

K.K.T.C.
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Emine ONKUN

HEMŞİRELİK PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA

2014

K.K.T.C.
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Emine ONKUN

HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Belkıs KARATAŞ AKTAN


LEFKOŞA

2014


Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu alışma jürimiz tarafından Hemşirelik Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.


Jüri Başkanı:


Prof. Dr. Aytolan YILDİRİM
İstanbul Üniversitesi

Üye:


Doç. Dr. Ümran DAL
Yakın Doğu Üniversitesi

Danışman:


Yrd. Doç. Dr. Belkıs KARATAş AKTAN
Yakın Doğu Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. İhsan ALIş
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleşmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişilere içtenlikle teşekkür eder.

Tezimin oluşmasında geçen süreçte değerli zamanımı ayıran, fikirleri ile bana yol gösteren, aynı zamanda manevi desteğini esirgemeyen tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Belkıs KARATAŞ AKTAN'a,

Zamanlarımı ayırarak tezimin jürisine katılan ve tezi geliştirici fikir ve öneriler getiren Sayın Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM'a ve Doç. Dr. Ümran DAL'a,

İstatistiksel değerlendirmemde danışmanlığımı aldığım Sayın Yrd. Doç. Dr. Özgür TOSUN'a,

Değerleri zamanlarımı ayırarak soruları sabır ve içtenlikle cevaplayan tüm meslektaşlarıma,

Tez çalışmam süresince daima yanımda olduklarını hissettiren, maddi, manevi desteklerini veren anneme ve babama teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Onkun, E., Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2014.

Bu araştırma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) bulunan Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi'nde (BNDH) çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen, tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır. Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürdüğü gibi, sağlık durumunu daha iyi bir düzeye getirebilir. Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür.

Araştırmanın evrenini Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 140 ve Dr. BNDH'nde çalışan 381 olmak üzere, toplam 521 hemşire oluşturmuştur. Örneklem seçiminde, basit rassal örnekleme yöntemi kullanılmış olup %95 güven düzeyinde %2,81 hata payı ile toplam 371 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından geliştirilen 32 sorudan oluşan "Soru Formu" ve "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği" (SYBD) Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek, Walker, Sechrist, Pender tarafından geliştirilmiş ve Akça tarafından 1998 yılında geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır.

Soru formu ve ölçek araştırmacı tarafından 01 Aralık 2013 ve 01 Mart 2014 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler, Statistical Package For The Social Sciences (SPSS) for Windows 15,0 paket programı ve istatistiksel analizlerinde yüzdeler, t testi ve tek yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda hemşirelerin %48,79'unun lisans mezunu olduğu, çoğunluğunun (%86,25) kadın, %59,84'ünün evli ve yine çoğunluğunun (%86,25) çekirdek aileye sahip, yarıdan fazlasının (%56,87) gelirinin giderine denk olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %71,43'ünün çalıştıkları bölümden memnun olduğu, %76,82'sinin klinik hemşiresi olarak çalıştığı, %57,68'inin haftalık 40 saatin altında çalıştığı, çoğunluğunun (%87,60) kronik herhangi bir hastalığının olmadığı, beden kitle indeksine göre %55,80'inin zayıf olduğu, %61,19'unun düzensiz uyuduğu, %85,18'inin egzersiz yapmadığı saptanmıştır.

Hemşirelerin SYBD Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında en yüksek puan ortalaması 26,51±4,96 ile Kendini Gerçekleştirme alt ölçeği ve onu sırasıyla Kişilerarası Destek (25,25±4,72), Beslenme (21,50±4,48), Sağlık Sorumluluğu (21,33±4,17), Stresle Baş Etme (18,70±4,26) ve en düşük puan ortalaması ile Egzersiz (14,96±4,66) alt ölçeği izlemiştir. Hemşirelerin SYBD ölçeği toplam puan ortalaması 128,25±21,78 olarak orta düzeyde saptanmıştır.

Hemşirelerin yaş grupları ile Beslenme alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). 40 yaş ve üzeri olan hemşireler diğer hemşirelere göre daha yüksek puan almıştır.

Hemşirelerin cinsiyetleri ile Beslenme alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (p<0,05). Kadın hemşireler erkek hemşirelerden daha yüksek puan almıştır.

Hemşirelerin öğrenim durumları ile Kendini Gerçekleştirme alt ölçeği ve Kişilerarası Destek alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Yüksek lisans mezunu hemşireler diğer hemşirelere göre daha yüksek puan almıştır.

Hemşirelerin medeni durumları ile SYBD Ölçeği geneli ve Beslenme alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Evli hemşireler, bekar hemşirelere göre daha yüksek puan almıştır.

Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumuna göre, Egzersiz alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çocuğu olmayan hemşireler, çocuğu olan hemşirelere göre daha yüksek puan almıştır.

Gelirleri giderlerine denk olan hemşirelerin, SYBD Ölçeği geneli ve Sağlık Sorumluluğu alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçek puan ortalaması, diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Hemşirelerin çalışma yılı ile Beslenme, Egzersiz ve Stresle Baş Etme alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre, 12 yıl ve üzeri çalışma yılına sahip hemşirelerin puan ortalaması diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre, Egzersiz alt ölçeği dışında, diğer tüm alt ölçekler ve SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Başhemşirelik/poliklinikte çalışan hemşireler diğer hemşirelere göre daha yüksek puan almıştır.

Hemşirelerin haftalık çalışma saatlerine göre, Kişilerarası Destek alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). 40 saat ve altı çalışan hemşireler, diğer hemşirelere göre daha yüksek puan almıştır.

Hemşirelerin çalıştıkları bölümden memnun olma durumuna göre, SYBD Ölçeği geneli ve Kendini Gerçekleştirme, Kişilerarası Destek ve Stresle Baş Etme alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Başhemşirelik/poliklinikte çalışan hemşireler diğer hemşirelere göre daha yüksek puan almıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda, sağlıklı yaşam konusunda sağlıklı/hasta bireye rol model olacak olan hemşirelerin, konuyla ilgili olumsuz ya da eksik davranışlarını düzelterek iyi bir rol modeli olmaya çalışması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II, Sağlığı Geliştirme.

ABSTRACT

Onkun, E., Healthy Lifestyle Behaviour of Nurses, Near East University, Institute of Health Sciences Nursing Program Master's Thesis, Nicosia, 2014.

The aim of this descriptive study is to determine the healthy lifestyle behaviour of nurses working at both Near East University Training and Research Hospital and Dr. Burhan Nalbantoğlu State hospital located in the Turkish Republic Of North Cyprus (TRNC).

A healthy life style can be defined as selecting the appropriate behaviour depending on health status. It can affect the health of individuals such as controlling all their behaviour even when they arrange their daily activities. The individual who transforms this behaviour into attitudes can maintain a healthy state of being and also improve his well being by maintaining a healthy life style. A healthy behaviour is when an individual manages to keep himself away from illnesses and diseases and basically, it is the combination of behaviour he believes in and applies.

The research population totalled 521 nurses; 140 from the Near East University Training and Research Hospital and 381 from Dr. Burhan Nalbantoğlu State Hospital. From the sample selection, a simple random sampling method was used. With %95 being considered reliable and %2.81 being unreliable, a total of 371 nurses were used in this study. In this study, a data collection instrument was used. This consisted of a "questionnaire" of 32 questions developed by the researcher and a "Healthy Lifestyle Behaviours Scale". This scale was developed by Walker, Sechrist and Pender and a reliability and validity study was conducted by Akça in 1998.

The questionnaire and the scale had been applied between 1 December 2013 and 1 March 2014. The data obtained from this study was analysed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 15.0 statistical analysis software package and the percentage, t-Test and one-way analysis of Variance Test was used.

The study has revealed that %48.79 of nurses are university graduates, the majority of %86.25 are female, %59.84 are married and again the majority of %86.25 are from nuclear families. More than half of the nurses' monthly income and expenditure, %56.87 is considered to be identical. %71.43 of the nurses in employment are satisfied and happy in the departments they work. %76.82 of the nurses are service nurses and %57.68 of them work under 40 hours a week. %87.60 do not have a chronic disease. %55.80 of the nurses are underweight according to the body mass index, %61.19 have irregular sleeping habits and %85.18 have never exercised.

The Healthy Life Style Behaviour Of The Nurses (HLBN) and subscale point averages between the highest possible ranking average are as follows: Self-Realization (26.51 ± 4.96) and Interpersonal Support (25.25 ± 4.72), Nutrition (21.50 ± 4.48), Health Responsibility (21.33 ± 4.17), Coping with Stress (18.70 ± 4.26) and the lowest average Exercise (14.96 ± 4.66). The HLBN average total point mid-level has been identified as 128.25 ± 21.78 .

The difference between the age group of the nurses and their nutrition sub-scores point averages has been found to be statistically significant ($p < 0.05$). Nurses above the age of 40 had higher scores than other nurses.

The difference between the gender of the nurses and their nutrition sub-scores point averages were found to be statistically significant ($p < 0.05$). Female nurses had higher scores than male nurses.

The difference between the Education Level and Self-Realisation sub-scores and Interpersonal Support sub-scores point averages has been found to be statistically significant ($p < 0.05$). Graduate degree nurses had higher scores than other nurses.

The difference between the marital status of nurses and HLBN in general, and Nutrition Scale subscale scores were found to be statistically significant ($p < 0.05$). Married nurses had higher scores than single nurses.

Regarding the status of nurses having children, the average difference between the Exercise subscale has been found to be statistically significant ($p < 0.05$). Nurses without children had higher scores than the nurses with children.

Regarding the nurses with a balanced income and expenditure, the HLBN sub scale scores in general and all the other sub scale score averages apart from the Health Responsibility sub-scales were higher than the other groups ($p < 0.05$).

The difference between the number of years nurses had worked with Nutrition, Exercise and Coping with Stress, the subscale score averages were found to be statistically significant ($p < 0.05$). Accordingly, those nurses working more than 12 years had a score higher than the others.

Regarding the departments in which the Nurses work, besides Exercise sub scales, the difference between all the other sub scales scores and HLBN total score averages have been found to be statistically significant ($p < 0.05$). Head nurses/polyclinic nurses had higher scores than other nurses.

According to the weekly working hours of nurses, the difference between the Interpersonal Support sub-scale score averages have been found to be statistically significant ($p < 0.05$). Nurses working under 40 hours had higher scores than other nurses.

Depending on whether the nurses are satisfied in the departments they work and the HLBN in general, the difference between Self-Realization, Interpersonal Support and Coping with Stress the subscale scores averages have been found to be statistically significant ($p < 0.05$). Head nurses/polyclinic nurses scored higher than the other nurses.

To conclude, the nurses should be able to become role models in regards to healthy living in the community. We propose that nurses should adapt a positive attitude and reconsider their behaviour correcting their negative or incomplete behaviour to be good role models to the society.

Keywords: Nurse, Healthy Lifestyle Behaviour, Healthy Lifestyle Behaviour Scale II, Health Promotion.

İÇİNDEKİLER**Sayfa**

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	xii
TABLolar DİZİNİ	xiii
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Sağlık Kavramı	6
2.1.1. Objektif ve Subjektif Olarak Sağlık	6
2.2. Sağlığın Önemi	7
2.3. Sağlık Davranışı	7
2.4. Sağlığın Korunması	7
2.5. Sağlığı Geliştirme	9
2.6. Sağlığı Koruma ve Geliştirme Modelleri	9
2.6.1. Sağlık İnanç Modeli	10
2.6.2. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli	11
2.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	15
2.7.1. Kendini Gerçekleştirme	16
2.7.2. Sağlık Sorumluluğu	17
2.7.3. Fiziksel Aktivite	17
2.7.4. Yeterli ve Dengeli Beslenme	18
2.7.5. Kişiler Arası Destek	19
2.7.6. Stresle Baş Etme	19
2.8. Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü	21

İÇİNDEKİLER (DEVAM)

	Sayfa
3. GEREÇ YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Şekli	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.4. Araştırmanın Etik Boyutu	27
3.5. Verilerin Toplanması	27
3.5.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması	27
Soru Formu	27
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	28
3.5.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması	30
3.5.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması	30
3.5.4. Verilerin Değerlendirilmesi	30
4. BULGULAR	32
5.TARTIŞMA	52
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	65
6.1. Sonuçlar	65
6.2. Öneriler	68
7. KAYNAKLAR	69
8. EKLER	78
EK-1: Soru Formu	78
EK-2: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Formu	81
EK-3: Aydınlatılmış (Bilgilendirilmiş) Onam	
ve Katılımcının Beyanı Formu	84
EK-4: Etik Kurul Onay Formu	85
EK-5: Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim ve	
Araştırma Hastanesi Onay Formu	86
EK-6: KKTC Sağlık Bakanlığı Onay Formu	87
ÖZGEÇMİŞ	88

SİMGELER VE KISALTMALAR

BKİ: Beden Kitle İndeksi

BNDH: Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi

DSÖ (WHO): World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü

KKTC: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

SYBD: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences/Sosyal Bilimler İstatistik Paketi

TABLOLAR

	Sayfa
Tablo 4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri	32
Tablo 4.2. Hemşirelerin Mesleğe İlişkin Özellikleri	34
Tablo 4.3. Hemşirelerin Sağlık Özellikleri	35
Tablo 4.4. Hemşirelerin Yaşam Biçimine İlişkin Özellikleri	36
Tablo 4.5. Hemşirelerin SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	37
Tablo 4.6. Hemşirelerin Yaşa Göre SYBD Ölçeği Puan Ortalamaları	38
Tablo 4.7. Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	39
Tablo 4.8. Hemşirelerin Öğrenim Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	40
Tablo 4.9. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	42
Tablo 4.10. Hemşirelerin Aile Tiplerine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	43
Tablo 4.11. Hemşirelerin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	44
Tablo 4.12. Hemşirelerin Gelir Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları	45
Tablo 4.13. Hemşirelerin Çalışma Yıllarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları	46
Tablo 4.14. Hemşirelerin Çalıştıkları Bölümlere Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları	47
Tablo 4.15. Hemşirelerin Kadro Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	48
Tablo 4.16. Hemşirelerin Haftalık Çalışma Saatine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları	49
Tablo 4.17. Hemşirelerin Çalıştığı Bölümden Memnuniyet Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları	50

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnsanların yaşamında sağlık önemli bir yer tutmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (DSÖ, 1948).

Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir (Çelik ve diğerleri, 2009; Karadeniz ve diğerleri, 2008). Bu anlayış; bireyin, iyilik halini koruyacak, sürdürecekt, geliştirecek davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzerine dayandırılmıştır (Güngör ve Hotun, 2006; Ayaz ve diğerleri, 2005).

Sağlığı geliştirme, toplumun, grubun veya bireyin sağlığını yükseltme, kendilerini fiziksel, duygusal, ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı, sorunlarını çözümlenmede etkin sayabilme ve kendi üzerindeki kontrollerini arttırabilme süreci olarak tanımlanmaktadır (Jansink ve diğerleri, 2013; Kaya ve diğerleri, 2008; Bahar ve diğerleri, 2008). Bu süreç, bireyin kendi kendine gerçekleştirebileceği davranışları ve içinde yaşadığı çevrenin değişimini içermektedir (Sarrafzadegan ve diğerleri, 2009).

Sağlıklı yaşam biçimi, "Bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek, düzenlemesi" olarak tanımlanmıştır (Kafkas ve diğerleri, 2012; Ocakçı, 2007). Bu bilgileri davranış haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir düzeye getirebilmektedir (Dağdeviren ve Şimşek, 2013; Uzel ve diğerleri, 2012; Stanhope ve Lancaster, 1996).

Hastalık ve sağlık kavramları gelenek, görenek, inanış ve insanların geçmiş tecrübelerine göre farklılık gösterse de, uygun sağlık eğitimi ile sağlıklı yaşam biçimi

davranışları oluşturulabilir. Sağlıksız yaşam biçimi davranışları akut ya da kronik hastalıkların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. (Türkol ve Güneş, 2012).

DSÖ 2008 yılı verilerine göre; tüm dünyada ölüm nedenlerinin ilk sırasında kalp-damar hastalıkları (%48) ve ikinci sırada ise kansere bağlı ölümler (%21) olduğu bildirilmektedir (DSÖ, 2012). Eskiden toplu ölümlere yol açan enfeksiyon hastalıkları yerini hipertansiyon, şişmanlık, Tip II diyabet, koroner kalp hastalıkları gibi yaşam biçimi ile ilgili kronik hastalıklara bırakmıştır. Bunun sonucunda hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli ilke olarak yaşam biçiminin değiştirilmesine yönelik uygulamalar benimsenmiştir (Karadeniz, 2008; Esin, 1999). Bu durum, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde, en önemli etken olan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine yönelik uygulamaların önemini ortaya koymaktadır.

Sigara ve alkol tüketimi, kötü beslenme ve fiziksel hareketsizlik gibi yaşam tarzı, kronik hastalıklar için başlıca davranışsal risk faktörleridir (Bibiana ve diğerleri, 2013). Çoğu kronik hastalıkların temelinde önlenabilir risk faktörleri var olup bu risk faktörleri ekonomik gelişme göz ardı edilmeksizin tüm ülkelerde hastalık yükü ve ölümlerin başlıca nedenidir. Küresel düzeyde ölümlerden sorumlu olan risk faktörleri; artmış kan basıncı (%13), tütün kullanımı (%9), artmış kan glukozu (%6), fiziksel inaktivite (%6), fazla kiloluluk ve obezite (%5)'dir (DSÖ, 2012).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünü olarak tanımlanabilir. Günümüzde insanın fiziksel, sosyal, duygusal ve manevi durum gibi yaşamının bütün boyutlarıyla ilgili bir kavram olarak ele alınan sağlık, bu anlamda yaşamdan memnuniyeti ve yaşam kalitesini içermekte ve kendini gerçekleştirmenin giderek artmasını ifade etmektedir (Açıksöz ve diğerleri, 2013; Cihangiroğlu ve Deveci, 2011; Özkan ve Yılmaz, 2008; Esin, 1997;).

DSÖ bildirimleri 2000'li yıllarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemi üzerinedir. Bu bağlamda 2000 yılında 'Herkes İçin Sağlık' sloganı ile sağlıklı yaşam biçiminin önemini vurgulamıştır. 2010'lu yıllar için hedef sağlıklı insan sayısının

giderek artırılmasıdır. Bu hedefe ulaşmada yaşam kalitesinin artırılması ve olumsuz sağlık şartlarının elimine edilerek sağlıklı yaşam biçiminin sağlanması gereklidir (DSÖ, 2012).

Kişilerin sağlık davranışlarını en üst düzeye çıkarabilmeleri için sağlığı geliştirme çabaları önem arz etmektedir. Toplumların sağlık düzeyi sağlıklı bireylerin çoğunlukta olması ile ölçülür. Her insanın temel haklarından biri olan sağlıklı olma, sağlığın korunması ve sürdürülmesi, sağlığın geliştirilmesinin esasını teşkil eder (Komduur ve diğerleri, 2009; Edelman ve Fain, 1999). Bunun sağlanması ve sürdürülmesi sağlık personelinin temel amacı olduğu kadar, kişinin de kendi sorumluluğudur (Cihangiroğlu ve Devenci, 2011). Kişinin sağlığı geliştirici davranışları kazanması için, sağlıkla ilgili davranışlarını kontrol altına alması, bu davranışları kazanmak için istek duyması gerekir. Çünkü sağlığı geliştirmek için olumlu sağlık davranışının kazandırılması ve sürdürülmesi gerekir (Bözhöyük ve diğerleri, 2012; İlhan ve diğerleri, 2010). Bu nedenle bireyin, ailenin ve toplumun sağlık davranışlarının incelenmesi ve eksik olan konularda bireylerin desteklenmesi toplum sağlığı açısından önemlidir.

Sağlığın geliştirilmesi ve hastanın sağlıklı davranışlar konusunda bilgilendirilmesini ve yönlendirilmesini sağlayacak grup, sağlık kurumlarında profesyonel bakım veren hemşirelerdir (Whitehead, 2005; Özbaşaran ve diğerleri, 2004). Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir (Ayaz ve diğerleri, 2005).

Dünya genelinde hemşirelerin sağlığı geliştirmedeki rolü giderek daha sık vurgulanmaktadır. Bu nedenle sağlığı geliştirme aktivitelerinde hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir (Noordman ve diğerleri, 2013; Özkan ve Yılmaz, 2008). Halk eğitiminde, başarının temel ilkelerinden biri eğiticinin niteliğidir. Sağlık eğitimcisi halkın tanıdığı, inandığı ve güvendiği bir kişi olmalıdır. Hemşirelerin sağlık eğitiminin en önemli amaçlarından biri olan, bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmak için alınması gereken önlemleri benimsemeleri ve uygulamaları gereklidir (Noordman ve diğerleri, 2013; Haney ve diğerleri, 2013; Lee, 2011; Ballhel, 2009).

