



**T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**DOKTORA TEZİ**

**TUTUM-SOSYAL ETKİ-ÖZ ETKİLİLİK MODELİ TEMELLİ  
ÖZ YÖNETİM PROGRAMININ 45 YAŞ VE ÜSTÜ HEMŞİRELERİN  
İŞ YETERLİLİĞİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

**GÖZDE YILDIZ DAŞ GEÇİM**

**TEZ DANIŞMANI**

**PROF. DR. MELEK NİHAL ESİN**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI**

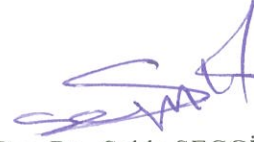
**İSTANBUL-2019**

Bu çalışma 17.06.2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Halk Sağığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Halk Sağığı Hemşireliği Doktora Programı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

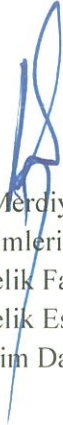


Prof. Dr. Melek Nihal ESİN  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi  
Halk Sağığı Hemşireliği  
Anabilim Dalı




Doç. Dr. Selda SEÇGİNLI  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi  
Halk Sağığı Hemşireliği  
Anabilim Dalı

Doç. Dr. Duygu GÖZEN  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi  
Çocuk Sağığı ve Hastalıkları  
Hemşireliği Anabilim Dalı



Prof. Dr. Merve ŞENDİR  
Sağılık Bilimleri Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi  
Hemşirelik Esasları  
Anabilim Dalı



Doç. Dr. Saime EROL  
Marmara Üniversitesi  
Sağılık Bilimleri Fakültesi  
Halk Sağığı Hemşireliği  
Anabilim Dalı

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

GÖZDE YILDIZ DAŞ GEÇİM



## İTHAF

Bu çalışmayı annem Bahriye DAŞ, babam Hayrettin DAŞ, ağabeyim Vaner DAŞ ve eşim Murat GEÇİM'e ithaf ediyorum.



## TEŞEKKÜR

*Doktora eğitimim süresince deneyimleriyle her konuda bana destek olan, tüm aşamalarda rehberlik eden, her ihtiyacımda yardımını esirgemeyen, motive eden ve üzerimde büyük emeği olan danışman hocam Sayın Prof. Dr. Melek Nihal Esin'e,*

*Doktora tez izleme komitesinde yer alan hocalarım Sayın Prof. Dr. Merdiye Şendir ve Doç. Dr. Selda Seçginli'ye,*

*Kendilerini tanımaktan ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği ABD'nun tüm öğretim üyeleri ve elemanlarına,*

*Çalışmanın yapıldığı İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı'na, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne, sabırla ve anlayışla araştırmanın her aşamasına gönüllü katılan hemşire meslektaşlarıma,*

*Yaşamımın her anında olduğu gibi bu aşamada da desteğini, sabrını, sevgisini ve şefkatini esirgemeyen, çocukları olmaktan gurur duyduğum annem Bahriye DAŞ ve babam Hayrettin DAŞ'a,*

*Yaşamım süresince desteğini içtenlikle hissettiren ve hep yanımda olan ağabeyim Vaner DAŞ ve eşi Gülmur DAŞ'a,*

*Hayatıma girdiği günden beri her zaman destek olan ve hayatıma anlam katan eşim Murat GEÇİM'e çok teşekkür ederim.*

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı (ÖYP) Koordinatörlüğü tarafından desteklendi. Proje No: 175.2015-DR-35/27-43.

## İÇİNDEKİLER

|  |      |
|--|------|
| TEZ ONAYI .....  | ii   |
| BEYAN.....   | iii  |
| İTHAF.....   | iv   |
| TEŞEKKÜR.....  | v    |
| İÇİNDEKİLER .....  | vi   |
| TABLolar LİSTESİ.....  | x    |
| ŞEKİLLER LİSTESİ .....   | xii  |
| SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....  | xiii |
| ÖZET .....   | xiv  |
| ABSTRACT.....  | xv   |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ.....  | 1    |
| 2. GENEL BİLGİLER .....  | 4    |
| 2.1. HEMŞİRELİK MESLEĞİ VE SORUNLARI.....  | 4    |
| 2.1.1. Hemşirelik Mesleği .....  | 4    |
| 2.1.2. Hemşirelerin Çalışma Hayatında Karşılaştıkları Tehlike ve Riskler .....           | 5    |
| 2.1.3. Hemşireler ve Yaşlanma .....  | 9    |
| 2.1.3.1. Yaşlanma Süreci .....   | 9    |
| 2.1.3.2. Çalışma Yaşamında Yaşlılık .....  | 10   |
| 2.1.3.3. Hemşirelik Mesleği ve Yaşlılık.....   | 11   |
| 2.2. İŞ YETERLİLİĞİ KAVRAMI VE İŞ SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ .....                          | 12   |
| 2.2.1. Çalışanların İş Yeterlilikleri ve Etkileyen Faktörler .....                       | 15   |
| 2.2.2. Hemşirelerin İş Yeterlilikleri ve Etkileyen Faktörler .....                       | 17   |
| 2.3. YAŞAM KALİTESİ VE İŞ SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ .....                                  | 19   |
| 2.3.1. Hemşirelerin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler .....                          | 22   |
| 2.4. TUTUM-SOSYAL ETKİ-ÖZ ETKİLİLİK MODELİ.....  | 24   |
| 2.5. TUTUM - SOSYAL ETKİ - ÖZ ETKİLİLİK MODELİ TEMELLİ ÖZ YÖNETİM PROGRAMI .....         | 28   |
| 2.6. HEMŞİRELERİN SAĞLIĞININ GELİŞTİRİLMESİNDE İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI..... | 31   |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM.....  | 34   |
| 3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ.....  | 34   |

|  |    |
|--|----|
| 3.2. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ VE HİPOTEZLERİ .....  | 35 |
| 3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI .....   | 39 |
| 3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ .....  | 39 |
| 3.4.1. Araştırmanın Evreni .....   | 39 |
| 3.4.2. Araştırmanın Örneklemi ve Randomizasyon .....   | 40 |
| 3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....   | 42 |
| 3.5.1. Katılımcı Bilgi Formu (Form-1) .....  | 43 |
| 3.5.2. Risk Değerlendirme ve Fizyolojik Ölçümler Formu (Form-2).....   | 43 |
| 3.5.3. İş Yeterliliği Ölçeği (Form-3) .....  | 44 |
| 3.5.4. Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği (Form-4) .....  | 45 |
| 3.5.5. Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği (Form-5).....  | 47 |
| 3.5.6. SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği (Form-6) .....   | 48 |
| 3.5.7. Günlük Beslenme Kayıt Formu (Form-7).....   | 49 |
| 3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ .....  | 50 |
| 3.6.1. Katılımcı Bilgi Formu .....   | 50 |
| 3.6.2. İş Yeterliliği Ölçeği.....  | 50 |
| 3.7. TUTUM SOSYAL ETKİ ÖZ ETKİLİLİK MODELİ TEMELLİ ÖZ YÖNETİM<br>PROGRAMI .....  | 56 |
| SAĞLIK EĞİTİMLERİ .....  | 57 |
| YOGA EĞİTİMİ.....  | 58 |
| BİREYSEL BESLENME DANIŞMANLIĞI.....  | 59 |
| 3.8. VERİ TOPLAMA SÜRECİ.....  | 68 |
| 3.9. ARAŞTIRMA PLAN VE TAKVİMİ.....  | 70 |
| 3.10. VERİLERİN ANALİZİ .....  | 71 |
| 4. BULGULAR.....   | 73 |
| 4.1. DENEY VE KONTROL GRUPLARININ SOSYO-DEMOGRAFİK<br>ÖZELLİKLERİ, ÇALIŞMA KOŞULLARINA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ, İŞ<br>YETERLİLİĞİ VE YAŞAM KALİTESİ ÖZELLİKLERİ .....  | 74 |
| 4.1.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri .....  | 74 |
| 4.1.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Çalışma Koşullarına İlişkin Özellikleri .....  | 75 |
| 4.1.3. Girişim Öncesi Deney ve Kontrol Gruplarının BKİ, Bel-Kalça Çevresi, Sigara<br>Kullanma ve Beslenme Toplam Puanlarının Gruplar Arası Değerlendirilmesi ..... | 76 |

|  |     |
|--|-----|
| 4.1.4. Girişim Öncesi Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği, Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği, İş Yeterliliği Ölçeği ve SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Gruplar Arası Değerlendirmesi ..... | 77  |
| 4.2. TUTUM - SOSYAL ETKİ – ÖZ ETKİLİLİK MODELİ TEMELLİ ÖZYÖNETİM PROGRAMININ İŞ YETERLİLİĞİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ .....   | 78  |
| 4.2.1. Tutum-Sosyal Etki-Öz Etkililik Modeli Temelli Öz Yönetim Programının İş Yeterliliğine Etkisi .....  | 78  |
| 4.2.1.1. İş Yeterliliği .....  | 78  |
| 4.2.1.2. Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim.....   | 79  |
| 4.2.1.3. Öz-Etkililik-Yeterlik Algısı .....  | 81  |
| 4.2.2. Tutum-Sosyal Etki-Öz Etkililik Modeli Temelli Öz Yönetim Programının Yaşam Kalitesine Etkisi .....  | 84  |
| 4.2.2.1. SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği.....   | 84  |
| 4.2.2.2. Sigara Kullanma Durumu .....  | 85  |
| 4.2.2.3. Beden Kitle İndeksi ve Bel-Kalça Ölçümü .....   | 87  |
| 4.2.2.4. Yoga .....  | 90  |
| 4.2.2.5. Besin Öğeleri Alım Durumu .....   | 90  |
| 5. TARTIŞMA .....  | 94  |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....  | 113 |
| KAYNAKLAR .....  | 114 |
| FORMLAR .....  | 148 |
| Form-1: Katılımcı Bilgi Formu.....   | 149 |
| Form-2: Risk Değerlendirme ve Fizyolojik Ölçümler Formu .....  | 150 |
| Form-3: İş Yeterliliği Ölçeği .....  | 151 |
| Form-4: Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği.....   | 153 |
| Form-5: Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği .....   | 154 |
| Form-6: SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği .....   | 155 |
| Form-7: Günlük Beslenme Kayıt Formu .....  | 157 |
| EKLER.....   | 158 |
| Ek-1: İş Yeterliliği Ölçeği Kullanım İzni .....  | 159 |
| Ek-2: Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği Kullanım İzni .....  | 160 |
| Ek-3: Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği Kullanım İzni .....   | 161 |
| Ek-4: SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği Kullanım İzni .....   | 162 |



|   |     |
|---|-----|
| Ek-5:Kurum İzni .....                           | 164 |
| Ek-6: Etik Kurul Kararı .....                   | 165 |
| Ek-7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ..... | 166 |
| Ek-8: Yoga Eğitimi Sertifikası.....             | 167 |
| İntihal Raporu İlk Sayfası .....                | 168 |
| ÖZGEÇMİŞ .....                                  | 169 |



## TABLOLAR LİSTESİ

|  |    |
|--|----|
| Tablo 3-1: İş Yeterliliği Ölçeği'ne İlişkin Uzman Değerlendirme ve Kapsam Geçerliği Sonuçları .....  | 51 |
| Tablo 3-2: İş Yeterliliği Ölçeği Madde Analizi Sonuçları (N=60).....   | 52 |
| Tablo 3-3: Açımlayıcı Faktör Analizi Sonrası Ölçek Maddeleri İçin Elde Edilen Faktör Yüklerinin Dağılımı .....   | 54 |
| Tablo 3-4: Doğrulamalı Faktör Analizine İlişkin Elde Edilen Uyum İndeksleri.....   | 55 |
| Tablo 3-5: İş Yeterliliği Ölçeği'nin Standardize Tahminleri, t Değerleri ve Çoklu Korelasyon Kareleri .....  | 56 |
| Tablo 3-6: İşyeri Öz Yönetim Programı .....  | 60 |
| Tablo 4-1: Gruplara Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi .....  | 74 |
| Tablo 4-2: Girişim Öncesi, 1. Ay ve 3. Aydaki Çalışma Koşullarına İlişkin Özelliklerin Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi .....   | 75 |
| Tablo 4-3: Girişim Öncesi Deney ve Kontrol Gruplarının BKİ, Bel-Kalça Çevresi ve Sigara Kullanma Toplam Puanlarının Gruplar Arası Değerlendirilmesi.....   | 76 |
| Tablo 4-4: Girişim Öncesi Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği, Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği, İş Yeterliliği Ölçeği ve SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Gruplar Arası Değerlendirmesi ..... | 77 |
| Tablo 4-5: İş Yeterliliği Ölçeği'nin Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi .....   | 79 |
| Tablo 4-6: Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği'nin Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi.....  | 81 |
| Tablo 4-7: Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği'nin Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi .....  | 83 |
| Tablo 4-8: SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği'nin Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi .  | 85 |
| Tablo 4-9: Gruplara Göre Girişim Öncesi, 1. Ay ve 3. Aydaki Sigara Kullanımına İlişkin Özelliklerinin Değerlendirilmesi .....  | 86 |
| Tablo 4-10: Girişim Öncesi, 1. Ay ve 3. Aydaki Fizyolojik Ölçümlerin Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi.....  | 89 |
| Tablo 4-11: Deney Grubunun Girişim Öncesi, 1.Ay ve 3.Aydaki Yoga Yapma Sıklıkları .....  | 90 |

|   |    |
|---|----|
| Tablo 4-12: Hemşirelerin Beslenme Analizi Sonuçlarının Grup içi ve Gruplar Arası Değerlendirilmesi..... | 91 |
| Tablo 4-13: Ölçeklere ilişkin Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayıları.....                              | 93 |



## ŞEKİLLER LİSTESİ

|   |    |
|---|----|
| Şekil 2-1: Hastalık ve yaşam kalitesi arasındaki etkileşimi gösteren DSÖ modeli .....   | 21 |
| Şekil 2-2: Yaşam Kalitesi Modeli.....   | 22 |
| Şekil 2-3: Tutum- Sosyal Etki- Öz Etkililik Modeli.....   | 26 |
| Şekil 3-1: CONSORT (2018) Akış Diyagramı.....   | 38 |
| Şekil 3-2: Araştırma Akış Süreci .....  | 41 |
| Şekil 3-3: TSÖM'e Göre Araştırmanın Veri Toplama Araçları .....   | 42 |
| Şekil 3-4: Açımlayıcı Faktör Analizi Sonrası Ölçek Maddeleri İçin Elde Edilen Faktör Yapısına İlişkin Çizgi Grafiği (Scree Plot)..... | 53 |
| Şekil 3-5: İş Yeterliliği Ölçeği'nin Yol Diyagramı ve Faktör Yükleri.....   | 55 |
| Şekil 3-6: Araştırma Zaman Çizelgesi.....   | 70 |
| Şekil 4-1: Deney ve Kontrol Gruplarının Beden Kitle İndeksi Değişimleri .....   | 87 |
| Şekil 4-2: Deney ve Kontrol Gruplarının Bel Çevresi Değişimleri.....  | 88 |
| Şekil 4-3: Deney ve Kontrol Gruplarının Kalça Çevresi Değişimleri .....   | 89 |

**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

- AFA:** Açımlayıcı Faktör Analizi  
**BeBİS:** Beslenme Bilgi Sistemi  
**BKI:** Beden Kitle İndeksi  
**CFI:** Karşılaştırmalı Uyum İndeksi  
**DB:** Davranışa Başlama  
**DFA:** Doğrulayıcı Faktör Analizi  
**DS:** Davranışı Sürdürme  
**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü  
**DT:** Davranışı Tamamlama  
**EM:** Engellerle Mücadele  
**FIOH:** Finlandiya İş Sağlığı Enstitüsü  
**GFI:** İyilik Uyum İndeksi  
**IFI:** Artan Uyum İndeksi  
**ILO:** Uluslararası Çalışma Örgütü  
**ISRCTN:** International Standard Randomised Controlled Trial Number  
**KA:** Kendini Açıklama  
**KD:** Kendini Doğrulama  
**KGİ:** Kapsam Geçerlilik İndeksi  
**KMO:** Kaiser Mayer Olkin  
**KP:** Kendini Pekiştirme  
**NC:** Normlaştırılmış Ki-Kare  
**NFI:** Normlaştırılmış Uyum İndeksi  
**ÖEYÖ:** Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği  
**ÖKYÖ:** Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği  
**ÖYP:** Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı  
**RFI:** Görelî Uyum İndeksi  
**RMSEA:** Yaklaşık Hataların Karekökü  
**TSÖ:** Tutum-Sosyal Etki-Öz Etkililik  
**TSÖM:** Tutum-Sosyal Etki-Öz Etkililik Modeli  
**TSÖM-ÖY:** Tutum-Sosyal Etki-Öz Etkililik Modeli Temelli Öz Yönetim

## ÖZET

Daş Geçim, G. Y. (2018). Tutum-Sosyal Etki-Öz Etkililik Modeli Temelli Öz Yönetim Programının 45 Yaş ve Üstü Hemşirelerin İş Yeterliliği ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Araştırmanın amacı, tutum-sosyal etki-öz etkililik modeli temelli öz yönetim programının 45 yaş ve üstü hemşirelerin iş yeterliliği ve yaşam kalitesine etkisini incelemektir. Araştırmada “ön-test son-test kontrol grublu” tekrarlayan ölçümlü deneysel tasarım tipi kullanıldı. Araştırmanın örneklemini 45 yaş ve üstü 60 hemşire (30 deney-30 kontrol) oluşturdu. Tutum-Sosyal Etki-Öz Etkililik Modeli temel alınarak oluşturulan ‘Öz Yönetim Programı’ kapsamında deney grubundaki hemşirelere sağlık eğitimleri, yoga eğitimi ve bireysel beslenme danışmanlığı girişimleri yapıldı. Veriler, Katılımcı Bilgi Formu, Risk Değerlendirme ve Fizyolojik Ölçümler Formu, İş Yeterliliği Ölçeği, Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği, Öz- Etkililik-Yeterlik Ölçeği, SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği ve Günlük Beslenme Kayıt Formu kullanılarak girişim öncesi, girişimin sonrası 1.ve 3. ayda toplandı. İş Yeterliliği Ölçeğinin Türkçe geçerlik-güvenirliliği yapıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney U testi, Ki-Kare testleri, Shapiro Wilks testi kullanıldı.

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması  $47,02 \pm 3,70$  yıl ve tamamı kadındır. Öz yönetim programı sonrasında deney grubunun kontrol grubuna göre iş yeterliliği, bel-kalça çevresi, günlük sigara kullanım adedi, yoga yapma sıklığı ile günlük besin tüketiminde anlamlı farklılıklar bulundu. Bu sonuçlar, öz yönetim programının hemşirelerin iş yeterliliği, sağlıklı beslenme, fiziksel egzersiz ve sigara kullanma gibi yaşam kalitesini etkileyen faktörleri geliştirmede etkili olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, tutum-sosyal etki-öz etkililik modeli, öz yönetim, iş yeterliliği, yaşam kalitesi.

## ABSTRACT

Das Gecim, G. Y. (2019). The Effect of the Self-Management Program Based on the Attitude-Social Effect-Self-Efficacy Model on the Work Ability and Quality of Life of Nurses of Age 45 Years and Older. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Public Health Nursing Department. Doctoral Thesis. İstanbul.

The aim of the research was to evaluate the effect of the self-management program based on the attitude-social effect-self-efficacy model on the work ability and quality of life of nurses of age 45 years and older. In the study, we used an experimental repeated measures design with “pretest-posttest control group”. The study sample constituted of 60 nurses of age 45 years and older (30 intervention-30 control group). In the context of the “Self-Management Program” based on the attitude-social influence-self efficacy model, nurses in the experiment group received health education, yoga training, and individual nutrition consultancy. Study data was collected with the Participant Information Form, Risk Evaluation and Physiological Measurements Form, Work Ability Index, Self-Control and Self-Management Scale, Self-Efficacy-Sufficiency Scale, Short-Form-12 Health Scale and Daily Nutrition Recording Form before the intervention and in the 1st and 3rd months after the intervention. The validation and reliability test of the Occupational Competence Scale was performed for the Turkish language. Descriptive statistics, Mann-Whitney U test, Chi-square tests, Shapiro-Wilks test were used for the analysis of the data.

The mean age of the participating nurses was  $47.02 \pm 3.70$  years and all were females. After the self-management program, we found significant differences between the experiment and control group regarding the work ability, waist-hip ratio, daily cigarette consumption, frequency of yoga exercises and daily food consumption. These results showed that the self-management program was effective on the improvement of the factors like work ability, healthy nutrition, physical exercise and smoking habits, which play an important role in quality of life of nurses.

**Key Words:** Nurse, attitude-social effect-self efficacy model, self-management, work ability, quality of life.

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İş sağlığı ve güvenliği kavramları farklı kavramlar olmasına rağmen, çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlığını koruma amacına yönelik birlikte kullanılmaları ve değerlendirilmeleri gerekmektedir (Tülü 2014). Sosyal gelişmede temel unsur bedensel, fiziksel ve ruhsal sağlığın korunmasıdır, sağlığın korunması ve geliştirilmesi bir ekip çalışmasını gerektirir. Bu ekip içinde, sağlık hizmetinin yürütülmesinden sorumlu devlet, hekim, sağlık çalışanları ile bu hizmetlerden yararlanan sağlıklı veya hasta bireyler yer alır (Erer 2010). Hemşireler, hastaların tüm gereksinimleri için sağlık ekibinin içinde yer alır ve hemşirelerin bu ekip içerisinde mesleğin gerektirdiği önemli rol ve sorumlulukları vardır (Akça Ay 2012).

Hasta ya da yakınları ile ilk iletişimi kurarak kilit rol oynayan hemşireler, iş yerinde yapılan iş ya da çalışma ortamından kaynaklanan ciddi fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, psikolojik tehlikelere veya risklere maruz kalmaktadırlar (Kesgin ve Kubilay 2011; Sarıçam 2012; Beşer ve Topçu 2016). Yoğun çalışma koşulları, gece vardiyalı çalışma, uzun süre ayakta kalma, beslenme düzensizlikleri, uyku problemleri, gastrointestinal sistem hastalıkları, bel, sırt, boyun ağrıları, postural problemler, düşük iş motivasyonu, iş stresi, kas-iskelet sistemi yaralanmaları, keçici-batıcı delici cisim yaralanmaları, bulaşıcı hastalıklar, şiddet ve kötü muamele hemşirelerin sıklıkla karşılaştıkları sorunlardır. Tedbir alınmadığı takdirde bu sorunlar sağlık problemlerine yol açarak ciddi boyutlara ulaştığı ve yaşlanma ile birlikte çalışma ortamından kaynaklı problemlerin daha da arttığı bilimsel çalışmalarla ortaya konmaktadır (Yassi ve ark. 2004; Özkan 2005; Alp ve ark. 2012; Sarıçam 2012; Babayiğit ve Kurt 2013; Doğanlı ve Demirci, 2014; Ofluoğlu ve Albar 2017). Bu nedenle hemşirelerin iş verimleri azalır, işe devam edememe nedeniyle çalıştıkları kurumlarda ekonomik kayıplar yaşanır ve hastaların sağlık durumları etkilenir (Kesgin ve Kubilay 2011). Çalışan hemşire sayısının, ülke genelindeki ihtiyacı karşılayamaması, çalışma şartlarından ya da iş ortamından kaynaklı meslek hastalıklarının ve sakatlığın meydana gelmesi, ilerleyen yaş ile de iş gücü kayıplarının yaşanması nedeniyle hemşirelerin iş yeterliliklerinin ve performanslarının geliştirilmesi gerekmektedir.

İş yeterliliği kavramı, fiziksel ve psikososyal çalışma kapasitesinin düzenlenmesinin gerekli olduğu, iş gücü ve performansı artırmanın yanı sıra



yaralanmaları ve hastalıkları azaltmanın ya da etkisiz hale getirmenin sağlandığı ve iş sağlığı alanında sürekliliğin sağlanmasının önemini ifade eder (Ilmarinen ve ark. 1997). Bu kavramın hemşirelik mesleğinde geliştirilmesi gün geçtikçe önem kazanmaktadır, çünkü hemşirelerde yaş arttıkça iş yeterliliği azalır (Monteiro ve ark. 2012). İş sağlığı alanında iş yeterliliği kavramı, sadece iş ya da iş çevresini değerlendirmez, çalışanların fiziksel, mental sağlığını korumayı ve geliştirmeyi, çalışma çevresi ile iş koşullarını iyileştirmeyi, çalışanların işlerinden memnun olmalarını, performanslarını ve yaşam kalitelerini arttırmanın önemini içerir. İş yeterliliğini etkileyen yapılan iş, çalışma ortamı, kullanılan araç-gereçler, işin bireye uygunluğu, bireyin sağlık durumu, eğitim düzeyi, kronik hastalıkların varlığı, biyolojik yaşlanma, yaşam tarzı alışkanlıkları, sağlık ve çalışma yaşamı arasındaki etkileşimler, yaşam kalitesini de önemli derecede etkiler (Gould ve ark. 2008). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre orta yaş grubu olarak nitelendirilen 45 yaş ve üstü yaşa sahip hemşirelerin çalışma hayatında iş sağlığı ve güvenliği kapsamında tehlike ve risklerden uzak bir çalışma ortamı sağlanmalı, bireyin bedensel, zihinsel, sosyal ve psikolojik gereksinimleri dikkate alınmalıdır. Çalışma hayatında bireylerin iş yeterliliğinin ve yaşam kalitesinin birbirinden ayrı düşünülemez ve aralarında birbirlerini etkileyen çok yönlü bir etkileşim vardır (Chiu ve ark. 2007). Bu sebeplerden dolayı hemşirelerin, iş gücünün ve veriminin artırılması için, iş yeterliliklerinin ve yaşam kalitelerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

İş yeterliliği ve çalışma yaşamı arasındaki ilişkiyi konu alan ve birbirleri ile ilişkisini inceleyen uluslararası çalışmalarda, bu iki kavramın işçiler, hemşireler, yaşlı işçiler ve kadın işçiler için önemli olduğu, iş kontrolünün olmaması, obezite ile sigara içmenin işçilerin iş yeterliliğini ve hastalığa bağlı izin almalarını etkilediği sonucuna varılmıştır (Alavinia ve ark., 2008; Van den Berg ve ark., 2008; Monteiro ve ark., 2012; Prochnow ve ark., 2013). İlerleyen yaş, düşük eğitim seviyesi ve kurumda uzun süreli çalışma, iş yeterliliğinin azalmasıyla ilişkilidir; bu da işten kaynaklı sakatlık veya erken emeklilik riskini artırır (Monteiro ve ark. 2006). İş yeterliliğini teşvik edecek önlemlerin, özellikle fiziksel olarak zorlu işlerde çalışanlar için 51 yaşından önce başlatılması gerektiği önerilmektedir (Ilmarinen ve ark. 1997). Bu eksikliklerin giderilmesinde yapılacak girişimlerle kişinin kendini bedensel, fiziksel ve ruhsal açıdan daha iyi hissetmesini sağlayacak, bireyi zinde tutarak iş yeterliliğini, iş performansını, yaşam kalitesini arttıracak ve bu girişimlerle de yaşam boyu davranış değişikliği sağlayacak işyeri sağlığı geliştirme programları bu amaçlara hizmet etmelidir.

İşyeri sağlığı geliştirme programlarında kullanılabilir yöntemlerden biri olan öz yönetim programı ile öğretim yaklaşımı oluşturmak, çeşitli stratejiler belirlemek, bu stratejilerin uygun zamanda kullanımını sağlamak, bireyin kendisini değerlendirmesini sağlamak, kendi kendine yetebilmeyi öğretmek, kendini güçlendirmesine teşvik etmek ve bunları geliştirmek için yollar belirlemek gibi öz yeterlik desteğini içermelidir. Öz yönetim programı kapsamında bireylerin bir davranışa başlamak, davranışı sürdürmek, yaşam boyu davranış değişikliği oluşturmaları için en uygun model Tutum-Sosyal Etki-Öz Etkililik Modeli'dir. Bu model yaşam boyu davranış değişikliği oluşturmak için uluslararası kaynaklarda sıkça kullanılmıştır (Markham ve ark. 2009; Vermeulen ve ark. 2010; Lee ve Kim 2015). Model, Bandura'nın Sosyal-Bilişsel teorisinden ve Ajzen ve Fishbein'in (1980) 'Düşünölmüş Eylem Teorisi'nden esinlenir, avantaj, dezavantaj, sosyal norm, sosyal kabullenme, modelleşme, algılanan baskı, öz etkililik gibi yedi belirleyiciden ve tutum, sosyal etki ve öz etkililik olarak nitelendirilen üç bilişsel faktörden etkilenir (Bandura 1986; Van Es ve ark. 2001). Bu modelin uygulanması ile bireyin bir davranışa başlamak için, öncelikle niyeti, sosyal etkisi ve öz etkililiği değerlendirilir. Model kapsamında bireylerin sağlık iyilik düzeyini artırmak, olumlu sağlık davranışı için değişiklik sağlamak ve davranışı sürdürmek için işyerinde öz yönetim programı etkinliğinin artırılması hedeflenmektedir. Model, bireylerle işbirliği sağlar, bireylerin inançlarını, değer sistemlerini, kararlarını anlama ve bu kararlara saygı duymayı içerir, fiziksel, sosyo-kültürel, çevresel faktörlerden etkilenir (De Vries ve ark. 1995; Van Es ve ark. 2001). Bu modelin her aşaması, farklı düzeyde eğitim almış kişilere ya da hastalara göre eğitimler planlama, eksik ya da yanlışlara müdahale etme ve sonuçları değerlendirmek için rehber oluşturmaktadır (Detaille ve ark. 2013; Rongen ve ark. 2014).

Ulusal ve uluslararası kaynaklarda ilerleyen yaşa sahip hemşirelerde iş yeterliliği kavramının iş yaşamı sonuçlarına etkisini inceleyen ve iş yeterliliği ile yaşam kalitesini artırmak için uygulanan öz yönetim programının etkinliğini değerlendiren deneysel çalışma bulunmamaktadır. Ülke genelinde sayıları yetersiz olan, işyerinden ya da çalışma ortamından kaynaklı tehlike ve risklerle karşı karşıya kalan hemşirelerin etkili girişimlerle iş yeterliliklerinin ve yaşam kalitelerinin artırılması için öz yönetim programlarının yaygınlaştırılması önemlidir. Bu çalışmanın amacı, tutum-sosyal etki-öz etkililik modeli temelli öz yönetim programının 45 yaş ve üstü hemşirelerin iş yeterliliği ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. HEMŞİRELİK MESLEĞİ VE SORUNLARI

#### 2.1.1. Hemşirelik Mesleği

Türkiye'de sağlık sistemi içerisinde önemli görev ve sorumluluklara sahip olan hemşirelerin tarihi Dünya'da 1862'de başlarken, Türkiye'de 1911'li yıllara dayanmaktadır. Bir meslek olarak hemşireliğin ekip içinde rol ve sorumluluklarının önemine, bakım verici yüküne ve ağır çalışma koşullarına rağmen bir meslek olarak tanınması da uzun yıllar almıştır. Modern anlamda hemşireliğin kurucusu olarak kabul edilen Florence Nightingale, uzun yıllar hemşirelik ve hemşirelik mesleğinin önemli olduğunu kabul ettirebilmek için çaba sarf etmiş ve uğraşları sonucunda modern hemşireliğin temelini oluşturmuştur (Metintaş ve ark. 2013). Nightingale 1860 yılında İngiltere'de Nightingale Hemşirelik Eğitim Okulu'nu açmıştır. Bu okulun açılması ve hemşirelik eğitiminde Nightingale felsefesinin uygulanması, bilim ve sanata dayalı bir meslek olarak kabul edilen hemşireliğin başlangıcı olarak kabul edilebilir (Karabulut ve ark. 2017). Nightingale hemşirelikte formal bir eğitimin önemini vurgulayan ve mesleğin uygulamalarına ilk bilimsel yaklaşımı kazandıran liderdir (Yıldırım 2013). Türkiye'de hemşirelik eğitiminin başlaması ise; çok uzun bir geçmişe sahip değildir ve bu alanda yaşanan değişimler değerlendirildiğinde hemşirelik eğitiminin genel olarak toplumsal ve politik gelişmelerden etkilenmiş olduğu görülmektedir (Korkmaz 2011). Hemşirelik mesleği ülkemizde özellikle 1911-1912 yılları arasındaki Balkan Savaşlarına ve Birinci Dünya Savaşı'na dayanmaktadır. Savaşlarla birlikte ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar ve bu hastalıkların olumsuz sonuçları neticesinde, kısa dönem süren kurslarla hemşirelik mesleğine duyulan ihtiyaç tamamlanmaya çalışılmıştır. 1925 yılında Cumhuriyet Dönemi'nin ilk resmi ve aynı zamanda örgün hemşirelik eğitiminin verildiği kurum olan "Kızılay Hastabakıcı Okulu", 1946 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı eğitim süresi 3 yıl olan hemşirelik okulunu açmıştır. Ülkemizde hemşirelikte üniversite düzeyinde eğitime 1955 yılında Ege Üniversitesi'nde başlanmış, 1961 yılında Hacettepe Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu açılmış (Ergöl 2011; Korkmaz 2011), 1968 yılında hemşirelikte yüksek lisans programı, 1972 yılında da hemşirelikte doktora

programlarının başlaması hemşireliğin meslekleşme sürecinde ilerlemesine büyük katkılar sağlamıştır. (Korkmaz 2011; Bilginar 2015).

Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri kavramlarının zamanla gelişmesi, tıp alanındaki değişimler, uygulama ve araştırmadaki teknolojik gelişmeler, hasta bakımındaki eksikliklerden dolayı hastalara bakım vermenin öneminin giderek artması, yanlış yada eksik bakım yöntemleri sağlık ekibi içinde hemşirelik mesleğinin önem kazanmasını sağlamıştır. Ülkemizde kadının çalışma yaşamında yer alması sosyal ve kültürel olaylardan da etkilendiği için hemşirelik mesleğinin de benimsenmesi, gelişmesi, sağlık ekibinin içinde yer alması ve bir meslek olarak kabul edilmesi zaman almıştır (Orhan ve Yücel 2017; Aydemir Gedük 2018).

### **2.1.2. Hemşirelerin Çalışma Hayatında Karşılaştıkları Tehlike ve Riskler**

Sağlık hizmetleri sunan tüm kurum ve kuruluşlar, her ülkede kendi sağlık sistemleri içerisinde ayrı bir öneme sahiptir. Çalışanlar için sağlıklı bir çalışma ortamının oluşturulması kaliteli bakım sunmanın ön koşuludur. 2003'te uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sekiz ana temasından birisi olan "nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon" temasının gerçekleştirilmesi ve etkili bir şekilde uygulanabilmesi için öncelikle bireylerin çalışma ortamlarının iyileştirilmesi gerekmektedir (Güdük ve Kılıç 2017; Gökmen Kavak 2018). Hastaneler, hastaların bakımı ve tedavisi için en kapsamlı kurumlar olmasına rağmen, sağlık çalışanları içerisinde özellikle de hemşirelerin, sağlık ve güvenliklerini olumsuz yönde etkileyebilecek çok sayıda tehlikelerden, risklerden, meslek hastalıklarından ve iş kazalarından oluşturmaktadır (Okefor ve Alamina 2018). Çalışanların çalışma ortamından, meslek hastalıklarından, iş çevrelerinden ve iş kazalarından kaynaklanan sebeplerden dolayı problem yaşadıkları, kurum ile bütünleşemedikleri, verimli çalışmadıkları (Çam ve ark., 2005), kendini daha iyi hissedeceği bir iş ortamında çalışan bireylerin daha nitelikli bakım verdiği, çalışan ile hizmeti alan bireyler arasındaki dengenin sağlandığı dolayısıyla bireylerin iş doyumlarının ve memnuniyetlerini arttırdığı belirlenmiştir (Özaydın ve Özdemir 2014; Tambağ ve ark. 2015).

Hemşireler, çalışma yaşamı ve iş ortamındaki olumsuzluklardan etkilenen en önemli sağlık çalışanlarıdır. Sağlık bakım hizmetinin sürekliliğinin ve hasta memnuniyetinin sağlanmasında sağlık hizmetini sunan ekip içinde yer alan hemşirelerin

başarıları yadsınamaz (Bostan ve Köse 2011). Temel olarak, hastaların tanı, tedavi ve bakım hizmeti aldıkları hastanelerde en büyük iş gücünü hemşirelerin oluşturduğu ve nitelikli hemşire açığının da gün geçtikçe arttığı düşünüldüğünde, hemşirelerin kurumda çalışmaya devam etmesinin ve çalışma motivasyonunu artıracak bir iş ortamının sağlanması önem kazanmaktadır (Kıdak ve Aksaraylı 2009). Çalışma ortamındaki fiziki şartların yapılacak işe ve çalışanların sağlığına uygun hale getirilmesi, çalışanları fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak olumlu yönde etkilemekte, hizmette mükemmelliği desteklemekte, bu sayede de yaptıkları işten ve iş ortamından memnun olan hemşirelerin performansı artmakta, daha etkin ve verimli çalışma sonuçları da hastanelerin başarısını ve hasta bakım sonuçlarını önemli derecede etkilemektedir (Apaydın 2007).

Hemşire sayısı, çoğu ülkede uygun sağlık hizmetinin sunulması ve sürdürülmesi için gerekli yeterlilikte değildir ve hemşirelerin iyi çalışma koşullarında yeterli düzeyde istihdam edilmesi gereklidir (Kowalczyk ve ark. 2018). Hemşirelerin rol ve sorumluluklarının önemi düşünüldüğünde de, bakım ve tedavi için gerekli araç-gereçlerin ve fiziki alt yapının uygun olması ve hemşirelerin sağlıklarını olumsuz yönde etkileyecek tehlike ve risklerden uzak bir iş ortamının sağlanmış olması gerekmektedir (Kocaman ve ark. 2018). Ancak hemşirelerin çalışma ortamları değerlendirildiğinde hemşireler fiziksel, kimyasal, biyolojik, mekanik, ergonomik ve psikososyal tehlike ve risklerle sürekli olarak karşı karşıyadırlar (Kesgin ve Kubilay 2011; Sarıçam 2012; Beşer ve Topçu 2016; Kocaman ve ark. 2018). Amerika Birleşik Devletleri İş Sağlığı ve Güvenliği Kurumu hastanelerde 29 tip fiziksel, 25 tip kimyasal, 24 tip biyolojik, altı tip ergonomik ve 10 tip psikososyal tehlike ve risk olduğunu bildirmiştir (Meydanlıoğlu, 2013). Toplumla sağlık hizmeti sunmayı amaç edinen hemşireler, çalışma ortamı ya da yapılan işten kaynaklı tehlike ve risklerden dolayı iş kazalarına uğramaları ya da meslek hastalıklarına yakalanma olasılıkları yüksektir (McCaughey ve ark. 2014; Dikmen ve ark. 2015). Yapılan ulusal ve uluslararası araştırmalar ve bilimsel rapor sonuçları, hastane ortamındaki mevcut tehlike ve risklerin, sağlık çalışanlarında işten kaynaklı kazaları, sağlık sorunlarını ya da iş göremezlik durumlarını arttırdığını, hatta yenilerinin oluşmasına zemin hazırladığını ve meydana getirdiği sorunların da çeşitliliğini arttırdığını belirtmektedir (Ostry ve Spiegel 2004; Holden 2005).

***Hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştıkları tehlike ve riskler;***

***Fiziksel tehlike ve riskler:*** Hastane ortamında hastalar, sağlık çalışanları içinde özellikle hemşirelerin sıklıkla karşılaştıkları fiziksel tehlikelerin aydınlatmanın uygun olmaması, gürültünün fazla olması, ısı, ışık, radyasyon, X-ışını cihazları, zeminin kaygan olması ve yetersiz havalandırma (Stave ve Wald 2016; Asiry ve Ang 2019). İşyerinde bu tehlike ve risklere maruz kalan bireylerde gelişebilecek sağlık sorunları iş kazaları, bel, sırt, omuz, kol yaralanmaları, kesici-delici alet yaralanmaları, yanıklar, kırıklar, kas-iskelet sistemi sorunları, dolaşım bozukluğu, işitme kayıpları, merkezi sinir sistemi depresyonu, görme bozukluklarıdır. Ayrıca fiziksel etmenlerin kimyasal etmenlerle birlikteliğinin sağlık sonuçları da araştırılmaktadır (Sarıçam 2012). Ultraviyole, laser, mikrodalga, ultrason, fotokopi makinaları, bilgisayar ekranları, gürültü, aydınlatma koşulları, havalandırma sistemleri, iç ortam hava kirliliği sorunları da sağlık çalışanlarını olumsuz etkilemektedir (Meydanlıoğlu 2013).

***Kimyasal tehlike ve riskler:*** Sağlık çalışanlarında olduğu gibi hemşirelerde de tanı ve tedavi işlemleri sırasında, laboratuvarlarda, temizlik, çamaşır, boya, onarım gibi işlemlerde kimyasal etkenlerle çalışma olasılıkları çok yüksektir. Kimyasal dezenfektanlar, antineoplastik ilaçlar, antiseptik solüsyonlar, anestezi maddeleri, sterilizasyon işlemleri sırasında kullanılan maddeler, etilen oksit, boyalar ve çözücüler, etil alkol ve türevleri, formaldehit, iyotlu bileşikler, lateks ürünler, anestezi gazları, kemoterapötik ajanlar, asitler, inert tozlar, ilaçlar, solüsyonlar, sitostatik ilaçlar, temizlik maddeleri, civa ve lateks sağlık çalışanlarının sıklıkla karşılaştığı kimyasal tehlike ve risklerdendir (Karwowski 2005). İşyerinde kimyasallara maruziyet sonucunda tıkalı burun veya öksürük, gözlerde sulanma, yanma ya da kaşıntılı gözler ve ciltte döküntü, kaşıntı veya ciltte yanma gibi dermal semptomlar görülebilir (Lee ve ark. 2014).

***Ergonomik tehlike ve riskler:*** Çalışma ortamı ve çalışma koşulları, fiziksel sağlık ve yaşam kalitesi üzerine yapılan birçok araştırmada hemşirelerin yaşadığı sorunlar açıkça görülmektedir (Mollaoğlu ve ark., 2010). Sağlık çalışanlarında hastaya uygun pozisyon verme, yanlış duruş, yanlış ve tekrarlanan hareketler ile çalışanın fiziksel kapasitesine uygun olmayan işin kas iskelet sistemine verdiği zarar ergonominin konusudur (Wilburn ve Eijkemans 2004; Sezgin 2016). Çalışma ortamında kullanılan araç ve gereçlerin ergonomik olması, çalışanlarda sağlık sorunlarını ve olumsuz sağlık sonuçlarını azaltır (Aydemir ve Yenimahalleli Yaşar, 2016). Hemşirelerin yaşadığı

sorunlar; uzun süre ayakta durmaya bağlı bel, boyun ve sırt ağrıları, uzun süre ayakta kalma veya uygun olmayan pozisyonlarda oturma, düşme ihtimali olan bir hastayı tutma, tek başına hasta kaldırma, hemşire bankosunun veya tedavi hazırlanan yerin doğru postür için uygun olmaması ergonomik risklere neden olur (Yazıcı ve Kalaycı 2015).

***Biyolojik tehlike ve riskler:*** Hemşireler, çalışma ortamı ya da çalışma koşulları nedeniyle birçok biyolojik risk ile karşı karşıyadır. Hemşirelerin maruz kaldıkları kan, kan ürünleri ve vücut sıvıları ile temas sonucu, solunum, damlacık yolu ile bulaş sonucu ve diğer yollarla çalışanları etkileyen bu riskler; hepatit B, C, AIDS, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, suçiçeği, tüberküloz, tetanoz, tifo, boğmaca, difteri, gastroenterit gibi enfeksiyon hastalıklarıdır (Yoldaş ve ark. 2014). Biyolojik kökenli bu hastalıklara, dikkat edilmediğinde ya da koruyucu önlem alınmadığında, sağlık çalışanlarında bu hastalıklara sık rastlanılmakta ve biyolojik tehlikelerin etkisinde kalmak hemşirelerin sağlıkları üzerinde ciddi sorunlar yaratmaktadır (Kocaman ve ark. 2018).

***Psikososyal tehlike ve riskler:*** Psikososyal tehlikeler, sağlık çalışanlarının ruh sağlığı açısından büyük bir tehdit oluşturmaktadır (Okeaför ve Alamina 2018). Psikososyal tehlikeler, işle ilgili stres deneyimi ile ilişkilidir ve bu sorunun ekonomik yükü de oldukça büyüktür. Çünkü iş sağlığı biliminde işe devamsızlığın ve düşük iş performansının yüksek bir maliyeti vardır (Leka ve ark. 2015; ILO 2016). Tüm iş kayıp günlerinin % 50-60'ı işle ilgili strese ve psikososyal risklere bağlanabilir (Okeaför ve Alamina 2018). İşyerindeki psikososyal tehlikeler, işçilerin mental ve fiziksel sağlığını olumsuz yönde etkileyen yönetim ve iş organizasyonu olarak tanımlanır (Kowalczyk ve ark. 2018). Psikososyal kökenli meslek hastalıkları işyerinde karşılaşılan risklerin sonucu olarak ortaya çıkan, işçilerin iş verimliliğini, huzurunu, fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli bir sorun alanıdır (Kocabaş ve ark. 2018). Uluslararası çalışma örgütü (ILO), hemşirelerin çalışma ortamında yaşadıkları stres kaynaklarını; yönetimden kaynaklanan sorunlar, rol çatışmasına bağlı sorunlar, iş yükünün fazla olması, işyerinde yaşanan duygusal stres, durumu kritik olan hastalarla çalışma, hasta ya da hasta yakınlarıyla iletişimden kaynaklanan sıkıntılar ve vardiyalı çalışmaya bağlı sorunlar olarak tanımlamaktadır (Bostan ve Köse 2011). Yapılan çalışmalarda hekim hemşire ilişkilerinde yaşanan olumsuzluklar, artan iş yükü ve

bunlara bağılı olarak gelişen olumsuz çalışma koşulları, ilave her bir hasta, günlük ve haftalık uzun çalışma saatleri gibi iş nedeniyle yaşadıkları stres, hemşirelerin işten ayrılmalarını etkileyen faktörler arasında yer alır, hemşirelerde iş doyumunu, performansını azaltır, tükenmişliği artırır ve bu olumsuz durumlar sağlık çalışanlarının sağlığını önemli şekilde etkiler (Yaprak ve Seren 2010; Aiken ve ark. 2011; Cho ve ark. 2016). Bu psikososyal tehlikelere uzun süre maruz kalmak bireylerde başta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere bir çok sağlık sorununun artmasına ve ayrıca depresyon dahil psikiyatrik bozukluklara da neden olabilir (Cottini ve Lucifora 2013). Hemşireler, olumsuz durumlarla karşılaştıklarında fiziksel ve ruhsal sağlıklarını kaybetmekte, sakat kalmakta, iş doyumlarında azalmalara, işi bırakmada artışlara neden olmakta, hemşirelerin gelir yoksunluğuna maruz kalmalarına ve hatta bu durumlar onların sosyal, psikolojik ve ekonomik açıdan olumsuz etkilediği sonuçlarına varılmaktadır (Devebakan 2007; McCaughey ve ark. 2014). Sağlık ekibi üyelerinin işbirliğinin zayıf olması, hasta ile hasta yakınlarının olumsuz iletişimi ve şiddet davranışları göstermeleri, yetersiz personel eksikliği sonucu çalışanların iş yükünün ve stres düzeyinin artması, iş sağlığı ve güvenliğinin yetersiz olması veya hiç olmaması, çalışma ve dinlenme sürelerinin uygun düzenlenmemesi hemşirelerin çalışma hayatında ve yaşam kalitesinde sorunlara neden olmaktadır (Yazıcı ve Kalaycı 2015).

### **2.1.3. Hemşireler ve Yaşlanma**

#### **2.1.3.1. Yaşlanma Süreci**

Yaşlanma yaş ilerledikçe insan fizyolojisinde ve psikolojisinde meydana gelen değişim ve kaçınılmayan bir süreçtir. Yaşlanma biliminde (gerontoloji) ise “kronolojik yaşa bağılı olarak yetişkin bireylerdeki değişiklikler” olarak ifade edilmektedir (Özen ve Özbek, 2017). Ülkemizde genç nüfus oranı yüksek olmasına rağmen, yaşlı nüfus da giderek artmaktadır (Aydoğan ve ark. 2011). DSÖ'nün yaşa ilişkin sınıflama sisteminde;

\*45-59 yaş arası orta yaşlı,

\*60-74 yaş arası yaşlı,

\*75 yaş ve üzeri ileri yaşlı kabul edilmiştir (Buz ve ark. 2018).

