendirilmesine ve zaman içinde ölçümlerin yapılmasına yardımcı olabilir. Bir programın etkililiğinin en iyi değerlendirilmesi, geçerlilik analizi yapılmış uygun ölçme araçları ile yapılabilir.

Program gereksinimlere göre uyarlayın. Gerçek gereksinimlere yönelik hazırlanmış bir program katılımı artırır.

Programın devam ettiğinden emin olun. Sürdürülebilirliğin sağlanması için uzun vadeli programlar planlayın. Kısa vadeli yaklaşımların değeri de kısa vadeli olur. Organizasyonun değerleri ile uyumlu programlar uzun ömürlü olacaktır. Değişen işgücüne ve piyasa şartlarına cevap verebilirliğin sağlanması için yeterince esneklik olmalıdır.

Gizliliği sağlayın. Programın mevzuat şartlarını karşıladığından ve bu konuda çalışanlarla iletişimin net olduğundan emin olun. Çalışanlar kendilerine ait bilgilerin gizli tutulmadığını düşünürlerse programın başarıya ulaşma ihtimali azdır.

Programın Uygulanması ve Kaynaklar:

Küçük çaplı başlamaya ve sonra büyümeye hazırlıklı olun. Genel program tasarımının kapsamlı olması gerekse de (eğer daha geniş çerçeveli bir programın ilk basamağı olarak kabul edilirse) kısa vadede ulaşılabilir hedeflerle başlamak çoğu zaman faydalı olur. Programı değerlendirin ve sonuçlara göre hedeflerinizi büyütün ya da tekrar gözden geçirin.

Yeterli kaynak sağlayın. Uygun şekilde eğitilmiş ve motive edilmiş personel belirleyin ve katılımı sağlayın. Sivil toplum kuruluşlarından, üniversitelerden destek sağlayın. İstenen sonuca ulaşabilmek için personel, zaman ve mekân da dâhil olmak üzere yeterli kaynaklar ayırın. Programın tasarlanması ve uygulanması ilkelerini yansıttak şekilde kaynakları yönlendirip stratejik olarak ilgili yere odaklayın.

Stratejik iletişim kurun. Başarı için etkili iletişim şarttır. Çalışan sağlığında pay sahibi olan herkes (çalışanlar, aileler, yöneticiler gibi) neyi niçin yaptıklarını bilmelidir. Mesajlar ve mesajların iletilme biçimi, hedef gruplara ya da bireylere göre uyarlanmalı ve programların değerlerini ve yönünü tutarlı biçimde yansıtmalıdır. En baştan itibaren ve sık sık iletişim kurun; ama uzun vadeli bir iletişim stratejiniz de olsun. Örgütsel liderlik ve örgütün işgücüne dair belli aralıklarla güncellemeler yapın. Kaynak aktarımının sürekliliğini sağlayan verilere dayalı raporlar ile programın görünürlüğünü organizasyonun en üst seviyesinde tutun.

Hesap verebilirlik. Programınıza hesap verebilirliği ekleyin; çünkü bu durum, gelişmiş programlarda ve ürünlerde liderlik taahhütlerini yansıtır. Hesap verebilirlik, liderliğin en üst seviyelerinde başlayarak organizasyonun tümüne aşama aşama yayılmalıdır.

Program Değerlendirme:

Programı ölçün ve analiz edin. Ölçüp analiz edilen sonuçlara dayalı olarak programda uyarlama ya da değiştirmeler yapın.

Kaynak: National Institute for Occupational Safety and Health (2008). Essential elements of effective workplace programs and policies for improving worker health and wellbeing. Erişim: 07 Kasım 2013, <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2010-140/pdfs/2010-140.pdf>.

EK 3. İşyeri sağlığı geliştirme programının uygulanmasına yönelik adımlar

Adım 1: Sahiplen, önderlik et ve “üst yöneticilerden” destek al

- Sağlıklı bir çalışma ortamı konusunda, gönüllü ve ilgili kişileri bulun. Bu kişilerin yönetimden olması şart değil; ama böyle bir kişinin bir süre sonra program konusunda kararlar verebilmesi için yetkiye ihtiyacı olacaktır. Çalışanlar ve yönetimin ortaklaşa oluşturacağı bir komisyon çok daha iyi bir seçenek olabilir.
- Yönetimin projeye önderlik etmesi gerekmesi de bu aşamada danışılması gerekir. Yürütmeyi planladığınız programın önemi ve çalışanlar üzerindeki etkileri bilimsel kanıtlarla yönetici ile paylaşılmalıdır.
- Bazen böyle bir programın ek bir maliyet değil, iyi bir yatırım olduğuna ve örneğin işe gelmeyenlerin sayısını da azaltılabileceğine dair araştırma sonuçlarından bahsetmeniz gerekebilir.

Adım 2: Herkesten destek al

- Mümkün olduğunca çok kişi ya da grup ile konuşun. Sendikalar, kurum/işçi temsilcileri, yönetim, insan kaynakları çalışanları, iş sağlığı çalışanları, sivil toplum örgütleri gibi kişi ve kuruluşlar da yardımcı olabilecekler arasındadır.

Adım 3: Çalışma ortamına ve çalışanlara yönelik temel verileri toplama

- Temel veriler program başlamadan önce toplanmalıdır. Bu bilgiler; işyeri sağlığı geliştirme programına katılım kayıtları, kaza/yaralanma/ilk yardım raporları, sağlık tazminatları ya da sağlık taraması sonuçları, anket/ölçek sonuçlarıdır.

Adım 4: Temel ihtiyaçları ve işyerinden beklentileri belirle

- İnsanlara ne istediklerini sorun. Anket yapın ya da birebir görüşme yapın ya da bir birimin çalışanlarına neye ihtiyaç duyduklarını sorun. Sonuçları karşılaştırarak birimler arasında düşüncelerde farklılık olup olmadığına bakın.

Adım 5: Ayrıntılı bir plan geliştir

- İhtiyaçları belirleyin.
- Bu ihtiyaçlara öncelik verin.
- Gerçekçi hedefler ve zaman çizelgesi belirleyin. Hem kısa vadeli hem de uzun vadeli amaçlarınız olsun.
- Programın ne zaman ve nasıl başlatılacağına dair planlama yapın.
- İşin nasıl sürdürüleceğini belirleyin.
- Her adımda ne gibi kaynaklara (zaman, para, insan gibi) ihtiyaç duyacağınızı belirleyin.
- Öncelikle küçük ölçekli ya da pilot bir proje yapmak yararlı olabilir.
- Amaçlarınızı açıkça ifade edin. Kısa ve uzun vadede programdan ne elde etmek istediğiniz konusunda önceden bilginiz olsun. Örneğin işe gelmeme ya da raporlu günler gibi ölçülebilir hedeflere mi ihtiyacınız var? Ya da tutum ve davranışlarda değişimi mi görmek istiyorsunuz? Bunları belirleyin.
- Programın geliştirilip sunulması: Faaliyetlerinizi üç genel kategoriye ayırın; eğitim/farkındalık (bilgi sağlama), beceri geliştirme (bireyleri aktif olarak davranış değişimine dâhil etme) ve destekleyici iş çevresi (girişimleri destekleyen işyerindeki değişimler).

Adım 6: Planı uygulamaya koy

- Programınızı herkese iletin. Programın nasıl daha iyi hale getirilebileceği konusunda geribildirim alın. Programınızı panolarda, bültenlerde duyurun, tüm çalışanlara e-mail ile iletin.

Adım 7: Programı izle, değerlendir ve sürdür

- Programın gözden geçirilmesi nelerin işleyip nelerin işlemediğini görmenize yardım edecektir. Doğru bilgilerin toplanması önemlidir. Şunları yapabilirsiniz:
 - Programa katılım oranlarını izleyin.
 - İşe gelmeme ve kaza oranlarını, hastalanma ve yaralanma oranlarını, hasta sevk belgelerini ve diğer göstergeleri izleyin.
 - Program öncesinde ve sonrasında basit bir değerlendirme aracı olarak anket uygulayabilir, bilgi ve beceri artışını test edebilirsiniz.
 - Katılımcı memnuniyeti şarttır. Programı sevip sevmediklerini katılımcılara sorun. Eğer sevmişler ise katılmaya devam edecekler ya da bir başka programa yine katılacaklardır.
- Sonuçları incelerken en başta belirlediğiniz amaç ve hedeflere dayalı olarak değerlendirme yapmayı unutmayın; Program neye odaklanmıştı? Genelde sağlığı etkileyen faktörlere dair bilgi ve tutumun geliştirilmesi mi yoksa belli bir yaralanma ya da hastalığın görülme oranının azaltılması mı? Program kimlere yönelikti? Hangi sonuçlar bekleniyordu? Kısa vadeli hedefler nelerdi? Uzun vadeli hedefler nelerdi? Hangi temel verileri topladınız? Mevcut verilerden farkı ne?
- İnceleme ve değerlendirmelerinizin sonuçlarını kullanın; bu, nelerin işlediğini ve nelerin geliştirilebileceğini görmenizi sağlayacaktır.

Kaynak: Canadian Centre for Occupational Health and Safety. Workplace health and wellness guide, 2 nd ed. Canada: CCOHS; 2008. p.2-25.

EK 4. Kişisel Bilgi Formu (Nitel Aşama)

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu form, sosyo-demografik özelliklerinizi belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Lütfen her soruyu size en uygun şekilde yanıtlayınız, parantez içine 'x' işareti koyunuz.

1. Adınız:
2. Soyadınız:
3. Yaşınız:
4. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
5. Medeni durumunuz: () Bekar () Evli
6. Öğrenim durumunuz:
 - () Lise mezunu
 - () Ön lisans mezunu
 - () Lisans mezunu
 - () Yüksek lisans mezunu
 - () Doktora mezunu
7. Hemşirelik mesleğini ne kadar süredir yapıyorsunuz?
..... yıl ay
8. Vardiyalı çalışma durumunuz:
 - () Sürekli 08-16 vardiyasında çalışıyorum
 - () Sürekli 16-08 vardiyasında çalışıyorum
 - () Hem 08-16 vardiyasında hem de 16-08 vardiyasında dönüşümlü olarak çalışıyorum
9. Çalıştığınız birim:
10. Sigara içme durumunuz:
 - () İçmiyorum (Lütfen 13. soruya geçiniz.)
 - () İçiyorum
11. Sigara içme sıklığınız:
 - () Her gün paket
 - () Haftada paket
 - () Ayda paket
 - () Yılda Paket
12. Ne kadar süredir sigara içiyorsunuz?
..... yıl ... ay
13. Alkol kullanma durumunuz:
 - () Kullanmıyorum (Lütfen 15. soruya geçiniz.)
 - () Kullanıyorum
14. Alkol kullanma sıklığınız:
 - () Yılda bir veya birkaç kez
 - () Ayda bir veya birkaç kez
 - () Haftada bir veya birkaç kez
 - () Her gün ... kadeh
15. Doktor tarafından tanı konulmuş kronik bir hastalığınız var mı?
 - () Yok (Lütfen 17. soruya geçiniz)
 - () Var
16. Kronik hastalığınız adı nedir?
.....
17. Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı?
 - () Yok (Lütfen 19. soruya geçiniz)
 - () Var
18. Düzenli olarak kullandığınız ilacın adı nedir? Bu ilacı neden kullandığınızı lütfen açıklayınız.
.....
19. Spor ya da egzersiz yapıyor musunuz?
 - () Yapmıyorum
 - () Yapıyorum
20. Ne tür spor ya da egzersiz yapıyorsunuz? Ne sıklıkta yapıyorsunuz? Lütfen açıklayınız.
.....

EK 5. Odak Grup Görüşme Rehberi

Hoşgeldiniz

Odak grup görüşmesine katıldığınız için teşekkürler. Görüşmeye katılım için gönüllü olmanıza memnun oldum.

Giriş

Ben Serap Açıkgöz Çepni. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Programında öğrenciyim. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik deneyimleri ve bu davranışları uygulamada algıladıkları engelleri ortaya çıkarmak üzere üniversiteden danışmanımla birlikte bir araştırma yürütüyoruz. Bu araştırma kapsamında sizlere bazı sorular yönelteceğim. Sizlerden istediğim bu sorular hakkındaki düşüncelerinizi sözlü olarak ifade etmeniz. Arkadaşım Medine Güzel Sarı ise gözlemci olarak görüşme süresince burada not almak, kayıt cihazını kontrol etmek ve ortamda herhangi bir aksaklık gelişmesi durumunda müdahale etmek üzere bana yardımcı olacak.

Odak Grup Görüşmesinin Amacı

Görüşmede hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik deneyimleri ve bu davranışları uygulamada algıladıkları engelleri ortaya çıkarmayı ve anlamayı amaçlıyorum. “Neden anket yerine görüşme yapıyorum?” Çünkü sizlerin bu konu hakkındaki görüşlerinizi anket ile ulaşılması mümkün olmayan ayrıntıda ve daha derinlemesine incelemek istiyorum ve bunun için görüşme tekniğini kullanıyorum. Her birinizle birebir görüşme yapmamamın sebebi ise, grup görüşmesi esnasında ortaya çıkan katılımcılar arasındaki etkileşimle de ilgileniyor olmam. Bu bağlamda, odak grup görüşmesine ilişkin nelere dikkat etmemiz gerektiğinden bahsetmek istiyorum.

Her soru için her birinizin cevabını önemsiyorum. Farklı deneyimler yaşadığınız için her birinizin görüşlerini almak istiyorum. Verilen cevaplar ile ilgili birbirinize sorular sorabilirsiniz. Böylece anlaşılmayan yerler açığa kavuşabilir. Yorumlarınızın hiçbirini kaçırmak istemiyorum. Bu nedenle görüşme süresince ses ve görüntü kaydı yapacağım. Her birinizin tek tek konuşması ses kaydının sağlıklı yapılabilmesi ve karışıklık yaşanmaması için önemli. Tartışacağımız soruların doğru ya da yanlış cevapları yok. Burada sizin görüşlerinizi öğrenmeye çalışıyorum. Bu nedenle konuşmaya cesaretlendirmek üzere adınızı söyleyerek görüşünüzü almak isteyebilirim. Tüm soruların sorulduğundan ve her birinize konuşma şansı verdiğimden emin olmanın bir yolu bu. Herhangi biri görüşünü bildirdiğinde, ona katılıp katılmadığınızı söylemekten lütfen çekinmeyin. Görüşleriniz grupla uyumlu olmasa bile ya da aykırı görüşleriniz olsa bile lütfen paylaşın.

Görüşme süresince konuşulanların bu odada kalmasını rica ediyorum. Ben de görüşmede konuştuğlarımızı bu oda dışında paylaşmayacağım. Ancak sorduğum sorular gizli değil. Bunları paylaşmanızda herhangi bir sakınca yok. Vurgulamak istediğim görüşmede her birinizin paylaştığı bilgilerin yargılanmamasıyla ilgili. Bilgilendirilmiş Olur Formu’nda da belirttiğim üzere, raporlarda hiçbir şekilde kimlik bilgileriniz yer almayacaktır, dolayısıyla kimliğinize ilişkin anonimliğiniz korunacaktır.

Görüşmenin yaklaşık olarak 45 dakika-1 saat aralığında sürmesini planlıyorum.

İzin vererseniz görüşmeye başlayalım.

Odak Grup Görüşmesi Soruları

Soru Türü	Sorular
Açılış	Kendinizi kısaca tanıtır mısınız?
Tanıtıcı	Sağlıklı olmak konusunda ne düşünüyorsunuz?
Geçiş	Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sizin için ne ifade ediyor?
Anahtar 1	Geçmişte sağlıklı yaşamak için neler yaptınız?
Anahtar 2	Sağlıklı yaşama çabanızın altında yatan faktörler nelerdir?
Anahtar 3	Sağlıklı yaşamak için göstermiş olduğunuz çabalar sırasında ne tür engellerle karşılaştınız? (Paralel sorular- Sağlıklı davranabilmek için hangi davranışlarınızı değiştirmek isterdiniz? Bu konuda size neler engel olabilir? Şu anda bunu yapmanıza engel olan nedir?
Anahtar sorular için sondalar	Düşündüğünüz örnekler var mı? Ne olduğunu biraz daha açıkla mısınız?
Kapanış	Hemşirelerin sağlık yaşam biçimi davranışlarına yönelik bir eğitim programı yapıldığını varsayalım. Bu eğitim programlarından neleri öğrenmek isterdiniz?

Görüşmeyi bitirelim öyleyse. Değerli zamanınızı paylaştığınız için çok teşekkür ederim.



EK 6. Bilgilendirilmiş Olur Formu (Nitel Aşama)

Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik deneyimlerini ve bu davranışları uygulamada algıladıkları engelleri ortaya çıkarmak amacıyla bir araştırma yapmaktayım. Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde yürütülen bir doktora tezi için kullanılacak olup bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasma dayalıdır. Katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuyup değerlendirdikten sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, araştırmacı Serap Açıkgöz Çepni tarafından sizinle odak grup görüşmesi yapılacaktır. Görüşme, ses ve görüntü kayıt cihazı aracılığıyla kayıt altına alınacaktır. Görüşme kayıt altına alınmasına rağmen, araştırma raporunda adınız yer almayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığımız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Yine, çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına sahipsiniz.

KATILIMCININ BEYANI

Araştırmacı Serap Açıkgöz Çepni tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra bu araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak, araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili herhangi bir sorunla karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Serap Açıkgöz Çepni’nin 0312 585 1552 (iş) veya 0505 260 03 38 (cep) no’lu telefonlarından ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Mithatpaşa C. No: 3 Yenışehir/Ankara adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının	Görüşme tanığının	Katılımcıyla görüşen araştırmacının
Adı, soyadı:	Adı, soyadı:	Adı, soyadı:
Adresi:	Adresi:	Adresi:
Telefonu:	Telefonu:	Telefonu:
Tarih:	Tarih:	Tarih:
İmzası:	İmzası:	İmzası:

EK 7. Kişisel Bilgi Formu (Deney Grubu)

Bu form, demografik özelliklerinizi belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Lütfen her soruyu size en uygun şekilde yanıtlayınız, parantez içine 'x' işareti koyunuz.

1. Adınız ve Soyadınız: _____

2. Yaşınız: _____

3. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

4. Medeni durumunuz:

() Bekar () Evli

5. Öğrenim durumunuz:

() Lise mezunu

() Ön lisans mezunu

() Lisans mezunu

() Yüksek lisans mezunu

() Doktora mezunu

6. Kaç yıldır hemşirelik yapıyorsunuz?

_____ yıl _____ ay

7. Çalıştığınız birim: _____

8. Vardiyalı çalışma durumunuz:

() Sürekli 08-16 vardiyasında çalışıyorum

() Sürekli 16-08 vardiyasında çalışıyorum

() Hem 08-16 vardiyasında hem de 16-08 vardiyasında çalışıyorum

9. Sigara içme durumunuz:

() İçmiyorum (Lütfen 11. soruya geçiniz.)

() Ayda _____ adet/paket

() Haftada _____ adet/paket

() Günde _____ adet/paket

() Günde 1 paketten az

10. Ne kadar süredir sigara içiyorsunuz? (Lütfen cevapladıktan sonra 12. soruya geçiniz)

_____ yıl _____ ay

11. Şu anda sigara içmiyor olsanız bile daha önce hiç sigara kullandınız mı?

() Hayır (Lütfen 13. soruya geçiniz.)

() Evet

12. Sigarayı bırakalı ne kadar süre oldu?

13. Alkol kullanma durumunuz:

() Kullanmıyorum

() Yılda bir veya birkaç kez

() Ayda bir veya birkaç kez

() Haftada bir veya birkaç kez

() Günde _____ kadeh

14. Doktor tarafından tanı konulmuş bir hastalığınız var mı?

() Yok (Lütfen 16. soruya geçiniz.)

() Var (Lütfen hastalığınızın adını yazınız. _____)

15. Hastalığınız nedeniyle düzenli olarak ilaç kullanıyorsanız lütfen adını ve kullanım şeklini yazınız.

16. Daha önce kolesterol düşürücü ilaç kullandınız mı?

() Hayır (Lütfen 18. soruya geçiniz.)

() Evet

17. Kolesterol düşürücü ilacı ne kadar süre kullandığınızı ve kullanım şeklini lütfen yazınız.

18. Daha önce antihipertansif ilaç kullandınız mı?

() Hayır (Lütfen 20. soruya geçiniz.)

() Evet

19. Antihipertansif ilacı ne kadar süre kullandınız ve kullanım şekliniz nasıldı?

20. Daha önce antidepresan ilaç kullandınız mı?

() Hayır (Lütfen bir sonraki sayfada yer alan ankete geçiniz.)

() Evet

21. Antidepresan ilacı ne kadar süre kullandınız ve kullanım şekliniz nasıldı?

22. Birinci derece akrabalarınızdan (anne, baba ve çocuklarınız) erkeklerde 55 yaş altında, kadınlarda 60 yaş altında kardiyovasküler hastalığı olan akrabanız var mı?

() Evet

() Hayır

EK 8. Kişisel Bilgi Formu (Kontrol Grubu)

Bu form, demografik özelliklerinizi belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Lütfen her soruyu size en uygun şekilde yanıtlayınız, parantez içine 'x' işareti koyunuz.

1. Adınız ve Soyadınız : _____

2. Yaşınız : _____

3. Cinsiyetiniz : () Kadın () Erkek

4. Medeni durumunuz : () Bekar () Evli

5. Öğrenim durumunuz:

() Lise mezunu

() Ön lisans mezunu

() Lisans mezunu

() Yüksek lisans mezunu

() Doktora mezunu

6. Kaç yıldır hemşirelik yapıyorsunuz?

_____ yıl _____ ay

7. Çalıştığınız birim: _____

8. Vardiyalı çalışma durumunuz:

() Sürekli 08-16 vardiyasında çalışıyorum

() Sürekli 16-08 vardiyasında çalışıyorum

() Hem 08-16 vardiyasında hem de 16-08 vardiyasında çalışıyorum

9. Sigara içme durumunuz:

() İçmiyorum (Lütfen 11. soruya geçiniz.)

() Ayda _____ adet/paket

() Haftada _____ adet/paket

() Günde _____ adet/paket

() Günde 1 paketten az

10. Ne kadar süredir sigara içiyorsunuz?

_____ yıl _____ ay

11. Alkol kullanma durumunuz:

() Kullanmıyorum

() Yılda bir veya birkaç kez

() Ayda bir veya birkaç kez

() Haftada bir veya birkaç kez

() Günde _____ kadeh

12. Doktor tarafından tanı konulmuş bir hastalığınız var mı?

() Yok (Lütfen 14. soruya geçiniz.)

() Var (Lütfen hastalığınızın adını yazınız. _____)

13. Hastalığınız nedeniyle düzenli olarak ilaç kullanıyorsanız lütfen adını ve kullanım şeklini yazınız.

14. Birinci derece akrabalarınızdan (anne, baba ve çocuklarınız) erkeklerde 55 yaş altında, kadınlarda 60 yaş altında kardiyovasküler hastalığı olan akrabanız var mı?

() Evet () Hayır

15. Fiziksel olarak aktif misiniz?

() Hayır () Bazen () Genellikle () Her zaman

16. Düzenli olarak fiziksel aktivite yapıyorsanız lütfen türünü, sıklığını ve süresini açıklayınız.

EK 9. Önceki Davranışlar Bilgi Formu

Bu form, beslenme alışkanlıklarınız ile fiziksel olarak aktif olma durumunuza ilişkin davranışlarınızı belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Lütfen her soruyu size en uygun şekilde yanıtlayınız, parantez içine 'x' işareti koyunuz.