Bu nedenle hemşirenin olumlu sağlık davranışları göstererek, insanları davranış değişikliğine motive etmede kullanılan yöntemlerden biri olan "model olma" tekniğini etkili bir şekilde kullanması gereklidir (Bostan; 2013; Ocakçı, 2009; Ayaz ve diğerleri, 2005). Hemşirelerin uygun rol modeli olabilmeleri için, öncelikle kendilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının neler olduğunu bilmesine gereksinim vardır.

Konu ile ilgili yapılmış çalışmalar incelendiğinde, pek çok çalışmada hemşirelerin SYBD Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu, kişilerarası ilişkiler konularında yeterli ve egzersiz konularında yetersiz oldukları görülmektedir (Bostan, 2013; Kitiş ve Uz, 2012; Cürcani ve diğerleri, 2010; Ballıel, 2009; Yalçınkaya ve diğerleri, 2007; Özkan ve Yılmaz, 2008; Güner ve Demir, 2006; Choi, 2002; Pasinlioğlu ve Gözüm, 1998).

Türkiye’de konuyla ilgili yapılmış pek çok çalışma olmasına rağmen, KKTC’de lise ve üniversite öğrencileri ile yapılmış iki çalışma bulunmuş ancak bu konuda hemşirelerle ilgili yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Kavramı

Sağlığın evrensel bir kavram olmasına karşın, herkesin kabul ettiği ortak bir tanımı yoktur. Kavram değişik otoriteler tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır. Biyolojik bilimler açısından sağlık; bedenin her bir hücresinin en üst düzeyde işlev gördüğü ve hücreler arası uyumun var olduğu bir durum olarak kabul edilmektedir. Davranış bilimlerine göre sağlık; kişinin çevresiyle uyumu ve beklemediği bir olay karşısında savunma ve sosyal bilimlerde ise; bireyin sosyal rollerini yerine getirmedeki yeterliliği olarak tanımlanmaktadır (Çelik, 2009; Tuğut, 2008; Akça, 2008; Tekir, 2005; Öz, 2004).

Geçmiş yıllarda sağlık; 'hastalık ya da sakatlığın olmayışı' olarak, bireyi etkileyen sosyal ve ruhsal etmenler dikkate alınmadan, dar bir çerçevede tanımlanmıştır. Oysa sağlık; sosyal, kültürel, ekonomik, fiziksel ve biyolojik etmenlerden etkilenen bir durumdur (Arslan ve Ceviz, 2007; Güngör ve Hatun, 2006; Tekir, 2005; Zaybak ve Fadıloğlu, 2004).

2.1.1. Objektif ve Subjektif Olarak Sağlık

Sağlık kavramlarını objektif ve subjektif olarak ikiye ayırıp incelemek daha doğrudur (Tuğut, 2008; Yıldırım, 2005; Aktan ve Işık, 2002).

Subjektif Olarak Sağlık; Bireyin kendisinin, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden durumunu algılaması halidir. Birey hasta olmadığı halde kendisini hasta ya da hasta olduğu halde kendisini sağlıklı algılayabilir (Tuğut, 2008; Yıldırım, 2005; Aktan ve Işık, 2002).

Objektif Olarak Sağlık; Doktor tarafından fizik muayene ve tanı işlemleri ve psikiyatri tarafından muayene sonucuna göre belirlenen hastalığın ya da bozukluğun olmamasıdır. Bu durumda bireyin sağlıklı olabilmesi için, bireyin kendini hem

subjektif olarak sağlıklı algılaması hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı olması gerekmektedir (Tuğut, 2008; Yıldırım, 2005; Aktan ve Işık, 2002).

2.2. Sağlıkın Önemi

Dünyada birçok ülkede giderek artan bir şekilde morbidite ve mortalite nedenlerini; kentleşme, yaşlanma, yaralanmalarla birlikte kronik ve bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşmasında katkıda bulunan yaşam biçimi oluşturmaktadır. Kronik ve bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında yer alan kanserler, iskemik kalp hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklar başlıca ölüm nedenlerinin ilk sıralarındadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin oranının, 2002 yılındaki %59'dan 2030 yılında %69'a yükseleceği tahmin edilmektedir. Bu çerçevede, DSÖ sağlıklı yaşam biçimini destekleyen sağlığı geliştirme aktivitelerinin önemini vurgulayan görüşü ön plana çıkmaktadır (DSÖ, 2011).

2.3. Sağlık Davranışı

Sağlık davranışları, önde gelen ölüm nedenlerinin yol açtığı mortalitenin büyük bir bölümünün davranış kalıplarına bağlı olması ve bu davranış kalıplarının değiştirilebilir olması nedeniyle önemli bir kavramdır. Sağlık davranışlarının gösterilmesinde bireysel farklılıklar görülmektedir. Bu farklılıkların altında yatan etmenlerden biri, yaptırımlar ve yasal düzenlemeleri içeren dış etmenlerdir. Diğerleri ise, sosyo-demografik özellikler, kişilik, sosyal destek ve bilişleri içeren birey ile ilgili etmenlerdir. Birey ile ilgili etmenlerden bilişsel etmenler, sağlık davranışını sergileyen birey özelliklerinin tanımlanmasını ve dış etmenlerin davranış değişikliğine nasıl yol açtığını açıklamaları nedeniyle ilgisi odağı haline gelmiş ve sağlık davranışının en yakın belirleyicileri olarak görülmüştür (Tokuç, 2007; Topçu, 2006).

2.4. Sağlığı Koruma

Sağlığın korunması, biyolojik, fizik ve sosyal çevrenin olumlu hale getirilmesi, bununla birlikte kişiye yönelik önlemlerin de ihmal edilmemesi ile

sağlanabilir. Sağlığı koruma düzeyleri, birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olarak üçe ayrılmaktadır (Bozhüyük ve diğerleri, 2012; Çetinkaya ve diğerleri, 2004).

2.4.1. Birincil Koruma

Sağlıklı kişilerde hastalık risklerini azaltmaya yönelik müdahalelerdir. Hastalıkların risk ve nedensel etmenlerini kontrol ederek hastalık başlamadan ve oluşmadan önce önlemeyi amaçlar, sağlık eğitimi ve sağlıklı davranışların geliştirilmesini kapsar. Bağışıklama ile bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, tütün kontrolü ile sigara içimiyle ilişkili hastalıkların önlenmesi, emniyet kemeri kullanımı ile araç içi yaralanmaların önlenmesi gibi koruyucu özel önlemler bu grupta yer alır. Bu önlemler, bireylere ve topluma yönelik olabilir (İlhan, 2010; Can ve diğerleri, 2008; Karakoç, 2006).

2.4.2. İkincil Koruma

Hastalıkları olan kişilerde önlenebilir morbiditeye yönelik müdahalelerdir. Hastalıkların erken tanısının konulması, tedavi edilmesi ve olumsuz sonuçların azaltılmasıdır. Hastalığa ilişkin ciddi ilerlemeler önlenir, en aza indirilir ya da yavaşlatılır. İkincil koruma erken dönemde tanınabilen ve etkili bir tedavisi olan hastalıklar için uygundur (İlhan, 2010; Can ve diğerleri, 2008; Karakoç, 2006).

2.4.3. Üçüncül Koruma

Önceden oluşan hastalığın ilerlemesinin ve komplikasyonlarının önlenmesi, olası komplikasyonların ve tekrarların önlenmesi ya da azaltılmasıdır. Hastalığın oluşturduğu sakatlıkların ya da acının azaltılmasıdır. Özellikle kronik hastalıklarda ilerlemenin önlenmesine çalışılır. Yaşamın kalitesinin artırılması sağlanır (İlhan, 2010; Can ve diğerleri, 2008; Karakoç, 2006).

2.5. Sağlığı Geliştirme

Sağlığın geliştirilmesi, bireyin kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü arttırma gúcünü kazanması olarak tanımlanmıştır. Sağlığın geliştirilmesi sadece hastalıkları önlemeye yönelik olmayıp, bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu daha da iyileştirmeyi amaçlar. Bu bağlamda günümüz sağlık anlayışı; bireyi aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdürren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını içermektedir. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruyacak, sürdüreceğ ve geliştirecek davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamaya dayandırılmıştır (Karadeniz ve diğerleri, 2008; Bahar ve diğerleri, 2008;).

2.6. Sağlığı Koruma ve Geliştirme Modelleri

Sağlığı geliştirme, birey, aile ve toplumun sağlık düzeyinin doğrudan geliştirilmesi ve iyilik düzeyinin artırılmasına yönelik etkinlikleri ve kişinin davranışlarının en üst düzeye çıkarılmasını ifade etmektedir. Sağlığı geliştirme, sağlığa yönelik herhangi bir davranış ve yaşam biçimi için, eğitim ile ilgili örgütsel, ekonomik, çevresel desteklerin birleşimidir. DSÖ 'Herkes İçin Sağlık' politikasına ulaşmak için anahtar strateji olarak sağlığı geliştirme kavramını kullanmıştır. Sağlığı geliştirmenin bileşenleri, Alma-Ata Bildirgesi'ne (1978) dayanmaktadır. Bu bileşenler; bireyin davranışlarını değiştirmek için sağlık eğitimi verilmesini, potansiyelinin geliştirilmesi, öz sorumluluğun artarak sağlık gereksinimlerine yanıt vermeyi ve sağlıklı toplum politikalarının oluşturulmasını içerir. Bir başka deyişle sağlığı geliştirme, sağlık eğitimi ve sağlıklı yaşam koşullarını destekleyen çevresel eylemleri içerir. Çevresel eylemler, kuruluşlardaki ve daha geniş toplumdaki nüfusları hedef almaktadır. Bu çevresel stratejiler ve müdahaleler arasında, birey gruplarının sağlığını iyileştirebilecek siyasi, ekonomik, sosyal, örgütsel, düzenleyici ve kanuni değişiklikler yer almaktadır. Sağlığı geliştirmede hem kişisel düzeyde hem de nüfus düzeyinde tamamlayıcı stratejilerden yararlanılmaktadır (Türköl, 2012; Karadeniz, 2008; Güler ve diğerleri, 2008; Özvarış, 2006; Zaybak, 2004).

Sağlığı geliştirme “sağlık eğitimi” aracılığıyla kısa dönemde risk etmenlerinin azaltılmasını, orta dönemde koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımının artırılmasını, sağlık davranışının geliştirilmesini, yaşam biçimlerinin düzenlenmesini, kişinin kendi sağlığını koruması sonucu kendine güveninin artırılmasını sağlar. Uzun dönemde hastalık sıklıklarının azaltılmasını, yaşam süresinin uzatılmasını, yaşam kalitesinin ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasını sağlar (Türkol, 2012; Kanber 2008; Karadeniz, 2008; Özvarış, 2006; Stanhope ve Lancaster, 2000). Sağlık eğitimi, “bireyde kendi yaşantısı yoluyla sağlıklı ilgili düşünce, inanç, tutum, davranış ve yaşam biçiminde değişiklik oluşturmak amacıyla yapılan herhangi bir öğrenme yaşantısı” olarak tanımlanmaktadır (Kanber, 2008; Türkeri, 2006). Sağlık eğitimi; kişilere sağlıklı yaşam için alınması gerekli önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak, kendi sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacı ile birey olarak veya topluca karar aldırarak olarak tanımlanmıştır (Kanber, 2008). Sağlık eğitiminin temel amacı, birey ve toplumun gereksinimlerini karşılayacak, sağlıklı bir yaşam için bireyin sağlığını korumasını ve geliştirmesini, tedavi olanaklarından yararlanmasını ve olumlu bir çevre yaratmasını sağlayacak yönde davranış değişikliği oluşturulmasıdır (Kanber, 2008; Türkeri, 2006; Özvarış, 2001).

2.6.1. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık davranışı kuramlarının en eskisi ve en çok bilinenidir. Bu model Rosenstock (1966) tarafından ilk kez ortaya konmuş, Becker ve Maiman (1975) tarafından da geliştirilmiştir. Bu model hem sağlık davranışını hem de uyumluluğu açıklar. Hastalıktan önceki, örneğin, kanser riski nedeniyle muayene olmak gibi sağlık davranışıyla, hasta olunca tıbbi beslenme tedavisi uygulama gibi uyumluluğun birlikte ele alınması gerektiğini öne sürer (Ersin ve Bahar, 2012; Pender ve diğerleri, 2011; Tabak, 2006; Galloway, 2003).

Bu model kaynağını uyarı-cevap ve algısal davranış kuramlarından almaktadır. Bu kuramlar 1950’li yıllarda ortaya atılmıştır. İlk olarak serbest tüberküloz tarama programına katılımı özendirici güdüleyici etmenlerin

değerlendirilmesi sırasında bu teori ön plana çıkmıştır. Yapılan çalışmada, kişilerle ilgili belirleyici üç etmenin bulunduğu anlaşılmıştır:

1. Kişilerin kendilerinin belirtiler olmasa bile tüberküloza yakalanmış olma duyarlılıkları ile ilgili yargılar,
2. Röntgen filmlerinin tüberkülozu belirleme konusundaki etkililiği ile ilgili inançları,
3. Tüberkülozun belirlenmesinin ve tedavisinin kendilerine sağlayacağı yarar konusundaki inançları (Ersin ve Bahar, 2012; Pender ve diğerleri, 2011; Tabak, 2006; Galloway, 2003).

Sağlık İnanç Modeli son zamanlarda, koruyucu sağlık davranışlarının açıklanmasında sıklıkla kullanılmaktadır. Model, hastalıktan korunma ve tarama programlarına yetersiz katılımı açıklamak amacıyla 1950'lerin başında geliştirilmiştir (Ersin ve Bahar, 2012; Pender ve diğerleri, 2011; Tabak, 2006; Galloway, 2003).

Modelin ana kavramı, koruyucu sağlık davranışlarının belirleyicilerinin öngörülmesidir. Model, sadece tarama davranışlarını açıklamakla kalmayıp, hasta davranışı, hasta rolü davranışlarını ve sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini kolaylaştıran etmenleri de açıklamaktadır. Model, bir değer-beklenti modeli olup, bilişsel değişkenlere odaklanmıştır. Hastalığın önlenmesi değer; koruyucu sağlık davranışının hastalığı önleyeceği inancı beklentidir. Beklenti, hastalığın şiddetine göre değişmekte ve önerilen sağlık davranışının gerçekleştirilmesi durumunda hastalığa yakalanma olasılığı azalmaktadır (Ersin ve Bahar, 2012; Pender ve diğerleri, 2011; Tabak, 2006; Galloway, 2003).

2.6.2. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

Pender tarafından (1987) geliştirilmiş olan Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM), sağlığı koruma modelini tamamlayıcı olarak tanımlanmış olup, bilişsel faktörlere odaklanarak sağlığın yükseltilmesini ve sağlık davranışlarının iyileştirilmesini

benimsen (Ersin ve Bahar, 2012; Pender ve diğeri, 2011; Ardınc, 2008; Galloway, 2003).

Sağlığın geliştirilmesi, bireyin iyilik düzeyinin artırılmasıdır. SGM, sosyal öğrenme teorisinden kaynaklanmış olup, bireyin sağlığı geliştirici davranışlarını etkileyen bilişsel süreçlerin önemini açıklamaktadır. Yapısal olarak, bireyin hastalıktan korunmak için yaptığı davranışların nasıl şekillendiğini ve nelerden etkilendiğini açıklayan sağlık inanç modeline benzemektedir (Ersin ve Bahar, 2012; Pender ve diğeri, 2011; Ardınc, 2008; Galloway, 2003).

Model bireyin sağlık davranışı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan faktörleri, sağlığı geliştiren unsurları ve engelleyen faktörleri açıklamaktadır. Model üç temel birleşenden oluşmaktadır. Bunlar bireysel özellikler ve deneyimler, davranış-özel bilişsel süreçler ve davranış sonuçlarıdır. (Ersin ve Bahar, 2012; Pender ve diğeri, 2011; Ardınc, 2008; Galloway, 2003).

1. Bireysel Özellikler ve Deneyimler

Davranış ile ilgili önceki deneyimler: Bireyin daha önce sergilediği benzer ya da aynı davranışlar ve bu davranışları sergileme sıklığı bireye kazandırılacak yeni davranış üzerinde olumlu etki gösterir

Kişisel Faktörler: Biyolojik (yaş, cinsiyet), psikolojik (benlik saygısı, öz-motivasyon, sağlığın kişisel olarak anlamı) ve sosyo-kültürel faktörleri (etnik köken, eğitim, sosyo-ekonomik durum) içerir. Bireyin yaşı, kişilik yapısı, etnik yapısı, sosyoekonomik durumu gibi genel karakteristik özellikleri sağlık davranışları üzerinde etkilidir (Ersin ve Bahar, 2012; Pender ve diğeri, 2011; Ardınc, 2008; Galloway, 2003).

2. Davranış-Özel Bilişsel Süreçler ve Etkileri

Davranışın Yararlarını Algılama: Bireyin sergilediği sağlık davranışının, onun sağlığı üzerindeki olumlu ve güçlendirici sonuçlarının farkında olması davranışı üzerinde etkilidir. Bireyin davranışının yararını algılaması, davranışa başlama ve sürdürme üzerinde olumlu etkilidir (Pender ve diğerleri, 2011; Ardınç, 2008; Galloway 2003).

Davranışın Önündeki Engelleri Algılama: Bireyin yeni bir sağlık davranışını sergilemesinde birçok engel, davranışa başlanma ve bu davranışı sürdürmeyi olumsuz etkiler. Engeller, bireyin kendisi ya da çevresi tarafından gerçek ya da gerçek olmayan durumlardan oluşabilir. En sık karşılaşılan engellere sıkılma, zaman ayıramama, ekonomik yetersizlikler, davranışın güç olması, davranışın çevre tarafından desteklenmemesi örnek verilebilir. Bireyin bu engelleri algılaması davranışa başlama ve sürdürme üzerinde olumlu etkilidir (Pender ve diğerleri, 2011; Ardınç, 2008; Galloway, 2003).

Öz Etkililiği Algılama: Bireyin yeni bir sağlık davranışını gerçekleştirmedeki kararı özellikle bu davranış başarı ile başlayıp sürdürebileceğine dair algısı davranışa başlama ve sürdürme üzerinde etkilidir (Pender ve diğerleri, 2011; Ardınç, 2008; Galloway, 2003).

Davranış İle İlgili Tepkiler: Bireyin kazanacağı yeni sağlık davranışına yönelik subjektif duygu durumu davranış üzerinde etkilidir. Bireyin davranışa yönelik olumlu duygular taşıması ve pozitif bakış açısı geliştirmesi önemlidir. Davranışa ilişkin bireyde oluşan duygular, davranışı tekrarlayıp tekrarlamayacağı veya uzun vadede davranışı koruyup koruyamayacağını etkiler. Davranışa yönelik pozitif duygular davranışın tekrarlanma olasılığını arttırırken, negatif duygular davranışın tekrar oluşmasına engel olabilmektedir (Pender ve diğerleri, 2011; Ardınç, 2008; Galloway, 2003).

Kişilerarası Etkiler: Çevredeki bireylerin, davranışa ilişkin bireye verdiği destektir. Kişilerarası etkileşim normlar (diğerlerinin beklentilerinin önemi), sosyal destek (araçsal ve duygusal destek), model alma (bir davranışı kazanmada diğerlerini gözlemleyerek öğrenilenler) boyutlarından oluşmaktadır. Primer kişilerarası etkileşim kaynakları aile üyeleri, akranlar ve sağlık personelidir. Bireyin aile, arkadaş ve sağlık çalışanları ile olumlu etkileşimi yeni bir davranışa başlama ve sürdürme üzerinde etkilidir (Ersin ve Bahar, 2012; Pender ve diğerleri, 2011; Ardınç, 2008; Galloway, 2003).

Durumsal Etkiler: Bireyin tercihleri, estetik duygusu ve çevresi sağlık davranışlarını şekillendirir. Bireyin sergileyeceği davranışın çevresi ya da yaşamı ile uyumlu olması davranışa başlama ve sürdürme üzerinde etkilidir. Durumsal etkiler, sağlığı geliştirme modeli kullanılarak yapılan çalışmaların %56'sında sağlık davranışının belirleyicisi olarak gösterilmektedir (Ersin ve Bahar, 2012; Pender ve diğerleri, 2011; Ardınç, 2008; Galloway, 2003;).

Davranışı Yapmaya Söz Verme: Bireyin yeni sağlık davranışını başarıyla yapmak için belli stratejiler geliştirmesi ve davranışa başlamayı istemesi davranış kazanılmasında etkilidir. Bir başka deyişle birey kendine davranışı yapacağına dair söz verir ve davranışı kendi yaşamına yerleştirir (Pender ve diğerleri, 2011; Ardınç, 2008).

İhtiyaçları Hemen Karşılama ve Tercihler: Planlı bir sağlık davranışı geliştirme niyetinin öncesinde bilinçli istenmeyen alternatif davranışlar bireyin yeni sağlık davranışını etkiler. Planlanan bir sağlığı geliştirme davranışının hemen öncesinde acil bir gereksinimin ortaya çıkması davranış çıktısını etkileyecektir.