Yaşlanma ile birlikte vücutta çeşitli değişiklikler meydana gelmekte ve buna bağılı olarak da vücut sistemlerinde de değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişiklikler



sonucunda bireyler sistemik ve kronik rahatsızlıklara yakalanmakta veya var olan rahatsızlıkları daha da kötüleşmektedir (Aydoğan ve ark. 2011). Bu konudaki çalışmalar incelendiğinde yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan sağlık sorunlarının görme ve işitme problemleri, hipertansiyon, kalp-damar sistemi hastalıkları, kanserler, diyabet, osteoporoz, beyin fonksiyonlarında azalma, kronik akciğer hastalıkları gibi yaşam kalitesini etkileyen hastalıklar olduğunu göstermektedir. Bu sağlık sorunları insanları bir çok yönüyle etkilerken, bir yandan da yaşam kalitelerinde azalmaya neden olmaktadır (Aydoğan ve ark. 2011; Güneş 2014).

### **2.1.3.2. Çalışma Yaşamında Yaşlılık**

Çalışma yaşamında iş sağlığı hizmetleri açısından yaşlılık yaşı 45 yaş ve üstü olarak ele alınmaktadır. Yaşlanma, çalışma yaşamında yer alan bireyler için kaza, yaralanma, iş gücünde ve performansında azalmalara neden olduğu için önemli bir risk faktörüdür. Yaşlanma ile meydana gelen fizyolojik ve duygusal değişiklikler, çalışma yaşamındaki bireylerin çalışma kapasitesini bir çok yönden etkilemekte, bireylerin hareket kabiliyetinde ve bazal metabolizma hızında azalma, fiziksel kapasitede değişikliklerle birlikte düşünme, algılama, tepki verme, öğrenme, problemlere çözüm bulma gibi becerilerinde de sıkıntılara neden olmaktadır (Camkurt 2013; Özen ve Özbek 2017). Bireylerde yaşın ortaya çıkardığı farklılıklar bireye göre değişkenlik gösterse de, 20-60 yaşları arasında fiziksel güçte ortalama yüzde 15-20 oranında bir azalma meydana gelir. Artan yaş ile birlikte zihinsel ve bilişsel süreçlerin azalması, fiziksel sağlığın bozulması ve çalışırken zorlanmaların artması, işyerine ve çalışma koşullarına uyum sorununun yaşanması gibi durumlar yaşlı çalışanlarda verimliliği düşürmektedir. Ayrıca artan sağlık harcamaları ve diğer harcamalar, kıdeme bağlı yüksek ücretler gençlere göre yaşlı işgücünün maliyetini arttırır, bu nedenle de işverenin işe alımlarda genç çalışanları tercih etmesine neden olmaktadır (Özen ve Özbek 2017).

Genellikle yaşlı işçilerin, genç işçilerden daha düşük iş performansına sahip olacağı (Gordon ve Arvey, 2004; Hedge ve ark., 2006), daha az yetenekli (zihinsel veya fiziksel), stresle daha az başa çıkabilecekleri veya iş konusudna daha az yetkin oldukları düşünülmektedir (Duncan 2001; McCann ve Giles 2002; Kite ve ark. 2005). Gittikçe yaygınlaşan neo-liberal politikalar ve kapitalizmin geldiği noktada özellikle 40-45 yaş üstü insanlar için çalışma yaşamına uyum sağlamanın zorlaştığı görülmektedir. Çünkü

günümüzde hızlı değişimin olduğu rekabetçi ve krize açık organizasyonlarda deneyim önemini yitirmekte, işten çıkarılmada ve işe alım kriterlerinde yaş, önemli bir unsur haline gelmektedir (Özen ve Özbek 2017).

### 2.1.3.3. Hemşirelik Mesleği ve Yaşlılık

Yaş, tüm faktörler göz önüne alındığında diğer mesleklerde olduğu gibi hemşirelik mesleği için de önemli bir etkidir. İlerleyen yaşa sahip hemşireleri işgücünde tutma stratejileri, yaşlı hemşirelerin fiziksel ve zihinsel sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için, bir işyeri bilincinin geliştirilmesi gerekmektedir. İleri yaşa sahip hemşirelerin işyerinde yaralanmaları, işten erken ayrılmalarının ana nedenidir (Owen, 2000). Hemşirelerde yaşlanma ile işyerinde kaza ve yaralanmalarda artış meydana gelmektedir, bu kaza ve yaralanmaların en yaygın nedenleri olarak; iğne batması/yaralanması (% 43), gerilme (% 25), kas-iskelet sistemi yaralanmaları (%16) ve düşmeler (%11) olduğu sonucuna varılmaktadır (Letvak 2005). Hemşirelerin yaşla birlikte stresli çalışma ortamları da ruh sağlıklarının bozulmasına etkidir ve iş tatminsizliğine, işe devamsızlığa ve tükenmişliğe yol açar (Chan ve Huak 2004; Letvak ve Buck 2008). Öte yandan 40-49 yaş grubunda olan hemşirelerin kurum kalite yönetimi, fiziksel kaynaklar, mesleki ilişkiler ve iş doyumlarının daha iyi olduğu (Mollaoğlu 2010), hemşirelerde yaşla birlikte deneyimin, deneyimle birlikte mesleki iletişimin daha da geliştiiği, çalışanların kendilerini kuruma daha ait hissettikleri ve hasta bakımında kullanacakları malzemelere daha kolay ulaştıkları, mesleki ilişkilerini geliştirdikleri belirlenmiştir. Genç yaşta olan hemşirelerin etik sorunlar karşısında eyleme karar verme ve uygulamada yetkin olmadıkları ve etik duyarlılığın yaş ile birlikte arttığı saptanmıştır (Pekcan 2007; Sezgin 2007; Başak ve ark. 2010; Mollaoğlu ve ark. 2010). Yapılan çalışmalarda hemşirelerde ilerleyen yaş ile birlikte iş doyumunun, meslekte kendilerini daha yeterli ve başarılı görme oranlarının ve kişisel başarılarının arttığı, ancak kaza ve yaralanmaların, işi ve iş çevresini içeren iş yeterliliğinin, yaşam kalitesinin, fiziksel ve ruhsal sağlıklarının azaldığı sonuçlarına varılmıştır (Taycan ve ark. 2006; Başak ve ark. 2010; Monteiro ve ark. 2012).

Ayrıca hemşirelerin iş doyumlarının yaş, medeni durum, öfkelerini ifade etme şekilleri; mesleği isteyerek seçme, meslekte çalışma süresi, beklentilerin karşılanması, çalışma ortamı ve koşulları, yöneticilerle ve çalışma arkadaşlarıyla ilişkiler, ağır çalışma koşulları, rollerde olan belirsizlikler ve sözleşmeli/kadrolu çalışma gibi durumlardan

etkilendiği sonucuna varılmıştır (Tüfekçi ve ark. 2015). Bu nedenle, ileri yaşa sahip hemşirelerin sağlığını iyileştirmek, geliştirmek ve stresi azaltmak için yenilikçi yaklaşımlar sunmak, test etmeye değer “En İyi Uygulama”lardır (Connolly ve ark. 2006).

İş sağlığı uygulamaları açısından ileri yaş 45 yaş ve üstü olarak değerlendirilmektedir. Sağlıklı bir çalışma ortamı, yapılan iş ile ilgili en uygun fiziksel ve zihinsel sağlık koşulların oluşturulması ve yapılan işin bireylerin fiziksel, zihinsel sağlık durumlarına, işi yapabilirliklerine göre uyarlanmasını kolaylaştırır (Taşçıoğlu 2007). Özellikle yaşlı çalışanlar için akademik çalışmaların azlığı, günümüzde hala yaşlı çalışanlar için ayrımcılık konusunun üzerinde yeterince durulmadığını göstermektedir. Son yıllarda Türkiye’de hem nüfusun hızla yaşlandığı, hem de bu nedenle emekliye ayrılan grubun sosyal güvenlik ödemeleri ve sağlık harcamalarının hızla arttığını göstermektedir. Bütün bu hak ve sorumluluklar kapsamında, global gelişmeler de takip edilerek Türkiye’de bu konuda hem özel sektör, hem de kamu için örgütsel düzenleme ve yasal önlemlerin alınması gerekmektedir (Özen ve Özbek 2017).

## **2.2. İŞ YETERLİLİĞİ KAVRAMI VE İŞ SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ**

İş yeterliliği, fiziksel sağlık, psikososyal refah, yetkinlik ve çalışma koşullarının tüm yönlerini kapsadığı için, iş sağlığı alanında önemli bir göstergedir (Ilmarinen ve ark. 1997). İş yeterliliği kavramı, çalışanlarda fiziksel, zihinsel hem fiziksel hem de zihinsel çalışma kapasitesinin gerekli olduğu, yapılan işe bağlı hastalıkları ve yaralanmaları azaltmanın ya da etkisiz hale getirmenin sağlandığı, güç ve performansı artırma, çalışma ortamının da çalışanların özelliklerine uygun hale getirilmesinin sağlandığı önemli bir iş sağlığı konusudur. İş yeterliliğinin içeriği, insan kaynakları ve işin fiziksel, mental ve sosyal gücü, organizasyonel kültür ve iş çevresinin geliştirilmesinden oluşur (Ilmarinen 2001).

İş sağlığı çalışmalarına göre, iş yeterliliği kavramı çalışanların fiziksel ve mental durumları, özellikleri, o işi yapabilmek için yetenekleri ve kapasiteleri arasındaki dengeye dayanır. Bu kavram aynı zamanda bir kişinin iş ile ilgili talebini ve beklentilerini, fiziksel ve ruhsal sağlık durumunu, entellektüel mental kapasitesini göz önünde bulundurarak, işini en iyi şekilde yapabildiğini gösteren bir değeri, yeteneğini, işi yapmak için ortaya konan performansı ve iş hayatındaki çalışma isteklerini içerir (Ilmarinen ve ark. 1997; Ilmarinen ve Rantaten 1999). İş yeterliliği, geniş anlamda ifade

edilebilecek bir kavramdır ve bir kişinin çalışma hayatı ile baş edebilme yeteneğidir (Chiu ve ark. 2007) Son zamanlarda, geleneksel faktörlere bağlı olanlar değil, aynı zamanda bazı çok boyutlu ve birbiri içinde etkileşen modeller, iş yönetimi ve iş hayatı dışındaki durumlar da değerlendirmeye alınmıştır (Ilmarinen ve ark. 2005). Çalışanların iş yeterliliği, iş tatmini ve iş kalitesi ile iş güvenliğini ölçmede çok önemlidir ve aynı şekilde yüksek iş yeterliliği, bireylerin iş tatminini artırır ve iş tatmininin artması da bilişsel ve duygusal sıkıntıları azaltan bir faktördür (Ilmarinen 1997; Tuomi ve ark. 2001).

Biyolojik yaşlanma, sağlık, eğitim, yaşam tarzı, stres ve çalışma yaşamı arasındaki farklı etkileşimler, iş yeterliliği kavramını güçlü bir şekilde etkiler (Ilmarinen ve ark. 1997; Habibi ve ark. 2014). Bir çok sanayileşmiş ülkede yaşam süresinde artış ve doğurganlık seviyesinde azalma nedeniyle yaşlanan nüfusta çok fazla artış olduğu için, yaşlı çalışanların çalışma ortamlarının iş durumlarına göre düzenlenmesi gerekir (Ilmarinen 2001; McBride ve ark. 2011). İşçilerin yaşlanmasına, fiziksel ve zihinsel kapasitede değişimler de eşlik eder (Van den Berg 2008). Ancak, bireysel farklılıklar zamanla büyür ve boş zamanlarında fiziksel aktivite yapmak gibi bazı yaşam tarzı değişiklikleri, iş kapasitesi ve iş talepleri arasındaki dengeyi büyük ölçüde etkiler (Tuomi ve ark. 1997). Yapılan işin, çalışanların fiziksel ve zihinsel kapasitesine yeterince uyumlu olmaması, çalışanlarda giderek daha fazla sağlık sorunlarına ve işten çıkarılmaya neden olabilir (Stattin 2005). İşten kaynaklı sağlık problemlerinin yaşanması ve buna bağlı olarak erken emeklilik, yaşlı çalışanlar açısından çok önemlidir (Siegrist ve ark. 2007).

Özellikle 45 yaş ve üstündeki bireyler iş gücü, işlevsel kapasite ve iş yeterliliği açısından çok heterojen bir popülasyondur (Ilmarinen ve ark., 1997). Artan yaşla birlikte bireylerin fiziksel ve zihinsel yetenekleri de azalacaktır. Buna ek olarak da ileri yaşa sahip bireylerin sağlık sorunları ile hastalıklara maruz kalmalarından dolayı iş yeterlilikleri azalacaktır (Gharibi ve ark. 2016). Yaşlı işçiler için bilgi, iş morali, iş disiplini veya kalite bilinci gibi bazı özellikler, güç olarak görülürken, öğrenme yeteneği, fiziksel stresle başa çıkabilmek veya öğrenmeye istekli olmak gibi diğer performans bileşenleri daha çok genç işçiler için uygundur. Buna göre, iş yeterliliği kişi ile ilgilidir ve işyeri faktörünün etkileşiminden kaynaklanır:

\*Genel şirket koşulları ve çalışma koşulları, örn. fiziksel zorlanma ve çevresel etkiler.

\*Sosyal çevre, ör. yöneticiler, doğrudan amirler, iş arkadaşları.

\*Bireysel eğitim ve yeterlilikler.

\*Kişilerin hem fiziksel hem mental sağlık durumu (Gould ve ark. 2008).

Yaşlı çalışanlar arasında iş yeterliliğinin geliştirilmesini ve sürdürülmesini sağlamak, önemli olarak görülmelidir (Tuomi ve ark. 1997). Uluslararası kaynaklarda ileri yaşa sahip çalışanlarda iş yeterliliğinin artırılması gerektiğinin üzerinde durulmaktadır. İş yeterliliğini artırmanın en etkili yolu, çalışanların yeteneklerini artırmak, işten kaynaklı sakatlığı ve erken emekliliği önlemektir (Ilmarinen 2001). Eğer stratejiler geliştirilir ve uygun şartlar yaratılırsa, yaşlı çalışanlarda yüksek istihdam ve iş gücüne katılım sağlanabilir. İş sağlığı ve güvenliği, iş organizasyonu gibi faktörler geliştirilirse, yaşlı ilerleyen çalışanlarda daha uzun çalışma yaşamı elde edilir (Gould ve ark. 2008). Tüm bu faktörler yeniden tasarlanıp değiştirilebilir ve bütünsel olarak çalışanların sağlığını ve işyerinin geliştirilmesinin temel odak noktasını oluşturabilir. İş yeterliliği için, sağlık hizmetleri, emekli aylıkları ve rehabilitasyon kurumları, enstitüler, işçiler, işverenler, araştırmacılar ve kanun koyucular gibi herkesin kabul ettiği kesin bir tanım koymak mümkün değildir. Ayrıca, iş yeterliliği kavramı zamanla ve daha fazla çalışma ile sürekli değişmiştir. İş yeterliliği ve boyutları daha detaylı incelendiğinde, bu kavram çok boyutlu ve çeşitli hale gelmiştir. Buna göre de iş yeterliliği kavramının ve boyutlarının değerlendirilmesi, kontrolü ve teşviki giderek daha zorlu hale gelmiştir (Gould ve ark. 2008).

İş yeterliliği iş sağlığının geliştirilmesi için önemlidir ve muhakkak değerlendirilmesi gerekir, ancak iş yeterliliğinin ölçülmesi karmaşık bir faktördür. Değerlendirilmesi, hem objektif bulgulara dayandırılmalıdır hem de işçilerin iş taleplerine ilişkin öznel tahminlerine dayanmalıdır. Çünkü epidemiyolojik çalışmalarda iş yeterliliğini değerlendirmek için uygulanabilir ve kapsamlı yöntemler tam anlamıyla mevcut değildir (Ilmarinen ve ark. 1997). İş yeterliliği, iş sağlığı alanında kullanılan bir ölçümü ifade eder. İş yerindeki izlemleri ve işçilerin iş yeterlilikleri ile ilgili sonuçlarını hatta sağlık sonuçlarını araştırmayı içerir. Amacı iş yeterliliğini mümkün olduğunca artırmak ve iş yeterliliğini sürdürmek için gereken durumların belirlenmesine yardımcı olmaktır. Bireylerin iş yeterliliğini ölçmek, değerlendirmek ve incelemek için çeşitli modeller kullanılmıştır. Geleneksel modeller, sağlık ve fonksiyonel kapasitenin tıbbi yönleri üzerine veya insan kaynakları ve çalışma talepleri arasındaki dengenin önemine

odaklanmıştır. Son yıllarda, iş yeterliliğinin araştırılmasında yeni bir yaklaşımın öne sürülmüştür. İş yeterliliğinin değerlendirilmesi bir grup düzeyinde değerlendirmek yerine, bireysel odaklı yaklaşım kullanılmıştır. Bu yaklaşımla, araştırmacılar kişilerin farklı düzeylerde olan iş yeterlilik düzeylerinin zamanla geliştiği yönünde daha derinlemesine anlayış kazanmıştır (Feldt ve ark. 2009; Ilmarinen 2009).

### **2.2.1. Çalışanların İş Yeterlilikleri ve Etkileyen Faktörler**

Çalışma hayatında aktif olarak yer alan bireylerin iş yeterliliğini araştırmak için, iş yeterliliği kavramı geliştirilmiştir (De Vries ve ark. 2013). Bu kavram bireyin fiziksel ve mental sağlığı ile işyerinde karşılaşılan problemlerle başa çıkmak için işçiye verilen değer olarak tanımlanır (Tuomi ve ark. 1998). İş yeterliliği konusundaki çalışmalar, bireyin bakış açısı, örgüt ve toplum açısından çok önemlidir. İyi iş yeterliliğine sahip olmak, bireylerde refahı artırır ve destekler. İş yeterliliğinin etkin olabilmesi için, farklı boyutları hakkında yeterli bilgi sahibi olmak gereklidir. İş yeterliliğini geliştirmek, sürdürmek ve desteklemek için de iş yeterliliği kavramı ve ilişkili faktörlerin iyi bilinmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir (Gould ve ark. 2008).

İş yeterliliğini geliştirmede en önemli hedef, iş kariyerini geliştirmektir. Bir bireyin çalışma yaşamındaki iş yeterliliği, emeklilik dönemindeki refahı için önemlidir. Nüfusun giderek yaşlanması, iş yeterliliğinin geliştirilmesi için bazı zorluklar yaratmaktadır. Kariyerlerinin son aşamasına gelen insan sayısı giderek artmaktadır. Bireylerin iş yeterliliğini geliştirmek ve sürdürmek için, kişisel kaynaklarını, iş kültürlerini, iş özelliklerini ve yaşlanmaya karşı tutumlarını desteklemek gerekmektedir. İyi iş yeterliliği çalışan bireylerin, sadece işe devamını sağlamak değil, sorunlarla başa çıkmak ve aynı zamanda yaşamının diğer alanlarında da refahını sağlamaktadır. İş yeterliliğini geliştirmek ve sürdürmek, bireylerin işe devam oranını, iyiliğini ve iş refahını artırır (Gould ve ark. 2008).

Algılanan iş yeterliliği, bağlılık, eğitim ve öğretim, istihdam geçmişi ve statüsü, meslektaşlarla ilişkiler ve yöneticilerin desteğine dayanan çok yönlü bir kavramdır (Ilmarinen 1999). İş ortamının talepleri, işin fiziksel ve psikolojik gereksinimlerini, meslektaşlarından ve yöneticilerinden gelen desteği ve örgütsel iklim ile ilgili diğer faktörleri içerir. Taleplerle baş edebilmek için algılanan yeterlilik, fonksiyonel kapasitelere (zihinsel, fiziksel ve sosyal kaynaklar) ve bireyin sağlığı, yetkinliği, tutumları ve değerlerine dayanır (Ilmarinen 2004). Öznel iş yeterliliği deneyiminin,

çalışma ortamı talepleri ile bireysel algılar arasındaki uyumdan kaynaklandığı düşünülmektedir (De Zwart ve ark. 2002).

İşçilerin iş yeterliliğini, eğitim, yaş, stres, iş tatmini, aile ile yaşamak, fiziksel ve sosyal fonksiyonlar, bireye uygun iş ve çalışma ortamı gibi faktörler etkiler (Gould ve ark. 2008; Ilmarinen 2001; Gharibi ve ark. 2016). İş yeterliliği kavramı, kültürel ve durumsal varlıktır. Genç işçilerin, iş yeterliliği kavramını anlaması ve değerlendirmesi farklıdır. Kadınların iş yeterliliğini değerlendirmeleri, erkeklerin iş yeterliliğini değerlendirmelerinden farklıdır. Benzer şekilde, farklı işleri olan farklı kültürdeki insanların ve iş hayatı dışında istihdam edilen kişilerin iş yeterlilikleri çok farklı kriterlere dayandırılmalıdır (Ilmarinen ve ark. 1997).

**Eğitim:** Eğitim seviyesi yüksek olan hem kadınlarda hem de erkeklerde iş yeterliliği düzeyleri iyidir. Eğitim seviyesi düşük olan her üç kişiden biri zayıf iş yeterliliğine sahip iken, akademik dereceye sahip olan kişilerde her on kişiden birinden daha azı zayıf iş yeterliliğine sahiptir. 65-74 yaş arası bireylerde iş yeterliliği ve eğitim arasındaki ilişki açıktır. İyi bir eğitim almak, kişilerde işle ilgili risk faktörlerini azaltır ve iş yeterliliğini artırır (Gould ve ark. 2008).

**Yaş:** Yaşlı kadın ve erkek çalışan popülasyon değerlendirildiğinde iş yeterliliği bakımından çok büyük farklılıklar yoktur. Ancak çok yaşlı kadın ve çok yaşlı erkekler arasında iş yeterliliği bakımından ciddi farklar vardır. 60-64 yaş aralığındaki kadınların aynı yaş grubundaki erkeklere göre iş yeterlilikleri çok zayıf olarak değerlendirilir. Bu yaş grubundaki kadınlar erkeklere göre, iş motivasyonunda ve fiziksel-mental sağlık kapasitelerinde daha fazla bozulmalar yaşayabilirler. Özellikle en yaşlı çalışan kadınların iş yeterliliğinin desteklenmesi için, iş kariyerlerinin uzatılması gerekmektedir (Gould ve ark. 2008).

**Aile ile yaşamak:** İş yeterliliği sadece bireyin iş yaşamı ile ilişkili değildir, aynı zamanda bireye ait yakın topluluklarla da alakalıdır. Bunların en önemlisi ve ilki birlikte yaşadığı ailedir. Ailesi ile birlikte yaşayan bireylerin, iş yeterliliği diğerlerine göre daha iyidir. Özellikle bekar veya eşinden ayrılmış bireyler, iş yeterliliği konusunda çok sayıda problem yaşamaktadır (Gould ve ark. 2008).

**Fiziksel ve sosyal fonksiyonlar:** Fiziksel ve sosyal fonksiyonlar iş yeterliliği ile yakından ilişkilidir. Özellikle mobilizasyon kısıtlamaları, düşük iş yeterliliğine sahip iki kilometrelik bir mesafeyi yürürken veya merdiven çıkarken zorlananlar, kendilerini iş

için sakat ya da iş yeterliliği için zayıf olarak nitelendirilirler. Bilişsel işlevsellik testlerinde zayıf olan bireyler, çalışabileceklerine inanırlar. Fakat bilişsel işlevsellik ve iş yeterliliği arasındaki ilişki çelişkilidir (Gould ve ark. 2008).

**İş tatmini:** İş alanında yeterli uzmanlık, iş yeterliliği ile ilişkilidir. Bu yüzden iş yeterliliğinde sağlık, işe fiziksel uygunluk önemli boyutlar olsa bile, sadece iş yeterliliği ile açıklanamazlar. İş yeterliliği için işte uzmanlık da gerekmektedir. Ayrıca, işe karşı olumlu bir tutum geliştirme, iş tatmini, motivasyon, istek ve güçlü profesyonel benlik saygısı, iyi iş yeterliliği ile ilişkilidir (Gould ve ark. 2008).

**Bireye uygun iş:** Fiziksel iş gücü, özellikle el gücü ile yapılan iş, uygun olmayan iş postürü, elle yapılan tekrarlayan hareketler ve yük taşımak, düşük iş yeterliliği ile ilişkilidir. Çalışmaların en az yarısı, yetersiz fiziksel özelliklere sahip bireylerde sınırlı iş yeterliliği riskinin yüksek olduğunu göstermektedir. Özellikle 55-64 yaş arası fiziksel olarak el emeği gerektiren işlerde kadınlar, düşük iş yeterliliği tehlikesi altındadır. Yorgunluk, halsizlik ve zihinsel olarak uygun olmama işte zihinsel zorlanmayı etkileyen faktörler olarak vurgulanır (Gould ve ark. 2008).

### 2.2.2. Hemşirelerin İş Yeterlilikleri ve Etkileyen Faktörler

İş sağlığı hizmetlerinde en büyük zorluk, çalışanların çalışma yaşamları boyunca sağlık ve iş yeterliliklerini güvence altına almak ve zaman içinde iş yeterliliğini geliştirmektir. İş yeterliliği, işçilerin işlerini yapabilme yeteneklerini, özel iş taleplerini dikkate almayı ve bireylerin fiziksel sağlığını ve zihinsel kaynaklarını da hesaba katmayı içerir (Boschman ve ark. 2015). İşçilerin kendi iş yeterlilik algıları, işi ve iş taleplerini karşılayabildikleri durumu yansıtır (Tuomi ve ark. 1998).

Hemşirelerin iş yeterlilikleri, onların hemşirelik süreci kapsamında performanslarını, klinik deneyimleri içerir ve iş yeterlilikleri aynı zamanda psikolojik durumları ile motivasyonları ile de ilgilidir (Olsen ve ark. 2017). Yeni işe başlayan hemşirelerin iş yeterlilikleri, çalışma ortamından, iş organizasyonundan, iş çevresinden ve iş yükünden etkilenir (Chiu ve ark. 2007).

İşyerinde yaşanan olumsuzluklar, hemşirelerin negatif davranışlarına ve olumsuz deneyimlere sahip olmasına, hatta hemşirelerde rol belirsizliğine neden olabilir. Bu ve bunun gibi olumsuz durumlar hemşirelerin iş yeterliliklerini geliştirmeleri için engeldir. Zayıf iş yeterliliği, hemşirelerin daha düşük düzeyde hemşirelik bakımı vermelerine



neden olur (Chiu ve ark. 2007). İşyerinde iş görememezlikten kaynaklanan olayların birikmesi olumsuz duygular uyandırır, böylece hemşirelerin örgütsel bağlılıkları azalır ve bu durum hemşirelerin kariyer gelişimine de engel olur (Kim ve ark. 2013).

Hemşirelikle ilgili daha önceki çalışmalar, iş yeterliliği ile zihinsel talepler, mesleki gelişim fırsatları, iş planlamasında memnuniyet, çalışma olanaklarından memnuniyet, iş performansı ve maaş gibi işle ilişkili faktörlere odaklanmıştır (Bang ve Kim 2014; Boschman ve ark. 2015). Hemşirelerin iş yeterliliğinin incelendiği son dönemdeki uluslararası çalışmalarda, hemşirelerin iş yeterliliklerinin yaşam tarzlarına bağlı olmasının yanı sıra, iş çevrelerine, iş çevrelerinin kalitesine ve iş güvenliğine bağlı olduğu sonuçlarına varılmıştır (Estryn-Behar ve ark. 2005; Chiu ve ark. 2007). Boschman ve ark.'nın (2015) çalışmasında hemşirelerin iş yeterliliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada ikinci yılın sonunda hemşirelerin iş yeterliliklerinin fiziksel güce ve yorgunluğa bağlı olarak azaldığı, Yang ve ark. (2018) çalışmasında işle ilgili kas iskelet sistemi hastalıklarının hemşirelerin iş yeterliliklerini azalttığı, Gharibi ve ark.'nın (2016) çalışmasında psikososyal faktörlerin bireylerin iş yeterliliklerini olumsuz etkilediği ve iş yeterliliğinin işyerindeki psikososyal etkisinin cinsel fonksiyonu düşürdüğü sonucuna ulaşılmıştır (Gharibi ve ark. 2016).

Hemşirelerin iş yeterliliklerinin korunması önemli bir konudur, çünkü iş yeterliliği, iş gücünün iyilik halinin temelidir (Chiu ve ark. 2007). İş yeterlilik düzeyleri düşük olduğunda hemşireler yaşlarına bağlı olarak, farklı istek, tutum ve davranışlarda olabilirler. İş yeterliliği düzeyleri ülkeler arasında farklılık göstermektedir, Avrupa ülkelerinde iş yeterliliği indexi puanları yaşlı hemşireler arasında (45 yaş ve üzeri) önemli ölçüde daha düşük bulunmuştur, hatta bazı ülkelerde de genç ve yaşlı hemşireler arasındaki farklılıklar daha belirgindir (Camerino ve ark. 2006). Ülkelerde düşük iş yeterliliği ile hemşirelerin işten çıkma istekleri arasında önemli bir ilişki vardır (Camerino ve ark. 2006). İşe devamsızlıktan dolayı iş yeterliliği ve üretkenlik arasındaki ilişkide kayıplar gözlenmiştir (Alavinia ve ark. 2008; Ilmarinen 2009). Farklı meslek gruplarında iş yeterliliğinin en belirgin düşüş gösterdiği kritik yaşın tam olarak belirlenmesi mümkün değildir. Ancak literatürlerde iş yeterliliğini geliştirmek için gerekli olan girişim eylemlerinin mümkün olduğunca erken başlatılmasının önemi vurgulanmaktadır (Ilmarinen ve ark. 1997). İş yeterliliği değişikliklerinin yaşa ve mesleklere göre değerlendirmesinin yapıldığı 11 yıldan fazla süren uluslararası bir çalışmada, çalışanların iş yeterliliğindeki bireysel farklılıklar, incelenen tüm gruplarda

yaşla birlikte arttığı, ileri yaşta olmanın fiziksel iş yükünün fazla olduğu işyerlerinde her iki cinsiyetin iş yeterliliğini etkileyen kritik bir faktör olduğu, bu nedenle iş yeterliliğini teşvik edecek önlemlerin, özellikle fiziksel olarak zorlu işlerde çalışanlar için 51 yaşından önce başlatılması gerektiği önerilmektedir (Ilmarinen ve ark. 1997). Hemşirelerin iş yeteneğini geliştirmek ve sürdürmek için, genç hemşirelerde işin zihinsel talepleriyle başa çıkma kabiliyetini arttırmak ve yaşlı hemşirelerde de fiziksel iş yükünü azaltmak için iş tasarımını geliştirmek gibi önlemlerin alınması önerilmektedir (Chiu ve ark. 2007). Bu nedenle orta yaş grubu olarak adlandırılan 45 yaş ve üstü hemşirelerin fiziksel, mental sağlık kapasitesinin artırılmasını ve hemşirelere uygun çalışma ortamının düzenlenmesini kapsayan iş yeterliliği kavramının, hemşirelik sürecindeki performansı da içerdiği için geliştirilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda hemşirelerin iş yaşamından elde edecekleri verimin artırılması, iş çevresinin bireye ve işe uygun hale getirilmesi ile iş yeterlilikleri düzeylerinin değerlendirilmesi, eksikliklerin giderilmesi ve mevcut durumlarının da geliştirilmesi önemlidir. Böylece ileri yaşa sahip olan hemşirelerde, iş gücü ve performans kaybı azaltılır, hastalıklarla baş etme, iş yaşamında verim artışı, emeklilik döneminde refah sağlanabilir.

### **2.3. YAŞAM KALİTESİ VE İŞ SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ**

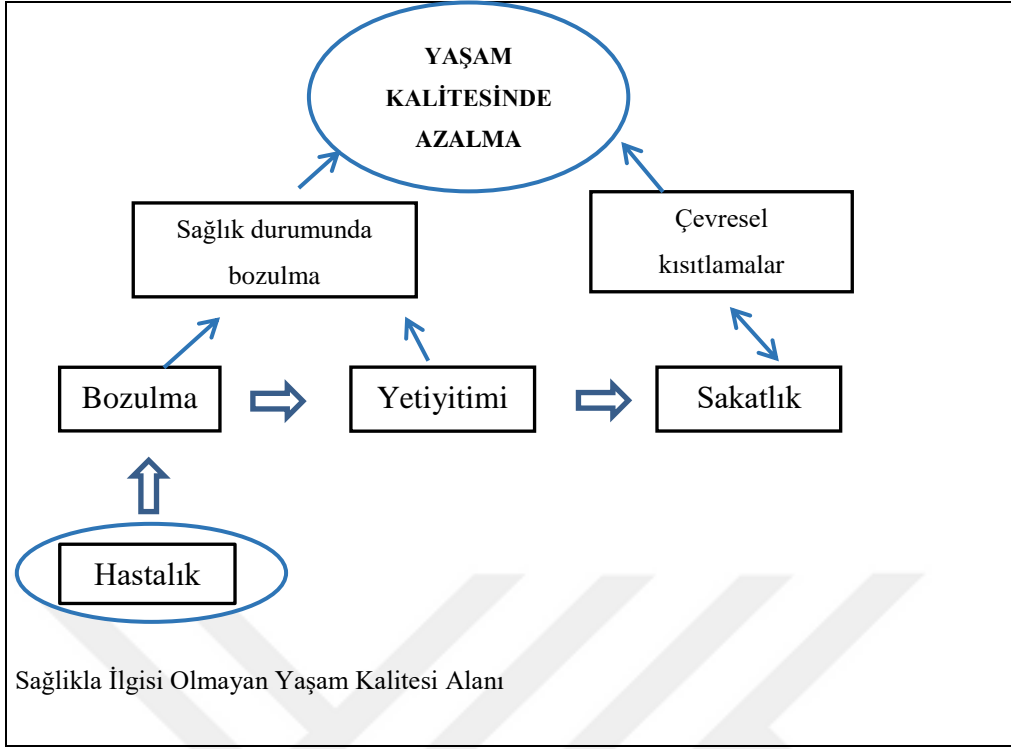
Yaşam kalitesi kavramı, ilk kez 1920 yılında Pigou'nun yazdığı bir kitapta ekonomik iyilik ve gelişme için bahsedilmiş, fakat ikinci dünya savaşının sonuna kadar da bu kavram görmezden gelinmiştir (Ruževičius 2014). Yaşam kalitesinin kavramsal modeli ve araştırmalar için kullanımı, keşfedilmesi ve değerlendirilmesi ancak geçen yüzyılın ortasından itibaren gelişme göstermiştir (Ruževičius 2012). Yaşam kalitesi kavramının son yıllarda üzerinde çok durulmasına rağmen, bu kavrama en uygun tanımını yapmak kolay değildir (Bilir ve ark. 2005; Müezzinoğlu 2005). Çünkü yaşam kalitesi kavramı çok fazla boyutu içermekte, farklı toplumlara ve kültürlere göre de değişkenlik göstermektedir. Ancak yaşam kalitesi kavramının tanımlarına bakıldığında genel olarak, sağlık, siyaset, ekonomi, işlevsel yeterlilik, psikoloji ile sosyal işlerde yeterlilik, hastalık ve tedavi ile ilgili durumları ifade etmek için kullanıldığı görülmektedir (Müezzinoğlu 2005; Ruževičius 2014).

DSÖ, 1946 yılında sağlığın tanımını genişleterek, fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik kavramlarını dahil etmiştir ve yaşam kalitesini, 'bir kişinin amaçlarla uyumlu

kültürel yapı ve değerler sistemi içinde, kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı' olarak tanımlamıştır (Ruževičius 2014). Bu tanım bireylerin fiziksel ve psikososyal sağlığını, bağımsızlığını, toplumsal bağlarını ve çevreleriyle olan ilişkilerini detaylandıran, bireyin, sosyal, fiziksel, duygusal iyiliğini ve aynı zamanda siyaset, ekonomi ve sosyoloji kavramlarını içermiştir (Ruževičius 2014). Genellikle, kişinin içinde yaşadığı toplumun kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde de tanımlanmaktadır (Başaran ve ark. 2005).

Çalışma yaşamının kalitesi de yaşam kalitesinin bir parçası olarak önemlidir (Ruževičius, 2012). Çalışma hayatının kalitesi, çalışanların sağlığı ve refahı gibi çalışma alanlarını, istihdam garantisini, kariyer planlamayı, yetkinlik gelişimini, yaşam ve iş dengesini içerir. Çalışma yaşam kalitesi faktörlerinin değerlendirilmesinin sonuçları ulusal ya da uluslararası kurumlar düzeyinde sosyal programların kurulması, uygulanması ve geliştirilmesi için faydalı olabilir (Akranavičiūtė ve Ruževičius 2007; Ruževičius 2012).

Yaşam kalitesi, bireylerin sağlık ya da hastalık durumlarından etkilenmektedir. Yaşanan bir hastalık sonucu, yaşam kalitesinin nasıl etkilendiği DSÖ modelinde Şekil 2-1'de gösterilmiştir. Yaşam kalitesi için önemli olan durumlar; bozulma, yetiyitimi ve sakatlıktır. Bozulma; psikolojik, fizyolojik ya da anatomik yapı ya da işlevlerde bir yitim olması yada anormalliktir. Yetiyitimi; bir insanın bir eylemi ya da etkinliği gerçekleştirebilmesinde kısıtlılık yada yetersizlik olması durumudur. Sakatlık ise; her bireye göre (yaşa, cinsiyete, toplumsal yada kültürel etmenlere bağlı olarak) normal olan rollerini gerçekleştirilmede kısıtlama ya da engellemeye neden olan yetersizlik durumu yada yetiyitiminin yol açtığı bir sonuçtur. Tüm bunların sonucunda, bu üç faktör bireylerin yaşam kalitelerinde ciddi ya da orta düzeyde bozulmalara neden olur (DSÖ 1990; Müezzinoğlu 2005).



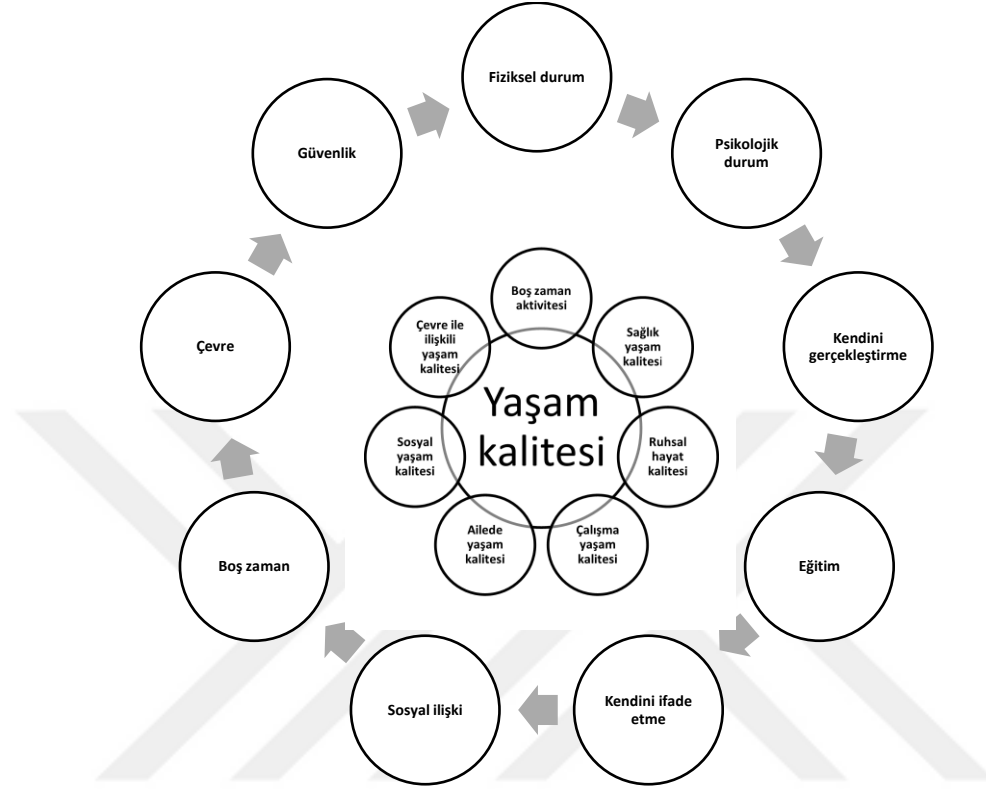
**Şekil 2-1: Hastalık ve yaşam kalitesi arasındaki etkileşimi gösteren DSÖ modeli**

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi tüm unsurları kapsar ve yaşam kalitesi dış etkenlere bağlıdır. İyi yaşam koşulları ile bireylerin yaşam kalitesini artırırken, eğer bu koşullar değişirse bireyin memnuniyeti de yaşam kalitesi ile değişecektir. Yaşam Kalitesi Modeli Şekil 2-2’de gösterilmiştir. Yaşam kalitesi; gelir, istihdam, konaklama, maddi refah, aile ve kişisel hayat, ahlaki tutum, sosyal destek, stres ve kriz, sağlık hizmeti, yaşam koşulları, beslenme, eğitim fırsatları, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, çevre ile ilişkiler ve ekofaktörler gibi birçok faktörden etkilenir (Ruževičius 2014; Boylu ve Paçacıoğlu 2016).

Bireyleri etkileyen yaşam kalitesi alanları aşağıdaki gibidir:

1. Fiziksel durum (sağlık, iş yükü, dayanıklılık, beslenme)
2. Maddi durum (refah, yaşam koşulları, ekonomik kalite; ortalama gelir, satın alma gücü, çalışma ve dinlenme koşulları vs.)
3. Psikolojik durum (duygular, tutumlar, değerler, benlik saygısı, iş tatmini, stress ailenin, bir örgüt, topluluk, içinde ahlaki psikolojik iklim)
4. Eğitim ve kendini geliştirme (öğrenme, eğitim kalitesi, beceri ve uygulama bilgisi)
5. Sosyal ilişki (insanlar, aile, toplumla ilişki, destek)
6. Kendini ifade olanakları (rekreasyon, hobi, yaratma, eğlence)

7.Emniyet ve çevre (fiziksel kişisel güvenlik - gövde, hukuki, sosyal, çalışma ortamı, ekonomik, politik, adli ortam) (Ruževičius 2012).



**Şekil 2-2: Yaşam Kalitesi Modeli**

(Akranavičiūtė ve Ruževičius 2007; Ruževičius 2010).

### 2.3.1. Hemşirelerin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler

Yaşam kalitesinin farklı yönleriyle ilgili çalışmaların geliştirilmesi insanoğlunun temelini oluşturan çoklu faktörleri ve her bir faktörün toplam iyilik haline nasıl etki ettiğini anlama ihtiyacından doğmuştur (Ferro 2012). Başlangıçta yaşam kalitesi çoğu durumlarda sağlık veya sağlıkla ilgili eşanlamlı olarak kullanılırdı. Son yıllarda yaşam kalitesi kavramının artmasının nedeni teknolojik gelişmeler ve buna paralel olarak sağlık alanındaki ilerlemelerdir (Müezzinoğlu 2005). Sağlık, sosyal bir belirleyicidir, bu nedenle cinsiyet, genetik faktörler, yaşam ve çalışma koşulları gibi makro belirleyiciler ve çalışma yaşamı, yaşam kalitesinin seviyesini belirlemek için kullanılır (Buss ve Pellegrini 2007). Bireyin yaptığı iş, direkt yaşam kalitesi ve sağlık şartları ile ilişkilidir (Tabeleão ve ark. 2011). Çalışma yaşamının kalitesi işyeri stratejileri, çalışanın iş

tatminini teşvik eden çevre ve süreçlerin sentezi olarak tanımlanabilir. Bir bireyin çalışma hayatı doğrudan yaşam değerinin kalitesini etkiler. Genellikle, yaşam kalitesi bir çalışanın ve çalışma ortamının ilişki kalitesi olarak da belirlenir. (Ruževičius 2012). Yaşam kalitesinin tüm bileşenleri birbirine bağımlıdır ve bireyin yaşam kalitesi ile memnuniyetini etkiler (Ruževičius 2014).

Çalışma hayatında yaşam kalitesi kavramı, iş tatmini, iş performansına katılım, iş yerinde motivasyon, verimlilik, sağlık, güvenlik ve refah, stres, iş yükü gibi durumları kapsar (Ruževičius 2014). Hemşirelerin iş yetkinliklerini etkileyen birçok faktör, yaşam kaliteleri ile ilişkilidir ve hemşirelerin çalışma hayatları değerlendirildiğinde yoğun, uzun süren çalışma saatleri, stres, tükenmişlik, uykusuzluk, yorgunluk gibi genellikle evrensel olarak kabul edilen çok yoğun bir yaşam tarzına sahiptir. Hemşireler genellikle iş yaşamı ile özel yaşamlarının farklı yönleri arasındaki dengeyi korumak ve sürdürmek için de mücadele ederler. Hemşirelerin sağlıklarının sürdürülmesi için, mesleki eğitim ve işyeri yönetimi gibi ihtiyaçlarının karşılanma gereksinimleri vardır. Buna ek olarak, hemşireler meslekleri ile ilişkili olan personel sıkıntısı, aşırı iş yükü, uzun vardiyalar gibi sorunlarla başa çıkmak zorunda kalmaktadırlar. Bu durumlar da hemşirelerin işlerindeki hizmet kalitesini etkilemektedir (Aalaa ve ark. 2012). Bu sebeplerden dolayı hemşirelerin, yapacakları hizmeti, hizmetin kalitesinin artırılması ve sürdürülmesinde bu problemlerle başa çıkmaları, ruhsal ve fiziksel olarak iyi olmaları bakımından çok önemli bir kavramdır (Akbolat ve ark. 2015). Yapılan çalışmalarda, çalışanların yaşam kalitesi arttıkça, yaptıkları işten daha fazla mutluluk duydukları , buna bağlı olarak da iş performanslarının arttığı ve yaptıkları işte daha başarılı oldukları belirlenmiştir (Ünal ve ark. 2006; Kılıç ve Keklik 2012).

Yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarda sağlık çalışanlarının veya hemşirelerin yaşam kalitelerinin yaş, eğitim, medeni durum, eğitim, gelir, sağlık güvencesine sahip olma, yaşanılan yer, sağlık durumu, iş yaşamı, depresyon, iş doyumunu, tükenmişlik gibi faktörlerle ilişkili olduğu bulunmuştur (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu 2011; Gülmez 2013; Boylu ve Paçacıoğlu 2016). Yaşam kalitesi ile cinsiyet faktörü arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda kadınların yaşam kalitesinin erkeklerden daha az olduğu (Vural ve ark. 2010; Yeşil ve ark. 2010; Costa ve ark. 2014), bazı çalışmalarda da cinsiyet faktörünün yaşam kalitesini değerlendirmede etkili olmadığı belirlenmiştir (Chien ve ark. 2003; Avcı ve Pala 2004; Ergen ve ark. 2011).

Cruz ve ark. (2018) çalışmasında stresle başa çıkmanın hemşirelerin yaşam kalitesini artırdığı, Aalaa ve ark. (2012) çalışmasında hastaların bakım kalitelerinin artırılması için hemşirelerin yaşam kalitelerinin artırılmasında politika yapıcılar tarafından bu durumun desteklenmesi gerektiği, Yıldırım ve Hacıhasanoğlu'nun (2011) çalışmasında sağlık çalışanlarının yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu, depresyon, tükenmişlik ve bazı değişkenlerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği sonuçları bulunmuştur.

Hemşirelerin çalışma ortamları ile koşullarının hasta güvenliği, mortalite oranı, hastaların yatış süresi, memnuniyet gibi hasta sonuçlarının (Laschinger ve Leiter 2006; Aiken ve ark. 2008) ve iş doyumu, yaşam kalitesi gibi hemşire sonuçlarının ilişkili olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (Heinen ve ark. 2013; Zhang ve ark. 2014). Sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi, sadece kendi sağlıklarını değil bireylere sundukları hizmetin bakım kalitesini de önemli ölçüde etkilemektedir (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu 2011). Hemşireler, uzun ve yorucu saatler hizmet verdikleri için, özellikle de ilerleyen yaş ile birlikte fiziksel kapasitelerinin azalmasına bağlı olarak sağlıklarına yeterince dikkat edememekte ve buna bağlı olarak işe bağlı hastalık, sakatlık ya da yaralanmaları içeren iş yeterliliği kavramına gereken önemi veremediklerinde, çalışma yaşamında aksaklık, işyerinden ya da yapılan işten kaynaklı fiziksel ya da ruhsal hastalık ya da problemler, düşük verimle yapılan iş ve azalmış iş kontrolü, yorgunluk, uykusuzluk, düşük yaşam kalitesi ve iş performansına neden olabilecek bir çok problemle karşılaşmaktadırlar. Hastaların kaliteli ve yeterli sağlık hizmeti alabilmesi için, sağlık hizmeti veren sağlık personellerinin de sunduğu hizmetten ve çalıştığı kurumdan memnun olması için, kurumundaki ihtiyaçlarının karşılanması, iş doyumlarının yöneticiler tarafından belirlenmesi ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi gerekmektedir (Kacel ve ark. 2005; Durmuş ve Günay 2007). Bu nedenle sağlık sistemi içerisinde önemli görevler üstlenen özellikle de ileri yaşa sahip hemşirelerin etkin sağlık hizmet sunabilmeleri ve bakım verdikleri bireylere yeterince faydalı olabilmeleri için öncelikle kendi sağlıklarının korunması, geliştirilmesi, sürdürülmesi, yaşam kalitelerinin artırılması ve sürekliliğinin sağlanması gerekmektedir.