1. Günde kaç ana öğün yaparsınız?
_____ ana öğün.
2. Ana öğünlerinizi atlar mısınız?
() Hayır (Lütfen 5. soruya geçiniz.)
() Bazen
() Genellikle
() Her zaman
3. Hangi ana öğünü atlarsınız?
() Kahvaltı () Öğle yemeği () Akşam yemeği
4. Ana öğün atlama nedenlerini lütfen açıklayınız.

5. Günde kaç ara öğün yaparsınız?
_____ ara öğün.
6. Ara öğün yapmıyorsanız nedenlerini lütfen açıklayınız.
_____(Lütfen 8. soruya geçiniz.)
7. Ara öğünlerinizde ne yersiniz?
Evde: _____
İşyerinde: _____
8. Sabah kahvaltısını genellikle nerede yaparsınız?
() Kahvaltı yapmıyorum
() Evde
() İşyerinde
9. Sabah kahvaltısında genellikle ne yersiniz?

10. Genellikle kahve, çay gibi sıcak içecekleri günlük ne kadar tüketirsiniz?
Evde: _____
İşyerinde: _____
11. Kahve, çay, bitki çayı gibi içeceklere şeker ilave eder misiniz?
() Hayır () Evet
12. Şekerli ve gazlı içecekleri ne sıklıkla tüketirsiniz?
() İçmiyorum
() Ayda bir veya birkaç kez
() Haftada bir veya birkaç kez
() Günde _____ kez
13. Genellikle günlük ne kadar su içersiniz?
_____ su bardağı.
14. Çalıştığınız günlerde yiyeceğiniz yemekleri evde hazırlayıp paket yaparak işe getirir misiniz?
() Hayır () Bazen () Genellikle () Her zaman
15. Hızlı ve/veya ayakta atıştırarak yemek yer misiniz?
() Hayır () Bazen () Genellikle () Her zaman
16. Evde gece uykudan uyanıp yemek yer misiniz?
() Hayır () Bazen () Genellikle () Her zaman
17. Aç değilken yemek yer misiniz?
() Hayır () Bazen () Genellikle () Her zaman
18. Stresli, kızgın ya da canınız sıkkin olduğunda aç olmanız bile yemek yer misiniz?
() Hayır () Bazen () Genellikle () Her zaman
19. Aşırı yemek yer misiniz?
() Hayır () Bazen () Genellikle () Her zaman
20. Sağlıklı profesyonelinden beslenme danışmanlığı alarak diyet yaptınız mı?
() Hayır (Lütfen 25. soruya geçiniz.)
() Evet (_____ kilo verdim.)
21. Yaptığınız diyet sonrasında hedeflediğiniz kiloya ulaştınız mı?
() Hayır () Evet
22. Diyeti bıraktıktan sonra kilo aldınız mı?
() Hayır
() Evet (_____ kilo aldım.)
23. Diyetinize ne ölçüde uyduğunuzu 1-10 arasında puanlamış olsanız kaç puan verirdiniz? _____
(1: Tamamen uydum, 10: Hiç uymadım)
24. Diyetinizi sürdürmenize neler engel oldu?

25. Popüler diyetlerden (dukan diyeti, isveç diyeti gibi) uyguladığınız oldu mu?
() Hayır (Lütfen 29. soruya geçiniz.)
() Evet (_____ kilo verdim.)
26. Yaptığınız diyetin özelliklerini ve ne kadar süreyle uyguladığınızı lütfen açıklayınız.

27. Yaptığınız diyet sonrasında hedeflediğiniz kiloya ulaştınız mı?
() Hayır () Evet
28. Diyeti bıraktıktan sonra kilo aldınız mı?
() Hayır
() Evet (_____ kilo aldım.)
29. Fast-food/restoran yemeklerini ne sıklıkta tüketirsiniz?
Haftada _____ kez.
30. Düzenli olarak mineral, vitamin, gıda takviyesi alır mısınız?
() Hayır (Lütfen 32. soruya geçiniz.)
() Evet
31. Kullandığınız mineral, vitamin ya da gıda takviyesinin adını, kullanım şeklini ve ne kadar süreyle kullandığınızı lütfen yazınız.

32. Kilo vermek amacıyla ilaç/gıda takviyesi kullandınız mı?
() Hayır (Lütfen 34. soruya geçiniz.)
() Evet
33. İlaç/gıda takviyesinin adını, kullanım şeklini ve ne kadar süreyle kullandığınızı lütfen açıklayınız.

34. Son beş yıldaki en yüksek ve en düşük kilonuzu lütfen yazınız.
En yüksek _____ kg. En düşük _____ kg.
35. Kaç kilo olmak isterdiniz?
_____ kg.
36. Yediğinizde sizi mutlu eden yiyecekleri lütfen yazınız.

37. Sağlıklı yiyecek tercihi yapmanızı engelleyen faktörler nelerdir?

38. Beslenme alışkanlıklarınızda en çok değiştirmek istediğiniz davranışlar nelerdir?

39. Fiziksel olarak aktif misiniz?
() Hayır () Bazen () Genellikle () Her zaman
40. Düzenli olarak fiziksel aktivite yapıyorsanız lütfen türünü, sıklığını ve süresini açıklayınız.

41. Fiziksel olarak aktif olmak istediğinizde karşınıza çıkan engelleri lütfen yazınız.

EK 10. Yeme İzleme Kaydı

YEME İZLEME KAYDI (3 günlük)

Adı-Soyadı:

... Gün - Tarih:

Saat	Yer/Durum	Yenilenler/İçilenler ve Miktarları	Duygu, Düşünce ve Yorumlar

EK 11. Kardiyovasküler Risk Tanılama Formu

Katılımcının Adı-Soyadı:									
Katılımcının Yaşı:									
Laboratuvar Sonuçları					Antropometrik Ölçümler				
		Öntest	Sontest	İzlem			Öntest	Sontest	İzlem
Total Kolesterol	:				Bel çevresi	:			
HDL Kolesterol	:				Kalça çevresi	:			
					Bel-kalça oranı	:			
Total kolesterol/HDL oranı	:				Sistolik kan basıncı	:			
LDL Kolesterol	:				Diastolik kan basıncı	:			
Açlık Trigliseriti	:				Vücut ağırlığı	:			
Ölçüm Tarihi	:				Boy	:			
Ailede KVVH varlığı:					Beden Kitle İndeksi	:			
Sigara kullanımı:									
SCORE Risk Yüzdesi									
Öntest			Sontest			İzlem			

EK 12. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

YÖNERGE: Bu anket yaşam biçiminiz ve kişisel alışkanlıklarınız ile ilgili ifadeler içermektedir. Lütfen hiçbir ifadeyi atlamayarak her ifadeyi okuyunuz, her davranış ve alışkanlığınızın ne kadar sıklıkla olduğunu; Hiçbir zaman, Bazen, Sık sık ve Düzenli olarak seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1. Bana yakın kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.				
2. Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
3. Doktora ya da 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. Şekerli ve tatlıyı kısıtlarım.				
9. Sağlığı geliştirici programları izler veya bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10. Haftada en az 3 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 ilişkilerimi sürdürürüm.				
14. Her gün 6-7 porsiyon 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 fiziksel aktiviteler yaparım.				
23. Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				
24. Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim.				
25. Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26. Günde 3-5 öğün sebze yerim.				
27. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.				
28. Haftada en az 3 kere 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 egzersizler yaparım (Örneğin; yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdivenleri kullanırım, arabamı uzağa park ederim).				
35. İş ve eğlence zamanlarımı 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 personellerine danışırım.				
40. Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.				
41. Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.				
42. Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.				
43. Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.				
44. Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.				
45. Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.				
46. Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.				
47. Yorulmaktan kendimi korurum.				
48. İlahi bir gücün varlığına inanırım.				
49. Konuşarak ve uzlaşarak çatışmalarımı çözerim.				
50. Kahvaltı yaparım.				
51. Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				
52. Yeni deneyimlere açıyım.				

EK 13. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği

YÖNERGE: Bu anket kardiyovasküler hastalıklar risk faktörlerine ilişkin ifadeler içermektedir. Lütfen hiçbir ifadeyi atlamayarak her ifadeyi okuyunuz, her ifadeye ilişkin olarak; Evet, Hayır ve Bilmiyorum seçeneklerinden birini işaretleyiniz.

	Evet	Hayır	Bilmiyorum
1. Bir kişi kalp hastası olduğunu her zaman anlar.			
2. Ailenizde kalp hastalığı olması sizin kalp hastası olma riskinizi artırır.			
3. Yaşlılar kalp hastalığı için daha fazla risk taşır.			
4. Koroner kalp hastalığı önlenabilir.			
5. Ülkemizdeki ölüm ve hastalıkların önlenabilir nedeni sigaradır.			
6. Sigara içmek kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
7. Kişi sigara içmeyi bırakırsa kalp hastalığı oluşma riski azalır.			
8. Her gün 2-3 adet meyve ve 2 tabak sebze yemeği yemek faydalıdır.			
9. Haftada 3 öğünden fazla kırmızı et yemeği tüketmek zararlıdır.			
10. Tuzlu yemek yüksek tansiyon yapar.			
11. Yağlı yiyecekler kandaki kolesterol seviyesini artırmaz.			
12. Oda sıcaklığında katı olan yağlar kalp sağlığı için faydalıdır.			
13. Yağdan ve karbonhidrattan düşük diyet ile beslenmek kalp için faydalıdır.			
14. Kilolu insanların kalp hastalığı riski artar.			
15. Düzenli egzersiz kalp hastalığı riskini azaltır.			
16. Sadece spor salonunda yapılan egzersizle risk azalır.			
17. Yavaş yürümek ve gezmek de egzersiz sayılır.			
18. Stres, kahr, üzüntü kalp hastalığı riskini artırır.			
19. İnsan vücudu, stresli durumlarda kan basıncını yükseltir.			
20. Yüksek tansiyon kalp hastalığı için bir risk faktörüdür.			
21. Tansiyonu kontrol altında tutmak kalp hastalığı oluşma riskini azaltır.			
22. Tansiyon ilacını ömür boyu kullanmak gerekir.			
23. Yüksek kolesterol kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
24. İyi kolesterol (HDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.			
25. Kötü kolesterol (LDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.			
26. Kolesterolü yüksek olan herkese ilaç verilir.			
27. Diyabet, kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
28. Diyabet hastalarının şeker kontrolü sağlanırsa risk azalır.			

EK 14. Genelleştirilmiş Özyeterlik Ölçeği

YÖNERGE: Bu anket genel özyeterlik inancınıza ilişkin ifadeler içermektedir. Lütfen hiçbir ifadeyi atlamayarak her ifadeyi okuyunuz, her ifadeye ilişkin olarak; Tamamen Doğru Değil, Doğru Olması İmkânsız, Orta Düzeyde Doğru, Tamamen Doğru seçeneklerinden birini işaretleyiniz.

	Tamamen Doğru Değil	Doğru Olması İmkânsız	Orta Düzeyde Doğru	Tamamen Doğru
1. Yeni bir durumla karşılaştığımda ne yapmam gerektiğini biliyorum.				
2. Beklenmedik durumlarda nasıl davranmam gerektiğini her zaman bilirim.				
3. Bana karşı çıktığında kendimi kabul ettirecek çare ve yollar ararım.				
4. Ne olursa olsun üstesinden gelirim.				
5. Güç sorunları gayret etsem her zaman çözerim.				
6. Tasarılarımı (planlarımı) gerçekleştirmek ve hedeflerime erişmek bana güç gelmez.				
7. Bir sorunla karşılaştığım zaman onu halletmeye yönelik birçok fikrim vardır.				
8. Güçlükleri soğukkanlılıkla karşılarım, çünkü yeteneklerime her zaman güvenebilirim.				
9. Ani olayların da hakkından gelebileceğimi sanıyorum.				
10. Her sorun için bir çözümüm vardır.				

EK 15. İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı Tanıtım Davetiyesi



Hemşirelere Özgü Kardiyovasküler Sağlığı Koruma Programına Davetlisiniz!

Kalbin Çalışması Yaşam ile Eş Anlamlıdır



**Yaşamınız Süresince Sizi Ayakta
Tutab Kalbinize Teşekkür Etmek
İster Misiniz?**

**Kalbinize İyi Bakmaya, İyi Beslemeye ve
Egzersizle Desteklemeye
Ne Dersiniz?**

Programı Hazırlayan: Üzm. Hem. Serap Açıkgöz Çepni

Yer: Hemşirelere özel hazırlanan programın tanıtımı için
..... tarihinde saatleri arasında
..... buluşalım.

Not: Yemeklik ikramlar sunulacaktır.

EK 16. İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı Tanıtım Sunumu



1



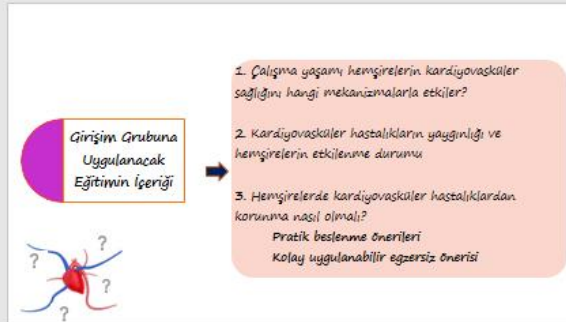
2



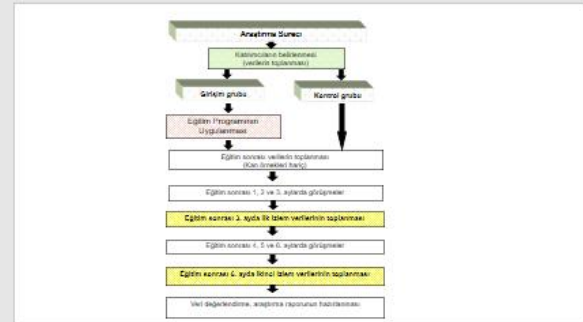
3



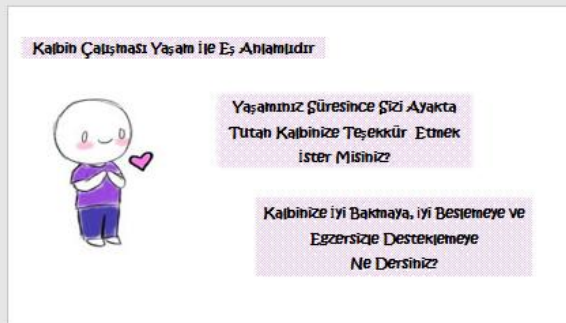
4



5



6



7



8

EK 17. Eğitim Programının Öğrenim Hedefleri ve Kazanımları

EĞİTİM PROGRAMININ AMACI

Bu eğitime katıldıktan sonra hemşireler; çalışma yaşamının hemşirelerde kardiyovasküler sağlık üzerindeki etkilerini kavrayabilecek, kardiyovasküler hastalıklar ve risk faktörlerini tanımlayabilecek, kardiyovasküler sağlığı korumada sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteye dair genel ilkeler ile bu ilkelerin hemşirelere özgü uygulamalarını söyleyebileceklerdir.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ VE KAZANIMLARI

Bilişsel Alan Hedefleri ve Kazanımları

H1. Çalışma yaşamının hemşirelerde kardiyovasküler sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini kavrayabilme

1. İşyeri ortamından kaynaklanan riskleri listeler
2. Yaşam biçiminden kaynaklanan riskleri listeler
3. Çalışma yaşamının sağlığı bozan mekanizmalarını açıklar
4. Çalışma yaşamı ve kardiyovasküler sağlık arasındaki ilişkiyi ifade eder

H2. Kardiyovasküler hastalıkların hemşireler için önemini kavrayabilme

1. Kardiyovasküler hastalıklara örnek verir
2. Kardiyovasküler hastalıkların özelliklerini söyler
3. Kardiyovasküler hastalıkların güncel durumunu açıklar
4. Kardiyovasküler hastalıklarda korunmanın önemini ifade eder
4. Kardiyovasküler hastalıklarda değiştirilemeyen risk faktörlerini sıralar
5. Kardiyovasküler hastalıklarda değiştirilebilir risk faktörlerini sıralar
6. Kardiyovasküler hastalık riskini azaltmada etkili faktörleri açıklar

H3 Sağlıklı kiloyu sürdürme yollarını tanıyabilme

1. Sağlıklı kiloyu değerlendirme yöntemlerini anlatır
2. Sağlıklı kiloyu sürdürememenin sonuçlarını söyler
3. Sağlıklı kiloyu sürdürememenin temel nedenini söyler
4. Enerji dengesini tanımlar
5. Enerji dengesini bozan faktörleri sıralar
6. Sağlıklı kiloyu sürdürmede etkili faktörleri sıralar

H4. Kardiyovasküler sağlığı korumada sağlıklı beslenme uygulamalarını kavrayabilme

1. Makro besin öğelerini sıralar
2. Makro besin öğelerinden karbonhidratları sınıflandırır
3. Kompleks karbonhidratların özelliklerini açıklar
4. Basit karbonhidratların özelliklerini açıklar
5. Kompleks karbonhidrat içeren besin gruplarını sıralar
6. Kompleks karbonhidrat içeren besin gruplarının özelliklerini açıklar
7. Kompleks karbonhidrat içeren besin gruplarının günlük tüketim miktarlarını söyler
8. Basit karbonhidrat içeren besin gruplarını sıralar
9. Basit karbonhidrat içeren besin gruplarının özelliklerini açıklar
10. Basit karbonhidrat içeren besin gruplarının günlük tüketim miktarlarını söyler
11. Makro besin öğelerinden yağları sınıflandırır
12. Sınıflandırılan yağlarla ilgili besinlere örnek verir
13. Sınıflandırılan yağların özelliklerini açıklar
14. Sınıflandırılan yağların tüketim miktarlarını söyler
15. Makro besin öğelerinden proteinleri sınıflandırır
16. Hayvansal kaynakları protein içeren besin gruplarını sıralar
17. Hayvansal kaynakları protein içeren besin gruplarının özelliklerini açıklar
18. Hayvansal kaynakları protein içeren besin gruplarının tüketim miktarlarını söyler
19. Sağlıklı beslenmede makro besin öğelerinin yerinin önemini ifade eder
20. Hemşirelere özgü sağlıklı beslenme önerilerine örnek verir
21. Farkında beslenmeyi tanımlar
22. Hemşirelerin sağlığı için farkında beslenmenin önemini ifade eder

H5 Kardiyovasküler sağlığı korumada fiziksel aktivite uygulamalarını bilme

- D1 Fiziksel aktivitenin kardiyovasküler sağlığa yararını söyleme
- D2 Fiziksel aktivite türlerini açıklayabilme

- D3 Fiziksel aktivitede yoğunluk kavramını tanımlayabilme
- D4 Fiziksel aktivitede yoğunluk ölçümünü sınıflayabilme
- D5 Hemşirelerde kardiyovasküler sağlığı korumaya yönelik aktivite yoğunluğunun türünü açıklayabilme
- D6 Hemşirelerin işyerinde uygulayabilecekleri aktivitelere örnek verebilme

Duyusal Alan Hedefleri ve Kazanımları

H1 Kardiyovasküler hastalıklardan korunmanın önemine inanma

- D1 Kardiyovasküler hastalık riskini azaltmada etkili sağlıklı kiloyu sürdürme yollarını öğrenme
- D2 Kardiyovasküler hastalık riskini azaltmada etkili sağlıklı beslenme uygulamalarını öğrenme
- D3 Kardiyovasküler hastalık riskini azaltmada etkili fiziksel aktivite uygulamalarını öğrenme

H2 Kardiyovasküler hastalık riskini azaltmada etkili faktörleri uygulamaya istekli olma

- D1 Kardiyovasküler hastalık riskini azaltmada etkili faktörlerin gerekli olduğunu söyleme
- D2 Kardiyovasküler hastalık riskini azaltmada etkili faktörleri uygulamak için zaman ayırma

H3 Kardiyovasküler hastalık riskini azaltmada etkili faktörleri uygulamayı alışkanlık haline getirme

- D1 Kardiyovasküler hastalık riskini azaltmada etkili faktörleri doğru uygulamanın önemli olduğunu söyleme

Psikomotor Alan Hedefleri ve Kazanımları Davranışları

H1 Kardiyovasküler hastalık riskini azaltmada etkili faktörleri doğru şekilde uygulayabilme

- D1 Kardiyovasküler hastalık riskini azaltmada etkili sağlıklı beslenme uygulamalarını genel ilkeler çerçevesinde uygulama
- D2 Kardiyovasküler hastalık riskini azaltmada etkili fiziksel aktivite uygulamalarını genel ilkeler çerçevesinde uygulama

EK 18. Eğitim Rehberi

Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Bağlamında Hemşirelerde Kardiyovasküler Sağlık



Uzm. Hem. SERAP AÇIKGÖZ ÇEPNİ

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Ayşe BEŞER

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
Nisan, 2017

1

İçindekiler

Bölüm I

Çalışma Yaşamı Hemşirelerin Kardiyovasküler Sağlığını Nasıl Etkiler?

- İşyeri ortamından kaynaklanan riskler
- Yaşam biçimiyle ilişkili riskler
- Çalışma yaşamı ve kardiyovasküler sağlık arasındaki ilişki

Bölüm II

Kardiyovasküler Hastalıklar

- Özellikleri
- Yaygınlığı
- Risk faktörleri ve hastalıktan korunma

Bölüm III

Hemşirelerde Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Nasıl Olmalı?

- Sağlıklı kiloyu sürdürme
- Sağlıklı beslenme
- Fiziksel aktivite

2

BÖLÜM I

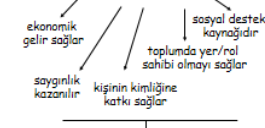
Çalışma Yaşamı Hemşirelerin Kardiyovasküler Sağlığını Nasıl Etkiler?

Maslow tarafından 1940'lı yıllarda belirlenen temel insan ihtiyaçları hiyerarşisinde; fizyolojik ihtiyaçlar, emniyet ihtiyacı, ait olma ve sevgi ihtiyacı, kendini gerçekleştirme gibi ihtiyaçlar yer almaktadır. Bu hiyerarşide yer alan ihtiyaçların karşılanmasında çalışma yaşamı önemli bir yer tutar.



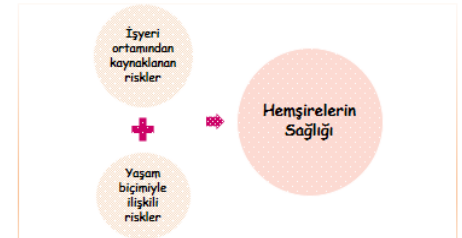
Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi

Çalışma Yaşamının Olumlu Yanları



Çalışma yaşamı çalışanın hayatını olumlu yönde etkilerken, olumsuz yönde de etkileyebilir. Hemşirelerde bu etkilene nasıl olur?

3



Hemşirelerin sağlığını; işyeri ortamından kaynaklanan riskler ve yaşam biçimiyle ilişkili risklerin bütünleşmiş etkisi tehdit eder. (Biliç, 1999)

4

1. İşyeri ortamından kaynaklanan riskler

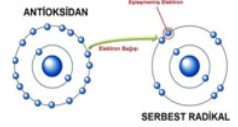
Bu riskler hangi mekanizmalar aracılığıyla hemşirelerin sağlığını bozabilir?