Gereksinimler iş, aile sorumlulukları ve çevresel olaylar gibi bireyin üzerinde nispeten düşük kontrolünün olduğu davranışlardır. Tercihler ise bireylerin üzerinde yüksek kontrole sahip oldukları davranışlardır (Ersin ve Bahar, 2012; Pender ve diğerleri, 2011).

3. Davranış Sonuçları

Demografik, psikososyal ve hastalıkla ilgili bilgi düzeyi veya hastalığı önceden geçirmiş olması gibi değiştirilebilir etmenler bireyin davranışını etkiler. Değiştirilebilir etmenler, bireyin önerilen davranışın yararlarını ve engelleyici etmenleri algılamasını da etkileyebilecektir. Sonuçta birey davranışı uygular ya da uygulamayabilir. Sağlığı geliştirici davranışın ya da bu davranışın kazanılmasındaki hazırlık ve karar vermenin sonucudur (Pender ve diğerleri, 2011).

2.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

İnsanların yaşamında sağlık önemli bir yer tutmaktadır. DSÖ'nün tanımına göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış bireyin iyilik halini koruyan, sürdüren, geliştiren davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlama üzerine dayandırılmıştır (Şimşek, 2013; Yalçınkaya ve diğerleri, 2007).

Sağlığı geliştirme bireyleri, aileleri, toplumları, kurumları ve yasaları içine alan güncel ve göreceli bir kavramdır. Sağlığı geliştirmek bireylerin en üst düzeyde sağlığa ulaşabilmeleri için yaşam biçimi değiştirmelerine yardım etme olarak tanımlanır (Uzel, 2012; Tokuç, 2007; Yıldırım, 2005). Sağlığın geliştirilmesi, bireyin kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü artırma gücünü kazanması olarak tanımlanmıştır. Hastalıklardan korunmada, erken tanıda bulunmada ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların kullanılması temeldir. Sağlığı geliştirme kavramının temelinde; bireyin potansiyelini ve enerjisini kullanma, doyurucu bir yaşam sürdürme, üretken olabilme, sağlık konusunda yeteneklerini sonuna kadar kullanabilme olanağına sahip olma durumu yer alır (Bahar ve diğerleri, 2008; Ünalın, 2007; Vaizoğlu, 2004). Sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıklarını düzelterek, kontrol ederek ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşarak sağlanabilir. Bu hedefe ulaşılabilmesi için sigara içme, alkol ve madde kullanımı,

beslenme davranışları, fiziksel aktivite, şiddet davranışları, sağlıksız kilo kontrolü, aile ile iletişim sorunları ve stres yönetimi gibi riskli davranışlardan kaçınılması gerekir. Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir (Ünalın, 2009; Tuğut, 2008).

Sağlık davranışları, sağlığın korunması ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili davranışlar bütünüdür. Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve uyguladığı eylemlerdir (Yılmazel, 2013; Türkol, 2012; Topçu, 2006).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır. Sağlığı geliştiren davranışlar, bireyin iyilik düzeyini arttıran, kendini geliştirmeyi sağlayan davranışları içerir (İlhan ve diğerleri, 2010). SYBD sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimine yönelik yapılan değerlendirmelerin bir bileşkesi olarak ortaya konulmaktadır (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011; Bahar ve diğerleri, 2008). Kişilerin sağlık davranışlarını en üst düzeye çıkarabilmeleri için sağlığı geliştirme çabaları önem arz etmektedir. Bireyler, sağlıklı davranışlar geliştirmede kendi sorumluluklarını almalı ve SYBD'ni günlük yaşam alışkanlıkları haline dönüştürmelidirler (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011; Özbaşaran ve diğerleri, 2004; Choi Hui, 2002). Dünya Sağlık Örgütü bireylerin sağlık kalitelerinin %60'ının onların davranış ve yaşam stillerinden kaynaklandığını işaret etmektedir. Hastalıklardan korunmada, erken tanıda bulunmada ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların kullanılması temeldir (Özkan ve Yılmaz, 2008; Johnson, 2005).

2.7.1. Kendini Gerçekleştirme

Kendini gerçekleştirme, bireylerin potansiyelleri doğrultusunda her türlü konuda yaratıcılıklarını artırmalarına yönelik olarak ortaya çıkan ihtiyaçlar olarak tanımlanabilir. Maslow'a göre kendini gerçekleştirme, bireyin tümüyle yaşama

odaklanarak ve yaşamı özümseyerek yaşamını dolu ve coşku ile yaşamasıdır. Kendini gerçekleştirmiş, diğer bir anlatımla psikolojik bakımdan sağlıklı bireyler kendilerini olduğu gibi kabul ederler ve kendilerinden şikâyetçi olmazlar. Aynı zamanda kendileri ile doyum sağlarlar, eksikliklerinden ve hatalarından dolayı rahatsız olmazlar (Erci, 2009; Bahar ve diğerleri, 2008; Aktan ve Işık, 2002).

Kendini gerçekleştirmiş birey, kendini tanır, güçlü ve zayıf yönlerini bilir, belli bir plan ve program çerçevesinde belli bir hedef ve amaca yönelik bir yaşam sürer, başarılarının farkındadır. Bireyin kendini takdir etmesi ve kendinden memnun olması, kendinin değerli olduğuna inanması da onun kendini gerçekleştirdiğini gösterir (Erci, 2009; Güler ve diğerleri, 2008; Erdoğan ve diğerleri, 1994).

2.7.2. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu; bireyin sağlığını korumak ve hastalıkları önlemek için kendi tutum ve davranışlarını değiştirmesi anlamına gelmektedir. Sağlık sorumluluğu aynı zamanda, bireyin kendi sağlığına ne düzeyde katıldığını gösteren bir belirleyicidir (Uzel, 2012; Tokuç, 2007; Yıldırım, 2005).

Bireyin kendi sağlık sorumluluğunu alması sağlığı geliştirmenin başarılı olabilmesinde anahtar rol oynar. Bireyin davranışlarının ve yaşam biçiminin sağlığını nasıl etkilediğini anlamasını sağlayarak riskli davranışlardan (sigara içmek, riskli seksüel deneyimler, alkol almak vb.) uzak durmasını sağlar (Erci, 2009; Güler ve diğerleri, 2008; Erdoğan ve diğerleri, 1994).

2.7.3. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, enerji tüketimi ile sonuçlanan herhangi bir vücut hareketi olup büyük kas gruplarının belli bir düzeyde hareket ettirilmesi, kas performansının geliştirilmesi ve kardiovasküler direncin artırılması olarak tanımlanır. Bilinçli ve düzenli fiziksel aktivite programı uygulayarak, fiziksel kondisyonlarını koruyan bireylerin uzun ve kaliteli bir yaşam sürdürdüklerini gösteren birçok çalışma

bulunmaktadır. Özellikle 50-70 yaşları arasındaki bireyler üzerinde yapılan araştırmalar, fiziksel kondisyonu iyi olanlarda, olmayanlara göre mortalitenin üç kat daha az olduğunu göstermiştir (Vaizoğlu, 2004). Düzenli fiziksel aktivite yapmak, vücut ağırlığının kontrolünü ve buna bağlı olarak kalp-damar hastalıkları riskini azaltır. Bu durum, kan basıncının düşük düzeyde korunmasına, kan kolesterol ve düşük dansiteli lipoprotein düzeylerinin düşürülmesine ve yüksek dansiteli lipoprotein düzeyinin artırılmasına bağlıdır. Böylece kalp krizi ve inme riski azalır. Ayrıca, düzenli fiziksel egzersiz yapan bireyler hastalandıkları zaman daha hızlı iyileşirler (Dağdeviren ve Şimşek, 2013; Ersin ve Bahar, 2012; Çetinkaya ve diğerleri, 2004).

2.7.4. Yeterli ve Dengeli Beslenme

Beslenme, insanın fizyolojik olarak büyümesini ve gelişmesini sağlayan besin öğelerinin dışarıdan alınması, bu ürünlerin vücut tarafından kullanılması olarak tanımlanabilir. Vücut fonksiyonları için gerekli olan enerji besinlerden sağlanır. Günlük olarak alınan besinler 6 temel besin grubundan oluşur. Bu gruplar, su, karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve mineraldir. Beslenme alışkanlıkları, hayatın erken dönemlerinde kazanılır. Ailenin içinde bulunduğu çevreden, sosyo-ekonomik ve kültürel yapıdan etkilenir. Yeterli ve dengeli beslenme süreci ile vücut sıcaklığı düzenlenir, büyüme, onarım ve yenilenme sağlanır, hastalıklara karşı dayanıklılık oluşur, kemikler, vücut sıvıları ve hücreler için gerekli mineraller sağlanır ve uygun sıvı dengesi korunur. Vücudun büyümesi, hücrelerin yenilenmesi, fonksiyonlarını sürdürmesi için gerekli olan temel besin öğelerinin yeterli miktarda ve dengeli alınmasına yeterli ve dengeli beslenme denir. Bu öğelerin vücut gereksiniminden az alınması yetersiz beslenme, çoğunlukla tek tip besin öğesi ile beslenme ise dengesiz beslenme problemlerine neden olur. Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için yeterli ve dengeli beslenilmesi ve bu davranışın kazanılması gerekmektedir (Güleç ve diğerleri, 2008; Kaya, 2008; Ocakçı, 2007)

Sağlıklı ve iyi beslenen kişilerin, boy uzunluğu ile ağırlıkları arasında uyum bulunmaktadır. Boy uzunluğuna göre olması gereken ağırlığa “ideal ağırlık”

denilmektedir. İdeal ağırlık değerlerini saptamada çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bunlardan en çok kullanılanları BKİ (Beden Kitle İndeksi) ve vücut yağ oranının hesaplanmasıdır. $BKİ = \frac{\text{Ağırlık (kg)}}{\text{boy uzunluğu (m}^2\text{)}}$ olarak hesaplanır. DSÖ'nün önerisine göre BKİ'si 8.5'in altında olanlar zayıf, 18.5-24.99 arasında olanlar normal kilolu, 25.00-29.99 arasında olanlar hafif kilolu, 30.00-34.99 arasında olanlar obez 35.00-39.99 arasında olanlar ciddi obez, 40.00 ve üzerinde olanlar morbid obez (şişmanlık hastalığı) olarak tanımlanır (DSÖ, 2011).

2.7.5. Kişilerarası Destek

Kişilerarası destek, bireylerin birbirleriyle olan ikili veya grup ilişkileri sonucu elde edilen ve sağlığın geliştirilmesindeki etkinliği küçümsenmeyecek bir olgudur. Kişilerarası destek ilişkinin niteliğine, ilişkinin sürekliliğine ve ilişki düzeyine bağlıdır. Kişilerarası ilişkide en önemli nokta etkin bir iletişimin sağlanmasıdır. Bireyler çeşitli dönemlerde hastalık, boşanma, ekonomik yetersizlikler vb. gibi çeşitli nedenlerle bedenlerinde, rollerinde, ilişkilerinde yaşam tarzları ile ilgili değişiklik yaşarlar. Bu gibi dönemlerde bireylerin aile veya yakın çevresinden destek görmesi sorunların çözümünü ve mevcut durumu daha kolay algılamasını başarmada yardımcı olur. Kişilerarası ilişkilerde destek veren kişi/kişiler koşulsuz bir yaklaşımla, güven verici tutumlarıyla iletişimin ve yardımın nitelik kazanmasını sağlarlar. Destek veren kişi/kişiler problemin çözümüne, altta yatan temel gereksinimin açığa çıkmasına, bireyin baş etme yeteneğinin artmasına katkıda bulunmuş olurlar. Kişilerarası desteği iyi olan bir birey sorunlarıyla daha iyi baş edebilir ve bunun sonucunda üretkenliği ve yaşam kalitesi artar (Kafkas ve diğerleri, 2012; Erci, 2009; Özkaya ve diğerleri, 2008).

2.7.6. Stresle Baş Etme

Stres, iç ya da dış ortamdan kaynaklanan, homeostazisi bozan ya da bozmak için tehdit eden durumlara organizmanın verdiği yanıttır. Stres fizyolojik (travma, sıcak, soğuk gibi), psikolojik (duygusal gerilimler, iç ve dış çatışmalar, eş problemleri) ya da sosyal (çevre etkenleri, kültürel değişim v.b.) faktörlere bağlı

olarak çıkabilmektedir. Stres içinde olan bireyler kendilerine özen göstermezler ve sağlıklarını tehlikeye atacak davranışlarda bulunabilirler. Bu davranışlardan her biri, vücudun genel işlevini bozarak, hastalıklarla savaşıma yeteneğini etkiler ve hastalığın gelişimine neden olabilir. Bunlara ek olarak stres, olumlu sağlık davranışlarını azaltarak, olumsuz sağlık davranışlarını ise artırarak sağlığı etkiler. İnsanın strese uyum eğilimi vardır ve stres durumuna uyum göstermeye çalışır. Uyum, organizmayı tehdit eden nedene yönelik olarak homeostatik dengeyi korumak için geliştirilen bir seri olayları kapsayan süreçtir ve bu uyum fizyolojik-biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel olarak üç düzeyde gerçekleşir. Uyumun gerçekleştiği her düzeyde, bireysel farklılıkların olduğunu kesinlikle göz ardı etmemek gerekir. Uyum sürecinde, organizmanın tepkileri yeterli, yetersiz ya da uygun olmayan biçimde olabilir. Ayrıca uyum sürecinde organizmada bazı uyaranlara duyarlılık azalır ya da artar. Uyum sürecinde durumla ilgili;

- Gerçekçi hedefler belirlemek,
- Uyum için davranış değişikliği yapabilmek,
- Baş etme yöntemlerini bilmek ve uygulamak önemlidir (Kafkas ve diğerleri, 2012; Erci, 2009; Kaya, 2008; Ocakçı, 2007).

Stres ile baş etme yöntemlerinin amacı, stresi azaltmak, kontrol etmek ve baş etmeyi geliştirmektir. Sağlığı geliştirmek bakım maliyetini azaltır, yaşam kalitesini artırır ve hastalıkları önler. Stres kontrolü sağlığın geliştirilmesinin çok önemli hedeflerinden biridir. Stresin azaltılması bireyin iç ve dış kaynaklarının, güçlerinin iyi bir biçimde yönetilmesini de geliştirir. Örneğin sosyal iletişim kaynakları, stresi azaltmak için dış kaynaklar, sağlıklı yeme alışkanlıklarını geliştirme ve gevşeme yöntemlerini uygulamak stresi azaltmada iç kaynaklardır. Stres ile baş etmeye yönelik olarak:

- Sağlıklı yaşam tarzı geliştirmek,
- Baş etme stratejileri geliştirmek,
- Gevşeme yöntemlerini geliştirmek,
- Eğitim,
- Sosyal destekleri geliştirmek gibi yöntemler kullanılabilir (Kafkas ve diğerleri, 2012; Erci, 2009; Özkaya ve diğerleri, 2008;).

2.8. Sađlđın Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü

Hemşire, sağlık d¼zeyinin y¼kseltilmesinde, hastalığın önlenmesinde, hastanın bakım ve rehabilitasyon çalışmalarında hemşirelik bakımını planlama, uygulama ve değerlendirme yeteneği olan belirli bir eğitim programını tamamlamış bir sağlık ekibi üyesidir. Hemşireliğin temel sorumluluğu bireyin ailenin ve toplumun bedensel ve ruhsal yönden sağlıklı olmasına yardımcı olmaktır (Dağdeviren ve şimşek, 2013; Ersin ve Bahar, 2012; Güner ve Demir, 2006; etinkaya ve diğerleri, 2004).

Bütünc¼l bakımın önemle vurgulandığı günümüz sağlık bakım sistemi kapsamında, tek bir sağlık disiplininin, sağlıklı veya hasta birey ve ailesinin tüm gereksinimlerini tam olarak karşılayabilmesi imkansızdır. Bu nedenle sağlık bakımı ekibinin her bir üyesinin kendi disiplinine özg¼ bilgi, beceri ve davranışlarla rol ve işlevlerini, sorumluluk ve yetkileri doğrultusunda işbirliği içinde yerine getirmesi beklenir. Rol terimi, hemşirelik disiplinine uygun biçim veya modelde beklenen davranışların tüm¼ anlamını taşımaktadır (Bostan, 2013; Balliel, 2009; Whitehead, 2005; Aksayan ve Göz¼m, 1998).

Bir Sağlık Disiplini Olarak Hemşireliğin Öncelikle;

Birinci Hedefi: bireysel ve toplumsal sağlığı koruma, bireysel ve toplumsal sağlığı geliştirme, dolaylı/doğrudan yardım etmektir (Whitehead, 2005).

İkinci Hedefi İse: hastalık durumuna yönelik olup, bireyin iyileşmesini ve bağımsızlığını kazanmasını yine dolaylı ve doğrudan yardım sağlamaktır. Bunun için seçilen yol; mesleki, bilimsel ilkelere dayalı bilgi davranışlara yansıtılarak, bu davranış ve becerilerle bireye yardım etmeyi gerçekleştirmektir (Whitehead, 2005).

Sağlık bakımı sisteminde profesyonel hemşirenin payı ve katkısı büyüktür. Bu katkı, hemşirelik rolleri olarak belirtilen davranışların oluşturduğu işlevler ve bu

işlevleri gerçekleştiren yöntemlerle sağlanır. Hemşirenin sağlığı geliştirme rolleri literatürde savunucu, bakım yöneticisi, konsültan, hizmetlerin dağıtıcısı, eğitici, iyileştirici, araştırmacı olarak belirtilmektedir. Ancak hemşireler değişen gelecek hedefleri ve hemşirelik rolleri doğrultusunda sağlığı geliştirmede farklı roller de üstlenmelidir (Whitehead, 2005).

Bu roller kısaca şu şekilde özetlenebilir:

1. Hemşire bireysel ve ailesel kaynaklı potansiyel risk faktörlerini belirler. Eldeki verilerle mevcut problem hakkında tanı koyar, problemin çözümü için plan yapar, hemşirelik girişimlerinde bulunur ve değerlendirme yapar.
2. Hemşire, bireyin kendi sağlığı ile ilgili sorumlulukları taşımasına ve sağlığı geliştiren aktivitelerin öneminin algılanması ve uygulanmasına yardımcı olur.
3. Hemşire, bireyi fizik ve sosyal çevresi ile birlikte ele alarak yapılacak kişisel sağlığı geliştirme çabalarına uyumuna yardımcı olur ve bireyi aktiviteleri yapmaya cesaretlendirir.
4. Birey ya da hasta kendi durumlarını, sağlık problemlerini ve tıbbi tanıılarını bilme, yapılan bakımı ve tedavileri öğrenme, kabul veya reddetme, kendilerine sağlık hizmeti sunan bireyleri tanıma, hizmeti veren kuruluşların sağlık sistemleri hakkında haberdar olma hakkına sahiptir. Hemşirenin bu durumdaki bireylerin savunuculuğunu yapma ve hakları konusunda bilgilendirme sorumluluğu vardır.
5. Hemşire vaka yönetiminden sorumludur. Mevcut durum hakkında bilgi sahibi olmak, veri toplamak, izlemlerde bulunmak, holistik bir yaklaşım içinde tüm sağlığı geliştiren aktiviteleri yerine getirmek durumundadır.
6. Hemşire, yapılması gereken aktiviteleri bir istem ve program doğrultusunda gözden geçirir, öncelikleri belirler, konsülte eder, daha kolay ve daha yararlı olanlardan başlayarak girişimlerde bulunur.
7. Hemşirenin, sağlığın geliştirilmesinde eğitici ve bilgi verici rolü bulunmaktadır. Hemşire bireylere, sağlık ve hastalık hakkında düzenli ve programlı bir şekilde gereksinim duyulan ve gerekli görülen durumlarda eğitim verir.
8. Hemşire, özellikle yaşam kalitesini ve iyilik halini doğrudan etkileyen kronik hastalıklar veya erken teşhis ve tedavinin öncelikle önem taşıdığı sağlıktan sapma

durumlarında bireylere bilgi verir (Noordman, 2013; Cürcani ve diğerleri, 2010; Çelik, 2009; Whitehead, 2005).

Hemşireler; sağlık bakımını; bağımlı, yarı-bağımlı, bağımsız rollerle sunar.

Bağımsız Roller; bakım, eğitim, araştırma ve hasta haklarını savunma ile doğrudan ilişkili olan işlevlerde ortaya çıkar. Hemşirenin eğitsel düzeyinin, "bağımsız karar verme" otonomi sahibi olmasını sağlayan bir modele dayandırılması, bağımsız hemşirelik işlevlerinin artmasını da sağlayacaktır (Çelik, 2009; Ocakçı, 2009; Ayaz, 2005).