#### **2.4. TUTUM-SOSYAL ETKİ-ÖZ ETKİLİLİK MODELİ**

Tutum-sosyal etki-öz etkililik modeli (TSÖM), Bandura'nın Sosyal-Bilişsel Teorisi'nden (Bandura, 1986) ve Fishbein ve Ajzen (1975) ile Ajzen ve Fishbein'in (1980) Düşünölmüş Eylem Teorisini'den esinlenir. Bu teoriye göre, kişinin tamamen

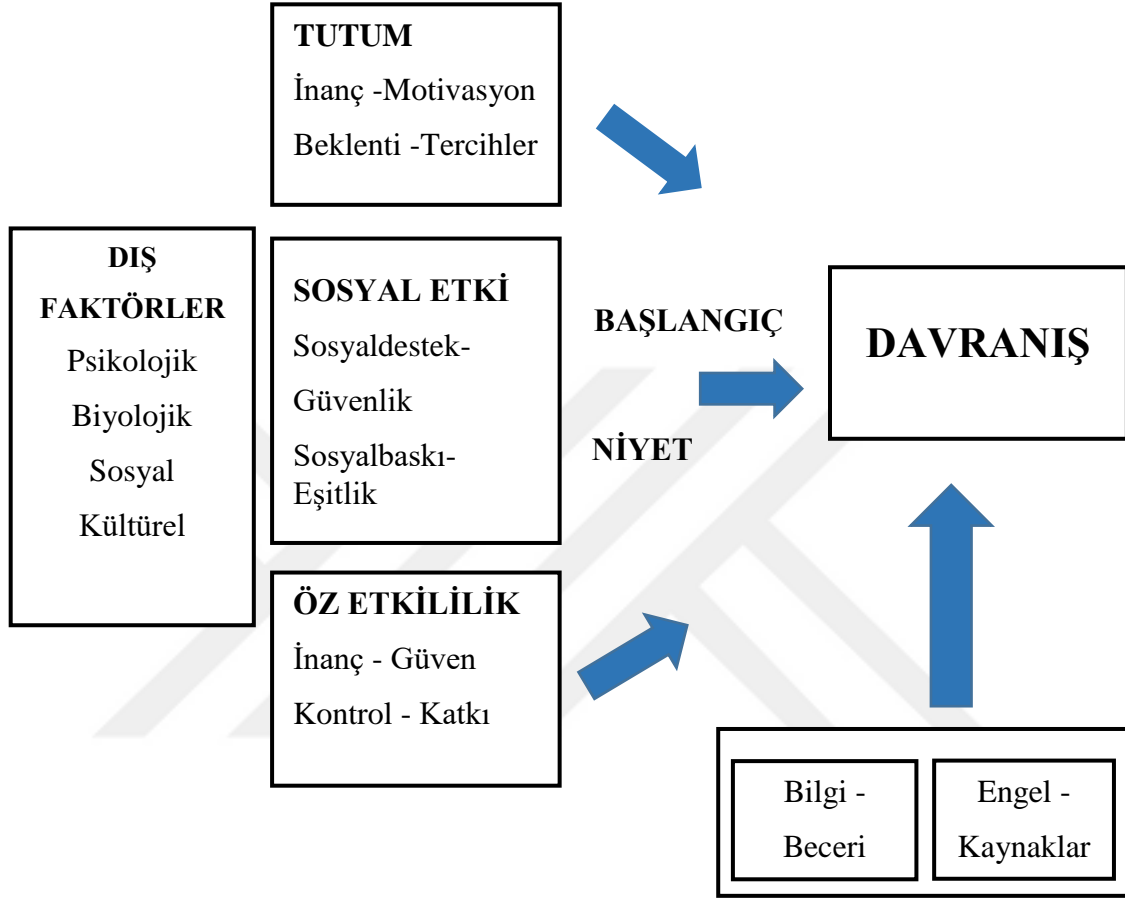
kontrolü altındaki davranışlar açıklanabilir. Ancak davranışların oluşma şartları ve zaman buna uygun olmayabilir. Düşünölmüş eylem teorisi sağlık davranışlarını açıklamak için sıklıkla kullanılan modellerden biridir. Model, bireyin tutumu ve insanların özne normları algılamasıyla belirlenen niyet ile davranışın oluştuğunu varsayar. TSÖM, düşünölmüş eylem teorisinden oluşturulmuş, fakat Bandura'nın öz yeterlilik kavramı da buna eklenmiş ve birkaç alanda değişiklik yapılmıştır (De Vries ve ark. 1988; De Vries ve Backbier 1994; De Vries ve ark. 1995).

TSÖM, niyetin belirleyicileri olarak, tutum, sosyal etki ve öz etkililik yapılarını birleştirir (De Vries ve ark. 1988; Nash ve ark. 1993; De Vries ve Mudde 1998). Üstelik model, niyetin davranış öngördüğünü ileri sürmektedir, kısacası kişinin niyeti davranışını etkiler. Sosyal etki; bireylerin direk ya da direk olmayan şekilde diğer kişilerin düşünce, his ve eylemlerinden etkilendiği bir süreç olarak tanımlanır. Öz etkililik; arzu edilen bir davranış yapmak için bireyin yeteneği veya isteği olarak tanımlanır (Brug ve ark. 1995). Sağlık davranışlarını açıklarken, bireylerin tutumlarına ve özne normlarına çok dikkat edilir. Öz yeterlilik beklentilerinin, davranışsal niyetlerin öngörölmesini önemli ölçüde arttıracığı varsayılmaktadır. Bu nedenle, Bandura'nın sosyal öğrenme teorisindeki öz yeterlilik kavramı, davranışsal niyetleri açıklamak için bir modelde Fishbein- Aizen modelinin iki faktörü ile bir araya getirilmiştir. Kendi kendine yeterlilik aynı zamanda niyet kontrolü yapıldıktan sonra davranış üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir (De Vries ve ark. 1988). Tüm bunlara ek olarak TSÖM, bir eylemi başarmak için gereken beceriyi, bilgiyi, engelleri, kaynakları ve bunların etkilerini kapsar (Vermeulen ve ark. 2010).

TSÖM'de niyetin ve davranışın öncelikle bilişsel değişkenler tarafından belirlendiği varsayılır. Bu modele göre niyet ve davranış, çoğunlukla üç proximal bilişsel faktörden direk olarak etkilenir: tutum, sosyal etki ve öz-etkililik (De Vries ve Mudde 1998). Niyet, sırayla yedi tutum-sosyal etki-öz-etkililik (TSÖ) belirleyicisi tarafından oluşturulur. Dolayısıyla TSÖ belirleyicileri, niyet yoluyla dolaylı olarak davranış etkiler. TSÖ belirleyicileri; dezavantajlar, avantajlar, sosyal kabul, sosyal normlar, modelleme, algılanan baskı ve öz yeterliliktir (Bandura 1986; Van Es ve ark. 2001). Dezavantajlar, avantajlar ve sosyal kabullenme, tutum olarak tanımlanmaktadır. Sosyal kabullenme, avantajlardan farklıdır ve sosyal iletişimi kolaylaştırmak için yetenek ile ilgili inançlara odaklanır. Sosyal norm, modelleşme ve algılanan baskı,



sosyal etkiler olarak tanımlanır. Sosyal norm, insanların bir işi yapmada ne kadar etkili olacağı konusundaki inancıdır. Modelleme algıları ifade eder, öz-yeterlik kişinin yeteneklerine ilişkin inançlarına odaklanır (Markham ve ark. 2009).



**Şekil 2-3: Tutum- Sosyal Etki- Öz Etkililik Modeli**

(De Vries ve Mudde 1998)

Bir insanın özel bir davranışa doğru tutumu, bir davranışı yapma beklentisinin sonucudur (Van Es ve ark. 2001). Üç proksimal faktörün (tutum-sosyal etki-öz etkililik) etkisi, dört tip distal faktör tarafından yönetildiği varsayılmıştır (Flay ve Petraitis 1994): davranışsal faktörler (örneğin; becerilerin kazanılması ve aynı ilgili davranışlar), psikolojik faktörler (örneğin; atıflar, öğrenme süreçleri), biyolojik faktörler (örneğin; cinsiyet, yaş, kalıtsal değişkenler) ve sosyal-kültürel faktörler. TSÖM, distal (ikamet ettiği ülke, etnik köken) veya tanımlayıcı prediktörler (demografik değişkenler) ile proksimal (tutum, sosyal etki, öz etkililik) veya araçlar (tutum, normatif ve öz yeterlik inancı) arasında bir saptama yapar. Proximal değişkenler, sağlık eğitimi için önemlidir. Çünkü bu değişkenlerle, davranış girişimleri aracılığıyla etkilenir veya oluşturulur.

Distal değişkenler, bu girişimlere özel hedef grubu belirlemeye hizmet eder (Van Es ve ark. 2001).

TSÖM, davranış üzerinde etkiye sahip dış faktörleri incelemeye kadar genişletilebilir (Van Es ve ark. 2001). Modelde, demografik faktörler gibi dış değişkenler davranışsal niyeti etkilediği varsayılmıştır. Ancak, TSÖM sosyal etki kavramını daha kapsamlı şekilde ölçer (De Vries ve ark. 1995; De Vries ve Mudde 1998). TSÖM, niyetin sosyal belirleyicileri olarak modelleme ve sosyal destek kavramlarını içerir (Bolman ve ark. 2002). Planlı davranış teorisi ile karşılaştırıldığında, TSÖM'nin birkaç farklılığa sahip ayrı bir model olarak geliştirdi ve ağırlıklı olarak metodolojik niteliktedir (De Vries ve Mudde 1998).

Son zamanlarda TSÖM, daha kapsamlı ve sistematik yaklaşım olarak kullanılmaya başlanmıştır. Yapılan uluslararası çalışmalarda, TSÖM ile testis tümörü, serviks ve meme kanseri taramaları için bireylerin niyetlerini, sigara kullanma niyetlerini belirlemede, hastaların uygun ilacı kullanmalarında, hastaların üriner inkontinansını azaltmak için pelvik taban egzersizi yapma gibi sağlığı etkileyecek davranışları belirlemeye yardımcı olduğu bildirilmiştir (Lechner ve ark. 2002; Alewijnse ve ark. 2003; Markham ve ark. 2009; Lee ve Kim 2015; Twinomujuni ve ark. 2015).

Uluslararası kaynaklarda TSÖM ile yapılan çeşitli çalışmalar olmasına rağmen, Türkiye'de bu model ile ilgili yapılmış çalışma bulunmamaktadır. Modelin uygulanması ile bireylerin bilgi düzeyinin artırmak, yaşam boyu davranış değişikliği oluşturmak ve işyerinde öz yönetim programının etkinliğinin de artırılması hedeflenmektedir. Model, birey ile işbirliğini sağlar, bireyin inançlarını, değer sistemini, kararlarını anlama ve saygı duyma kuralını destekler. Model, sağlık eğitiminde insan davranışlarının çeşitliliklerinin öngörmek ve açıklamak için kullanılır. Bu modelin her aşaması, farklı düzeyde eğitim almış hemşirelere göre müdahale ve değerlendirme için rehber oluşturur. Bu model temel olarak yapılan çalışmalarda davranışın, sosyal etkinin, öz etkililiğin geliştirilmesi ile davranış değişikliğine etki edecek tüm faktörler de dikkate alınarak, istenilen davranış değişikliğini sağlanmaya mümkün olmaktadır.

TSÖM, bireyleri sağlıklı davranışları değiştirmeye, sağlıklı davranışları kazandırma ve sürdürmeye motive ettiği varsayıldığından beri, modelin altında yatan teori sosyal bilişsel teoriler doğrultusunda ve motivasyonel değişim modeli olarak

tanımlanır (De Vries ve Mudde 1998). Model, beslenme (Brug ve ark. 1995), fiziksel egzersiz (Lechner ve De Vries 1995) ve sigara içme (De Vries ve ark. 1995) gibi çeşitli sağlık davranışlarını açıklamak için uluslararası çalışmalarda kullanılmıştır. Bu nedenle, bu çalışmada TSÖM-ÖY programı ile 45 yaş ve üstü hemşirelerde iş yeterliliğini ve yaşam kalitesini artırmak ve yaşam boyu davranış değişikliği oluşturmak için en iyi model olan TSÖM seçilmiştir.

## **2.5. TUTUM - SOSYAL ETKİ - ÖZ ETKİLİLİK MODELİ TEMELLİ ÖZ YÖNETİM PROGRAMI**

Öz yönetim; kişinin kendi sağlığı için kendini yönetme yeteneğidir, öz-kontrol öz-yönetim becerilerini değerlendirme ve başarıyla uygulanan bir bilişsel-davranışsal başa çıkma becerilerini temsil eder (Mezo 2009). Bu kavram, sağlık eğitiminde yaygın kullanılan bir terimdir ve çoğu sağlığı geliştirme ile hastalık eğitim programlarına verilen isimdir. Öz yönetim, sağlıklı davranışların geliştirilmesinin yanısıra davranışsal girişimler için de popüler bir terimdir (Lorig ve Holman 2003). Öz yönetim ile bireye otonomi kazandırılarak kendi kendini idare edebilme becerisi kazandırılır. Yaşam boyu sürecek bireyin kendi sorumluluğunu üstlenmesini, korku ve depresyon gibi olumsuz duyguları yönetmeyi ve öz yönetimin gerçekleştirilmesi ile de bu duyguları kontrol altında tutmayı içerir (Lorig ve ark. 2001). Öz-kontrol ve öz-yönetim becerisi kavramları, Kanfer ve Bandura'nın birbirini etkileyen, öz-izleme, öz-değerlendirme ve öz-güçlendirme bileşenlerini içeren modeliyle açıklanır (Kanfer ve Karoly 1972). İlk aşamada öz-izleme yer alır ve bu kavram bireyin kendi durumunu ve hedef davranışı (bir düşünce, duygu ya da etkinlik) değerlendirir. İkinci olarak, öz-değerlendirme aşamasında birey hedef davranışı içselleştirilmiş bir standartla karşılaştırır ve tutarsızlıkları belirler. Daha sonra karşılaştırma verileri ile öz-güçlendirme safhasına geçerek, davranışın sonucuna göre (ödül veya ceza) bireyin davranışının devam edip etmeyeceğini belirler (Mezo 2009). Öz yönetim ve öz kontrol becerilerinin sonuçları, geribildirim döngüsünün tekrar edilip edilmediği ya da hedef davranışın değişip değişmeyeceğini belirler (Kanfer ve Karoly 1972). Kanfer (1970) öz düzenlemenin temel süreçleri olan öz-izleme, öz-değerlendirme ve öz-güçlendirme becerilerinin öz kontrolün gelişiminde etkili olduğunu belirtmiştir. Bandura'nın (1986) tanımladığı öz-düzenleme Kanfer'in öz-kontrolü ile iç içe geçmiştir. Bandura (1991) öz-yönetim ve öz-kontrol becerileri olan öz-izleme, öz-değerlendirme ve öz-güçlendirmeyi içeren yapı içine öz-yeterliliği de ekleyerek bu becerilere olan teorik bakış açısını genişletmiştir. Bu

yapı içinde öz-yönetim kavramı, insanların davranış ve akılcı görünüşleri için gerekli olan davranışsal ve bilişsel stratejilerle ilişkilidir (Ercoskun 2016).

Öz yönetim, çalışanların çalışma ortamını yapılandırırken öz-motivasyon üretmelerine yardımcı olan bir strateji kümesi olarak kabul edilebilir (Ercoskun 2016). Öz liderlik, öz-yönetim davranışını içerir (Neck ve Houghton 2006); ancak aralarında merkezi bir fark var. Öz-yönetim, insanların rasyonel görünüşleri gerçekleştirmeleri ve yansıtılmaları gereken bir dizi davranışsal ve bilişsel stratejiyle ilişkilidir. Öz liderlik, bunun ötesinde, görevlerin içsel değerine önemli bir vurgu yapmak için kendini yönetir ve kendi kendine yönetim dış kontrole bağlıdır. Öz yönetim ve dış denetim arasındaki farklar benimsenen bakış açısına göre belirsiz olabilir (Ercoskun 2016).

Öz yönetim programı; etkili ve bireye uygun sağlık davranışını uygulamak için, sağlıkla ilgili öz yönetimi, öz yönetim ile ilgili adaptasyonları, hastalık ya da sakatlık durumunda başa çıkma stratejilerini öğrenmeyi, uygulayabilmeyi, davranışları, alışkanlıkları, rutinleri, yaşam stili adaptasyonlarını değiştirmeyi, fiziksel ve psikososyal sağlık ve iyi olma halini artırmayı, stresi azaltmayı, yorgunluk veya hastalıkla ilgili diğer semptomlarla başa çıkmayı ve öz yönetimi geliştirmek için ilişkili faktörleri öğrenmeyi içerir (Miller ve Rollnick 2002; Lorig ve Holman 2003). Öz-liderlik, öz-yönetim ve öz-denetim tarafından önerilen davranış stratejilerini yapıcı düşünce kalıpları ve içsel motivasyon kavramlarına dayanan bilişsel stratejilerle birleştirir (Ercoskun 2016). Öz-kontrol ve öz-yönetim becerileri değerlendirme ve tedaviye başarıyla uygulanan bir bilişsel-davranışsal başa çıkma becerileri modelini temsil eder (Mezo 2009). Geçmişteki araştırmalar, öz yönetim ve öz kontrol becerileri çeşitli duygusal ve davranışsal problemleri hafifletmede, kalıcılığı ve başarıyı motive etmedeki faydalarına ilişkin kanıtlar sunar (Bandura 1991). Bu nedenle, bu becerilerin kesin ve ekonomik ölçümü gelecekteki araştırmalar ve uygulamalı çalışmalar için potansiyel olarak değerli olacaktır (Mezo 2009).

Uluslararası çalışmalarda çoğunlukla bireyin bir davranışa başlama ve sürdürme niyeti için, tutum, sosyal etki, özetkikilik durumlarını daha kapsamlı açıklamak ve uygulanabilmek için TSÖM kullanılmıştır. Bu model hem kişisel faktörleri ve kişilerarası faktörleri hem de psikolojik, biyolojik, sosyal ve kültürel faktörleri içerir. Bu modelde, olumlu sonuç beklentilerinin pozitif tutuma ulaşmak için artırılması

hedeflenmektedir (Li ve ark. 2003). TSÖM, bireyin bir davranışa başlama aşamasında, karar vermesinde ve davranışı sürdürmesinde etkilidir.

DSÖ'ne göre orta yaş grubu olarak nitelendirilen 45 yaş ve üstü hemşirelerin iş yeterliliği ve yaşam kalitesinin artırılması, hemşirelerin çalışma yaşamını, iş verimini, duygu durumunu, aile ve sosyo-kültürel çevresini, fiziksel, psikolojik, ekonomik durumunu, iş ve çalışma ortamını etkiler (Gould ve ark. 2008). İş yeterliliği ile ilgili gelecekte yapılacak çalışmaların iş, iş ortamı ve yaşam tarzıyla ilişkili faktörlerin dikkate alınması gerektiği (Kaleta ve ark. 2006), iş yeterliliğindeki hızlı azalma ve fonksiyonel kapasitedeki bozulma sağlığı geliştirme ve iş yeterliliğine yönelik eylemler, özellikle de riskli mesleklerde olabildiğince erken başlatılması önerilmektedir (Pohjonen ve Ranta, 2001). Bu nedenle tutum-sosyal etki-öz etkililik modeli temelli öz yönetim programı (TSÖM-ÖY) kapsamında uygulanan sağlık eğitimleri, yoga eğitimi ve bireysel beslenme danışmanlığı girişimleri ile hemşirelerin kendi kendine yetebilmeleri öz yönetim kavramı ile geliştirmeleri, sağlığı geliştirecek davranışlara başlamaları, sürdürmeleri ve yaşam boyu davranış değişikliği oluşturmaları hedeflenmiştir.

Uluslararası çalışmalarda işyeri sağlığı geliştirme girişimleri olarak sıklıkla uygulanan yoga, Hindistan'da 5000 yıldan daha uzun dönemden beri var olan, bedenin, zihnin ve ruhun uyumlu hale getirilmesi ve kişinin ruhsal doğasında bir farkındalık geliştirerek acıyı, rahatsızlığı azaltmak için kapsamlı yaşam disiplini olarak ortaya çıkmıştır (Şengün Gürsoy 2019). Yoga, gevşemenin hem fiziksel hem de zihinsel yönlerini kapsayan, sağlığı geliştirme aktivitesinin antik bir Tibet şeklidir. Bedeni meditatif bir duruma ulaşmak için bir araç olarak kullanılan, belirli nefes alma teknikleri ile dikkat odağını içe doğru meditasyonla bir araya getirilen bir dizi vücut hareketidir. Hedefleri sağlık ve iyiliktir (Axen ve Follin 2017). Dünyanın çoğu yerinde yoga, artık spor salonlarından çıkarak, üniversitelerde, hastanelerde, iş yerlerinde uygulanmaya başlamış, hatta hastanelerde de çoğu hastalıklar için destekleyici bir yöntem olarak kullanılmaya başlanmıştır. Özellikle Avrupa, Amerika, Japonya, Kanada, Hindistan ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yoga popülerdir ve önemli bir disiplin alanı olarak kabul görmektedir (Şengün Gürsoy 2019). Yoga ile yapılan uluslararası çalışmalarda ağrı, stress, depresyon ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir (Holtzman ve Beggs 2013; Köhn ve ark. 2013; Crow ve ark. 2015; Nosaka ve Okamura

2015). Hemşireler uygulanan yoga girişiminin uyku kalitesi ve strese etkisinin değerlendirildiği bir uluslararası çalışmada, hemşirelerde uyku kalitesinin ve iş stresinin önemli derecede azaldığı bulunmuştur (Fang ve Li 2015).

Yoga vücutta gereğini azaltan olumlu bir etkiye sahiptir ve sağlık problemleri olan zayıf yaşlıları da içeren, fiziksel aktivite yapmakta zorlanan kişiler de dahil olmak üzere çok geniş kitleler için uygundur (Fishbein ve ark. 2014; Cramer ve ark. 2015). Kanıtlar, yoganın fiziksel ve zihinsel sağlık çıktılarını iyileştirmedeki etkililiğini desteklemektedir, ancak az sayıda çalışma yoganın hemşireye özgü sonuçlar üzerindeki etkisini incelemektedir. Uluslararası çalışmalarda duygusal direncin artırılmasında öz bakıma yönelik güçlü teorik destek, stres yönetimi, klinik karar vermede kapasiteyi artırmak için yoga ve diğer zihin-beden uygulamalarının, hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri arasında sağlığı geliştirmek için önemli olduğu ve araştırılması gerektiği vurgulanmaktadır (Alexander ve ark. 2015).

## **2.6. HEMŞİRELERİN SAĞLIĞININ GELİŞTİRİLMESİNDE İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI**

İş sağlığı kavramı, tüm çalışanların fiziksel, ruhsal, sosyal ve iyilik hallerinin artırılması ve sürdürülmesi, işyeri ortamındaki sağlıksız koşulların azaltılması ve bunlardan korunma yöntemlerinin uygulanması, çalışanların fiziksel, ruhsal yeteneklerine uygun olarak istihdam edilmeleri, kısacası işin bireye, bireyin işe uyumunu amaçlayan bir olgudur (Sarıkaya ve ark. 2009). İş güvenliği kavramı ise; işyerinde işin yürütülmesi esansında çalışma şartlarının meydana getirdiği tehlikeler ile iş yaparken kullanılan a makine, tesis ve malzemeye yönelik zararların, aksaklıkların araştırılması ve gerekli tedbirlerin alınması için yapılan teknik ve sistemli çalışmalardır (Koç 2004). İş kazalarının büyük çoğunluğunun, çalışanların güvenli olmayan veya yeterince alınmayan tedbirsizliklerden, disiplinin zayıf olmasından, eğitim seviyesinin düşük olmasından, kurallara aykırı davranışlarda bulunmaktan, iş sağlığı ve güvenliği konusundaki bilinçsizlikten, iş kazaları ve meslek hastalıklarından meydana gelmektedir (Richardsson ve Impgaard 2004).

İş sağlığı ve güvenliği kapsamında, işyeri sağlığı geliştirme programları uygulanmakta ve bu programların hem işveren hem de çalışanlara çok sayıda faydaları bulunmaktadır (Shain ve Kramer 2004; Evans 2004). Hastalık ve kaza nedenli iş kayıplarının azalması, işyerinde verimli çalışmanın sağlanması ve üretimin artması,

işyeri ile ilgili olumlu imajın desteklenmesi, sağlık harcamalarının azalması işverene faydalar sağlarken, güvenli bir çalışma ortamında çalışmak, sağlıklı olarak çalışmaya devam etmek, işten memnuniyet ve tatminin artması da çalışanlara fayda sağlamaktadır (Evans 2004; Yıldız ve ark. 2012). Çalışma ortamında iş sağlığı ve güvenliği kapsamında tehlikelerin belirlenmesi, gerekli tedbirlerin alınması, bu tedbirlerin sürekliliğinin sağlanması çalışanların iş performanslarının ve yaşam kalitesinin sürdürülmesi açısından önemli olduğu kadar, çalışanın sosyal yaşamından hizmet sunduğu alana kadar iyilik halinin devamının sağlanması bakımından da çok önemlidir (Parlar 2008). İşyerlerinde sağlığı geliştirme programları genellikle yapılan işe ve kullanılan malzemelere ilişkin tehlike ve risklerden korunma, kaza ve yaralanmaların önlenmesi, tütün, alkol ve madde kullanımının önlenmesi için eğitim, fiziksel egzersiz, sağlıklı beslenme, kilo kontrolü, stresle baş etme yolları konusunda danışmanlık, şiddetin önlenmesi, çalışanların sağlıklarını nasıl koruyacakları konusunda bilgilendirme ve bireylerin olumlu sağlık davranışlarında yaşam boyu davranış değişikliği sağlamayı içerir. Bu programlar sağlık eğitimleri, taramalar, danışmanlık hizmetleri, gürültünün azaltılması, havalandırma, ışıklandırma, bireysel çalışma mekanlarının sağlanması, araç- gereçlerin kullanımında dikkat edilecek husular, tehlike ve risklerin belirlenmesi, koruyucu önlemler alma ve sağlıklı fiziksel ortamın sağlanması, işyerinde tütün kullanımının yasaklanması ve spor salonu ile yemekhane gibi destekleyici ortamların oluşturulmasını içerir (Bilir ve Yıldız 2008; Yıldız ve ark. 2012). İşyerinde etkin bir iş sağlığı ve güvenliği sisteminin uygulanmasının, o iş yerinde çalışan bireylerin moralini yükselttiği, iş verimini arttırdığı, iş kazalarını ve meslek hastalıklarını azalttığı veya önlediği, işçi ile işveren arasındaki ilişkileri olumlu yönde etkilediği gözlenmiştir (Sarıkaya ve ark. 2009). İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri, geniş kapsamlı bir ekip işidir. Bu ekip içinde yer alan iş sağlığı hemşiresinin çalışma ortamı ile üretim sürecinden kaynaklı tehlike ve riskleri belirlemesi, risk analizlerinin yapılması, çalışanlarının sağlığının değerlendirilerek riskli grupların belirlenmesi, sağlık eğitimi, danışmanlık hizmetlerini yürütmesi, hizmet kayıtlarını tutması ve araştırma yapması beklenmektedir (Çamözü ve Kitiş 2011; Kubilay 2015). Literatürlerde son yıllarda gittikçe önem kazanan bu konuya olan ilgi giderek artmakta, fakat çalışma ortamlarının değerlendirilmesinin ve uygun çalışma ortamlarının oluşturulmasında (Buerhaus ve ark. 2005) ve hastane ortamında tehlike ve riskleri belirlemeye yönelik çalışma sayısı sınırlıdır (Saygun 2012). Sağlık çalışanlarında iş kazaları ve meslek

hastalıklarının artışı nedeniyle veya işe bağlı sağlık sorunları sık görüldüğü için, iş sağlığı ve güvenliği kapsamında hemşirelere yönelik işyeri sağlığı geliştirme programlarının yaygınlaştırılması ve bu uygulamaların sürekliliğinin sağlanması gerekmektedir. Çünkü sağlık hizmetlerinin sunumunun da verimli bir şekilde devam edebilmesi ve memnuniyetten bahsedebilebilmesi için hasta memnuniyeti yanı sıra çalışan memnuniyetinin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Vural ve ark. 2012). Hemşirelik uygulamalarında hastaların bakım ve tedavisinde kalitenin artırılması ve bu sonuçların hasta bakım sonuçlarına etkisini artıracak sağlığı geliştirme programlarının önemini anlatan bir çok uluslararası çalışma bulunmasına rağmen (Whitehead 2008; Brobeck ve ark. 2011; Kemppainen ve ark. 2013), özellikle ileri yaşa sahip hemşirelerin iş yeterliliklerini, yaşam kalitesini, verimini ve performanslarını artıracak sağlığı geliştirme programları ve bu programların etkilerinin incelendiği çalışmalar yetersiz sayıdadır.

Uluslararası çalışmalarda hemşirelere işyerinde uygulanan sağlığı geliştirme programlarının sağlık eğitimleri, egzersiz, dans, fiziksel eğitim, fitness ve yoga olduğu görülmektedir (Yuan ve ark. 2009; Alexander ve ark. 2015; Fang ve Li 2015; Patil ve ark. 2018; Reed ve ark. 2018). Duman ve ark.'nın (2016) çalışmasında sağlık profesyonellerinin hizmet içi eğitimi gereksinimlerinin belirlenmesi gerektiği ve bireylerin taleplerinin göz önünde bulundurmak, eğitim programlarının verimliliğini ve katılımcıların motivasyonunu artıracak önerilmektedir. Tüm bu durumlar değerlendirildiğinde, özellikle orta yaş grubu olarak nitelendirilen 45 yaş ve üstü hemşirelerin çalışma ortamından kaynaklanan tehlike ve risklerin iş sağlığı ve güvenliği kapsamında değerlendirilerek, gerekli risk analizlerinin yapılması, tedbirlerin alınması, uygulanacak girişimlerin ihtiyaçlara ve isteklere göre belirlenmesi, hemşirelerin yaşam kalitesinin, iş doyumunun, yapılan iş, iş çevresi ve bireyin sağlığını etkileyen iş yeterliliği kavramının, yaşam kalitesinin geliştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması için hemşirelere yönelik sağlığı geliştirme programlarının geliştirilmesi gerekmektedir. Sağlığı geliştirme programlarının uygulanması ve geliştirilmesinde iş yeri hemşiresinin de diğer ekip üyeleri ile koordineli şekilde çalışma gerekmektedir.



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ

Bu çalışmanın amacı, tutum-sosyal etki-öz etkililik modeli temelli öz yönetim programının 45 yaş ve üstü hemşirelerin iş yeterliliği ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmektir.

Araştırmada, TSÖM temel alındı ve tam deneysel olarak planlanan çalışmada **ön test-son test kontrol gruplu tasarım tipi** kullanıldı. **Randomizasyonu** sağlamak için; bireyler, çalışma evreninden rastlantısal olarak seçildi. Deney ve kontrol gruplarına atama, deney ve kontrol grubunu oluşturan bireylerin listesinden araştırmacı dışında iki kişi tarafından randomize olarak seçildi. **Denetim**, kontrol grubu oluşturularak sağlandı. **Yönetme** ise öz yönetim programının deney grubunu oluşturan bireylerde iş yeterliliği ve yaşam kalitesi üzerine etkisi değerlendirilerek sağlandı.

Araştırmanın planlama aşamasında tam deneysel çalışmaları niteliksel olarak uluslararası düzeyde değerlendiren ve uygunluğunu 'Registered trial number' vererek onaylayan BioMed Central adlı kurumdan, Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Tıp Dergileri Editörleri Komitesi tarafından tanınan International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN) alınmıştır. Çalışmanın ISRCTN 31461071 olarak kayıt altına alınmıştır.

### **3.2. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ VE HİPOTEZLERİ**

Araştırmanın bağımlı (sonuç) ve bağımsız değişkenleri aşağıda belirtildi.

#### **Bağımsız Değişkenler**

\*TSÖM- ÖY Programı

#### **Bağımlı (Sonuç) Değişkenler**

##### **İş yeterliliğini etkileyen değişkenler:**

\*İş Yeterliliği Ölçeği puan ortalaması

\*Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği puan ortalaması

\*Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği puan ortalaması

##### **Yaşam kalitesini etkileyen değişkenler:**

\*SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği puan ortalaması

\*Günlük sigara kullanım adedi

\*Beden Kitle İndeksi

\*Bel- kalça çevresi

\*Yoga yapma sıklığı

\*Beslenme Bilgi Sistemi programı ile değerlendirilen besin ölçüm değerleri

Bu çalışmada bağımlı değişkenler doğrultusunda oluşturulan hipotezler aşağıdaki gibidir:

**Hipotez 1**

TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin 'İş Yeterliliği Ölçeği puanı' bu programa katılmayanlara göre daha yüksek olacaktır.

**Hipotez 2**

TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin 'Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği ve alt boyut puanları' bu programa katılmayanlara göre daha yüksek olacaktır.

**Hipotez 3**

TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin 'Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği ve alt boyut puanları' bu programa katılmayanlara göre daha yüksek olacaktır.

**Hipotez 4**

TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin 'SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği puanı' bu programa katılmayanlara göre daha yüksek olacaktır.

**Hipotez 5**

TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin girişim sonrası günlük sigara kullanım adedi bu programa katılmayanlara göre düşük olacaktır.

**Hipotez 6**

TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin girişim sonrası BKİ ölçüm sonuçları bu programa katılmayanlara göre normal sınırlar içerisinde olacaktır.

**Hipotez 7**

TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin girişim sonrası bel-kalça çevresi ölçüm sonuçları bu programa katılmayanlara göre normal sınırlar içerisinde olacaktır.

**Hipotez 8**

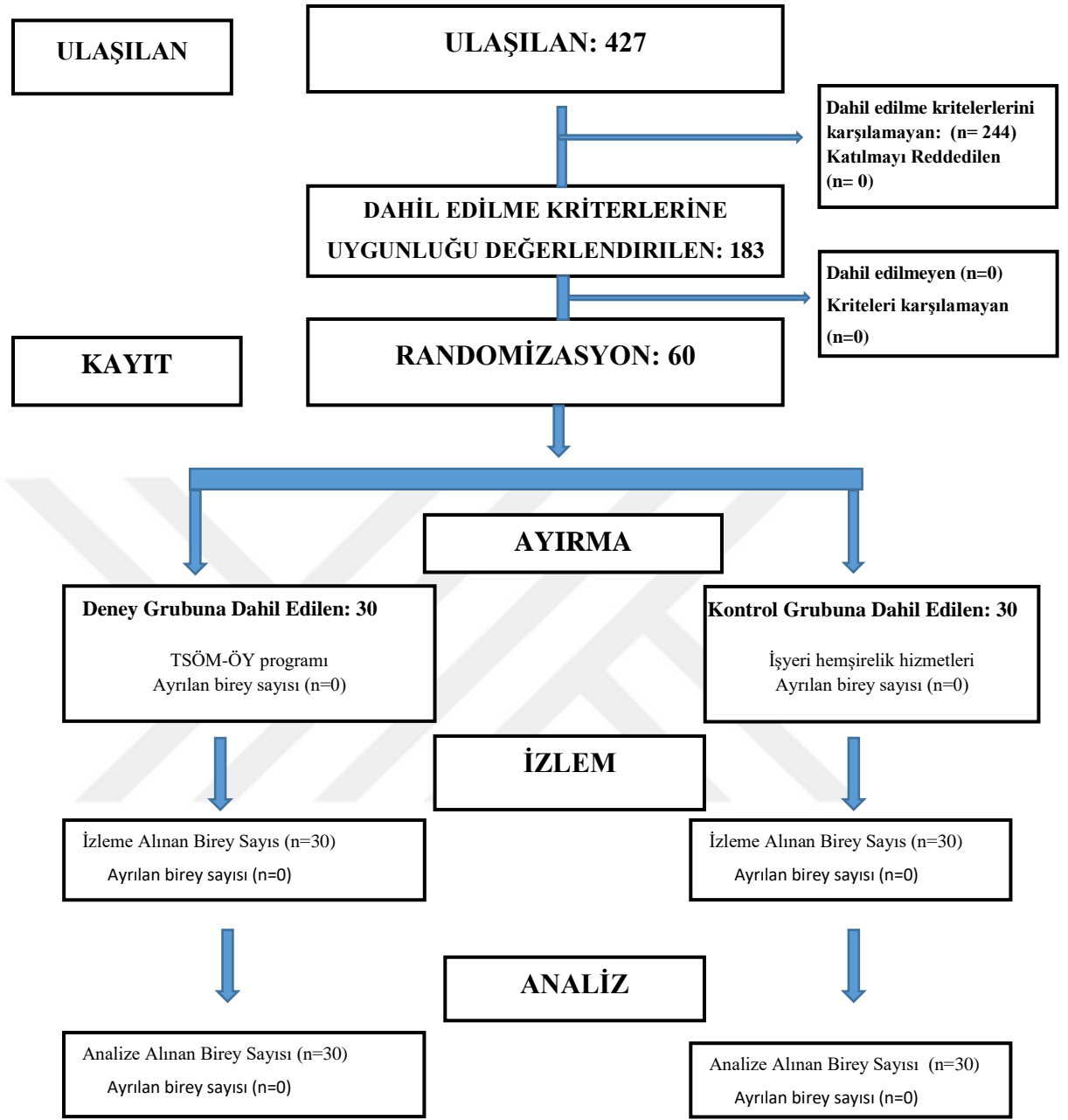
TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin girişim sonrası yoga yapma sıklığı bu programa katılmayanlara göre daha yüksek olacaktır.

**Hipotez 9**

TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin besin ölçüm değerleri programa katılmayanlara göre daha yüksek olacaktır.

\*Araştırmanın CONSORT (2018) bildirimine göre akış diyagramı Şekil 3-1'de gösterildi.





Şekil 3-1: CONSORT (2018) Akış Diyagramı

### 3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Ekim 2017-Haziran 2018 tarihleri arasında İstanbul ilinin Fatih ilçesinde yer alan İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapıldı. Bu tıp fakültesi hastanesi 210 bin metre kare kapalı alana ve 20 binaya sahiptir, yatak sayısı 3 bindir. Hastanenin polikliniklerinde her yıl ortalama 800 bin kişi muayene olmaktadır. Eylül 2017'de hastanede çalışan toplam hemşire sayısı 815'tir, 96 hemşire uzun süredir izinlidir, 719 hemşireden aktif olarak yatak başı çalışan hemşire sayısı 651'dir ve hemşire başına düşen hasta sayısı ortalama 16'dır. Yataklı hastaneler İş Sağlığı ve Güvenliği'ne ilişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği'ne göre "Çok tehlikeli işyeri" sınıfında değerlendirildiği için, araştırmanın yapıldığı İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi de çok tehlikeli işyeri listesi içerisinde yer almaktadır.

Araştırma yerinin seçiminde; İstanbul ilindeki diğer hastanelere göre bu kurumda 45 yaş ve üstü hemşire sayısının daha fazla olması, araştırma girişimlerin daha kolay yürütülebilir ve uygulanabilir olması, hastane yönetimi tarafından çalışmanın uygun görülmesi ve gerekli izinlerin verilmesi, araştırmacının çalışmalarını yürütebilmesi için uygun bir eğitim salonunun kullanım izninin verilmesi ve yoga eğitimi için de uygun bir salonunun temin edilmesi etkili oldu.

### 3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

#### 3.4.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın genel evrenini, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde hemşire olarak çalışan, 45 yaş ve üzeri olan, çalışmanın yapıldığı tarihlerde izinli/raporlu olmayan 427 hemşire oluşturdu.

Hastanenin Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nden, kurumda çalışan hemşirelerin sayılarının, isimlerinin, yaşlarının ve iletişim bilgilerinin yer aldığı bir liste alındı. Bunların içinden çalışma evreni kriterlerine uyan 183 hemşire belirlendi ve çalışma evreni kriterlerine uyan yeni bir liste hazırlandı.

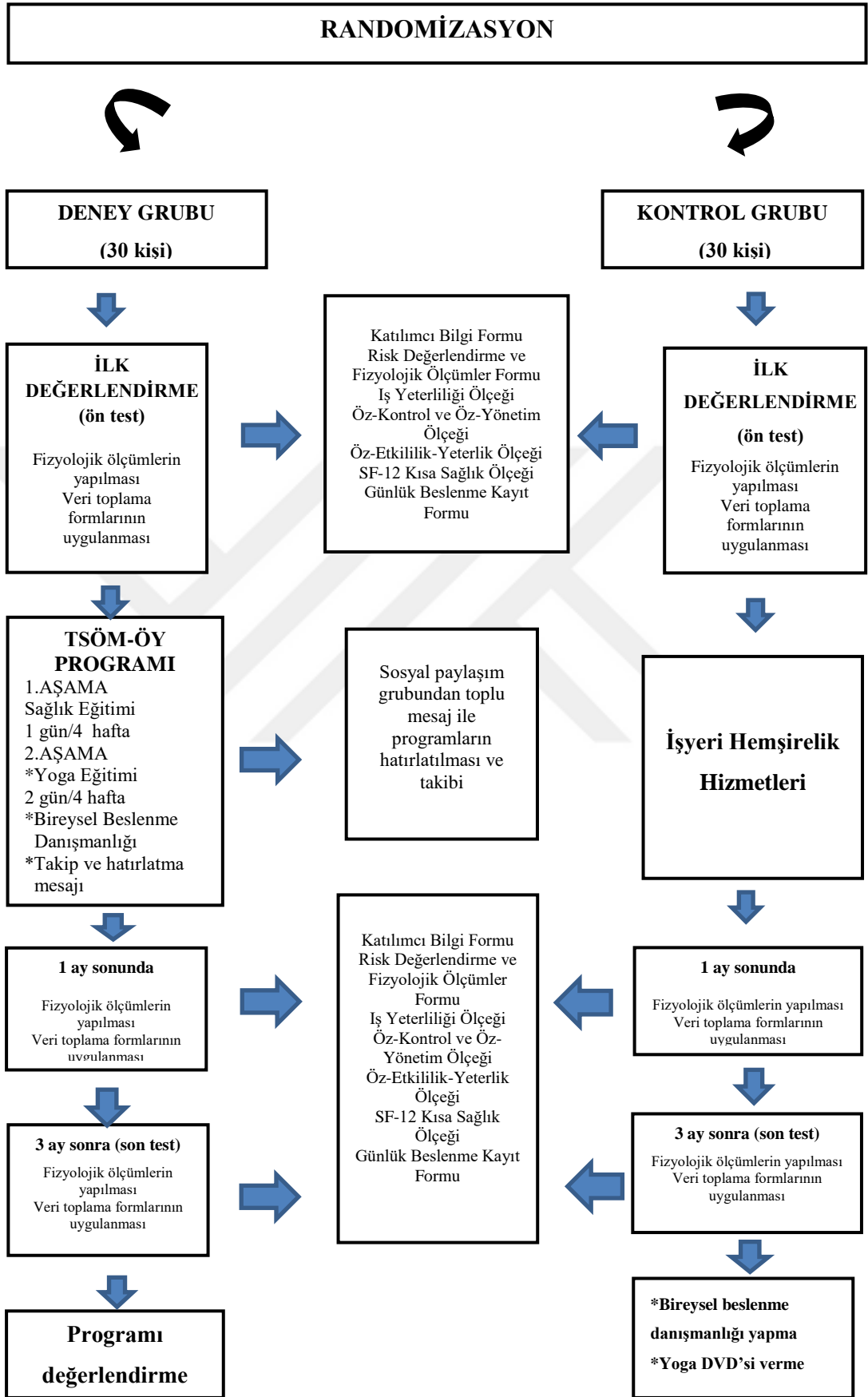
Çalışma evreninin seçiminde;

- 45 yaş ve üstü olan,
- Çalışmanın yapıldığı tarihlerde kurumda çalışıyor olan,
- Gebe/Gebelik şüphesi olmayan,

- Görme ve işitme sorunu olmayan,
- Tanı konulmuş ve çalışmaya katılmayı engelleyecek bir kronik hastalığı olmayan,
- Tanı konulmuş ruhsal bir sağlık sorunu olmayan,
- Fiziksel egzersiz yapmaya engel bir rahatsızlığı olmayan,
- Yoga, pilates veya düzenli egzersiz yapmayan,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler alındı.

### 3.4.2. Araştırmanın Örneklemi ve Randomizasyon

Deneysel olarak tasarlanan çalışmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında daha önce yapılan benzer çalışma da baz alınarak Power analiz (G\*Power 3.1.9.2) yapıldı (Hange ve ark. 2017). Power analiz sonucunda, etki büyüklüğü için effect size (etki büyüklüğü): 0,50 olarak alındığında Power: 0,80,  $\beta$ :0,20 ve  $\alpha$ :0,05 için tespit edilen örneklem sayısı her bir grup için minimum 25 birey olmak üzere toplam 50 birey olarak hesaplandı (Cohen 1988). Araştırmada dahil edilme kriterlerini karşılayan 183 hemşire için bir liste oluşturuldu. Bu listeden, kamu kurumuna ait bir üniversitede çalışan ve araştırma sürecini bilmeyen iki akademisyenden birbirlerinden bağımsız olarak 30'ar kişi seçmeleri istendi. Oluşturulan iki grubun deney ya da kontrol grubu olarak belirlenmesi de kura ile yapıldı. Örneklemi, deney grubu 30 kişi ve kontrol grubu 30 kişi olmak üzere toplam 60 birey oluşturdu. Biası önlemek için, hem araştırmacı hem de örnekleme alınan bireyler hangi grupta (deney-kontrol) olduklarını bilmedi ve **çift kör teknik** yöntemi kullanıldı (Nahcivan, 2014). Araştırma akış süreci Şekil 3-2'de gösterildi.

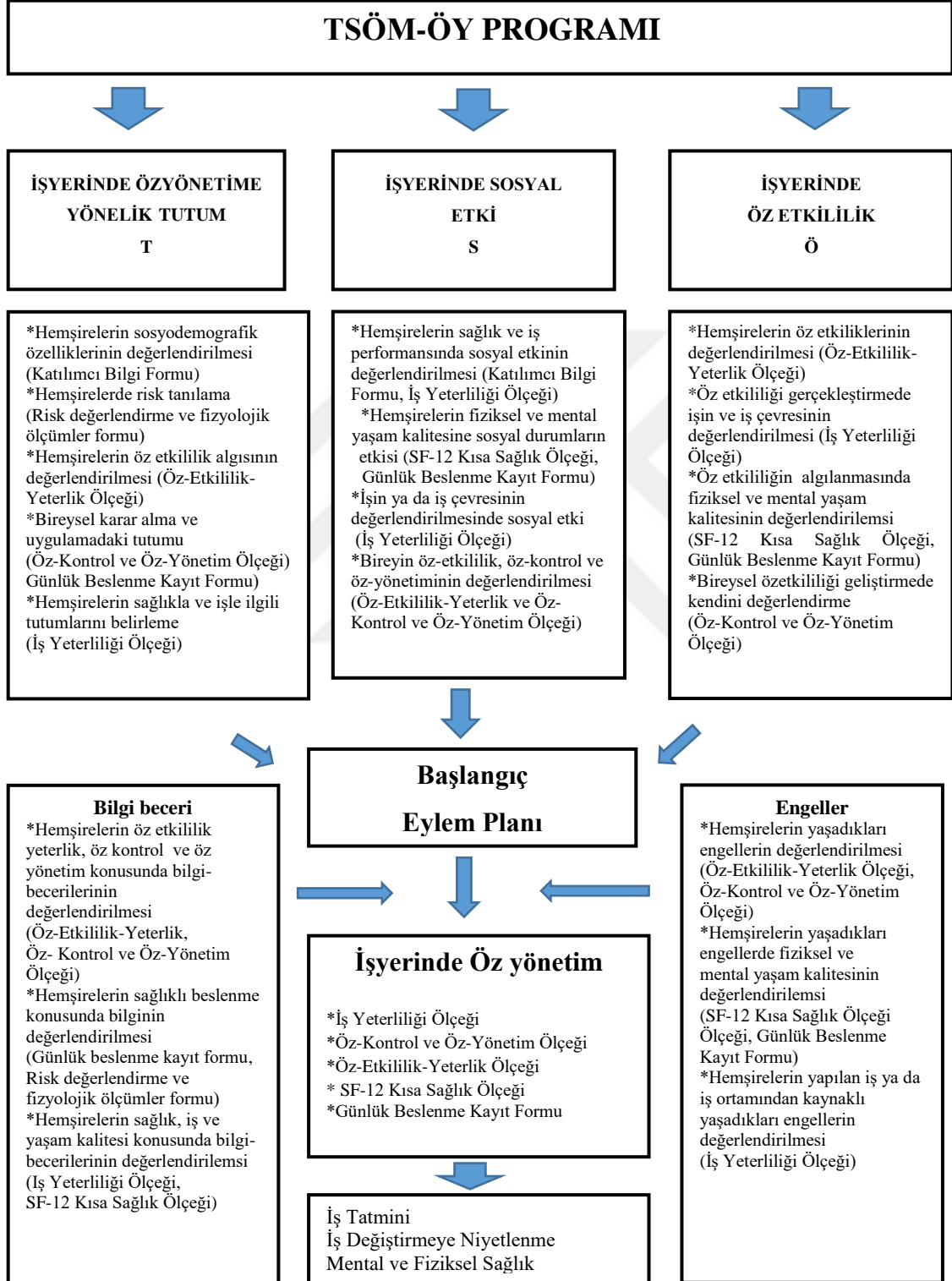


Şekil 3-2: Araştırma Akış Süreci



### 3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veri toplama araçları, TSÖM'in bileşenlerine göre belirlendi. Bu bileşenlere göre dağılımı Şekil 3-3'de gösterildi.