- Kimyasal (anestezik ajanlar, lateks ürünler, dezenfektanlar vb.)
- Fiziksel (radyasyon, gürültü vb.)
- Biyolojik (Hepatit/HIV gibi enfeksiyon hastalıkları)
- Ergonomik (ağır kaldırma, itme-çekme hareketleri vb.)
- Psikososyal (iş stresi, zorlayıcı çalışma koşulları, vardiyalı çalışma vb.)

(Biliç ve Yıldız, 2012)

5

- İşyeri ortamından kaynaklanan risklere maruz kalan hemşirelerin sağlığını bozan mekanizmalardan ilki **antioksidan savunma sisteminde zayıflama** görülme olasılığının yüksek olmasıdır.



- Vücudumuzda bulunan antioksidanların ve serbest radikallerin dengede olduğu sistem **antioksidan savunma sistemi** olarak adlandırılır.

- Serbest radikaller aerobik metabolizmanın doğal bir ürünüdür. Hücre tarafından kullanılan oksijenin %2-3'ü serbest radikallere dönüşür.

- Serbest radikaller antioksidanlar tarafından ortadan kaldırılır.

(Özcan ve ark., 2015)

6

- Radyasyon, strese maruz kalma sigara kullanma gibi bazı faktörler hücrenin oksijen tüketimini artırır. Bu durumda hücresel savunma mekanizması aracılığıyla ortadan kaldırılan daha fazla serbest radikal oluşur ve antioksidanlar yetersiz kalır.

- Daha fazla serbest radikal oluşması organizmaya zarar verecek düzeye ulaştığında **oksidatif hasar** meydana gelir.

- Serbest radikaller; lipitler, nükleik asitler ve proteinler gibi biyolojik moleküllerle kolayca reaksiyona girebilir ve hücresel düzeyde yapılarında hasara neden olabilir.



- Hücresel düzeyde gerçekleşen hasar sonucunda erken yaşlanma, kanser gibi hastalıklar kendini gösterir, **kardiyovasküler hastalıklar** da bunlardan biridir.

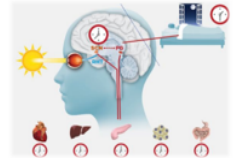
7

- İşyeri ortamından kaynaklanan risklere bağlı olarak hemşirelerin sağlığının bozulmasında etkili diğer mekanizma **sirkadiyen ritimde bozulma ve melatonin hormonu salınımında baskılanmadır**. Bu etki hemşirelerin vardiyalı çalışmasıyla bağlantılıdır.

- Vücudumuz 24 saatlik uyku-uyanıklık döngüsünde çalışır, gün içerisinde aktif olmayı, gece uyumayı sağlamak üzere programlanmıştır. Vardiyalı çalışma, sirkadiyen ritme karşı gelmektedir.

- Sirkadiyen ritmi düzenlemede retina aracılığıyla alınan ışık en güçlü faktördür ve vücudun **merkezi saatidir**.

- Sirkadiyen ritim fizyolojik/biyolojik süreçleri senkronize eder (beden sıcaklığı, kalp atımı, kan basıncı, hormon düzeyi, sindirim sistemi işlevleri).



- Merkezi saatin yanı sıra vücudun fizyolojik süreçleri **periferik saatler** (kalp, karaciğer, pankreas, adipoz doku ve diğer dokular) aracılığıyla da yönetilir.

Cismon et al., 2015; Richardson et al., 2015; Muehlhauser et al., 2005; Dato ve Takahashi, 2010

8

9

10

11

12

13

BÖLÜM II

14

KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLARDA GÜNCEL DURUM

15

16

Yapılan araştırmalar sağlık bilgisine sahip olsa da hemşirelerin kardiyovasküler hastalık riskini artıran davranışlar sergilediğini ortaya koymaktadır.

- Hemşirelerin %80,9'u öğün atlamaktadır. En fazla atlanan öğün kahvaltıdır.
- Vardiyalı çalışanlarda ayaküstü atıştırma hızlı yeme eğilimi yüksektir.
- Hemşirelerin %65,7'si herhangi bir fiziksel aktivitede bulunmamaktadır.
- Hemşireler de dahil olmak üzere sağlık çalışanlarında sigara içme oranı %43-55'tir ve bu oran toplumdaki içme sıklığından fazladır.



Kardiyovasküler hastalık gelişimini artıran bu riskleri azaltmanın bir yolu hastalık gelişmeden önce önlem alınması, yani hastalıktan korunmadır.

Özçelik, 2006; Yalçınkaya ve ark., 2007; Keşgin ve ark., 2011; SB, 2011

17

BÖLÜM III

KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLARDAN KORUNMA NASIL OLMALI?

► Kardiyovasküler hastalıklardan korunmada aşağıda yer alan beş faktör önemlidir.



Sağlıklı kiloyu sürdürmek



Sağlıklı beslenmek



Fiziksel olarak aktif kalmak



Sigaryayı bırakmak



Stresi Yönetmek

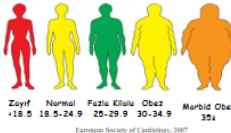
© 2010, 2011, 11-12, 2012

18

Sağlıklı Kiloyu Sürdürmek

- Sağlıklı kilonun değerlendirilmesinde beden kitle indeksi (kg/m²), bel çevresi ve bel/kalça oranına bakılır.
- Yağın vücutta toplandığı bölge kardiyovasküler hastalık riskini belirlemek açısından çok önemlidir. Beden kitle indeksi vücut yağ dağılımını göstermediği için vücuttaki yağ dağılımı (yani bölgesel yağlanma) için bel çevresi ve bel/kalça oranına da bakılır.

Beden Kitle İndeksi Sınıflandırması



European Society of Cardiology, 2007

Bel/Kalça Oranı

Kadınlarda ≥ 0.85

Erkeklerde ≥ 1

Bel Çevresi

Kadınlarda : ≥ 80 cm riskte artış

≥ 88 cm riskte daha fazla artış

Erkeklerde: ≥ 94 cm riskte artış

≥ 102 cm riskte daha fazla artış

SANTRAL OBEZİTE

(Vücutta yağlanmanın olduğu bölgeye göre obezite tipleri)

Deri altı yağ gövdede toplanır. Bu nedenle en tehlikeli obezite tipidir.



Elma Tipi

Göbeksiz halinde kişinin fazla kilo sorunu yoktur, kilo verme ihtiyacı duymaz. Ancak iç organların çevresinde yağ artışı vardır. Yani dış görünüm bazen aldatıcı olabilir.



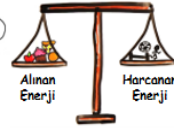
Armurt Tipi

Uyluk ve kalçada aşırı miktarda yağ depolanır.

İç organların çevresinde yağlanma az olduğu için daha az tehlikeli obezite tipidir.

19

20

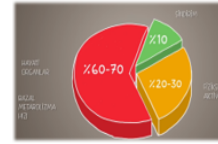


- Vücut ağırlığı artışının, yani obezitenin sağlık üzerindeki potansiyel olumsuz etkileri fazladır. Temel nedeni ise enerji dengesinde bozulmadır.

- Alınan enerji harcanan enerjiye eşit ise enerji dengesi sağlanır ve kilo korunur.

- Aldığımızdan daha fazla enerji yakarsak kilo veririm, hareketsiz bir yaşamımız varsa ve fazla kalori alıyorsak zaman içinde kilo alırız.

- Alınan günlük enerjinin %60 ila %70'i hayati organların çalışması için kullanılır (bazal metabolizma hızı), %10'u yenilenleri sindirmek ve depolamak için kullanılır, kalan enerjiyle de hareket edilir.



- Günlük ortalama enerji ihtiyacı kadınlarda 2000 kkal, erkeklerde 2500 kkal'dır. Enerji ihtiyacı kişiden kişiye değişir. Genetik, cinsiyet, yaş, yaşam tarzı ve fiziksel aktivite enerji ihtiyacını etkiler.

21

22



- Eğer amaç kilo vermek ise daha az yiyecek ve daha çok hareket ederek vücut enerjisi dengelenebilir. Kavramsal olarak çok basit görünse de bu dengeyi sağlamak gerçekte bu kadar basit değildir.



- Etrafımız lezzetli yemekler, büyük porsiyonlar, yüksek kalorili yiyeceklerle çevrilidir. Enerji dengesinin bir tarafında bu ilgi çekici yiyecekler varken diğer tarafında ise arabalar, televizyonlar, asansörler, yürüyen merdivenler vardır. Dolayısıyla yaşam biçimi daha çok yemeye, daha az enerji harcamaya neden olur.

- Kilo vermek amacıyla çoğunlukla beslenme davranışları değiştirilir. Belli yiyecekler daha yeme kararları alınır ve diyet aracılığıyla aşırı yemeyi azaltmak hedeflenir.



- Diyetlerin kimi az yağ içerir, kimi az karbonhidrat içerir, kimi de sayarak sayılamayacak kadar zayıflamayı önerir. Diyetlerin internete, televizyonlarda pazarlaması yapılır. Mucizevi yiyeceklerden, süper besinlerden bahsedilir.



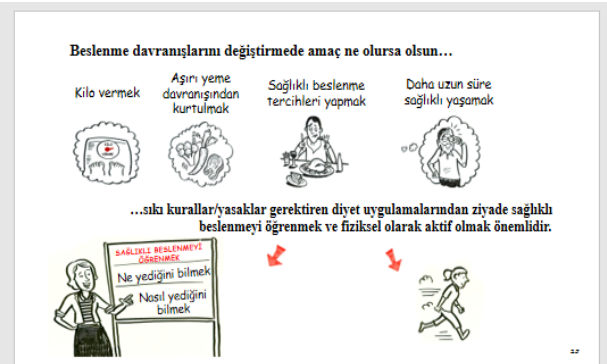
- Hangi diyetin yapılabileceğine dair çok fazla zaman harcanır ve nitelikten ziyade niceliğe yoğunlaşılır: Kaç kilo verdim? Kaç kalori aldım almıyordum?

23

24



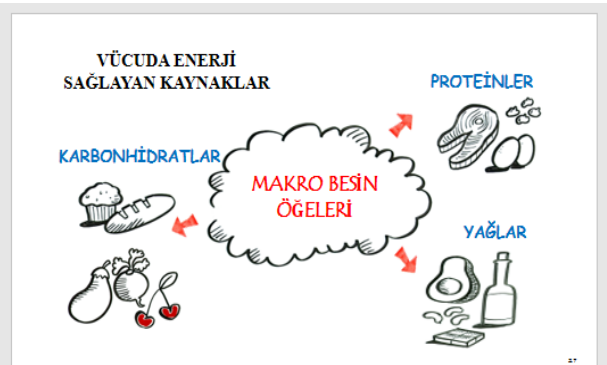
25



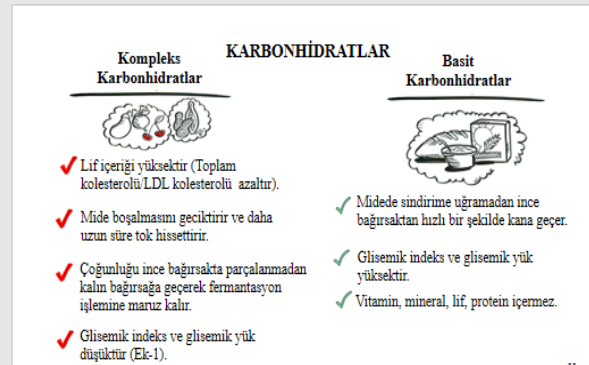
26



27



28



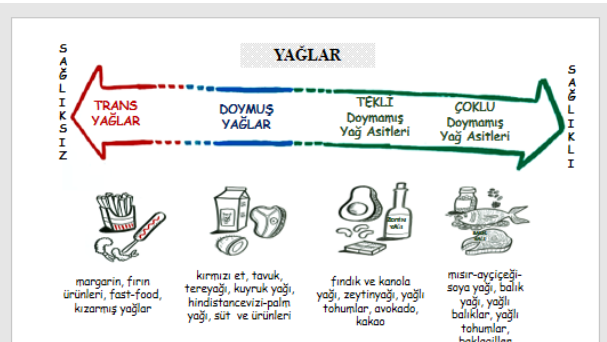
29



30



31



32

YAĞLAR

TRANS YAĞLAR

- ✓ Toplam kolesterolü artırır, HDL kolesterolü azaltır.
- ✓ Et ve süt ürünlerinin doğal yapısında az miktarda vardır.
- ✓ Beslenmede ne kadar az, o kadar iyidir.

DOYMUŞ YAĞLAR

- ✓ Ölçülü tüketildiğinde kalp sağlığına olumsuz etkisi azdır.
- ✓ Yoğun tüketildiklerinde kolesterol metabolizmasını olumsuz etkiler.

TEKLİ Doymamış Yağ Asitleri

- ✓ HDL kolesterolü iyileştirir, antioksidan etkilidir.

ÇOKLU Doymamış Yağ Asitleri

- ✓ LDL kolesterolü düşürür, antioksidan etkilidir.
- ✓ Vücutta sentezlenemez, mutlaka beslenmeye alınmalıdır.
- ✓ Sağlıklı kolesterol metabolizmasına olan yararı kanıtlanmıştır.

33

YAĞLARIN TÜKETİMİ

- ▶ Trans yağ alımı olabildiğince sınırlandırılmalıdır.
- ▶ Kırmızı et, tavuk, süt ve süt ürünleri az yağlı/yağsız tercih edilmeli (dislipidemi varsa).
- ▶ Doymuş yağlar yerine doymamış yağları tercih etmek daha iyi bir seçenektir.
- ▶ Haftada en az iki kez balık tüketilmelidir.

- ▶ Ceviz, fındık, fıstık, badem gibi yağlı tohumlar kavurulmamış ve tuzlanmamış olarak her gün 30 gr tüketilmesi önerilmektedir (2-3 tam ceviz veya 10-15 fındık veya badem).



34

PROTEİNLER

Hayvansal Kaynaklı Proteinler

- ➕ **Etler**
 - Büyükbaş hayvanlar (doymuş yağ yüksek)
 - Kümes hayvanları (doymuş yağ düşük)
 - İşlenmiş etler (sosis, salam, karıyama vb.)
 - Su ürünleri (balıklarda omega-3 yüksek, inflamasyonu hafifletir)
- ➕ **Yumurta**
 - Sarısında yüksek kolesterol var, ancak doymamış yağ (örnek protein)
- ➕ **Süt ve Süt Ürünleri**
 - Süt, peynir, yoğurt, kefir vb.

Bitkisel Kaynaklı Proteinler

- ➕ **Yağlı Tohumlar**
 - Ceviz, fındık, fıstık, badem, keten tohumu vb.
 - Kolesterol içermez, antioksidan ve antiinflamatuvar
 - Doymamış yağ, E vitamini ve flavonoidlerden zengin
- ➕ **Kurubaklagiller**
 - Kuru fasulye, nohut, mercimek, soya fasulyesi (flavonoid) vb.
 - Çoklu doymamış yağ yüksek
- ➕ **Süt**
 - Badem sütü, soya sütü vb.

35

PROTEİNLERİN TÜKETİMİ

- ▶ Kırmızı etin fazla tüketilmesi sistemik inflamasyonu artırır. Bu nedenle bitkisel protein kaynakları (yağlı tohumlar ve kurubaklagiller) haftada iki gün tüketilerek kırmızı et tüketimi azaltılmalıdır.
- ▶ Hem doğa için hem de insan sağlığı için kırmızı eti azaltın!
- ▶ İşlenmiş etler (sosis, salam vb.) nitrit ve nitrat içerikleri nedeniyle tüketimi sınırlandırılmalıdır.



▶ Yumurta her gün bir tane tüketilebilir (dislipidemi yoksa).



Günde 3 porsiyon protein grubundan tüketilmelidir.

36

Sağlık Hemşireleri İçin Sağlıklı Beslenme Önerileri



37

Besin Çeşitliliği Sağlayın!

- ▶ Öğün içeriğini planlamada besin çeşitliliğini sağlamak makro besin öğelerinin ve besin gruplarının günlük öğünlerde alınmasına yardımcı olur. Böylece antioksidan ve sağlıklı yağ asitlerini içeren besleyici gıdaların alımı sağlanır, günlük halini yükselterek enerji düzeyini iyileştirir.
- ▶ Besin çeşitliliği, vücudu daha dinç kılar, inflamasyonu ve ardından gelebilecek oksidatif stresi azaltmaya yardımcı olur (Aksine sağlıklı yağların ve şekerli besinlerin yüksek olduğu beslenme stresörlerin ve inflamasyonun hafifletilmesini desteklemez.).



▶ Besin çeşitliliğini sağlamak kardiyovasküler hastalıklardan korunmayı destekler.

38

Öğün İçeriğini Planlayın!

- ✓ Tabakta renklilik ve çeşitlilik sağlayın. Karbonhidrat (meyve, sebze ve tam tahıl), yağ ve proteinlerin dengeli olmasına özen gösterin (Ek-2a ve 2b).
- ✓ Yemeklerinizde patates pırsı-kızartması yerine buharda pişirilmiş sebzeleri garnitür olarak tercih edin. Yemeklerimize lezzet vermesi için krema yerine antioksidan deposu baharatları kullanın.
- ✓ Ana öğünler ne kadar kaliteli olursa (uzun süre tok tutan gıdalarla beslenildiğinde) ara öğün ihtiyacı o kadar az olur.



- ✓ Ara öğünler iki besin grubundan seçilebilir (yoğurt ve badem, süt ve taze meyve, kurutulmuş meyve ve fındık vb.)
- ✓ Ara öğünler bir sonraki öğünde aşırı yemeyi önler.

39

Besin Tüketim Arahklarında Tutarlı Olun!

- ✓ Öğünlerin içeriği kadar öğün sayısı da önemlidir. Besin alımı tutarlı şekilde olmalı, ana ve ara öğünler kişiye göre ayarlanmalıdır. En ideal kahvaltı, öğle ve akşam yemeğidir. Ara öğünler istenildiği takdirde yapılmalı, öğünler arasında 4-5 saat ara olmalıdır.
- ✓ Uzun süre aç kaldığında (enerji yağ olarak depolanır ve metabolizma yavaşlar) ya da kısa süreli aralıklarla aşırı beslenildiğinde metabolik denge (enerji dengesi) olumsuz etkilenir.

Sabah kahvaltınız zengin, akşam yemeğiniz fakir olsun!



40

Nöbetlerde Gıda Alımını Gündüz-Gece Örüntüsüne Yakın Alın!

(Sirkadiyen ritminizin olumsuz etkilenmesini azaltırsınız)

Gündüz Vardiyası

Kahvaltı:
(uyandıktan sonra 1 saat içerisinde yapmaya özen gösterin)
Ara öğün (istenildiği takdirde)

Öğle yemeği
Ara öğün (istenildiği takdirde)

Akşam yemeği
(vardiya sonrası geç saatlerde kahve almayın)
Ara öğün (istenildiği takdirde)



Gece Vardiyası



Vardiya başlangıcında

Gece yarısında (istenildiği takdirde)
Gece 3-4 saatleri arasında (istenildiği takdirde yorgunluk ve uyku halini azaltmak için)

41

Gece Çalıştığınız İçin Kilo Alma Eğiliminizin Farkında Olun!

- ✓ Fareler üzerinde yapılan 6 hafta süreli bir çalışmada **gündüz saatlerinde** yağlı bir diyet alımının %20 oranında kilo artışına, **gece** normalde uyumaması gereken saatlerde yağlı bir diyet alımının %48 oranında kilo artışına neden olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Gece çalışan hemşireler günlük gıda alımının çoğunu işyerlerinde yapar, sindirimin yavaş olduğu saatlerde. Bu nedenle mide sorunları sıklıkla yaşanır. Kompleks karbonhidratlar ile proteinde zengin ve sağlıklı yağları içeren gıdaları tercih etmek bu sorunların giderilmesinde ve kilo artışı engellemede yararlı olacaktır.

Porsiyon Kontrolü Sağlayın!

- ✓ Ağza alınan ilk lokmadan 10 dakika sonra beyin doygunluk hissini algılamaya başlar. Bu nedenle yemeklerinizi daha uzun süre çiğneyin, yemek yemeyi aceleyle getirmeyin, ayakta atıştırmayın.



42

Su İçmeyi İhmal Etmeyin!

- ✓ Açlık ve susuzluk hissi birbirine karışabilir, açlığınızı hissettiğinizde öncelikle su için. Belki de sadece susamışsınızdır!
- ✓ Nöbet sırasında su içmek uyanık kalmanızı sağlar.



Günlük ortalama 2-2,5 lt su içmek bazal metabolizmayı hızlandırır.

Uyumadan önce içilen bir bardak su uykuda hücre yenilemede kullanılır, toksik maddeleri vücuttan uzaklaştırır. Uyandıktan sonra bir bardak su içmek ise uykuda kullanılan suyun yerine konmasını sağlayarak enerji verir. **Su içen insanların kalp hastalıklarına yakalanma oranı yarı yarıya düşmektedir.**

43

Kafein Alımınızı Takip Edin!

- Günde 400 mg' dan fazla kafein tüketmeyin (4 kupa fincan). Aşırı alındığında sempatik etki nedeniyle kalp hızında ve kan basıncında artış olabilir.
- Kafein yaklaşık 8 saat vücutta kalır. Yatmadan önce yaklaşık 4 saat öncesinden kafeinli içecek almayın. Kafeinli içecekleri vardiyanızın başında alın, daha sonra kafeinsiz içecekleri tercih edin.
- Granül kahvelerden ziyade (işlenmiş kahve) Türk kahvesi ya da filtre kahveyi tercih edin. Ayrıca, kafeinsiz kahvelerin de kafein içerdiğinin farkında olarak sınırlı tüketin.



- Antioksidan bileşenler ve potasyum içeren çay ve kahveyi gıdalarla tüketin (günde 1 kupa şeker azaltmak, yılda 1 kg alımını önler).
- Siyah çayın 100 gramında 6 mg flavonoid varken, yeşil çayda 40 mg vardır. Günde 1-2 bardak yeşil çay kalp sağlığını koruyucu etki gösterir.
- Çayın bir bardağında 60 mg kafein vardır. Çay tüketiminizi gözden geçirin.

44

Çalıştığınız Günlerde Ne Yiyeceğinizi ve Ne Zaman Yiyeceğinizi Planlayın!

- ✓ İş sırasında yiyeceğinizi gıdaları evde paketleyerek işyerine getirin.
- ✓ Paketlediğiniz gıdaların düşük glikemik indeksli, lifli ve proteinli olmasına, ayrıca sağlıklı yağlar içermesine özen gösterin. Kendi hazırladığınız paketlerde besin içeriklerini kontrol edersiniz, besin çeşitliliğini ve porsiyon kontrolünü sağlarsınız.



✓ Özellikle nöbetlerde yüksek glikemik indeksli, sağlıklı yağ ve şeker içeren, kızartılmış ya da ağır soslar içeren gıdaları tüketmek halsiz ve uykulu hissetmenize, mide ekşimesine ve huzursuzluk yaşamınıza neden olabilir. Nöbetlerde ne yiyeceğinizi planlamak bu gıdaları tüketmenizi önler.

✓ İşyerinde yemekhanede çıkan yemeklerin listesini bir gün öncesinden kontrol edin. Beğenmediğiniz yemeklerin çıkması durumunda yiyeceğinizi paketleyerek işe getirmek iyi bir tercih olacaktır.