Yarı-Bağımlı Roller: Profesyonel gelişimin olgunluk düzeyine ulaşabilme göstergesidir. Hemşirelikte destekleyici ve/veya yarı bağımlı roller hemşirenin tanı ve tedavi girişimlerinde üstlendiği işlevlerden, diğer sağlık ekibi üyeleriyle hasta ve ailesi arasında sağladığı koordinasyondan oluşur (Çelik, 2009; Ocakçı, 2009; Ayaz, 2005).

Bağımlı Roller: Kişinin karar vermede bir başkasının yardım, destek ve rehberliğine gereksinim duymasıdır. Tanı ve tedavi edici işlevlerde hemşirenin rolleri hekime bağımlıdır. Bağımlı roller, hekim tarafından verilen istem ve direktiflerin hastaya uygulanması ile yerine getirilir. O halde uygulayıcı rolde hemşire; bakımın yanı sıra tanı ve tedavi ile koordinasyon işlevlerini yerine getirir (Çelik, 2009; Ocakçı, 2009; Ayaz, 2005).

Amerikan Hemşireler Birliği hemşirenin sağlığın geliştirilmesindeki rolünü, 'hemşire, bireylerin ve grupların gerçek ve olası sağlık problemlerine uyumlarını, bireylerin sağlıklarını etkileyen çevreyi değerlendirme ve sağlığı geliştirici hemşirelik girişimlerini yapmakla sorumludur' şeklinde belirlemiştir. Hemşirenin sağlığı geliştirme rolleri literatürde savunucu, bakım yöneticisi, konsültan, hizmetlerin dağıtıcısı, eğitici, iyileştirici, araştırmacı olarak belirtilmektedir. Ancak hemşireler değişen gelecek hedefleri ve hemşirelik rolleri doğrultusunda sağlığı geliştirmede farklı roller de üstlenmelidir (Noordman, 2013; Cürcani ve diğerleri,

2010; Çelik, 2009; Whitehead, 2005). Bu rolleri üstlenirken hemşirelerin, sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili önemli görev ve sorumlulukları öncelikle kendi sağlığını korumak ve geliştirmek için gerekli yaşam biçimi davranışlarını kazanmış olması beklenen bir davranıştır.

Hemşirelerin, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri gruba etkileme özelliğine sahiptir. Hemşireler, sağlığı olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkların toplumdaki yaygınlığını bilerek, topluma sağlıklı yaşam bilincini kazandırmalı ve olumsuz davranışların sağlık için gerekli olumlu davranışlarla yer değiştirmesini sağlamalıdır. Bu nedenle, hemşireler sağlığı geliştirmenin önemini kavramalı, toplumdaki bireylerin olumlu sağlık davranışı geliştirmesi için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını göstermelidir (Çelik, 2009; Ocakçı, 2009; Ayaz, 2005).

3. GEREÇ YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Çalışma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Lefkoşa merkezde bulunan Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dr. BNDH'nde yapılmıştır.

Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi KKTC' nin ilk, tek, en büyük, özel, eğitim ve araştırma hastanesidir. Hastanede tüm klinikler mevcuttur. Hastanede, 140 hemşire görev yapmaktadır. Bu hemşirelerin 54'ü polikliniklerde ve 86'sı da kliniklerde görev yapmaktadır. Hastanede hemşireler 3 vardiya şeklinde çalışmaktadır. Vardiya saatleri; 08:00-16:00, 16:00-24:00 ve 24:00-08:00'dir.

Dr. BNDH'si KKTC'nin en eski ve en büyük devlet hastanesidir. Hastanede tüm klinikler mevcuttur. Hastanede 381 hemşire görev almaktadır. Bu hemşirelerin 37'si polikliniklerde ve 344'ü de kliniklerde görev almaktadır. Hastanede hemşireler 3 vardiya şeklinde çalışmaktadır. Vardiya saatleri; 07:00-14:00, 14:00-21:00 ve 21:00-07:00'dir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 140 ve Dr. BNDH'nde çalışan 381 olmak üzere toplam 521 hemşire oluşturmaktadır.

Evreninin tamamına ulaşılması zaman, maliyet ve kontrol bakımından güç olduğundan grup için örneklem seçilmiştir. Evren olasılık örnekleme yöntemlerini kullanmamıza olanak tanımadığından dolayı, olasılıksız örnekleme yöntemi olan basit rastsal örnekleme yöntemi seçilmiş olup %95 güven düzeyinde %2,81 hata payı ile toplam 371 kişi ile görüşülmüştür. Üzerinde araştırma yapılacak evrenin özelliklerini yansıtacağı düşünülen bir grup birimin (örneklem) evren seçilmesi ve

gözlemlerin bu birimler üzerinde yapılması kaçınılmaz olduğunda başvurulabilecek en basit örnekleme 'Basit Rassal Örnekleme' yöntemidir. (Özmen,1999).

Basit rassal örnekleme yöntemi, örnekleme uzayında her bir örnekleme eşit seçilme olasılığı vermektedir. Bir başka deyişle her birim eşit seçilme şansına sahiptir ve bir birimin seçilmesi diğerlerini etkilememektedir. Bu tür örneklemede eşitlik ve bağımsızlık olasılığı olduğu için, yansızlık kuralının uygulanabildiği bir örnekleme yöntemidir (Altunışık ve diğerleri, 2005; Balcı, 2001; Çıngı, 1990).

Basit rassal örnekleme yöntemi ile seçilecek örneklem için aşamalar:

Birinci aşama–Ana kütlelerin tanımlanması: 3

İkinci aşama–Örneklem büyüklüğünün hesaplanması:

$$\text{Örneklem Büyüklüğü} = [Z^2 * (p) * (1-p)] / c^2$$

Bu foesi için bu değer 1,96'dır.

p = Araştırılan olgunun araştırma biriminde gerçekleşme yüzdesi.

Bu değer, örneklem büyüklüğünün saptanması için 0,5 olarak alındı.

c = 0,05 olarak kabul edildi bulunacak sonuçlarda $\pm\%5$ yanılma payı olabileceğin var sayılıyor.

Yeni örneklem büyüklüğü;

Örneklem büyüklüğü/[1+((Örneklem büyüklüğü 1)/ana kütle)]. Örnek araştırma için güven aralığı %5 olarak saptanıp değerler formüle yerleştirildiğinde:

$$\text{Örneklem büyüklüğü} = [Z^2 * (p) * (1p)] / c^2 = [(1,96)^2 * (0,5) * (1*0,5)] / (0,05)^2 = 384$$

Hesaplama ile bulunan değer - toplam ana kütle bilindiğinden (294,396) düzeltme formülüne tabi tutulursa:

Yeni örneklem büyüklüğü;

Örneklem büyüklüğü/[1+((Örneklem büyüklüğü-1)/ana kütle)]=384/[1+((384-1)/541)]=221 kişi olarak hesaplanmıştır. Bu durumda 221 kişi ile görüşmek yeterlidir. Ancak çalışmamızda 371 kişi ile görüşülmüştür. 371 kişi ile ortaya çıkan hata payı %2,81'dir.

3.4. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için öncelikle Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Değerlendirme Etik Kurulu'ndan (28.11.2013 tarih ve 96 sayılı yazılı), KKTC Sağlık Bakanlığı'ndan (26.11.2013 tarih 3951 sayılı) ve Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nden (22.11.2013 tarihli ve YDH 495/2013 sayılı) yazılı izinler alınmıştır. Hemşirelere veri toplama formu uygulanmadan önce araştırmanın amacı ile ilgili açıklama yapılmış, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı belirtilerek, yazılı onamları alınmıştır (EK-3). Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hemşireler çalışma kapsamına alınmamıştır. Soru formunun doldurulması sırasında konu ile ilgili sorusu olan hemşirelere bilgi verilmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Soru Formu (EK-1)

Soru Formu, araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taranarak geliştirilmiş, (Cürcani ve diğerleri, 2010; Balliel, 2009; Yalçınkaya ve diğerleri, 2008; Özkan ve Yılmaz, 2008; Güner ve Demir, 2006) hemşirelerin sosyo-demografik, iş ile ilgili ve sağlıklı yaşam biçimine ilişkin özelliklerini belirlemeye yönelik bir formdur. Yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çocuk sahibi olma durumu, yaşanılan yer ve kişiler, hemşirelik mesleğinde çalışma süresi, çalıştığı birim, çalıştığı konum, haftalık çalışma süresi, çalıştığı birimden memnuniyet durumu, yemek yeme alışkanlıkları, uyku düzeni, sigara ve alkol kullanma durumu, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, egzersiz yapma durumu, stresle baş etme yolları, kronik bir hastalığı olup olmadığı, ruhsal bir hastalık geçirip geçirmediği ve sağlık durumu algısına yönelik 32 sorudan oluşmaktadır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (EK-2)

Walker, Sechrist, Pender tarafından 1987'de geliştirilen Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları (SGYB) veya Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeği olarak da bilinen sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olan davranışları ölçen ve 48 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçek Walker, Hill-Polerecky (1996) tarafından 48 maddeye 4 madde daha eklenerek 52 maddeye çıkarılmıştır. SYBD Ölçeği 52 maddeden oluşan, altı alt boyutu olan dörtlü likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu yönde olup "Hiçbir zaman" yanıtı için "1", "Bazen" yanıtı için "2", "Sık sık" yanıtı için "3", "Düzenli olarak" yanıtı için "4" puan verilmektedir. Ölçeğin toplamından alınabilecek puan aralığı 52-208 puan arasındadır. Ölçekten alınan puanın artması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığını göstermektedir. Walker, Hill-Polerecky, (1996) tarafından yapılan geçerlik, güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.94 olarak belirlenmiştir. Alt ölçekleri için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları 0.79 ile 0.87 arasında değişmektedir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlilik güvenirlik çalışması 48 madde için 1997 yılında Esin tarafından yapılmıştır. Akça tarafından 1998 yılında 52 maddelik ölçek için geçerlilik güvenirlik yapılmıştır. Akça, iki hafta ara ile yaptığı test-re test güvenirlik sonuçlarını 0.78-0.85 arasında bildirmiştir. Ölçeğin madde toplam puan katsayıları 0.20 ile 0.95 arasında dağılım göstermiş, 0.20'nin altında madde bulunmamıştır. Ölçeğin Kuder-Richardson 20 iç tutarlılık katsayı değerleri 0.83 ile 0.88 arasında bulunmuştur (Akça, 1998). Akça'nın çalışmasında SYBD Ölçeği'nin Cronbach Alfa değeri: 0,89 olarak bulunmuştur.

Araştırmacı tarafından yapılan güvenirlik analizi sonucunda ölçek geneline ilişkin Cronbach's Alpha değerleri aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Ölçek & Alt Ölçekler	Cronbach Alfa
Kendini Gerçekleştirme	0,74
Sağlık Sorumluluğu	0,73
Egzersiz	0,85
Beslenme	0,75
Kişiler Arası Destek	0,82
Stresle Baş Etme	0,77
Ölçek Geneli	0,94

SYBD Ölçeğinin Alt ölçekleri ise;

Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçeği; Bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler. Bu alt ölçek 9 madde içermekte olup (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48 ve 52) alınabilecek en az puan “9”, en fazla puan “36” olarak belirlenmiştir.

Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçeği; Bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. Bu alt ölçek 9 madde içermekte olup (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45 ve 51) alınabilecek en az puan “9”, en fazla puan “36” olarak belirlenmiştir.

Egzersiz Alt Ölçeği; Sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir. Bu alt ölçek 8 madde içermekte olup, (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40 ve 46) alınabilecek en az puan “8”, en fazla puan “32” olarak belirlenmiştir.

Beslenme Alt Ölçeği; Bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler. Bu alt ölçek 9 madde içermekte olup, (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44 ve 50) alınabilecek en az puan “9”, en fazla puan “36” olarak belirlenmiştir.

Kişilerarası Destek Alt Ölçeği; Bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler. Bu alt ölçek 9 madde içermekte olup, (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43 ve 49) alınabilecek en az puan “9”, en fazla puan “36” olarak belirlenmiştir.

Stresle Baş Etme Alt Ölçeği; Bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler. Bu alt ölçek 8 madde içermekte olup, (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41 ve 47) alınabilecek en az puan “8”, en fazla puan “32” olarak belirlenmiştir (Akça, 1998).

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

3.5.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Hazırlanan soru formunun ve SYBD Ölçeğinin anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini saptamak amacı ile evrenin %10' unu oluşturan 52 hemşireye, ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama araştırmanın yapıldığı yere benzer özelliklere sahip Gazimağusa Devlet Hastanesi'nde uygulanmıştır.

3.5.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Soru formunun araştırmacı tarafından 01 Aralık 2013 ve 01 Mart 2014 tarihleri arasında Yakın Doğu Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dr. BNDH'nde uygulanmıştır. Hemşirelere araştırmanın amacı açıklanarak soruların tümünü eksiksiz doldurmalarının araştırma için önemli olduğu özellikle vurgulanmıştır. Hazırlanan soru formu ve SYBD Ölçeği hemşireler tarafından doldurulmuştur. Formlar 3 şifftede düzenli olarak araştırmacı tarafından hastanelere gidilerek kontrol edilmiştir. Veri Toplama formlarının doldurulması yaklaşık 25 dakika sürmüştür.

3.5.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin, istatistiksel çözümlemesinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 15.0 for Windows Evaluation versiyonu kullanılmıştır.

Hemşirelerin demografik, mesleki, sağlık ve yaşam biçimi özelliklerini ortaya koymak adına frekans tabloları oluşturulmuştur. Ayrıca hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğine ilişkin görüşlerinin dağılımı her bir alt ölçek için hazırlanan frekans tabloları ile gösterilmiştir.

İstatistiksel çözümlemelerde kullanılacak hipotez testlerini belirlemek amacıyla veri setinin normal dağılım gösterip göstermediğini incelemek için normallik testlerinden Kolmogrov-Smirnov Testi uygulanmıştır. Testin sonucunda veri setinin normal dağıldığı tespit edilmiş ve parametrik hipotez testleri kullanılmıştır.

Hemşirelerin demografik, mesleki, sağlık ve yaşam biçimi özelliklerine göre ölçeğe ve alt ölçeklere vermiş oldukları yanıtların karşılaştırılmasında parametrik

hipotez testleri kullanılmıştır. Bağımsız değişken sayısının iki olması durumda t Testi (Stundet t test), bağımsız değişken sayısının ikiden fazla olması durumunda ve varyansların homojen olması durumunda ise Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Varyans Analizi neticesinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkması durumunda, farkın hangi değişkenden kaynakladığını bulmak amacıyla ileri analiz olarak Post Hoc Tukey Testi kullanılmıştır.

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

$$B.K.İ = \text{Ağırlık (kg)} / \text{Boy (m)}^2$$

B.K.İ Skoru: <18,0 zayıf, 18-25 arası normal ağırlıkta, >25 şişman olarak tanımlanmaktadır (akır ve diğerleri, 2002).

4. BULGULAR

Bu bölümde hemşirelerin SYBD Ölçeği, alt ölçekler ve bağımsız değişkenler ile ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı N:371

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş Grubu		
24-29 yaş	166	44,74
30-39 yaş	131	35,31
40 yaş ve üzeri	74	19,95
Cinsiyet		
Kadın	320	86,25
Erkek	51	13,75
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	55	14,82
Ön Lisans	99	26,68
Lisans	181	48,79
Yüksek Lisans	36	9,70
Uyruk		
KKTC	190	51,21
TC+KKTC	144	38,81
TC	37	9,98
Medeni Durum		
Evli	222	59,84
Bekar	149	40,16
Eşin Çalışma Durumu (n=222)		
Çalışıyor	204	92,72
Çalışmıyor	18	7,28
Çocuk Sahibi Olma (n=371)		
Çocuğu Var	194	52,29
Çocuğu Yok	41	11,05
Kimle Yaşadığı		
Yalnız	47	12,67
Arkadaşları ile	66	17,79
Ailesi ile	258	69,54
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	320	86,25
Geniş Aile	34	9,16
Parçalanmış Aile	17	4,58
Gelir Durumu		
Gelir gidere denk	211	56,87
Gelir giderden fazla	36	9,70
Gelir giderden az	124	33,42
Ekonomik Durumunu Algılaması		
İyi	96	25,88
Orta	249	67,12
Kötü	26	7,01
Toplam	371	100,00

Tablo 4.1.'de araştırma kapsamına alınan hemşirelerin demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Tabloya göre, araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %44,74'ünün 24-29 yaş grubunda, %35,31'inin 30-39 yaş grubu arasında yer aldığı saptanmıştır. Hemşirelerin %86,25'inin kadın olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim durumları incelendiğinde %14,82'sinin sağlık meslek lisesi mezunu, %26,68'inin ön lisans, %48,79'unun lisans ve %9,70'inin yüksek lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %51,21'i KKTC uyruklu ve %38,81'i hem KKTC hem de TC uyrukludur. Hemşirelerin %59,84'ünün evli olduğu ve evli hemşirelerin %92,72'sinin eşlerinin çalıştığı görülmektedir. Hemşirelerin %69,54'ünün ailesiyle birlikte yaşadığı, %86,25'inin çekirdek aileye, sahip olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %56,06'sinin kendisine ait evde oturduğu ve %30,19'unun oturduğu ev için kira ödediği saptanmıştır. Hemşirelerin %56,87'si gelirlerinin giderlerine denk olduğunu ifade etmiştir. Ekonomik durumunu iyi olarak ifade eden hemşireler %25,88, orta olarak ifade edenler ise %67,12'dir.

4.2. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı

N:371

Mesleki Özellikler	Sayı	Yüzde
Görev Süresi		
5 yıl altı	132	35,58
6-11 yıl	118	31,81
12-17 yıl	121	32,61
Görev Yeri		
Dahili Birimler	127	34,23
Cerrahi Birimler	105	28,30
Acil ve Yoğun Bakımlar	88	23,72
Başhemşirelik/Poliklinik	51	13,75
Çalışılan Birimden Memnuniyet		
Memnun	265	71,43
Memnun değil	32	8,63
Kararsız	74	19,95
Kadro Durumu		
Kadrolu	217	58,49
Sözleşmeli	154	41,51
Birimde Görevi		
Başhemşire-Sorumlu hemşire	25	6,74
Klinik hemşiresi	285	76,82
Poliklinik hemşiresi	61	16,44
Haftalık Çalışma Süresi		
40 saat ve altı	214	57,68
41 saat ve üzeri	157	42,32
Çalışma Şekli		
Sürekli gündüz	102	27,49
Vardiya	269	72,51
Toplam	371	100,00

Tablo 4.2.'de araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Tabloya göre, araştırmaya katılan hemşirelerin %35,58'i 5 yıl ve altı, %31,81'i 6-11 yıl arası ve %32,61'i 12 yıl ve üzeri çalışma yılına sahiptir. Hemşirelerin %34,23'ü dahili bilimlerde, %28,30'u cerrahi bilimlerde, %23,72'si acil ve yoğun bakım bölümlerinde ve %13,75'si başhemşirelik/polikliniklerde görev yapmaktadır. Kadrolu olarak görev yapan hemşireler %58,49'dur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %71,43'ü çalıştıkları birimden memnundur. Hemşirelerin %76,82'si klinik hemşiresi olup, %57,68'i haftalık 40 saatin altında çalışmaktadır. Hemşirelerin çoğunluğu (%72,51) vardiya şeklinde çalışmaktadır.

Tablo 4.3. Hemşirelerin Sağlık İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

N:371

Sağlık Özellikleri	Sayı	Yüzde
Kendisinde Kronik Hastalık Öyküsü		
Var	46	12,40
Yok	325	87,60
Kendisinde Ruhsal Hastalık Öyküsü		
Var	8	2,16
Yok	363	97,84
Beden Kitle İndeksi		
Zayıf	207	55,80
Normal	54	14,56
Şişman	110	29,65
Sağlık Değerlendirmesi		
Çok iyi	23	6,20
İyi	223	60,11
Orta	125	33,69
Ailede Kronik Hastalıklı Birey Öyküsü		
Var	117	31,54
Yok	254	68,46
Toplam	371	100,00

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sağlık ile ilgili özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.3.'te verilmiştir.

Tabloya göre, hemşirelerin %12,40'ında kronik hastalık öyküsü, %2,16'sında ruhsal hastalık öyküsü bulunmaktadır. Hemşirelerin beden kitle indeksi değerleri incelendiğinde, %55,80'nin zayıf, %14,56'sının normal ve %29,65'inin şişman olduğu görülmektedir. Hemşirelerin %6,20'si sağlık durumlarını çok iyi, %60,11'i iyi ve %33,69'u orta olarak değerlendirmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %31,54'ünün ailesinde kronik hastalıklı birey öyküsü bulunmaktadır.