Şekil 3-3: TSÖM'e Göre Araştırmanın Veri Toplama Araçları

### 3.5.1. Katılımcı Bilgi Formu (Form-1)

Örneklemedeki bireylerin sosyodemografik özellikleri ve çalışma koşulları özelliklerine ilişkin bazı bilgileri elde etmek amacıyla, araştırmacılar tarafından ilgili literatürler doğrultusunda oluşturulan bu form, ‘sosyodemografik özellikler’ ve ‘çalışma koşullarına ilişkin özellikler’ olmak üzere iki bölümden ve 17 sorudan oluşmaktadır (Yüksel 2011; Almalki ve ark. 2012; Alan ve Yıldırım 2016).

### 3.5.2. Risk Değerlendirme ve Fizyolojik Ölçümler Formu (Form-2)

Bu form hemşirelerin fiziksel sağlık ile ilgili risklerini belirlemeye yönelik 8 sorudan oluşmaktadır. Bu form araştırmacı tarafından hemşirelerin boy, vücut ağırlığı, bel-kalça çevresi, kan basıncı ölçümlerinin yapıldığı ve ölçümlerin kayıt edildiği formdur. Formun devamında hemşirelerin sigara kullanma durumu, kullanıyor ise süresi, günlük içilen sigara adedini belirlemeye yönelik araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlandı (Sayan ve ark. 2009; Goetzel ve ark. 2010).

**Boy, Vücut Ağırlığı, Bel, Kalça Çevresi ve Beden Kitle İndeksi:** Araştırmacı tarafından çalışmaya katılan hemşirelerin boy, vücut ağırlığı, bel ve kalça çevresi ölçümleri fizyolojik ölçüm araçları ile ölçülerek, ölçüm sonuçları forma kaydedildi. Hemşirelerin fizyolojik ölçümleri hastane yönetimi tarafından uygun görülen ve aydınlık bir odada yapıldı.

**Kan Basıncı:** Araştırmacı tarafından bireylerin kan basıncı ölçülerek forma kaydedildi. Kan basıncı ölçme işlemi gürültüsüz ve aydınlık bir ortamda, çalışan 5 dakika dinlendirildikten ve uygun pozisyon verildikten sonra “National Heart Lung and Blood Institute” nün sınıflamasına göre değerlendirildi (NHLBI 2009).

#### **Fizyolojik ölçüm araçları:**

**Mezura ve Tartı:** Boy, bel-kalça çevresi ölçümleri standardize edilmiş iki metrelik sabit bir mezura ile ölçüldü. Vücut ağırlığı ölçümü, hemşirelere uygun olan gün ve saatte ve aç iken, kalibre edilmiş 180 kg taşıma kapasitesi ve 100 gr hassasiyeti olan dijital tartı ile yapıldı. Boy ve kilo ölçümlerine göre katılımcıların BKİ değerleri hesaplanarak forma kaydedildi. Beden Kitle İndeksi (BKİ) =  $\frac{\text{Beden ağırlığı (kg)}}{\text{Boy(m)}^2}$  formülü kullanılarak hesaplandı ve değerlendirildi.

**Tansiyon Aleti:** Bireyin kan basıncı ölçümü araştırmacı tarafından Erka Marka manşonlu tansiyon aleti ile ölçüldü.

**Sigara kullanma durumu:** Bireyin sigara kullanma durumu, kullanıyor ise ne kadar süredir sigara kullandığı ve günlük sigara kullanım adedini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Bireylere ‘‘Sigara kullanıyor musunuz?’’ sorusu ile bireylerin ‘evet ve hayır’ olarak gruplandırmalardan kendilerine en uygun kendilerine en uygun olduğunu düşündükleri seçeneği işaretlemeleri istendi. ‘‘Evet’’ cevabını veren bireylerin ne kadar süredir sigara kullandığını ay-yıl olarak ve günlük sigara kullanım adedini de direk olarak yazmaları istendi.

### 3.5.3. İş Yeterliliği Ölçeği (Form-3)

İş yeterliliği ölçeği, 1980 yılının başlarında Finlandiya’da kullanılmaya başlandı ve iş sağlığı alanında araştırma yapmak, iş ve iş çevresinden oluşan problemleri önlemek için 1998 yılında Finlandiya İş Sağlığı Enstitüsü (FIOH) üyesi bir grup çalışan, The Finnish Post Ltd. Şti. ve aynı zamanda FIOH departman yöneticisi Prof.Dr. Juhani Ilmarinen liderliğinde geliştirildi (Ilmarinen ve Tuomi 1992; Tuomi ve ark. 1998). Daha sonra Asya ve Avrupa ülkelerine yayıldı (Olajubu ve ark. 2017). İş sağlığı alanında iş yeterliliği olarak isimlendirilen yeni pozitif bir sosyal ihtiyacın olduğu aşıkardı. Çünkü Finlandiya’da emeklilik yaşı, 53’den 63’e yükseltildi, erken emeklilikte artış, işe bağlı sakatlık ve sakatlığa bağlı sağlık harcamalarında artış oldu. Bu ve çeşitli sebeplerden dolayı, iş kariyerlerinin azalması ve işe bağlı sakatlığa doğru artma gözlemlendi. Stres ve gerilim kavramı da kullanılarak bir multidisipliner çalışma grubu kuruldu ve iş yeterliliği ölçeği hazırlandı. İş Yeterliliği İndeksi, iş yeterliliğinin bireyin çalışma ortamının taleplerini algılaması ve bunlarla başa çıkma yeteneği tarafından açıklandığı varsayımlarına dayanmaktadır (Tuomi ve ark. 1998). Ölçek, 45 yaş üzeri belediye çalışanları arasında kullanılmaya başlatıldı. 1985, 1991 ve 1997’de bu çalışma tekrarlandı (Ilmarinen 2009).

İş yeterliliği ölçeği, son zamanlarda iş sağlığı alanında geniş çapta kullanılan, işle ilgili sakatlık ve erken emeklilikten kaçınmayı ve sebeplerini belirlemeye yardımcı olan tanınmış ve geçerli bir öz bildirim aracıdır (Gharibi ve ark. 2016). İş yeterliliği ölçeği, bir işçinin bireysel iş yeterliliği performansını değerlendirmeyi sağlayan geçerli bir ölçüm aracıdır. Ölçeğin temeli, iş sağlığı araştırmalarında ve bakımında pratik oluşturma temeline dayanır. Bu ölçek, bir işçinin iş yeterliliğini öz bildirimine dayalı olarak ölçer ve işle ilgili sağlık risklerini mümkün olduğunca erken teşhis etmeye yardımcı olduğu için, iş yeterliliğini artırmak ve sürdürmek için gerekli ölçümleri

bulmaya yardım eder. Erken emeklilik ve azalan iş kapasitesini önlemeyi içeren uygun eylem planları ile önlem alınır. Ölçeğe bir çok web sitesinden ulaşılabilir. Geniş çapta Avrupa'dan iş sağlığı ve güvenliği enstitülerine yayılmış ve 24 dile çevirisi yapılmıştır (Ilmarinen 2009).

İş yeterliliği ölçeğinin sonuçları, farklı epidemiyolojik çalışmalarda zayıf iş yeterliliği için mesleki ve kişisel risk faktörünün tanımlanmasında birincil sonuç değişkenleri olarak kullanılmıştır. Sorular, iş yeterliliği üzerine girişim programlarının etkisini değerlendirmek ve işten kaynaklı sakatlığı belirlemek için bir metod olarak geliştirilmiştir (Tuomi ve ark. 1997). İş yeterliliğinin kavramsal tanımı, "Günümüzde ve yakın gelecekte çalışanların ne kadar iyi oldukları ve iş talepleri, sağlık ve zihinsel kaynaklar açısından işlerini ne kadar yapabildikleri?" sorusunu temsil eder (Ilmarinen ve ark. 1997). İş yeterliliği ölçeğinde her soru farklı bir skora sahiptir. Ölçeğin final skorlaması, tüm sorulara verilen cevap puanları toplanarak bulunur. Ölçekten elde edilen sonuçlar, eyleme/harekete geçmek için uygun tavsiyeler vermeyi sağlayan bir sema sayesinde çok kolay şekilde yorumlanır. Uygun olan eylem daha sonra, iş yeterliliğinin azalmasını önlemeyi sağlamaktadır (De Zwart ve ark. 2002).

İş yeterliliği ölçeği, bireylerin iş yükü ve performansını değerlendirmek amacıyla 7 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan en düşük puan 7, en yüksek puan 49 arasında değerlendirilmektedir. Ölçek puanlama sistemine göre; 7-27; düşük iş yeterliliği, 28-36 orta iş yeterliliği, 37-43 iyi iş yeterliliği; 44-49 mükemmel iş yeterliliği olarak tanımlanır (Tuomi ve ark. 1991; De Zwart ve ark. 2002). Ölçekten alınan puana göre de bireylerin fiziksel, mental hem fiziksel hem mental kapasitelerini artırmaya yönelik girişimler yapılır. Ölçeğin araştırmada kullanılması için ölçeği geliştiren yazardan kullanım izni alınmıştır (Ek-1).

#### **3.5.4. Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği (Form-4)**

2009 yılında Mezo tarafından geliştirilen öz-kontrol ve öz yönetim ölçeğininin (ÖKYÖ) Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 2016 yılında Ercoşkun tarafından yapılmıştır. ÖKYÖ, öz-kontrol ve öz-yönetim becerilerinin genel özelliğini ölçmek için geliştirilmiş, bilişsel ve davranışçı bir yapıya sahip olan, ölçeği geliştirme aşamasında uygulanması ve değerlendirilmesi başarılı bir biçimde yapılmış bir yetişkin öz değerlendirme aracıdır (Mezo 2009; Ercoşkun 2016). ÖKYÖ, öz yönetim yapısının üç bileşenin her birini bağımsız olarak değerlendiren süreç odaklı bir ölçektir (Xue ve Sun

2011; Mezo ve Short 2012). Bu ölçeği 302 lisans öğrencisi üzerinde uygulayan Mezo (2009) ölçeğin faktör yapısını ortaya koymak için açımlayıcı faktör analizi yapmış; ölçeğin “Kendini Pekiştirme” (KP), “Kendini Değerlendirme” (KD) ve “Kendini Ayarlama” (KA) olmak üzere toplam 3 alt boyuttan oluştuğunu belirtmiştir. Kendini Ayarlama aşamasında birey bazı hedef davranışların (örneğin bir eylem, düşünce veya duygu) durumunu ve içeriğini izler; bilgilendirici uyarıcılara dikkat çeker. Kendini Değerlendirme aşamasında birey, bu davranışın içselleştirmiş standardı ile hedef davranışı karşılaştırır. İzlenen uyarıcının değerli hedeflere doğru ilerleme gösterip göstermediği konusunda bir yargıya varır. Son olarak, bu karşılaştırma ışığında birey; açık veya gizli olabilen, öz-ödül veya öz-cezayı içine alan Kendini Pekiştirme ile ilgilendirir. Yani kendine uygulanan ödül veya bunların eksikliğini içerir (Mezo 2009; Mezo ve Short 2012). KP alt boyutundaki 5 maddenin faktör yükleri .53-.73; KD alt boyutundaki 5 maddenin faktör yükleri .56-.67; KA alt boyutundaki 6 maddenin faktör yükleri ise .44-.66 arasında değişmektedir. Ölçeğin alt boyutları ile tümü arasındaki korelasyon katsayılarına bakıldığında, ölçeğin tümü ile; KP alt boyutu arasında .73, KD alt boyutu arasında .70 ve KA alt boyutu arasında .77 korelasyon değeri bulunmuştur. Ölçeğin güvenilirliği 212 lisans öğrencisiyle test-tekrar test yöntemi ile saptanmış; bunun sonucunda, ölçeğin tümü için .75, KP alt boyutu için .70, KD alt boyutu için .62 ve KA alt boyutu için .66 değerlerine ulaşılmıştır.

Öz-yönetim ve öz-kontrol becerilerinin sonuçları geribildirim döngüsünün tekrarlanıp tekrarlanmayacağını ya da hedef davranışın değişip değişmeyeceğini belirler (Kanfer ve Karoly 1972). Ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirliği; iç tutarlık ve test-tekrar test yöntemleri ile incelenmiştir. Bir fakültedeki 1006 üniversite öğrencisinden elde edilen verilerden ölçeğin iç tutarlılığını belirlemeye yönelik hesaplanan Cronbach alpha iç tutarlık katsayısı değerleri “ölçeğin tümü” için .87, “Kendini Pekiştirme” alt boyutu için .81, “Kendini Değerlendirme” alt boyutu için .73 ve “Kendini Ayarlama” alt boyutu için .80 bulunmuştur. Test-tekrar test işlemi aynı fakültenin sınıf öğretmenliği anabilim dalında öğrenim gören 159 öğrenci üzerinde 1 hafta arayla iki kez yapılmış, elde edilen güvenilirlik katsayıları güvenilirlik katsayıları “ölçeğin tümü” için  $r=.92$ ; “Kendini Ayarlama” alt boyutu için  $r=.82$ ; “Kendini Değerlendirme” alt boyutu için  $r=.73$  ve “Kendini Pekiştirme” alt boyutu için  $r=.74$  olduğundan ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik katsayısının yeterli olduğu söylenebilir (Ercoşkun 2016). 16 maddeden oluşan 6’lı (0-5) likert tipi olan ölçekten alınabilecek toplam puan 0-80 arasında

değişmektedir (Mezo 2009; Mezo ve Heiby 2011). Ölçeğin araştırmada kullanılması için yazardan kullanım izni alınmıştır (Ek-2).

### 3.5.5. Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği (Form-5)

Bandura' nın davranış üzerine etkili olduğunu düşündüğü temel kavramlardan biri olan öz etkililik-yeterlik, sosyal öğrenme kuramının en temel bileşenlerinden birisidir. Öz Etkililik-Yeterlik Ölçeği (ÖEYÖ), davranış ve davranışsal değişimleri değerlendirmek amacıyla 1982 yılında Sherer ve Maduks tarafından; Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ise 1991 yılında Gözüm ve Aksayan tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,81 olarak bulunmuştur (Gözüm ve Aksayan 1999). Bu modelde bireyin öz etkililik-yeterlik algısının sağlığı geliştiren davranışların başlatılması veya sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (Pender 1987; Palank 1991). Bu ölçek 23 sorudan oluşan 5'li likert tipi bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Her bir madde için; 1-“Beni hiç tanımlamıyor”, 2 “Beni biraz tanımlıyor”, 3 “Kararsızım”, 4 “Beni iyi tanımlıyor”, 5 “Beni çok iyi tanımlıyor” seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Her madde için verilen puan esas alınır. Ancak 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22 numaralı maddeler tersten puanlanmaktadır. 1, 3, 8, 9, 13, 15, 19, 21, 23. maddeler için verilen puan esas alınmaktadır. Ancak 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22. maddeler ters yönde puan almaktadır. Buna göre; bu ölçekten alınacak en düşük puan 23, en yüksek puan 115'tir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması, bireyin öz-etkililik-yeterlik algısının daha iyi düzeyde olduğu sonucuna varılır.

Ölçeğin dört alt grubu vardır:

1. Davranışa Başlama (DB): 2, 11, 12, 14, 17, 18, 20, 22. maddeyi,
2. Davranışı Sürdürme (DS): 4, 5, 6, 7, 10, 16, 19. maddeyi,
3. Davranışı Tamamlama (DT): 3, 8, 9, 15, 23. maddeyi
4. Engellerle Mücadele (EM): 1, 13, 21. maddeyi içermektedir.

Alt boyutların puanları ise, alt boyutu oluşturan maddelerden alınan puanların toplanması ile elde edilmektedir (Gözüm ve Aksayan 1999). Ölçeğin araştırmada kullanılması için yazardan kullanım izni alınmıştır (Ek-3).

### 3.5.6. SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği (Form-6)

Kısa Form-36 (Short Form-36; SF-36 Short Health Survey) Kısa Sağlık Ölçeği, yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Ware ve Sherbourne (1992) tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (Jenkinson ve ark. 1997). Türkçe geçerlik-güvenirliliği Koçyiğit ve ark. (1999) tarafından yapılmıştır. SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği ise, tümü SF-36'nın farklı 8 alt başlığından 12 farklı madde alınarak oluşturulmuştur (Hurst ve ark. 1998) ve SF-12, 1994 yılında geliştirilmiştir ve belirli yaş grubu veya hastalık grubuna odaklanmaksızın son dört hafta içinde bireyin yaşam kalitesini değerlendiren bir ölçektir (Sönmez ve ark. 2007). SF-12 kısa sağlık ölçeği fiziksel işlevsellik, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, duygusal rol, us sağlığı, canlılık ve sosyal işlevsellik alt bileşenlerinden oluşmaktadır (Ware ve Sherbourne 1992; Sönmez ve ark. 2007). Fiziksel işlevsellik, kişinin sağlığının bazı faaliyetleri ve birkaç kat merdiven çıkmasını kısıtlama durumunu ve kısıtlıyorsa bunun derecesini ölçmektedir. Fiziksel rol, fiziksel sağlığı nedeniyle günlük yapmak istediği işlerden daha azını yapma durumunu ve daha önce daha kolay yapabildiği faaliyetlerde kısıtlılık olup olmadığını değerlendirmektedir. Genel sağlık ve ağrı alt bileşeni, tek bir soru ile, sırasıyla "Genel olarak sağlığımız nasıl?" ve "Ağrı geçtiğimiz dört hafta boyunca normal işlerinizi yapmanıza engel oldu mu? Oldu ise ne kadar?" ile belirlenmektedir. Fiziksel işlevsellik, fiziksel rol, genel sağlık ve ağrı alt bileşenlerinden yaşam kalitesinin fiziksel alanını gösteren tek bir puan olan Fiziksel Bileşen Özet Skoru hesaplanır (Sönmez ve ark. 2007).

Duygusal rol, duygusal problemler nedeniyle günlük işlerinde yapmak istediğinden daha azını yapma durumunu ve günlük faaliyetlerini her zamanki gibi dikkatlice yapıp yapamama durumu ile belirlenir. Us sağlığı geçen dört haftanın ne kadarında çökkün ve kederli olduğu, ne kadarında sakin ve huzurlu olduğu ile değerlendirilir. Canlılık ise dört haftanın ne kadarında çok enerjisi olduğu ile sosyal işlevsellik de bedensel sağlığının ve duygusal problemlerinin sosyal faaliyetlerine ne kadar engel olduğu ile ölçülmektedir. Duygusal rol, us sağlığı, canlılık ve sosyal işlevsellik alt bileşenlerinden Ussal Bileşen Özet Skoru hesaplanır. Her alt bileşenden ve özet skordan alınabilecek puan 0-100 arasında değişmekte olup yüksek puan yaşam kalitesinin de yüksek olduğunu göstermektedir (Sönmez ve ark. 2007). Ölçeğin araştırmada kullanılması için hem yazardan kullanım izni alındı hem de OPTUM şirketi ile de ücretsiz lisans sözleşmesi imzalandı (Kose 2006)(Ek-4).

### 3.5.7. Günlük Beslenme Kayıt Formu (Form-7)

Bu form, araştırmaya katılan bireylerin son üç gün tükettikleri tüm besinlerin, besin miktarlarının üç ana ve üç ara öğün olmak üzere toplam altı öğün olarak kaydettikleri formdur. Araştırmaya katılan bireylere, son üç gün tükettikleri tüm yiyecek ve içeceklerin miktarlarını adet, sayı, gram, su ya da çay bardağı, fincan gibi standart ölçülerle nasıl kayıt edecekleri, form doldurulurken dikkat edilmesi gereken durumlar konusunda bilgi verildi. Forma, tükettikleri tüm besinleri aynı gün içinde, düzenli olarak öğünler şeklinde kayıt etmeleri istendi, formlar dağıtıldı ve bir hafta sonra geri toplandı. Bu form ile bireylerin günlük yiyecek ve içecek tüketim miktarlarına göre, günlük aldıkları enerji miktarları, vitaminler, mineraller, protein, yağ, karbonhidrat, lif ve içeceklerin tüketim miktarları Beslenme Bilgi Sistemi (BeBİS 8.0) yazılım paket programında analiz edilerek, tüm besinlerin ve miktarlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

### Besin Miktarlarının Hesaplanması (BeBİS 8.0)

Besin miktarlarının hesaplanmasında BeBİS (8.0) yazılım paket programı kullanıldı. Bu program, günlük enerjinin, makro ve mikro besin öğelerinin tüketimlerini analiz etmek ve değerlendirmek için kullanılan bir yazılım programıdır (BeBİS, 2010). Bu paket programını araştırmada kullanabilmek için, Pasifik Elektrik, Elektronik, ve Çevre Teknolojisi Ürünleri Sanayi ve Ticaret Limited şirketiyle ücret karşılığında 3 yıl süreli lisans sözleşmesi yapıldı ve şirketten programın kurulum CD'si alındı. Kurulum CD'si program bilgisayara yüklendi ve kaydedildi. Çalışmaya katılan bireylerin son üç gün tükettikleri besin ve miktarlarının kayıt edildiği günlük beslenme kayıt formu ile elde edilen veriler, BeBİS (8.0) paket programı kullanılarak değerlendirildi. Bireysel beslenme danışmanlığı, zayıflama merkezleri veya spor merkezleri, hastane ve poliklinikler, çocuk tıbbi, diyaliz merkezleri, toplu yemek hizmeti veren merkezleri ve gıda sanayisi, beslenme eğitimi, tezler ve araştırma projeleri gibi beslenmeyi içeren veya beslenme ile ilgili birçok alanda kullanılan BeBİS bilgisayar programının çeşitli versiyonları bulunmaktadır. Bu çalışmada versiyon 8.0 (Temel versiyon) kullanılmıştır. BeBİS (8.0) Türk toplumunda tüketilen besinlerin içeriğini çözümleyen bir programdır. Programda kullanılan besinler ve miktarların ölçüleri, Türk toplumu'nun besin tüketimine göre düzenlenmiştir. Diğer versiyonlardan farklı olarak, bu versiyonundaki en önemli değişiklik, veri bankasındaki besin gruplarının Türkiye'ye daha uygun hale



getirilmiştir. Bu değişim Sağlık Bakanlığı ve değerli akademisyenlerin iş birliği ile geliştirilmiştir ve Türkiye Beslenme Rehberi 2017 tarafından uygulanmıştır. Bu programa tüketilen tüm besinlerin (içecekler dahil) miktarları veri olarak girilerek, günlük tüketilen enerji, protein karbonhidrat, yağ, lif, çoklu doymamış yağ asidi, kolesterol, tiamin, riboflavin, niasin, pridoksin, folik asit, A vitamini, C vitamini, E vitamini, D vitamini, K vitamini, kalsiyum, fosfor, magnezyum, sodyum, potasyum, demir ve çinko miktarları belirlenebilmektedir (BeBİS 2010). BeBİS programı, beslenme uzmanları, akademisyenler ve araştırmacılar tarafından birçok çalışmada kullanılmaktadır (Gümüş ve ark. 2011; Arıtcı 2013; TBSA 2014, Irmak 2015).

Bireylerin son üç günlük tükettikleri tüm yiyecek ve içeceklerin kayıt edildiği günlük beslenme kayıt formlarının BeBİS (8.0) programına girilirken, veri girişi hatalarını önlemek amacıyla programı kullanmayı bilen iki uzman tarafından veri girişi tamamlandı. Programa bireylerin üç gün boyunca tükettikleri tüm besinler ana ve ara öğün olarak girilmiş, yemeklerin içerikleri ve miktarları standart yemek tarifleri kullanılarak ayrıştırıldı. Daha sonra bireylerin ortalama günlük tükettikleri enerji ortalamaları, protein, karbonhidrat, yağ, lif, vitamin ve minerallerin v.b. değerleri hesaplandı (BeBİS 2010).

### **3.6.VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİğİ**

#### **3.6.1. Katılımcı Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından ilgili literatürden araştırma yapılarak oluşturulan bu form, örneklem grubun benzer bir 15 kişilik farklı bir grupta ön değerlendirme yapıldı ve net anlaşılamayan sorular düzeltildi.

#### **3.6.2. İş Yeterliliği Ölçeği**

Çalışma öncesi, ölçeği geliştiren yazardan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapmak için izni alındı (Ek-1). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik analiz çalışması için, ölçek araştırmacı tarafından farklı bir örneklem grubuna uygulandı. Örneklem, İstanbul ilinin Fatih ilçesinde yer alan bir tıp fakültesi hastanesinde çalışan 45 yaş ve üstü hemşireler oluşturdu. Ölçek çalışmalarında örneklem veya çalışma grubunun büyüklüğü belirlenirken örneklem grubunun büyüklüğünün ölçekte yer alan madde sayısının en az 5 katı olması kuralına dikkat

edildi (Child, 2006). Ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik analizi için önerilen her bir maddeye karşılık 5-10 birey alınması koşuluna uymak sureti ile her bir madde için 7 kişi almak suretiyle toplam 49 katılımcı ile yapıldı.

### **Dil ve Kapsam Geçerliliği**

Ölçeğin Türkçe dil geçerliliğinin değerlendirilebilmek için, anadili Türkçe olan ve İngilizce eğitiminde uzman olan iki kişi tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrildi. Türkçe ölçek, İngilizce eğitmeni olan farklı iki kişi tarafından tekrar İngilizce'ye çevrildi. Ölçeğin son hali, orijinal hali karşılaştırıldı ve uygun olmayan sözcükler değiştirildi.

Uzmanlar tarafından değerlendirilen ve son hali oluşturulan ölçek, kapsam geçerliliği için üniversitelerin İş Sağlığı ile Halk Sağlığı bölümünde çalışan uzmanlara sunuldu ve uzmanların görüşleri alındı. Uzmanlar, soruların anlaşılabilirliğini, varsa anlam karmaşası yaratan sözcükleri, sözcük yapılarını ve ölçeğin kültürel uygunluğu değerlendirdi. Uzmanların İş Yeterlilik Ölçeği'ni Davis tekniğine göre, her bir maddenin anlaşılabilirliği, düzgün, doğru, açık ve net ifade olup olmadığını 1-4 puan aralığında '1 puan: uygun değil, 2 puan: biraz uygun, 3 puan: oldukça uygun (uygun ancak biraz değişiklik gerekli), 4 puan: çok uygun şeklinde değerlendirmesi istenmiş ve bu uzmanların en az %80'inin ölçek maddelerini oldukça uygun veya çok uygun şeklinde değerlendirmesi beklendi (Davis, 1992). Her bir madde değerlendirilirken 3 veya 4 numaralı seçeneği işaretleyen uzmanların sayısı, toplam uzman sayısına bölünerek her maddeye ilişkin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) elde edildi. Çalışmada elde edilen KGİ değerleri Tablo 3-1'de verildi. KGİ değerleri 0,800 ile 1,000 arasında değişmektedir. Ölçeğin geneli için elde edilen KGİ değeri ise 0,914 değeri 'mükemmel' olarak saptandı. Dolayısıyla elde edilen KGİ değerleri kabul göre 0,800 değerinden yüksek saptanarak, ölçek maddelerin dil ve kapsam geçerliği açısından uygun olduğu saptandı.

**Tablo 3-1: İş Yeterliliği Ölçeği'ne İlişkin Uzman Değerlendirme ve Kapsam Geçerliliği Sonuçları**

| Maddeler | Uygun Değil | Biraz Uygun | Oldukça Uygun | Çok Uygun | Kapsam Geçerlik İndeksi |
|----------|-------------|-------------|---------------|-----------|-------------------------|
| Madde 1  | 0           | 1           | 1             | 3         | 0,800                   |
| Madde 2  | 0           | 1           | 1             | 3         | 0,800                   |

|                |   |   |   |    |              |
|----------------|---|---|---|----|--------------|
| <b>Madde 3</b> | 0 | 0 | 1 | 4  | <b>1,000</b> |
| <b>Madde 4</b> | 0 | 1 | 0 | 4  | <b>0,800</b> |
| <b>Madde 5</b> | 0 | 0 | 1 | 4  | <b>1,000</b> |
| <b>Madde 6</b> | 0 | 0 | 1 | 4  | <b>1,000</b> |
| <b>Madde 7</b> | 0 | 0 | 2 | 3  | <b>1,000</b> |
| <b>TOPLAM</b>  | 0 | 3 | 7 | 25 | <b>0,914</b> |

*Uzman Görüşü Değerlendirmesi: (1) Uygun Değil (2) Biraz Uygun (3) Oldukça Uygun (4) Çok Uygun*  
*Kapsam Geçerlik İndeksi = (3)+(4)/Uzman Sayısı*

### İş Yeterliliği Ölçeğinin Güvenirliği

İş Yeterliliği Ölçeği madde analizi sonuçları Tablo 3-2’de verildi. Ölçeğin genel iç tutarlılık katsayısı (Cronbach’s Alpha) 0,563 ile orta derecede saptandı (Özdamar, 2001). Ölçekteki maddelerin madde-toplam korelasyon değerleri 0,031 ile 0,550 arasında değişmektedir. Maddelerin madde-toplam korelasyon değerleri, kabul görülen ve 0,500 olan korelasyon değerlerinden düşük saptandı (Özdamar, 2001). Ölçekteki maddeler ayrı ayrı silindiğinde elde edilen iç tutarlılık katsayıları (Cronbach’s Alpha) ise 0,429 ile 0,619 arasında değişmekte olup, bu değerler genel iç tutarlılık katsayısı olan 0,563’ten çok az sapma göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda herhangi bir maddenin çıkarılmasının gerek duyulmadığına karar verildi.

**Tablo 3-2: İş Yeterliliği Ölçeği Madde Analizi Sonuçları (N=60)**

| <b>Maddeler</b>  | <b>Min-<br/>Maks</b> | <b>Ort±SS<br/>(Medyan)</b> | <b>Madde-<br/>Toplam<br/>Korelasyonu</b> | <b>Madde<br/>Silindiğinde<br/>Cronbach<br/>Alpha</b> |
|--|----------------------|----------------------------|--|--|
| <b>M1:</b> Yaşam boyunca sahip olunan en iyi iş yeterlilik düzeyine kıyasla şuanda hissedilen iş yeterlilik düzeyi | 3-10                 | 7,00±1,33 (7)              | 0,278                                    | 0,531  |
| <b>M2:</b> Yapmış olunan işi sürdürmede kendisini fiziksel ve ruhsal açıdan yeterli görme düzeyi                   | 5-10                 | 7,07±1,01 (7)              | 0,550                                    | 0,429  |
| <b>M3:</b> Şuanda doktor tarafından belirlenmiş hastalık sayısı  | 2-7                  | 3,88±1,45 (4)              | 0,220                                    | 0,564  |
| <b>M4:</b> Bir hastalık nedeniyle rahatsız hissedildiğinde bu durumun iş yeterliliğini etkileme düzeyi             | 1-7                  | 3,92±1,11 (4)              | 0,410                                    | 0,476  |
| <b>M5:</b> Son bir yıl içerisinde hastalık nedeniyle işe gitmeme durumunun olması                                  | 1-5                  | 4,15±0,78 (4)              | 0,203                                    | 0,552  |

|   |     |  |       |       |
|---|-----|--|-------|-------|
| <b>M6:</b> İşe başladıktan iki yıl sonraki iş yeterlilik düzeyi değerlendirmesi   | 4-7 | 6,45±1,17 (7)                            | 0,031 | 0,619 |
| <b>M7:</b> Günlük işlerin tadını çıkararak yapıldığında, aktif ve canlı bir yaşam sürdürüldüğünü ve gelecekle ilgili iyimser olunduğunu düşünme | 1-4 | 2,78±0,80 (3)                            | 0,484 | 0,474 |
| <i>Min-Maks: Minimum-Maksimum</i>   |     | <i>Ort±SS: Ortalama ± Standart Sapma</i> |       |       |

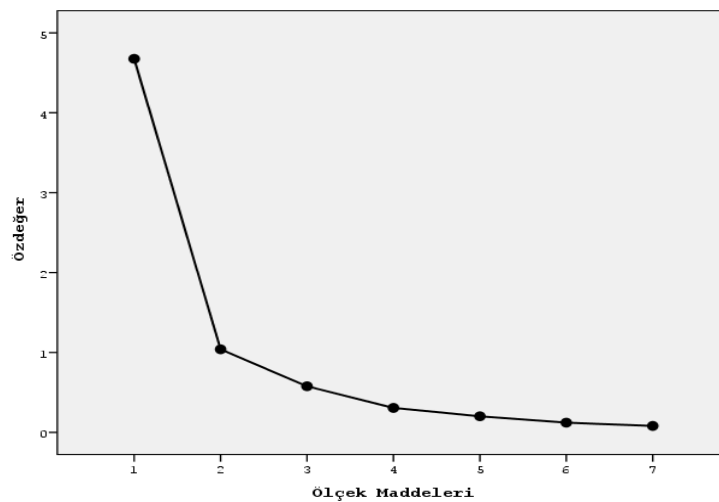
### İş Yeterliliği Ölçeğinin Yapı Geçerliliği

İş Yeterliliği Ölçeği'nin yapı geçerliğini belirlemek için Açımlayıcı faktör analizi (AFA) ve Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapıldı.

#### Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA)

İş Yeterliliği Ölçeği'nin Kaiser Mayer Olkin (KMO) örneklem yeterlilik değeri 0,573 olarak saptanmış olup, bu değer çalışma örnekleminin AFA için yeterli olduğunu göstermektedir. Barlett Sphericity testi sonucu ( $\chi^2=79,239$ ;  $df=21$ ,  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ) istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu da verilerin AFA'ya uygun olduğunu göstermektedir (Kalaycı 2010).

Yapılan AFA'da temel bileşen analizi ile faktör çıkartma yöntemi kullanıldı. AFA sonucunda ölçek tek faktör altında toplandı ve bu tek faktör toplam varyansın %51,253'ünü açıklamaktadır. Genelde varyans açıklanma yüzdesinin %50'den yüksek olması beklenir. Bu çalışma için varyansın açıklanma yüzdesi yeterli derecede yüksek bulundu.



**Şekil 3-4: Açımlayıcı Faktör Analizi Sonrası Ölçek Maddeleri İçin Elde Edilen Faktör Yapısına İlişkin Çizgi Grafiği (Scree Plot)**

AFA sonucunda ölçek maddeleri için elde edilen faktör yapısının görsel olarak gösterimi Şekil 3-4'de çizgi grafiği ile verildi. Şekil 3-4'de de görüldüğü üzere İş Yeterliliği Ölçeği maddeleri tek faktör altında toplandı. AFA sonrası ölçek maddeleri için elde edilen faktör yüklerinin dağılımı Tablo 3-3'de gösterildi. Ölçek maddeleri için elde edilen faktör yükleri 0,585 ile 0,819 arasında değişmekte olup, kabul görülen 0,500 değerinden oldukça yüksek saptandı (Kalaycı 2010).

**Tablo 3-3: Açımlayıcı Faktör Analizi Sonrası Ölçek Maddeleri İçin Elde Edilen Faktör Yüklerinin Dağılımı**

| Ölçek Maddeleri | Faktör Yüğü |
|-----------------|-------------|
| 1               | 0,618       |
| 2               | 0,819       |
| 3               | 0,585       |
| 4               | 0,735       |
| 5               | 0,739       |
| 6               | 0,769       |
| 7               | 0,730       |

#### **Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)**

AFA'da elde edilen madde-faktör yapısının doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile model uyumu test edildi. Böylece ölçeğin özgün formunun faktör yapısının, Türk örnekleminde doğrulanıp doğrulanmayacağı belirlenecektir.

DFA'da uyumlu olup olmadığı sınanan modelin yeterliğini ortaya koymak üzere pek çok uyum indeksi kullanılmaktadır. Bu çalışmada yapılan DFA için, Ki-Kare uyum testi, Normlaştırılmış Ki-Kare (NC), İyilik Uyum İndeksi (GFI), Yaklaşık Hataların Karekökü (RMSEA), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI), Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI), Görelî Uyum İndeksi (RFI) ve Artan Uyum İndeksi (IFI) uyum indeksleri incelendi. NC değeri için 2,5 ve altı mükemmel uyum değeri olarak kabul edilmektedir. GFI, CFI, NFI, RFI ve IFI indeksleri için kabul edilebilir uyum değeri 0,90 ve mükemmel uyum değeri 0,95 olarak kabul edilmektedir. RMSEA için ise 0,08 kabul edilebilir uyum ve 0,05 mükemmel uyum değeri olarak kabul edildi (Browne ve Cudeck 1993). Bu çalışmada yapılan DFA için elde edilen uyum indeksleri Tablo 3-4'de verildi.

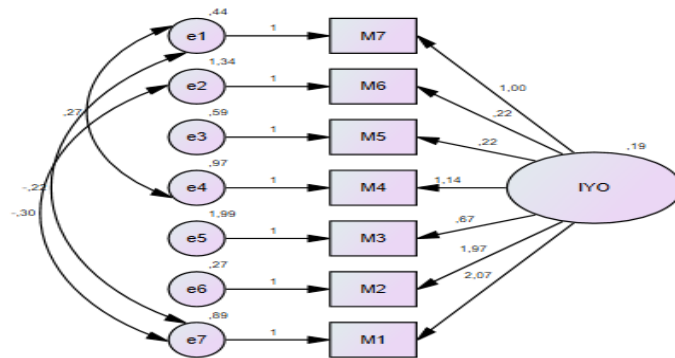
**Tablo 3-4: Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Elde Edilen Uyum İndeksleri**

|   | DFA Sonucu Elde Edilen Uyum İndeksleri |
|---|--|
| NC ( $\chi^2=8,377/sd=11$ ) (Normed Chi-Square) | 0,762                                  |
| GFI (Goodness of Fit Index)                     | 0,963                                  |
| RMSE (Root Mean Square Error of Approximation)  | 0,001                                  |
| CFI (Comparative Fit Index)                     | 1,000                                  |
| NFI (Normed Fit Index)                          | 0,900                                  |
| RFI (Relative Fit Index)                        | 0,809                                  |
| IFI (Incrimintal Fit Index)                     | 1,000                                  |

 $\chi^2$ : Ki-Kare Uyum Testi

sd: Serbestlik Derecesi

Yapılan DFA’da Türkçe formun tek faktörlü modelin uyum indeksleri incelendi. Şekil 3-5 incelendiğinde, 7 madde ve tek faktörden oluşan İş Yeterliliği Ölçeği’nin uyum indekslerinin anlamlı olduğu saptandı ( $\chi^2=8,377$ ;  $df=11$ ,  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Uyum indeksi değerleri ise  $NC=0,762$ ,  $GFI=0,963$ ,  $RMSE=0,001$ ,  $CFI=1,000$ ,  $NFI=0,900$ ,  $RFI=0,809$ ,  $IFI=1,000$  olarak bulundu. DFA analizinde 1 ile 4, 1 ile 7 ve 2 ile 7 maddeleri arasında modifikasyon yapıldı. Modifikasyon işleminden sonra modelin uyum indekslerinin ileri düzeyde iyi olduğu görüldü. Doğrulanan modele ilişkin yol diyagramı ve faktör yüklerine ilişkin bilgiler Şekil 3-5’de verildi. İş Yeterliliği Ölçeği’nin standardize tahminleri, t değerleri ve çoklu korelasyon kare değerlerine ilişkin bilgiler ise Tablo 3-5’de verildi.

**Şekil 3-5: İş Yeterliliği Ölçeği’nin Yol Diyagramı ve Faktör Yükleri**

Yol diyagramı elde edildikten sonra ilk olarak maddelerin t değerleri kontrol edilmelidir. Her madde için ‘t değeri 1,96’dan yüksek ise 0,05 düzeyinde, 2,58’den yüksek ise 0,01 düzeyinde anlamlıdır’ şeklinde yorumlanır. Model uyumunun sağlanabilmesi için tüm maddelerin t değerlerinin anlamlı çıkması gerekmektedir (Çapık, 2014). Tablo 3-5’deki t değerleri incelendiğinde tüm maddelerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p<0,05$ ). Tüm sonuçlar doğrultusunda İş Yeterliliği Ölçeği’nin Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptandı.

**Tablo 3-5: İş Yeterliliği Ölçeği’nin Standardize Tahminleri, t Değerleri ve Çoklu Korelasyon Kareleri**

| Ölçek Maddeleri | Standardize Tahminler | T     | R <sup>2</sup> |
|-----------------|-----------------------|-------|----------------|
| 1               | 0,187                 | 1,963 | 0,473          |
| 2               | 0,441                 | 4,077 | 0,728          |
| 3               | 1,333                 | 5,420 | 0,040          |
| 4               | 0,585                 | 5,415 | 0,201          |
| 5               | 0,966                 | 5,026 | 0,015          |
| 6               | 1,986                 | 5,385 | 0,007          |
| 7               | 0,894                 | 3,230 | 0,297          |

### 3.7.TUTUM SOSYAL ETKİ ÖZ ETKİLİLİK MODELİ TEMELLİ ÖZ YÖNETİM PROGRAMI

İşyeri öz yönetim programının amacı; tutum-sosyal etki- öz etkililik modeli temelli öz yönetim programının 45 yaş ve üstü hemşirelerin iş yeterliliği ve yaşam kalitesine etkisini incelemektir.

TSÖM-ÖY programı 4 aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar; ön hazırlık, girişim, izlem ve değerlendirme aşamaları şeklindedir. Programın uygulama öncesi ön hazırlık aşaması 12 ay, girişim aşaması 2 ay, izlem süresi 6 aydır. Öz yönetim programına ait 4 aşama ile ilgili ayrıntılı bilgi ve akış süreci Tablo 3-6’da gösterildi.

Deney grubundaki hemşirelere öz yönetim programı kapsamında 3 temel girişim uygulanmıştır:

1. Sağlık Eğitimleri
2. Yoga Eğitimi
3. Bireysel Beslenme Danışmanlığı

## **SAĞLIK EĞİTİMLERİ**

Sağlık eğitimleri, çalışmaya katılan deney grubundaki TSÖM-ÖY programı kapsamında bireylerin sağlık ve iyilik düzeylerinin artırılması hedeflendi. Bireylere TSÖM-ÖY programı içeriğindeki sağlık eğitimleri İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'ne ait Erol Dülgen Eğitim Salonu'nda (Mesem Salonu) gerçekleştirildi. Eğitimin içeriğini ve sürecini açıklayan bir bilgilendirme toplantısından sonra deney grubunu oluşturan bireylere, sağlık eğitimleri altı ana başlık altında ve dört oturumda yapıldı. Her bir sağlık eğitimi 40 dakika olarak planlandı.

Sağlık eğitimleri;

- 1.1.İş Yeterliliği Kavramı ile İş Performansı Artırma
- 1.2.Fiziksel Egzersizin Önemi ve Teşvik
- 1.3.Sağlıklı-Dengeli Beslenmenin Önemi ve Teşvik
- 1.4.Stres Yönetimi ve Stresle Başetme Becerileri
- 1.5.İşyerinde Karşılaşılan Sorunlarla Başetmede Öz etkililik-Yeterlik, Öz kontrol ve Öz Yönetim
- 1.6.İşyerinde Etkili İletişim Teknikleridir.

İlk oturumda bireylere; İş yeterliliği kavramı ve iş performansını artırma,

İkinci oturumda; Fiziksel egzersizin önemi ve teşvik,

Üçüncü oturumda; Sağlıklı-dengeli beslenmenin önemi ve teşvik,

Dördüncü oturumda; Stres yönetimi ve stresle başetme becerileri, işyerinde karşılaşılan sorunlarla başetmede öz etkililik-yeterlik, öz kontrol ve öz yönetim, işyerinde etkili iletişim teknikleri konusu anlatıldı.

Eğitim sonunda, deney grubu hemşirelere eğitim sunularının çıktıları verildi.



## YOGA EĞİTİMİ

Yoga eğitimi, belirli bir ücret karşılığında yoga eğitmenliği sertifikasına sahip iki eğitmen ile anlaşarak yaptırıldı. Yoga eğitiminin hedefi, çalışmaya katılan deney grubundaki bireylere TSÖM-ÖY programı kapsamında yoga yapmalarını teşvik etmek ve böylece yaşam boyu davranış değişikliği kazanmalarını sağlamaktı.

- Yoga eğitimine başlamadan önce, deney grubunda yer alan hemşireler çalıştıkları kliniklerde ziyaret edilerek, yoga eğitimine katılmaları için kendilerine uygun olan gün ve saat soruldu. Hemşirelerden alınan yanıtlara göre, bir liste oluşturuldu ve kişilerin tümüne uygun olan ortak günler ve saat belirlendi.
- Hemşirelik Hizmetleri Müdürü tarafından İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde genel cerrahi katı Gorbon C servisi yoga eğitimi için tahsis edildi.
- Yoga eğitimi için belirlenen gün, yer ve saat deney grubundaki hemşirelere sosyal paylaşım grubundan bilgi mesajı şeklinde iletildi.
- 45 yaş ve üzeri deney grubundaki hemşirelere pazartesi ve salı günleri öğle arası saat 12:00-13:00 ve iş çıkış saati 16:30-17:30 saatleri arasında günde 60 dakika olmak üzere haftada iki gün toplam dört hafta yoga eğitim programı uygulandı. Yoga eğitimi için öğlen grubuna 14, akşam grubuna da 16 hemşire katıldı.
- Deney grubundaki hemşirelere dört hafta boyunca verilen yoga eğitiminin gün ve saatine uymaları için ve evde yoga DVD'si ile eğitime devam etmeleri için telefon ile aranarak ya da sosyal paylaşım grubundan mesaj atılarak hem hatırlatma yapıldı hem de motive edilmeleri sağlandı.
- Deney grubu hemşireler, uzman yoga eğitmeni eşliğinde yoga yaparken, araştırmacı tarafından yoga eğitimleri kameraya çekildi. Daha sonra anlaşılabilirliği uygun ve görüntü kalitesi iyi olan videolar, toplamda 75 dakika olan bir DVD'ye dönüştürüldü ve deney grubundaki hemşirelere DVD'ler verilerek, haftada iki gün toplam sekiz hafta da DVD'yi izleyerek evde yoga yapmaları istendi.
- DVD'yi izleyerek evde yoga yapanlar, haftalık olarak kontrol listesine kayıt edildi. Hemşirelere, konu ile ilgili olarak istedikleri zaman araştırmacıyı telefon ile arayabilecekleri bilgisi verilerek, araştırmacının adı-soyadı ve iletişim bilgilerinin olduğu bir kart kendilerine verildi.

## BİREYSEL BESLENME DANIŞMANLIĞI

45 yaş ve üstündeki deney grubundaki hemşireler, günlük yedikleri tüm yiyecek ve içecekler üç ana, üç ara öğün şeklinde günlük beslenme kayıt formuna kayıt ettikten sonra, formlar BeBİS (8.0) programında analiz edildi. BeBİS programına göre eksik ya da fazla tüketilen besinlerin sonuç çıktıları, bireysel beslenme danışmanlığı için temel oluşturdu. Bireysel beslenme danışmanlığında hedef, 45 yaş ve üstü hemşirelerin sağlıklı ve düzenli beslenme konusunda yaşam boyu davranış değişikliği oluşturmalarını sağlamaktır.