45

Mutfağınızı Düzenleyin!

- Mutfağınızda sevdiğiniz ama yemek istemediğiniz sağlıklı gıdaları bulundurmayın (kurabiye, cips, pasta, bisküvi vb.).
- Sağlıklı ve kolayca hazırlayabileceğiniz gıdaları mutfağınızda bulundurun (çiğ sebzeler, taze kurutulmuş meyveler, sert kabuklu yumurtalar, zeytinyağı, yoğurt, ton balığı, zeytin, peynir vb.).



Market Alışverişinizi İçgüdüsel Yapmayın! Semt Pazarlarına Uğrayın!

- Alışveriş listesi yapın, reyonlarda amaçsızca dolaşmayın. Renkli ve albenili paket gıdaların olduğu reyonlarda vakit geçirmeyin.
- Semt pazarları mevsiminde taze sebze ve meyve alımı için en uygun yerlerdir. Haftada birkaç saatinizi pazar alışverişine ayırın.



46

Gerçek Gıdalarla Beslenin!

- ✓ Paketlenmiş gıdalara eklenen katkı maddelerinin insan sağlığına zarar vermeyecek oranlarda olması ulusal mevzuatlarla kontrol altına alınmış olsa da sık aralarla bu gıdaları tüketmek sağlığa zarar verebilir.
- ✓ Gördüğünüzde ne olduğunu kolayca tanımlayabildiğiniz gerçek gıdaları tüketmeyi tercih edin.



Yeterli Uyku Uyuyun!

- ✓ Uyku, vücudun ve zihnin kendini şarj etme yöntemidir. Günde 7-8 saat uyuyun. Erginlerde büyüme hormonu uykuda salgılanır ve anti-aging özellikli taktır.



- ✓ Uykuda melatonin salınımını desteklemek için nöbet sonrası gündüz evde uyurken uyku göz bandı kullanın ya da olabildiğince karanlık bir odada uyuyun. Gece çalışan hemşire odasının loş ışıklı olmasına özen gösterin, evinizde sarı tonlarında ampuller kullanın.

47

Kendi Yeme Davranışlarınızın Farkında Olun!

Ne zaman yemek yiyorum? Stresliken aşırı yiyor muyum?

Üz olduğumda, canım sıkıldığımda yemek yiyor muyum?

Duyusal açlık mı yaşıyorum, yoksa fiziksel açlık mı?

Hızlı ya da ayakta atıştırarak yemek yiyor muyum?



Yeme davranışlarınızın farkında olarak beslenmenizde ufak değişiklikler yapmak bile yararlıdır!

48

ÖZET

- ✓ Beslenme davranışlarınızı düzenlemek için öncelikle ne yediğinizi, nasıl yediğinizi fark edin.
- ✓ Çevrenizde sağlıksız gıdaları yemenizi tetikleyen şeylerin farkına varın.
- ✓ Mükemmellikten/iradeye dayalı diyetlerden ziyade küçük değişiklikler yapabileceğiniz yeme kararları alın, akılcı seçimler yapın.



Bugün sağlıklı olarak ne yiyebileceğinizi daha çok düşünün, yasaklı gıdaların neler olduğuna odaklanmayın.



Kronik olarak hasta olmayı değil kronik olarak sağlıklı olmayı seçin!

49

Kardiyovasküler Sağlığı Korumada Fiziksel Aktivite



50

Fiziksel aktivitenin pek çok sistem üzerinde yararlı etkileri vardır. Kardiyovasküler sistem üzerinde fiziksel aktivitenin yararlarından bazıları aşağıda sıralanmıştır.

- ♥ Kardiyovasküler Hastalık riskini %30-50 oranında azaltır.
- 🍷 Lipit profilini iyileştirir.
- 🍰 Glisemik kontrol sağlar ve insülin direncini önler.
- 🩺 Kan basıncını düzenler.
- 🧘 Stresi azaltır.



51

Fiziksel Aktivite

Günlük yaşam içerisinde, iskelet kasları kullanılarak yapılan ve enerji harcamasını gerektiren her harekettir.

Spor

Belirli kurallara içerisinde yapılan, genellikle yarışma amacı taşıyan, lisanslı amatör ve profesyonel sporcuların gerçekleştirdiği aktivite türüdür.

Egzersiz (Düzenli Fiziksel Aktivite)

Fiziksel uygunluğun bir veya daha fazla bileşeninin korunmasını veya geliştirilmesini amaçlayan düzenli, planlanmış ve tekrarlı fiziksel aktivitelerdir.



52

EGZERSİZ TÜRLERİ

- Dayanıklılık** → Vücudun oksijen kullanma kapasitesini artırır. → Yürüyüş vb.
- Kuvvet** → Kasın dirence karşı koyabilme yeteneğini artırır. → Ağırlık kaldırma, Merdiven çıkma vb.
- Esneklik (Germe, Gevşeme)** → Eklemlerin geniş açıda hareket edebilmesini sağlar. → Yoga, Pilates vb.
- Denge** → Vücudun düşmeden durabilme ve düzgün hareket edebilme yeteneğini artırır. → Tek ayak üzerinde durabilmek, tek ayak üzerinde pönelip kalkma vb.

53

- ▶ Egzersiz belli bir yoğunlukta olmalıdır. **Yoğunluk:** kişinin aktiviteyi yapmak için ne kadar çaba harcadığıdır.
- ▶ Sedanter kişilerde öncelikle hafif yoğunlukta aktiviteyle başlanır. **Zaman:** içerisinde aktivitenin süresi ve yoğunluğu artırılır.



54

EGZERSİZ YOĞUNLUĞUNU NASIL ÖLÇERİZ?

METABOLİK EŞDEĞER

- ✓ Kişinin efor sırasında tüketebileceği oksijen hacmidir. Aktivite yoğunluğunu ölçer, 0'dan 10'a kadar ölçeklenir.
- ✓ Kardiyovasküler sağlık için önerilen orta yoğunlukta fiziksel aktivitedir (Dans etmek, yüzmek, masa tenisi oynamak, yavaş tempoda bisiklet sürmek, tempolu yürümek vb.)



55

Düşük Yoğunlukta Fiziksel Aktivite



Yürüyüşünüzü yaparken nefes alma hızınız ve kalp atım hızınız değişmez.

Orta Yoğunlukta Fiziksel Aktivite



Hala yanınızdaki kişiyle konuşabilirsiniz, ancak nefes alma/kalp atım hızınız değişir ve şarkı söyleyemezsiniz.

Yüksek Yoğunlukta Fiziksel Aktivite



Aktivite sırasında nefesiniz kesilmeden birkaç kelimeden fazlasını söyleyemezsiniz.

56

Haftada 150 Dakika Yürüyüş (Orta Yoğunlukta Fiziksel Aktivite)

► Haftada en az 3 defa tercihen her gün düzenli ya da haftada her biri en az toplam 10 dakika ≥ yapılmalıdır. (Ek-3)



- Sedanter bireyler yürüyüşlerine kısa sürelerle başlayabilir (günde 5-10 dakika), zamanla süresini ve yoğunluğunu artırabilir.
- Egzersizden 3-4 saat öncesine kadar ana öğün, yarım saat öncesine kadar hafif bir ara öğün tüketilebilir. Aç karnına yapılmamalıdır.
- Egzersiz sırasında kaybedilen sıvı kaybı su ile karşılanmalıdır (15 dakikada bir en az bir çay bardağı).
- Yürüyüşe önce hafif tempoyla başlanarak 5-10 dakikalık ısınma sağlanır.
- Isınma sonrasında tempo artırılır ve yüklenme süresi 15-30 dakikadır.
- Yürüyüş sonlandırılmadan önce hafif tempoya düşülerek 5-10 dakikalık soğuma sağlanır.

22

57

Hemşireler İçin Fiziksel Aktivite

Otobüsten bir durak erken inmek..

İşyerinde öğle saatlerinde yürümek..

Aktif Olmak İçin Küçük Fırsatlardan Yararlanın!

Telefonla konuşurken yürümek..



Arabayı uzak mesafeye park etmek.. Ev ile işyeri arası yürüme mesafesi ise yürüyerek işe gelmek..

İşyerinde asansör yerine merdivenleri tercih etmek..

58

Hemşireler İçin Egzersiz

► Çalışırken yorgunluk ve stres yaşadığınızda kendinizi toparlamak ve rahatlamak için birkaç dakika ara verin.

İşiniz süresince sizi ayakta tutan kaslarınız ve bedeniniz egzersiz yaptığınızda size teşekkür edecektir.



► Orta yoğunlukta fiziksel aktivite olarak sayılan gevşeme/germe egzersizi yapın.

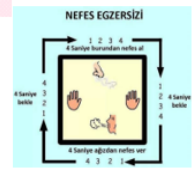
23

59

Hemşireler İçin Egzersiz

Örnek Gevşeme Egzersizi

- ✓ Sağ elinizi göğsünüze, sol elinizi karnınızın üzerine yerleştirin. Burununuzdan 4 saniyede nefes alın, 4 saniye bekleyin, aldığınız nefesi içimizden 4'e kadar sayarak ağızınızdan yavaşça verin.
- ✓ Nefes alıp verme sırasında eğer göğüs kafesiniz (sağ eliniz) hareket ediyorsa yanlış nefes alıyorsunuz demektir.
- ✓ Nefes alırken sadece juma dikkat edin: Nefes aldığınızda karnınız şişecek (sol el hareket edecek) nefesinizi tuttuğunuz sürece şiş kalacak ve verirken de içeriye doğru hareket edecek.
- ✓ Günde 5 kez nefes egzersizi yapın. Her egzersiz arasında en az 3-4 kez sakin nefes alın, kan basıncınız düşmesin.



Stresli olaylar karşısında bedeni gevşetmeyi öğrenmek, stres tepkisini kontrol etmeyi sağlar.

60

Hemşireler İçin Egzersiz

Örnek Germe Egzersizi

- Germe esnasında acele etmeyin, rahat ve yavaş olun. Hafif bir gerilim olmalı, zorlama olmamalıdır.
- Başlangıç günlerinde 10 sn, ilerleyen günlerde 30 sn'ye kadar çıkılabilir. Acı hissetmeniz egzersizi sonlandırın.
- Germe esnasında nefesinizi tutmayın, yavaşça ve doğal nefes alın.
- Dayanıklılık egzersizinin önlünde ve sonunda yapılabilir.



24

61

Hemşireler İçin Egzersiz

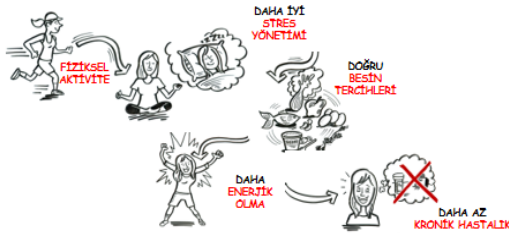
Örnek Aeropilates Egzersiz (Ek-4a ve 4b)

- ✓ Bir seans toplam 15 hareketten oluşur ve en az 10 dakika, en fazla 15 dakika sürer. Her bir hareket sonrası çalışan vücut kısmı mutlaka dinlendirilir, kramp ve yaralanmaları önlemek için hareketler hep aynı tarafa yapılır. Seanslar arasındaki dinlenme süreleri en az 30 dakikadır.
- ✓ Bir seansta enerji harcaması ortalama 60 kkal'dır. Günde 5-6 seans yapılırsa 300-400 kkal harcanır (ayda 3-4 kilo yağ yakımı gerçekleşir). Bir seans 1,5 km yürüyüşe denk gelir (Hızlı adımlarla 1 km yürüyüş 40 kkal enerji harcar).
- ✓ Vücut ağırlığı kullanılarak yapılır, büyük kas gruplarının %60'ı çalışır.

- ✓ Hareketler ara vermeden arka arkaya yapıldığında kalp atım hızı yaklaşık olarak 110-140 atım/dk olup tempolu yürüyüşe eşdeğerdir.
- ✓ Egzersizin günde kaç seans yapılacağı kişinin kilo verme ya da kiloyu koruma hedeflerine göre değişir. Günün herhangi bir saatinde egzersiz yapılabilir.
- ✓ Egzersiz seanslarını yemeklerden önce yapmak açlık hissiyatını artırır. Akşam saatlerinde yapılan seanslar rahat uyku sağlar, büyüme hormonu ve melatonin salınımını artırır.

62

ÖZET Fiziksel aktivite daha iyi stres yönetimini ve daha iyi bir uykuyu sağlar. Bu da daha iyi yiyecek kararları almaya yardım eder ve daha enerjik olmayı sağlayarak daha az kronik hastalık sahibi olmak anlamına gelir.



63

Bedeninin Kontrolü Sende! Ona İyi Bak, İyi Besle ve Egzersizle Destekle!!



Kalbin Çalışması Yaşam İle Eş Anlamıdır.. Kalbini Sev, Yaşamı Sev!

64

●

DE

92

92

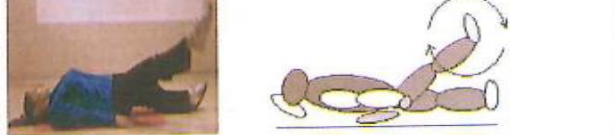
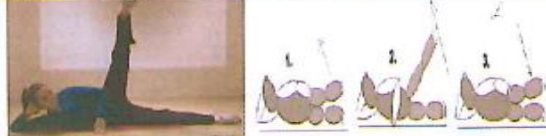
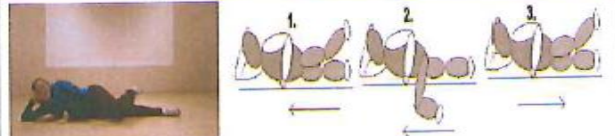
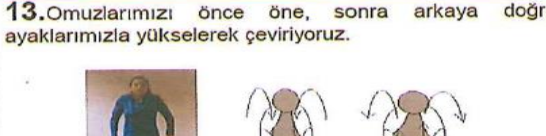
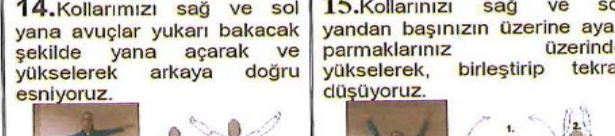
10

90

Kaynaklar

- Alçelik A, Deriz F, Yeşildal N, Mayda AS, Ayakta Şerifi B. AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sağlık Sorunları ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005;4(2):55-65.
- Baysal, A. (2011). Beslenme. 13. baskı. Ankara: Hatiboğlu Yayıncılık.
- Bilir N, Yıldız AN. İş sağlığı ve güvenliği. Güler Ç, Akın L, editörler. Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde. 2. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012. s. 1070-1106.
- Blix A. (1999) Integrating occupational health protection and health promotion. Journal of The American Association of Occupational Health Nurses, 47(4):168-171.
- Catapano, A. L., Graham, I., De Backer, G., Wiklund, O., Chapman, M. J., Drexel, H. et al. (2016). 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. European Heart Journal, 37(39), 2999-3058.
- ESC. (2007). European heart health charter. 28 Ağustos 2016 tarihinde <http://www.heartcharter.org/download/toolkit/EHHC%20English.pdf> adresinden erişildi.
- Evans, M. 14 Eylül 2016 tarihinde <https://www.youtube.com/channel/UCL-IWPkXQn3JYYYsPnpGIIg> adresinden erişildi (Görsellerden faydalanılmıştır).
- Gillies, C. L., Abrams, K. R., Lambert, P. C., Cooper, N. J., Sutton, A. J., Hsu, R. T., & Khunti, K. (2007). Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. BMJ, 334(7582), 299.
- Hacettepe Üniversitesi. (2015). Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi. Ankara: Merdiven Reklam Tanıtım.
- IDF. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome, 2006, 13 Eylül 2016 tarihinde http://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=the%20idf%20consensus%20worldwide%20definition%20of%20the%20metabolic%20syndrome%20C%20%20&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.idf.org%2Fwebdata%2Fdocs%2FMeTS_def_update2006.pdf&ei=rpM5T4qADOGQ0AWEv5WIAg&usq=AFQjCNEAFHEkPgdb2IVOEqmbCb7gOd71xw&cad=rja adresinden erişildi.
- Ijaz, S., Verbeek J., Seidler, A., Lindbohm, M.L., Ojajarvi A., Orsini, N., Costa, G., Neuvonen, K. (2013). Scandinavian Journal of Work, Environment & Health. 39(5): 431-447.
- Kesgin MT, Kublay G. Özel Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Yaşam Alışkanlıkları ve Çalışma Koşullarından Kaynaklı Sağlık Sorunlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011;13(1):41-49.
- Korompeli, A., Sourtzi P., Tzavara C., Velonakis E. (2009) Rotating shift-related changes in hormone levels in intensive care unit nurses. Journal of Advanced Nursing, 65(6), 1274-1282.
- O'Donnell, M. J., Xavier, D., Liu, L., Zhang, H., Chin, S. L., Rao-Melacini, P., ... & Mondo, C. (2010). Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. The Lancet, 376(9735), 112-123.
- Ohlmann, K. K., & O'Sullivan, M. I. (2009). The costs of short sleep. Workplace Health & Safety, 57(9), 381.
- Özcan, O., Erdal, H., Çakırca, G., Yönden, Z. (2015). Oksidatif stres ve hücre içi lipid, protein ve DNA yapıları üzerine etkileri. Journal of Clinical and Experimental Investigations, 6(3): 331-336.
- Özçelik AÖ. Sağlık Personelinin Beslenme Alışkanlıkları Üzerinde Bir Araştırma. Gıda 2000;25(2):93-99.
- Pan, A., Schernhammer, E. S., Sun, Q., & Hu, F. B. (2011). Rotating night shift work and risk of type 2 diabetes: two prospective cohort studies in women. PLoS Med, 8(12), e1001141.
- Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR).
- Sabri Ülker Gıda Araştırmaları Enstitüsü Vakfı. 05 Eylül 2016 tarihinde <http://sabriulker Vakfı.org/> adresinden erişildi (Görsellerden faydalanılmıştır).
- Sağlık Bakanlığı. Sağlık çalışanlarında obezite (şişmanlık) ve zayıflık durumunun belirlenmesi araştırma raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2011.
- Scheer, F. A., Hilton, M. F., Mantzoros, C. S., & Shea, S. A. (2009). Adverse metabolic and cardiovascular consequences of circadian misalignment. Proceedings of the National Academy of Sciences, 106(11), 4453-4458.
- Schernhammer, E.S., Kroenke, C. H., Laden, F., Hankinson, S. E. (2006) Night Work and Risk of Breast Cancer. Epidemiology, January 17(1): 108-111.
- Shao M.-F., Chou Y.-C., Yeh M.-Y., Tzeng W.-C. (2010) Sleep quality and quality of life in female shift-working nurses. Journal of Advanced Nursing, 66(7), 1565-1572.
- Trinkoff AM, Le R, Geiger-Brown J, Lipscomb J, Lang G (2006) Longitudinal relationship of work hours, mandatory overtime, and on-call to musculoskeletal problems in nurses. Am J Ind Med 49, 964-71.
- WHO (2014). Cardiovascular diseases (CVDs). 05 Eylül 2016 tarihinde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> adresinden erişildi.
- World Health Organization (2006). The world health report 2006: working together for health. Geneva: WHO Press.
- Yalçınkaya M, Gök Özer F, Yavuz Karamanoğlu A. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(6):409-420.
- Yükseköğretim Kurulu, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı. (2014). Türkiye'de sağlık eğitimi ve sağlık insangücü durum raporu. YÖK Yayın No:2014/1. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Basımevi.

EK 19. Orta Yoğunlukta Aeropilates Egzersiz

 1.Sırt üstü yatar şekilde, bisiklet pedalı çevirme hareketi. Önce sağ bacak, sonra sol bacak sırayla yapılacaktır.	 2.Sırt üstü yatar şekilde, dizimizi karnımıza çekip bırakıyoruz. Önce sağ bacak, sonra sol bacak sırayla yapılacaktır.
 3.Sırt üstü yatar şekilde, bacağımızı düz ve dizi kırmadan kaldırıp indiriyoruz. Önce sağ bacak, sonra sol bacak sırayla yapılacaktır.	 4-5.Sırt üstü yatar şekilde, dizimizi bükmeden, düz bacağımızla önce içeriden dışarıya doğru sonra dışarıdan içeri doğru daire çiziyoruz. Önce sağ bacak, sonra sol bacakla yapılacaktır.
 6.Yan dönüyoruz. Bacağımızı düz, dizimizi kırmadan kaldırıp indiriyoruz. Önce sağ bacak, sonra sol bacak sırayla yapılacaktır.	 7.Yan dönüyoruz. Dizimizi karnımıza çekip bacağımızı düz arkaya doğru alıyoruz. Önce sağ bacak, sonra sol bacak sırayla yapılacaktır.
 8-9.Yan dönüyoruz. Dizimizi bükmeden önce sağ bacak, sonra sol bacakla, sırayla içeriden dışarıya doğru sonra dışarıdan içeri doğru daire çiziyoruz.	 10.Yan dönüyoruz. Çapraz yürüyüş hareketimizi yapıyoruz. Önce sağ bacak, sonra sol bacak sırayla yapılacaktır.
 11.Önce sağ kolumuzu sonra sol kolumuzu öne doğru ayaklarımızla yükselerek çeviriyoruz.	 12.Önce sağ kolumuzu sonra sol kolumuzu arkaya doğru ayaklarımızla yükselerek çeviriyoruz.
 13.Omuzlarımızı önce öne, sonra arkaya doğru ayaklarımızla yükselerek çeviriyoruz.	 14.Kollarımızı sağ ve sol yana avuçlar yukarı bakacak şekilde yana açarak ve yükselerek arkaya doğru esniyoruz.
 15.Kollarınızı sağ ve sol yandan başınızın üzerine ayak parmaklarınız üzerinde yükselerek, birleştirip tekrar düşüyoruz.	

EK 20. Bilgilendirilmiş Olur Formu (Deney Grubu)

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Araştırmacının Beyanı

İşyeri sağlığı geliştirme programının kardiyovasküler riske ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini değerlendirmek amacıyla bir araştırma yapmaktayım. Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde yürütülen bir doktora tezi için kullanılacak olup bilimsel amaçlar dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuyup değerlendirdikten sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı Serap Açıkgöz Çepni tarafından işyeri sağlığı geliştirme programı kapsamında “Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Bağlamında Hemşirelerde Kardiyovasküler Sağlık” konulu bir eğitim verilecektir. Bir aeropiltates egzersiz örneği (15 hareketten oluşan) araştırmacı tarafından gösterilerek uygulaması yapılacak, egzersizin nasıl uygulandığı, egzersiz uygularken dikkat edilmesi gereken durumlar ve egzersizin ne zaman sonlandırılması gerektiğine dair bilgiler verilecek, egzersiz seansları kişiye özel olarak belirlenecektir. Egzersiz yaparken kas krampları yaşanabilir. Ancak egzersizin doğru uygulanmasıyla bu riskin önüne geçilebilir. Bu risk dışında sağlığını tehdit eden herhangi bir risk bulunmamaktadır. Bu eğitim öncesinde, eğitimden sonra 3. ayda ve 6. ayda; sosyo-demografik bilgilerinizin belirlenmesi için “Kişisel Bilgi Formu”, beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarınızın belirlenmesi için “Önceki Davranışlar Bilgi Formu”, yeme davranışınızın belirlenmesi için “Yeme İzleme Kaydı”, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınızı belirlemek için “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” ölçeği, kardiyovasküler hastalık risk faktörleri ile ilgili bilgi düzeyinizin belirlenmesi için “Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği” ve özyeterlik düzeyinizin belirlenmesi için “Genelleştirilmiş Özyeterlik Ölçeği”nde yer alan ifadeleri doldurmanız gerekmektedir. Ayrıca, kolunuzdan 10 ml (1 tüp) kadar kan alınacaktır. Alınan kanda biyokimya parametrelerinden; total kolesterol, HDL kolesterol, LDL kolesterol, trigliserit düzeyleri ölçülecektir. Kan alınması sırasında bazı riskler oluşabilir. Bu riskler şunlardır; 1) İğne batmasına bağlı olarak biraz acı duyabilirsiniz. 2) Az bir ihtimal de olsa iğne batması sonrasında kanamanın uzaması veya enfeksiyon riski vardır. Bu riskler dışında sağlığını tehdit eden herhangi bir risk bulunmamaktadır. Ek olarak, kan basıncınız, bel çevreniz, kalça çevreniz, boy ölçünüz alınacak, kilonuz tartılacaktır. Kan alımı ve antropometrik ölçümler eğitim öncesinde, eğitimden sonra 3. Ayda ve 6. Ayda tekrarlanacaktır.