Tablo 4.4. Hemşirelerin Yaşam Biçimi Özelliklerine Göre Dağılımı

N:371

Yaşam Biçimi Özellikleri	Sayı	Yüzde
Yemek Yeme Alışkanlığı		
Düzenli	106	28,57
Zaman buldukça düzenli	119	32,08
Düzensiz	146	39,35
Uyku Alışkanlığı		
Düzenli	85	22,91
Çoğunlukla Düzenli	59	15,90
Düzensiz	227	61,19
Sigara İçme Durumu		
İçiyor	115	31,00
İçmiyor	256	69,00
Egzersiz		
Yapıyor	55	14,82
Yapmıyor	316	85,18
Stresli Olduğu Durumlardaki Davranışları		
Kontrolünü kaybeder	85	22,91
Kontrollüdür	224	60,38
Önemsemez	62	16,71
Toplam	371	100,00

Tablo 4.4.'te araştırmaya katılan hemşirelerin yaşam biçimi özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Tabloya göre, hemşirelerin %28,57'sinin düzenli, %32,08'inin zaman buldukça ve %39,35'inin düzensiz yemek yeme alışkanlığına sahip olduğu görülmektedir. Hemşirelerin %61,19'u düzensiz uyku alışkanlığı olduğunu ifade etmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %31'inin sigara kullandıkları görülmektedir. Hemşirelerin %14,82'si düzenli olarak egzersiz yapmaktadır. Hemşirelerin %22,91'i stres anında kontrolünü kaybettiğini, %60,38'i kontrollü olduğunu, %16,71'i görmezden geldiğini ifade etmiştir.

Tablo 4.5. SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

N:371

	N	\bar{X}	Ss	Min.	Max
Kendini Gerçekleştirme	371	26,51	4,96	13	53
Sağlık Sorumluluğu	371	21,33	4,17	12	38
Egzersiz	371	14,96	4,66	8	30
Beslenme	371	21,50	4,48	12	34
Kişiler Arası Destek	371	25,25	4,72	14	36
Stresle Baş Etme	371	18,70	4,26	8	31
SYBD Ölçek Geneli	371	128,25	21,78	77	191

Tablo 4.5'te araştırma kapsamına alınan hemşirelerin SYBD Ölçek geneli ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları verilmiştir.

Hemşirelerin kendini gerçekleştirme alt ölçeğinden ortalama $26,51 \pm 4,96$ puan, sağlık sorumluluğu alt ölçeğinden ortalama $21,33 \pm 4,17$ puan, egzersiz alt ölçeğinden ortalama $14,96 \pm 4,66$ puan, beslenme alt ölçeğinden ortalama $21,50 \pm 4,48$ puan, kişiler arası destek alt ölçeğinden ortalama $25,25 \pm 4,72$ puan ve stresle baş etme alt ölçeğinden ortalama $18,70 \pm 4,26$ puan aldığı saptanmıştır. Hemşirelerin SYBD ölçek geneline ilişkin puan ortalaması $128,25 \pm 21,78$ olup, ölçek genelinden minimum 77 puan, maksimum 191 puan almıştır.

Tablo 4.6. Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre SYBD Ölçek Geneli ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

N:371

	Yaş Grubu	N	\bar{X}	Ss	Min	Maks	F	P
Kendini Gerçekleştirme	24-29 yaş	166	26,92	4,94	17	53	1,03	0,36
	30-39 yaş	131	26,17	4,95	13	36		
	40 yaş ve üzeri	74	26,20	4,98	15	36		
Sağlık Sorumluluğu	24-29 yaş	166	21,20	3,99	14	32	0,29	0,75
	30-39 yaş	131	21,55	4,37	13	38		
	40 yaş ve üzeri	74	21,20	4,21	12	31		
Egzersiz	24-29 yaş	166	14,41	4,69	8	29	3,03	0,05
	30-39 yaş	131	15,08	4,58	8	30		
	40 yaş ve üzeri	74	15,99	4,59	9	28		
Beslenme	24-29 yaş	166	20,99	4,48	12	34	3,50	0,03*
	30-39 yaş	131	21,52	4,39	12	33		
	40 yaş ve üzeri	74	22,64	4,51	15	33		
Kişiler Arası Destek	24-29 yaş	166	25,37	4,62	15	36	0,51	0,60
	30-39 yaş	131	25,38	4,84	14	36		
	40 yaş ve üzeri	74	24,76	4,73	15	35		
Stresle Baş Etme	24-29 yaş	166	18,19	4,06	8	30	2,77	0,06
	30-39 yaş	131	18,85	4,47	11	31		
	40 yaş ve üzeri	74	19,55	4,25	12	28		
SYBD Ölçeği	24-29 yaş	166	127,09	20,76	87	190	0,59	0,56
	30-39 yaş	131	128,55	22,64	77	191		
	40 yaş ve üzeri	74	130,34	22,55	85	178		

* $p < 0,05$

Tablo 4.6.'da araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş gruplarına göre SYBD Ölçek geneli ve alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.6. incelendiğinde; hemşirelerin yaş gruplarına göre beslenme alt ölçeğinden almış oldukları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu fark 24-29 yaş grubunda yer alan hemşirelerden kaynaklanmakta olup, bu yaş grubunda yer alan hemşireler beslenme alt ölçeğinden diğer hemşirelere göre daha düşük puan almıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş gruplarına göre beslenme alt ölçeği dışındaki alt ölçeklerden ve ölçek genelinden almış oldukları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.7. Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre SYBD Ölçek Genel ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

N:371

	Cinsiyet	N	\bar{X}	S	t	p
Kendini Gerçekleştirme	Kadın	320	26,60	4,93	0,82	0,41
	Erkek	51	25,98	5,11		
Sağlık Sorumluluğu	Kadın	320	21,44	4,21	1,29	0,20
	Erkek	51	20,63	3,84		
Egzersiz	Kadın	320	14,85	4,59	-1,17	0,24
	Erkek	51	15,67	5,03		
Beslenme	Kadın	320	21,83	4,47	3,58	0,00*
	Erkek	51	19,45	4,02		
Kişiler Arası Destek	Kadın	320	25,36	4,74	1,05	0,29
	Erkek	51	24,61	4,57		
Stresle Baş Etme	Kadın	320	18,76	4,30	0,66	0,51
	Erkek	51	18,33	4,07		
SYBD Ölçeği	Kadın	320	128,83	22,02	1,27	0,21
	Erkek	51	124,67	20,01		

* $p<0,05$

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre SYBD Ölçek geneli ve alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.7.'de verilmiştir.

Tablo 4.7 incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan hemşirelerin cinsiyetlerine göre beslenme alt ölçeğinden almış oldukları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kadın hemşireler, erkek hemşirelere göre bu alt ölçekten daha yüksek puan almıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyetlerine göre beslenme alt ölçeği dışındaki alt ölçeklerden ve ölçek genelinden almış oldukları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.8. Hemşirelerin Öğrenim Durumlarına Göre SYBD Ölçek Geneli ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

N:371

	Öğrenim Durumu	N	\bar{X}	Ss	Min	Maks	F	p
Kendini Gerçekleştirme	Sağlık Meslek Lisesi	55	25,04	4,24	16	34	2,74	0,04*
	Ön Lisans	99	27,08	6,16	13	36		
	Lisans	181	26,43	4,64	16	53		
	Yüksek Lisans	36	27,64	2,99	22	33		
Sağlık Sorumluluğu	Sağlık Meslek Lisesi	55	21,04	3,96	12	31	1,55	0,20
	Ön Lisans	99	21,93	4,84	12	35		
	Lisans	181	20,96	4,03	13	38		
	Yüksek Lisans	36	21,97	2,78	18	27		
Egzersiz	Sağlık Meslek Lisesi	55	15,42	3,67	8	23	2,71	0,05
	Ön Lisans	99	15,72	4,84	8	28		
	Lisans	181	14,27	4,86	8	30		
	Yüksek Lisans	36	15,67	4,04	8	25		
Beslenme	Sağlık Meslek Lisesi	55	21,69	4,33	12	31	2,55	0,06
	Ön Lisans	99	22,06	5,41	12	34		
	Lisans	181	20,90	4,07	12	33		
	Yüksek Lisans	36	22,72	3,49	13	28		
Kişiler Arası Destek	Sağlık Meslek Lisesi	55	23,78	4,34	15	33	5,84	0,00*
	Ön Lisans	99	26,14	6,05	14	36		
	Lisans	181	24,82	3,93	15	35		
	Yüksek Lisans	36	27,25	3,66	21	35		
Stresle Baş Etme	Sağlık Meslek Lisesi	55	18,65	3,99	11	28	6,34	0,00*
	Ön Lisans	99	20,20	5,43	11	31		
	Lisans	181	17,93	3,50	11	30		
	Yüksek Lisans	36	18,47	3,54	8	26		
SYBD Ölçeği	Sağlık Meslek Lisesi	55	125,62	19,99	86	167	3,88	0,01*
	Ön Lisans	99	133,13	28,31	77	191		
	Lisans	181	125,30	18,65	87	190		
	Yüksek Lisans	36	133,72	14,49	99	161		

* $p < 0,05$

Tablo 4.8.'de araştırmaya katılan hemşirelerin öğrenim durumlarına göre SYBD Ölçek geneli ve alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan hemşirelerin öğrenim durumlarına göre kendini gerçekleştirme alt ölçeğinden almış oldukları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu fark yüksek lisans mezunu hemşirelerden kaynaklanmaktadır. Yüksek lisans mezunu hemşireler diğer hemşirelere göre bu alt ölçek genelinden daha yüksek puan almıştır.

Hemşirelerin öğrenim durumlarına göre kişiler arası destek alt ölçeğinden almış oldukları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu fark sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerden kaynaklanmakta olup, sağlık meslek lisesi mezunu hemşireler diğer hemşirelere göre bu alt ölçekten daha düşük puan almıştır.

Ayrıca araştırmaya katılan hemşirelerin öğrenim durumlarına göre stresle baş etme alt ölçeği dışındaki alt ölçeklerden ve ölçek genelinden almış oldukları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Lisans mezunu hemşireler bu alt ölçekten diğer hemşirelere göre daha düşük puan almıştır.

Hemşirelerin öğrenim durumlarına göre SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ön lisans ve yüksek lisans mezunu hemşireler SYBD Ölçek genelinden diğer hemşirelere göre daha yüksek puan almıştır.

Tablo 4.9. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre SYBD Ölçek Genel ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

N:371

	Medeni Durum	n	X	ss	T	p
Kendini Gerçekleştirme	Evli	222	26,68	4,83	0,78	0,44
	Bekar	149	26,27	5,14		
Sağlık Sorumluluğu	Evli	222	21,68	4,18	2,03	0,04
	Bekar	149	20,79	4,10		
Egzersiz	Evli	222	15,26	4,55	1,50	0,13
	Bekar	149	14,52	4,79		
Beslenme	Evli	222	22,24	4,71	3,93	0,00*
	Bekar	149	20,41	3,89		
Kişiler Arası Destek	Evli	222	25,59	4,90	1,68	0,09
	Bekar	149	24,75	4,40		
Stresle Baş Etme	Evli	222	19,00	4,38	1,64	0,10
	Bekar	149	18,26	4,05		
SYBD Ölçeği	Evli	222	130,44	22,51	2,38	0,02*
	Bekar	149	124,99	20,26		

* $p < 0,05$

Tablo 4.9. incelendiğinde araştırma kapsamına alınan hemşirelerin medeni durumlarına göre beslenme alt ölçeğinden almış oldukları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Evli hemşireler bu alt ölçekten bekar hemşirelere göre daha yüksek puan almıştır.

Hemşirelerin medeni durumlarına göre SYBD Ölçek genelinden almış oldukları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Evli hemşireler ölçek genelinden bekar hemşirelere göre daha yüksek puan almıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin medeni durumlarına göre beslenme alt ölçeği dışındaki alt ölçeklerden almış oldukları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Tablo 4.10. Hemşirelerin Aile Tiplerine Göre SYBD Ölçek Genel ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

N:371

	Aile Tipi	N	\bar{X}	Ss	Min	Maks	F	p
Kendini Gerçekleştirme	Çekirdek Aile	320	26,68	4,98	13	53	2,14	0,12
	Geniş Aile	34	26,06	4,60	18	35		
	Parçalanmış Aile	17	24,24	4,84	16	31		
Sağlık Sorumluluğu	Çekirdek Aile	320	21,39	4,21	12	38	1,08	0,34
	Geniş Aile	34	21,47	3,83	16	32		
	Parçalanmış Aile	17	19,88	3,94	13	27		
Egzersiz	Çekirdek Aile	320	14,88	4,73	8	30	0,65	0,52
	Geniş Aile	34	15,82	4,35	9	29		
	Parçalanmış Aile	17	14,71	3,82	8	20		
Beslenme	Çekirdek Aile	320	21,60	4,59	12	34	2,70	0,07
	Geniş Aile	34	21,79	3,62	15	29		
	Parçalanmış Aile	17	19,06	3,44	13	25		
Kişiler Arası Destek	Çekirdek Aile	320	25,38	4,82	14	36	2,17	0,12
	Geniş Aile	34	25,24	3,69	18	34		
	Parçalanmış Aile	17	22,94	4,10	17	30		
Stresle Baş Etme	Çekirdek Aile	320	18,70	4,35	8	31	0,23	0,80
	Geniş Aile	34	18,97	3,27	12	28		
	Parçalanmış Aile	17	18,12	4,48	12	26		
SYBD Ölçeği	Çekirdek Aile	320	128,63	22,26	77	191	1,65	0,19
	Geniş Aile	34	129,35	17,30	102	162		
	Parçalanmış Aile	17	118,94	19,24	80	149		

* $p < 0,05$

Tablo 4.10.'da araştırma kapsamına alınan hemşirelerin aile tiplerine göre SYBD Ölçek geneli ve alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin aile tiplerine göre ölçek genelinden ve alt ölçeklerden almış oldukları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Tablo 4.11. Hemşirelerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre SYBD Ölçek Geneli ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

N:371

	Çocuk Durumu	n	\bar{X}	s	T	p
Kendini Gerçekleştirme	Çocuğu var	194	26,62	5,00	0,10	0,92
	Çocuğu yok	41	26,54	4,24		
Sağlık Sorumluluğu	Çocuğu var	194	21,62	4,45	-0,12	0,90
	Çocuğu yok	41	21,71	2,64		
Egzersiz	Çocuğu var	194	14,75	4,30	-4,04	0,00*
	Çocuğu yok	41	17,78	4,70		
Beslenme	Çocuğu var	194	22,06	4,83	-0,56	0,58
	Çocuğu yok	41	22,51	4,07		
Kişiler Arası Destek	Çocuğu var	194	25,47	4,97	-0,31	0,76
	Çocuğu yok	41	25,73	4,39		
Stresle Baş Etme	Çocuğu var	194	18,81	4,53	-1,35	0,18
	Çocuğu yok	41	19,83	3,71		
SYBD Ölçeği	Çocuğu var	194	129,33	23,29	-1,23	0,22
	Çocuğu yok	41	134,10	18,22		

* $p < 0,05$

Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarına göre SYBD Ölçek geneli ve alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.11.'de verilmiştir.

Tablo 4.11. incelendiğinde araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarına göre egzersiz alt ölçeğinden almış oldukları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Çocuksuz hemşireler, çocuklu hemşirelere göre egzersiz alt ölçeğinden daha yüksek puan almıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarına göre egzersiz alt ölçeği dışındaki alt ölçeklerden ve ölçek genelinden almış oldukları puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Tablo 4.12. Hemşirelerin Gelir Durumlarına Göre SYBD Ölçek Geneli ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

N:371

	Gelir Durumu	N	\bar{X}	ss	Min	Maks	F	p
Kendini Gerçekleştirme	Gelir gider denk	211	26,98	5,04	13	36	4,22	0,02*
	Gelir giderden fazla	36	27,33	3,78	19	36		
	Gelir giderden az	124	25,48	4,98	15	53		
Sağlık Sorumluluğu	Gelir gider denk	211	21,99	4,26	12	38	8,32	0,00*
	Gelir giderden fazla	36	21,64	3,31	15	32		
	Gelir giderden az	124	20,11	3,97	13	31		
Egzersiz	Gelir gider denk	211	15,72	4,66	8	30	11,79	0,00*
	Gelir giderden fazla	36	16,06	5,09	8	29		
	Gelir giderden az	124	13,35	4,11	8	28		
Beslenme	Gelir gider denk	211	22,29	4,71	12	34	9,38	0,00*
	Gelir giderden fazla	36	21,56	3,58	12	26		
	Gelir giderden az	124	20,15	4,00	12	31		
Kişiler Arası Destek	Gelir gider denk	211	26,13	4,78	14	36	13,11	0,00*
	Gelir giderden fazla	36	26,00	4,06	17	35		
	Gelir giderden az	124	23,54	4,32	15	36		
Stresle Baş Etme	Gelir gider denk	211	19,27	4,48	11	31	8,77	0,00*
	Gelir giderden fazla	36	19,69	4,02	14	29		
	Gelir giderden az	124	17,43	3,65	8	28		
SYBD Ölçeği	Gelir gider denk	211	132,38	22,48	77	191	14,13	0,00*
	Gelir giderden fazla	36	132,28	17,46	98	172		
	Gelir giderden az	124	120,06	19,36	80	178		

* $p < 0,05$

Tablo 4.12.'te araştırmaya katılan hemşirelerin gelir durumlarına göre SYBD Ölçek geneli ve alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.12. incelendiğinde hemşirelerin gelir durumlarına göre SYBD Ölçek geneli ve alt ölçeklerden almış oldukları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Tablo 4.13. Hemşirelerin Çalışma Yıllarına Göre SYBD Ölçek Geneli ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

N:371

	Çalışma Yılı	N	\bar{X}	ss	Min	Maks	F	p
Kendini Gerçekleştirme	5 yıl ve altı	132	26,92	4,85	17	53	0,82	0,44
	6-11 yıl	118	26,46	5,42	13	36		
	12 yıl ve üzeri	121	26,12	4,59	15	36		
Sağlık Sorumluluğu	5 yıl altı	132	20,97	3,85	13	32	0,92	0,40
	6-11 yıl	118	21,36	4,33	13	35		
	12 yıl ve üzeri	121	21,68	4,33	12	38		
Egzersiz	5 yıl altı	132	14,11	4,48	8	26	4,09	0,02*
	6-11 yıl	118	15,10	4,99	8	30		
	12 yıl ve üzeri	121	15,75	4,39	8	28		
Beslenme	5 yıl altı	132	20,78	3,89	12	32	4,55	0,01*
	6-11 yıl	118	21,35	5,11	12	34		
	12 yıl ve üzeri	121	22,45	4,30	12	33		
Kişiler Arası Destek	5 yıl altı	132	25,53	4,32	15	36	0,36	0,70
	6-11 yıl	118	25,14	5,25	14	36		
	12 yıl ve üzeri	121	25,06	4,60	15	36		
Stresle Baş Etme	5 yıl altı	132	17,95	3,61	11	29	3,68	0,03*
	6-11 yıl	118	18,85	4,79	8	30		
	12 yıl ve üzeri	121	19,37	4,29	12	31		
SYBD Ölçeği	5 yıl altı	132	126,25	18,74	87	174	1,16	0,31
	6-11 yıl	118	128,26	25,00	77	190		
	12 yıl ve üzeri	121	130,43	21,45	85	191		

* $p < 0,05$

Tablo 4.13.'te araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma yıllarına göre SYBD Ölçek geneli ve alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Hemşirelerin çalışma yıllarına göre Beslenme, Egzersiz ve Stresle Baş Etme alt ölçeklerinden almış oldukları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu fark 12 yıl ve üzeri çalışma yılına sahip hemşirelerden kaynaklanmaktadır. 12 yıl ve üzeri süredir görev yapan hemşireler diğer hemşirelere göre bu alt ölçeklerden daha yüksek puan almıştır.