- Deney grubu tüm hemşirelerin, girişim öncesi kan basıncı, boy, kilo, bel ve kalça çevresi ölçümleri (fizyolojik ölçümler) hastane yönetimi tarafından uygun görülen boş ve aydınlık bir odada yapıldı. Bu ölçümlere göre BKİ hesaplandı, risk değerlendirme ve fizyolojik ölçümler formuna kayıt edildi.
- Daha sonra deney grubu hemşirelere veri toplama formunda yer alan günlük beslenme kayıt formu verilerek, formun nasıl doldurulmaları gerektiği, formu doldururken dikkat edilmesi gereken hususlar detaylıca anlatıldıktan sonra, hemşirelerin son üç günlük tükettikleri tüm yiyecek ve içecekleri günde üç ana öğün, üç ara öğün şeklinde kayıt etmeleri istendi. Bir hafta sonra formlar geri toplandı.
- Formdan elde edilen bilgilere göre, deney grubundaki hemşirelerin günlük tükettikleri enerji, protein, karbonhidrat, yağ, kalsiyum, fosfor, magnezyum, sodyum, potasyum, demir, fosfor, çinko, lif miktarları ile A,B,B<sub>6</sub>,B<sub>12</sub>,C,D,E vitaminleri BeBİS (8.0) analiz programına girildi ve tüm veriler bu programda analiz edildi (BeBİS, 2010).
- BeBİS (8.0) programı analiz sonuçlarına göre hemşirelerin aldıkları tüm besinlerin miktarları ile Türkiye Beslenme Rehberi'ne göre almaları gereken miktarların karşılaştırıldığı sonuç çıktıları deney grubu hemşirelere verildi. Her bir deney grubu hemşirenin BeBİS analizi sonuç çıktılarına göre yetersiz ya da fazla tükettikleri yiyecek-içecekler program çıktıları üzerinde sarı ile renklendirildi ve program çıktıları hemşirelere verildi. Yetersiz ya da fazla tüketilen yiyecek ve içeceklerin neler olduğu, eksik tüketilen besinleri, hangi yiyeceklerden ve günlük ne kadar almaları gerektiği konusunda bireysel danışmanlık yapıldı.

Tablo 3-6: İşyeri Öz Yönetim Programı

## 1.Ön Hazırlık Aşaması

| Amaç/Hedefler   | Girişimler   | Yöntem, Araç-Gereç ve Süre   |
|---|--|--|
| *Çalışmaya katılmayı kabul eden 45 yaş ve üstü hemşirelerin belirlenmesi  | *Girişimler konusunda bilgilendirme toplantısı yapılması,  | *Genel Bilgilendirme<br>*Yüz- Yüze Görüşme   |
| *Randomizasyon – Deney ve kontrol gruplarının belirlenmesi  | *Fizyolojik ölçümlerin yapılması,<br>*Veri toplama araçlarının uygulanması,<br>*Sağlık eğitimleri için eğitim salonunun ayarlanması,<br>*Yoga eğitimi için uygun bir alanın ayarlanması, | <b>Araç-Gereçler</b><br>Bilgisayar<br>Veri toplama araçları<br>Tansiyon aleti<br>Tartı<br>Mezura<br>Kalem<br>Not defteri |
| *Öz yönetim programı kapsamında hemşirelerle görüşmek için işyerinde bir odanın ayarlanması ve araç-gereçlerin hazırlanması         | *Çalışma odası, araç ve gereçlerin temin edilmesi – ayarlanması  | <b>Süre</b><br>12 ay   |
| *Öz yönetim programının uygulanma şekli ve veri toplama araçları konusunda bilgilendirme yapmak için toplantı odasının ayarlanması, |  |  |
| *Öz yönetim programı kapsamında sağlık eğitimleri için eğitim salonunun ayarlanması,  |  |  |
| * Öz yönetim programı kapsamında yoga eğitimi için uygun bir salonun ayarlanması,   |  |  |
| *Deney grubunun fizyolojik ölçümlerin yapılması, formların verilmesi ve nasıl dolduracakları konusunda bilgilendirme yapılması,     |  |  |
| *Kontrol grubuna fizyolojik ölçümlerin yapılması, formların verilmesi ve nasıl dolduracakları konusunda bilgilendirme yapılması,    |  |  |

## 2. Girişim Aşaması

Öz yönetim programı 3 temel girişimden oluşmaktadır:

- 1.Sağlık Eğitimleri
- 2.Yoga Eğitimi
- 3.Bireysel Beslenme Danışmanlığı

### Sağlık Eğitimleri

| Eğitim Konusu  | Öğrenim Amaç ve Hedefler   | İçerik  | Yöntem, Araç, Gereç, Süre   |
|--|--|---|---|
| İş Yeterliliği Kavramı, İş Yeterliliği ve İş Performansını Artırma | <p>*İş yeterliliği kavramının tanımlanması, çalışanlar için önemi ve ilişkili faktörler ile ilgili farkındalığın artırılması,</p> <p>*İş yeterliliği kavramının çalışan sağlığı açısından öneminin kavranması,</p> <p>*İş yeterliliği kavramının geliştirilmesi ile bireylerin iş performansının artırılması,</p> <p>*İş yeterliliğine gerekli önem verilmediği takdirde oluşacak zararların kavranması,</p>   | <p>*İş yeterliliğinin tanımlanması</p> <p>*İş yeterliliğini etkileyen faktörlerin belirlenmesi</p> <p>*iş yeterliliğini etkileyen sağlık sorunları</p> <p>*İş performansını etkileyen faktörler</p> | <p>Yüz yüze görüşme</p> <p>Beyin fırtınası</p> <p>Slayt gösterimi</p> <p>Power point sunusu</p> <p>Demonstrasyon</p> <p>Beceriye uygulatma</p> <p><b>Araç –gereç</b></p> <p>Bilgisayar, projektör, Pointer,kalem,defter</p> <p>1.hafta</p> <p>40 dk</p> |
| Fiziksel Egzersizin Önemi ve Teşvik                                | <p>*Fiziksel egzersiz konusunun önemini kavraması,</p> <p>*Fiziksel egzersiz alışkanlıklarının yararlarının kavranması,</p> <p>*Fiziksel egzersiz alışkanlıklarının yararlarının kavranması,</p> <p>*Fiziksel egzersiz alışkanlıklarının ruh ve beden sağlığına ve iş gücüne katkısının kavranması,</p> <p>*Fiziksel egzersizlerin çeşidi, sıklığı, süresi konusunda bilgilendirme,</p> <p>*Kendilerine uygun olan fiziksel aktivite türlerinin belirlenebilmesinin sağlanması,</p> <p>*Düzenli fiziksel egzersiz yapmayı ve bu böylece yaşam boyu davranış değişikliği sağlamanın önemini</p> | <p>*Fiziksel egzersizin tanımı</p> <p>*Fiziksel egzersizin önemi</p> <p>*Egzersiz türleri</p> <p>*Egzersiz yapma sıklığı ve süresi</p>  | <p>Yüz yüze görüşme</p> <p>Beyin fırtınası</p> <p>Slayt gösterimi</p> <p>Power point sunusu</p> <p>Demonstrasyon</p> <p>Beceriye uygulatma</p> <p><b>Araç –gereç</b></p> <p>Bilgisayar, projektör, Pointer,kalem,defter</p> <p>2.hafta</p> <p>40 dk</p> |

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
|   | <p>kavranması,<br/>*Fiziksel egzersize gerekli önem<br/>Verilmediği takdirde oluşacak zararların kavranması,</p>   |  |   |
| Sağlıklı - Dengeli Beslenmenin Önemi ve Teşvik                                    | <p>Sağlıklı beslenme konusunun öneminin kavranması,<br/>*Sağlıklı ve dengeli beslenmenin önemi ve bu konuda yaşam boyu davranış değişikliği kazandırılması,<br/>*Günlük tüketmesi gereken besinlerin ve kalori ihtiyacının belirlenebilmesi,<br/>*Ara ve ana öğünlerde tüketmesi gereken besinleri kavraması,<br/>*Bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, sağlıklı besinleri seçmede yaşam boyu davranış değişikliği oluşturulması,<br/>*Stres ve nedenlerinin tanımlanması,<br/>*Stres ile ilişkili faktörler ile ilgili farkındalık sağlanması,<br/>*Stresin belirti ve bulgularını tanımlanması,<br/>*Stresin kısa ve uzun dönem sonuçlarının tanımlanması,<br/>Strese bağlı yaşanılacak problemlerle baştirme becerilerinin öğretilmesi ve geliştirilmesi<br/>*Strese neden olan faktörleri yönetme ve çözüme yaklaşımı kazandırılması,<br/>*Stresle baş etmeye gerekli önem verilmediği takdirde oluşacak zararların kavranması,<br/>*İş yerinde karşılaşılan sorunlarla baştirmede öz etkililik ve yeterliliğin geliştirilmesi,<br/>*Bireyin belli bir eylemi başarıyla yapma veya olayları kontrol edebilme algısının geliştirilmesi,</p> | <p>*Sağlıklı beslenmenin önemi<br/>*sağlıklı gıdaların türleri<br/>*günlük tüketilmesi gereken yiyeceklerin miktarı, türü</p> <p>*Stresin tanımlanması<br/>*Stres oluşumuna neden olan faktörler<br/>*Stres belirtilerinin tanımlanması<br/>*Stresle baş etme yöntemleri<br/>*Özetkililiğin ve yeterliliğin tanımlanması<br/>*Bireysel özetkililiğin ve yeterliliğin geliştirilmesi<br/>*İletişim türleri<br/>*Etkili iletişim için gerekenler<br/>*Etkili iletişimi engelleyen faktörler<br/>*Etkili iletişimin yararları</p> | <p>Yüz yüze görüşme<br/>Beyin fırtınası<br/>Slayt gösterimi<br/>Power point sunusu<br/>Demonstrasyon<br/>Beceriye uygulatma<br/><b>Araç –gereç</b><br/>Bilgisayar, projektör, Pointer,kalem,defter</p> <p>3.hafta<br/>40 dk</p> <p>Yüz yüze görüşme<br/>Beyin fırtınası<br/>Slayt gösterimi<br/>Power point sunusu<br/>Demonstrasyon<br/>Beceriye uygulatma<br/><b>Araç –gereç</b><br/>Bilgisayar, projektör, Pointer,kalem,defter</p> <p>4.hafta<br/>40 dk</p> |
| Stres yönetimi ve stresle baştirme becerileri,                                    |  |  |   |
| İşyerinde sorunlarla baştirmede öz etkililik-yeterlilik, öz kontrol ve öz yönetim |  |  |   |
| İşyerinde etkili iletişim teknikleri  |  |  |   |

\*Karşılaşabileceği güç durumların üstesinden gelme konusuna ilişkin düşüncelerinin geliştirilmesi,  
 \*Bir sorunla karşılaştığında sorunla başetmede kendi gücünün farkına varması,  
 \*Etkili iletişim kavramının tanımı ve yararlarının kavranması,  
 \*İş yerinde bireyler arası etkili iletişimin önemini kavranması  
 \*Etkili iletişim tekniklerinin geliştirilmesi,  
 \*Etkili iletişim süreci ve unsurlarının kavranması,  
 \*Etkili iletişimin engellerinin kavranması,  
 \*Etkili iletişim geliştirme yöntemlerinin kavranması,  
 \*Etkili iletişim şekilleri ve iletişim kanallarının seçimi.

## Yoga Eğitimi

| Girişim   | Öğrenim Amaç ve Hedefler   | İçerik  | Yöntem, Araç, Gereç, Süre  |
|---|--|---|--|
| Uzman yoga eğitmeni eşliğinde işyerinde Haftada 2 gün toplam 4 hafta, Evde DVD ile Haftada 2 gün toplam 8 hafta bireysel yoga eğitimi | <p>*Yoga eğitiminin amacının tanımlanması,<br/>           *Yoga eğitimini tanımlama ve ilişkili faktörler ile ilgili farkındalığın artırılması,<br/>           *Hemşirelerin fiziksel aktivite yapma sıklığının artırılması,<br/>           *Hemşirelerin fiziksel performanslarının geliştirilmesi,<br/>           *Hemşirelerin fiziksel, bedensel ve ruhsal sağlık düzeylerinin artırılması,<br/>           *Hemşirelerin yaşam kalitelerinin artırılması,<br/>           *Hemşirelerin işe bağlı sakatlık ve kayıpların azaltılması,<br/>           *Nefes kontrolünün sağlanması,</p> | <p>*Yoganın tanımlanması<br/>           *Yoganın insan vücuduna faydaları<br/>           *Nefes kontrolü<br/>           *Esneklik<br/>           *Bağımsızlık sisteminin kontrolü<br/>           *Ağrı kontrolü<br/>           *İş yeterliliği ve performansı</p> | <p>Yüz yüze görüşme<br/>           Demonstrasyon<br/>           Beceriyi uygulatma<br/> <b>Araç –gereç</b><br/>           Yoga matı, Bilgisayar, cep telefonu, hoparlör, mum kibrit,<br/>           kalem,defter,DVD<br/>           4 hafta<br/>           60 dk</p> |

\*Vücutun esnekliğinin artırılması  
ve kas güçlenmesinin sağlanması,  
\*Bağışıklık sisteminin  
güçlendirilmesi,  
\*Bel, boyun, sırt ağrılarının  
giderilmesi,  
\*Hemşirelerin iş yeterlilik  
düzeylerinin ve  
iş performanslarının artırılması

## Bireysel Beslenme Danışmanlığı

| Girişim   | Öğrenim Amaç ve Hedefler   | İçerik  | Yöntem, Araç, Gereç  |
|---|--|---|--|
| Sağlıklı ve dengeli beslenme konusunda bireysel beslenme danışmanlığı | <p>*Sağlıklı besinlerin neler olduğunun kavraması,<br/>*Sağlıklı besinlerin insan vücuduna öneminin kavranması,<br/>*Sağlıklı ve dengeli beslenme konusunda yaşam boyu davranış değişikliği kazandırılması,<br/>*BeBİS analiz sonuçlarına göre yetersiz ya da fazla tüketilen besinlerin belirlenmesi,<br/>*BeBİS analiz sonuçlarına göre eksik ya da fazla tüketilen besinlerin günlük alınması gereken miktarlarının kavranmasının sağlanması,<br/>*Günlük tükettikleri enerji ve besin miktarlarının yaşa ve cinsiyete göre düzenlenmesi,<br/>*Ara ve ana öğünlerde tüketilmesi gereken besinlerin öğretilmesi,<br/>*Bireyin öğünlerini düzenleme ve sağlıklı yiyecekleri seçmede davranış değişikliği oluşturulması,<br/>*Hemşirelerde düzensiz beslenmeye bağlı oluşacak hastalıkların önlenmesi,<br/>*Hemşirelerin fiziksel, bedensel ve ruhsal sağlık</p> | <p>*Sağlıklı beslenmenin önemi<br/>*Sağlıklı gıdaların türleri<br/>*Günlük tüketilmesi gereken yiyeceklerin miktarı, türü<br/>*3 ana, 3 ara öğü tüketiminin önemi<br/>*Ara öğünlerde tüketilmesi gereken besinler<br/>*Fazla tüketilen yiyeceklerden kaçınma<br/>*Yetersiz tüketilen yiyeceklerden günlük alınması gereken miktarlarının öğretilmesi<br/>*Yetersiz tüketilen besinleri hangi yiyeceklerden alacakları konusunda bilgilendirme</p> | <p>*Yüz yüze görüşme<br/>*Beyin fırtınası<br/>*Demonstrasyon<br/>*Beceriye uygulama<br/><b>Araç –gereç</b><br/>Bilgisayar,<br/>BeBİS programı analiz çıktıları, kalem,defter</p> |

---

düzeylerinin  
geliştirilmesi,  
\*Hemşirelerin yaşam kalitelerinin  
geliştirilmesi,  
\*Hemşirelerin sağlıklı ve  
dengeli beslenmeyle iş  
performanslarının ve  
yeterliliklerinin geliştirilmesi,

---





### 3. İzlem Aşaması

| Amaç/Hedefler   | Girişimler  | Yöntem, Araç-Gereç ve Süre  |
|---|---|---|
| <p>*Katılımcıların öz yönetim programına katılmasının takip edilmesi,</p> <p>*Katılımcıların, programa katılma sıklıklarının kontrol listeleri ile takip edilmesi,</p> <p>*Katılımcıların öz yönetim programını uygulama sürecinde karşılaştıkları sorunların takip edilmesi.</p> | <p>*Katılımcılara programın uygulamasını hatırlatmak için arama ya da sosyal paylaşım grubundan mesaj atmak,</p> <p>*İşyeri öz yönetim programının uygulama süresi olan 4 ay boyunca her hafta kontrol listeleri düzenlemek,</p> <p>*Katılımcıların öz yönetim programı uygulama süreci ile ilgili yaşadıkları sorunların belirlenmesi,</p> <p>*Katılımcıların öz yönetim programı uygulama sürecinde yaşadıkları sorunlara danışmanlık yapmak.</p> | <p>*Genel Bilgilendirme<br/>*Yüz-Yüze Görüşme<br/>*Beyin fırtınası<br/>*Rol Play</p> <p><b>Araç-Gereçler</b><br/>Bilgisayar<br/>Kalem<br/>Not defteri<br/>Kontrol listesi</p> <p><b>Süre</b><br/>6 ay</p> |

#### 4.Değerlendirme Aşaması

| Amaç/Hedefler  | Girişimler  | Yöntem, Araç-Gereç ve Süre  |
|--|---|---|
| *Katılımcıların öz yönetim programı uygulamasının değerlendirilmesi,       | *Kontrol listelerinin incelenmesi,  | *Genel Bilgilendirme<br>*Yüz-Yüze Görüşme<br>*Beyin fırtınası                 |
| *Katılımcılardan geri bildirimlerin alınması,                              | *Öz yönetim programına katılan bireylerin, katılma sıklıklarının analiz edilmesi,   |   |
| *Öz yönetim programına katılan tüm bireylere katılım belgesinin verilmesi, | *Katılım belgelerinin hazırlanması,   | <b>Araç-Gereçler</b><br>Bilgisayar<br>Kalem<br>Not defteri<br>Katılım belgesi |
| *Kontrol grubuna öz yönetim programı uygulama planlamasının yapılması,     | *Kontrol grubu için öz yönetim programının uygulama planının yapılması<br><br>*Kontrol grubuna beslenme danışmanlığı yapma ve yoga DVD'si dağıtma | <b>Süre</b><br>2 hafta  |

### 3.8. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Veri toplama ve proje uygulama süreci iki aşamadan oluştu.

#### 1. Araştırma projesinin uygulanmasının ön hazırlık aşaması (12 ay)

\*Araştırma projesinin uygulanacağı fakültenin yönetimine araştırmanın amacı, içeriği, veri toplama süreci ve uygulaması konusunda bilgi verildi.

\*Araştırmanın yapılacağı fakülteden etik kurul izni ve kurum izni alındı.

\*Hastanenin hemşirelik hizmetleri müdürlüğünden, kurumda çalışan hemşire sayısının, isimlerinin, yaşlarının ve iletişim bilgilerinin yer aldığı bir liste alındı. Bunların içinden çalışma evreni kriterlerine uyan kişiler belirlendi ve kriterlere uyan yeni bir liste hazırlandı.

\*Bir kamu kuruluşuna ait üniversitede çalışan ve araştırma sürecini bilmeyen iki akademisyen, çalışma evrenine ait listeden kör teknik yöntemi ile birbirlerinden bağımsız olarak 30'ar kişi seçti. Bu kişilerin, deney veya kontrol grubu olarak belirlenmesi de kura ile yapıldı.

\*Hemşirelik hizmetleri müdürü ve müdür yardımcıları ile işbirliği içerisinde hemşirelerin fizyolojik ölçümlerin yapılacağı ve hemşirelere veri toplama araçlarının nasıl doldurulacağı konusunda bilgilendirme toplantısının yapılacağı bir oda ayarlandı.

\*Hemşirelik hizmetleri müdürü ve hemşirelik hizmetleri müdür yardımcıları ile iletişime geçilerek deney grubu hemşirelerin öz yönetim programı kapsamında sağlık eğitimleri için eğitim salonu, yoga eğitimi için de uygun bir salon ayarlandı.

\*Eğitim salonu ve yoga eğitimi için belirlenen salonunun bulunduğu kliniğin sorumluları (klinik şefi, klinik eğitim sorumlusu, klinik hemşirelik hizmetleri sorumlusu) ile görüşüldü ve çalışmanın amacı, çalışmanın uygulama zamanı ve süresi ile ilgili görüşmeler yapıldı ve gerekli izinler alındı.

#### Verilerin Toplanması ve Değerlendirme Aşaması (9 ay)

\*Araştırmanın yapıldığı kurumda çalışan ve gönüllü olarak katılmayı kabul eden hemşirelerle katılımcı bilgi formu ve iş yeterliliği ölçeği'nin pilot uygulama Ekim-Kasım 2017 tarihleri arasında yapıldı.

\*Deney ve kontrol grubundaki tüm hemşirelerin uygun zaman diliminde fizyolojik ölçümler yapıldı (boy, kilo, bel ve kalça çevresi ölçümü).

\*Deney ve kontrol grubu hemşirelere veri toplama araçları verilerek, nasıl dolduracakları konusunda bilgilendirme yapıldı ve bir hafta sonra formlar geri toplandı (pre-test).

\*Deney grubu tüm hemşirelere TSÖM-ÖY programı kapsamında 4 hafta sağlık eğitimleri, uzman yoga eğitmeni eşliğinde 4 hafta yoga eğitimi, BeBİS analizi sonucuna göre 4 hafta bireysel beslenme danışmanlığı girişimi yapıldı.

\*Uzman yoga eğitmeni eşliğinde yapılan yoga eğitimleri araştırmacı tarafından kamera ile kayıt altına alındı ve daha sonra 75 dk. süren yoga DVD'si hazırlandı. Deney grubundaki tüm hemşireler, çalıştıkları servislerde ziyaret edilerek hazırlanan DVD'yi izlemeleri ve 8 hafta evde yoga yapmaları konusunda bilgilendirme yapıldı,

\*Deney grubu hemşirelere DVD'yi izleyerek evde yoga yapmaları konusunda telefonla aranarak ve sosyal paylaşım grubundan mesaj atılarak hatırlatma yapıldı,

\*DVD'yi izleyerek, evde yoga yapanlar haftalık kontrol listesine işaretlendi,

\*Tüm girişimler bittikten sonra izlem ve değerlendirmeler yapıldı,

\*Deney ve kontrol grubundaki hemşirelere girişim öncesi, girişim sonrası 1. ay ve 3. ay ölçümler yapıldı,

\*Öz yönetim programına katılan çalışanlara katılım belgeleri hazırlandı ve kendilerine verildi.

### 3.9. ARAŞTIRMA PLAN VE TAKVİMİ

Araştırmanın konu seçimi ve konunun belirlenmesi için literatür taramasına Şubat 2016 tarihinde başlandı. Tezin planlanması, konunun kabul edilmesi, kurum izni ve etik izin alınması, tez projesinin hazırlanması ve projenin kabulü Eylül 2017 tarihinde tamamlandı. Ekim 2017 tarihinde araştırma veri toplama araçlarının geçerlik ve güvenilirlik çalışması için pilot uygulama yapılarak, gerekli analizler yapıldı. Araştırmanın genel aşamaları, uygulanması, izlemi ve değerlendirilmesi Ekim 2017-Haziran 2018 tarihleri arasında yapıldı. Verilerin girişleri, analizleri ve araştırmanın raporlandırma kısmı ise Haziran 2019 tarihinde tamamlandı. Araştırma zaman çizelgesi Şekil 3-6'da gösterildi.

| YIL                               | 2016 |   |    |    | 2017 |   |   |    |    | 2018 |   |   |    | 2019 |   |
|-----------------------------------|------|---|----|----|------|---|---|----|----|------|---|---|----|------|---|
| AY                                | 2    | 6 | 10 | 12 | 2    | 4 | 8 | 10 | 12 | 2    | 5 | 9 | 12 | 2    | 6 |
| Literatür Taraması ve Konu Seçimi |      |   |    |    |      |   |   |    |    |      |   |   |    |      |   |
| Kaynak İnceleme                   |      |   |    |    |      |   |   |    |    |      |   |   |    |      |   |
| Konu Önerisi                      |      |   |    |    |      |   |   |    |    |      |   |   |    |      |   |
| Projenin Planlanması              |      |   |    |    |      |   |   |    |    |      |   |   |    |      |   |
| Etik İzin ve Onay Alınması        |      |   |    |    |      |   |   |    |    |      |   |   |    |      |   |
| Tez Projesinin Kabulü             |      |   |    |    |      |   |   |    |    |      |   |   |    |      |   |
| Ön çalışma                        |      |   |    |    |      |   |   |    |    |      |   |   |    |      |   |
| Girişim                           |      |   |    |    |      |   |   |    |    |      |   |   |    |      |   |
| Verilerin toplanması              |      |   |    |    |      |   |   |    |    |      |   |   |    |      |   |
| Verilerin girişi                  |      |   |    |    |      |   |   |    |    |      |   |   |    |      |   |
| Verilerin analizi                 |      |   |    |    |      |   |   |    |    |      |   |   |    |      |   |
| Yazım                             |      |   |    |    |      |   |   |    |    |      |   |   |    |      |   |

Şekil 3-6: Araştırma Zaman Çizelgesi

### 3.10. VERİLERİN ANALİZİ

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22, SPSS AMOS 22 (IBM SPSS, Türkiye) ve BesBiS (8.0) paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (Ortalama, Standart sapma, Frekans) kullanıldı. Ölçeğin geçerliliği için AFA ve DFA uygulandı. Güvenilirlik analizinde iç tutarlılık analizi için Cronbach alfa çözümlenmesi, madde toplam puan korelasyonu için Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Tekrar test güvenilirliği için Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı kullanıldı. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla KGİ kullanıldı. Niceliksel verilerin iki grup arası değerlendirmelerde Mann Whitney U testi kullanıldı. Girişimler arası değerlendirmelerde Friedman testi, farklılığa neden olan zamanın tespitinde ise Wilcoxon İşaretli Sıralar testi kullanıldı. Niteliksel verilerin değerlendirilmesinde Pearson Ki-Kare testi, Continuty (Yates) düzeltmesi, Fisher Tam Ki-Kare testi ve Cohran Q testi kullanıldı. Anlamlılık  $p<0,01$  ve  $p<0,05$  düzeylerinde değerlendirildi.

### 3.11. ETİK KONULAR

Çalışma öncesinde araştırmanın uygulanması için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden kurum izni alındı (**Ek-5**). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alındı (**Ek-6**). İş Yeterliliği Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması için ölçeği geliştiren uzmandan kullanım izni alındı (**Ek-1**). Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeğini (**Ek-2**), Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeğini (**Ek-3**), SF-12 Kısa Sağlık Ölçeğini (**Ek-4**) de geliştiren uzmanlardan ölçeklerin kullanım izinleri alındı. Çalışmanın yapılacağı deney ve kontrol grupları ile tek tek görüşüldü ve çalışmanın amacı, yöntemi, çalışma süreci ve süresi hakkında bilgi verildi. Anketlere isim, soy isim, kimlik numarası gibi tanımlayıcı verilerin yazılmayacağı ve çalışmaya katılımın tamamen gönüllülük esasına bağlı olduğu açıklandı. Çalışmaya katılan tüm hemşirelerin yazılı ve sözlü yazılı 'Bilgilendirilmiş Gönüllü Onamları' alındı (**Ek-7**).

### **3.12. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE SINIRLILIKLARI**

Bu çalışmanın, randomize kontrollü çalışma olması, ISRCTN alınmış olması, ön-test son-test kontrol gruplu 1.ay ve 3.ayda tekrarlayan ölçümler yapılması, BeBİS (8.0) paket programının kullanılmış olması ve uluslararası çalışmalarda bireylerde davranış değişikliği oluşturmak için kullanılan TSÖM temelli olması araştırmanın güçlü yönünü oluşturmaktadır.

Araştırmanın 3.aydan sonra devam edememesi, araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

### **3.13. ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ**

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı (ÖYP) Koordinatörlüğü tarafından desteklendi. Proje No: 175.2015-DR-35/27-43.

#### 4. BULGULAR

Çalışmanın bulguları iki bölümden oluşmaktadır.

I. DENEY VE KONTROL GRUPLARININ SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, ÇALIŞMA KOŞULLARINA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ, İŞ YETERLİLİĞİ VE YAŞAM KALİTESİ ÖZELLİKLERİ

II. TUTUM-SOSYAL ETKİ-ÖZ ETKİLİLİK MODELİ TEMELLİ ÖZ YÖNETİM PROGRAMININ İŞ YETERLİLİĞİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ





#### 4.1. DENEY VE KONTROL GRUPLARININ SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, ÇALIŞMA KOŞULLARINA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ, İŞ YETERLİLİĞİ VE YAŞAM KALİTESİ ÖZELLİKLERİ

Bu bölüm hemşirelerin sosyodemografik özellikleri, çalışma koşullarına ilişkin özellikleri ile iş yeterliliği ve yaşam kalitesine ilişkin bulgulardan oluşmaktadır.

##### 4.1.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri

Deney ve kontrol gruplarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin özellikleri Tablo 4-1’de verildi. Hemşirelerin yaşları 45 ile 59 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 47,02±3,71 yıl ve medyanı 47 yıl olan 60 hemşire ile yapıldı. Hemşirelerin tamamı kadındır. Hemşirelerin %50’si (n=30) deney, %50’si (n=30) kontrol olmak üzere iki grup altında incelendi. Gruplar arasında hemşirelere ilişkin tanımlayıcı özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Grupların hemşirelere ilişkin tanımlayıcı özellikler açısından benzerlik gösterdiği saptandı.

**Tablo 4-1: Gruplara Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi**

| Tanımlayıcı Özellikler                  |                     | Deney (n=30)    | Kontrol (n=30)  | Toplam          | İstatistik          |       |
|---|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------------|-------|
|   |                     | n (%)           | n (%)           | n (%)           | Z/χ <sup>2</sup>    | p     |
| Yaş (yıl)                               | Ort±SS<br>(Medyan)  | 46,50±4,10 (46) | 47,53±3,25 (47) | 47,02±3,70 (47) | <sup>1</sup> -1,398 | 0,162 |
|   | Evli                | 8 (%26,7)       | 8 (%26,7)       | 16 (%26,7)      |                     |       |
| Medeni durum                            | Bekar               | 18 (%60)        | 17 (%56,7)      | 35 (%58,3)      | <sup>2</sup> 0,140  | 0,933 |
|   | Boşanmış            | 4 (%13,3)       | 5 (%16,7)       | 9 (%15)         |                     |       |
| Eğitim durumu                           | Lise/ön lisans      | 2 (%6,7)        | 8 (%26,7)       | 10 (%16,7)      |                     |       |
|   | Lisans              | 14 (%46,7)      | 13 (%43,3)      | 27 (%45)        | <sup>2</sup> 4,724  | 0,094 |
|   | Lisansüstü          | 14 (%46,7)      | 9 (%30)         | 23 (%38,3)      |                     |       |
| Çocuk sahibi olma                       | Evet                | 21 (%70)        | 21 (%70)        | 42 (%70)        | <sup>2</sup> 0,001  | 1,000 |
|   | Hayır               | 9 (%30)         | 9 (%30)         | 18 (%30)        |                     |       |
| Çocuk sayısı (n=42)                     | Ort±SS<br>(Medyan)  | 1,91±0,51 (2)   | 1,71±0,72 (2)   | 1,82±0,62 (2)   | <sup>1</sup> -1,481 | 0,139 |
| Toplam çalışma süresi (yıl)             | Ort±SS<br>(Medyan)  | 24,17±6,36 (23) | 23,63±6,07 (22) | 22,90±6,17 (23) | <sup>1</sup> -0,355 | 0,722 |
| Şu anki iş yerinde çalışma süresi (yıl) | Ort±SS<br>(Medyan)  | 17,03±8,01 (17) | 19,27±8,93 (21) | 18,15±8,49 (18) | <sup>1</sup> -0,122 | 0,307 |
| Görev unvanı                            | Servis<br>hemşiresi | 23 (%76,7)      | 20 (%66,7)      | 43 (%71,7)      | <sup>2</sup> 0,328  | 0,567 |

|                     |                             |            |            |            |                    |       |
|---------------------|-----------------------------|------------|------------|------------|--------------------|-------|
|                     | <b>Yönetici<br/>hemşire</b> | 7 (%23,3)  | 10 (%33,3) | 17 (%28,3) |                    |       |
| <b>Gelir durumu</b> | <b>Çok kötü/kötü</b>        | 7 (%23,3)  | 6 (%20)    | 13 (%21,7) | <sup>2</sup> 0,001 | 1,000 |
|                     | <b>Orta/iyi</b>             | 23 (%76,7) | 24 (%80)   | 47 (%78,3) |                    |       |

<sup>1</sup>Mann Whitney U testi <sup>2</sup>Ki-Kare testi, Continuity (Yates) Düzeltmesi ve Fisher Tam Ki-Kare test

#### 4.1.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Çalışma Koşullarına İlişkin Özellikleri

Deney grubunda; hemşirelerin %13,3'ünün (n=4) dahiliye ve genel cerrahi, %10'unun (n=3) radyoloji ve tüp bebek merkezi, %6,7'sinin (n=2) çocuk hematoloji-onkoloji, gastro, göğüs servisi, kalp damar cerrahisi, kardiyoloji servisi, ortopedi, %3,3'ünün (n=1) ameliyathane, fizik tedavi, kadın doğumu ve nükleer tıp birimlerinde çalıştıkları saptandı. Kontrol grubunda; hemşirelerin %20'sinin (n=6) acil servis, dahiliye, %13,3'ünün (n=4) kadın doğum, %10'unun (n=3) ameliyathane, %6,7'sinin (n=2) beyin ve sinir cerrahisi, çocuk yoğun bakım ve nükleer tıp, %3,3'ünün (n=1) çocuk hematoloji-onkoloji, genel cerrahi, göğüs cerrahisi, KBB ve yetişkin yoğun bakım birimlerinde çalıştıkları saptandı.

Deney ve kontrol gruplarının çalışma koşullarına ilişkin özellikleri Tablo 4-2'de verildi. Deney ve kontrol grupları arasında çalışma koşullarına ilişkin özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Deney grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki çalışma koşullarına ilişkin özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı (p>0,05). Kontrol grubunda girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki çalışma koşullarına ilişkin özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4-2).

**Tablo 4-2: Girişim Öncesi, 1. Ay ve 3. Aydaki Çalışma Koşullarına İlişkin Özelliklerin Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi**

| Çalışma Koşullarına İlişkin Özellikler                            | Deney                 | Kontrol    | <sup>1</sup> $\chi^2$ | P     |       |
|---|-----------------------|------------|-----------------------|-------|-------|
|   | n (%)                 | n (%)      |                       |       |       |
| <b>İşten memnun olma</b>  | <b>Girişim öncesi</b> | 24 (%80)   | 22 (%73,3)            | 0,093 | 0,760 |
|   | <b>1.Ay</b>           | 26 (%86,7) | 23 (%76,7)            | 0,445 | 0,505 |
|   | <b>3.Ay</b>           | 24 (%80)   | 22 (%73,3)            | 0,093 | 0,760 |
|   | <sup>2</sup> $\chi^2$ | 2,667      | 0,400                 |       |       |
|   | <b>p</b>              | 0,264      | 0,819                 |       |       |
| <b>Genel sağlık durumu değerlendirme (iyi olarak belirtenler)</b> | <b>Girişim öncesi</b> | 27 (%90)   | 23 (%76,7)            | 1,920 | 0,299 |
|   | <b>1.Ay</b>           | 27 (%90)   | 22 (%73,3)            | 1,781 | 0,182 |
|   | <b>3.Ay</b>           | 27 (%90)   | 22 (%73,3)            | 1,781 | 0,182 |
|   | <sup>2</sup> $\chi^2$ | 0,001      | 1,000                 |       |       |
|   | <b>p</b>              | 1,000      | 0,607                 |       |       |

|   |                |            |            |       |       |
|---|----------------|------------|------------|-------|-------|
| Çalışılan işten ya da çalışma ortamından kaynaklı sağlık sorun yaşama | Girişim öncesi | 19 (%63,3) | 19 (%63,3) | 0,001 | 1,000 |
|   | 1.Ay           | 18 (%60)   | 20 (%66,7) | 0,072 | 0,789 |
|   | 3.Ay           | 18 (%60)   | 18 (%60)   | 0,001 | 1,000 |
|   | $\chi^2$       | 0,500      | 2,000      |       |       |
|   | p              | 0,779      | 0,368      |       |       |
| Çalışılan işin iş gücüne ya da kapasitesine uygun olduğunu düşünme    | Girişim öncesi | 24 (%80)   | 25 (%83,3) | 0,001 | 1,000 |
|   | 1.Ay           | 25 (%83,3) | 23 (%76,7) | 0,104 | 0,747 |
|   | 3.Ay           | 25 (%83,3) | 22 (%73,3) | 0,393 | 0,531 |
|   | $\chi^2$       | 1,000      | 4,667      |       |       |
|   | p              | 0,607      | 0,097      |       |       |
| Çalışma koşullarının yaşam kalitesini etkilediğini düşünme            | Girişim öncesi | 28 (%93,3) | 24 (%80)   | 2,308 | 0,254 |
|   | 1.Ay           | 28 (%93,3) | 25 (%83,3) | 1,456 | 0,228 |
|   | 3.Ay           | 29 (%96,7) | 24 (%80)   | 4,043 | 0,103 |
|   | $\chi^2$       | 2,000      | 1,000      |       |       |
|   | p              | 0,368      | 0,607      |       |       |

<sup>1</sup>Continuity (Yates) Düzeltmesi ve Fisher Tam Ki-Kare Testi

<sup>2</sup>Cohran Q Testi

#### 4.1.3. Girişim Öncesi Deney ve Kontrol Gruplarının BKİ, Bel-Kalça Çevresi, Sigara Kullanma ve Beslenme Toplam Puanlarının Gruplar Arası Değerlendirilmesi

Girişim öncesi deney ve kontrol gruplarının BKİ, bel-kalça çevresi, sigara kullanma ve beslenme toplam puanlarının gruplar arası değerlendirilmesi Tablo 4-3'de verildi. Gruplar arasında girişim öncesi toplam puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-3: Girişim Öncesi Deney ve Kontrol Gruplarının BKİ, Bel-Kalça Çevresi ve Sigara Kullanma Toplam Puanlarının Gruplar Arası Değerlendirilmesi**

| Fizyolojik Ölçümler      |                 | Deney                | Kontrol            | Z        | p     |
|--------------------------|-----------------|----------------------|--------------------|----------|-------|
|                          |                 | Ort±SS (Medyan)      | Ort±SS (Medyan)    |          |       |
| BKİ (kg/m <sup>2</sup> ) | GÖ              | 26,13±4,71 (24,47)   | 26,62±5,11 (24,95) | -0,495   | 0,620 |
| Bel çevresi (cm)         | GÖ              | 87,80±12,20 (88)     | 85,27±15,44 (80,5) | -1,112   | 0,266 |
| Kalça çevresi (cm)       | GÖ              | 107,13±13,48 (104,5) | 105,83±15,15 (104) | -0,688   | 0,491 |
|                          |                 |                      |                    | $\chi^2$ | P     |
|                          | Hiç kullanmamış | 15 (%50)             | 7 (%23,3)          |          |       |
| Sigara kullanımı         | Bırakmış        | 4 (%13,3)            | 5 (%16,7)          | 4,710    | 0,095 |
|                          | Kullanıyor      | 11 (%36,7)           | 18 (%60)           |          |       |

|         |            |            |
|---------|------------|------------|
| Nadiren | 19 (%63,3) | 23 (%76,7) |
| Bazen   | 7 (%23,3)  | 5 (%16,7)  |

#### 4.1.4. Girişim Öncesi Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği, Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği, İş Yeterliliği Ölçeği ve SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Gruplar Arası Değerlendirmesi

Girişim öncesi Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği, Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği, İş Yeterliliği Ölçeği ve SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının gruplar arası değerlendirilmesi Tablo 4-4'de verildi. Gruplar arasında girişim öncesi ölçek alt boyut ve toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-4: Girişim Öncesi Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği, Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği, İş Yeterliliği Ölçeği ve SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Gruplar Arası Değerlendirmesi**

| Ölçekler<br>(Girişim Öncesi)          | Alt Boyutlar           | Deney              | Kontrol            | Z      | p     |
|---------------------------------------|------------------------|--------------------|--------------------|--------|-------|
|                                       |                        | Ort±SS (Medyan)    | Ort±SS (Medyan)    |        |       |
| Öz-Etkililik-<br>Yeterlik<br>Ölçeği   | Davranışa başlama      | 33,2±4,07 (34,5)   | 32,8±4,39 (33)     | -0,082 | 0,935 |
|                                       | Davranış sürdürme      | 25,5±2,84 (25,5)   | 25,00±3,91 (26)    | -0,186 | 0,853 |
|                                       | Davranış tamamlama     | 19,67±2,76 (20)    | 19,43±3,30 (20)    | -0,334 | 0,738 |
|                                       | Engellerle mücadele    | 9,10±2,23 (9)      | 9,33±1,97 (9)      | -0,434 | 0,664 |
|                                       | Toplam                 | 87,47±8,73 (89,5)  | 86,57±10,9 (87)    | -0,400 | 0,689 |
| Öz-Kontrol ve<br>Öz-Yönetim<br>Ölçeği | Kendini pekiştirme     | 20,50±3,13 (20)    | 18,8±5,16 (19,5)   | -1,123 | 0,261 |
|                                       | Kendini değerlendirme  | 18,17±5,17 (17,5)  | 18,17±4,65 (17,5)  | -0,045 | 0,964 |
|                                       | Kendini ayarlama       | 24,67±5,68 (26)    | 23,40±6,29 (24)    | -1,129 | 0,259 |
|                                       | Toplam                 | 63,33±9,66 (62,5)  | 60,37±10,86 (62)   | -0,910 | 0,363 |
| İş Yeterliliği<br>Ölçeği              | Toplam                 | 35,80±4,48 (35)    | 34,70±3,70 (34)    | -0,691 | 0,490 |
| SF-12 Kısa<br>Sağlık<br>Ölçeği        | Fiziksel Bileşen Özeti | 43,36±6,2 (43,43)  | 40,27±5,97 (39,66) | -1,774 | 0,076 |
|                                       | Metal Bileşen Özeti    | 37,85±8,42 (37,68) | 39,12±7,91 (40,81) | -1,139 | 0,255 |

## **4.2. TUTUM - SOSYAL ETKİ – ÖZ ETKİLİLİK MODELİ TEMELLİ ÖZYÖNETİM PROGRAMININ İŞ YETERLİLİĞİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Bu bölüm çalışanların TSÖM-ÖY programının iş yeterliliği ve yaşam kalitesine etkisini değerlendiren bulgulardan oluşmaktadır.

### **4.2.1. Tutum-Sosyal Etki-Öz Etkililik Modeli Temelli Öz Yönetim Programının İş Yeterliliğine Etkisi**

#### **4.2.1.1. İş Yeterliliği**

Deney ve kontrol gruplarının iş yeterliliği ölçeğine ilişkin bulgular Tablo 4-5’de verildi. Deney ve kontrol grupları arasında girişim öncesi İş Yeterliliği Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Deney grubunun 1.aydaki İş Yeterliliği Ölçeği puanları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p:0046$ ;  $p<0,05$ ). Deney grubunun 3.aydaki İş Yeterliliği Ölçeği puanları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p:0001$ ;  $p<0,01$ ).

Gruplar arasında girişim öncesine göre 1.aydaki İş Yeterliliği Ölçeği puanlarında görülen değişim miktarları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Gruplar arasında girişim öncesine göre 3.aydaki İş Yeterliliği Ölçeği puanlarında görülen değişim miktarları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p:0,001$ ;  $p<0,01$ ). Deney grubunda artış görülürken, kontrol grubunda düşüş görülmektedir. Deney grubunda 1.aya göre 3.aydaki İş Yeterliliği Ölçeği puanlarında görülen artışlar, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p:0,001$ ;  $p<0,01$ ). Deney grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki İş Yeterliliği Ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p:0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığın hangi zamandan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc karşılaştırmalar sonucunda; girişim öncesine göre 1.ay ( $p:0,001$ ) ve 3.aydaki ( $p:0,001$ ) İş Yeterliliği Ölçeği puanlarında görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p<0,01$ ). Kontrol grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki İş Yeterliliği Ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-5).

**Tablo 4-5: İş Yeterliliği Ölçeği'nin Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi**

|                       | Deney           |                   | Kontrol         | Z             | p              |
|-----------------------|-----------------|-------------------|-----------------|---------------|----------------|
|                       | Ort±SS (Medyan) |                   | Ort±SS (Medyan) |               |                |
| İş Yeterliliği Ölçeği | GÖ              | 35,80±4,48 (35)   | 34,70±3,70 (34) | -0,691        | 0,490          |
|                       | 1.Ay            | 36,67±4,29 (36)   | 34,33±3,93 (34) | <b>-1,996</b> | <b>0,046*</b>  |
|                       | 3.Ay            | 38,50±5,63 (38,5) | 34,63±3,87 (35) | <b>-3,530</b> | <b>0,001**</b> |
|                       | Fark GÖ-1.Ay    | 0,87±2,89 (0)     | -0,37±3,43 (0)  | -0,878        | 0,380          |
|                       | Fark GÖ-3.Ay    | 2,70±3,56 (3)     | -0,07±2,78 (0)  | <b>-4,523</b> | <b>0,001**</b> |
|                       | Fark 1.Ay-3.Ay  | 1,83±3,47 (2)     | 0,30±2,55 (0)   | <b>-3,430</b> | <b>0,001**</b> |
|                       | $\chi^2$        | <b>31,861</b>     | 1,684           |               |                |
|                       | P               | <b>0,001**</b>    | 0,431           |               |                |

Z: Mann Whitney U Testi       $\chi^2$ : Friedman Testi      \*p<0,05      \*\*p<0,01

#### 4.2.1.2. Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim

Deney ve kontrol gruplarının öz-kontrol ve öz-yönetim ölçeğine ilişkin bulgular Tablo 4-6'da verildi. Deney ve kontrol grupları arasında girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki kendini pekiştirme alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Gruplar arasında girişim öncesine göre 1.ayda, girişim öncesine göre 3.ayda ve 1.aya göre 3.aydaki kendini pekiştirme alt boyutu puanlarında görülen değişim miktarları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Deney grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki kendini pekiştirme alt boyutu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p:0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığın hangi zamandan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc karşılaştırmalar sonucunda; girişim öncesine göre 1.aydaki kendini pekiştirme alt boyutu puanlarında görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p:0,001$ ;  $p<0,01$ ). 1.aya göre 3.aydaki kendini pekiştirme alt boyutu puanlarında görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p:0,023$ ;  $p<0,05$ ). Kontrol grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki kendini pekiştirme alt boyutu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Gruplar arasında girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki kendini değerlendirme alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Gruplar arasında girişim öncesine göre 1.ayda, girişim öncesine göre 3.ayda ve 1.aya göre 3.aydaki kendini değerlendirme alt boyutu puanlarında görülen değişim miktarları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Deney grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki kendini değerlendirme alt boyutu puanlarında

istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki kendini değerlendirme alt boyutu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Gruplar arasında girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki kendini ayarlama alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubunda girişim öncesine göre 1.aydaki kendini ayarlama alt boyutu puanlarında görülen artışlar, deney grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p:0,001$ ;  $p<0,01$ ). Gruplar arasında girişim öncesine göre 3.ayda ve 1.aya göre 3.aydaki kendini ayarlama alt boyutu puanlarında görülen değişim miktarları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Deney grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki kendini ayarlama alt boyutu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki kendini ayarlama alt boyutu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p:0,004$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığın hangi zamandan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc karşılaştırmalar sonucunda; girişim öncesine göre 1.ay ( $p:0,004$ ) ve 3.aydaki ( $p:0,046$ ) kendini ayarlama alt boyutu puanlarında görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p<0,05$ ;  $p<0,01$ ).

Gruplar arasında girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Gruplar arasında girişim öncesine göre 1.ayda, girişim öncesine göre 3.ayda ve 1.aya göre 3.aydaki Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği toplam puanlarında görülen değişim miktarları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Deney grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-6).