Bu çalışmaya katılımınız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Yine, çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına sahipsiniz. Araştırmada kullanılan formlar üzerinde yer alacak adlarınız araştırmanın raporlamasında yer almayacaktır. Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Katılımcının Beyanı

Araştırmacı Serap Açıkgöz Çepni tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra bu araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimalla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak, araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında araştırma ile ilgili herhangi bir sorunla karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Serap Açıkgöz Çepni’nin 03125851552 (iş) veya 05052600338 (cep) no’lu telefonlarından ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Mithatpaşa C. No: 3 Yenışehir/Ankara adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının

Adı, soyadı:

Adresi:

Telefonu:

Tarih:

İmzası:

Görüşme tanığının

Adı, soyadı:

Adresi:

Telefonu:

Tarih:

İmzası:

Araştırmacının

Adı, soyadı:

Adresi:

Telefonu:

Tarih:

İmzası:

EK 21. Bilgilendirilmiş Olur Formu (Kontrol Grubu)

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Araştırmacının Beyanı

İşyeri sağlığı geliştirme programının kardiyovasküler riske ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarma etkisini değerlendirmek amacıyla bir araştırma yapmaktayım. Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde yürütülen bir doktora tezi için kullanılacak olup bilimsel amaçlar dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuyup değerlendirdikten sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz sosyo-demografik bilgilerinizin belirlenmesi için “Kişisel Bilgi Formu”, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınızın belirlenmesi için “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II”, kardiyovasküler hastalık risk faktörleri ile ilgili bilgi düzeyinizin belirlenmesi için “Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği” ve özyeterlik düzeyinizin belirlenmesi için “Genelleştirilmiş Özyeterlik Ölçeği”nde yer alan ifadeleri doldurmanız gerekmektedir. Bu ölçekleri, ilk doldurduğunuz tarihten itibaren 3 ay ve 6 ay sonra tekrar doldurmanız gerekmektedir. Ayrıca, kolunuzdan 10 ml (1 tüp) kadar kan alınacaktır. Alınan kanda biyokimya parametrelerinden; total kolesterol, HDL kolesterol, LDL kolesterol, trigliserit düzeyleri ölçülecektir. Kan alınması sırasında bazı riskler oluşabilir. Bu riskler şunlardır; 1) İğne batmasına bağlı olarak biraz acı duyabilirsiniz. 2) Az bir ihtimal de olsa iğne batması sonrasında kanamanın uzaması veya enfeksiyon riski vardır. Bu riskler dışında sağlığınıza tehdit eden herhangi bir risk bulunmamaktadır. Ek olarak, kan basıncınız, bel çevreniz, kalça çevreniz, boy ölçünüz alınacak, kilonuz tartılacaktır. Kan alımı ve bahsedilen ölçümler ilk alındığı tarihten itibaren 3 ay ve 6 ay sonra tekrarlanacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Yine, çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına sahipsiniz. Araştırmada kullanılan formlar üzerinde yer alacak adlarınız araştırmanın raporlamasında yer almayacaktır. Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Katılımcının Beyanı

Araştırmacı Serap Açıkgöz Çepni tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra bu araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak, araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında araştırma ile ilgili herhangi bir sorunla karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Serap Açıkgöz Çepni’nin 03125851552 (iş) veya 05052600338 (cep) no’lu telefonlarından ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Mithatpaşa Cd. No: 3 Yenışehir/Ankara adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının

Adı, soyadı:

Adresi:

Telefonu:

Tarih:

İmzası:

Görüşme tanığının

Adı, soyadı:

Adresi:

Telefonu:

Tarih:

İmzası:

Araştırmacının

Adı, soyadı:

Adresi:

Telefonu:

Tarih:

İmzası:

EK 22. Uygulama izinleri

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 74897384/514
Konu : Klinik Araştırma

Sn: Prof.Dr.Ayşe BEŞER
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Sağlık Yerleşkesi İnciraltı/İZMİR

Birliğimize bağlı Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülecek olan klinik çalışmanızın ön izin başvurusu Genel Sekreterliğimizce değerlendirilmiş olup, ön izin formunun onaylı sureti yazımız ekinde gönderilmiştir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Uzm.Dr.Ü.Murat PARPUCU
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkanı

EK:
- Ön İzin Formu (1 sayfa)

EK-1. Ön İzin Formu

 Sağlık Bakanlığı	TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU ANKARA İLİ 2. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ ÖN İZİN FORMU

1. Çalışmanın genel niteliği	☒ Klinik Araştırma (ilaç dışı klinik araştırma) ☐ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma ☐ Bilimsel Araştırma ve Projeler	
2. Çalışmanın adı/gerekçesi	Çalışma adı: İşyeri Sağlığı Geliştirme Programının Hemşirelerin Sağlık Davranışları Üzerine Etkisi Gerekçesi: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Programı çerçevesinde yürütülen doktora tezi kapsamında araştırma yürütülecektir.	
3. Öngörülen çalışma süresi	Kasım 2014-Ağustos 2015 (10 ay)	
4. Çalışmayı yürütecek sağlık tesisinin ve klinik/bölümün adı	Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Hastanede çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerle çalışma yürütülecektir)	
5. Destekleyen kurum/kuruluşun adı		
6. Varsa destekleyicinin yasal temsilcisinin adı		
7. Koordinatörün unvanı/adı/soyadı (Belirlenmiş ise)		
8. Sorumlu araştırmacının unvanı/adı/soyadı	Prof. Dr. İsmail Hakkı BAHAR	
9. Diğer Araştırmacı bilgileri	Araştırma ekibi (sayı olarak belirtiniz) Araştırmacı ☒ Var (2) ☐ Yok Yardımcı araştırma personeli ☐ Var ☒ Yok	Unvanı/adı/soyadı Prof. Dr. Ayşe BEŞER Uzm. Hem. Serap AÇIKGÖZ ÇEPNİ
10. Çalışmaya katılan merkezler	☐ Çok merkez ☒ Tek merkez	
(Çalışma çok merkezli ise ve belirlenmişse diğer merkezleri belirtiniz.)		
11. Çalışma yerinden hizmet alımı	☐ Var ☒ Yok	
(Eğer var ise)	Hizmet çeşidi	☐ Var (.....) ☐ Yok
	Laboratuvar	☐ Var (.....) ☐ Yok
	Görüntüleme	☐ Var (.....) ☐ Yok
	Yatak/gün	☐ Var (.....) ☐ Yok
	Konsültasyon	☐ Var (.....) ☐ Yok
	Ameliyathane	☐ Var (.....) ☐ Yok
	Diğer	☐ Var (.....) ☐ Yok
12. Diğer (Belirtiniz)	Yoktur.	

Tarih

9.8.17

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
ANKARA İLİ 2. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
Genel Sekreterliği
Erdal ÇENELİZ
Uzman

Dr. Mehmet TAHIROĞLU
İdari Hizmetler Başkanı

ONAY (İmza/Kese)
Uzm. Dr. Ümit Murat PARPUÇU
Tıbbi Hizmetler Başkanı

Abdurrahman ATILI
ANKARA İLİ 2. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
Genel Sekreterliği
Mali Hizmetler Başkanı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ANKARA İLİ 3. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ - ANKARA İLİ 3. BÖLGE KHBGS
TİG - VERİMLİLİK VE KALİTE BİRLİĞİ
03.12.2015 13:46 - 69558677 - 501.07.01 - E 3885
00013878264

Sayı : 69558677/501.07.01
Konu : Klinik Araştırma (İlaç Dışı)

Sn: Prof. Dr. Ayşe BEŞER

İlgi : 05/11/2015 tarih ve 15208 sayılı yazınız.

Genel Sekreterliğimize bağlı Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Etimesgut Prof.Dr. Celal Ertuğ Devlet Hastanesi ve Sincan Dr. Nafiz Körez Devlet Hastanesinde yürütmeyi planladığınız klinik araştırmaya yönelik talebiniz, ilgili hastanelerin yönetimi ve Genel Sekreterliğimizce değerlendirilmiş olup klinik araştırma talebiniz uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

Dr. Murat ÖZMEN
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkanı V.

EK:
İlgi Yazı (3 sayfa)

Belgenin Aslı
Elektronik İmzalıdır
05.12.2015

(Handwritten Signature)

Ankara İl 3. Bölge
Kamu Hastaneleri Birliği
Murat SAYIN
Uzman

Adres: Demirlibahçe Mh. Mamak Cad. No: 11 Mamak / ANKARA
Ayrıntılı bilgi için irtibat: Uzm. Sevgi UYGUN Elektronik Ağ: ankara3.khb.saglik.gov.tr
Tel: 03122019122

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden dd60e504-9ea4-45df-9329-729384e1111d kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 23. Etik Kurul İzni

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KOMİSYONU KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KOMİSYONU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	113-İOÇ
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı ve Etkinliği
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Ayşe BEŞER
	ARAŞTIRMA MERKEZİ ve AÇIK ADRESİ	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu A.D. İnciraltı-İZMİR 35340
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☐

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

* Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu Karar Formu

	Karar No:2010/07-09	Tarih:07.07.2010
KARAR BİLGİLERİ	Doç.Dr.Ayşe BEŞER sorumluluğunda yapılması tasarlanan "İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı ve Etkinliği" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	DEU Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu Yönergesi , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof. Dr. Ayşegül YILDIZ (Başkan)	Psikiyatri	DEU Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>R. Yıldız</i>
Dr.Ecz.İskender İNCE (Başkan yardımcısı)	Eczacı	Ege Üniversitesi ARGEFAR	Erkek	E ☐	H ☒	<i>İ. İnce</i>
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>O. Açıkgoz</i>
Prof.Ph.D..Z.Candan ALGUN	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Z. Candan</i>
Prof.Ph.D.Zuhal BAHAR	Ph.D. Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Z. Bahar</i>
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>E. Böber</i>
Prof.Dr.Nuray DUMAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>N. Duman</i>
Prof.Dr.Derya ERÇAL	Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>D. Erçal</i>
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>B. Önvural</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>N. Sariosmanoğlu</i>
Prof.Dr.Ömer Selahattin TOPALAK	İç Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>O. Topalak</i>
Doç.Dr.Hülya ELLİDOKUZ	Halk Sağlığı	DEU Onkoloji Enstitüsü Preventif Onkoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>H. Ellidokuz</i>
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>M. Güneli</i>
Doç Dr.Yeşim ÖZTÜRK	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Y. Öztürk</i>
Av. Tayfun OZANKAYA	Hukuk	Serbest	Erkek	E ☐	H ☒	<i>T. Ozankaya</i>
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	<i>I. Çelikdemir</i>

" Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu Karar Formu

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

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

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	113-İOÇ
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı ve Etkinliği
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof. Dr. Ayşe BEŞER
	ARAŞTIRMA MERKEZİ ve AÇIK ADRESİ	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İnciraltı-İZMİR 35340
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	Araştırma Dilekçesi	19.03.2014		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

* Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu Karar Formu

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/11-21	Tarih:20.03.2014
	Prof.Dr.Ayşe BEŞER'in sorumluluğu olduğu "İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı ve Etkinliği" isimli klinik araştırmaya ait 19.03.2014 tarihli araştırma dilekçesine ilişkin olarak; -Çalışma adının "İşyeri Sağlığı Geliştirme Programının Hemşirelerin Sağlık Davranışları Üzerine Etkisi" olarak değiştirilmesi uygun bulunmuştur.	

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

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEÜ Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEÜ Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D.)	DEÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKUTUK	Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.İşıl TERMEN	Histoloji ve Embriyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEÜ Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEÜ Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	

* Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu Karar Formu

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk. 240

05.06.2014

Prof.Dr.İsmail Hakkı BAHAR

Kurulumuz tarafından 05.06.2014 tarih ve 209-SBKAEK protokol numaralı 2014/14-02 karar ile onayı alınan "İşyeri Sağlığı Geliştirme Programının Hemşirelerin Sağlık davranışları Üzerine Etkisi" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Ayşegül YILDIZ
Başkan

Ek: Etik Kurul Kararı

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İşyeri Sağlığı Geliştirme Programının Hemşirelerin Sağlık davranışları Üzerine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	
ETİK KURUL PROTOKOL NUMARASI	209-SBKA EK

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/14-02	Tarih: 05.06.2014
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Ayşegül Yıldız

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof.Dr.Ayşegül YILDIZ	Psikiyatri	DEU Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr.Hülya ELLİDOKUZ	Halk Sağlığı	DEU Onkoloji Enstitüsü Prevanatif Onkoloji A.D.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr.Nuray DUMAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (Yeni Doğan)	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr.Hale ÖREN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (Çocuk Hematoloji)	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr.Şule KALKAN	Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr.A.Necati GÖKMEN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr.Taner DAĞCI	Fizyoloji	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr.Pembe KESKİNOĞLU	Biyoistatistik	DEU Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim A.D	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr.Erdem YAKA	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji A.D	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr.Mualla Aylin ARICI	Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr.Uğur Önsel TÜRK	Kardiyoloji	Batı Anadolu Mersinli Tıp Merkezi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Av.Semra MARMARA	Hukuk	DEU Rektörlüğü	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
İhsan ÇELİKDEMİR	75.Yıl Özel İlköğretim Okulu Md. Yard.	Sağlık Mesleği Mensubu Olmayan Üye	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Yunus KARSLI
D.E.Ü. Tıp Fakültesi
Fakülte Sekreteri

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Ayşegül Yıldız
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İşyeri Sağlığı Geliştirme Programının Hemşirelerin Sağlık davranışları Üzerine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	
ETİK KURUL PROTOKOL NUMARASI	209-SBKAEK

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Dokuz Eylül Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi Dekanlık Binası Kat:2 İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
	TELEFON	0 232 4122254 - 0 232 4122258
	FAKS	0232 4122243
	E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.İsmail Hakkı BAHAR		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Tıbbi Mikrobiyoloji		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Tıbbi Mikrobiyoloji A.D		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
		FAZ 4	☐	
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐	
İlaç dışı klinik araştırma		☒		
Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
				Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	07.05.2014	1	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	07.05.2014	1	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	07.05.2014	1	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Açıklama					
	Belge Adı					
	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒		Mevcut		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐					
Diğer:	☐					

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Ayşegül Yıldız
İmza:

Not: Etik Kurul başkanı, imzasını yer aldığı her sayfaya imza atmalıdır.

ASLI GİBİDİR
Uzm.Dr. Erol KOC
Daire Başkanı

EK 24. Araştırmacının Özgeçmişi

Adı Soyadı:	Serap AÇIKGÖZ ÇEPNİ
Doğum Yeri:	Mesudiye/ORDU
Doğum Tarihi:	03.08.1979
Uyruğu:	T.C.
Adresi:	SAĞLIK BAKANLIĞI Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bilkent/Çankaya/ANKARA
Telefon:	03124717801
E-Posta:	acikgoz.serap@gmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

ÜNİVERSİTE	FAKÜLTE/ENSTİTÜ	ÖĞRENİM ALANI	DERECE	MEZUNİYET YILI
Ankara	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Halk Sağlığı Hemşireliği	Yüksek Lisans	2010
Ankara	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Sağlık Eğitimi	Yüksek Lisans	2006
Hacettepe	Hemşirelik Yüksek Okulu	Hemşirelik	Lisans	2003

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

KURUM/KURULUŞ	ŞEHİR	BÖLÜM/BİRİM	GÖREVİ TÜRÜ	GÖREV YILI
Sağlık Bakanlığı	Ankara	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Hemşire	2012-....
Sağlık Bakanlığı	Ankara	Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü	Hemşire	2006-2012
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Ankara	Ortopedi Kliniği	Hemşire	2002-2006

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanları
Sağlık Davranışları, Sağlığı Geliştirme, İş Sağlığı Hemşireliği, Halk Sağlığı Hemşireliği

YAYINLARI

SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayınlanan makaleler

Açıkgöz Çepni, S., Kitiş, Y. (2017). Relationship between healthy lifestyle behaviors and health locus of control and health-specific self-efficacy in university students. *Japan Journal of Nursing Science*, doi: 10.1111/jjns.12154.

Diğer dergilerde yayınlanan makaleler

Açıkgöz Çepni, S., Beşer, A. (2016). Sağlık çalışanlarında sağlığı geliştirme: işyeri sağlığı geliştirme programları ve iş sağlığı hemşireliği uygulamaları, *Türkiye Klinikleri Dergisi-İş Sağlığı Hemşireliği Özel Sayısı*, 2(2):29-37.

<u>Açıkgöz Çepni, S., Beşer, A. (2016). İş sağlığı hizmetlerinde sağlığı geliştirme kavramına genel bir bakış, <i>Sağlıkla Dergisi</i>, 28.</u>
<u>Açıkgöz Çepni, S., Tabak, R. S. (2012). Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları, özyeterkinlik algıları ve iyimserlik tutumları. <i>Sağlık ve Toplum Dergisi</i>, 22 (3): 38-48.</u>
<u>Açıkgöz Çepni, S. (2007). Avrupa’da ve Türkiye’de obezite ve obezite politikaları, <i>Sağlık ve Toplum Dergisi</i>, 17(4): 12-19.</u>

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

<u>Açıkgöz Çepni, S., Kitiş, Y. (2011). Üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlık kontrol odağı ve sağlık öz yeterliği arasındaki ilişki, 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, s.:226, 19-21 Ekim, Şanlıurfa.</u>
<u>Açıkgöz Çepni, S. (2009). Hemşirelik hizmetlerinde kültürün rolü, 1. Ulusal Hemşirelik ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyumu. 9-11 Nisan, Çanakkale.</u>
<u>Açıkgöz, S. (2007). Alkol kullanımına yönelik Avrupa Birliği politikaları, 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, s.: 395, 23-26 Ekim, Denizli.</u>
<u>Açıkgöz, S. & Tabak, R. S. (2006). Üniversite öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları ile öz yeterlik ve iyimserlik ilişkisinin değerlendirilmesi, 1. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Kitabı, s.:76, 9-12 Kasım, Marmaris, Muğla.</u>

EK 25. Tez İle İlgili Yayınlar



İŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE SAĞLIĞI GELİŞTİRME KAVRAMINA GENEL BAKIŞ



Özet

İş sağlığı hizmetleri, çalışanların fiziksel, zihinsel ve sosyal düzeyini yükseltmeyi hedefleyen uygulamalara odaklanır. Bu hedefin gerçekleştirilmesinde ise işyerlerinde sağlığı geliştirme programları ön plana çıkmaktadır. Bu maktelede, tanıtım sürecinde sağlığı geliştirme kavramı, uluslararası bilgilere göre sağlığı geliştirmeye yönelik öncelikli alanlar, dünyada ve Türkiye'de geliştirilen sağlık politikalarına sağlığı geliştirme kavramının yansımaları değerlendirilmiştir.

Anahtar kelimeler: İş sağlığı, İş sağlığı hemşireliği, işyeri sağlığı geliştirme programları, sağlığı geliştirme.

Uzm. Hem. Serap AÇIKGÖZ ÇEPNİ
Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri
Genel Müdürlüğü
Prof. Dr. Ayşe BEŞER
Koç Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

Çoğu erişkin için iş, yaşamın temel alanlarından ve kişisel, ekonomik ve sosyal değere sahiptir. İş, büyük oranda kişinin kimliğine katkı sağlarken birey ve ailesi için de gelir sağlar. Topluma faydalı bir rol üstlendiğini bireye hissettirebilir ve önemli bir sosyal destek kaynağıdır (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2005a: s. 9). İş insanı yaratan temel değer olarak gören anlayışlar için çalışan sağlığı, çalışanı kuşatan ve çalışanın katılımını sağlayan dinamik her türlü süreci değerlendirmeye alır (Abbasoğlu vd., 2006). Bu doğrultuda, işyeri ortamından kaynaklanan faktörlerle birlikte yaşam biçiminden kaynaklanan faktörlerin olumsuz olanları olumlu hale getirerek çalışanların sağlığını korumak ve geliştirmek üzere iş sağlığı hizmetlerine gereksinim duyulmaktadır.

İş sağlığı; bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden fiziksel durumunu sürdürme ve daha üst düzeylere çıkarma çalışmasıdır (Bilir ve Yıldız, 2012: s. 1070). Son yıllarda, Dünya Sağlık Asamblesi'nde, hem işle ilgili hasta ve yaralanmaları önlenmesi ve buna bağlı olarak çalışanların tam kapasite çalışmasını sağlanması (DSÖ, 2007) hem de bütünleştirilmiş temel sağlık hizmetleri bağlamında sağlık programlarının uygulanması teşvik edilmektedir (DSÖ, 2009a). Bu kapsamda, temel sağlık hizmetleri ile iş sağlığı, çalışanların yaşam alanı bağlamında değerlendirilmeye, çalışanlarda sadece hastalıkların sonuçlarına değil, hem işyerlerinde hem de diğer yaşam alanlarında işlevselliğini geliştirmeye odaklanan ortak değerleri paylaşmaktadır (DSÖ, 2012). Her

ulusun sosyal ve ekonomik fiziksel hali için temel olan sağlık, güdülenmiş ve memnun çalışanlara sahip olması açısından çalışma ortamında karşılaşılabilecek riskleri önlemesi ve çalışanları bu risklere karşı koruması önemlidir. Buna ek olarak güvenli ve sağlık odaklı bir kültürü geliştirmesi ve bu doğrultuda çeşitli tedbirler alması gerekmektedir. Bu tedbirler iş sağlığı hizmetleri kapsamında yer alan 'sağlığı geliştirmeyi' içermektedir (Aİİ, 2008: s.111).