Hemşirelerin çalışma yıllarına göre SYBD Ölçek genelinden almış oldukları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.14. Hemşirelerin Çalıştıkları Bölümlere Göre SYBD Ölçek Geneli ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

N=371

	Çalışılan Birim	N	\bar{X}	ss	Min	Maks	F	p
Kendini Gerçekleştirme	Dahili bilimler	127	26,35	5,39	13	53	3,84	0,01*
	Cerrahi bilimler	105	26,84	5,12	13	36		
	Acil ve yoğun bakım	88	25,38	4,10	17	35		
	Başhemşirelik/Poliklinik	51	28,22	4,38	19	36		
Sağlık Sorumluluğu	Dahili bilimler	127	20,45	4,13	12	31	5,63	0,00*
	Cerrahi bilimler	105	21,32	3,92	15	31		
	Acil ve yoğun bakım	88	21,50	4,35	12	38		
	Başhemşirelik/Poliklinik	51	23,22	3,88	16	33		
Egzersiz	Dahili bilimler	127	14,57	5,24	8	29	2,37	0,07
	Cerrahi bilimler	105	14,56	4,33	8	29		
	Acil ve yoğun bakım	88	15,14	4,42	8	30		
	Başhemşirelik/Poliklinik	51	16,45	3,90	8	26		
Beslenme	Dahili bilimler	127	20,69	4,68	12	33	7,42	0,00*
	Cerrahi bilimler	105	21,58	4,31	14	34		
	Acil ve yoğun bakım	88	21,11	4,02	12	32		
	Başhemşirelik/Poliklinik	51	24,04	4,30	13	33		
Kişiler Arası Destek	Dahili bilimler	127	24,16	4,54	14	35	6,45	0,00*
	Cerrahi bilimler	105	25,86	5,34	15	36		
	Acil ve yoğun bakım	88	24,93	3,73	15	36		
	Başhemşirelik/Poliklinik	51	27,29	4,56	18	36		
Stresle Baş Etme	Dahili bilimler	127	18,39	4,15	12	30	4,12	0,01*
	Cerrahi bilimler	105	18,84	4,55	11	30		
	Acil ve yoğun bakım	88	17,95	3,59	11	29		
	Başhemşirelik/Poliklinik	51	20,45	4,60	8	31		
SYBD Ölçeği	Dahili bilimler	127	124,61	22,30	77	190	6,49	0,00*
	Cerrahi bilimler	105	129,00	22,25	86	179		
	Acil ve yoğun bakım	88	126,01	18,74	91	186		
	Başhemşirelik/Poliklinik	51	139,67	20,92	99	191		

* $p<0,05$

Tablo 4.14'te araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre SYBD lek geneli ve alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre egzersiz alt leği dışında, diğer alt ölçekler ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Başhemşirelik/poliklinikte çalışan hemşireler diğer hemşirelere göre daha yüksek puan almıştır.

Tablo 4.15. Hemşirelerin Kadro Durumlarına Göre SYBD lek Geneli ve Alt leklerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

N:371

	Kadro Durumu	N	\bar{X}	s	T	p
Kendini Gerçekleştirme	Kadrolu	217	26,24	5,01		
	Sözleşmeli	154	26,90	4,86	-1,26	0,21
Sağlık Sorumluluğu	Kadrolu	217	21,42	4,15		
	Sözleşmeli	154	21,19	4,20	0,51	0,61
Egzersiz	Kadrolu	217	15,10	4,62		
	Sözleşmeli	154	14,76	4,72	0,70	0,49
Beslenme	Kadrolu	217	21,69	4,54		
	Sözleşmeli	154	21,25	4,40	0,93	0,35
Kişiler Arası Destek	Kadrolu	217	25,22	4,89		
	Sözleşmeli	154	25,31	4,47	-0,18	0,86
Stresle Baş Etme	Kadrolu	217	18,62	4,51		
	Sözleşmeli	154	18,81	3,91	-0,41	0,68
SYBD leği	Kadrolu	217	128,29	22,69		
	Sözleşmeli	154	128,21	20,49	0,03	0,97

* $p < 0,05$

Tablo 4.15.'de araştırma kapsamına alınan hemşirelerin kadro durumlarına göre SYBD lek geneli ve alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.15. incelendiğinde; araştırmaya katılan hemşirelerin kadro durumlarına göre ölçek genelinden ve alt ölçeklerden almış oldukları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.16. Hemşirelerin Haftalık Çalışma Saatlerine Göre SYBD Ölçek Geneli ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

N:371

	Haftalık çalışma saati	n	\bar{X}	s	T	P
Kendini Gerçekleştirme	40 saat ve altı	214	26,87	5,08		
	41 saat üzeri	157	26,02	4,76	1,65	0,10
Sağlık Sorumluluğu	40 saat ve altı	214	21,48	3,89		
	41 saat üzeri	157	21,12	4,52	0,81	0,42
Egzersiz	40 saat ve altı	214	14,87	4,53		
	41 saat üzeri	157	15,08	4,84	-0,44	0,66
Beslenme	40 saat ve altı	214	21,74	4,28		
	41 saat üzeri	157	21,18	4,74	1,18	0,24
Kişiler Arası Destek	40 saat ve altı	214	25,85	4,63		
	41 saat üzeri	157	24,45	4,72	2,85	0,00*
Stresle Baş Etme	40 saat ve altı	214	18,77	4,09		
	41 saat üzeri	157	18,61	4,50	0,36	0,72
SYBD Ölçeği	40 saat ve altı	214	129,57	20,57		
	41 saat üzeri	157	126,46	23,26	1,36	0,17

* $p<0,05$

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin haftalık çalışma saatlerine göre SYBD Ölçek geneli ve alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.16.'da verilmiştir.

Hemşirelerin haftalık çalışma saatlerine göre kişilerarası destek alt ölçeğinden almış oldukları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Haftada 40 saat ve altında çalışan hemşireler 41 saatten fazla çalışan hemşirelere göre kişiler arası destek alt ölçeğinden daha yüksek puan almıştır.

Hemşirelerin haftalık çalışma saatlerine göre kişiler arası destek alt ölçeği dışında, ölçek genelinden ve alt ölçeklerden almış oldukları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.17. Hemşirelerin Çalıştıkları Bölümden Memnuniyet Durumlarına Göre SYBD Ölçek Geneli ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

N:371

	Çalışılan Bölümden Memnuniyet	n	\bar{X}		Min	Maks	F	P
				ss				
Kendini Gerçekleştirme	Memnun	265	26,94	5,01	13	53	4,65	0,01*
	Memnun değil	32	24,38	4,60	13	31		
	Kararsız	74	25,89	4,67	16	36		
Sağlık Sorumluluğu	Memnun	265	21,66	4,06	12	35	3,11	0,05
	Memnun değil	32	20,84	4,91	13	38		
	Kararsız	74	20,35	4,10	12	33		
Egzersiz	Memnun	265	15,21	4,73	8	30	2,45	0,09
	Memnun değil	32	13,31	3,89	8	20		
	Kararsız	74	14,78	4,58	8	28		
Beslenme	Memnun	265	21,84	4,57	12	34	3,10	0,05
	Memnun değil	32	21,28	4,44	13	33		
	Kararsız	74	20,39	4,02	12	33		
Kişiler Arası Destek	Memnun	265	25,60	4,61	15	36	3,25	0,04*
	Memnun değil	32	23,56	4,21	14	31		
	Kararsız	74	24,74	5,13	15	35		
Stresle Baş Etme	Memnun	265	19,09	4,42	8	30	4,32	0,01*
	Memnun değil	32	17,22	3,79	12	27		
	Kararsız	74	17,93	3,66	12	31		
SYBD Ölçeği	Memnun	265	130,34	22,12	87	190	4,63	0,01*
	Memnun değil	32	120,59	19,29	77	165		
	Kararsız	74	124,09	20,42	80	191		

* $p<0,05$

Tablo 4.17.'de araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalıştıkları bölümden memnuniyet durumlarına göre SYBD Ölçek geneli ve alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları bölümden memnun olup olmama durumlarına göre kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek, stresle baş etme alt ölçeklerinden ve SYBD Ölçek genelinden almış oldukları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çalıştıkları bölümden memnun olduklarını ifade eden hemşireler diğer hemşirelere göre daha yüksek puan almıştır.

Hemşirelerin çalıştıkları bölümden memnun olup olmama durumlarına göre sağlık sorumluluğu, beslenme ve egzersiz alt ölçeklerinden almış oldukları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının saptanması amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular tartışılmıştır.

5.1. Hemşirelerin SYBD Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Çeşitli Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, hemşirelerin SYBD ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında en yüksek puan ortalaması $26,51 \pm 4,96$ ile Kendini Gerçekleştirme alt ölçeği ve onu sırasıyla Kişilerarası Destek ($25,25 \pm 4,72$), Beslenme ($21,50 \pm 4,48$), Sağlık Sorumluluğu ($21,33 \pm 4,17$), Stresle Baş Etme ($18,70 \pm 4,26$) ve en düşük puan ortalaması ile Egzersiz ($14,96 \pm 4,66$) alt ölçeği izlemiştir. Hemşirelerin SYBD ölçeği toplam puan ortalaması ise $128,25 \pm 21,78$ olup, orta düzeyde bulunmuştur. Hemşireler, ölçek genelinden minimum 77 puan, maksimum 191 puan alınmıştır (Tablo 4.5).

Sonucumuz konuyla ilgili hemşirelerle yapılan pek çok çalışmadan yüksek, (Bostan, 2013; Uz, 2011; Cürcani ve diğerleri, 2010; Öztürk, 2010; Balliel, 2009; Özkan ve Yılmaz, 2008; Güner ve Demir, 2006), Uz'un çalışmasından ise düşük bulunmuştur (Uz, 2011).

Yalçinkaya ve diğerlerinin (2007) sağlık çalışanları, Pasinlioğlu ve Gözüm'ün (1998) birinci basamakta çalışan sağlık personeli ile yaptığı çalışmada da toplam puan ortalaması hemşirelerle yapılan çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstererek orta düzeyde bulunmuştur.

Bu sonuçlar, hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğunu ve sağlıklı yaşam biçimi ile ilgili bilgilerini kendi yaşam biçimlerine çok fazla aktaramadıklarını düşündürmektedir. Çalışmamızda, hemşirelerin öğrenim durumları ile SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Sağlık Meslek Lisesi mezunu hemşireler SYBD ölçeğinden diğer hemşirelere göre daha düşük, yüksek lisans

mezunu hemşireler ise daha yüksek puan almışlardır (Tablo 4.8). Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur ($p<0,05$). (Bostan, 2013; Cürcani ve diğerleri, 2010; Yalçinkaya ve diğerleri, 2007; Güner ve Demir, 2006). Bu sonuçlar doğrultusunda eğitim düzeyi arttıkça hemşirelerin sahip olduğu bilgileri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına dönüştürdükleri düşünülebilir.

Özkan ve Yılmaz'ın (2008), Uz'un (2011), Ballıel'in (2009), Pasinlioğlu ve Gözüm'ün (1998) çalışmalarında ise öğrenim düzeyi ile SYBD ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Çalışmamızda hemşirelerin medeni durumları ile SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Evli hemşirelerin, bekar hemşirelere göre SYBD ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). (Tablo 4.9). Bostan'ın (2013), Özkan ve Yılmaz'ın (2008), Güner ve Demir'in (2006) çalışmalarında da çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuç bize, evli olan hemşirelerin, kadın ve anne rolünden dolayı eş ve çocuklarının sağlık sorumluluğunu da üstlenmeleri nedeniyle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla yaşamlarına kattıklarını düşündürmektedir.

Pasinlioğlu ve Gözüm'ün (1998), Yalçinkaya ve diğerlerinin (2007) çalışmalarında ise medeni durum ile SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Hemşirelerin gelir durumları ile SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Gelirleri giderlerine denk olan hemşireler diğer hemşirelere göre daha yüksek puan almıştır (Tablo 4.12). Bostan'ın (2013) ve Ballıel'in (2009) çalışma sonuçları da çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Sağlığı etkileyen faktörler arasında gelir düzeyi önemli bir yer tutmaktadır (Erci, 2010). Geliri giderine denk olan hemşirelerin sağlıklarını geliştirmek için

yeterli ekonomik güce sahip olduğu ve dolayısıyla sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da daha olumlu olabileceği düşünülebilir. Bazı çalışma sonuçlarında ise çalışmamızın bulgularının aksine gelir durumu ile SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. (Özkan ve Yılmaz, 2008; Yalçınkaya ve diğerleri, 2007; Pasinlioğlu ve Gözüm, 1998).

Hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre, SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Başhemşirelik/poliklinikte çalışan hemşireler diğer hemşirelere göre daha yüksek puan almıştır (Tablo 4.14). Yalçınkaya ve diğerlerinin (2007) çalışmasında, çalışmamızla benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışmaların birçoğunda ise hemşirelerin çalıştıkları bölüme göre, SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. (Bostan, 2013; Balliel, 2009; Özkan ve Yılmaz, 2008; Güner ve Demir, 2006; Pasinlioğlu ve Gözüm, 1998). Başhemşirelik ve polikliniklerde çalışan hemşirelerin vardiyalı çalışmamaları ve düzenli çalışma saatlerinin olması nedeniyle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamalarına uygun zaman bulabilmelerinden kaynaklandığını düşünebiliriz.

Hemşirelerin çalıştıkları bölümden memnun olma durumuna göre SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çalıştıkları bölümden memnun olduklarını ifade eden hemşireler diğer hemşirelere göre daha yüksek puan almıştır (Tablo 4.17). Balliel'in (2009), Özkan ve Yılmaz'ın (2008), Güner ve Demir'in (2006) çalışmaların da ise çalıştıkları bölümden memnun olma durumuna göre, SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Hemşirelerin çalıştıkları bölümden memnun olma halinin, hayata bakış açılarına ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına da yansıdığını, böylece bu hemşirelerin daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduklarını düşünebiliriz.

5.2. Hemşirelerin SYBD Ölçeği Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Çeşitli Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi

5.2.1. Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçeği:

Kendini gerçekleştirme, bireyin kendisi hakkında kafasında canlandığı resmi gerçeğe dönüştürmesi demektir. Kendini gerçekleştirmekte olan birey; kim olduğunu gerçekçi bir gözle algıladığı gibi, kim olabileceği hakkında da daha tutarlı bir kişiliğe sahiptir. Hem kendisi, hem de başkaları hakkında iyi düşüncelere sahiptir, kendine saygı duyar ve kendini olduğu gibi kabul eder (Erci, 2009; Maslow, 2001).

Çalışmamızda en yüksek puan ortalaması (26,51±4,96) olduğu saptanmıştır. Kendini Gerçekleştirme alt ölçeğine ait olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Hemşirelerle yapılan diğer çalışmalarda da (Bostan, 2013; Uz, 2011; Cürçani ve diğerleri, 2010; Ballıel, 2009; Özkan ve Yılmaz, 2008; Güner ve Demir, 2006) çalışma sonucumuza benzer olarak Kendini Gerçekleştirme alt ölçeğinin en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir.

Maslow'un ihtiyaç hiyerarşisi piramidinin en üst basamağında bulunan kendini gerçekleştirme, kişinin diğer basamaklardaki ihtiyaçlarının doyurucu bir şekilde karşılanması sonucu ulaşabileceği son noktadır. Bunun için hiyerarşi piramidindeki diğer basamaklardaki ihtiyaçların karşılanmış olması gerekmektedir (Erci,2009; Maslow, 2001).

Çalışmamızda ve diğer çalışma sonuçlarına bakıldığında hemşirelerin Kendini Gerçekleştirme alt ölçek puan ortalamasının en yüksek puan olması, hemşirelerin daha alt basamakta bulunan temel gereksinimlerini karşılayabildiklerini, bunun sonucunda kendini gerçekleştirme için gelişim güdülenmesi içinde olduklarını düşündürmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin yaş gruplarına göre Kendini Gerçekleştirme alt ölçek puan ortalaması incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı

tespit edilmiştir ($p>0,05$). (Tablo 4.6). Konuyla ilgili yapılmış diğer çalışma sonuçlarında da (Balliel, 2009; Yalçınkaya ve diğerleri, 2007) yaş grupları ile Kendini Gerçekleştirme alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı sonucuna varılmıştır. Buna göre yaş grupları ile Kendini Gerçekleştirme alt ölçek puan ortalamaları arasında bir ilişki olmadığını tüm yaş gruplarında da puan ortalamasının orta düzeyde olduğunu söyleyebiliriz. Maslow, son sıradaki kendini gerçekleştirme gereksiniminin asla doyuma ulaşmadığını, kişilerin kendini geliştirme arzusu ile sürekli güdüleneceğini belirtmiştir (Maslow, 2001).

Çalışmamızda hemşirelerin öğrenim durumlarına göre kendini gerçekleştirme alt ölçeğinden almış oldukları puan ortalamalarına baktığımızda; istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre yüksek lisans mezunu hemşirelerin kendini gerçekleştirme alt ölçeği puan ortalamaları diğer öğrenim grubundaki hemşirelere göre daha yüksek ($27,64\pm 2,99$) bulunmuştur (Tablo 4.8). Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda da öğrenim düzeyi yüksek olan hemşirelerin kendini gerçekleştirme puan ortalamaları çalışmamızla benzerlik göstererek yüksek bulunmuştur (Bostan, 2013; Uz, 2011; Cürcani ve diğerleri, 2010; Balliel, 2009; Özkan ve Yılmaz, 2008; Güner ve Demir, 2006). Bu durum hemşirelerin eğitim düzeyinin artması ile temel gereksinimlerinin daha çok farkında olup, bu gereksinimlerini karşıladıklarını ve bir üst gereksinim olan kendini gerçekleştirme davranışları sergilediklerini, bunun için çaba gösterdiklerini düşündürebilir.

Çalışmamızda hemşirelerin gelir durumlarına göre kendini gerçekleştirme alt ölçeğinden almış oldukları puan ortalamasına baktığımızda; aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Gelirleri giderlerinden fazla olan hemşirelerin diğer hemşirelere göre daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları görülmektedir (Tablo 4.12).

Özkan ve Yılmaz (2008) ile Bostan'ın (2013) çalışmalarında da çalışmamızla benzer sonuç bulunmuştur. Hemşirelerin gelirlerinin giderlerinden yüksek olması, temel gereksinimlerini rahatça karşılamasına, sosyal yaşamında kendini

geliştirebilecek faaliyetlere yönelmesine ve böylece kendini daha iyi tanıyarak gerçekleştirmesine neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin çalıştıkları bölümlere ve çalıştıkları bölümden memnuniyetlerine göre kendini gerçekleştirme alt ölçeğinden almış oldukları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). (Tablo 4.14; Tablo 4.17). Buna göre başhemşirelik/polikliniklerde çalışan ve çalıştığı bölümden memnun olan hemşirelerin puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Çalıştığı bölümden memnun olan hemşirelerin aynı zamanda başhemşirelik/polikliniklerde çalışan hemşireler olabileceğini ve bu nedenle her iki grubun da puan ortalamalarının yüksek olduğunu düşündürmektedir. Bu sonucu, çalışma saatleri düzenli olan hemşirelerin, kendini gerçekleştirebilecekleri faaliyetlere yönelik zamanlarının daha uygun olmasına, aynı zamanda çalıştıkları bölümden memnun olmalarının da onları bu davranışları sergilemeye daha çok motive ettiği ile açıklayabiliriz.

5.2.2. Kişilerarası Destek Alt Ölçeği:

Pender (1987) bireylerin kişilerarası ilişki sistemini; kendine yakın arkadaşları ile birlikte olmak için zaman ayırma, insanlarla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurma, başkalarının başarılarını övme, yakın bulduğu (aile, arkadaş gibi) bireylere dokunmaktan hoşlanma, fikir alışverişinde bulunma, tartışma ve uzlaşma yolu ile sorunları çözme olarak tanımlamıştır.

Çalışmamızda Kişilerarası Destek alt ölçeği puan ortalaması $25,25\pm 4,72$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.5). Balliel'in (2009), Uz'un (2011), Özkan ve Yılmaz'ın (2008) çalışmalarında da çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmuştur. Hemşirelerin Kişilerarası Destek puan ortalamasının yüksek olması, mesleği gereği olarak çevresiyle olumlu kişilerarası ilişkilere sahip olduğunu, empati yapabildiklerini, etkili dinleme becerilerine sahip olduklarını, sorunlardan çok çözümlere odaklandıkları için çatışmaları, tartışmaları etkili bir şekilde çözdüklerini düşündürmektedir. Bu da toplum, aile ve bireye sunulan sağlık hizmeti ve bakımında oldukça önemlidir.

Çalışmamızda hemşirelerin öğrenim durumları ile kişilerarası destek alt ölçeği puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Öğrenim durumlarına göre yüksek lisans mezunu hemşirelerin en yüksek, sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin ise en düşük puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir (Tablo 4.8). Diğer çalışmalar incelendiğinde de benzer sonuçlar bulunmuştur (Uz, 2011; Cürcani ve diğerlerinin, 2010; Balliel, 2009; Özkan ve Yılmaz, 2008). Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin eğitim düzeyinin yükselmesi ile kişilerarası iletişimlerinin arttığı, alınan eğitimle birlikte sahip oldukları bilgileri davranışa dönüştürebildikleri düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin gelir durumları ile kişilerarası destek alt ölçeği puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Geliri giderine denk olan hemşirelerin kişilerarası destek puan ortalaması en yüksek grup olduğu saptanmıştır (Tablo 4.12). Bostan'ın (2013) ve Uz'un (2011) çalışmalarında da çalışmamızla benzer sonuç bulunmuştur. Gelir düzeyinin artması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve kişiler arası ilişkileri de daha olumlu düzeye taşıdığını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda hemşirelerin çalıştıkları bölüm ve haftalık çalışma saatlerine göre kişilerarası destek alt ölçeği puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Başhemşirelik ve poliklinikte çalışan ve çalışma saati 40 saat ve altında olan hemşirelerin kişiler arası destek puan ortalaması diğer bölümlerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). (Tablo 4.14; 4.16). Bu grupta bulunan hemşirelerin çalışma saatlerinin düzenli olması, vardiyalı çalışmama nedeni ile aile ve sosyal ilişkilerinin de daha düzenli olabileceği, bu nedenle de kişilerarası destek alt ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda ise hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre kişiler arası destek alt ölçeği puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. (Bostan, 2013; Balliel, 2009; Özkan ve Yılmaz, 2008).