**Tablo 4-6: Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği'nin Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi**

| Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği ile Alt Boyutları | Deney                 |                   | Kontrol           | Z                 | p             |
|---|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------|
|   | Ort±SS (Medyan)       | Ort±SS (Medyan)   |                   |                   |               |
| Kendini pekiştirme                                | GÖ                    | 20,50±3,13 (20)   | 18,8±5,16 (19,5)  | -1,123            | 0,261         |
|   | 1.Ay                  | 18,17±4,59 (19)   | 18,33±4,79 (18)   | -0,074            | 0,941         |
|   | 3.Ay                  | 19,13±5,00 (19)   | 18,80±4,85 (19)   | -0,379            | 0,705         |
|   | Fark GÖ-1.Ay          | -2,33±3,62 (-0,5) | -0,47±7,12 (-0,5) | -1,443            | 0,149         |
|   | Fark GÖ-3.Ay          | -1,37±4,06 (0)    | 0,00±7,47 (1)     | -1,302            | 0,193         |
|   | Fark 1.Ay-3.Ay        | 0,97±2,74 (0)     | 0,47±1,74 (0)     | -1,657            | 0,097         |
|   | $\chi^2$              | <b>14,052</b>     | 1,156             |                   |               |
|   | p                     | <b>0,001**</b>    | 0,561             |                   |               |
|   | Kendini değerlendirme | GÖ                | 18,17±5,17 (17,5) | 18,17±4,65 (17,5) | -0,045        |
| 1.Ay  |                       | 18,57±4,92 (18,5) | 19,47±3,99 (20)   | -0,676            | 0,499         |
| 3.Ay  |                       | 19,77±4,49 (21)   | 19,07±4,18 (19,5) | -0,899            | 0,369         |
| Fark GÖ-1.Ay                                      |                       | 0,40±5,89 (0)     | 1,30±6,36 (0,5)   | -0,252            | 0,801         |
| Fark GÖ-3.Ay                                      |                       | 1,60±7,13 (0,5)   | 0,90±6,52 (0)     | -0,696            | 0,486         |
| Fark 1.Ay-3.Ay                                    |                       | 1,20±4,14 (0)     | -0,40±1,30 (0)    | -1,462            | 0,144         |
| $\chi^2$  |                       | 1,032             | 0,409             |                   |               |
| p   |                       | 0,597             | 0,815             |                   |               |
| Kendini ayarlama                                  |                       | GÖ                | 24,67±5,68 (26)   | 23,40±6,29 (24)   | -1,129        |
|   | 1.Ay                  | 24,87±4,45 (24)   | 26,43±3,31 (27)   | -1,433            | 0,152         |
|   | 3.Ay                  | 24,83±4,40 (24,5) | 25,77±3,31 (26,5) | -0,454            | 0,650         |
|   | Fark GÖ-1.Ay          | 0,20±3,80 (0)     | 3,03±5,99 (2)     | <b>-3,341</b>     | <b>0,001*</b> |
|   | Fark GÖ-3.Ay          | 0,17±4,95 (0)     | 2,37±6,31 (1)     | -1,734            | 0,083         |
|   | Fark 1.Ay-3.Ay        | -0,03±3,41 (0)    | -0,67±1,75 (0)    | -1,262            | 0,207         |
|   | $\chi^2$              | 2,548             | <b>11,152</b>     |                   |               |
|   | p                     | 0,280             | <b>0,004**</b>    |                   |               |
|   | Toplam                | GÖ                | 63,33±9,66 (62,5) | 60,37±10,86 (62)  | -0,910        |
| 1.Ay  |                       | 61,60±9,71 (61,5) | 64,23±9,43 (66,5) | -1,436            | 0,151         |
| 3.Ay  |                       | 63,73±9,67 (65)   | 63,63±9,52 (64,5) | -0,074            | 0,941         |
| Fark GÖ-1.Ay                                      |                       | -1,73±8,19 (-2)   | 3,87±13,01 (4,5)  | -1,857            | 0,057         |
| Fark GÖ-3.Ay                                      |                       | 0,40±10,60 (0,5)  | 3,27±13,59 (4)    | -1,296            | 0,195         |
| Fark 1.Ay-3.Ay                                    |                       | 2,13±7,37 (0)     | -0,60±2,79 (0)    | -1,918            | 0,054         |
| $\chi^2$  |                       | 2,940             | 6,000             |                   |               |
| p   |                       | 0,230             | 0,052             |                   |               |

Z: Mann Whitney U Testi

$\chi^2$ : Friedman Testi

\*\*p<0,01

#### 4.2.1.3. Öz-Etkililik-Yeterlik Algısı

Deney ve kontrol gruplarının öz-etkililik-yeterlik algısına ilişkin bulgular Tablo 4-7'de verilmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki davranışa başlama alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Gruplar arasında girişim öncesine göre 1.ayda, girişim öncesine



göre 3.ayda ve 1.aya göre 3.aydaki davranışa başlama alt boyutu puanlarında görülen değişim miktarları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Deney grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki davranışa başlama alt boyutu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki davranışa başlama alt boyutu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Gruplar arasında girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki davranışı sürdürme alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Gruplar arasında girişim öncesine göre 1.ayda, girişim öncesine göre 3.ayda ve 1.aya göre 3.aydaki davranışı sürdürme alt boyutu puanlarında görülen değişim miktarları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Deney grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki davranışı sürdürme alt boyutu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p:0,004$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığın hangi zamandan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc karşılaştırmalar sonucunda; girişim öncesine göre 1.ay ( $p:0,003$ ) ve 3.aydaki ( $p:0,001$ ) davranışı sürdürme alt boyutu puanlarında görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p<0,01$ ). Kontrol grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki davranışı sürdürme alt boyutu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p:0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığın hangi zamandan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc karşılaştırmalar sonucunda; girişim öncesine göre 1.ay ( $p:0,008$ ) ve 3.aydaki ( $p:0,018$ ) davranışı sürdürme alt boyutu puanlarında görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p<0,05$ ;  $p<0,01$ ).

Gruplar arasında girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki davranışı tamamlama alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Gruplar arasında girişim öncesine göre 1.ayda, girişim öncesine göre 3.ayda ve 1.aya göre 3.aydaki davranışı tamamlama alt boyutu puanlarında görülen değişim miktarları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Deney grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki davranışı tamamlama alt boyutu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki davranışı tamamlama alt boyutu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Gruplar arasında girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki engellerle mücadele alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Gruplar arasında girişim öncesine göre 1.ayda, girişim öncesine göre 3.ayda ve 1.aya göre 3.aydaki engellerle mücadele alt boyutu puanlarında görülen değişim miktarları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Deney grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki engellerle mücadele alt boyutu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki engellerle mücadele alt boyutu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Gruplar arasında girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Gruplar arasında girişim öncesine göre 1.ayda, girişim öncesine göre 3.ayda ve 1.aya göre 3.aydaki Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği toplam puanlarında görülen değişim miktarları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Deney grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-7).

**Tablo 4-7: Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği'nin Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi**

| ÖEYÖ ve Alt Boyutları | Deney           | Kontrol           | Z                 | P      |       |
|-----------------------|-----------------|-------------------|-------------------|--------|-------|
|                       | Ort±SS (Medyan) | Ort±SS (Medyan)   |                   |        |       |
| Davranışa başlama     | GÖ              | 33,2±4,07 (34,5)  | 32,8±4,39 (33)    | -0,082 | 0,935 |
|                       | 1.Ay            | 32,37±4,72 (31,5) | 33,1±4,7 (35)     | -0,778 | 0,436 |
|                       | 3.Ay            | 32,13±3,88 (31)   | 32,2±4,92 (34)    | -0,489 | 0,625 |
|                       | Fark GÖ-1.Ay    | -0,83±2,57 (0)    | 0,3±6,28 (0)      | -1,463 | 0,144 |
|                       | Fark GÖ-3.Ay    | -1,07±4,11 (-1,5) | -0,6±6,75 (0)     | -0,644 | 0,519 |
|                       | Fark 1.Ay-3.Ay  | -0,23±3,38 (0)    | -0,9±2,35 (0)     | -0,498 | 0,618 |
|                       | $\chi^2$        | 4,041             | 1,357             |        |       |
|                       | p               | 0,133             | 0,507             |        |       |
| Davranışı sürdürme    | GÖ              | 25,5±2,84 (25,5)  | 25,00±3,91 (26)   | -0,186 | 0,853 |
|                       | 1.Ay            | 27,43±4,28 (27)   | 28,50±4,52 (30)   | -1,053 | 0,292 |
|                       | 3.Ay            | 28,27±3,69 (28)   | 28,13±4,58 (29,5) | -0,185 | 0,853 |
|                       | Fark GÖ-1.Ay    | 1,93±3,49 (2,5)   | 3,50±6,65 (4)     | -1,880 | 0,060 |
|                       | Fark GÖ-3.Ay    | 2,77±3,52 (2)     | 3,13±6,69 (4)     | -0,853 | 0,394 |
|                       | Fark 1.Ay-3.Ay  | 0,83±3,29 (0)     | -0,37±1,87 (0)    | -1,094 | 0,274 |
|                       | $\chi^2$        | <b>10,887</b>     | <b>18,422</b>     |        |       |
|                       | p               | <b>0,004**</b>    | <b>0,001**</b>    |        |       |

|                     |                |                   |                 |        |       |
|---------------------|----------------|-------------------|-----------------|--------|-------|
| Davranış tamamlama  | GÖ             | 19,67±2,76 (20)   | 19,43±3,3 (20)  | -0,334 | 0,738 |
|                     | 1.Ay           | 18,43±3,5 (17,5)  | 18,63±3,55 (19) | -0,684 | 0,494 |
|                     | 3.Ay           | 18,87±3,1 (18,5)  | 18,53±3,68 (19) | -0,179 | 0,858 |
|                     | Fark GÖ-1.Ay   | -1,23±3,28 (0)    | -0,8±5,24 (0)   | -0,787 | 0,431 |
|                     | Fark GÖ-3.Ay   | -0,8±3,57 (-2)    | -0,9±5,35 (0)   | -0,312 | 0,755 |
|                     | Fark 1.Ay-3.Ay | 0,43±3,36 (0)     | -0,1±0,88 (0)   | -1,104 | 0,270 |
|                     | $\chi^2$       | 5,333             | 0,356           |        |       |
|                     | p              | 0,052             | 0,837           |        |       |
| Engellerle mücadele | GÖ             | 9,1±2,23 (9)      | 9,33±1,97 (9)   | -0,434 | 0,664 |
|                     | 1.Ay           | 8,5±2,6 (8,5)     | 9,17±2,18 (10)  | -1,375 | 0,169 |
|                     | 3.Ay           | 9,17±2,65 (8)     | 9,03±2,3 (10)   | -0,090 | 0,929 |
|                     | Fark GÖ-1.Ay   | -0,6±2,03 (0)     | -0,17±2,87 (0)  | -0,492 | 0,623 |
|                     | Fark GÖ-3.Ay   | 0,07±2,84 (0,5)   | -0,3±2,84 (0)   | -0,559 | 0,576 |
|                     | Fark 1.Ay-3.Ay | 0,67±2,34 (0)     | -0,13±1,14 (0)  | -0,917 | 0,359 |
|                     | $\chi^2$       | 0,848             | 0,243           |        |       |
|                     | p              | 0,654             | 0,885           |        |       |
| Toplam              | GÖ             | 87,47±8,73 (89,5) | 86,57±10,9 (87) | -0,400 | 0,689 |
|                     | 1.Ay           | 86,73±11,46 (84)  | 89,4±12,06 (91) | -1,154 | 0,248 |
|                     | 3.Ay           | 88,43±10,01 (87)  | 87,9±12,15 (90) | -0,266 | 0,790 |
|                     | Fark GÖ-1.Ay   | -0,73±7,89 (1)    | 2,83±17,81 (4)  | -1,892 | 0,058 |
|                     | Fark GÖ-3.Ay   | 0,97±9,35 (1)     | 1,33±17,83 (3)  | -0,518 | 0,605 |
|                     | Fark 1.Ay-3.Ay | 1,7±8,5 (1)       | -1,5±4,48 (0)   | -1,843 | 0,052 |
|                     | $\chi^2$       | 1,625             | 5,183           |        |       |
|                     | p              | 0,444             | 0,075           |        |       |

Z: Mann Whitney U Testi

 $\chi^2$ : Friedman Testi

\*\*p&lt;0,01

## 4.2.2. Tutum-Sosyal Etki-Öz Etkililik Modeli Temelli Öz Yönetim Programının Yaşam Kalitesine Etkisi

### 4.2.2.1. SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği

Deney ve kontrol gruplarının yaşam kalitesi ilişkin bulgular Tablo 4-8'de verilmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki fiziksel bileşen özeti puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Gruplar arasında girişim öncesine göre 1.ayda, girişim öncesine göre 3.ayda ve 1.aya göre 3.aydaki fiziksel bileşen özeti puanlarında görülen değişim miktarları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Deney grubunda girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki fiziksel bileşen özeti puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol

grubunda girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki fiziksel bileşen özeti puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Gruplar arasında girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki mental bileşen özeti puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Gruplar arasında girişim öncesine göre 1.ayda, girişim öncesine göre 3.ayda ve 1.aya göre 3.aydaki mental bileşen özeti puanlarında görülen değişim miktarları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Deney grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki mental bileşen özeti puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki mental bileşen özeti puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-8).

**Tablo 4-8: SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği'nin Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi**

| Yaşa Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları | Deney                |                    | Kontrol             | Z                  | p      |       |
|------------------------------------|----------------------|--------------------|---------------------|--------------------|--------|-------|
|                                    | Ort±SS (Medyan)      | Ort±SS (Medyan)    | Ort±SS (Medyan)     |                    |        |       |
| Fiziksel Bileşen Özeti             | GÖ                   | 43,36±6,2 (43,43)  | 40,27±5,97 (39,66)  | -1,774             | 0,076  |       |
|                                    | 1.Ay                 | 43,58±6,84 (45,7)  | 45,2±8,82 (47,34)   | -0,591             | 0,554  |       |
|                                    | 3.Ay                 | 42,01±4,85 (41,76) | 43,58±7,67 (45,08)  | -0,931             | 0,352  |       |
|                                    | Fark GÖ-1.Ay         | 0,22±4,39 (0)      | 4,93±9,91 (5,22)    | -1,785             | 0,074  |       |
|                                    | Fark GÖ-3.Ay         | -1,35±6,65 (-2,7)  | 3,31±10,27 (4,11)   | -1,885             | 0,059  |       |
|                                    | Fark 1.Ay-3.Ay       | -1,57±7,94 (-2,29) | -1,62±11,98 (1)     | -0,266             | 0,790  |       |
|                                    | $\chi^2$             | 2,113              | 3,467               |                    |        |       |
|                                    | p                    | 0,348              | 0,177               |                    |        |       |
|                                    | Mental Bileşen Özeti | GÖ                 | 37,85±8,42 (37,68)  | 39,12±7,91 (40,81) | -1,139 | 0,255 |
|                                    |                      | 1.Ay               | 37,87±7,56 (38,96)  | 37,5±5,79 (37,55)  | -0,702 | 0,482 |
| 3.Ay                               |                      | 39,95±8,14 (40,96) | 38,62±6,36 (37,94)  | -1,101             | 0,271  |       |
| Fark GÖ-1.Ay                       |                      | 0,03±6,88 (0)      | -1,62±9,55 (-1,33)  | -0,937             | 0,349  |       |
| Fark GÖ-3.Ay                       |                      | 2,1±12,03 (1,92)   | -0,50±11,11 (-2,59) | -1,264             | 0,206  |       |
| Fark 1.Ay-3.Ay                     |                      | 2,08±11,41 (1,93)  | 1,11±9,81 (0,25)    | -0,532             | 0,595  |       |
| $\chi^2$                           |                      | 2,792              | 0,800               |                    |        |       |
| p                                  |                      | 0,248              | 0,670               |                    |        |       |

Z: Mann Whitney U Testi

$\chi^2$ : Friedman Testi

#### 4.2.2.2. Sigara Kullanma Durumu

Deney ve kontrol gruplarının sigara kullanma durumuna ilişkin bulgular Tablo 4-9'da verilmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki

sigara kullanım durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubunun girişim öncesi günlük sigara kullanım adedi, deney grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p:0,003$ ;  $p<0,01$ ). Kontrol grubunun 1.aydaki günlük sigara kullanım adedi, deney grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p:0,003$ ;  $p<0,01$ ). Kontrol grubunun 3.aydaki günlük sigara kullanım adedi, deney grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p:0,012$ ;  $p<0,05$ ). Deney grubunda; girişim öncesi 1.ay ve 3.aydaki sigara kullanım süreleri ve günlük sigara kullanım adedi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubunda; girişim öncesi 1.ay ve 3.aydaki sigara kullanım süreleri ve günlük sigara kullanım adedi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-9).

**Tablo 4-9: Gruplara Göre Girişim Öncesi, 1. Ay ve 3. Aydaki Sigara Kullanımına İlişkin Özelliklerinin Değerlendirilmesi**

| Sigara Kullanımına İlişkin Özellikler |                 | Deney           | Kontrol           | $\chi^2$ | p       |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|----------|---------|
|                                       |                 | n (%)           | n (%)             |          |         |
| GÖ kullanımı                          | Hiç kullanmamış | 15 (%50)        | 7 (%23,3)         | 4,710    | 0,095   |
|                                       | Sigara Bırakmış | 4 (%13,3)       | 5 (%16,7)         |          |         |
|                                       | Kullanıyor      | 11 (%36,7)      | 18 (%60)          |          |         |
| 1.Ay sigara kullanımı                 | Hiç kullanmamış | 16 (%53,3)      | 9 (%30)           | 3,650    | 0,161   |
|                                       | Bırakmış        | 3 (%10)         | 3 (%10)           |          |         |
|                                       | Kullanıyor      | 11 (%36,7)      | 18 (%60)          |          |         |
| 3.Ay Sigara Kullanımı                 | Hiç kullanmamış | 15 (%50)        | 9 (%30)           | 4,386    | 0,117   |
|                                       | Bırakmış        | 5 (%16,7)       | 3 (%10)           |          |         |
|                                       | Kullanıyor      | 10 (%33,3)      | 18 (%60)          |          |         |
|                                       |                 | Ort±SS (Medyan) | Ort±SS (Medyan)   | Z        | p       |
| Günlük Sigara kullanım adeti (n=29)   | GÖ              | 6,55±4,27 (6)   | 14,94±8,34 (12,5) | -3,019   | 0,003** |
|                                       | 1.Ay            | 6,64±4,76 (6)   | 15,22±8,25 (15)   | -2,974   | 0,003** |
|                                       | 3.Ay            | 7,40±4,53 (6,5) | 14,63±8,42 (15)   | -2,517   | 0,012*  |
|                                       | $\chi^2$        | 3,000           | 0,001             |          |         |
|                                       | p               | 0,223           | 1,000             |          |         |

$\chi^2$ : Ki-Kare Testi

$\chi^2$ : Fridman Testi

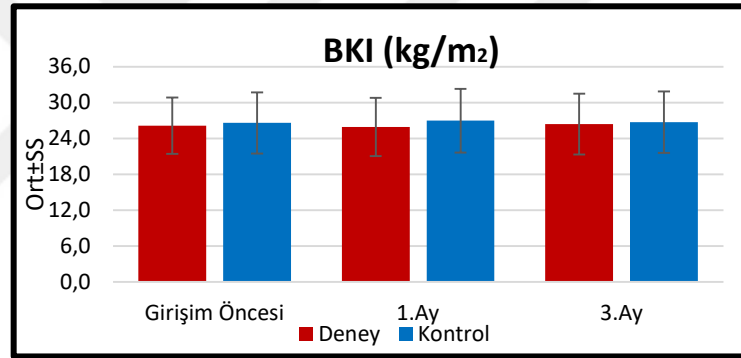
Z: Mann Whitneu U Testi

\* $p<0,05$

\*\* $p<0,05$

#### 4.2.2.3. Beden Kitle İndeksi ve Bel-Kalça Ölçümü

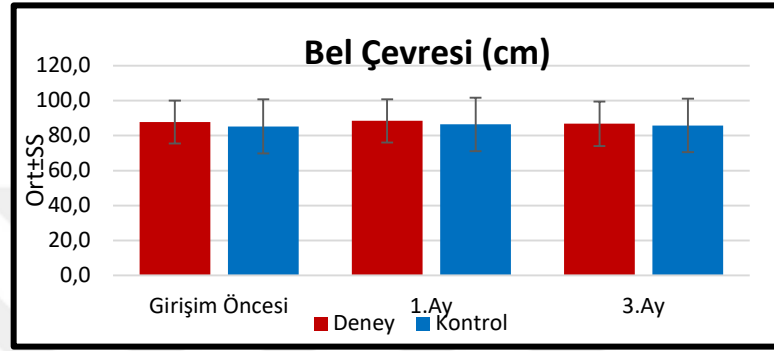
Deney ve kontrol gruplarının BKİ, bel ve kalça ölçümüne ilişkin bulgular Tablo 4-10'da verilmiştir. Deney ve kontrol gruplarının beden kitle indeksi değişimleri Şekil 4-1'de verilmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki beden kitle indeksi ölçümleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Gruplar arasında girişim öncesine göre 1.ayda, girişim öncesine göre 3.ayda ve 1.aya göre 3.aydaki beden kitle indeksi ölçümlerinde görülen değişim miktarları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Deney grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki beden kitle indeksi ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki beden kitle indeksi ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ )(Tablo 4-10).



Şekil 4-1: Deney ve Kontrol Gruplarının Beden Kitle İndeksi Değişimleri

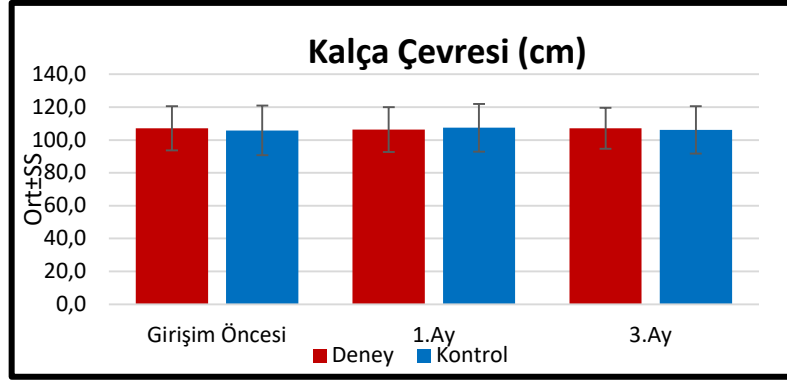
Deney ve kontrol gruplarının bel çevresi değişimleri Şekil 4-2'de verildi. Gruplar arasında girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki bel çevresi ölçümleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubunda girişim öncesine göre 1.aydaki bel çevresi ölçümlerinde görülen artışlar, deney grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p:0,006$ ;  $p<0,01$ ). Deney grubunda girişim öncesine göre 3.aydaki bel çevresi ölçümlerinde düşüş görülürken, kontrol grubundan girişim öncesine göre 3.aydaki bel çevresi ölçümlerinde artış görüldü ve bu değişim miktarları istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p:0,001$ ;  $p<0,01$ ). Deney grubunda 1.aya göre 3.aydaki bel çevresi ölçümlerinde görülen düşüşleri kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p:0,003$ ;  $p<0,01$ ). Deney grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki bel çevresi ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p:0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığın hangi zamandaki ölçümden kaynaklandığını

saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc karşılaştırmalar sonucunda; girişim öncesine göre 3.aydaki bel çevresi ölçümlerinde görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p:0,033$ ;  $p<0,05$ ). 1.aya göre 3.aydaki bel çevresi ölçümlerinde görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p:0,017$ ;  $p<0,05$ ). Kontrol grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki bel çevresi ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ ).



**Şekil 4-2: Deneysel ve Kontrol Gruplarının Bel Çevresi Değişimleri**

Deneysel ve kontrol gruplarının kalça çevresi değişimleri Şekil 4-3'de verildi. Gruplar arasında girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki kalça çevresi ölçümleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Deneysel grupta girişim öncesine göre 1.aydaki kalça çevresi ölçümlerinde düşüş görülürken, kontrol grubundan girişim öncesine göre 1.aydaki kalça çevresi ölçümlerinde artış görüldü ve bu değişim miktarları istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p:0,012$ ;  $p<0,05$ ). Deneysel grupta girişim öncesine göre 3.aydaki kalça çevresi ölçümlerinde düşüş görülürken, kontrol grubundan girişim öncesine göre 3.aydaki kalça çevresi ölçümlerinde artış görüldü ve bu değişim miktarları istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p:0,017$ ;  $p<0,05$ ). Gruplar arasında 1.aya göre 3.aydaki kalça çevresi ölçümlerinde görülen değişim miktarları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Deneysel grupta; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki kalça çevresi ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubunda; girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki kalça çevresi ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı ( $p>0,05$ ).



Şekil 4-3: Deney ve Kontrol Gruplarının Kalça Çevresi Değişimleri

Tablo 4-10: Girişim Öncesi, 1. Ay ve 3. Aydaki Fizyolojik Ölçümlerin Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi

| Fizyolojik Ölçümler      | Deney                       | Kontrol              | <sup>1</sup> Z     | p             |                |
|--------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|---------------|----------------|
|                          | Ort±SS (Medyan)             | Ort±SS (Medyan)      |                    |               |                |
| BKI (kg/m <sup>2</sup> ) | GÖ                          | 26,13±4,71 (24,47)   | 26,62±5,11 (24,95) | -0,495        | 0,620          |
|                          | 1.Ay                        | 25,93±4,85 (24,09)   | 26,98±5,34 (25,07) | -0,917        | 0,359          |
|                          | 3.Ay                        | 26,41±5,08 (24,71)   | 26,74±5,14 (24,92) | -0,288        | 0,773          |
|                          | Fark GÖ-1.Ay                | -0,20±1,07 (0)       | 0,36±2,06 (0)      | -1,849        | 0,064          |
|                          | Fark GÖ-3.Ay                | 0,28±2,33 (-0,36)    | 0,12±2,46 (0)      | -1,766        | 0,077          |
|                          | Fark 1.Ay-3.Ay              | 0,48±2,29 (0)        | -0,25±1,27 (0)     | -0,573        | 0,567          |
|                          | <sup>2</sup> χ <sup>2</sup> | 5,229                | 0,875              |               |                |
| p                        | 0,073                       | 0,646                |                    |               |                |
| Bel çevresi (cm)         | GÖ                          | 87,80±12,20 (88)     | 85,27±15,44 (80,5) | -1,112        | 0,266          |
|                          | 1.Ay                        | 88,47±12,33 (88)     | 86,43±15,33 (84)   | -0,926        | 0,354          |
|                          | 3.Ay                        | 86,83±12,70 (85,5)   | 85,83±15,23 (82,5) | -0,763        | 0,445          |
|                          | Fark GÖ-1.Ay                | 0,67±5,96 (0)        | 1,17±4,91 (0)      | <b>-2,735</b> | <b>0,006**</b> |
|                          | Fark GÖ-3.Ay                | -0,97±5,71 (-2)      | 0,57±6,04 (0)      | <b>-3,997</b> | <b>0,001**</b> |
|                          | Fark 1.Ay-3.Ay              | -1,63±7,35 (-1)      | -0,60±3,30 (0)     | <b>-2,973</b> | <b>0,003**</b> |
|                          | <sup>2</sup> χ <sup>2</sup> | <b>19,553</b>        | 2,333              |               |                |
| p                        | <b>0,001**</b>              | 0,311                |                    |               |                |
| Kalça çevresi (cm)       | GÖ                          | 107,13±13,48 (104,5) | 105,83±15,15 (104) | -0,688        | 0,491          |
|                          | 1.Ay                        | 106,40±13,60 (104)   | 107,47±14,52 (105) | -0,222        | 0,824          |
|                          | 3.Ay                        | 107,07±12,47 (108)   | 106,13±14,41 (104) | -0,675        | 0,500          |
|                          | Fark GÖ-1.Ay                | -0,73±2,74 (0)       | 1,63±6,39 (0)      | <b>-2,524</b> | <b>0,012*</b>  |
|                          | Fark GÖ-3.Ay                | -0,07±6,74 (-1)      | 0,30±8,11 (0)      | <b>-2,381</b> | <b>0,017*</b>  |
|                          | Fark 1.Ay-3.Ay              | 0,67±6,18 (-0,5)     | -1,33±4,71 (0)     | -0,834        | 0,404          |
|                          | <sup>2</sup> χ <sup>2</sup> | 7,102                | 4,333              |               |                |
| p                        | 0,053                       | 0,115                |                    |               |                |
| p                        | <b>0,037*</b>               | 0,368                |                    |               |                |

<sup>1</sup>Mann Whitney U Testi

<sup>2</sup>Friedman Testi

\*p<0,05

\*\*p<0,01

GÖ: Girişim

Öncesi



#### 4.2.2.4. Yoga

Deney grubunun girişim öncesi, 1.ay ve 3.ay yoga yapma sıklıkları Tablo 4-11'de verildi. Deney grubu hemşirelerin girişim öncesi hiç yoga yapmadığı, 1.ayda deney grubunun tümünün 8 kez yoga yaptığı saptandı. 3.ayda ise %6,7'sinin (n=2) 6 kez, %26,7'sinin (n=8) 8 kez, %33,3'ünün (n=10) 10 kez, %23,3'ünün (n=7) 12 kez ve %10'unun (n=3) 14 kez yoga yaptığı saptandı. Kontrol grubu hemşirelerin hiç yoga yapmadığı saptandı.

**Tablo 4-11: Deney Grubunun Girişim Öncesi, 1.Ay ve 3.Aydaki Yoga Yapma Sıklıkları**

| Deney Grubu           |               | n  | %     |
|-----------------------|---------------|----|-------|
| <b>Girişim Öncesi</b> |               |    |       |
| <b>1.Ay</b>           | <b>8 kez</b>  | 30 | 100,0 |
|                       | <b>6 kez</b>  | 2  | 6,7   |
|                       | <b>8 kez</b>  | 8  | 26,7  |
| <b>3. Ay</b>          | <b>10 kez</b> | 10 | 33,3  |
|                       | <b>12 kez</b> | 7  | 23,3  |
|                       | <b>14 kez</b> | 3  | 10,0  |

#### 4.2.2.5. Besin Öğeleri Alım Durumu

Hemşirelerin beslenme analizi sonuçlarının grup içi ve gruplar arası değerlendirilmesi Tablo 4-12'de verildi. Deney grubunun girişim sonrası enerji (p:0,001), protein (p:0,001), yağ (p:0,001), kalsiyum (p:0,001), potasyum (p:0,001), magnezyum (p:0,002), demir (p:0,001), fosfor (p:0,001), çinko (p:0,001), A vitamini (p:0,002), D vitamini (p:0,001), B vitamini (p:0,019), B12 vitamini (p:0,001) ve B6 vitamini (p:0,001) değerleri, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p<0,05; p<0,01). Kontrol grubunun girişim öncesi C vitamini değerleri, deney grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p:0,001; p<0,01).

Deney grubunda girişim öncesine göre, girişim sonrası enerji (p:0,001), protein (p:0,001), yağ (p:0,005), kalsiyum (p:0,001), potasyum (p:0,001), magnezyum (p:0,024), demir (p:0,011), fosfor (p:0,002), çinko (p:0,001), C vitamini (p:0,001), D vitamini (p:0,006), B12 vitamini (p:0,001) ve B6 vitamini (p:0,001) değerlerinde görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p<0,05; p<0,01).

Kontrol grubunda girişim öncesine göre girişim sonrası enerji (p:0,020), protein (p:0,029), demir (p:0,028), çinko (p:0,030) ve A vitamini (p:0,026) değerlerinde görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p<0,05) (Tablo 4-12).

**Tablo 4-12: Hemşirelerin Beslenme Analizi Sonuçlarının Grup içi ve Gruplar Arası Değerlendirilmesi**

| Değerler         |                 | Deney                    | Kontrol                  | Z             | p              |
|------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|---------------|----------------|
|                  |                 | Ort±SS (Medyan)          | Ort±SS (Medyan)          |               |                |
| Enerji           | Girişim öncesi  | 1303,95±336,26 (1254,7)  | 1189,81±231,91 (1089)    | -1,072        | 0,284          |
|                  | Girişim sonrası | 1639,53±351,72 (1602,1)  | 1079,85±144,67 (1039,49) | <b>-6,166</b> | <b>0,001**</b> |
|                  | Z               | <b>-3,692</b>            | <b>-2,323</b>            |               |                |
|                  | <sup>2</sup> p  | <b>0,001**</b>           | <b>0,020*</b>            |               |                |
| Protein (g)      | Girişim öncesi  | 54,15±16,55 (53,15)      | 57,89±11,35 (59,37)      | -1,117        | 0,264          |
|                  | Girişim sonrası | 71,92±20,88 (71,46)      | 50,87±11,97 (48,75)      | <b>-4,244</b> | <b>0,001**</b> |
|                  | Z               | <b>-3,322</b>            | <b>-2,186</b>            |               |                |
|                  | <sup>2</sup> p  | <b>0,001**</b>           | <b>0,029*</b>            |               |                |
| Yağ (g)          | Girişim öncesi  | 53,70±17,22 (49,8)       | 57,71±12,86 (58,31)      | -1,339        | 0,180          |
|                  | Girişim sonrası | 75,09±29,36 (69,01)      | 55,47±13,48 (51,05)      | <b>-2,721</b> | <b>0,007**</b> |
|                  | Z               | <b>-2,808</b>            | -0,683                   |               |                |
|                  | <sup>2</sup> p  | <b>0,005**</b>           | 0,495                    |               |                |
| Karbonhidrat (g) | Girişim öncesi  | 146,67±47,56 (134,76)    | 144,54±43,59 (145,46)    | -0,200        | 0,842          |
|                  | Girişim sonrası | 158,11±46,60 (154,4)     | 138,37±41,76 (122,91)    | -1,760        | 0,078          |
|                  | Z               | -1,059                   | -0,342                   |               |                |
|                  | <sup>2</sup> p  | 0,289                    | 0,733                    |               |                |
| Kalsiyum (mg)    | Girişim öncesi  | 644,10±240,76 (607,38)   | 675,96±192,43 (683,95)   | -0,703        | 0,482          |
|                  | Girişim sonrası | 981,46±261,87 (950,56)   | 645,19±206,96 (570,63)   | <b>-4,422</b> | <b>0,001**</b> |
|                  | Z               | <b>-3,939</b>            | -1,018                   |               |                |
|                  | <sup>2</sup> p  | <b>0,001**</b>           | 0,309                    |               |                |
| Potasyum (mg)    | Girişim öncesi  | 2183,46±704,05 (2047,12) | 2159,92±529,79 (1959,97) | -0,185        | 0,853          |
|                  | Girişim sonrası | 2945,62±902,25 (2849,03) | 2125,49±440,95 (2147,33) | <b>-4,097</b> | <b>0,001**</b> |
|                  | Z               | <b>-3,507</b>            | -0,011                   |               |                |
|                  | <sup>2</sup> p  | <b>0,001**</b>           | 0,991                    |               |                |
| Magnezyum (mg)   | Girişim öncesi  | 242,58±99,52 (210,5)     | 229,63±65,41 (203,99)    | -0,141        | 0,888          |
|                  | Girişim sonrası | 302,92±106,89 (288,11)   | 228,6±54,34 (216,46)     | <b>-3,032</b> | <b>0,002**</b> |
|                  | Z               | <b>-2,252</b>            | -0,091                   |               |                |
|                  | <sup>2</sup> p  | <b>0,024*</b>            | 0,927                    |               |                |
| Demir (mg)       | Girişim öncesi  | 8,38±3,00 (7,53)         | 8,28±2,40 (7,61)         | -0,259        | 0,796          |
|                  | Girişim sonrası | 10,49±3,29 (10,51)       | 7,08±1,65 (6,86)         | <b>-4,259</b> | <b>0,001**</b> |
|                  | Z               | <b>-2,584</b>            | <b>-2,195</b>            |               |                |
|                  | <sup>2</sup> p  | <b>0,011*</b>            | <b>0,028*</b>            |               |                |
| Fosfor (mg)      | Girişim öncesi  | 910,8±336,82 (778,23)    | 922,32±194,15 (959,55)   | -0,984        | 0,325          |
|                  | Girişim sonrası | 1213,12±363,47 (1206,55) | 868,21±189,99 (857,69)   | <b>-3,904</b> | <b>0,001**</b> |
|                  | Z               | <b>-3,116</b>            | -0,865                   |               |                |
|                  | <sup>2</sup> p  | <b>0,002**</b>           | 0,387                    |               |                |
| Çinko (mg)       | Girişim öncesi  | 7,93±1,97 (7,69)         | 8,68±2,03 (8,89)         | -1,391        | 0,164          |
|                  | Girişim sonrası | 11,78±3,71 (11,91)       | 7,52±1,57 (7,42)         | <b>-4,829</b> | <b>0,001**</b> |

|                          |                        |                           |                          |               |                |
|--------------------------|------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------|----------------|
|                          | <b>Z</b>               | <b>-3,980</b>             | <b>-2,173</b>            |               |                |
|                          | <sup>2</sup> <b>p</b>  | <b>0,001**</b>            | <b>0,030*</b>            |               |                |
| <b>Lif (g)</b>           | <b>Girişim öncesi</b>  | 19,84±6,21 (19,29)        | 19,59±7,12 (16,08)       | -0,422        | 0,673          |
|                          | <b>Girişim sonrası</b> | 22,12±9,83 (20,84)        | 18,87±5,97 (16,92)       | -1,080        | 0,280          |
|                          | <b>Z</b>               | -0,874                    | -0,205                   |               |                |
|                          | <sup>2</sup> <b>p</b>  | 0,382                     | 0,838                    |               |                |
| <b>C vitamini (mg)</b>   | <b>Girişim öncesi</b>  | 64,26±24,86 (59,34)       | 105,6±45,84 (106,54)     | <b>-3,759</b> | <b>0,001**</b> |
|                          | <b>Girişim sonrası</b> | 101,47±33,86 (98,55)      | 100,9±46,96 (106,53)     | -0,148        | 0,882          |
|                          | <b>Z</b>               | <b>-4,782</b>             | -0,934                   |               |                |
|                          | <sup>2</sup> <b>p</b>  | <b>0,001**</b>            | 0,350                    |               |                |
| <b>A vitamini (mg)</b>   | <b>Girişim öncesi</b>  | 1387,9±1054,92 (1117,65)  | 1307,04±732,06 (1113,74) | -0,229        | 0,819          |
|                          | <b>Girişim sonrası</b> | 1767,67±1625,78 (1207,19) | 1009,21±412,58 (967,58)  | <b>-3,032</b> | <b>0,002**</b> |
|                          | <b>Z</b>               | -1,429                    | <b>-2,232</b>            |               |                |
|                          | <sup>2</sup> <b>p</b>  | 0,153                     | <b>0,026*</b>            |               |                |
| <b>D vitamini (mg)</b>   | <b>Girişim öncesi</b>  | 1,59±1,32 (1,37)          | 1,18±0,84 (0,85)         | -1,280        | 0,200          |
|                          | <b>Girişim sonrası</b> | 3,36±4,72 (1,93)          | 1,12±0,77 (0,86)         | -4,223        | <b>0,001**</b> |
|                          | <b>Z</b>               | <b>-2,746</b>             | -0,205                   |               |                |
|                          | <sup>2</sup> <b>p</b>  | <b>0,006**</b>            | 0,838                    |               |                |
| <b>B vitamini (mg)</b>   | <b>Girişim öncesi</b>  | 9,96±4,15 (9,34)          | 9,64±4,84 (9,36)         | -0,481        | 0,631          |
|                          | <b>Girişim sonrası</b> | 13,47±7,41 (11,2)         | 9,24±4,82 (7,96)         | <b>-2,337</b> | <b>0,019*</b>  |
|                          | <b>Z</b>               | -2,191                    | -0,159                   |               |                |
|                          | <sup>2</sup> <b>p</b>  | 0,028*                    | 0,873                    |               |                |
| <b>B12 vitamini (µg)</b> | <b>Girişim öncesi</b>  | 3,21±1,15 (3,32)          | 3,20±1,37 (3,1)          | -0,659        | 0,510          |
|                          | <b>Girişim sonrası</b> | 5,36±1,87 (4,92)          | 3,00±1,30 (2,85)         | <b>-4,689</b> | <b>0,001**</b> |
|                          | <b>Z</b>               | <b>-4,330</b>             | -0,991                   |               |                |
|                          | <sup>2</sup> <b>p</b>  | <b>0,001**</b>            | 0,322                    |               |                |
| <b>B6 vitamini (mg)</b>  | <b>Girişim öncesi</b>  | 1,05±0,30 (0,98)          | 1,08±0,23 (1,1)          | -0,881        | 0,378          |
|                          | <b>Girişim sonrası</b> | 1,40±0,46 (1,32)          | 1,02±0,23 (1,04)         | <b>-3,565</b> | <b>0,001**</b> |
|                          | <b>Z</b>               | <b>-3,363</b>             | -1,093                   |               |                |
|                          | <sup>2</sup> <b>p</b>  | <b>0,001**</b>            | 0,274                    |               |                |

<sup>1</sup>Mann Whitney U Testi<sup>2</sup>Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi\* $p < 0,05$ \*\* $p < 0,01$

Ölçeklerin girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları Tablo 4-13’de verildi.

**Tablo 4-13: Ölçeklere ilişkin Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayıları**

| Ölçekler                              | Alt Boyutlar          | Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayıları |              |              |
|---------------------------------------|-----------------------|---|--------------|--------------|
|                                       |                       | Girişim Öncesi                          | 1.Ay         | 3.Ay         |
| Öz-Etkililik-<br>Yeterlilik<br>Ölçeği | Davranışa başlama     | 0,589                                   | 0,648        | 0,561        |
|                                       | Davranışı sürdürme    | 0,372                                   | 0,633        | 0,560        |
|                                       | Davranışı tamamlama   | 0,550                                   | 0,556        | 0,512        |
|                                       | Engellerle mücadele   | 0,301                                   | 0,531        | 0,567        |
|                                       | <b>Toplam</b>         | <b>0,773</b>                            | <b>0,827</b> | <b>0,795</b> |
| Öz-Kontrol ve<br>Öz-Yönetim<br>Ölçeği | Kendini pekiştirme    | 0,865                                   | 0,754        | 0,867        |
|                                       | Kendini değerlendirme | 0,738                                   | 0,594        | 0,560        |
|                                       | Kendini ayarlama      | 0,905                                   | 0,843        | 0,797        |
| <b>Toplam</b>                         | <b>0,823</b>          | <b>0,791</b>                            | <b>0,800</b> |              |
| İş Yeterliliği<br>Ölçeği              | <b>Toplam</b>         | 0,563                                   | 0,470        | 0,646        |
| SF-12 Kısa Sağlık<br>Ölçeği           | <b>Toplam</b>         | 0,849                                   | 0,673        | 0,762        |

## 5. TARTIŞMA

Hemşireler, tüm ülkelerde en büyük sağlık profesyonelleri grubudur. Hemşirelik kalitesi, sağlık sisteminin etkinliği ile yakından ilişkilidir. (Chiu ve ark. 2007). Dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de hemşirelerin iş yeterliliği ve yaşam kalitesinde azalma yaşla beraber giderek artmaktadır. Kronik hastalıkların artışı ile hasta popülasyonunun ve iş yükünün artması, yetersiz olan hemşire ihtiyacının daha da artmasına neden olmaktadır. Hemşireler, yoğun çalışma koşullarından dolayı sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını geliştirmeyi ertelemekte, çalışma şartlarından kaynaklanan durumların etkisiyle de yaşam kaliteleri azalmakta ve birçok sağlık sorunu yaşamaktadırlar. Bu sebeplerden dolayı yaşanan iş gücü kayıpları açısından ilerleyen yaşa sahip hemşirelerin yapılan iş, iş çevresi ve bireylerin sağlığını içeren iş yeterliliği kavramının, ayrıca fiziksel ve mental yaşam kalitelerinin geliştirilmesi önem arz etmektedir. Çünkü çalışanlar için sağlıklı bir çalışma ortamının oluşturulması kaliteli bakım sunmanın önkoşuludur (Kocaman ve ark. 2018).

Ülkemizde iş yeterliliği kavramı ile ilgili yapılan çalışma bulunmamaktadır. Uluslararası çalışmalarda ise iş yeterliliği kavramı ile yapılan deneysel ya da yarı deneysel çalışmalar incelendiğinde uygulanan girişimlerin genellikle; danışmanlık (Broemer ve ark. 2019), eğitim (Dekkers-Sánchez ve Wind 2019), eğitim-danışmanlık (De Boer ve ark. 2007), internete dayalı bilişsel davranışsal terapi (Hange ve ark. 2017), fiziksel egzersiz (Nurminen ve ark. 2002; Gram ve ark. 2012; Jakobsen ve ark. 2015) odaklı olduğu ve çalışmaların çoğunlukla kesitsel (Fischer ve ark. 2006; Alavinia ve ark. 2007; Peralta ve ark. 2012; Carel ve ark. 2013; De Vries ve ark. 2013; Boschman ve ark. 2015) ve tanımlayıcı kesitsel (Olajubu ve ark. 2017) tasarım tipinde olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada TSÖM-ÖY programının 45 yaş ve üstü hemşirelerin iş yeterliliği ve yaşam kalitesine etkisi incelenmiş ve bazı önemli sonuçlar elde edilmiştir. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, toplam çalışma süresi, gelir durumu ve görev ünvanı yönünden benzer olan deney ve kontrol grubunu, 45 yaş ve üstü, tamamı kadın, çoğunluğu lisans veya lisansüstü mezunu, bekar, çocuk sayısı 2, toplam çalışma yılı 23 yıl ve üzeri, gelir durumu orta, görev ünvanı servis hemşireliği olan hemşireler oluşturdu.

TSÖM-ÖY programı girişimleri sonrasında deney ve kontrol grupları arasında, deney grubunda kontrol grubuna kıyasla bel ve kalça çevresi ölçüm oranı, günlük sigara kullanım adedi, yoga yapma sıklığı, günlük enerji ortalaması ve günlük tüketilen sağlıklı besin alım miktarları, iş yeterliliği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptandı ve ilgili hipotezler kabul edildi. Bireylerin deney ve kontrol grupları arasında BKİ ortalaması, öz etkililik- yeterlilik, öz-kontrol ve öz-yönetim ve yaşam kalitesi puan ortalamalarında anlamlı bir fark saptanmadı. TSÖM-ÖY programının hemşirelerin iş yeterliliğini ve yaşam kalitesini etkileyen günlük sigara kullanım adedi, yoga yapma sıklığı ve sağlıklı-dengeli beslenme durumlarını geliştirmede etkili olduğu sonucuna varıldı.

## **TUTUM - SOSYAL ETKİ – ÖZ ETKİLİLİK MODELİ TEMELLİ ÖZYÖNETİM PROGRAMININ İŞ YETERLİLİĞİNE ETKİSİ**

Çalışmadan elde edilen bulgular çalışma hipotezleri doğrultusunda tartışıldı.

**Hipotez 1: TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin ‘İş Yeterliliği Ölçeği puanı’ bu programa katılmayanlara göre daha yüksek olacaktır.**

İşyeri egzersiz programları birincil önleyici olarak yaygın olarak kullanılmasına rağmen, iş yeterliliği ve hastalık izinleri ile ilgili olarak egzersizin etkinliğinin kanıtı azdır (Nurminen ve ark., 2002). İş yeterliliğini artırma, sağlık durumu ve işçilerin fonksiyonel kapasitesine odaklanır (Nurminen ve ark. 2002). İş yeterliliği, bireyin sağlık, yeterlilik, fiziksel ve mental kapasite kaynakları ile iş için gereken özel istekleri arasındaki ilişkiye dayanır. İş yeterliliğindeki bozulmalar kas-iskelet sistemi ağrısı, kronik hastalık, erken emeklilik ve ölüm nedeni ile ilişkilidir (Alavinia ve ark. 2008; Neupane ve ark. 2011; Magnago ve ark. 2012; Vänni ve ark. 2012). Ayrıca, iş yeterliliğindeki bozulmalar sonucunda bireyler zorlu ve uygun olmayan duruş şekillerine maruz kalırlar ve iyileşme azalır ve kas-iskelet sistemi bozuklukları riskinin yüksek olmasına neden olur (Andersen ve ark. 2007; Van Den Berg ve ark. 2008; Van Rijn ve ark. 2009). Fiziksel aktivite eksikliği çalışanlarda kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarına ve hatta verimli çalışma için işe katılma yeterliliğini etkileyecek ağrıya neden olabilir, özellikle yaşlı işçiler arasında, işe bağlı yaralanmalar, fiziksel aktivite eksikliği ile aşırı yorgunluk ve düşük verimlilik ile ilişkilendirilmiştir (Mackey ve ark. 2007). Yapılan uluslararası çalışmalarda fiziksel egzersizin iş yeterliliği üzerine olumlu etkisinin

olduğunu belirtmektedir (Tuomi ve ark., 1998; Pohjonen ve Ranta, 2001). Hatta fiziksel egzersiz girişiminin uzun vadede sağlıkla ilgili zindeliği ve işle ilgili performansı da önemli derecede geliştirdiği sonucuna varılmıştır (Pohjonen ve Ranta 2001).