Sağlığı geliştirme kavramının düzenlenmiş bir alan olarak ortaya çıkışı Lalonde'nin 1974 yılında yayımlanan ve ilk ulusal hükümet politikası belgesi olma özelliğini taşıyan "Kanadalıların Sağlığına Yeni Bir Bakış" başlıklı raporuna dayanmaktadır. Lalonde raporunda, sağlıklı yaşam biçiminin; insan biyolojisi, genetik özellikler, çevresel toksinler veya sağlık hizmetlerine yetersiz erişime kıyasla daha fazla zamansız hasta ve erken ölüme yol açtığı gösteren kanıtlar ortaya konmuştur. Bu yönüyle rapor sağlığı geliştirme çabaları için zemin hazırlamıştır (Lalonde, 1974). Bununla birlikte, bazı hastalıklara ilişkin risk faktörlerini tanımlayan bilimsel kanıtların çoğalması, mortalite ve morbidite oranlarında azalmanın yanı sıra yaşam kalitesine olan ilgi ve sağlık eğitimiyle ilgili geleneksel stratejilerin etkisinin sınırlı olduğunun görülmesi de sağlığı geliştirme kavramının gündeme gelmesine neden olmuştur (Dugdale ve Springett, 2001). Sağlığı geliştirme kavramına olan ilginin giderek artmasıyla birlikte sağlığı geliştirmede ortak hareketi belirlemek amacıyla çok uluslu konferanslar düzenlenmiştir.

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

Sağlık geliştirme konferansları sonucunda yayımlanarak evrensel ölçekte kabul gören bildirgelerin bazıları Tablo 1'de sunulmuştur. Kanada'da 1986 yılında ilk kez düzenlenen Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı ile sağlık geliştirme uygulamalarına yönelik bir çerçeve belirlenmiştir. Bu konferans sonucunda onaylanan Ottawa Sözleşmesi yeni halk sağlığı hareketi olan sağlık geliştiriminin temel yapıtaşını oluşturmıştır (DSÖ, 1986). Ottawa Sözleşmesi'nde sağlık geliştirme; kişilerin sağlıklarını geliştirmelerinin ve sağlığın belirleyicileri üzerindeki kontrollerini artırmalarının mümkün kılınmasını sağlayan süreç olarak tanımlanmış, sağlık geliştirme stratejisi için beş anahtar strateji belirlenmiştir. Bu stratejiler; (1) sağlıklı kamu politikaları oluşturmak, (2) destekleyici çevreler yaratmak, (3) toplum eylemini güçlendirmek, (4) kişisel beceriler geliştirmek, (5) sağlık hizmetlerini yeniden düzenlemektir. Uluslararası düzeyde sağlık geliştirme konusu konferanslar sonrasında düzenlenen diğer bildirgelerle sağlık geliştiriminin tanımı, ilkeleri ve eylem alanları, güncel sağlık tehditleri ile sağlık ve hastalığın ekonomik, çevresel ve sosyal belirleyicilerinin daha iyi anlaşılması sağlanmaya çalışılmıştır. Bu bildirgelerden Jakarta Bildirgesi "sağlık ortamı" kavramını insanların, çevresel, kurumsal ve kişisel faktörlerin sağlığı ve iyilik hâlini etkileyecek şekilde etkileşimde olduğu günlük faaliyetlere katıldığı yer veya sosyal bağlam olarak tanımlayarak bu kavrama yeni bir önem atfetmiştir. Okullar ve toplumları yanı sıra işyerleri de sağlık geliştirme faaliyetlerinin yürütülmesi gereken yerler olarak görülmeye başlanmıştır (DSÖ, 1997).

Uluslararası düzeyde yapılan sağlık geliştirme konferanslarının sonucu olarak DSÖ, "Sağlıklı Kentler", "Sağlıklı Geliştiren Okullar", "Sağlıklı Geliştiren Hastaneler", "Sağlıklı Geliştiren İşyerleri" gibi projelerin yanı sıra alkol, tütün, hareketli yaşam konularında sağlık geliştirme ile ilgili farklı ülkelerin katıldığı birçok program ve projeyi uygulamaya koymuştur (Özvarış, 2011). Dünya'da sağlık geliştirme alanında yaşanan gelişmelere paralel olarak Türkiye'de de ulusal düzenlemelere gidilmiştir.

Tablo 1. Sağlık geliştirmeye yönelik uluslararası bildirgeler ve öncelikli eylem alanları

Bildirge Adı	Yayınlandığı yıl	Bildirgelerin öncelikli eylem alanları
Sağlık Geliştirme için Ottawa Sözleşmesi (DSÖ, 1986)	17-21 Kasım 1986	- Sağlıklı kamu politikaları oluşturmak, - Destekleyici çevreler yaratmak, - Toplum eylemini güçlendirmek, - Kişisel beceriler geliştirmek, - Sağlık hizmetlerini yeniden düzenlemek.
Sağlıklı Toplum Politikaları Hakkında Adelaide Tavsiyeleri (DSÖ, 1988)	5-9 Nisan 1988	- Kadın sağlığının desteklenmesi, - Herkes için yeterli ve sağlıklı gıda ve beslenme, - Tütün ve alkol, - Destekleyici çevrelerin yaratılması.
Sağlıklı Şehirler Hakkında Milano Bildirgesi (DSÖ, 1989)	5-6 Nisan 1990	- Herkes için sağlık politikası, - Çevre kalitesinin artırılması, doğal kaynakların korunması ve sürekliliklerinin sağlanması, - Sağlık alanındaki eşitsizliklerin giderilmesi, - Sektörlerarası işbirliği ve toplum sorumluluğu, - Ulusal ve uluslararası işbirliğinin sağlanması.
Sundsvall Sağlık Desteleyen Çevreler Bildirgesi (DSÖ, 1991)	9-15 Haziran 1991	- Toplumsal eylemler (özellikle kadınlardan oluşan gruplar) aracılığıyla savunuculuğun güçlendirilmesi, - Eylem ve güdülenme yoluyla toplum ve bireylerin kendi sağlık ve çevrelerini kontrol eder hâle getirilmesi, - Sağlık ve çevre kampanyaları ile stratejileri arasındaki bağların güçlendirilmesi için sağlık ve destekleyici çevre ittifaklarının kurulması, - Sağlık destekleyen çevrelere eşit erişimin sağlanması amacıyla toplum içinde birbiriyle çıkan çıkarların uzlaştırılması.
Jakarta Bildirgesi: Sağlık geliştirmeyi 21. Yüzyıla Taşımak (DSÖ, 1997)	21-25 Temmuz 1997	- Sağlığa yönelik sosyal sorumluluğun teşvik edilmesi, - Sağlık geliştirme yatırımlarını tüm sektörlerde artırmak, - Sağlık için ortaklıkların güçlendirilmesi ve yaygınlaştırılması, - Toplum kapasitesinin artırılması ve bireylerin güçlendirilmesi, - Sağlık geliştiriminin altyapısının güvence altına alınması.
Sağlık Geliştirmeye Yönelik Meksika Bakanlık Bildirgesi: Fikirlerden Eyleme (DSÖ, 2000)	5-9 Haziran 2000	- Sağlık geliştiriminin yerel, bölgesel, ulusal ve uluslararası politika ve programlarda temel önceliği alınmasını sağlamak, - Sağlık için ortaklıkların güçlendirilmesi ve genişletilmesi sağlık geliştirme eylemlerinin hayata geçirilmesinde tüm sektörlerin ve sivil toplum kuruluşlarının aktif rol almasını ve katılımını sağlamak, - Sağlık geliştirmeye yönelik ülke çapında eylem planlarının hazırlanmasını desteklemek, - Sağlık geliştirmede ulusal ve uluslararası ağlar oluşturmak veya güçlendirmek, - Birleşmiş Milletlerin gelişme takvimlerinin sağlık etkileri konusunda farkında olması gerektiğini savunmak.
Küreselleşen Dünyada Sağlık Geliştirme için Bangkok Sözleşmesi (DSÖ, 2005b)	7-11 Ağustos 2005	- İnsan hakları ve dayanışmaya dayalı sağlık için savunuculuk yapmak, - Sağlığın belirleyicilerini tanımlamak için sürdürülebilir politikalar, eylemler ve altyapılara yatırım yapmak, - Sağlık bilgisi, araştırma, bilginin paylaşımı, sağlık geliştirme uygulamaları, liderlik ve politika geliştirme konusunda kapasite geliştirmek, - Zarardan yüksek düzeyde korumayı sağlamak ve herkes için sağlık ve iyilik hâli açısından eşit fırsat yaratmak üzere düzenlemeler ve yasalar yapmak, - Sürdürülebilir eylemler için yerel, özel ve uluslararası örgütlerle işbirliği yapmak.
Nairobi Eylem Çağrı Bildirgesi (DSÖ, 2009b)	26-30 Ekim 2009	- Toplumu güçlendirilmesi, - Sağlık okur-yazarlığının artırılması ve olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması, - Sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi, - İşbirliği ve sektörler arası eylemin güçlendirilmesi, - Sağlık geliştirme konusunda kapasite geliştirilmesi.
Helsinki Bildirgesi: Tüm Politikalarda Sağlık (2013)	10-14 Haziran 2013	- Sağlığın belirleyicileri üzerine gerekli adımları atarak politik öncelik olarak sağlık ve sağlığa eşitliğe bağlamak, - Tüm politikalarda sağlık uygulamaları için etkili yapılan, süreçleri ve kaynakları desteklemek, - İyileştirilmiş sağlık sonuçları elde etmek için liderlik, ortaklık, ağırlık ve savunuculuk araçlarıyla diğer tüm sektörlerle angaje olacak biçimde sağlık bakanlıklarının kapasitesini güçlendirme, - Sağlığın ve sağlığa eşitsizliklerin belirleyicileri üzerine kanıt sağlamak için kurumsal kapasite ve becerileri inşa etme, - Şeffaf denetim ve hesap verebilirlik mekanizmalarını benimseme, - Toplumda sağlık okuryazarlığının inşa etmek üzere tüm politikalarda sağlığın gelişimi, uygulanması ve izlenmesinde topluluklar, sosyal hareketler ve sivil toplumu kapsama alma.

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ



Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013) halkın sağlıklı yaşam biçimleri hakkında bilinçlendirilmesine öncelik vermiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2006). Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (2014-2018) ise; bir önceki plandan farklı olarak fiziksel aktivite yetersizliği, obezite ve tütün kullanımı ile mücadele gibi sağlıklı hayata yönelik program ve eylem planlarının uygulanarak bu programların geliştirilmesi ve uygulamada etkinliğin artırılması gerektiğine vurgu yapılmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2013).

"Türkiye Sağlık Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017)", "Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2018)", "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü için Küresel Eylem Planı (2013-2020)", "Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020" gibi programlar Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konmuştur. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017 ise ağırlıklı olarak DSÖ Avrupa Bölgesi tarafından hazırlanan Sağlık 2020 çerçevesinde oluşturulmuş. Plan'da 'sağlığın geliştirilmesi' öncelikli alanlar arasında yer almıştır. Bu bağlamda, stratejik amaçlardan ilki "Sağlığa yönelik risklerden biley ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tar-

zını teşvik etmek" olarak belirlenmiş, bu amaçla ulaşmak için de "İş sağlığı iyileştirerek çalışanların sağlığını ve iyiliğini korumak ve geliştirmek" stratejik hedefler arasında yer almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012).

İşyerlerinde çalışanlara yönelik sağlıklı çalışma koşulları ve sağlıklı yaşam biçimine ilişkin önlemleri uygulamak üzere 1970'li yıllardan itibaren gelişmiş ülkelerde sağlık geliştirme programları uygulanmaya başlamıştır (DSÖ, 2002). Çalışanların sağlığı üzerinde olumlu yönde etkili olan bu programların (White ve Jacques, 2007; Groeneveld vd., 2011) dört

temel adımı tanımlar, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamaları olmaktadır (Amerika Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi, 2016). Hemşirelik bakım planıyla benzerlik gösteren bu aşamaların uygulanmasında, iş sağlığı hemşirelerinde anahtar role sahip iş sağlığı hemşireleri aktif rol alabilir. Hemşireler bu rollerini yerine getirenken Amerikan Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (2008), Kanada İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi (2008) gibi kurumların hazırladığı etkili işyeri sağlığı geliştirme programlarına özgü rehberlerden yararlanabilir.

Kaynaklar

- Abbasoğlu, S., Emiroğlu, C., İlhan, N.M., Köpar, L., Kesedar, S. ve Müezzinoğlu, A. (2005). Sağlık çalışanlarının sağlığı kime emanet. *Tokun ve Akdeniz Dergisi*, 21 (3), 173-178.
- Ahl, B. Ö. (2008). *Fundamental principles of occupational health and safety* (2. Baskı). Geneva: International Labour Organization.
- Amerikan Hastalık kontrol ve Önleme Merkezi. Workplace health model. Erişim: 11.03.2016 <http://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/model/index.html>
- Amerikan Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü. (2008). Essential elements of effective workplace programs and policies for improving worker health and wellbeing. Erişim: 07.03.2016. <http://www.cdc.gov/nceh/docs/2010-140/pdfs/2010-140.pdf>
- Bilal, N. ve Yıldız, A.N. (2012). İş sağlığı ve güvenliği içinde Ç. Güler ve L. Akın (Ed.), *Halk sağlığı temeli/bilgisi* (2. Baskı, ss. 1070-1106). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Dugdill, L., Springett, J. (2005). Evaluating health promotion programmes in the workplace. In: I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett ve E. Ziglio (Eds.) *Facilitator in health promotion: principles and perspectives*, pp. 285-308. Denmark: WHO Regional Publications.
- Dünya Sağlık Örgütü. (1986). Ottawa charter for health promotion. Erişim: 12.03.2016 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- Dünya Sağlık Örgütü. (1988). Adelaide recommendations on healthy public policy. Erişim: 19.02.2016 http://www.who.int/healthpromotion/milestones_adelaide.pdf
- Dünya Sağlık Örgütü. (1989). Sağlık Sahilleri Hakkında Milano Bildirgesi. Erişim: 19.02.2016 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/101449/milan-dec.pdf?ua=1
- Dünya Sağlık Örgütü. (1991). Sundevall Statement on Supportive Environments for Health. Erişim: 20.02.2016 http://www.who.int/healthpromotion/milestones_ch3_20090916_en.pdf
- Dünya Sağlık Örgütü. (1997). Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Erişim: 20.02.2016 http://www.who.int/healthpromotion/milestones_jakarta.pdf
- Dünya Sağlık Örgütü. (2000). Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health: From Ideas to Action. Erişim: 21.02.2016 http://www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hr_mexico_report_en.pdf?ua=1
- Dünya Sağlık Örgütü. (2002). A good practice in occupational health services: a contribution to workplace health. Erişim: 21.02.2016. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/115486/E7650.pdf
- Dünya Sağlık Örgütü. (2005a). Mental health policies and programmes in the workplace (mental health policy and service guidance package). Geneva: WHO Press.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2005b). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Erişim: 25.03.2016 http://www.who.int/healthpromotion/conferences/figchp/hr_050829_1208BCHP.pdf
- Dünya Sağlık Örgütü. (2007). Workers' health: global plan of action. Erişim: 25.03.2016 http://www.who.int/entity/occupational_health/WHO_health_assembly_en_web.pdf?ua=1
- Dünya Sağlık Örgütü. (2009a). WHO's role and responsibilities in health research (WHA62.12). Erişim: 25.03.2016. http://apps.who.int/gh/ebwha/pdf_files/A62/A62_12-en.pdf
- Dünya Sağlık Örgütü. (2009b). 7th Global Conference on Health Promotion: Nairobi Call to Action. Erişim: 25.03.2016. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/>
- Dünya Sağlık Örgütü. (2012). Connecting health and labour: bringing together occupational health and primary care to improve the health of working people-executive summary. Erişim: 26.03.2016. http://www.who.int/occupational_health/publications/the-hague-summary-040512-A4web.pdf
- Dünya Sağlık Örgütü. (2013). Helsinki statement on health in all policies. Erişim: 25.03.2016. http://www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/7gchp/figchp_helsinki_statement.pdf?ua=1
- Groeneveld, L.F., Proctor, K. I., Beek, A. J., Hildebrandt, V. H. ve Mechelen, W. (2011). Short and long term effects of a lifestyle intervention for construction workers at risk for cardiovascular disease: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 11, 836.
- Kalkınma Bakanlığı. (2006). Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013). Erişim: 26.03.2016 <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma520Planlar/Attachments/11/plan9.pdf>
- Kalkınma Bakanlığı. (2013). Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018). Erişim: 27.03.2016. <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma520Planlar/Attachments/12/Onuncu520Kalkinma520Plan5CA5B1.pdf>
- Kanada İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi. (2008). *Workplace health and wellness guide* (2. Ed.). Canada: CCOHS.
- Lakorda, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians: a working document. Erişim: 27.03.2016. <http://www.phac-aspc.gc.ca/gp-sg/pdf/perspect-eng.pdf>
- Özcan, S. B. (2011). Özcan, S.B. Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi. Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2011, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2012). Stratejik plan (2013-2017). Erişim: 10.10.2014. <http://saaglik.gov.tr/SaaglikTurizmi/dosya/1-82339/n/2013-2017stratejikplan.pdf>
- White, K. & Jacques, P. H. (2007). Combined diet and exercise intervention in the workplace effect on cardiovascular disease risk factors. *Journal of The American Association of Occupational Health Nurses*, 55(3), 109-114.

Sağlık Çalışanlarında Sağlığı Geliştirme: İşyeri Sağlığı Geliştirme Programları ve İş Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları

Health Promotion Among Health Professionals:
Workplace Health Promotion Programs and
Practices of Occupational Nursing

Serap AÇIKGÖZ ÇEPNİ,^a
Ayşe BEŞER^b

^aSağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
Ankara
^bHalk Sağlığı Hemşireliği AD,
Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,
İstanbul

Yazışma Adresi/Correspondence:
Serap AÇIKGÖZ ÇEPNİ
Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
Ankara, TÜRKİYE
acikgoz.serap@gmail.com

ÖZET Sağlık sisteminin önemli bileşenleri arasında yer alan ve farklı meslek mensuplarından oluşan sağlık çalışanları, sağlık hizmetlerinin üretimini gerçekleştirirken kendi sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilecek işyeri ortamından kaynaklanan önemli risklere maruz kalmaktadırlar. Ancak işyeri riskleri ve yaşam biçimiyle ilişkili risklerin bütünleşmiş etkisi sağlık çalışanlarının sağlığını tehdit etmektedir. Sağlık çalışanlarının yaşam biçimiyle ilişkili sağlık davranışlarını geliştirmek üzere etkili işyeri sağlığı geliştirme programları geliştirilebilir ve iş sağlığı hemşireleri tarafından uygulanabilir. Bu derlemede, sağlık çalışanlarında sağlığı geliştirme bağlamında işyeri sağlığı geliştirme programlarının bileşenlerini, etkili işyeri sağlığı geliştirme programlarının sunulmasında yararlanılabilecek kaynakları ve iş sağlığı hemşireliği uygulamalarını açıklamak amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık desteğinin geliştirilmesi; iş sağlığı hemşireliği; sağlık personeli

ABSTRACT Health professionals, an important component of health care system and composed of diverse members of the profession, are exposed to important risks stemming from their worksite setting and probable to affect their health in a negative way. The combined effects of risks in the workplace and risks related to their lifestyle threaten health professionals' health. Effective workplace health promotion programs may be developed so as to improve health professionals' health behaviours related to their lifestyle, and these programs may be implemented by occupational health nurses. This paper aims to describe the components of a workplace health promotion program in the context of improving health in health professionals, the sources to be employed in offering an effective workplace health promotion program, and applications of occupational health nursing.

Key Words: Health Promotion; occupational health nursing; health personnel

Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics 2016;2(2):29-37

Sağlık çalışanı; temel hedefi sağlığı geliştirmek olan kapsayıcı aktivitelerde çalışan tüm bireylerdir. Dünya Sağlık Raporu'na göre, küresel düzeyde 59 milyonun üzerinde sağlık çalışanı olduğu tahmin edilmektedir.¹ Sağlık Bakanlığı verilerine göre ise ulusal düzeyde 500 binin üzerinde sağlık çalışanı aktif olarak çalışmaktadır.² *Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması*'na göre sağlık çalışanları; tıp doktorları, hemşirelik ve ebelik profesyonelleri, paramedikal uygulayıcılar, diş hekimleri, eczacılar, çevre, iş sağlığı ve hijyen profesyonelleri, fizyoterapistler, diyetisyenler ve beslenme uzmanları, işitme ve konuşma terapistleri, optometristler ve oftalmik optisyenler, sağlık teknisyen ve teknikerleridir.³ Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan 1219 sayılı *Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun* hükümlerine göre ise; doktorlar, diş hekimleri, ebeler, hemşireler, klinik

psikologlar, fizyoterapistler, odyologlar, ergoterapistler, diyetisyenler, dil ve konuşma terapistleri, sağlık fizikçileri, sağlık teknisyenleri ve sağlık teknikerleri sağlık çalışanlarını oluşturmaktadır.⁴

Farklı meslek mensuplarından oluşan sağlık çalışanları, sağlık hizmetlerinin üretimini gerçekleştirmeleri bağlamında sağlık sisteminin en önemli bileşenleri arasında yer alır. Sağlık hizmetlerinin üretimini gerçekleştiren de kendi sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilecek işyeri ortamından kaynaklanan önemli risklere maruz kalırlar.⁵ Maruz kaldıkları bu risklere bağlı olarak sağlık çalışanlarında; işle ilişkili kas ve iskelet sorunları görülmekte; duygusal tükenme yaşanmakta; iş doyumları olumsuz yönde etkilenmekte; HIV/AIDS, Hepatit B, Tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklar nedeniyle ölüme kadar giden hastalık tablolarıyla karşılaşmakta ve sağlık çalışanları şiddet görmektedir.⁶⁻¹⁷ Sağlık çalışanlarının sağlığını ise sadece işyeri riskleri değil, işyeri riskleri ve yaşam biçimiyle ilişkili risklerin bütünleşmiş etkisi tehdit etmektedir.¹⁸

Yaşam biçimiyle ilişkili risklerin bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişiminde önemli payı vardır; küresel olarak sosyal ve ekonomik kalkınmayı olumsuz yönde etkiler, ülkeler arasında ve ülkelerde eşitsizliklerin artmasına yol açar.¹⁹ Dünya genelinde 2012 yılında meydana gelen 56 milyon ölümün 38 milyonu (%68), başta kardiyovasküler hastalıklar (%37), kanserler (%27), kronik solunum hastalıkları (%8) ve diyabet (%4) olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanmıştır.²⁰ Bulaşıcı olmayan hastalıkların 2030 yılı itibarıyla de en yaygın ölüm sebebi olacağı tahmin edilmektedir.²¹ Türkiye'de de benzer şekilde başta kardiyovasküler hastalıklar (%47), kanserler (%22), kronik solunum hastalıkları (%8) ve diyabet (%2) olmak üzere 2014 yılında gerçekleşen toplam ölümlerin %86'sından bulaşıcı olmayan hastalıkların sorumlu olduğu tahmin edilmektedir.²² Dünya'da ve Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıkların giderek yaygınlaşması sorunun epidemik boyutuna ulaşmasına yol açmıştır.²³ Sigara kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite ve sağlıksız beslenme bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişiminde rol oynayan davranışsal faktörlerdir.²³ Bu faktörlere yönelik sağlık çalışanlarının etkilenebilir düzeylerini inceleyen çalışmalar son yıllarda giderek artmıştır. Sağlık çalışanlarının; sigara içme yüzdesinin 32 ile 55 aralığında değiştiği ve sigara içme prevalansının toplum prevalansı üzerinde seyrettiği, fiziksel aktivite düzeylerinin yetersiz kaldığı, yeterli ve dengeli beslenmeye yönelik kabızlık yapmama gibi olumsuz yaşam alışkanlıkları edindikleri belirlenmiştir.²⁴⁻²⁷⁻³¹ Sağlık ça-

lışanlarının sağlığını olumsuz yönde etkileyen değiştirilebilir nitelikteki yaşam biçimiyle ilişkili risk faktörlerini yöneterek iyilik halini sağlama, diğer bir ifadeyle sağlıklı yaşam biçimine ilişkin önlemlerin uygulanması iş sağlığı çalışmalarında kilit unsurlardandır.³²

Uluslararası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) iş sağlığını; "bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerini sürdürme ve daha üst düzeylere çıkarma çalışmalarıdır." şeklinde tanımlamıştır.³³ Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının çalıştıkları ortamlarda yüzleştikleri sağlıkla ilişkili konuları değerlendirmek, sağlıklı iş çevresini oluşturmak ve yaşam becerilerini geliştirmek amacıyla sağlığı geliştirme girişimlerini uygulamak için işyerleri en uygun yerlerdir.¹⁸ İşyeri sağlığı geliştirme programlarının önemi 1950'li yıllarda irdelenmiş 1970'li yıllardan itibaren de bu programlar gelişmiş ülkelerde uygulanmaya başlanmıştır.³⁴ Sağlığı geliştirme programlarının uygulandığı işyerlerinde; sağlık, iyilik hali ve öz bakımın arttığı, güvenli çalışma ortamının oluşturulduğu, işe bağlı hastalık ve yaralanmalar sonucunda gelişebilecek işgücü ve işgünü kayıplarının azalmasıyla birlikte verimliliğin arttığı, işe gelmemenin ve sağlık bakım maliyetlerinin azaldığı ortaya konmuştur.^{35,36} İşyeri sağlığı geliştirme programları kapsamında sunulan iş sağlığı hizmetleri ekip çalışmasını gerektirir ve iş sağlığı hemşireleri bu ekibin önemli üyeleridir.³⁷

Amerikan İş Sağlığı Hemşireleri Birliği'ne göre iş sağlığı hemşireliği; sağlıklı ve güvenli çevre bağlamında çalışanların sağlığının korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesinde bağımsız hemşirelik tanımları doğrultusunda karar verebilen meslek mensuplarıdır.³⁸ Gelişmiş ülkelerde iş sağlığı hemşirelerinin yönettiği sağlık programları, çalışanların sağlığını olumlu yönde etkilemektedir.^{39,40} Sağlık çalışanlarında yaşam biçimiyle ilişkili davranışsal risk faktörlerini belirlemeye ve azaltmaya odaklanan kapsamlı işyeri sağlığı geliştirme programları da iş sağlığı hemşireleri tarafından sunulabilir.⁴¹

Bu derlemenin amacı, sağlık çalışanlarında sağlığı geliştirme bağlamında işyeri sağlığı geliştirme programlarının bileşenlerini, etkili işyeri sağlığı geliştirme programlarının sunulmasında yararlanılabilecek kaynakları ve iş sağlığı hemşireliği uygulamalarını açıklamaktır.