5.2.3. Beslenme Alt Ölçeği:

Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde dengeli ve yeterli beslenmenin etkisi yadsınamaz bir gerçektir. Beslenme, bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirler (Çelik ve diğerleri, 2009; Walkerand et all., 1996).

Çalışmamızda Beslenme alt ölçeği puan ortalaması $21,50 \pm 4,48$ olarak 3. sırada yüksek alt ölçek olarak bulunmuştur (Tablo 4.5). Diğer çalışmalarda da Beslenme alt ölçek puan ortalamaları çalışmamızla benzerdir. (Özkan ve Yılmaz, 2010; Ballhel, 2009; Cürcani ve diğerleri, 2010). Pasinlioğlu ve Gözüm'ün (1998) birinci basamakta çalışan sağlık personelleri ile yaptığı çalışmada ise Beslenme alt ölçeği en yüksek alt ölçek puan ortalaması olarak saptanmıştır. Çalışma farklı bir örneklem üzerinde yapıldığı için bu sonucun çıkmış olabileceği düşünülebilir. Bizim çalışmamız ve diğer çalışmalarda benzer sonuçların bulunması, hastanelerde çalışan hemşirelerin çoğunlukla vardiyalı çalışması nedeni ile beslenmelerinin düzenli olmadığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin yaş gruplarına göre Beslenme alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). 40 yaş ve üzeri grubun, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). (Tablo 4.6). Bostan'ın (2013) ve Özkan ve Yılmaz'ın (2008) çalışmalarına göre de yaş grupları ile beslenme alt ölçeği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve 39 yaş ve üstü grubun, diğer gruplara göre yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür ($p < 0,05$).

Orem (2001) "bireyin sağlığını; yaşamını ve iyilik halini korumak için gerekli aktiviteleri doğru zamanlamayla başlatması ve uygulaması" olarak tanımlamaktadır. Hemşirelerin yaşın artması ile birlikte kronik hastalıklar görülme sıklığı riski arttığı için beslenmesine özen gösterdiği diğer bir ifade ile yeterli ve dengeli beslenme davranışlarını ileri yaşlarda yaşam biçimi olarak sergilediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin cinsiyetlerine göre Beslenme alt ölçek puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre Beslenme alt ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.7). Bostan'ın (2013), Özkan ve Yılmaz'ın (2008), Pasinlioğlu ve Gözüm'ün (1998) çalışma sonuçları da çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Bu durumun, kadın hemşirelerin, erkek hemşirelere göre sağlıklı görünme, kendine bakım, fiziki durumunu koruma alanlarında daha duyarlı ve bilinçli olduğundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin medeni durumlarına göre beslenme alt ölçeği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$), (Tablo 4.9). Evli olan hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Özkan ve Yılmaz'ın (2008) çalışması da çalışma sonucumuzla benzerdir. Evli hemşirelerin aile sorumluluklarının da olması nedeniyle düzenli beslenme davranışlarını daha fazla sergiledikleri düşünülebilir.

Balliel'in (2009) ve Bostan'ın (2013) çalışmalarında ise medeni durumlarına göre beslenme alt ölçeği puan ortalaması arasında fark bulunmamıştır.

Çalışmamızda hemşirelerin gelir durumuna göre Beslenme alt ölçeği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Geliri giderine denk olan hemşirelerin diğer gelir gruplarına göre beslenme alt ölçeğinden daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir (Tablo 4.12). Bostan'ın (2013) çalışmasında da benzer sonuç bulunmuştur. Ekonomik düzey, başta beslenme olmak üzere sağlığı koruyan ve geliştiren davranışlara ulaşmayı ve uygulamayı etkilemektedir (Erci, 2010). Bu doğrultuda ekonomik düzeyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında özellikle de beslenme konusunda etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin çalışma yıllarına göre Beslenme alt ölçeği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışma yıllarına göre bakıldığında 12 yıl ve üzeri grupta beslenme alt ölçeği puan ortalamasının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.13). Bostan'ın (2013)

çalışmasında da aynı bulguya ulaşılmıştır. Çalışma yılı 12 yıl ve üzeri olan grubun içinde daha çok 40 yaş ve üstü hemşirelerin olduğu düşünüldüğünde yaşla birlikte düzenli beslenme alışkanlığının da geliştiği düşünülebilir.

Çalışmamızda hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre Beslenme alt ölçeği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Başhemşirelik/poliklinikte çalışan hemşirelerin diğer bölümlerde çalışan hemşirelere göre beslenme alt ölçeği puan ortalamalarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yalçinkaya ve diğerlerinin (2007) çalışmasında da çalışmamızla benzer sonuçlar saptanmıştır. Bu sonuç, başhemşirelik ve poliklinikte çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinin düzenli olması nedeniyle yemek öğünlerini atlamadıklarını ve daha düzenli beslendiklerini düşündürmektedir. Vardiyalı çalışan hemşirelerin çoğunlukla kliniklerde hasta bakımı ile ilgilenen hemşireler olduğu düşünüldüğünde, kliniklerin yoğunluğuna bağlı olarak yemek öğünlerini atlayabildiklerini, gece çalışmaları nedeniyle de düzenli yemek saatlerinin olmadığı, bu nedenle beslenme alt ölçeğinden daha düşük puan aldıklarını düşündürmektedir.

5.2.4. Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçeği:

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığıyla ilgili olarak koruyucu davranışlar, önleyici davranışlar ve sağlığı geliştiren davranışlara yönelik tutum ve davranış değişikliği göstermesi anlamına gelmektedir. Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler (İlhan ve diğerleri, 2010; Güngör ve Hatun,2006)

Bireylerin kendi sağlığından sorumlu olması ve gerektiğinde profesyonel kişilere başvurması anlamına gelen Sağlık Sorumluluğu alt ölçeği puan ortalaması $21,33\pm 4,17$ olarak dördüncü sıradadır. Çalışmamızda hemşirelerin gelir durumlarına göre sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Geliri giderine denk olan hemşirelerin diğer gelir gruplarına göre sağlık sorumluluğu alt ölçeğinden daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir (Tablo 4.12). Balliel'in (2009) çalışmasında da benzer sonuçlara

ulaşmıştır. Bu durumun geliri giderine denk olan hemşirelerin, sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabileceği, sağlık hizmeti alacağı kurumu bireysel kararına göre seçebileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bireylerin, vücudunu ve kendini tanınması, sağlığını izlemesi, sağlık ile ilgili ufak değişiklikler ve sapmalar olduğunda dahi bir sağlık kuruluşuna müracaat etmesi ve gerekli önlemleri alması, düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerinin sıklık ve düzenine özen göstermesi, sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi gibi tutum ve davranışların yerine getirilmesi, bireyin sağlığına önem verdiğini ve bireysel çaba harcadığını göstermektedir (Kaya ve Kılıç, 2008; He ve diğerleri, 2004; Pender ve diğerleri, 2002;).

Hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Başhemşirelik ve poliklinikte çalışan hemşirelerin diğer bölümlerde çalışan hemşirelere göre sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalamalarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.14). Diğer çalışma sonuçlarında hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. (Bostan, 2013; Balliel, 2009; Özkan ve Yılmaz, 2008; Güner ve Demir, 2006; Pasinlioğlu ve Gözüm, 1998). Bizim çalışmamızda, Başhemşirelik ve poliklinikte çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının yüksek olmasını, düzenli çalışma saatlerine bağlayabiliriz. Bu hemşirelerin sürekli gündüz çalışıyor olmaları kendi sağlıklarını korumak ve hastalıkları önlemek için daha etkin yöntemler uyguladıklarını düşündürebilir.

5.2.5. Stresle Baş Etme Alt Ölçeği:

Stres yönetimi, gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir (Erci, 2009; Güler ve diğerleri, 2008)

Çalışmamızda Stresle Baş Etme alt ölçeği puan ortalaması $18,70 \pm 4,26$ olarak 5. sırada alt ölçek olarak bulunmuştur (Tablo 4.5). Diğer çalışmalarda da Stresle Baş Etme alt ölçek puan ortalaması çalışmamızla benzer bulunmuştur (Bostan, 2013; Uz, 2011; Cürcani ve diğerleri, 2010; Balliel, 2009; Güner ve Demir, 2006).

Çalışmamızda hemşirelerin gelir durumlarının giderlerine denk olması, 5 yıl ve altı süre ile çalışmaları, çalıştıkları bölüm, memnuniyet durumları ile Stresle Baş Etme alt ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). (Tablo 4.12; 4.13; 4.14; 4.17). Stresle Baş Etme puan ortalaması 5 yıl ve altı çalışanlarda daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.13). Cürcani ve diğerlerinin (2010) yapmış olduğu çalışma sonucunda da 5 yıl ve altı çalışanlarda stres ile baş etme puan ortalamaları diğer çalışma yıllarına göre daha yüksek bulunmuştur.

Çalışma yılı arttıkça puan ortalamalarının düşmesi, hemşirelerin sağlık hizmetlerindeki iş yükünden, hasta birey ile çalışıyor olmasından, düzensiz çalışma saatleri ve buna bağlı gelişebilecek uyku problemlerinden, hemşirelerinin diğer personel, hasta yakını ve üstleri ile olan iletişiminden dolayı fazla stres altında çalıştığı düşünülebilir. Bu sonuç doğrultusunda hemşirelerin stres yönetiminin oldukça yetersiz olduğu ve mesleği gereği bu davranış biçimini en iyi kendisinin uygulayarak rol modeli olması beklenirken ters bir bulguya rastlanmıştır.

5.2.6. Egzersiz Alt Ölçeği:

Egzersiz, enerji tüketimi ile sonuçlanan herhangi bir vücut hareketi olup büyük kas gruplarının belli düzeyde hareket ettirilmesi, kas performansının geliştirilmesi ve kardiyovasküler direncin artırılması olarak tanımlanmaktadır (He ve diğerleri, 2004).

Sağlıklı beslenme ile birlikte yapılan düzenli egzersizin, kan basıncını normal düzeyde tuttuğu, akciğerlerin kapasitesini artırdığı, oksijen alımını destekleyici etkiye sahip olduğu, lipit yağ metabolizmasına olumlu etkileri olduğu bilinmektedir. (Çakır ve diğerleri, 2002).

Günümüzde, egzersiz, stres v.b. gibi yaşam biçimi unsurlarının sağlığı ve kardiyovasküler hastalık riskini etkilediği, kanser, kalp hastalığı, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklardaki morbidite ve mortalitenin yaşam biçimi değişiklikleri ile önemli ölçüde azaltılabildiği bilinmektedir (Erci, 2009; Güler ve diğerleri, 2008). Bu sonuçlara göre hemşirelerin genel olarak egzersiz yapma alışkanlıklarının olmadığı anlaşılmaktadır. Bu alışkanlığın bizim çalışmamızdaki hemşirelerde de yetersiz olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar ve literatür bilgileri doğrultusunda hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından biri olan egzersizi yaşam biçimi haline getiremedikleri düşünülmektedir.

Çalışmamızda en düşük puan ortalamasının ise Egzersiz $14,96 \pm 4,66$ alt ölçeğine ait olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Konu ile ilgili yapılan pek çok çalışma (Bostan, 2013; Uz, 2011; Cürçani ve diğerleri, 2010; Balliel, 2009; Özkan ve Yılmaz, 2008; Yalçinkaya ve diğerleri, 2007; Güner ve Demir, 2006; Pasinlioğlu ve Gözüm, 1998) sonucu da Egzersiz alt ölçeği puan ortalamaları en düşük alt ölçek olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar araştırmamızın bulgularıyla uyumludur.

Çalışmamızda Egzersiz alt ölçeği puan ortalamasının, çocuk sahibi olmayan hemşirelerde, geliri giderinden fazla olanlarda, çalışma süresi 5 yıl ve altı olanlarda arttığı bulunmuştur (Tablo 4.11; 4.12; 4.13). Bostan'ın (2013) çalışmasında, çocuk sahibi olmayan ve geliri giderinden fazla olan hemşirelerin, Özkan ve Yılmaz'ın (2008) çocuk sahibi olmayan hemşirelerin, Pasinlioğlu ve Gözüm'ün (1998) çalışmasında ise kadın olanların Egzersiz alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durum, çocuk sahibi olmayan hemşirelerin aynı zamanda 5 yıl ve altında çalışma süresi olan hemşireler olabileceği, çocuk bakma sorumluluğu olmadığından dolayı da egzersize zaman ayırabildiklerini düşündürmektedir. Ayrıca geliri giderinden fazla olan hemşirelerin de egzersiz yapmak için ekonomik olarak uygun olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını saptamak amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi ve Dr. BNDH'de çalışan hemşirelerle yapılan bu çalışmaya 371 hemşire katılmış olup, hemşirelerin SYBD Ölçeğine ait toplam puan ortalaması $128,25 \pm 21,78$ olarak orta düzeyde bulunmuştur.
- SYBD Ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 208 olup araştırmaya katılan grubun puanı minimum 77, maksimum 191 puandır.
- Hemşirelerin en yüksek puan ortalaması $26,51 \pm 4,96$ ile Kendini Gerçekleştirme alt ölçeği ve onu sırasıyla Kişilerarası Destek ($25,25 \pm 4,72$), Beslenme ($21,50 \pm 4,48$), Sağlık Sorumluluğu ($21,33 \pm 4,17$), Stresle Baş Etme ($18,70 \pm 4,26$) ve en düşük puan ortalaması ile Egzersiz ($14,96 \pm 4,66$) alt ölçeği izlemiştir.
- Hemşirelerin SYBD Ölçeği toplam puan ortalaması ile yaş, öğrenim durumu, medeni durum, gelir durumu ve çalıştıkları bölüm değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$).
- Hemşirelerin Kendini Gerçekleştirme alt ölçeği puan ortalamaları ile öğrenim durumu, gelir durumu, çalıştıkları bölüm, haftalık çalışma saatleri, çalıştıkları bölümden memnuniyet durumu değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$).
- Yüksek Lisans mezunu hemşirelerin, geliri giderinden fazla olanların, başhemşirelik ve polikliniklerde çalışanların, haftalık 40 saatin altında

çalışanların, çalıştıkları bölümden memnun olan hemşirelerin Kendini Gerçekleştirme alt ölçeği puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur.

- Hemşirelerin Kişilerarası Destek alt ölçeği puan ortalamaları ile öğrenim durumu, gelir durumu, çalıştıkları bölüm, haftalık çalışma saatleri, çalıştıkları bölümden memnuniyet durumu değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).
- Yüksek lisans mezunu hemşirelerin, geliri giderine denk olanların, başhemşirelik/polikliniklerde çalışanların, haftalık 40 saatin altında çalışanların, çalıştıkları bölümden memnun olan hemşirelerin Kişilerarası Destek alt ölçeği puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur.
- Hemşirelerin Beslenme alt ölçeği puan ortalamaları ile yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, çalışma yılı, çalıştıkları bölüm değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).
- 40 ve üzeri yaşta olanların, kadınların, evli olanların, geliri giderine denk olanların, çalışma yılı 12 ve üzeri olanların, başhemşirelik/polikliniklerde çalışanların, Beslenme alt ölçeği puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur.
- Hemşirelerin Sağlık Sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamaları ile gelir durumu ve çalıştıkları bölüm değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).
- Geliri giderine denk olanların ve başhemşirelik ve polikliniklerde çalışan hemşirelerin Sağlık Sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur.

- Hemşirelerin Stresle Baş Etme alt ölçeği puan ortalamaları ile öğrenim durumu, gelir durumu, çalışma yılı, çalıştıkları bölüm, çalıştıkları bölümden memnuniyet durumu değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).
- Ön lisans mezunu olanların, geliri giderinden fazla olanların, çalışma yılı 12 ve üzeri olanların, başhemşirelik/polikliniklerde çalışanların, çalıştıkları bölümden memnun olanların Stresle Baş Etme alt ölçeği puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur.
- Hemşirelerin Egzersiz alt ölçeği puan ortalamaları ile çocuk sahibi olma durumu, gelir durumu, çalışma yılı değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).
- Çocuğu olmayanların, geliri giderinden fazla olanların, çalışma yılı 12 ve üzeri olanların Egzersiz alt ölçeği puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur.

6.2. Öneriler:

- Sağlıklı yaşam konusunda topluma rol model olacak olan hemşirelerin, konuyla ilgili olumsuz ya da eksik davranışlarını düzelterek iyi bir rol modeli olmaya çalışması,
- Hemşirelerin SYBD'nin önemi ile ilgili hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Hemşirelerin daha düşük puan aldıkları fiziksel aktivite, stresle baş etme ve beslenme alanlarına ağırlık verilerek bu alanlarda hizmet içi eğitimlerin yapılması,
- Hemşirelerin stres yaratan olaylar karşısında bu durumun farkında olması, etkili baş edebilmesi ve olayları çözümleyebilmesi konusunda bilinçlendirilmesi,
- Hemşirelik mesleğinde sadece uygulama ve deneyimin yeterli olmadığı bilinçlenmek için eğitim düzeyinin yükseltilmesi,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemeye yönelik olarak daha geniş örnekleme kapsayan araştırmaların yapılması önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

- Açıksöz, S., Uzun, Ş. ve Arslan, F. (2013). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Algısı ile Sağlığı Geliştirme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 55, 181-187. [Erişim Tarihi: 18. 02. 2014].
- Akça, S. (1998). Üniversite Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Bunu Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi.
- Aksayan, S. ve Gözümlü, S. (1998). Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz-Etkililik Algısının Önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(1), 35-42. [Erişim Tarihi: 19. 02. 2014].
- Aktan, C. C. ve Işık, (2002). Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış. [Erişim Tarihi: 03. 02. 2013].
- Arslan, C. ve Ceviz, D. (2007). Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *F. Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(5), 211-220.
- Ayaz, S., Tezcan, S. ve Akıncı, F. (2005). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. [Erişim Tarihi: 20. 06. 2013].
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kıssal, A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *C. U. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1-13.
- Ballıel, N. (2009). *Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Hemşirelerinde Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Bibiana, C., Chan, Upali, W., Jayasinghe, ve Mark, F. Harris. (2013). The Impact of a Team-Based Intervention On The Lifestyle Risk Factor Management Practices Of

Community Nurses: Outcomes Of The Community Nursing SNAP Trial. [Erişim Tarihi: 28. 02. 2014].

Bostan, N. (2013). *Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimini Etkileyen Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E. ve diğerleri (2012). Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(1), 13-21.

Can, G., Özdilli, K., Erol, Ö. ve Ünsar, S. ve diğerleri. (2008). Comparison of The Health-Promoting Lifestyles of Nursing and Non-Nursing Students in İstanbul, Turkey. *Nursing and Health Sciences*, 10, 273-280.

Canpolat, Ö. (2006). *Çalışanların Stres Düzeylerini Etkileyen Faktörler ve İş Sağlığı Hemşiresinin Stres ile Baş Etmede Etkililiği*, Kocaeli Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi, B Kocaeli.

Choi Hui, W. H. (2002). The Health Promoting Lifestyles Of Under graduate Nurses in Hong Kong. *Journal Of Professional Nursing*, 18(2), 101-111.

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

Cürcani, M., Tan, M. ve Özdelikara, A. (2010). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5), 487-492. [Erişim Tarihi: 24. 06. 2013].

Çakır, B., Toprak, İ. ve Yüksel, B. (2002). Saha Personeli İçin Toplum Beslenme Programı Eğitim Materyali. Onur Matbaacılık. Ankara,

Çelik, G. O., Malak, A. T., Bektaş, M., Yılmaz, D., Yümer, A. S., Öztürk, Z. ve diğerleri. (2009). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Anatol J ClinInvestig*, 3(3), 164-169.

Çetinkaya, A., Güngör, N. ve Özbaşaran, F. (2004). Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinin Sağlık Davranışları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(3), 43-55

Dağdeviren, Z. ve Şimşek, Z. (2013). Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlık Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(2), 135-142.

Edelman, C. ve Mandle, C. L. (1986). Health Promotion Throughout the Lifespan, The C. V. Mosby Company, StLuis, Toronto, Princeton. [Erişim Tarihi: 24. 02. 2013].

Edelman, C. L. ve Fain, J. A. (1999). Health Defined: Objectives for Promotion&Prevention. In: Edelman C. L. ve Mandle, C. L. (Ed.). Health Promotion Throughout the Life Spain. Philadelphia: Mosby Comp Fourth. 3-24. [Erişim Tarihi: 24. 02. 2013].

Erci, B. (2009). Halk Sağlığı Hemşireliği. Ankara. Göktuğ Basım. 192-201.