Deney grubunun 1. ve 3. aydaki iş yeterliliği ölçeği puan ortalamaları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Gruplar arasında girişim öncesine göre 3.aydaki iş yeterliliği ölçeği puanlarında görülen değişim miktarları açısından değerlendirildiğinde deney grubunda artma, kontrol grubunda ise azalma olduğu sonucuna varıldı. Deney grubunda 1.aya göre de 3.aydaki iş yeterliliği ölçeği puanlarında görülen artışlar, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Deney grubunda girişim öncesine göre 1.ay ve 3.aydaki iş yeterliliği ölçeği puanlarında görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlı saptandı.

Araştırma sonuçlarına paralel olarak Sjögren'in (2006) ofis çalışanlarında işyeri egzersiz girişiminin iş yeterliliği ve genel sağlık-iyilik üzerine etkisinin incelendiği 12 aylık çalışmada, girişim öncesine göre girişim sonrası iş yeterliliği ve genel sağlık-iyilik düzeyinde artış olduğu, Pohjonen ve Ranta'nın (2001) evde bakım işinde çalışan kadın işçilerde fiziksel egzersiz girişiminin fiziksel zindelik, algılanan sağlık durumu ve iş yeterliliğine etkisinin 1. ve 5. yılının değerlendirildiği çalışmasında, 1. yılın sonunda deney grubunun vücut yağının, vücut kütlelerinin azaldığı ve 5. yılın sonunda da kontrol grubunun iş yeterliliği puanının deney grubuna göre üç kat hızlı azaldığı, iş yerinde yapılan fiziksel egzersizin, bireylerin fiziksel kapasitelerini geliştirmek ve iş yeterliliklerini erken azalışını önlemek için kullanılabileceği, Nurminen ve ark.'nın (2002) kadın çamaşırhane çalışanlarına uygulanan 8 ay süren işyeri egzersiz programının etkinliğinin değerlendirildiği çalışmasında girişim sonrası deney grubunun iş yeterliliği düzeyinin kontrol grubuna göre daha fazla arttığı, işyerinde haftada bir gün uygulanan fiziksel egzersiz girişiminin sadece hafif fiziksel zorluk gerektiren işlerde çalışan kadınların iş yeterliliğini artırdığı, Jakobsen ve ark.'nın (2015) kadın sağlık çalışanlarının iş yeterliliğinin bozulmasının önlenmesi için işyerinde ve evde yapılan fiziksel egzersizin etkinliğinin değerlendirildiği 10 haftalık çalışmasında, girişim sonrası işyerinde fiziksel egzersiz yapanların iş yeterliliği puanının, evde fiziksel egzersiz yapanlara göre arttığı, evde fiziksel egzersiz yapan grubun iş yeterliliği puanının azaldığı ve kadın sağlık çalışanlarında işyerinde yapılan fiziksel egzersizin, evde yapılan fiziksel egzersiz ile karşılaştırıldığında iş yeterliliğindeki bozulmaları önlemede

çok daha etkili olduğu sonucuna varıldı. De Boer ve ark.'nın (2007) işçilere verilen eğitim ve bireysel danışmanlık girişiminin iş yeterliliği ve sakatlık aylığına etkisini inceledikleri çalışmada deney grubu işçilerin zamanla iş yeterlilik düzeyleri artarken, kontrol grubunun iş yeterlilik düzeylerinin azaldığı ve iş yeterliliği geliştirmek için bu girişimlerin çok az etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Araştırma sonuçlarının aksine, Gram ve ark.'nın (2012) 12 haftalık egzersiz girişiminin kas-iskelet sistemi ağrısı, iş yeterliliği, verimlilik, fiziksel efor ve hastalık iznine etkisinin incelediği çalışmada, uygulanan girişimin iş yeterliliğinde, üretkenlikte, fiziksel eforda, hastalık izninde önemli bir değişiklik sağlamadığı, Axén ve Follin'in (2017) sağlık çalışanlarına işyerinde uygulanan 9 haftalık medikal yoga girişiminin uygulanabilirliğinin incelendiği ve algılanan stres ve iş yeterliliği üzerine etkilerini araştırdıkları yarı deneysel çalışmada, yoganın stres ve iş yeterliliğine önemli bir etki etmediği sonucuna varılmıştır. Hange ve ark.'nın (2017) hasta bireylerde internete dayalı bilişsel-davranışsal terapinin iş yeterliliğine etkisinin incelendiği çalışmada, deney ve kontrol gruplarında iş yeterliliğinin gelişmesinin daha iyi yaşam kalitesi ve azalan depresif semptomlarla ilişkili olduğu, orta düzeyde depresyonu olan hastalarda internete dayalı bilişsel-davranışsal terapi alan grupta, genel bakım alan hastalarına göre iş yeterlilik düzeylerinin gelişmediği sonucuna varılmıştır. Hengel ve ark.'nın (2013) inşaat işçilerinin fiziksel iş yükünü azaltmayı amaçlayan işyeri eğitim programlarının iş yeterliliği, sağlık ve hastalık izni üzerine etkisinin incelendiği 12 ay süren çalışmada, girişimin kas iskelet sistemi semptomlarının ve uzun süreli hastalık izninde yararlı olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir düşüşe yol açmadığı, iş yeterliliği, fiziksel ve mental sağlık üzerine etkili olmadığı sonucuna varılmıştır.

İş yeterliliği ile ilgili yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde, iş yeterliliğinin yaş, yaşam tarzı, mesleki faktörler ve fiziksel aktivite arasında ilişki olduğu (Airila ve ark. 2012; Monteiro ve ark. 2012), iş yeterliliği ile fiziksel aktivite arasında anlamlı bir ilişki olduğu (Kaleta ve ark. 2004), işçilerde işle ilgili risk faktörlerinin, iş yeterliliği ile ilişkili olarak önemli olduğu ve işçilerinin işgücünden çekilmesini önlemeye yönelik girişimlerin işteki fiziksel ve psikososyal yükü azaltmaya odaklanması gerektiği (Alavinia ve ark. 2007), işçilerin iş yeterliliği ile fiziksel aktivite, BKI, sigara kullanma gibi yaşam tarzı ile ilişkili olduğu bu nedenle çalışma ortamlarında iş yeterliliğini geliştirmek için bir yaşam tarzı kalite geliştirme programının uygulanması gerektiği önerilmektedir (Mohammadi ve ark. 2015).



Chiu ve ark.'nın (2007) Tayvan'lı hemşirelerin yaşam kalitesi ve iş yeterliliği arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, hemşirelerin iş yeterliliği skorunun 45 yaşına kadar yükseldiği ve sonrasında önemli ölçüde azaldığı, 45 yaş altındaki genç hemşirelerin kendilerinin iş gereksinimlerini karşılamak için deneyimli orta yaşlı hemşirelere göre daha düşük iş yeterliliğine sahip olarak algıladıkları, 45 yaş üstü hemşirelerin de fiziksel şartların azalmasından dolayı, yaşlanma ile iş yeterliliklerinin azaldığı sonucuna varılmıştır. Boschman ve ark.'nın (2015) 2 yıl süren kohort çalışmada hemşirelerin bir kısmında 2. yılın sonunda iş yeterliliğinde azalma görüldüğü sonucuna varılmıştır. Firoozeh ve ark.'nın (2016) itfaiyecilerin iş yeterliliklerinin incelendiği çalışmada, iş yeterliliği ile yaş, BKİ, iş deneyimi arasında ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Päivärinne ve ark.'nın (2018) erkek işçilerin fiziksel aktivite ile iş yeterliliği arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, genç yetişkin erkeklerin yaptıkları fiziksel aktivitenin, iş yeterliliği ile pozitif ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Linhares ve ark.'nın (2019) yaşlanma ve iş yeterliliğini inceledikleri sistematik derlemede, 21 makalenin 10'unda yaşla birlikte iş yeterliliğinin azaldığını, 11 çalışmada fiziksel egzersiz uygulamalarının iş yeterliliği ile pozitif ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Van Den Berg ve ark.'nın (2008) işle ilgili ve bireysel faktörlerin iş yeterliliği üzerine etkilerinin incelendiği sistematik derlemede, iş yeterliliğinin bireysel özellikler, iş durumları ve fiziksel durumlar ile ilişkili olduğu sonucuna varılmış, iş yeterliliğinin bu çok faktörlü doğasının işyerinde performansı artırmak ve sürdürmek amacıyla sağlığı geliştirme programlarının kapsamına alınması gerektiği önerilmektedir.

Yapılan uluslararası çalışmalarda işyerinde fiziksel egzersiz girişimi, fiziksel gücü, algılanan sağlık durumunu artırdığı ve ayrıca fiziksel olarak zorlu performans sergileyen kadınlar arasında iş yeterliliğindeki erken azalmayı önlediği (Pohjonen ve Ranta, 2001) ve yaşla birlikte azalan iş yeterliliğini geliştirmek için, fiziksel güç gerektiren işlerde çalışan işçilerde iş yeterliliğini artırmak için fiziksel egzersizin bir önlem olduğu sonucuna varılmıştır (Pohjonen ve Ranta 2001).

TSÖM-ÖY programı kapsamında hemşirelere uygulanan girişimlerin hemşirelerin iş yeterliliğini artırmada etkili olduğu sonucuna varıldı. Bu durumun program kapsamında hemşirelerin iş, iş ortamı ve sağlık durumlarını etkileyen iş yeterliliği kavramının sağlık eğitimi, yoga ve beslenme danışmanlığı girişimleri ile

geliştirilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Uygulanan sağlık eğitimi ile hemşirelerin iş yeterliliği kavramını öğrenmesi, uygulaması, gerekli tedbirleri alması, yoga eğitim ile kaslardaki gerginliğin, stresin azalması, vücut esnekliğinin artması, fiziksel ve mental zindelik sağlaması, beslenme danışmanlığı ile de sağlıklı ve dengeli beslenme konusunda davranış değişikliği oluşturma gibi tüm faktörlerin iş verimini ve iş performansını artmasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir.

Bu bağlamda bu çalışmada *'TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin 'İş Yeterliliği Ölçeği puanı' bu programa katılmayanlara göre daha yüksek olacaktır'* hipotezini desteklemektedir.

**Hipotez 2: TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin 'Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği ve alt boyut puanları' bu programa katılmayanlara göre daha yüksek olacaktır.**

Öz yönetim, problem çözme, kaynak kullanımı, esneklik ve kişinin adına harekete geçme becerisini kullanarak sağlık durumunu yönetme yeteneği olarak anlaşılmaktadır (Lorig ve Holman, 2003). Bireylerde öz yönetim ve öz kontrolü artırmayı hedefleyen beceriler, bireylerin yeni bir durumda deneyim kazanmaları için sahip oldukları dinamikleri görmesi, bunları değerlendirebilmesi ve buna göre hareket etme anlayışına dayanır (Mezo, 2009). Eğer bireyler yaşadıkları deneyim olumlu sonuçlanırsa, yeni deneyim için kendilerini daha da cesaretlendirirler, deneyim olumsuz sonuçlanırsa da sirkülasyon sonlanır ya da değişir (Kanfer ve Karoly 1972).

Deney grubunda kendini pekiştirme alt boyutu puanlarında girişim öncesine göre 1.ayda düşüş, 1.aya göre de 3.ayda artış saptandı. Kendini pekiştirme aşamasında birey, kendinde değiştirmek istediği davranış ile alakalı olarak ilerleme kaydedeler ve bunun için çaba sarfeder. Bu nedenle *'TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin kendini pekiştirme alt boyutu puanları bu programa katılmayanlara göre daha yüksek olacaktır'* hipotezini desteklemektedir. TSÖM-ÖY programı kapsamında uygulanan girişimlerle deney grubu hemşirelerin 1.aya göre 3. ayda kendini pekiştirme aşamasının etkin olmasının sağlık eğitimlerine hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmek istemeleri, hazıroşluk durumu, eğitimlerin içeriği, eğitim yapılan yer ve zaman, eğitimi alan kişilerin fizyolojik, psikolojik, kültürel, sosyal durumları, öz etkililik-yeterlik durumları ile davranışı sürdürmede istekli olmaları ile ilişkili olduğu

düşünülmektedir. Çünkü bireylerin öğrenme sürecinde aktif olması ve öğrenme sorumluluğunu alabilmesi öz yönetim düzeyine bağlıdır, öz yönetimi sayesinde doğru kaynaklar seçerek doğru bilgiye ulaşır ve bilişsel stratejilerinin kullanımında öz kontrolünü sağlar (Candy 1991). Yapılan çalışmalarda eğitim ile öz-liderlik algısının artırılmasının doğrudan başarıyı artıracığı ve bireylerin öz-liderlik algıları ile bireysel hedeflere ulaşma düzeyleri arasında bir ilişki olabileceği (Ercoskun, 2016), liderlik puanlarındaki artışla birlikte çalışanların başarı düzeylerinin de artacağı vurgulanmaktadır (Tabak ve ark., 2013). Yapılan çalışmalarda yoga girişiminin deney grubu katılımcılarının iş tatmini ve yaşam tatmini seviyelerinde artış sağladığı, yoga yapan kişilerin yoga veya herhangi bir spor yapmayan kişilere kıyasla yaşam niteliği ve vücut algılarındaki iyilik halini ve kendilerini değerlendirmede daha iyi oldukları sonuçlarına varılmıştır (Duyan 2007; Akdeniz 2017).

Gruplar arasında girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki kendini değerlendirme alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Kendini değerlendirme aşamasında birey, davranışın içselleştirmiş standardı ile hedef davranışı birbiri ile karşılaştırarak hedeflere doğru ilerleme gösterip göstermediği konusunda bir yargıya varır. Kontrol grubunda 1.ve 3.ayda kendini ayarlama alt boyutu puanlarında girişim öncesine göre artış görüldü. Ancak 1. aydaki artış, 3.aydakinden daha fazladır. Kendini ayarlama aşamasında birey bir eylemi ya da düşünceyi bazı hedef davranışların durumunu ve içeriğini izler; bilgilendirici uyarıcılara dikkat çeker, eyleme geçmek söz konusu değildir. Öz yönetim, uzun süreli bir süreç olup, fiziksel ve psikososyal durum ve yaşam tarzını yöneterek etki eder (Adadioğlu ve Oğuz 2016). Gruplar arasında girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki kendini değerlendirme ve kendini ayarlama alt boyutlarında ilgili hipotezler desteklenmedi. Öz yönetim stratejilerinin kadınlardan yana olduğunu gösteren bulguların yanı sıra (Uğurluoğlu 2010), cinsiyet ile ilişkili olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Carmeli ve ark. 2006; Raziéh ve ark. 2013). Ayrıca bireylerin öz kontrol ve öz yönetim düzeylerinin artırılması ile ilgili yapılan bir çalışmada özkontrolün sürekli öfkenin negatif etkisinde tampon olarak etki ettiği vurgulanmaktadır (Restubog ve ark., 2010). Öz yönetim öğrenilirken, öz yönetim eğitimi ile bireysel performansı geliştirme fırsatı vardır (Frayne ve Geringer 2000). Öz kontrolün düşük olması öz düzenlemeyle, hiperaktiviteyle, bağımlılıkla ilişkilidir (Moffitt ve ark. 2011).

Gruplar arasında girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği puanları açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Bu bağlamda, *'TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin 'Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği ve alt boyut puanları' bu programa katılmayanlara göre daha yüksek olacaktır* hipotezini desteklememektedir.

**Hipotez 3: TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin 'Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği ve alt boyut puanları' bu programa katılmayanlara göre daha yüksek olacaktır.**

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını doğrudan etkileyen öz yeterlilik algısı, pozitif davranışların planlanması, uygulanması ve davranış değişikliğinin sağlanmasında önemlidir (Kulakçı ve ark., 2012). Birçok sağlık davranışını içeren kuramlarda da, öz yeterlilik, sağlığı geliştirme davranışlarının algılanması, başlatılması ve sürdürülmesinde belirleyici olduğu (Gözüm ve Aksayan 1999; Yardımcı 2007; Tokat ve Okumuş 2008) ve bireylerin davranışlarını kısa ya da uzun vadede etkilediği sonucuna varılmıştır (McCloskey 2004; Tokat ve Okumuş 2008).

Gruplar arasında girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği puanları açısından, girişim öncesi, 1.ay ve 3.ayda davranışa başlama, davranışı tamamlama ve engellerle mücadele alt boyut puanlarında anlamlı bir fark saptanmadı ve ilgili hipotezler desteklenmedi. Ancak, ÖEYÖ herhangi bir duruma özgü olmayan genel öz-etkililik-yeterlik algısını ölçer. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 23, en yüksek puan 115'dir (Gözüm ve Aksayan 1999). Deney grubu hemşirelerin girişim öncesi toplam puan ortalaması  $87,47 \pm 8,73$ , 1.ay toplam puan ortalaması  $86,73 \pm 11,46$  ve 3.ay toplam puan ortalaması  $88,43 \pm 10,01$  olduğu saptanmış, çalışmamıza benzer olarak, Uz ve Kitiş'in (2017) hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik düzeylerinin incelendiği çalışmada öz-etkililik-yeterlik ölçeği toplam puan ortalaması  $79,67 \pm 13,70$  bulunmuştur. Ölçekten alınan puanın yüksek olması, bireyin öz-etkililik-yeterlik algısının iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu durumda deney grubu hemşirelerin öz-etkililik- yeterlik algısının iyi olduğu söylenebilir. Özyeterlilik algısı düşük olan bireyler, bazı şeylerin ya da durumların kendi yapabileceklerinden daha zor olduğuna inanırlar. Bu durum, bireylerin depresyon, stres, anksiyete yaşamalarına ve olaylara dar çerçeveden bakmalarına neden olur. Öz etkililiği yüksek olan bireyler ise,

yaratıcı düşünceye sahip olarak daha rahat zor olan görev ve aktivitelere başlayabilirler. Bu kişilerin iş ve akademik performansları daha yüksek olur (Sevindik ve ark. 2007).

Deney ve kontrol gruplarında girişim öncesi, 1.ay ve 3.ay davranışı sürdürme alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı, ancak deney grubunun girişim öncesine göre 3.ayın puan artışı ( $2,77\pm 3,52$ ), 1.ayın puan artışına ( $1,93\pm 3,49$ ) göre daha yüksek bulundu. Kontrol grubunda da davranışı sürdürme alt boyutunda girişim öncesine göre 1.ayın puan artışı ( $3,50\pm 6,65$ ), 3.ayın puan artışına ( $3,13\pm 6,69$ ) göre yüksek bulundu. Aksayan ve Gözüm (1998) ile Schwarzer ve Fuschs (1996) davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik algısının önemli bir belirleyici olduğunu belirtmiştir. Bu nedenle deney grubu hemşirelerin davranışı sürdürmede öz yeterlilik algısının iyi olduğu ve bu durumun TSÖM-ÖY kapsamında yoga eğitimi sonrası evde DVD ile yoga eğitimine bireysel olarak devam ederek davranış değişikliği oluşturmaları, yapılan girişimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmede etkili olması, bireylerin davranışı sürdürmeye istekli ve sağlıklarını geliştirmek için sorumluluk sahibi olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu bağlamda, ***'TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin davranışı sürdürme alt boyut puanları bu programa katılmayanlara göre daha yüksek olacaktır'*** hipotezini desteklemektedir.

Çalışma sonuçlarının aksine, Toledano-González ve ark.'nın (2018) mesleki bireysel ve grup terapisinin girişiminin etkinliğini inceledikleri 6 aylık çalışmada, öz yeterlilik sonuçlarının iki terapi türü alan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, Hiltunen ve ark.'nın (2005) hemşirelik hizmetlerinin yaşlıların öz yeterlilik algıları ve yaşam kaliteleri üzerindeki etkisinin değerlendirildiği çalışmada, hemşirelik uygulamalarının yaşlıların öz yeterlilik algılarını arttırdığı, öz yeterlilik algılarının artması ile birlikte de, yaşlıların yaşam kalitelerinde olumlu anlamda değişimler yaşandığı ve iyileşme sürecinin kısaldığını, Wong ve ark.'nın (2005) hemşireler tarafından verilen telefon takip-destek girişimi programının hastaların öz yeterlilik algılarını olumlu etkilediği ve yaşlıların öz bakım sorumluluklarını yerine getirmede daha fazla sorumluluk sahibi olduğu, bireylerin hastanelere başvurularında ve sağlık harcamalarının azaldığı sonucuna varılmıştır.

Özyeterlilik ile daha önce yapılan araştırma sonuçlarında eğitimin öz yeterliliği geliştirmede önemli olduğu (Morowatisharifabad ve ark. 2006), öz yeterlilik algısı ile

sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının etkilendiği (Berg ve ark., 2005; Chang ve ark., 2007), öz-etkililik yeterlilik algısının cinsiyete göre de farklılık gösterdiği (Morowatisharifabad ve ark. 2006; Koçoğlu 2009), yaştan bağımsız olarak artabileceği (Kulakçı ve ark., 2012), bazı çalışmalarda öz yeterlilik ile yaş arasında ilişki bulunmadığı (Brink ve ark. 2012; Kulakçı ve ark. 2012), öz yeterliliğin yaşa bağımlı olduğunu gösteren sonuçlar da bulunmaktadır (Keskin ve Orgun 2006; Koçoğlu 2009). Ayrıca öz yeterlilik, performansı (Heslin ve Latham 2004), personelleri geliştirmeyi (Bandura, 2000), iş tatmini (Baggerly ve Osborn 2006), stresi (Bandura 2002; Lu ve ark. 2005), girişimciliği (Baum ve Locke 2004) ve liderliği (Semadar ve ark. 2006) etkilemektedir.

Sağlık alanında çalışan ve eğitimin önemli bir uygulayıcısı olan hemşireler, bireylerin sağlıkla ilgili davranış değişikliklerini başarılı bir şekilde başlatmaları ve sürdürebilmeleri için en iyi stratejileri ve son gelişmeleri her zaman yakından takip etmelidir (Dikmen ve ark. 2016). Konu ile ilgili olarak bazı çalışma örneklerinden önerileri de dikkate alarak çalışanların öz yeterlilik algılarını geliştirmek için, geliştirici uygulamaların, hizmet içi eğitim faaliyetlerinin, öz yeterliliği geliştirici inançları, bir işi yapabilme gücünü ve olumlu geri bildirimini içermesi gerektiği önerilebilir (Latham ve Sejst 1999; Morin ve Latham 2000).

Bu bağlamda, *'TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin 'Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği ve alt boyut puanları' bu programa katılmayanlara göre daha yüksek olacaktır* hipotezini desteklememektedir.

## **TUTUM - SOSYAL ETKİ – ÖZ ETKİLİLİK MODELİ TEMELLİ ÖZ YÖNETİM PROGRAMININ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

**Hipotez 4: TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin 'SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği puanı' bu programa katılmayanlara göre daha yüksek olacaktır.**

Deney ve kontrol grubu hemşirelerin SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği ile yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde, gruplar arasında girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki fiziksel ve mental bileşen özeti puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Araştırma sonuçlarına paralel olarak, Atılgan ve ark.'nın (2015) sağlıklı kadınlarda yoga temelli egzersizlerin esneklik, yaşam kalitesi, fiziksel aktivite ve depresyon üzerine etkilerinin incelendiği çalışmada, yoganın bireylerde esnekliği

artırdığı ancak yaşam kalitesi parametrelerinde değişiklik sağlamadığı, Shepherd-Banigan ve ark.'nın (2017) kadınlarda menopoz sonrası dönemde yoga aracılığıyla vazomotor semptomlar, psikolojik semptomlar, sağlıkla ilgili yaşam kalitesine etkilerinin incelendiği bir şemsiye sistematik inceleme ve meta-analize göre, yoganın rahatsız edici vazomotor ve psikolojik semptomları yönetmek için yararlı bir tedavi olabileceğini ve yoganın yaşam kalitesine etkilerinin az olduğu, Serra ve ark.'nın (2018) işyerinde işçilere uygulanan fiziksel egzersiz girişiminin kas-iskelet sistemi hastalıkları, stress ve yaşam kalitesine etkisinin incelendiği 12 aylık çalışmada, fiziksel egzersizin kas-iskelet sistemi hastalıklarını azalttığı ancak, yaşam kalitesini artırmada ve stresi azaltmada etkili olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu durumun TSÖM-ÖY kapsamında uygulanan girişimlerin, fiziksel ve mental bileşenleri içeren yaşam kalitesinde önemli değişiklikler yapabilmesi için uzun süre devam etmesi, hemşirelerin iş doyumunu, işten memnuniyet, depresyon, tükenmişlik, stress, görev yerleri, düzensiz beslenme ve sigara içme durumları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ve yoga uygulamasının unsurlarının kesitsel analizinin yapıldığı bir çalışmada yoga meditasyon uygulamasının ömür boyu süren yoga uygulaması ile fiziksel sağlık ve ruh sağlığının daha iyi artıracığı ile ilişkili bulunmuştur (Birdee ve ark. 2017).

Araştırma sonuçlarının aksine, Patil ve ark.'nın (2018) kronik bel ağrısı olan hemşirelerde yoga ve fiziksel egzersizin yaşam kalitesine etkisinin incelendiği 6 haftalık çalışmada, yoganın hemşirelerde yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığı geliştirmede etkili olduğu ve yoganın hemşirelik uzmanları için yaşam tarzı girişimi olarak dahil etmeye ihtiyaç olduğu, Atılgan ve Erbahçeci'nin (2018) kronik bel ağrısı olan bireylerde yoga ve fizyoterapi girişimlerinin yaşam kalitesi, denge, ağrı düzeyi, uyku kalitesi üzerine etkisinin incelendiği çalışmada her iki girişimin de kronik bel ağrısı olan bireylerde denge, ağrı şiddeti ve yaşam kalitesinde gelişme sağladığı sonucuna varılmıştır.

Yapılan uluslararası çalışmalarda, hemşirelerin yaşam kalitesinin, hastaların güvenliğini ve bakım kalitesini doğrudan ve dolaylı olarak etkilediği (Wilkins ve Shields 2008; Arimura ve ark. 2010; Wu ve ark. 2011; Kowitlawkul ve ark. 2018); sağlık durumu kötü olan hemşirelerin, bakımda kalite ve güvenliğin azalmasına yol açtığı (Leary ve Francis 2007; Wu ve ark. 2011; Oyama ve Fukahori 2015); sağlık hizmeti sunumunda hemşirelerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi

gerektiği, fiziksel egzersiz ve farkındalık girişimleri gibi sağlığı geliştirme programlarının, hemşirelerin yaşam kalitesini artırmak için sağlıklı işyeri ortamlarının teşvik edilmesi gerektiği (Kowitlawkul ve ark. 2018), hemşirelerin çalışma şartlarını geliştirmek için hemşirelerin yaşam kalitesinin incelenmesinin önemli olduğu (Konstantinou ve ark., 2018), çalışma ortamının iyileştirilmesinin hemşirelerin yaşam kalitesini etkilediği, daha sağlıklı ve daha memnun bir hemşirelik işgücüne katkıda bulunacağını göstermektedir (Ioannou ve ark. 2015).

Yapılan ulusal çalışmalarda hemşirelerin iş doyumlarının yaşam kalitelerini etkilediği (Kavlu ve Pınar, 2009), sağlık çalışanlarında depresyon ve tükenmişliğin yaşam kalitelerini negatif etkilediği (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu 2011), hemşirelere yönelik iş yaşam kalitesini geliştirecek düzenlemelerin yapılması gerektiği (Uğur ve Abaan 2008), hemşirelerin yaşam kalitelerinin geliştirilmesinin sosyal ve iş yaşamlarını geliştireceği sonucuna ulaşılmıştır.

Bu bağlamda '*TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin 'SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği puanı' bu programa katılmayanlara göre daha yüksek olacaktır* hipotezini desteklememektedir.

**Hipotez 5: TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin günlük sigara kullanım adedi bu programa katılmayanlara göre düşük olacaktır.**

İşyeri, bireylerin yaşam tarzı alışkanlıklarını araştırmak ve sağlıklarını geliştirmek için uygun bir ortamdır, çünkü çeşitli sosyo-ekonomik durumların, yaşam biçimlerinin ve sağlık risklerinin risk birçoğu bir kerede belirlenebilir (Groeneveld ve ark. 2011). İşyeri sağlığı geliştirme programlarında sıklıkla kullanılan sigara bırakma girişimleri, işyerlerinde grup danışmanlığı ve hatta verilen kısa seminerler ile bireylere ek farmakoterapi gerektirmeden yüksek düzeyde sigara bırakma oranı elde edilmiştir (Hutter ve ark. 2006).

Gruplar arasında girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki sigara kullanma durumları ve süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yokken, kontrol grubunun girişim öncesi, 1. ay ve 3. ayda günlük sigara kullanım adedi, deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

Araştırma sonuçlarına paralel olarak, Okechukwu ve ark. (2009) işçilere sigaranın toksik etkilerine yönelik verilen eğitimlerin etkisinin incelendiği 6 aylık çalışmasında,



girişim sonrası deney grubunun kontrol grubuna kıyasla sigara içme oranında önemli bir azalma olduğu, Hyland ve ark.'nın (2006) erişkin bireyler üzerine yürüttüğü çalışmada uygulanan sigara karşıtı kitlesel medya kampanyasının iki yıllık dönem sonunda sigara bırakma davranışı üzerine bir etkisinin olmadığı, Rodriguez-Artalejo ve ark.'nın (2003) işyerinde sigara bırakmaya yönelik 12 ay süren eğitim ve görüşme girişiminin etkinliğinin değerlendirdiği çalışmasında, uzun dönem sigarayı bırakmayı başarmak için, işyerinde kolay ve basit şekilde yapılan girişimlerin etkili olduğu, Sorenson ve ark.'nın (2007) işçilere verilen sigara bırakma eğitiminin etkisinin incelendiği 6 aylık çalışmasında, deney ve kontrol gruplarında sigara içme oranının azaldığı fakat deney grubunda sigara bırakma oranı kontrol grubuna göre daha fazla olduğu, Mottillo ve ark.'nın (2009) erişkinlerde sigarayı bırakmaları için davranışsal terapi uygulamalarının etkililiğinin değerlendirdiği meta analiz çalışmasında bireysel olarak uygulanan eğitim ile deney grubunda sigara bırakma hızınının 1.49 kat, grup eğitimi uygulaması ile de 1.76 kat arttığını sonucuna ulaşılmıştır. Ünal'ın (2017) DSÖ tarafından geliştirilen ve MPOWER (izle, koru, öner, uyar, yasakla, vergilendir) olarak isimlendirilen topluma yönelik sigara ile müdahale uygulamalarının tüm yaş gruplarında “sigara içme sıklığı”, “sigara bırakma hızı” ve “günlük içilen sigara sayısı” değişkenleri üzerine etkinliğini değerlendirmek amacı ile yaptığı meta analiz çalışmasında; MPOWER uygulamalarının bir bütün olarak sigara kullanımına bağlı değişkenler üzerine farklı düzeylerde etkili olduğu ve bu etkililiğin farklı yaş gruplarında, farklı zamanlarda değişkenlik gösterdiği, bireyin sigara kullanımı ile aldığı nikotini ikame etmesi ve bu yolla yoksunluk semptomlarını azaltmayı amaçlayan bir tedavi ile erişkinlerde sigara bırakma hızı üzerine en etkili uygulama olduğu sonucuna varılmıştır. İş yerlerinde sigara karşıtı uygulamaların etkinliğini değerlendiren bir meta analiz çalışmasında bireylere yönelik sunulan kişisel eğitim, grup görüşmesi ve farmakolojik tedavilerin uzun dönemde sigarayı azaltmada üzerine etkili olduğu bildirilmektedir (Cahill ve Lancaster 2014).

Sigarayı bırakma ile ilgili mücadelede etkinliği kanıtlanmış, düşük maliyetli, iyi planlanmış ve iyi yürütülen uygulamaların, tüm ülkelerde, en yüksek seviyede yürürlüğe konması halk sağlığının korunması adına büyük önem taşımaktadır (Ünal 2017). Sosyal kavramsal çerçeve, çalışanlar için tasarlanan sigara bırakma girişimlerinde arabulucular olarak iş sağlığı ve güvenliği kapsamında ele almayı savunmaktadır (Sorenson ve ark. 2007). Sigarayı bırakma girişimlerinin etkinliği, sigara

içenlerin içeriğine, özellikle de sigara içme sıklığına, işyerinde ve işyeri dışında sigara içme politikalarına bağlı olarak değişmektedir (Rodriguez-Artalejo ve ark. 2003).

Bu bağlamda *‘TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin günlük sigara kullanım adedi programa katılmayanlara göre daha düşük olacaktır’* hipotezini desteklemektedir.

**Hipotez 6: TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin BKI ölçüm sonuçları bu programa katılmayanlara göre normal sınırlar içerisinde olacaktır.**

İşyeri girişimleri, hem işçilerin sağlık durumlarını ve işverenlerin bakım maliyetlerini geliştirme gücüne sahiptir (Goetzel ve ark. 2002; Ozminkowski ve ark. 2002) hem de çalışanların işe devamsızlıklarını azaltır (Schultz ve ark. 2002; Aldana ve ark. 2005). İş, yaşam tarzı alışkanlıkları, obezite ve yaralanma arasında ilişki olmasına rağmen, BKI işyerindeki yaralanmaların oranını güçlü şekilde etkilemektedir (Østbye ve ark. 2013). Obezitenin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan BKI ölçümleri, girişim öncesi deney ve kontrol gruplarında benzerdi. Deney ve kontrol grupları arasında girişim öncesi, 1.ay ve 3.aydaki BKI ölçümleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Araştırma sonuçlarına benzer olarak, Carei ve ark.’nın (2010) yeme bozukluğu olan bireylerde 12 haftalık yoga girişiminin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada her iki grupta da BKI değerinde değişiklik olmadığı, Sukhsohale ve Phatak’ın (2012) kısa süreli ve uzun süreli yoga meditasyonunun fizyolojik değişkenlere etkisini inceledikleri çalışmasında vücut ağırlığı, BKI, bel kalça oranında anlamlı farklılık göstermediği, Harris ve ark.’nın (2009) okul temelli fiziksel aktivite girişimlerinin etkisinin incelendiği meta-analiz çalışmasında, 18 çalışmanın 15’i fiziksel aktivite girişiminin BKI üzerinde bir etkisi olmadığı sonucuna ulaşmıştır.

Araştırma sonuçlarının aksine, Cicek ve ark. (2017) 16 hafta boyunca bireylere uygulanan egzersiz programının etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada BKI, vücut ağırlığı, bel ve kalça çevresinde azalma olduğu, Telles ve ark.’nın (2009) tek grup ile yaptığı 6 günlük yoga ve beslenme değişikliği programı girişim sonrasında bireylerin BKI, bel ve kalça çevresinde azalma olduğu, McEachan ve ark.’nın (2011) bir işyerinde fiziksel aktivite girişiminin etkinliğinin değerlendirildiği 9 ay süren çalışmada, deney grubunun sistolik kan basıncının ve kalp atım hızının düştüğü ancak BKI’nin arttığı, Li ve ark.’nın (2019) kısa süreli yürüyüş girişiminin BKI, bel çevresi ve ilgili çalışma

popülasyonu göstergelerine etkisinin incelendiği 100 gün süren çalışmada, girişim sonrasında BKI ve bel çevresinin azaldığı, Yuenyongchaiwat'ın (2016) aşırı kilolu bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığına günde 10 bin adımın etkisinin incelendiği 12 hafta süren girişim sonunda, bireylerin vücut ağırlığı, BKI ve bel çevresinde azalma olduğu, Yargıcı'nın (2007) kadınlara 6 hafta boyunca uygulanan yoga ve klasik egzersiz programının etkilerinin karşılaştırıldığı çalışmasında her iki grupta da vücut ağırlığı ve BKI açısından azalma kaydedildiği sonucuna varılmıştır.

Bu bağlamda '*TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin BKI ölçüm sonuçları bu programa katılmayanlara göre normal sınırlar içerisinde olacaktır*' hipotezini desteklememektedir.

**Hipotez 7: TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin bel-kalça çevresi ölçüm sonuçları bu programa katılmayanlara göre normal sınırlar içerisinde olacaktır.**

Bireylerin bel-kalça oranının değerlendirilmesi, vücut yağ dağılımının önemli bir göstergedir ve vücut yağ dağılımının obezite ile ilişkili sağlık riskinin belirlenmesinde önemlidir ve abdominal bölgede yağ birikimi fazla olanlar hipertansiyon, tip II diyabet, hiperlipidemi açısından risk altındadırlar (Yargıcı 2017).

Girişim öncesi bel-kalça ölçümleri deney ve kontrol grupları arasında benzerken, girişim sonrası 3. ayda deney grubundaki hemşirelerin bel çevrelerinde düşüş, kontrol grubunda girişim öncesine göre 3.ayda bel çevresi ölçümlerinde artış görüldü ve bu değişim miktarlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Deney grubunda girişim öncesine göre 1. ve 3. aydaki kalça çevresi ölçümlerinde düşüş, kontrol grubunda artış görülürken, bu değişim miktarlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Araştırma sonuçlarına paralel olarak, Ter Bogt ve ark.'nın (2009) kilolu ve obez bireylerle yaptıkları eğitimin etkisinin incelendiği 12 aylık çalışmasında, vücut ağırlığı, bel çevresinde azalma, Scapellato ve ark. (2018) fiziksel aktivite ve diyet önerileriyle ilgili bireysel motivasyon danışmanlığının etkisinin incelendiği çalışmada bel çevresinde azalmaya neden olan kilo kaybı sağladığı, Mayo ve ark. (2003)'nin 6 ay uygulanan egzersizin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmasında deney grubu bireylerin hem bel hem de kalça çevresinde azalma olduğu, Church ve ark.'nın (2009) 6 ay egzersizin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmasında deney grubu bireylerde kilo kaybı, bel çevresinde azalma olduğu, Thorndike 'nin (2011) obezite ve kardiyometabolik riski

azaltmak için bireysel tabanlı işyeri programının etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada, deney grubunun kontrol grubuna oranla bel-kalça oranında azalma olduğu, Çiçek ve ark. (2017) 16 hafta boyunca bireylere uygulanan egzersizin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada BKI, vücut ağırlığı, bel ve kalça çevresinde azalma olduğu sonucuna varılmıştır.

Araştırma sonuçlarının aksine, Reed ve ark.'nın (2018) hemşirelerle yaptığı web tabanlı girişimsel çalışmada; başlangıçta ve girişim sonrası birinci haftada ölçülen vücut ağırlığı, BKI ve bel çevresi ölçümlerinde gruplar arasında değişiklik gözlenmemiş fakat vücut yağ yüzdesini etkilediği sonucuna varılmıştır. Ide ve ark. (2018) fiziksel egzersiz ve fonksiyonel içeceklerin etkisinin incelendiği 12 haftalık çalışmada erkeklerde BKI ve bel çevresindeki değişiklikler yaşla birlikte arttığı ancak kadınlar arasında hiçbir ilişki gözlemlenmediği sonucuna varılmıştır.

Bu bağlamda *'TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin bel-kalça çevresi ölçüm sonuçları bu programa katılmayanlara göre normal sınırlar içerisinde olacaktır'* hipotezini desteklemektedir.

**Hipotez 8: TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin yoga yapma sıklığı bu programa katılmayanlara göre daha yüksek olacaktır.**

Hem fizyolojik açıdan hem de stres ile baş etmede etkili bir yöntem olarak kullanılan yoga uygulamaları, son yıllarda ülkemizde de gittikçe yaygınlaşmaktadır (Yargıcı 2007; Baysal ve Güzel 2017). İnsanların sağlıklı olabilmeleri için düzenli fiziksel egzersiz çok önemlidir ve bireylerde fiziksel hareketsizlik, birçok hastalık riskini de artırmaktadır (Chakravarthy ve ark., 2002). Düzenli yapılan egzersizlerin insan sağlığına önemli katkıları vardır (Karakaş ve ark. 2015). Yoga insanı bütüncül yaklaşımla ele alır, kasları kuvvetlendirir, postürü korur, esneklik sağlar, nefesi düzene sokar, gevşeme ile vücudun daha hafif ve enerjik hissedilmesini sağlar, konsantrasyon, gevşeme, solunum ve fiziksel egzersizlerin bir arada kullanıldığı kapsamlı bir egzersiz programıdır (Atılğan ve ark. 2015). Fiziksel hareketsizlik, kardiyovasküler hastalık, diabetes mellitus, meme ve kolon kanseri, obezite, hipertansiyon, kemik ve eklem hastalıkları ve depresyon da dahil olmak üzere çeşitli kronik hastalıklar için değiştirilebilir risk faktörüdür (Taylor ve ark. 2004; Yeşil ve Altıok 2012). Fiziksel aktiviteye düzenli katılımın optimal fiziksel ve psikolojik iyilik halini korumak için önemli olduğu bilinmektedir (Kull 2002; Penedo ve Dahn 2005; Warburton ve ark.

2006). Yoga, stresi, kas gerginliğini veya acıyı azaltabilecek eski bir egzersiz şeklidir . İşyerinde yoga yapmak çalışanlarda stresi ve yaralanma riskini azaltmak için rahatlama tekniklerini kullanmayı öğretir. İşyerinde yoga yapma, gerginliği ve iş stresini azaltarak iş performansını artıran kullanışlı ve pratik bir egzersiz türüdür (Gura 2002).

Deney grubu ve kontrol grubu hemşirelerin girişim öncesi hiç yoga yapmadığı, 1.ayda deney grubunun tümünün 8 kez yoga yaptığı, 3.ayda ise %6,7'sinin (n=2) 6 kez, %26,7'sinin (n=8) 8 kez, %33,3'ünün (n=10) 10 kez, %23,3'ünün (n=7) 12 kez ve %10'unun (n=3) 14 kez yoga yaptığı saptandı. TSÖM-ÖY programı kapsamında yoga eğitimi ile hemşirelerde stresi, kas gerginliğini azaltarak, esneklik ve gevşeme sağlamak ve iş verimini artırmak hedeflendi. Araştırma sonuçlarına paralel olarak, Rachiwong ve ark.'nın (2015) 8 haftalık yoga eğitiminin yaralı çalışanlarda fiziksel uygunluk ve stres düzeyine etkilerini değerlendirdikleri çalışmada, bel esnekliği, el kavrama kuvveti ve hayati kapasite üzerinde terapötik etkiler yarattığı, ancak yaralanan çalışanlarda stres seviyesi üzerinde etkili olmadığı, Bhat ve ark.'nın (2012) endüstri işçilerinde yoganın psikolojik yararlarının değerlendirildiği çalışmada işçilere uygulanan 12 haftalık girişim programının etkisinin incelendiği çalışmada, düzenli olarak yapılan yoganın işçilerde psikolojik faydaları olduğu, yoganın fiziksel egzersiz ile kombine edildiğinde bireylerde üst düzeyde faydalar sağladığı, Sakuma ve ark.'nın (2012) çalışmada çocuk bakıcılarına evde DVD ile uygulanan basit yoga girişiminin ağrı ve sağlık durumuna etkisinin incelendiği çalışmada, girişimin genel sağlık durumunu artırdığı, Suni ve ark. (2018) işyerinde yaptıkları egzersiz programının etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada, girişim sonrası işçilerin bel ağrılarının yoğunluğunun azaldığı belirlenmiştir.

Uluslararası çalışmalarda yoganın, anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu (Lavey ve ark. 2005; Gupta ve ark. 2006; Sharipo ve ark. 2007; Smith ve ark., 2007), çeşitli çalışmalarda ruh halini yükseltmek ve depresyonun hafifletilmesinde de faydalı olduğu (Woolery ve ark. 2004; Gupta ve ark. 2006; Sharipo ve ark. 2007), kendini düzenlemeyi, iyileşmeyi ve refahı, konsantrasyonu, dolaşımı, oksijen alımını, esnekliği ve dayanıklılığı arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Telles ve Naveen 2004).

Bu bağlamda '*TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin yoga yapma sıklığı bu programa katılmayanlara göre daha yüksek olacaktır*' hipotezini desteklemektedir.

**Hipotez 9: TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin besin ölçüm değerleri programa katılmayanlara göre daha yüksek olacaktır.**

Çalışma şartları, yoğun çalışma koşulları ve iş çevresinden kaynaklı tehlike ve risklerin yanı sıra, hemşirelerin beslenme, uyku, dinlenme ve fiziksel egzersiz gibi günlük yaşam aktivitelerini ertelemeleri sağlıklarının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Kesgin ve Kubilay 2011). Besinler, insanın hayatta kalması ve sağlıklı olması için gereken temel gereksinimlerden biridir. Beslenme, gıdanın neden oluştuğunu ve yediğimiz besinin vücudumuzu nasıl etkilediğinin incelenmesidir, çünkü yiyecekler doğru alınmadığında hastalanmaya, yağlı yiyeceklerin ve karbonhidratların aşırı alımı da obeziteye neden olabilir (Dudek 2014). Vücudun gereksinimi olan enerji, protein, karbonhidrat, yağ, vitamin ve minerallerin kaynakları besinlerdir (Irmak 2015). Sağlıklı kalmak ve dengeli beslenmek için yiyeceklerin doğru miktarda ve kalitede alınması gereklidir, bu nedenle hemşirelerde beslenme önemlidir (Dudek 2014).

Deney grubunun girişim sonrası enerji, protein, yağ, kalsiyum, potasyum, magnezyum, demir, fosfor, çinko, A, D, B, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub> vitamini değerleri, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Deney grubunda girişim öncesine göre girişim sonrası enerji, protein, yağ, kalsiyum, potasyum, magnezyum, demir, fosfor, çinko, C, D, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub> vitamini değerlerinde görülen artışlar, kontrol grubunda ise enerji, protein, demir, çinko ve A vitamini değerlerinde görülen düşüşler anlamlı saptandı. Vitaminler ve mineraller, vücuttaki metabolizmanın çalışması için önemlidir ve gereklidir. İnsan vücudunda sentezlenmediklerinden, dışardan besinler aracılığıyla karşılanırlar (Tufan 2016). Vücutta kalsiyum ve D vitamininin yetersizliğinde; yetişkin kadınlarda osteomalasia ve yaşlılarda osteoporoz, demir yetersizliğinde, barsak parazitleri besinlerle alınan demire ortak olur ve vücutta kansızlığa, magnezyumunun vücutta enerji metabolizmasının, kas ve sinir sisteminin düzenli çalışması, kemik ve dişlerin oluşumu, kan basıncının düzenlenmesi gibi görevleri vardır. Çinko yetersizliğinde hastalıklara dirençsizlik, yaraların iyileşmesinde gecikme, tat ve koku algılamada bozukluklar gibi sorunlar çıkar. Yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı oluşabilecek rahatsızlıklar sonucu, hem yetersiz olan hemşire sayısının ülke genelindeki ihtiyacı karşılayamaması hem de hemşirelerin iş performansı azalacağından, ilerleyen yaşla artan kronik hastalıklar da dikkate alınarak hemşirelerin sağlıklı ve dengeli

beslenme ihtiyaçlarının yeteri miktarda karşılanması için sağlığı geliştirme programlarında sağlıklı ve dengeli beslenme girişimlerinin planlanması önemlidir.

Deney grubu hemşirelerin girişim öncesi günlük aldıkları enerjinin ortalaması 1303,95 kkal iken, girişim sonrası hemşirelerin enerji tüketim ortalaması 335,58'lik bir artma 1639,53 kkal'ye yükselmiştir. Kontrol grubu hemşirelerin girişim öncesi günlük aldıkları enerjinin ortalaması 1189,81 kkal iken, girişim sonrası hemşirelerin enerji tüketim ortaması 109,96'lık azalma ile 1079,85 kkal'ye gerilemiştir. Hemşirelerin içinde buldukları yaş dönemi ile cinsiyete göre enerji alımı düzeylerinin, Türkiye Beslenme Rehberi'ne (TÜBER) göre 1737,0 kkal olması gerekmektedir (BeBİS 2010). Deney grubu hemşirelerin, girişim sonrası günlük ortalama enerji ve besin alım miktarları önemli derecede artış olduğu ve TÜBER'in önerdiği miktarlara daha yakın olacak şekilde arttığı, kontrol grubunda ise günlük enerji alım miktarlarında azalma olduğu sonucuna varıldı. Bu durumun TSÖM-ÖY kapsamında uygulanan sağlık eğitimlerinin ve BeBİS analiz programının sonuç çıktıları ile yapılan bireysel beslenme danışmanlığı ile yetersiz tüketilen besinlerin neler olduğunu, hangi tür yiyeceklerden ne kadar tüketmeleri gerektiğini ayrıntılı bir şekilde anlamaları sağlandığı için, hemşirelerin sağlıklı ve dengeli beslenme davranışları öğrenme, beslenme alışkanlıklarını değiştirme ve böylece davranış değişikliğini sürdürmede etkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bireylerin, günlük enerji ve besin alım miktarlarının, iş yükü, personel yetersizliği, yetersiz hekim-hemşire ilişkileri, hasta popülasyonundaki artış, çalışma ortamından kaynaklı stres, düşük moral, duygusal tükenme, yemekhane hizmetlerinin çalışma saatlerine uygun olma durumundan etkilenebileceği göz ardı edilmemelidir.