İŞYERİ SAĞLIĞI GELİŞTİRME PROGRAMLARI

Sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışma, her çalışanın olduğu kadar sağlık çalışanlarının da hakkıdır. İşyerinden kaynaklanan önlenemez sağlık sorunlarının önlenmesi,

çalışma verimliliğinin artırılması, işe devamlılığın sağlanması, çalışan sağlığının geliştirilmesi, dolayısıyla hizmet sunulan alandan sosyal yaşama kadar iyilik halinin artması ve sürdürülmesi sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamında gerçekleşir.⁴¹ Sağlıklı çalışma ortamının geliştirilmesi, sağlıklı iş uygulamaları geliştirilmesi ve işyeri sağlığı geliştirme iş sağlığı stratejilerinin önceliklerindendir.⁴² Lüksemburg Deklarasyonu'na göre, işyeri sağlığı geliştirme; işveren, işçi ve toplumun, çalışan insanların sağlık ve refahını geliştirmek üzere giriştiği ortak çabalardan oluşur. Bu çabalar; çalışma organizasyonu ve çalışma ortamının iyileştirilmesi, aktif katılımın desteklenmesi ve kişisel gelişimin teşvik edilmesidir.³² İşyeri sağlığı geliştirme programları, 1980'lerin başında çalışanların sağlık davranışlarına odaklanırken, 1990'lardan sonra sağlık davranışlarıyla birlikte sağlıklı iş çevresine destek olacak girişimlere de yer verilmiştir.¹⁸ Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite ve kötü beslenme alışkanlıklarının çalışanların sağlığını ve verimliliğini olumsuz yönde etkilediğinin farkına varılmasıyla birlikte riskli davranış sergileyen çalışanlara yönelik işyerlerinde sağlığı geliştirme programları uygulanmış, bu programlar aracılığıyla çalışanların sağlığının iyileştiği ve verimliliklerinin arttığı, sağlık giderlerinin azaldığı belirlenmiştir.⁴³ İşyeri sağlığı geliştirme programlarının ekonomik etkisi üzerine yapılan bir meta-değerlendirmede ise hastalık izinlerinde, sağlık harcamalarında, çalışanların tazminatları ve engellilik sigortası maliyetlerinde yaklaşık %25 oranında bir azalma olduğu gösterilmiştir.⁴⁴

Sağlığı geliştirme iki eylem seviyesinin birleşimidir; sağlık eğitimi ve sağlıklı yaşam koşullarına destekleyen çevresel eylemler.⁴⁵ İşyerinde sağlığı geliştirme programları da bu eylem seviyelerinin birleşimini dikkate alır. Linnan ve arkadaşları kapsamlı işyeri sağlığı geliştirme programlarının beş temel bileşeni olduğunu belirtmiştir.⁴⁶

1. Sağlık eğitimi programları (farkındalık oluşturma ile birlikte beceri geliştirme ve yaşam biçimi davranışlarında değişim gibi),
2. Destekleyici fiziksel ve sosyal çevre (sağlığı geliştiren ve hastalık riskini azaltan politikaların uygulanması ve sağlıklı davranışlarının desteklenmesi gibi),
3. Sağlık taramaları ve uygun izlem hizmetleri,
4. İş güvenliği, çalışan destek programları gibi diğer ilgili programlarla bağlantılar,
5. Personel, bütçe ve kaynaklar gibi örgütsel yapıya entegrasyon.

Çalışanların sağlığı üzerinde olumlu yönde etkili olan işyeri sağlığı geliştirme programlarının etkililiğinde bazı temel faktörlerin sağlanması önerilmektedir.⁴⁷⁻⁵¹ Bu bağlamda, çalışanlara yönelik etkili işyeri sağlığı geliştirme programlarını planlamak, uygulamak ve değerlendirmek isteyenlere yardımcı olmak amacıyla geliştirilen kaynaklarda giderek artış olmaktadır. Amerikan Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (NIOSH) tarafından geliştirilen *çalışan sağlığının iyileştirilmesine yönelik etkili işyeri programlarının temel unsurları rehberi* bu kaynaklardan birisidir.⁵² Rehberde; işyeri tehlikelerini azaltmak ve çalışan sağlığı ile iyilik halini geliştirmek amacıyla kapsamlı yaklaşımları tanımlamak ve desteklemek üzere işe dayalı sağlığı koruma ve geliştirme programlarına yönelik bileşenler tanımlanmıştır (Tablo 1). Bu rehberde ilke ve pratik yönlendirmeler dört kategoride değerlendirilmektedir; (1) organizasyon kültürü ve liderlik, (2) programın tasarımı, (3) programın uygulanması ve kaynaklar, (4) program değerlendirme. Bu kategoriler hem fiziksel ve organizasyonel iş çevresini dikkate almakta hem de çalışanların bireysel sağlık risklerini çözmeye çalışan kapsamlı uygulamaları içermektedir.

İşyeri sağlığı geliştirme programlarını geliştirmek ve uygulamak isteyenlerin yararlanabileceği diğer bir kaynak ise Kanada İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi (CCOHS) tarafından yayımlanan *işyeri sağlık ve iyilik hali rehberi*'dir.⁵³ Rehberde; sağlık ve güvenlik ile ilgili ulusal düzenlemeler, işyeri politikaları/prosedürleri ve uygulamaları işyeri sağlığı geliştirme programı için temel oluşturur. İş sağlığı hizmetlerinde olduğu gibi işyeri sağlığı geliştirme programları da kurum politikalarıyla bütünleştirilmelidir. Program geliştirilirken program hedefleri, hedef kitle ve program türünün net olması gerektiği hatırlanmalıdır. CCOHS, işyeri sağlığı geliştirme programının uygulanması aşamasında yönetim desteği, programla bağlantılı olabilecek herkesten destek alma, veri toplama, ihtiyaçları belirleme, planlama, uygulama ve değerlendirme olmak üzere yedi adım izlenmesini önermektedir (Tablo 2).

Amerikan Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) ise işyeri sağlığı geliştirme programını oluşturmaya yönelik sistematik süreci *işyeri sağlığı modeli* aracılığıyla açıklamaktadır (Şekil 1).⁵⁴ Bu süreçte dört temel adım vurgulanmaktadır;

1. Çalışanın sağlık risklerini ve sorunlarını, sağlığı geliştirme aktivitelerini, durumunu ve ihtiyaçlarını saptamak için *tanılama*,
2. İşyeri sağlığı geliştirme programlarının bileşenlerini geliştirmek için *planlama* süreci,

TABLO 1: Çalışan sağlığının iyileştirilmesine yönelik etkili işyeri programlarının temel unsurları.

Organizasyon Kültürü ve Liderlik:
İnsan merkezli bir kültür geliştirin. Çalışanların kararlara aktif katılımı önemlidir. Liderlik gösterin. Çalışan sağlığına önem gösterin, sağlık çalışanlarının sunduğu hizmetleri destekleyin. Orta düzey yönetimi geliştirin. Her düzeyden yönetici sağlığı destekleyici programları geliştirmeye çalışmalıdır. Ancak çalışanlar ile üst düzey yönetim arasındaki doğrudan bağlantı kurulabilecek ara bir yönetime gereksinim vardır. Orta düzey yöneticiler, çalışanların motive edilmesi ve onlarla iletişim kurulması konusunda analitik konumdadır.
Programın Tasarımı:
Anlaşılır ilkelere odaklanın. Etkili programların anlaşılır ilkeleri vardır ve bu ilkeler önceliklere odaklanarak programı yönlendirir ve kaynakların uygun şekilde yönetimine katkı sağlar. Hastalık ve yaralanmaların önlenmesi, çalışanların sağlık ve iyilik haline destek olur. Bilinen mesleki tehlikeleri ortadan kaldırın. Çalışma ortamındaki değişiklikler (toksik maddelere maruz kalmama azaltılması gibi) tüm çalışanların yararına olacaktır. Tutarlı olun. Çalışanların işyeri sağlık programlarına katılma istekleri, çalışma ortamının sağlığı destekleyici nitelikte olup olmadığına dair algılamalarına bağlı olabilir. Fiziksel ve örgütsel çalışma ortamını sağlık hedefleri ile bağdaştıracak şekilde değiştirin. Örneğin sigara içen işçiler, işyerinde sigara içme konusunda düzenli politikalar izlenirse işyeri tütün baskıma programından sonra sigarayı bırakabilecek ve bir daha içmeyebileceklerdir. Çalışanların katılımını artırın. Çalışanların sadece hizmetlerden yararlanan değil aynı zamanda sağlık ve güvenlik konularının belirlenmesinde ve programın oluşturulup uygulanmasında aktif biçimde yer alan kişiler olmasını sağlayın. Engeller, katılımların çözüm önerileri ortaya koyması ile aşılabılır. Programları işyerlerine ve çalışanlara özel uyarlayın. Başarılı programlar çalışanların ve kurumun ihtiyaçlarını karşılayacak biçimde tasarlanır. Tesvik ve ödülleri düşünün. Maddi ödül ve izin gibi teşvik ve ödülleri bireyleri programa katılma konusunda özendirir, fakat iyi tasarlanmamış teşvikler "kazanan" ve "kaybeden" gibi duygular oluşturabilir ve istenmeyen etkilere yol açabilir. Doğru araçları bulup onları kullanın. Kaydedilen ilerlemeyi izleyebilmek için işyeri ortamından kaynaklanan riskleri değerlendirin. Örneğin hem bireysel hem de işyerine ait sağlık risk faktörlerini değerlendiren bir sağlık risk değerlendirme aracı; temel işgücü sağlığına ilişkin bilginin oluşturulmasına, çevresel ve bireysel müdahalelerin yönlendirilmesine ve zaman içinde ölçümlerin yapılmasına yardımcı olabilir. Bir programın etkinliğinin en iyi değerlendirilmesi, geçerlilik analizi yapılmış uygun ölçme araçları ile yapılabilir. Program gereksinimlere göre uyarlayın. Gerçek gereksinimlere yönelik hazırlanmış bir program katılımı artırır. Programı devam ettirirden emin olun. Sürdürülebilirliğin sağlanması için uzun vadeli programlar planlayın. Kısa vadeli yaklaşımların dağları da kısa vadeli olur. Organizasyonun değerleri ile uyumlu programlar uzun ömürlü olacaktır. Değişen işgücüne ve piyasa şartlarına cevap verebilirliğin sağlanması için yeterince esneklik olmalıdır. Gizliliği sağlayın. Programın mevzuat şartlarını karşıladığından ve bu konuda çalışanlarla iletişimin net olduğundan emin olun. Çalışanlar kendilerine ait bilgilerin gizli tutulmadığını düşünürse programın başarıya ulaşma ihtimali azdır.
Programın Uygulanması ve Kaynaklar:
Küçük çaplı başlamak ve sonra büyümeye hazırlıklı olun. Genel program tasarımının kapsamlı olması gerekse de (eğer daha geniş çerçeveli bir programın ilk basamağı olarak kabul edilirse) kısa vadede ulaşılabilir hedeflerle başlamak çoğu zaman faydalı olur. Programı değerlendirin ve sonuçlara göre hedeflerinizi büyütün ya da tekrar gözden geçirin. Yeterli kaynak sağlayın. Uygun şekilde eğitilmiş ve motive edilmiş personel belirleyin ve katılımı sağlayın. Sivil toplum kuruluşlarından, üniversitelerden destek sağlayın. İstenen sonuca ulaşabilmek için personel, zaman ve maddi de dâhil olmak üzere yeterli kaynaklar ayırın. Programın tasarlanması ve uygulanması ilkelerini yansıtabilecek şekilde kaynakları yönlendirip stratejik olarak ilgili yere odaklayın. Stratejik iletişim kurun. Başarı için etkili iletişim şarttır. Çalışan sağlığında pay sahibi olan herkes (çalışanlar, aileler, yöneticiler gibi) neyi niçin yaptıklarını bilmelidir. Mesajlar ve mesajların iletilme biçimi, hedef gruplara ya da bireylere göre uyarlanmalı ve programın değerlerini ve yönünü tutarlı biçimde yansıtmalıdır. En baştan itibaren ve sık sık iletişim kurun; ama uzun vadeli bir iletişim stratejiniz de olsun. Örgütsel liderlik ve güçlü bir işgücüne dair belli analizlerle güncellemeler yapın. Kaynak aktarımının sürekliliğini sağlayan verilere dayalı raporlar ile programın görünürliğini organizasyonun en üst seviyesinde tutun. Hesap verebilirlik. Programın za hesap verebilirliği ekleyin; çünkü bu durum, gelişmiş programlarda ve ürünlerde liderlik tasahhütlerini yansıtır. Hesap verebilirlik, liderliğin en üst seviyelerinde başlayarak organizasyonun tümüne aşama aşama yayılmalıdır.

Kaynak: National Institute for Occupational Safety and Health (2008). Essential elements of effective workplace programs and policies for improving worker health and wellbeing. Erişim: 07.11.2013, <http://www.niosh.gov/niosh/docs/2010-140/pdfs/2010-140.pdf>.¹⁴

TABLO 2: İşyeri sağlığı geliştirme programının uygulanmasına yönelik adımlar.

Adım 1: Sahipleri, önderlik et ve "üst yöneticilerden" destek al
■ Sağlıklı bir çalışma ortamı konusunda, gönüllü ve ilgili kişileri bulun. Bu kişilerin yönetimden olması şart değil; ama böyle bir kişinin bir süre sonra program konusunda kararlar vermesi için yetkiye ihtiyacı olacaktır. Çalışanlar ve yönetimin ortaklaşa oluşturacağı bir komiteyon çok daha iyi bir seçenek olabilir. ■ Yönetimin projeye önderlik etmesi gerekirse de bu aşamada danışılması gerekir. Yürütmeyi planladığınız programın önemi ve çalışanlar üzerindeki etkileri bilmesi koniflatia yönetici ile paylaşılmalıdır. ■ Bazan böyle bir programın aık bir maliyet değil, iyi bir yatırım olduğuna ve öneğin işe gelmeyenlerin sayısını da azaltılabileceğine dair araştırma sonuçlarından bahsetmeniz gerekebilir.
Adım 2: Herkese destek al
■ Mümkün olduğunca çok kişi ya da grup ile konuşun. Sendikalar, kurum/işçi temsilcileri, yönetim, insan kaynakları çalışanları, iş sağlığı çalışanları, sivil toplum örgütleri gibi kişi ve kuruluşlar da yardımcı olabilecekler arasındadır.
Adım 3: Çalışma ortamına ve çalışanlara yönelik temel verileri topla
■ Temel veriler program başlamadan önce toplanmalıdır. Bu bilgiler; işyeri sağlığı geliştirme programına katılım kayıtları, kaza/yaralanma/yardımlı raporları, sağlık tazminatları ya da sağlık taromasi sonuçları, anket/ölçek sonuçlarıdır.
Adım 4: Temel ihtiyaçları ve işyerinden beklenenleri belirle
■ İnsanlara ne istediklerini sorun. Anket yapın ya da biribir görüşme yapın ya da bir birimin çalışanlarına neye ihtiyaç duyduklarını sorun. Sonuçları karşılaştırarak birimler arasında düşüncelerde farklılık olup olmadığına bakın.
Adım 5: Ayrıntılı bir plan geliştir
■ İhtiyaçları belirleyin. ■ Bu ihtiyaçlara öncelik verin. ■ Gerçekçi hedefler ve zaman çizelgesi belirleyin. Hem kısa vadeli hem de uzun vadeli amaçlarınız olsun. ■ Programın ne zaman ve nasıl başlatılacağına dair planlama yapın. ■ İşinin nasıl sürdüreceğini belirleyin. ■ Her adımda ne gibi kaynaklara (zaman, para, insan gibi) ihtiyaç duyacağınızı belirleyin. ■ Öncelikle küçük ölçekli ya da pilot bir proje yapmak yararlı olabilir. ■ Amaçlarınızı açıkça ifade edin. Kısa ve uzun vadede programdan ne elde etmek istediğiniz konusunda önceden bilginiz olsun. Örneğin işe gelme ya da raporlu günler gibi ölçülebilir hedeflere mi ihtiyacınız var? Ya da tutum ve davranışlarda değişimi mi görmek istiyorsunuz? Bunları belirleyin. ■ Programın geliştirilip sunulması: Faaliyetlerinizi üç genel kategoriye ayırın: eğitim/tarıkundalık (bilgi sağlama), beceri geliştirme (bireyleri aktif olarak davranış değişimine dâhil etme) ve destekleyici iş çemesi (girişimleri destekleyen işyerindeki değişimler).
Adım 6: Planı uygulamaya koy
■ Programınızı herkese iletin. Programın nasıl daha iyi hale getirilebileceği konusunda geribildirim alın. Programınız panolarda, bültenlerde duyurun, tüm çalışanlara e-mail ile iletin.
Adım 7: Programı izle, değerlendir ve sürdür
■ Programın gözden geçirilmesi nelerin işleyiş nelerini işlemediğini gösterenize yardım edecektir. Doğru bilgilerin toplanması önemlidir. Şunları yapabilirsiniz: - Programa katılım oranlarını izleyin. - İşe gelme ve kaza oranlarını, hastalanma ve yaralanma oranlarını, hasta sevk baltalarını ve diğer göstergeleri izleyin. - Program öncesinde ve sonrasında basit bir değerlendirme aracı olarak anket uygulayabilir, bilgi ve beceri artışı testi edebilirsiniz. - Katılımcı memnuniyetini değerlendirin. Programı sevip sevmediklerini katılımcılara sorun. Eğer sevmişler ise katılmaya devam edecekler ya da bir başka programa yine katılacaklardır. ■ Sonuçları incelerken en başta belirlediğiniz amaç ve hedeflere dayalı olarak değerlendirme yapmayı unutmayın; Program neye odaklanmıştı? Genelde sağlığı etkileyen faktörlere dair bilgi ve tutumun geliştirilmesi mi yoksa belli bir yaralanma ya da hastalığın görölme oranının azaltılması mı? Program kimlere yönelikti? Hangi sonuçları bekleniyordu? Kısa vadeli hedefler nelerdi? Uzun vadeli hedefler nelerdi? Hangi temel verileri topladınız? Mevcut verilerden farkı ne? ■ İncelama ve değerlendirmelerinizin sonuçlarını kullanın; bu, nelerin işlediğini ve nelerin geliştirilebileceğini gösterenizi sağlayacaktır.

Kaynak: Canadian Centre for Occupational Health and Safety. Workplace health and wellness guide, 2 nci ed. Canada: CCOHS; 2006. p 2-25.¹¹

3. Sağlığı geliştirme stratejileri ve girişimlerini uygulama,

4. Düzenlenmiş sağlığı geliştirme aktivitesinin yararlılığını (kalite gibi), değerini (etkililik gibi) ve anlamlılığını (önem gibi) incelemek için sistematik olarak girişimleri değerlendirme.

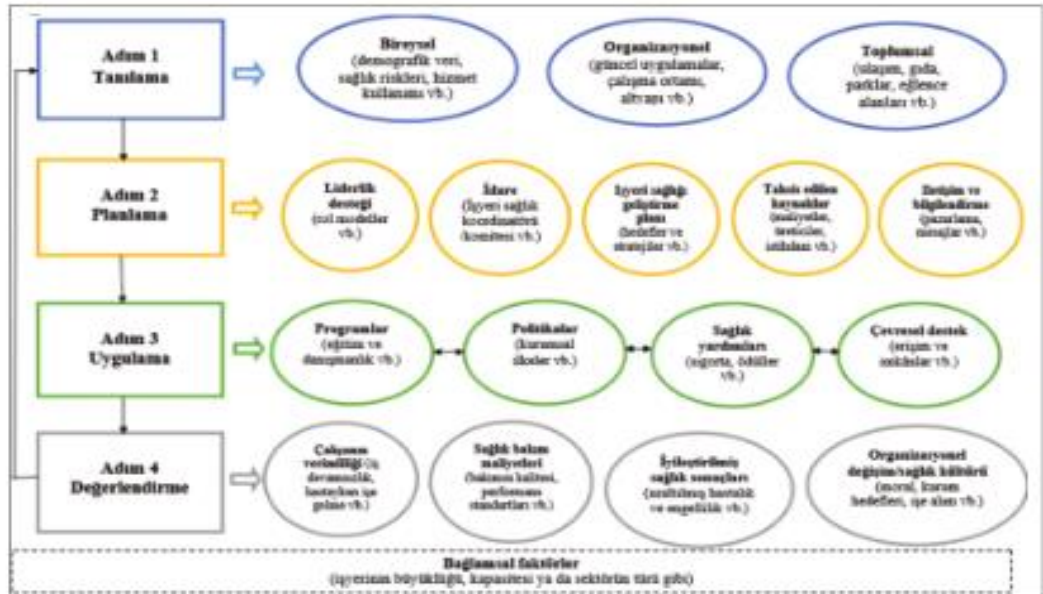
Vurgulanan bu dört adım, işyeri sağlığı geliştirme programı oluşturulurken işyerinin büyüklüğü, kapasitesi ya da sektörün türü gibi bağlamsal faktörleri dikkate almaktadır.