Erdoğan, S., Nahçıvan, N., Esin, N. ve İbrikçi, S. (1994). Sağlık Sürdürme, Sağlık Geliştirme ve Hemşirelik, *Hemşirelik Bülteni*, 8(32), 28-35.

Ersin, F. ve Bahar, Z. (2012). Sağlık Geliştirme Modellerinin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5(1), 28-38. [Erişim Tarihi: 10.06.2013].

Esin, N. (1997). Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. *Doktora Tezi*. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.

Fidan, N. (2012). Okulda Öğrenme ve Öğretme. Pagem Akademi. Ankara.

Galloway, R. D. (2003). Health Promotin: Causes, Beliefsand Measurements. *Clinical Medicine&Research*, 1(3), 249-258.

Glanz, K., Rimer, B. K. ve Lewis, F. M. (2002). Health Behaviour and Health Education. 3rd Edition. Jossey-Bass.

Güleç, M., Yabancı, N., Göçgeldi, E. ve Bakır, B. Ankara'da İki Kız Öğrenci Yurdunda Kalan Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50(2), 102-109.

Güler, G., Güler, N., Kocataş, S., Yıldırım, F. ve diğerleri. (2008). Bir Üniversitede Çalışan Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 12(3), 18-26.

Güner, İ.C. ve Demir, F. (2006). Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3), 18-25.

Güngör, İ. ve Hotun, Ş. N. (2006). Sağlığın Geliştirilmesinde Kullanılan Temel Davranış Değiştirme Kuram ve Modelleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 3, 6-13. [Erişim Tarihi: 05. 06. 2013].

Haney, Ö. M. ve Erdoğan, S. (2013). *Journal of Advanced Nursing*. 69(6), 1346-1356. Factors Related To Dietary Habits And Body Mass Index Among Turkish School Children: A Cox's Interaction Model-Based Study.

İlhan, N., Batmaz, M., Akhan, L. U. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 34-44.

Jansink, R., Braspenning, J., Laurant, M., Keizer, E., Elwyn, G., van der Weijden, T. ve diğerleri. (2013). Minimal Improvement Of Nurses Motivational Interviewing Skills in Routine Diabetes Care One Year After Training: A Cluster Randomized Trial. *BMC Family Practice*. 14(14), 1471-2296.

Johnson, R. L. (2005). Gender Differences in Health Promoting Life Styles of African Americans. *Public Health Nursing*, 22(2), 130-37.

Kafkas, M. E., Kafkas, A. Ş. ve Acet, M. (2012). Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Düzeylerinin İncelenmesi. 32(2), 47-56.

- Kanber, A. N. (2008). *Gebelere Verilen Beslenme Eğitiminin Anemi Üzerine Etkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar.*
- Karadeniz, G., Uçum, E. Y., Dedeli, Ö. ve Karaağaç, Ö. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(6), 497-502.
- Karakoç, A. (2006). *Sınıf Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi, Sivas. [Erişim Tarihi: 13. 08. 2013].*
- Kaya, F., Ünüvar, R. ve Bıçak, A. (2008). Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. [Erişim Tarihi: 18. 06. 2013].*
- Kaya, T., Gürbıyık, A. ve Kılıç, S. (2008). Bir Lojman Bölgesinde Yaşayan Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi.*
- Komduur, R. H., Korthals, M. ve Molder, H. (2009). The Good Life: Living for Health and a Life Without Risks? On a Prominent Script of Nutrigenomics. 101, 307-316.
- Kong, R. (1995). Building community capacity for health promotion: A challenge for public health nurses. *Public Health Nursing Suppl.* 12(5), 312–318. [Erişim Tarihi: 23. 08. 2013].
- Kuster, A., Fong, C. (1993). Further Psychometric Evaluation of the Spanish Language Health Promotion Lifestyle Profile. *Nursing Research*, 42, 266-9. [Erişim Tarihi: 23. 08. 2013].
- Lee, R. (2011). The Role Of School Nurses in Delivering Accessible Health Services For Primary And Secondary School Students in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2968–2977. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03782. [Erişim Tarihi: 18. 04. 2013].

Lusk, S. L., Kerr, M. J. ve Ronis, D. L. (1994). Test of Health Promotion Model as a Causal Model of Worker's Use of Hearing Protection, *Nursing Research*, 43(3), 151-157. [Erişim Tarihi: 10. 06. 2013].

Lancaster, J. ve Stonhope, M. (1993). *Community Health Nursing Process and Practice for Promoting Health*, Mosby Company, Washington, 578-591.

Maslow, A. (1970). *Motivation and Personality*: New York.

Noordman, J., Koopmans, B., Korevaar, J. C., Van Der, Weijden, T. ve Van Dulmen, S. (2013). Exploring Lifestyle Counselling in Routine Primary Care Consultations: The Professionals' Role. *Academic Journal*, 30(3), 332-340. [Erişim Tarihi: 12. 02. 2013].

Ocakçı, A. (2007). Sağlıkın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü. Sağlık ve Toplum. Erişim: 13 Temmuz 2013, <http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm>. [Erişim Tarihi: 10. 06. 2013].

Ocakçı, A. (2009). Sağlıkın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü. [Erişim: 13. 07. 2013]. <http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm>.

Özbaşaran, F., Çakmakçı, A., ve Güngör, N. (2004). Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinin Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(3): 43-55. [Erişim Tarihi: 10. 06. 2013].

Özer, M. ve Bakır, B. (2003). Sağlık Personelinin Motivasyonu ile İlgili Etmenlerin Belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 45(2), 117-122. [Erişim Tarihi: 16. 06. 2013].

Özkan, S. ve Yılmaz, E. (2008). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7), 90-105. [Erişim Tarihi: 05. 06. 2013].

Özkaya, M. O., Yakın, V. ve Ekinci, T. (2008). Stres Düzeylerinin Çalışanların İş Doyumu Üzerine Etkisi. *Celal Bayar Üniversitesi Çalışanları Üzerine Ampirik Bir Araştırma*. 15(1), 164- 180.

- Öztürk, D. (2010). *Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İş Yaşam Kalitesinin İş Doyum Düzeyine Etkileri*. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi. İstanbul.
- Özvarış, Ş. B. (2006). Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 1132-1136
- Pasinlioğlu, T. ve Gözüm, S. (1998). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2), 60-68. [Erişim Tarihi: 05. 06. 2013].
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. ve Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. (6th Ed.) Boston, MA: Pearson. [Erişim Tarihi: 16. 10. 2013]. http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/85350/1/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf.
- Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*, Norwalk, Second Ed., California, 57-63. [Erişim Tarihi: 10. 06. 2013].
- Sarrafzadegan, N., Kelishadi, R., Esmailzadeh, A., Mohammadifard, N., Rabiei, K., Hamidreza Roohafza, H. ve diğerleri. (2009). Do Life Style Interventions Work in Developing Countries? Findings From The Isfahan Healthy Heart Program in The Islamic Republic of Iran. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 39-50.
- Sisk, R. J. (2000). Caregiver Burden and Health Promotion. *Int J. Nurse Student Suppl.* 37(1), 37-43. [Erişim Tarihi: 15. 06. 2013].
- Stanhope, M. ve Lancaster, J. (2000). *Community Health Nursing, Process and Practice for Promoting Health*, Mosby Year Book, USA, 578-591.
- Şimşek, Z. (2013). Sağlığı Geliştirmenin Tarihsel Gelişimi ve Örneklerle Sağlığı Geliştirme Stratejileri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. [Erişim Tarihi: 26. 06. 2013].
- Tekir, Ö. (2005). *Hipertansiyon Hastalarına Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara. [Erişim Tarihi: 08. 06. 2013].

Tokuç, B. (2007). Edirne Merkez İlçe İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerde Sağlık Geliştirici Davranışları. *Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 421-426.

Tokuç, B. ve Berberoğlu, U. (2007). Edirne Merkez İlçe İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerde Sağlık Geliştirici Davranışlar. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. [Erişim Tarihi: 18. 06. 2013].

Topçu, S. (2006). *Göç Eden ve Göç Etmeyen Kadınların Sağlık Geliştirme Davranışlarının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Tuğut, N. ve Bekar, M. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Algılama Durumları Göre Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(3), 17-26.

Türkeri, F. (2006). *Yetişkin Eğitimi Sağlık Davranış Modelleri ve Sağlık Geliştirme Kavramları Arasındaki İlişkilerin Tanımlanması*. Ankara Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Türköl, E. ve Güneş, G. (2012). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 19(3), 159-166.

Tyler, R. W. (1950). *Basic Principle of Curriculumand Instruction*. [Erişim Tarihi: 28. 06. 2013].

Uz, D. (2011). *Hemşirelerin Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz Etkililik-Yeterlik Düzeylerinin Belirlenmesi*. Gazi Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara. [Erişim Tarihi: 20. 04. 2013].

Uz, D. ve Kitiş, Y. (2012). Hemşirelerin Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz Etkililik-Yeterlik Düzeylerinin Belirlenmesi. [Erişim Tarihi: 20. 04. 2013].

Uzel, N., Kaplan, B., Erdem, Y., Zergeroğlu, Işık, S. O. ve Dilmen, U. (2012). Üniversite Öğrencilerinin Kitle İletişim Araçlarını Kullanım Durumları İle Sağlık Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. [Erişim Tarihi: 16. 06. 2013].

- Ünalın, D., Öztıp, D.B. ve Elmalı, F. (2009). Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 16, 75-81. [Erişim Tarihi: 24. 06. 2013].
- Ünalın, D., Şenol, V., Öztürk, A. ve Erkorkmaz, Ü. (2007). Meslek Yüksek Okullarının Sağlık ve Sosyal Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. [Erişim Tarihi: 20. 06. 2013].
- Vaizoğlu, S. A. (2004). Genç Erişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyinin Belirlenmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3 (4), 63-71. [Erişim Tarihi: 19. 02. 2013].
- Whitehead, D. (2005). Health Promoting Hospitals: The Role and Function of Nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 14. 20–27. [Erişim Tarihi: 14. 03. 2013].
- World Health Organization. Constitution, (1948). [Erişim: 03 Temmuz 2013].
- World Health Organization, (2012). [Erişim: 01 Temmuz 2013]. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/.
- World Health Organization, (2011). Noncommunicable Diseases Country Profiles. [Erişim Tarihi: 26. 06. 2013].
- Yalçınkaya, M., Özer, G. F. ve Karamanoğlu, Y. A. (2007). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 21-34.
- Yıldırım, N. (2005). *Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- Yılmazel, G., Çetinkaya, F. Ve Naçar, M. (2013). Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlığı Geliştirme Davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*.
- Zaybak, A. ve Fadiloğlu, Ç. (2004). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(1), 77-95.

- Ünalın, D., Öztop, D.B. ve Elmalı, F. (2009). Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 16, 75-81. [Erişim Tarihi: 24. 06. 2013].
- Ünalın, D., Şenol, V., Öztürk, A. ve Erkorkmaz, Ü. (2007). Meslek Yüksek Okullarının Sağlık ve Sosyal Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. [Erişim Tarihi: 20. 06. 2013].
- Vaizoğlu, S. A. (2004). Genç Erişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyinin Belirlenmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3 (4), 63-71. [Erişim Tarihi: 19. 02. 2013].
- Whitehead, D. (2005). Health Promoting Hospitals: The Role and Function of Nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 14. 20–27. [Erişim Tarihi: 14. 03. 2013].
- World Health Organization. Constitution, (1948). [Erişim: 03 Temmuz 2013].
- World Health Organization, (2012). [Erişim: 01 Temmuz 2013]. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/.
- World Health Organization, (2011). Noncommunicable Diseases Country Profiles. [Erişim Tarihi: 26. 06. 2013].
- Yalçınkaya, M., Özer, G. F. ve Karamanoğlu, Y. A. (2007). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 21-34.
- Yıldırım, N. (2005). *Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- Yılmazel, G., Çetinkaya, F. Ve Naçar, M. (2013). Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlığı Geliştirme Davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*.
- Zaybak, A. ve Fadiloğlu, Ç. (2004). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(1), 77-95.

14. Gelir durumunuz aşağıdakilerden hangisidir?

1. Gelir gidere denk () 2. Gelir giderden fazla () 3. Gelir giderden az ()

15. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Çok iyi () 2. İyi () 3. Orta () 4. Kötü () 5. Çok kötü ()

16. Hemşirelik mesleğinde çalışma yılınızı belirtiniz.....**17. Bu kurumda çalıştığınız birimi belirtiniz.....****18. Bu kurumda çalıştığınız birimde pozisyonunuzu belirtiniz**

1. Başhemşire () 2. Servis sorumlu hemşiresi () 3. Servis hemşiresi ()
4. Eğitim hemşiresi () 5. Poliklinik hemşiresi () 6. Diğer (.....)

19. Bu kurumda haftalık çalışma saatiniz:.....saat**20. Bu kurumda çalışma şeklinizi belirtiniz**

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

21. Bu kurumda çalıştığınız servisten şu an memnun musunuz?

1. Evet () 2. Hayır () 3. Kararsızım ()

22. Yemek yeme alışkanlığınız nasıldır?

1. Düzenli yemek yerim ()
2. Öğün atlamam ()
3. Ağır yemeklerden kaçırım ()
4. Zaman buldukça düzenli yemek yerim ()
5. Genelde düzensiz zaman aralıklarıyla ne bulursam onu yerim ()
6. Diğer (açıklayınız)

23. Uyku Alışkanlığınız nasıldır?

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

24. Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet () (sıklık ve miktarını belirtiniz) 2. Hayır ()

25. Alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet () (sıklık ve miktarını belirtiniz)..... 2. Hayır ()

26. Boyunuz: Kilonuz:

EK-2: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Formu:

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1.	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.	1	2	3	4
2.	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.	1	2	3	4
3.	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağan dışı belirti ve bulguları anlatırım.	1	2	3	4
4.	Düzenli bir egzersiz programı yaparım.	1	2	3	4
5.	Yeterince uyurum.	1	2	3	4
6.	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.	1	2	3	4
7.	İnsanları başarıları için takdir ederim.	1	2	3	4
8.	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.	1	2	3	4
9.	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.	1	2	3	4
10.	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/ veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi).	1	2	3	4
11.	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.	1	2	3	4
12.	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.	1	2	3	4
13.	İnsanlarla anlamlı ve uyumlu ilişkiler sürdürürüm.	1	2	3	4
14.	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım	1	2	3	4
15.	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.	1	2	3	4
16.	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm.	1	2	3	4
17.	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.	1	2	3	4

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
18.	Geleceğe umutla bakarım.	1	2	3	4
19.	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım	1	2	3	4
20.	Her gün 2-4 öğün meyve yerim.	1	2	3	4
21.	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.	1	2	3	4
22.	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.	1	2	3	4
23.	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.	1	2	3	4
24.	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.	1	2	3	4
25.	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.	1	2	3	4
26.	Her gün 3-5 öğün sebze yerim.	1	2	3	4
27.	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.	1	2	3	4
28.	Haftada en az 3 kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.	1	2	3	4
29.	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.	1	2	3	4
30.	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.	1	2	3	4
31.	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım.	1	2	3	4
32.	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.	1	2	3	4
33.	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.	1	2	3	4
34.	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim).	1	2	3	4
35.	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.	1	2	3	4
36.	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.	1	2	3	4

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
37.	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.	1	2	3	4
38.	Her gün et, tavuk, balık, kurubakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.	1	2	3	4
39.	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.	1	2	3	4
40.	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.	1	2	3	4
41.	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.	1	2	3	4
42.	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.	1	2	3	4
43.	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.	1	2	3	4
44.	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.	1	2	3	4
45.	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.	1	2	3	4
46.	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.	1	2	3	4
47.	Yorulmaktan kendimi korurum.	1	2	3	4
48.	İlahi bir gücün varlığına inanırım.	1	2	3	4
49.	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.	1	2	3	4
50.	Kahvaltı yaparım.	1	2	3	4
51.	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.	1	2	3	4
52.	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.	1	2	3	4

EK-3: Aydınlatılmış (Bilgilendirilmiş) Onam ve Katılımcının Beyanı Formu:**Araştırmanın Açıklanması**

Bu araştırma Lefkoşa merkezde bulunan Yakın Doğu Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dr. BNDH çalışan hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır. Anket sorularının yanıtlanması yaklaşık 25 dakika sürmektedir. Sizlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınızı belirleyebilmek için oluşturulan veri toplama formlarını doldurmanız istenmektedir. Bu nedenle soruları doğru ve tam cevaplamanız çalışmanın doğruluğu ve geçerliği açısından oldukça önemlidir.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma süresince bir neden göstermeksizin istediğiniz zaman araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmadan elde edilen sonuçlar kimliğiniz belirtilmeden bilimsel yayımlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu veriler, kesinlikle kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmak için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma size zarar vermeyecektir.

Araştırma Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Belkıs Karataş tarafından koordine edilmektedir.

Okuduğunuz ve vakit ayırdığınız için teşekkür ederim.

Araştırma Görevlisi: Emine Onkun

Katılımcının Beyanı:

Bu araştırma Emine Onkun tarafından, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tez Çalışması kapsamında bir araştırma yapacağını belirterek, bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak kabul edildim. Eğer bu araştırma katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Katılımcı :
Adı, Soyadı :
Adres :
Tel :
İmza :

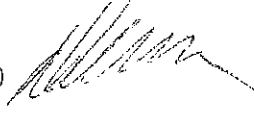
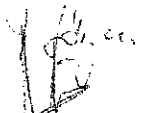
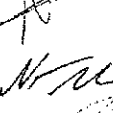
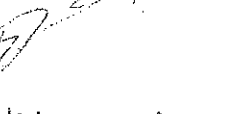

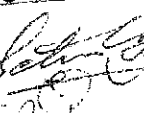

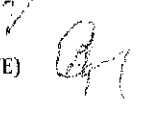


Görüşme Tanığı:

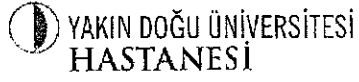
Adı, Soyadı :	Katılımcı İle Görüşen Araştırmacı :
Adres :	Adı, Soyadı :
Tel :	Adres :
İmza :	İmza :

EK-4: Etik Kurul Onay Formu:**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME
ETİK KURULU (YDÜBADEK)****ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU**

Toplantı Tarihi : 28.11.2013
 Toplantı No : 2013/18
 Proje No : 96

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Belkis Karataş'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, YDU/2013/18-96 proje numaralı ve "*Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*" başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. 28.11.2013

- | | | | |
|-----|----------------------------------|-------------|--|
| 1. | Prof. Dr. Rüştü Onur | (BAŞKAN) |  |
| 2. | Prof. Dr. Tümay Sözen | (ÜYE) |  |
| 3. | Prof. Dr. Nerin Bahçeciler Önder | (ÜYE) |  |
| 4. | Prof. Dr. Nuran Ulusoy | (ÜYE) |  |
| 4. | Prof. Dr. Hasan Besim | (ÜYE) |  |
| 6. | Prof. Dr. Şahan Saygı | (ÜYE) | KATILMADI |
| 7. | Doç. Dr. Ümran Dal | (ÜYE) |  |
| 8. | Doç. Dr. Çetin Lütfi Baydar | (ÜYE) |  |
| 9. | Doç. Dr. Füsun Baba | (ÜYE) |  |
| 10. | Yrd. Doç. Dr. Amber Eker | (ÜYE) |  |
| 11. | Erden Alğun | (SİVİL ÜYE) |  |

EK-5: Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onay Formu:

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

22/11/2013

YDII-495/2013

Prof. Dr. İhsan Çalış
Yakın Doğu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden

- a) Hem. Emine Okun "Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları"
b) Hem. Meryem Yiğitsoy "Hemşirelerin İlaç Uygulama Hataları ve Hata Nedenlerinin Belirlenmesi"

başlıklı tez çalışmalarının anket çalışmaları uygun görülmüştür. Gereği saygı ile bilginize getirilir.

Dr. Sevim Erkmen
Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi
Başhekim

EK-6: KKTC Sağlık Bakanlığı Onay Formu:

KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI DAİRESİ

Sayı: YTK.0.00-1/2013-13/3951

Lefkoşa : 26.11.2013

Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Başhekimliği,
Lefkoşa.

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Emine Onkun**'un "**Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları**" başlıklı tez çalışmasını, ekindeki anket formları ve ölçek aracılığı ile, anket ve ölçeği kabul eden Hemşirelere hizmetleri aksatmayacak şekilde ve tez çalışmasının raporlarını Bakanlığımızla paylaşmak kaydıyla, Aralık 2013 – Mart 2014 tarihleri arasında Bakanlığımıza bağlı hastanelerde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

Dr. Adil ÖZYILKAN
Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi
Başhekim V.

Dağıtım: Sn. Emine Onkun,
 Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
 Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü.

Eİ.

ÖZGEÇMİŞ:

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Hemşirelik Bölümünden 2010-2011 döneminde mezun oldum. Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servis bölümünde bir yıl çalıştıktan sonra Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Hemşirelik Bölümünde, hemşirelikte yüksek lisans programına ve araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladım ve devam ediyorum.