İşyeri sağlığı geliştirme programlarına yönelik NIOSH ve CCOHS tarafından hazırlanan rehberler ile CDC tarafından hazırlanan modelin ortak özelliklerinden en önemlisi işyeri sağlığı komitesi tarafından programların yürütülmesi ve denetlenmesidir. Komitenin, sağlık ve güvenlik komitesiyle ya da işyerinde var olan diğer komitelerle yakın ilişki içerisinde çalışması vurgulanmakta, sağlık ve güvenlik komitesinin bir alt çalışma grubu olabileceği de belirtilmektedir. Komite; kurum yöneticileri, çalışanları temsil eden birlik/dernek üyeleri, iletişim uzmanları, insan kaynakları birimlerinden temsilciler, eğitim ve öğretim alanından uzmanlar, işyeri be-

kimisi, iş sağlığı hemşiresi gibi tıp alanından profesyonellerden oluşabilmektedir.⁵⁵ Komitede görev alan iş sağlığı hemşiresinin başlıca görevleri; çalışma ortamı ile üretim sürecinden kaynaklanan tehlike ve risklerin belirlenmesi, sağlık çalışanlarının sağlığının değerlendirilmesi, sağlık eğitimi, danışmanlık hizmeti, hizmetlerin kayıt edilmesi ve araştırma yapılmasıdır.⁵⁶

İŞYERİ SAĞLIĞI GELİŞTİRME PROGRAMLARINDA İŞ SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ UYGULAMALARI

Sağlığı geliştirme, Nightingale'den bugüne hemşirelik uygulamalarının önemli bir parçasıdır.⁵⁶ Florence Nightingale, sağlığı geliştirme bağlamında hastalığa neden olan çevresel faktörleri ortadan kaldırmaya odaklanmıştır.⁵⁷ Çalışanlara yönelik hemşirelik bakımı ise 1888'li yıllarda Amerika'da sanayi hemşireliği adıyla başlamıştır. İlk sanayi hemşiresi Ada Mayo Stewart hasta çalışanları evlerinde ziyaret ederek acil bakımlarını yapmış, çalışanların ailelerine çocuk bakımını ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarını öğretmiştir.⁵⁸ Daha üretken işgücü sağlamak üzere işyeri sağlığı hizmetlerine dikkat çeken kuruluşlar aracılı-



ŞEKİL 1: İşyeri sağlık modeli

Kaynak: American Centers for Diseases Control and Prevention. Workplace health model. Erişim: 11.10.2014, <http://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/model/index.html>.⁵⁹

ğıyla çalışan sağlığı hizmetleri 1900'li yılların başlarında hızla gelişmiş, iş sağlığı hemşireliği de bu gelişimden etkilenecek acil bakım ve hastalık ve yaralanmaların önlenmesiyle sınırlı kalan geleneksel rolü, günümüzde çalışan sağlığını geliştirme ve sürdürmeye evrilmiştir.³⁷

Sağlığı geliştirme uygulamalarına yönelik olarak iş sağlığı hemşireleri sağlık çalışanlarının sağlığını geliştirmek için işyeri sağlığı geliştirme programları düzenleyebilir.⁴⁰ Etkili işyeri sağlığı geliştirme programlarının dört temel adımı; tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirilmedir. Bu adımlar hemşirelik süreciyle benzerlik göstermektedir. İş sağlığı hemşireleri sağlık çalışanlarına yönelik sağlığı geliştirme programı tasarlamak istediklerinde aşağıda açıklanan adımlardan ve bu adımlara yönelik uygulamalardan yararlanabilir.

TANILAMA

Tanılama aşamasında iş sağlığı hemşireleri sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarını belirlemek üzere veri toplar, programda görev alacakları belirler, program için ayrılmaması gereken bütçe ve kaynaklar ile program hedeflerinin kazanımı için engelleri belirler.^{35,40}

Sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen psikososyal, biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve çevresel faktörler (kurum politikaları ve uygulamaları gibi) bütüncül olarak değerlendirilerek ihtiyaçlar belirlenir. İhtiyaç belirleme; informal bir şekilde çalışanlarla sohbet ederek, sorular sorarak ya da formal bir şekilde yaşam biçimi davranışlarına yönelik anket ve ölçekler uygulayarak, gözlem yaparak, odak grup görüşmeleri düzenleyerek yapılabilir. Böylece çalışanların demografik verileri, sağlık alışkanlıkları, sağlık algıları, güncel sağlık durumları, risk faktörleri, çalışma ortamının özellikleri ve ilgi duyduğu konular ortaya çıkarılabilir. Programın başlangıcından itibaren çalışanları sürece dahil etme; programa katılım yetersizliğinden ve değişime dirençten kaçınmayı sağlayarak çalışanın programa olan bağlılığını ve sorumluluğun paylaşılmasını, aynı zamanda kurumun çalışanlarının sağlığını desteklemesini artıracaktır.⁵⁴ Çalışanların bildirimlerine dayalı ihtiyaçları tanımlamanın yanı sıra ulusal düzeyde morbidite ve mortalite oranlarını etkileyen risk faktörleri, sağlık çalışanlarının yaşam biçimiyle ilişkili davranışsal risk faktörlerine yönelik araştırma bulguları da iş sağlığı hemşireleri tarafından tanılama aşamasında kullanılabilir.

İşyeri sağlığı geliştirme programlarına katılan sağlık çalışanlarında davranış değişimi için temel olan motivasyonu sağlamak üzere teşvikler bu aşamada belirlenebilir.⁴¹ Spor salonu üyeliği gibi maddi ödüller, spor çan-

tası, tişört, yemek pişirme kitabı gibi materyaller, ikramiyeler, programa katılım belgesi gibi teşvikler program başlamadan önce ya da program sonunda verilebilir.⁵³

Yapılan bir çalışmada işverenler, işyeri sağlığı geliştirme programlarının sunulmasında tek başına en yaygın görülen engelin çalışanların programlara karşı ilgi eksikliği, diğer engellerin ise personel kaynaklarının eksikliği, finansman eksikliği ve yüksek riskli çalışanlar arasında düşük katılım olduğunu belirtmiştir.⁶² İşyerinde meslektaşların olumsuz baskısı, zamana karşı yarışmak, yönetimin desteğinin eksikliği çalışanların işyeri sağlığı geliştirme programlarına katılımını etkileyen diğer faktörler arasında yer almıştır.⁴⁸ İş sağlığı hemşireleri tanılama aşamasında program katılımı önündeki engelleri belirlemelidir.

PLANLAMA

Planlama aşaması, tanılama aşamasındaki verilere dayalıdır.⁶³ Tanılama aşamasında olduğu gibi bu aşamada da çalışanların ve işyeri sağlık komitesinin aktif katılımı önemlidir. Programın amaç ve kısa/uzun dönem hedefleri, programa yönelik kurum politikaları, program içeriği, programın aşamaları belirlenir ve uygulama takvimi oluşturulur.⁵⁸ İş sağlığı hemşiresi, işyeri sağlık ekibiyle birlikte sağlığı geliştirme girişimi için bir başlık seçer, aynı zamanda kurumun misyonuyla tutarlı misyon ifadesi belirlenir.⁵⁵

İşyeri sağlığı geliştirme programı başlangıcından sonuna kadar temel bir yönetim yapısını gerektirir. Bu bağlamda kurumsal stratejiler bir rol model olarak liderlik desteği sunar ve program hedeflerinin kazanımı için önemli destek mekanizmalarıdır; çalışanların sağlık risklerinin uygun bir şekilde yönetilmesini ve kurumun kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılmasını, programı denetlemek üzere işyeri sağlık komitesinin katılımını, yeterli kaynak ayırımıyla planın geliştirilmesini sağlar.⁵⁴

Program konusunu ve içeriğini belirlerken bu aşamada kanıta dayalı uygulamalar ve sağlık çalışanlarının yaşam biçimi davranışlarına yönelik geliştirilen programlar incelenebilir.⁶³ Böylece bu kanıtların ve araştırma bulgularının işyeri sağlığı geliştirme programlarının başarılı olmasındaki yolları irdelenebilir. Bu derlemede örneklendirilen NIOSH, CCOHS ve CDC tarafından yayımlanan kaynakların yanı sıra uluslararası kuruluşların yayımladığı diğer kaynaklardan da yararlanılabilir.

UYGULAMA

Uygulama aşamasında, planlama aşamasında belirlenen amaç ve hedefler doğrultusunda programın içeriği belir-

lenir. Program içeriği belirlendikten sonra programın nasıl tanıtılacağına karar verilir.³³ Sağlık çalışanlarının toplu olarak bulundukları yemekhane gibi yerlerdeki panolara programın tanıtımının yapıldığı posterler asılabilir, broşürler dağıtılabilir. Programın uygulanması ulusal kampanyalara denk getirilebilir. Örneğin kardiyovasküler risk faktörlerinin azaltılmasına ya da önlenmesine ilişkin işyeri sağlığı geliştirme programı tasarlandığında, Dünya Kalp Federasyonu ve DSÖ iş birliğiyle her yıl 29 Eylül günü kutlanan "Dünya Kalp Günü"nde programın uygulanmasına başlanabilir.

İşyeri sağlığı geliştirme programları; fiziksel çevreye yönelik (güvenlik, ergonomi gibi) ve organizasyonel çevreye yönelik (çatışma çözümü, çalışan destek programları gibi) düzenlenebileceği gibi sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, sigara içmemeyi destekleme gibi sağlıklı yaşam biçimi programlarına yönelik olarak da düzenlenebilir.³² Örneğin sağlık çalışanlarında fiziksel aktivitenin önemi konusunda farkındalık sağlanabilir, çalışma saatlerinin egzersiz yapmaya elverişli şekilde düzenlenmesine yönelik uygulamalar yapılabilir, işyeri bahçesinde yürüyüş yolları yapılması gibi çevresel değişiklikler sağlanabilir.

DEĞERLENDİRME

Değerlendirme aşamasında iş sağlığı hemşiresi; işyeri sağlık komitesiyle birlikte programın amaç ve hedeflerinin karşılanıp karşılanmadığını, programın nasıl daha iyi

sürdürülebileceğini, sağlık çalışanlarının ve kurum yönetiminin katılım düzeyini, katılımcıların memnuniyet düzeylerinin nasıl olduğunu, müdahale sonucunda elde edilen getirilerin neler olduğunu değerlendirir.³³ Bu aşamada deneyimlerden ders çıkarmak önemlidir. Program değerlendirme sonuçlarına dayalı olarak programda uyarılama ya da değişiklikler yapılabilir.³²

SONUÇ

Bireylere ve topluma sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarının sağlığı, çalışan ortamda karşılaşılan risklerle birlikte yaşam biçimiyle ilişkili risklere bağlı olarak etkilenmektedir. Bu risklerin niceliği ve niteliği her işyerinde farklılık gösterebilir. Bu nedenle, sağlıklı çalışma ortamı oluşturma yanı sıra sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarına göre tasarlanmış ve işyeri ortamına uygunluğu sağlanmış, bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişiminde önemli payı olan yaşam biçimiyle ilişkili risklerin azaltılması ya da önlenmesine yönelik uygulamaları içeren, kapsayıcı ve bütünlüştürilmiş işyeri sağlığı geliştirme programları düzenlenmelidir. Bu programlar düzenlenirken NIOSH, CCOHS ve CDC gibi kurumların yayınladığı işyeri sağlığı geliştirme programlarının tüm aşamalarında destek olabilecek özellikteki kaynaklardan yararlanılabilir. İşyeri sağlığı geliştirme programlarının geliştirilmesi ve uygulanması ise temel sağlık hizmetleri felsefesiyle donanmış iş sağlığı hemşireleri tarafından sağlanabilir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. The world health report 2006: working together for health. Geneva: WHO Press; 2006. p.1-4.
2. Yükseköğretim Kurulu, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı. Türkiye'de sağlık eğitimi ve sağlık insan gücü durum raporu. YÖK Yayın No:2014/1. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Basımevi; 2014.
3. International Labour Organization. International standard classification of occupations-08. Erişim: 01.11.2013. <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/istc08.doc>
4. Sağlık Bakanlığı. Tababet ve şubhat sanatlarının tarzi icrasına dair karar. Erişim: 01.11.2013. www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMatn/1.3.1219.pdf
5. Başer A. Sağlık Çalışanlarının Sağlık Riskleri ve Yönetimi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2012;5(1):38-44.
6. Açıkel A, Deniz F, Yeşildal N, Mayda AS, Aykale Şentil B. AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sağlık Sorunları ve Yaşam Akademi Kurum Değerlendirmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2003;4(2):66-68.
7. Mbada CE, Ombere AO, Alade BS, Adedoyin RA, Awoloba TO, Johnson DE, et al. Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Health Workers in A Nigerian Teaching Hospital. TAF Prev Med Bull 2012;11(5):583-586.
8. Oğuzcan MŞ, Gür G, Kırıman GT. Diğ. Hekimlerinde Kas ve İskelet Sisteminde Görülen Mesleki Dejenereasyonların Analizi. Ankara Üniversitesi Diğ. Hekimliği Fakültesi Dergisi 2011;38(1):7-13.
9. Gülmüş N, Üstün B. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008;11(4):48-53.
10. Mollaçoğlu M, Karı F, Fırtılı T, Özkan Tunçay F. Hemşirelerde Tükenme ve Otisim Düzeylerinin İncelenmesi. Toplum ve Hekim Dergisi 2005;20(4):259-266.
11. Başlı F, Saky F, Özdemir S. Sağlık Çalışanlarının İş Doyumunu Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010;13(2):27-37.
12. Kahraman G, Ergin E, Dölgeçer Ş. Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Doyumları ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2011;4(1):12-18.
13. Tözün M, Çulhaçı A, Örsal A. Aile Hekimliği State-mentinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin İş Doyumu (Eskişehir). TAF Prev Med Bull 2006;7(5): 377-384.
14. Hacı M, Oğur R. Sağlık Çalışanlarında Gözlenen Mesleki Bulaşıcı Hastalıklar. TAF Prev Med Bull 2011;10(4):495-500.
15. Ayrancı U, Yılmazoz C, Balci Y, Kaptanoğlu C. Identification of Violence in Turkish Health Care Settings. Journal of Interpersonal Violence 2006;21(2):278-296.
16. Pınarçelebi M. Sağlık çalışanlarına yönelik jiddat ve salkığı. Ertim M, Çan G, editörler. Türkiye Sağlık Raporu 2014 içinde. Yayın No: 2014-3. Ankara: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği; 2015. p.461-467.

17. Wintzenley S, Whittington R. Aggression Towards Health Care Staff in A UK General Hospital: Validation Among Professions and Departments. *Journal of Clinical Nursing* 2004;13(1):3-10.
18. Blix A. Integrating Occupational Health Protection and Health Promotion. *Journal of The American Association of Occupational Health Nurses* 1999;47(4):168-171.
19. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Erişim: 01.12.2014, <http://www.who.int/global-coordination-mechanism/publications/global-action-plan-ncds-eng.pdf?ua=1>
20. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Erişim: 15.08.2015, <http://www.who.int/global-coordination-mechanism/publications/global-status-report-ncds-2014-eng.pdf>
21. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008. p.22-23.
22. World Health Organization. Noncommunicable diseases (ncd) country profiles 2014. Erişim: 15.08.2015, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf?ua=1
23. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO Press; 2009.
24. Erbaycu AE, Aksoy N, Çakan A, Öztürk A. İzmir linde Sağlık Çalışanların Sigara İçme Alışkanlıkları. *Toraks Dergisi* 2004;5(1):5-12.
25. Güneş G. Farklı meslek grupları arasında sigara içme sıklığı. Ertem M, Çan G, editörler. *Türkiye Sağlık Raporu 2014* içinde. Yayın No: 2014-8, Ankara: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği; 2015. p.521-528.
26. Talay F, Altın S, Çetinkaya E. İstanbul'un Gaziosmanpaşa ve Etiler İlçelerindeki Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Alışkanlıkları ve Sigara İçmeye Yaklaşımları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2007;55(1):43-50.
27. Taş D, Okutan O, Kaya H, Kartalioğlu Z, Bozkanal E. Smoking Prevalence Among Military Healthcare Personnel in İstanbul. *Türk Toraks Dergisi* 2008;10:15-9.
28. Sağlık Bakanlığı. Sağlık çalışanlarında obezite (işçiler) ve zayıflık durumunun belirlenmesi araştırma raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2011.
29. Yalçınkaya M, Gök Özer F, Yavuz Karasınioğlu A. Sağlık Çalışanlarında Sağlıkla Yaşam Bilgisi Değerlendirmesi. *TSK Kuvvatiye Dergisi* 2007;6(4):409-420.
30. Keşgin MT, Kublay G. Özel Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Yaşam Alışkanlıkları ve Çalışma Koşullarından Kaynaklı Sağlık Sorunlarının Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011;18(1):41-49.
31. Öpçak AÖ. Sağlık Personelinin Beslenme Alışkanlıklarında Bir Araştırma. *Gıda* 2000;25(2):93-98.
32. European Network for Workplace Health Promotion (2001). Report on the current status of workplace health promotion in small and medium-sized enterprises (SMEs). Erişim: 18.08.2014, http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/report_on_the_current_status.pdf.
33. Biler N, Yıldız AN. İş sağlığı ve güvenliği. Güler Ç, Akın L, editörler. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* içinde. 2. Baskı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012. p. 1070-1106.
34. World Health Organization (2002). A good practice in occupational health services: a contribution to workplace health. Erişim: 25.05.2014, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/115486/E7650.pdf
35. Goetzel RZ, Ozminkowski RJ. The Health and Cost Benefits of Work Site Health-Promotion Programs. *Annual Review of Public Health* 2006;29:303-323.
36. Stave GW. The Glaxo Wellcome Health Promotion Program: The Contract For Health and Wellness. *American Journal of Health Promotion* 2001;15(5):358-60.
37. Rogers B. Community-oriented nurse in occupational health. In: Stanhope M, Lancaster J, eds. *Community/Public Health Nursing*. 6th ed. United States of America: Mosby; 2004. p.1066-1091.
38. American Association of Occupational Health Nurses. Standards of occupational and environmental health nursing. Erişim: 15.08.2013, <https://www.aaoan.org/AOHN%20Standards%20of%20Occupational%20Health%20Nursing%202020.doc>
39. Mellor G, John WS. Occupational Health Nurses' Perceptions of Their Current and Future Roles. *Journal of Advanced Nursing* 2007;59(5):585-593.
40. Strosser PB, Radmond MS, Kalina CM. A Successful Occupational Health Nurse-Driven Health Promotion Program to Support Corporate Sustainability. *AAOHN Journal* 2008;57(12):507-514.
41. World Health Organization. (2001). The role of the occupational health nurse in workplace health management. Erişim: 12.10.2014, http://www.who.int/occupational_health/regional/en/oeheumun.pdf
42. World Health Organization. (1994). Global strategy on occupational health for all the way to health at work. Erişim: 18.09.2013, http://www.who.int/occupational_health/en/oehestrategy.pdf?ua=1
43. O'Donnell M. Health promotion in the workplace. Florence, KY: Delmar Cengage Learning; 2002.
44. Chapman LS. Meta-Evaluation of Worksites Health Promotion Economic Return Studies: 2012 Update. *American Journal of Health Promotion* 2012 March/April; 26(4):TAHP-1-TAHP-12.
45. Green L, Kreuter M. Health promotion planning: an educational and ecological approach. 3rd ed. Mountain View, CA: Mayfield; 1999.
46. Linnan L, Peadar KL, Wiland J. Health promotion programs in workplace setting. In: Fortman CL, Allsworth DD, eds. *Health Promotion Programs: From Theory to Practice*. United States of America: Jossey-Bass; 2010. p.379-392.
47. Fritsch MA, Montpeller J, Kussman C. Workplace Wellness: A Cholesterol Awareness Program. *Journal of The American Association of Occupational Health Nurses* 2009;57(2):69-75.
48. Low D, Grunlich M, Engram BW. Self-paced Exercise Program for Office Workers: Impact on Productivity and Health Outcomes. *Journal of The American Association of Occupational Health Nurses* 2007;55(3):99-105.
49. White K, Jacques PH. Combined Diet and Exercise Intervention in the Workplace Effect on Cardiovascular Disease Risk Factors. *Journal of The American Association of Occupational Health Nurses* 2007;55(3):109-114.
50. Hanyama Y, Fukuda H, Asai T, Muto T. Change in Lifestyle Through Health Promotion Program Without Face-to-Face Intervention in A Large-Scale Japanese Enterprise. *Journal of Occupational Health* 2013;55:74-83.
51. Groeneweld F, Proper KI, Beek AJ, Hildebrandt VH, Meelham W. Short and Long Term Effects of A Lifestyle Intervention for Construction Workers at Risk for Cardiovascular Disease: A Randomized Controlled Trial. *BMC Public Health* 2011;11:836.
52. National Institute for Occupational Safety and Health (2008). Essential elements of effective workplace programs and policies for improving worker health and wellbeing. Erişim: 07.11.2013, <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2010-140/pdfs/2010-140.pdf>
53. Canadian Centre for Occupational Health and Safety. Workplace health and wellness guide, 2nd ed. Canada: CCOHS; 2008. p.2-25.
54. American Centers for Diseases Control and Prevention. Workplace health model. Erişim: 11.10.2014, <http://www.cdc.gov/workplacehealth-promotion/model/index.html>
55. Özkan Ö, Emiroğlu ON. Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik Sağlık ve İş Güvenliği Hizmetleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009;10(3):45-51.
56. Whitehead D. An International Delphi Study Examining Health Promotion and Health Education in Nursing Practice, Education and Policy. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17:891-906.
57. Huerta CG. Nursing concepts and health promotion. In: Maville JA, Huerta CG, eds. *Health Promotion in Nursing*. United States of America: Thomson Delmar Learning; 2008. p.19-38.
58. Felton JS. The genesis of American occupational health nursing. Part I. *Occupational Health Nursing* 1985, December;33(12):615-21.
59. Rogers B. Occupational Health Nursing Concepts and Practice USA. W.B.Saunders Company; 1994.
60. Huerta CG, Welborn J. The role of the nurse in health promotion. In: Maville JA, Huerta CG, eds. *Health Promotion in Nursing*. United States of America: Thomson Delmar Learning; 2008. p.57-76.
61. Maville JA, Huerta CG. Theoretical foundations of health promotion. In: Maville JA, Huerta CG, eds. *Health Promotion in Nursing*. United States of America: Thomson Delmar Learning; 2008. p.40-56.
62. Linnan L, Bowling M, Childress J, Lindor G, Blakey C, Pronk S, et al. Results of the 2004 National Workplace Health Promotion Survey. *American Journal of Public Health* 2008 Aug; 98(8):1503-1509.
63. Davies M, Kaplors J. Planning a health promotion intervention. In: Davies M, Macdonald M, eds. *Health Promotion Theory*. New York: McGraw-Hill; 2006. p.151-168.