Daha önce BeBİS analiz programı ile hemşirelerin aldıkları günlük enerji miktarlarının ve besinlerin ayrıntılı olarak analiz edilerek değerlendirildiği girişimsel çalışma bulunmamaktadır. Bu bağlamda '*TSÖM-ÖY programına katılan bireylerin besin ölçüm değerleri programa katılmayanlara göre daha yüksek olacaktır*' hipotezini desteklemektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada 45 yaş ve üstü hemşirelere Tutum-Sosyal Etki-Öz Etkililik temelli Öz yönetim programı sonrasında bireylerin;

- İş Yeterliliği Ölçeği puan ortalamalarında artış,
- Sağlıklı ve dengeli beslenme davranışlarında artış,
- Yoga yapma sıklıklarında artış,
- Günlük sigara içme adedinde azalma,
- Bel ve kalça çevresi oranlarında azalma sağlanmıştır.

Tüm bu sonuçlar doğrultusunda;

-Hemşirelerin çalışma ortamının ve çevresinin iş yeterliliği kavramı kapsamında değerlendirilerek, gerekli düzenlenmelerin yapılması gerekmektedir. Hemşirelerin işyerinden kaynaklanan tehlike ve risklerden korunması, araç-gereçlerin ve iş ortamının işe uygun olarak düzenlenmesi, iş yeterliliği ile iş performansını artıracığından, bu konuya gereken önem verilmelidir.

-Hemşirelerin iş yeterliliğini ve iş verimini artırmak için, hastanelerde basit, uygun maliyetli ve kolay uygulanabilir sağlığı geliştirme programları kapsamında yoganın dahil edilmesi sağlanmalıdır.

-Hastane temelli iş sağlığı hizmetlerinin ve hemşirelere yönelik iş sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi sağlanmalıdır.



## KAYNAKLAR

- Aalaa, M., Sanjari, M., Tootee, A., Mirzabeigi, G. ve Salemi, S. (2012). Assessment of quality of life of Iranian nurses. *Nursing Reports*, **2**, 57-62.
- Adadioğlu, Ö. ve Oğuz, S. (2016). Epilepsi ve Öz Yönetim. *Epilepsi*, **22**, 1-4.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T. ve Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, **38**, 223-229.
- Aiken L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L. ve Neff, D. F. (2011). The effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical Care*, **49**, 1047-1053.
- Airila, A., Hakanen, J., Punakallio, A., Lusa, S., ve Luukkonen, R. (2012). Is work engagement related to work ability beyond working conditions and lifestyle factors? *International Archives Occupational and Environmental Health*, **85**, 915-925.
- Ajzen, I. ve Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes And Predicting Social Behaviour*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall.
- Akbolat, M., Turgut, M. ve Över, G. (2015). Hemşirelerin yaşam kalitesi algılarının motivasyonlarına etkisi: Bir kamu hastanesi örneği. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, **4**, 65-82.
- Akça Ay. F. (2012). *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Akdeniz, B. (2017). Yoga yapan bireylerin cinsel doyumlarının, beden farkındalıklarının ve yaşam memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı. İstanbul.
- Aksayan, S. ve Gözüm, S. (1998) Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde özetkililik algısının önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2**, 35-42.
- Akranavičiūtė, D. ve Ruževičius, J. (2007). Quality of life and its components' measurement. *Engineering Economics*, **2**, 43-48.
- Alan, H. ve Yıldırım, A. (2016). Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, **2**, 86-98.

- Alavinia, S. M., van Duivenbooden, C. ve Burdorf, A. (2007). Influence of work-related factors and individual characteristics on work ability among Dutch construction workers. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, **33**, 351-357.
- Alavinia, S. M., De Boer, A. G. E. M., Van Duivenbooden, J. C., Frings-Dresen, M. H. W. ve Burdorf, A. (2008). Determinants of work ability and its predictive value for disability. *Occupational Medicine*, **59**, 32-37.
- Aldana, S.G., Merrill, R.M., Price, K., Hardy, A. ve Hager, R. (2005). Financial impact of a comprehensive multisite workplace health promotion program. *Preventive Medicine*, **40**, 131-137.
- Alexander, G. K., Rollins, K., Walker, D., Wong, L. ve Pennings, J. (2015). Yoga for self-care and burnout prevention among nurses. *Workplace Health & Safety*, **63**, 462-470.
- Alewijnse, D., Mesters, I., Metsemakers, J. ve Van Den Borne, B. (2003). Predictors of long-term adherence to pelvic floor muscle exercise therapy among women with urinary incontinence. *Health Education Research*, **18**, 511-524.
- Almalki, M. J., FitzGerald, G. ve Clark, M. (2012). The relationship between quality of work life and turnover intention of primary health care nurses in Saudi Arabia. *BMC Health Services Research*, **12**, 314.
- Alp, E., Bozkurt, M. ve Başçiftçi, İ. (2012). Hastane malzemelerinin sağlık çalışanlarının postürüne etkileri. *Sakarya Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **16**, 221-226.
- Andersen, J. H., Haahr, J. P. ve Frost, P. (2007). Risk factors for more severe regional musculoskeletal symptoms: A two-year prospective study of a general working population. *Arthritis & Rheumatism*, **56**, 1355-1364.
- Apaydın, K. (2007). Hemşirelik hizmetlerinde yönetsel ve organizasyonel sorunlar ve çözüm önerileri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Arıtcı, G. (2013). Metabolik sendromu olan ve olmayan kadınlarda diyetle kalsiyum tüketiminin vücut kompozisyonu ve kan değerleri üzerine etkisinin incelenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

- Arimura, M., Imai M., Okawa, M., Fujimura, T. ve Yamada, N. (2010). Sleep, mental health status, and medical errors among hospital nurses in Japan. *Industrial Health*, **48**, 811-817.
- Asiry, S. ve Ang, L. C. (2019). *Laboratory Safety: Chemical and physical hazards*. New York: Humana Press.
- Atılğan, E., Tarakcı, D., Polat, B. ve Alğun, Z. C. (2015). Sağlıklı kadınlarda Yoga temelli egzersizlerin esneklik, yaşam kalitesi, fiziksel aktivite ve depresyon üzerine etkilerinin araştırılması. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, **2**, 41-46.
- Atılğan, E. ve Erbahçeci, F. (2018). Kronik bel ağrılı bireylerde yoga ve fizyoterapi programının yaşam kalitesi, denge, ağrı düzeyi ve uyku kalitesi üzerine etkilerinin karşılaştırılması. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, **5**, 158-166.
- Avcı, K. ve Pala, K. (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **30**, 81-85.
- Axén, I. ve Follin, G. (2017). Medical yoga in the workplace setting– perceived stress and work ability– a feasibility study. *Complementary Therapies in Medicine*, **30**, 61-66.
- Aydemir Gedük, E. (2018). Hemşirelik Mesleğinin Gelişen Rollerini. *Journal of Health Science and Profession*, **5**, 253-258.
- Aydemir, İ. ve Yenimahalleli Yaşar, G. (2016). Ergonomik tasarımın sağlık çalışanları ve hasta güvenliğine etkisi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, **3**, 174-184.
- Aydoğan, Ü., Onar, T. ve Nerkiz, P. (2011). Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler. *GeroFam*, **2**, 1-12.
- Babayiğit, M. A. ve Kurt, M. (2013). Hastane ergonomisi. *İstanbul Medical Journal*, **14**, 153-159.
- Baggerly, J. ve Osborn, D. (2006). School counselor's satisfaction and commitment: correlates and predictors. *Professional School Counseling*, **9**, 197-205.
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, **4**, 359-373.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, **50**, 248–287.
- Bandura, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current Directions of Psychological Science*, **9**, 75-78.

- Bandura, A. (2002). Growing primacy of human agency in adaptation and change in the electronic era. *European Psychologist*, *7*, 2-16.
- Bang, S. S. ve Kim, I. O. (2014). Relationship among essentials of fundamental nursing skills performance, stress from work and work capability of new clinical nurses. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*, *20*, 628-638.
- Başak, T., Uzun, Ş. ve Arslan, F. (2010). Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, *52*, 76-81.
- Başaran, S., Güzel, R. ve Sarpel, T. (2005). Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. *Romatizma*, *20*, 55-63.
- Baum, J. R. ve Locke, E.A. (2004). The relationship of entrepreneurial traits, skill and motivation to subsequent venture growth. *Journal of Applied Psychology*, *89*, 587-598.
- Baysal, D. ve Güzel, P. (2017). Okul pansiyonlarında kalan kız öğrencilerde “yoga etkinliğinin ders dışı eğitim çalışmaları kapsamında uygulanabilirliğinin” incelenmesi. *Sakarya University Journal of Education*, *7*, 91-108.
- Berg, G. V., Hedelin, B. ve Sarvimaki, A. (2005). A holistic approach to the promotion of older hospital patients’ health. *International Nursing Review*, *52*, 73-80.
- Beslenme Bilgi Sistemi (BEBİS), Versiyon 8. (2010). Ebispro for Windows, Stuttgart, Germany; Turkish version BeBiS, Versiyon 8; Data bases: Bundeslebensmittelschlüssel (BLS), 11.3 and other sources.
- Beşer, A., ve Topçu, S. (2016). Hemşirelerin maruz kaldıkları sağlık riskleri ve kazalar. *Türkiye Klinikleri Journal of Public Health Nursing-Special Topics*, *2*, 23-28.
- Bhat, P. S., Chopra, V., Mehta, S. G., Srivastava, K., Kumar, S. R. ve Prakash, J. (2012). Psychological benefits of yoga in industrial workers. *Industrial Psychiatry Journal*, *21*, 98.
- Bilginar, Y. (2015). Mesleki ayrımcılık: Erkek Hemşirelerin Yaşadığı Sorunlar. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Tezsiz Yüksek Lisans. Edirne.
- Bilir, N., Özcebe, H., Vazioğlu, S. A., Aslan, D., Subaşı, N. ve Telatar, T. G. (2005). Van ilinde 15 yaş üzeri erkeklerde SF-36 ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, *25*, 663-668.

- Bilir, N. ve Yıldız, A. N. (2008). Çalışma Hayatı ve Sigara, Sigarasız İşyerleri. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Birdee, G. S., Ayala, S. G. ve Wallston, K. A. (2017). Cross-sectional analysis of health-related quality of life and elements of yoga practice. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, **17**, 83.
- Bolman, C., De Vries, H. ve Mesters, I. (2002). Factors determining cardiac nurses' intentions to continue using a smoking cessation protocol. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, **31**, 15-24.
- Boschman, J. S., Nieuwenhuijsen, K., Frings-Dresen, M. H. ve Sluiter, J. K. (2015). Development of hospital nurses' work ability over a 2 year period. *Occupational Medicine*, **65**, 542-548.
- Bostan, S. ve Köse, A. (2011). Hemşirelerin yönetsel hizmetleri ve çalışma ortamlarını değerlendirmesi-bir üniversite hastanesi örneği. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **1**, 178-183.
- Boylu, A. A. ve Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, **8**, 137-150.
- Brink, E., Alsén, P., Herlitz, J., Kjellgren, K. ve Cliffordson, C. (2012). General self-efficacy and health-related quality of life after myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine*, **17**, 346-355.
- Brobeck, E., Bergh, H., Odenrants, S. ve Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, **20**, 3322-3330.
- Broemer, L., Esser, P., Koranyi, S., Friedrich, M., Leuteritz, K., Wiegand, S... ve Guntinas-Lichius, O. (2019). A group intervention to promote work ability in patients with head and neck cancer. *Laryngo-Rhino-Otologie*, **98**, 175-182.
- Browne, M. W. ve Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. *Sage Focus Editions*, **154**, 136-136.
- Buerhaus, P., Donelan, K., Ulrich, B., Norman, L. ve Dittus, R. (2005). "Is the shortage of hospital registered nurses getting better or worse? findings from two recent national surveys of RNs". *Nursing Economic*, **23**, 61-72.
- Buss P. M. ve Pellegrini Filho, A. (2007). *A Saúde e seus determinantes sociais*. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, **17**, 77-93.

- Buz, S., Koçak, Y. E. ve Gözen, Ö. (2018). Türkiye’de yaşlılara sunulan hizmetlerin Birleşmiş Milletler yaşlılık ilkeleri çerçevesinde değerlendirilmesi: Ankara örneği. *The Journal of Academic Social Science*, **77**, 388-410.
- Brug, J., Lechner, L. ve De Vries, H. (1995). Psychosocial determinants of fruit and vegetable consumption. *Appetite*, **25**, 285-296.
- Cahill, K. ve Lancaster T. (2014). Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **4**, 1-83.
- Camerino, D., Conway, P. M., Van der Heijden, B. I. J. M., Estry-Behar, M., Consonni, D., Gould, D.... ve Next-Study Group. (2006). Low-perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries. *Journal of Advanced Nursing*, **56**, 542-552.
- Camkurt, M. Z. (2013). Çalışanların kişisel özelliklerinin iş kazalarının meydana gelmesi üzerindeki etkisi. *Tühis İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, **25**, 70-101.
- Candy, P. C. (1991). *Self-Direction for Lifelong Learning: A Comprehensive Guide to Theory And Practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Carei, T. R., Fyfe-Johnson, A. L., Breuner, C. C. ve Brown, M. A. (2010). Randomized controlled clinical trial of yoga in the treatment of eating disorders. *Journal of Adolescent Health*, **46**, 346-351.
- Carel, R. S., Zusman, M. ve Karakis, I. (2013). Work ability index in Israeli hospital nurses: applicability of the adapted questionnaire. *Experimental Aging Research*, **39**, 579-590.
- Carmeli, A., Meitar, R. ve Weisberg, J. (2006). Self-leadership skills and work innovative behavior at work. *International Journal of Manpower*, **27**, 75-90.
- Chakravarthy, M. V., Joyner, M. J. ve Booth, F. W. (2002). An obligation for primary care physicians to prescribe physical activity to sedentary patients to reduce the risk of chronic health conditions. *Mayo Clinic Proceedings*, **77**, 165-173.
- Chan, A. ve Huak, C. (2004). Influence of work environment on emotional health in a health care setting. *Occupational Medicine*, **54**, 207-212.
- Chang, S. H., Crogan, N. L. ve Wung, S. F. (2007). The self-care self-efficacy enhancement program for Chinese nursing home elders. *Geriatric Nursing*, **28**, 31-36.

- Chien, L.Y., Lo, L.H., Chen, C.J., Chen, Y.C. ve ark. (2003). Quality of life among primary caregivers of Taiwanese children with brain tumor. *Cancer Nursing*, **26**, 305-311.
- Child, D. (2006). *The Essentials of Factor Analysis*. A&C Black.
- Chiu, M. C., Wang, M. J. J., Lu, C. W., Pan, S. M., Kumashiro, M. ve Ilmarinen, J. (2007). Evaluating work ability and quality of life for clinical nurses in Taiwan. *Nursing Outlook*, **55**, 318-326.
- Cho, E., Chin, D. L., Kim, S. ve Hong, O. (2016). The relationships of nurse staffing level and work environment with patient adverse events. *Journal of Nursing Scholarship*, **48**, 74-82.
- Church, T. S., Martin, C. K., Thompson, A. M., Earnest, C. P., Mikus, C. R. ve Blair, S. N. (2009). Changes in weight, waist circumference and compensatory responses with different doses of exercise among sedentary, overweight postmenopausal women. *Plos One*, **4**, 4515.
- Cicek, G., Imamoglu, O., Gullu, A., Celik, O., Ozcan, O., Gullu, E. ve Yamaner, F. (2017). The effect of exercises on left ventricular systolic and diastolic heart function in sedentary women: Step-aerobic vs core exercises. *Journal of Exercise Science & Fitness*, **15**, 70-75.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Connolly, C., Bleich, M. R., Hatcher, B. J., Davis, K., Hewlett, P. O. N. ve Hill, K. S. (2006). Wisdom at work: The importance of the older and experienced nurse in the workplace.
- Costa, R. C. N. D. C., Yamaguchi, N., Santo, M. A., Riccioppo, D. ve Pinto-Junior, P. E. (2014). Outcomes on quality of life, weight loss, and comorbidities after Roux-en-Y gastric bypass. *Arquivos de Gastroenterologia*, **51**, 165-170.
- Cottini, E. ve Lucifora, C. (2013). Mental health and working conditions in Europe. *ILRReview*, **66**, 958- 988.
- Cramer, H., Lauche, R., Haller, H., Dobos, G. ve Michalsen, A. (2015). A systematic review of yoga for heart disease. *European Journal of Preventive Cardiology*, **22**, 284-295.

- Crow, E.M., Jeannot, E. ve Trehwela, A. (2015). Effectiveness of Iyengar yoga in treatingspinal (back and neck) pain: A systematic review. *International Journal of Yoga*, **8**, 3-14.
- Cruz, J. P., Cabrera, D. N.C., Hufana, O. D., Alquwez, N. ve Almazan, J. (2018). Optimism, proactive coping and quality of life among nurses: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, **27**, 2098-2108.
- Çam, O., Akgün, E., Gümüş, A. B., Bilge, A. ve Keskin, G. Ü. (2005). Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin klinik ortamlarını değerlendirmeleri ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **6**, 213-220.
- Çamözü, E. ve Kitiş, Y. (2011). Hastane temizlik hizmetleri personelinin tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve depolanması ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **10**, 631-640.
- Çapık, C. (2014). Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **17**, 196-205.
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, **5**, 194-197.
- De Boer, A. G., Burdorf, A., van Duivenbooden, C. ve Frings-Dresen, M. H. (2007). The effect of individual counselling and education on work ability and disability pension: a prospective intervention study in the construction industry. *Occupational and Environmental Medicine*, **64**, 792-797.
- Dekkers-Sánchez, P. M. ve Annette, E. (2019). Enhancing medical evaluations of sick-listed employees: an educational intervention to improve professional practice of physicians performing work ability assessments of employees on long-term sick leave. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 1-10.
- Detaille, S. I., Heerkens, Y. F., Engels, J. A., van der Gulden, J. W. J. ve Van Dijk, F. J. H. (2013). Effect evaluation of a self-management program for Dutch workers with a chronic somatic disease: a randomized controlled trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*, **23**, 189-199.
- Devebakan, N. (2007). Özel sağlık işletmelerinde iş sağlığı ve güvenliği. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İzmir.



- De Vries, H., Dijkstra, M. ve Kuhlman, P. (1988). Self efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research*, **3**, 273-282.
- De Vries, H. ve Backbier, E. (1994). Self-efficacy as an important determinant of quitting among pregnant women who smoke: The  $\sigma$ -pattern. *Preventive Medicine*, **23**, 167-174.
- De Vries, H., Backbier, E., Kok, G. ve Dijkstra, M. (1995). The Impact of Social Influences in the Context of Attitude, Self-Efficacy, Intention, and Previous Behavior as Predictors of Smoking Onset1. *Journal of Applied Social Psychology*, **25**, 237-257.
- De Vries, H. ve Mudde A. N. (1998). Predicting stage transitions for smoking cessation applying the attitude-social influence-efficacy model. *Psychology & Health*, **13**, 369-385.
- De Vries, H. J., Reneman, M. F., Groothoff, J. W., Geertzen, J. H. ve Brouwer, S. (2013). Self-reported work ability and work performance in workers with chronic nonspecific musculoskeletal pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, **23**, 1-10.
- De Zwart, B. C. H., Frings Dresen, M. H. W. ve Van Duivenbooden, J. C. (2002). Test-retest reliability of the Work Ability Index questionnaire. *Occupational Medicine*, **52**, 177-181.
- Dikmen, A. U., Medeni, V., Uslu, İ., Altun, B., ve Aycan, S. (2015). Ankara'da bir üniversite hastanesinde çalışan sağlık personelinin geçirdiğini ifade ettiği iş kazalarının değerlendirilmesi. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, **14**, 22-29.
- Dikmen, Y., Denat, Y., Başaran, H. ve Filiz, N. Y. (2016). Hemşirelik öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlik düzeylerinin incelenmesi. *Journal of Contemporary Medicine*, **6**, 206-213.
- Doğanlı, B. ve Demirci, Ç. (2014). Sağlık kuruluşu çalışanlarının (hemşire) motivasyonlarını belirleyici faktörler üzerine bir araştırma. *Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **21**, 47-60.
- Dudek, S. G. (2014). *Nutrition Essentials for Nursing Practice* (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Duman, Ç. S., Suluhan, D. ve Durduran, Y. (2016). Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekim dışı sağlık profesyonellerinin hizmet içi eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Bakirköy Tıp Dergisi*, **12**, 118-123.

- Duncan, C. (2001). Ageism, Early Exit and The Rationality of Age-Based Discrimination. In I. Golver & M. Branine (Eds.), *Ageism in work and employment*: 25-46. Burlington, VT: Ashgate.
- Durmuş, S. ve Günay, O. (2007). Hemşirelerde iş doyum ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*, **29**, 139-146.
- Duyan, E. C. (2007). İş ve yaşam tatmininde yoga'nın etkileri üzerine bir araştırma. *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **26**, 25-34.
- Ercoskun, M. H. (2016). Adaptation of Self-Control and Self-Management Scale (SCMS) into Turkish culture: A study on reliability and validity. *Educational Sciences: Theory and Practice*, **16**, 1125-1145.
- Erer, S. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Sorumluluğun Paylaşılması. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **36**, 33-38.
- Ergen, A., Tanrıverdi, O., Kumbasar, A., Arslan, E. ve Atmaca, D. (2011). Sağlık personelinin yaşam kalitesi üzerine kesitsel bir çalışma. *Haseki Tıp Bülteni*, **49**, 14-19.
- Ergöl, Ş. (2011). Türkiye'de yükseköğretimde hemşirelik eğitimi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, **1**, 152-155.
- Estryn-Behar, M., Kreutz, G., Le Nezet, O., Mouchot, L., BenBrik, E., Kuerten de Salles R. K ve ark. (2005). Promotion of work ability among French health care workers—value of the work ability index. *International Congress Series*, **1280**, 73-78.
- Evans, C. J. (2004). Health and work productivity assessment: State of the art of state of flux. *Journal of Occupational Environ Medicine*, **46**, 3-11.
- Fang, R. ve Li, X. A. (2015). Regular yoga intervention for staff nurse sleep quality and workstress: a randomised controlled trial. *Journal of Clinic Nursing*, **24**, 3374-3379.
- Feldt, T., Hyvönen, K., Mäkikangas, A., Kinnunen, U. ve Kokko, K. (2009). Development trajectories of Finnish managers' work ability over a 10-year follow-up period. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, **35**, 37-47.
- Ferro, E. C., Biagini, A. P., da Silva, Í. E. F., Silva, M. L. ve Silva, J. R. T. (2012). The combined effect of acupuncture and Tanacetum parthenium on quality of life in women with headache: randomised study. *Acupuncture in Medicine*, **30**, 252-257.

- Firoozeh, M., Saremi, M., Kavousi, A. ve Maleki, A. (2016). Demographic and occupational determinants of the work ability of firemen. *Journal of Occupational Health*, **59**,81-87.
- Fischer, F. M., Borges, F. N. S., Rotenberg, L., Latorre, M. D. R. D. D., Soares, N. S., Santa Rosa, P. L. F. ve ark. (2006). Work ability of health care shift workers: What matters? *Chronobiology International*, **23**, 1165-1179.
- Fishbein, M. ve Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, D., Barrett, L., Teranishi, R., Saper, R. ve Kruger, J. (2014). Is yoga really dangerous? A systematic review of adverse events reported in the medical literature. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, **20**, 21.
- Flay, B. R. ve Petraitis, J. (1994). The theory of triadic, influence: a new theory of health behavior wiyh implications for preventive interventions. *Advances in Mecical Sociology*, **4**, 19-44.
- Frayne, C. A. ve Geringer, J. M. (2000). Self-management training for improving job performance: A field experiment involving salespeople. *Journal of Applied Psychology*, **85**, 361-372.
- Gharibi, V., Mokarami, H., Taban, A., Aval, M. Y., Samimi, K. ve Salesi, M. (2016). Effects of work-related stress on work ability index among Iranian workers. *Safety and Health at Work*, **7**, 43-48.
- Goetzel, R. Z., Ozminkowski, R. J., Bruno, J. A., Rutter,. K. R., Isaac, F. ve Wang, S. (2002). The long-term impact of Johnson & Johnson's Health & Wellness Program on employee health risks. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, **44**, 417-424.
- Goetzel, R. Z., Gibson, T. B., Short, M. E., Chu, B. C., Waddell, J., Bowen, J.... ve De Joy, D. M. (2010). A multi-worksites analysis of the relationships among body mass index, medical utilization, and worker productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, **52**, 52-58.
- Gordon, R. A. ve Arvey, R. D. (2004). Age bias in laboratory and field settings: A meta-analytic investigation. *Journal of Applied Psychology*, **34**, 468-492.
- Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J. ve Koskinen, S. (2008). Dimensions of work ability: results of the Health 2000 Survey. Helsinki; Finnish Centre of Pensions, The

Social Insurance Institution, National Public Health Institute, Finnish Institute of Occupational Health.

- Gökmen Kavak, D. (2018). Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (Tüska) Sağlıkta Akreditasyon Standartları. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, **1**, 14-20.
- Gözüm, S. ve Aksayan, S. (1999). Öz-Etkililik-Yeterlik ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2**, 21-34.
- Gram, B., Holtermann, A., Bültmann, U., Sjøgaard, G., ve Sjøgaard, K. (2012). Does an exercise intervention improving aerobic capacity among construction workers also improve musculoskeletal pain, work ability, productivity, perceived physical exertion, and sick leave?: a randomized controlled trial. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, **54**, 1520-1526.
- Groeneveld, I. F., Proper, K. I., van der Beek, A. J., Hildebrandt, V. H. ve Van Mechelen, W. (2011). Short and long term effects of a lifestyle intervention for construction workers at risk for cardiovascular disease: A randomized controlled trial. *BMC Public Health*, **11**, 836.
- Gupta, N., Khera, S., Vempati, R.P., Sharma, R., Bijlani, R.L. (2006). Effect of yoga based lifestyle intervention on state and trait anxiety. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology*, **50**, 41-7.
- Gura, S. T. (2002). Yoga for stress reduction and injury prevention at work. *Work*, **19**, 3-7.
- Güdük, Ö. ve Kılıç, C. H. (2017). Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu ve Türkiye’de Gelişimi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **7**, 102-107.
- Gülmez, H. (2013). Çalışanların yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, **7**, 74-82.
- Gümüş, H., Bulduk, S. ve Akdevelioğlu, Y. (2011). Yetiştirme yurtlarında kalan adolesanların beslenme ve fiziksel aktivite durumlarının vücut kompozisyonları ile ilişkisinin saptanması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, **8**, 786-808.
- Güneş, D. (2014). Yaşlıların ilaç kullanımını konusundaki bilgileri ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum.

- Habibi, E., Dehghan, H., Safari, S., Mahaki, B. ve Hassanzadeh, A. (2014). Effects of work-related stress on work ability index among refinery workers. *Journal of Education and Health Promotion*, **3**,18.
- Hange, D., Ariai, N., Kivi, M., Eriksson, M. C., Nejati, S. ve Petersson, E. L. (2017). The impact of internet-based cognitive behavior therapy on work ability in patients with depression—a randomized controlled study. *International Journal of General Medicine*, **10**, 151.
- Harris, K. C., Kuramoto, L. K., Schulzer, M. ve Retallack, J. E. (2009). Effect of school-based physical activity interventions on body mass index in children: A meta-analysis. *The Canadian Medical Association Journal*, **180**, 719-726.
- Hyland A., Wakefield M., Higbee C., Szczypka G., Cummings K. M. (2006). Anti-tobacco television advertising and indicators of smoking cessation in adults: a cohort study. *Health Education Research*, **21**, 348.
- Hedge, J. W., Borman, W. C. ve Lammlein, S. E. (2006). *The Aging Workforce: Realities, Myths, and Implications for Organizations*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Heinen, M. M., Van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kozka, M. ve ark. (2013). Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European Countries. *International Journal of Nursing Studies*, **50**, 174-84.
- Hengel, K. M. O., Blatter, B. M., Van Der Molen, H. F., Bongers, P. M., ve Van Der Beek, A. J. (2013). The effectiveness of a construction worksite prevention program on work ability, health, and sick leave: Results from a cluster randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, **39**, 456-467.
- Heslin, P. A. ve Latham, G.P. (2004). The Effect of upward feedback on managerial behavior. *Applied Psychology: An International Review*, **53**, 23-37.
- Hiltunen, E. F., Winder, P. A., Rait, M. A., Buselli, E. F., Carroll, D. L. ve Rankin, S. H. (2005). Implementation of efficacy enhancement nursing interventions with cardiac elders. *Rehabilitation Nursing*, **30**, 221-229.
- Holden, C. (2005). Privatization and trade in health services: A review of the evidence: *International Journal of Health Services*, **35**, 675-689.
- Holtzman, S. ve Beggs, R. T. (2013). Yoga for chronic low back pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain Research and Management*, **18**, 267-272.

- Hutter, H. P., Moshammer, H. ve Neuberger, M. (2006). Smoking cessation at the workplace: 1 year success of short seminars. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, **79**, 42-48.
- Ide, K., Takeuchi, M., Seki, T. ve Kawakami, K. (2018). Effect of regular exercise and functional beverages on changes in body weight and waist circumference in healthy Japanese subjects. *Medicina*, **54**, 64.
- Ilmarinen, J. ve Tuomi, K. (1992). Work ability index for aging workers. *Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health*, **18**, 142-151.
- Ilmarinen, J., Tuomi, K. ve Klockars, M. (1997). Changes in the work ability of active employees over an 11-year period. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, **23**, 49-57.
- Ilmarinen, J. (1999). Ageing Workers in the European Union – Status and Promotion of Work Ability, Employability and Employment. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki. [www.occuphealth.fi/julkaisu/eng/order.htm](http://www.occuphealth.fi/julkaisu/eng/order.htm).
- Ilmarinen, J. ve Rantanen, J. (1999). Promotion of work ability during ageing. *American Journal of Industrial Medicine*, **1**, 21-23.
- Ilmarinen, J. (2001). Ageing workers in Finland and in the European Union: Their situation and the promotion of their working ability, employability and employment. *Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, **26**, 623-641.
- Ilmarinen, J. (2004). Preface. In Past, Present and Future of Work Ability (J. Ilmarinen & S. Lehtinen, eds), People and Work – Research Reports 65, National Institute of Occupational Health, Helsinki, pp. III– IV.
- Ilmarinen, J., Tuomi, K. ve Seitsamo, J. (2005). New dimensions of work ability. In *International congress series, Elsevier*, **1280**, 3-7.
- Ilmarinen, J. (2009). Work ability a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, **35**, 15.
- ILO (2016). *Women at work: Trends 2016*. Geneva.
- Erişim 16.12.2018,  
[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms\\_443480.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_443480.pdf).

- Ioannou, P., Katsikavali, V., Galanis, P., Velonakis, E., Papadatou D. ve Sourtz, P. (2015). Impact of job satisfaction on Greek nurses' health-related quality of life. *Safety and Health at Work*, **6**, 324-328.
- Irmak, M. (2015). Sigara içen bireylerde insülin direnci ve beslenme durumunun saptanması. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Kayseri.
- Jakobsen, M. D., Sundstrup, E., Brandt, M., Jay, K., Aagaard, P. ve Andersen, L. L. (2015). Physical exercise at the workplace prevents deterioration of work ability among healthcare workers: Cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*, **15**, 1174.
- Jenkinson, C., Layte, R., Jenkinson, D., Lawrence, K., Petersen, S., Paice, C., & Stradling, J. (1997). A shorter form health survey: can the SF-12 replicate results from the SF-36 in longitudinal studies? *Journal of Public Health*, **19**, 179-186.
- Kacel, B., Millar, M. ve Norris, D. (2005). Measurement of nurse practitioner job satisfaction in a Midwesternstate. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, **17**, 27-32.
- Kalaycı, Ş. (2010). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri (Beşinci baskı)*. Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Kaleta, D., Makowiec-Dąbrowska, T. E. R. E. S. A. ve Jegier, A. N. N. A. (2004). Leisure-time physical activity, cardiorespiratory fitness and work ability: A study in randomly selected residents of Łódź. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, **17**, 457-64.
- Kaleta, D., Makowiec-Dąbrowska, T. ve Jegier, A. (2006). Lifestyle index and work ability. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, **19**, 170-177.
- Kanfer, F. H. (1970). *Self-Regulation: Research, Issues and Speculations*. In C. Neuringer, & J. L. Michael (Eds.), *Behavior modification in clinical psychology* (pp. 178-220). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Kanfer, F. H. ve Karoly, P. (1972). Self-control: a behavioristic excursion in to lion's den. *Behavior Therapy*, **3**, 398-416.
- Karabulut, N., Gürçayır, D., ve Aktaş, Y. Y. (2017). Hemşirelik araştırma tarihi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **10**, 121-128.

- Karakaş, G., Kolayış, İ. E. ve Eskiler, E. (2015). Yüzme egzersizine katılan kadınların egzersiz motivasyonlarının incelenmesi. *Proceedings of the III Rekreasyon Araştırmaları Kongresi, Eskişehir, Turkey*, 5-7.
- Karwowski, W., Jang, R. L., Rodrick, D. ve Peter, M. Q. (2005). Self-evaluation of biomechanical task demands work environment and perceived risk of injury, by Nurses: A field study. *Occupational Ergonomics*, 5, 13-27.
- Kavlu, İ. ve Pınar, R. (2009). Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29, 1543-1555.
- Kemppainen, V., Tossavainen, K. ve Turunen, H. (2013). Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promotion International*, 28, 490-501.
- Keskin, G. Ü. ve Orgun, F. (2006). Öğrencilerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile basit çıkma stratejilerinin incelenmesi/Studying the strategies of students' coping with the levels of self-efficacy-sufficiency. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 92.
- Kesgin, M. T., ve Kubilay, G. (2011). Özel bir hastanede çalışan hemşirelerin yaşam alışkanlıkları ve çalışma koşullarından kaynaklı sağlık sorunlarının değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18, 41-49.
- Kıdak, L. ve Aksaraylı, M. (2009). Sağlık hizmetlerinde motivasyon faktörleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7, 75-94.
- Kılıç, R. ve Keklik, B. (2012). Sağlık çalışanlarında iş yaşam kalitesi ve motivasyona etkisi üzerine bir araştırma. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi*, 14, 147-160.
- Kim, S. Y., Kim, J. K. ve Park, K. O. (2013). Path analysis for workplace incivility, empowerment, burnout, and organizational commitment of hospital nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 19, 555-564.
- Kite, M. E., Stockdale, G. D., Whitley, B. E. ve Johnson, B. T. (2005). Attitudes toward younger and older adults: An updated meta-analytic review. *Journal of Social Issues*, 61, 241-266.
- Kocabaş, F., Aydın, U., Özgüler, V. C., İlhan, M. N., Demirkaya, S., Nihan, A. K. ve Özbaş, C. (2018). Çalışma ortamında psikososyal risk etmenlerinin iş kazası, meslek hastalıkları ve işle ilgili hastalıklarla ilişkisi. *Sosyal Güvençe*, 14, 28-62.
- Kocaman, G., Arslan Yürümezoğlu, H., Uncu, S., Türkmen, E., Göktepe, N. ve Seren İntepeler, Ş. (2018). Türkiye'de hemşireler için sağlıklı çalışma ortamı



- standartlarının geliştirmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **15**, 30-38.
- Koç, E. (2004). Orman ürünleri endüstrisinde çevre sorunları, iş sağlığı ve iş güvenliği. *Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*, **22**.
- Koçoğlu, F. (2009). Sağlığı geliştirici yaşam tarzı ve öz etkililik yeterlilik durumunun sosyo-ekonomik durum ile ilişkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Konya.
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Ölmez, N. ve ark. (1999). SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. *Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi*, **12**, 102-106.
- Konstantinou, M. S., Efstathiou, A., Charalambous, G., Kaitelidou, D. ve Jelastopulu, E. (2018). Assessing the health-related quality of life of nurses in the public sector of Cyprus. *International Journal*, **11**, 100.
- Korkmaz, F. (2011). Meslekleşme ve Ülkemizde Hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **18**, 59-67.
- Kowalczyk, A., Kulczycka, K., Stychno, E. ve Chilimoniuk, B. (2018). Characteristics of occupational hazards at the workplace of a nurse. *Journal of Education, Health and Sport*, **8**, 1328-1337.
- Kowitlawkul, Y., Yap, S. F., Makabe, S., Chan, S., Takagai, J., Tam, W. W. S. ve Nurumal, M. S. (2018). Investigating nurses' quality of life and work-life balance statuses in Singapore. *International Nursing Review*, **66**, 61-69.
- Kose, S. (2006). Unpublished Data.
- Köhn, M., Persson Lundholm, U., Bryngelsson, I. L., Anderzén-Carlsson, A. ve Westerdahl, E. (2013). Medical yoga for patients with stress-related symptoms and diagnoses in primary health care: a randomized controlled trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. <https://www.hindawi.com/journals/ecam/2013/215348/>
- Kubilay, G. (2015). İşyeri hemşireliği ve görevleri. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, **4**, 30-32.
- Kulakçı, H., Kuzlu Ayyıldız, T., Emiroğlu, O. N. ve Köroğlu, E. (2012). Huzurevinde yaşayan yaşlıların öz yeterlilik algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, **5**, 53-64.

- Kull, M. (2002). The relationships between physical activity, health status and psychological well-being of fertility-aged women. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, **12**, 241-247.
- Laschinger, H. K. S. ve Leiter, M. P. (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout engagement. *The Journal of Nursing Administration*, **36**, 259-267.
- Latham, G. P. ve Seijst, G.H. (1999). The effects of proximal and distal goals on performance on a moderately complex task. *Journal of Organizational Behavior*, **20**, 421-429.
- Lavey, R., Sherman, T., Mueser, K.T., Osborne, D.D., Currier, M., Wolfe, R. (2005). The effects of yoga on mood in psychiatric inpatients. *Psychiatric Rehabilitations of Journal*, **28**, 399-402.
- Leary, S. ve Francis, C. (2007) Healthy staff will enhance outcomes. *Health Service Journal*, **117**, 26-27.
- Lechner, L. I. L. I. A. N. ve De Vries, H. (1995). Starting participation in an employee fitness program: attitudes, social influence, and self-efficacy. *Preventive Medicine*, **24**, 627-633.
- Lechner, L., Oenema, A. ve De Nooijer, J. (2002). Testicular self-examination (TSE) among Dutch young men aged 15–19: determinants of the intention to practice TSE. *Health Education Research*, **17**, 73-84.
- Lee, S. J., Nam, B., Harrison, R. ve Hong, O. (2014). Hastane ve kampüs temizlik işçileri arasında kimyasal maruziyet ve güvenli iş uygulamaları ile ilgili akut semptomlar: pilot çalışma. *Amerikan Endüstriyel Tıp Dergisi*, **57**, 1216-1226.
- Lee, C. H. ve Kim, Y. I. (2015). Effects of attitude, social influence, and self-efficacy model factors on regular mammography performance in life-transition aged women in Korea. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, **16**, 3429-3434.
- Leka, S., Jain, A., Iavicoli, S. ve Di Tecco, C. (2015). An evaluation of the policy context on psychosocial risks and mental health in the workplace in the European Union: achievements, challenges, and the future. *BioMed Research International*, 1-18.
- Letvak S. (2005). Health and safety of older nurses. *Nursing Outlook*, **53**, 66-72.
- Letvak, S. ve Buck, R. (2008). Factors influencing work productivity and intent to stay in nursing. *Nursing Economics*, **26**, 159-165.

- Li, S. M., Yu, S. R. L., Hu, H. C. ve Huang, J. S. (2003). Areca quid chewing by Taiwanese adolescents: application of the Attitudes Social Influence Self-efficacy (ASE) model. *Addiction*, **98**, 1723-1729.
- Li, Y. C., Zhao, Y. F., Yang, X. Z., Li, Z. X. ve Jiang, W. (2019). Effects of short-term intervention of walking on body mass index, waist circumference, and related indicators of working population. *Chinese Journal of Preventive Medicine*, **53**, 212-217.
- Linhares, J. E., Pessa, S. L. R., Bortoluzzi, S. C. ve Luz, R. P. D. (2019). Work ability and functional aging: a Systemic Analysis of the Literature using ProkNow-C (Knowledge Development Process-Constructivist). *Ciencia & Saude Coletiva*, **24**, 53-66.
- Lorig, K. R., Ritter, P., Stewart, A. L., Sobel, D. S., Brown Jr, B. W., Bandura, A....ve Holman, H. R. (2001). Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, **39**, 1217-1223.
- Lorig, K. R. ve Holman, H. R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, **26**, 1-7.
- Lu, C., Siu, O. ve Cooper, C.L. (2005). Managers' occupational stress in China: The role of self-efficacy. *Personality and Individual Differences*, **38**, 569-578.
- Mackey, M., Maher, C. G., Wong, T. ve Collins, K. (2007). Study protocol: the effects of work-site exercise on the physical fitness and work-ability of older workers. *BMC Musculoskeletal Disorders*, **8**, 9.
- Magnago, T. S. B. D. S., Lima, A. C. S. D., Prochnow, A., Ceron, M. D. D. S., Tavares, J. P. ve Urbanetto, J. D. S. (2012). Intensity of musculoskeletal pain and (in) ability to work in nursing. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, **20**, 1125-1133.
- Markham, W. A., Lopez, M. L., Aveyard, P., Herrero, P., Bridle, C., Comas, A.... ve Thomas, H. (2009). Mediated, moderated and direct effects of country of residence, age, and gender on the cognitive and social determinants of adolescent smoking in Spain and the UK: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, **9**, 173.
- Mayo, M. J., Grantham, J. R. ve Balasekaran, G. (2003). Exercise-induced weight loss preferentially reduces abdominal fat. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, **35**, 207-213.

- McBride, S. E., Rogers, W. A. ve Fisk, A. D. (2011). Understanding the effect of workload on automation use for younger and older adults. *Human Factors*, **53**, 672-686.
- McCaughey, D., McGhan, G., Walsh, E.M., Rathert, C. ve Belue, R. (2014). The relationship of positive work environments and workplace injury: evidence from the national nursing assistant survey. *Health Care Management Review*, **39**,75-88.
- McCann, R. ve Giles, H. (2002). *Ageism in the Workplace: A Communication Perspective*. In T. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons*:. Cambridge, MA: MIT Press.
- McCloskey, R. (2004). Functional and self- efficacy changes of patients admitted to a geriatric rehabilitation unit. *Journal of Advanced Nursing*, **46**, 186-193.
- McEachan, R. R., Lawton, R. J., Jackson, C., Conner, M., Meads, D. M., ve West, R. M. (2011). Testing a workplace physical activity intervention: A cluster randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, **8**, 29.
- Metintaş, M. Y., Önder, S. ve Elçioğlu, Ö. (2013). Cumhuriyet döneminde kurumsallaşan bir temel sağlık hizmet alanı: hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, **21**, 102-110.
- Meydanlıoğlu, A. (2013). Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2**,192-199.
- Mezo, P. G. (2009). The Self-Control and Self-Management Scale (SCMS): Development of an adaptive self-regulatory coping skills instrument. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, **31**, 83-93.
- Mezo, P. G. ve Heiby, E. M. (2011). Proposed cut-off scores for self-management questionnaires. *Clinical Psychologist*, **15**, 78-84.
- Mezo, P. G. ve Short, M. M. (2012). Construct validity and confirmatory factor analysis of the Self-Control and Self-Management Scale. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, **44**, 1.
- Miller, W.R. ve Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H...ve Sears, M. R. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health,

- wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, **108**, 2693-2698.
- Mohammadi, S., Ghaffari, M., Abdi, A., Bahadori, B., Mirzamohammadi, E. ve Attarchi, M. (2015). Interaction of lifestyle and work ability index in blue collar workers. *Global Journal of Health Science*, **7**, 90.
- Mollaoğlu, M., Fertelli, T. K., ve Tuncay, F.Ö. (2010). Hastanede çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **5**, 17-30.
- Monteiro, M. S., Ilmarinen, J. ve Filho, H. R. C. (2006). Work ability of workers in different age groups in a public health institution in Brazil. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, **12**, 417-427.
- Monteiro, I., De Santana Pi Chillida, M. ve Moreno, L. C. (2012). Work ability among nursing personnel in public hospitals and health centers in Campinas–Brazil. *Work*, **41**, 316-319.
- Morin, L. ve Latham, G.P. (2000). The Effect of Mental Practice and Goal Setting as a Transfer of Training Intervention on Supervisors' Self-Efficacy and Communication Skills: An Exploratory Study. *Applied Psychology: An International Review*, **49**, 566-578.
- Morowatisharifabad, M. A., Ghofranipour, F., Heidarnia, A., Ruchi, G. B. ve Ehrampoush, M. H. (2006). Selfefficacy and health promotion behaviors of older adults in Iran. *Social Behavior and Personality*, **34**, 759-768.
- Mottillo S., Filion K. B., Bélisle P., Joseph L., Gervais, A., O'loughlin J., Tremblay, M. (2009). Behavioural interventions for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *European Heart Journal*, **30**, 718-730.
- Müezzinoğlu, T. (2005). Yaşam kalitesi. *Üroonkoloji Bülteni*, **1**, 25-29.
- Nahcivan, N. (2014). *Nicel Araştırma Tasarımları*. İçinde S. Erdoğan, N.Nahcivan, M. N. Esin (Eds), *Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Nash, R., Edwards, H. ve Nebauer, M. (1993). Effect of attitudes, subjective norms and perceived control on nurses' intention to assess patients' pain. *Journal of Advanced Nursing*, **18**, 941-947.

- National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). FY 2009 funding and operating guidelines. Erişim 18.09.2018, <http://www.nhlbi.nih.gov/funding/policies/operguid.htm>.
- Neck, C. P. ve Houghton, J. D. (2006). Two decades of self-leadership theory and research: Past developments, present trends, and future possibilities. *Journal of Managerial Psychology*, **21**, 270-295.
- Neupane, S., Miranda, H., Virtanen, P., Siukola, A. ve Nygård, C. H. (2011). Multi-site pain and work ability among an industrial population. *Occupational Medicine*, **61**, 563-569.
- Nosaka, M. ve Okamura, H. A. (2015). Single Session of an Integrated Yoga Program as a Stress Management Tool for School Employees: Comparison of Daily Practice and Nondaily Practice of a Yoga Therapy Program. *Journal of Alternative Complementary Medicine*, **21**, 444-449.
- Nurminen, E., Malmivaara, A., Ilmarinen, J., Ylöstalo, P., Mutanen, P., Ahonen, G. ve ark. (2002). Effectiveness of a worksite exercise program with respect to perceived work ability and sick leaves among women with physical work. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, **28**, 85-93.
- Ofluoğlu, G. ve Albar, B. Ö. (2017). Yaşlı işgücünün iş sağlığı ve iş güvenliği sorunları ve çözüm önerileri. *Hak İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, **6**, 335-360.
- Oka, M. ve Chaboyer, W. (2001). Influence of self-efficacy and other factors on dietary behaviours in Japanese haemodialysis patients. *International Journal of Nursing Practice*, **7**, 431-439.
- Okefor, C. U. ve Alamina, F. E. (2018). A qualitative study on psychosocial hazards among health care workers in a tertiary health facility in south-south Nigeria. *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine*, **16**, 23-29.
- Okechukwu, C. A., Krieger, N., Sorensen, G., Li, Y. ve Barbeau, E. M. (2009). MassBuilt: Effectiveness of an apprenticeship site-based smoking cessation intervention for unionized building trades workers. *Cancer Causes & Control*, **20**, 887-894.
- Olajubu, A. O., Olowokere, A. E., Amujo, D. O. ve Olajubu, T. O. (2017). Influence of menopausal symptoms on perceived work ability among women in a Nigerian University. *Climacteric*, **20**, 558-563.

- Olsen, E., Bjaalid, G. ve Mikkelsen, A. (2017). Work climate and the mediating role of workplace bullying related to job performance, job satisfaction, and work ability: A study among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, **73**, 2709-2719.
- Orhan, B. ve Yücel, R. Ö. (2017). Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumuna cinsiyet açısından bakış. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, **1**, 53-59.
- Østbye, T., Malhotra, R. ve Chan, A. (2013). Variation in and correlates of body mass status of older singaporean men and women: results from a national survey. *Asia Pacific Journal of Public Health*, **25**, 48-62.
- Ostry, S. ve Spiegel, J. M. (2004). Labor markets and employment insecurity: Impacts globalization on service and health care sector workforce. *International Journal of Occupational and Environmental*, **10**, 368-374.
- Owen, B. D. (2000). Preventing injuries using an ergonomic approach. *AORN Journal*, **72**, 1031-1036.
- Oyama, Y. ve Fukahori, H. (2015). A literature review of factors related to hospital nurses' health-related quality of life. *Journal of Nursing Management*, **23**, 661-673.
- Ozminkowski, R. J., Ling, D., Goetzel, R. Z., Bruno, J. A., Rutter, K. R., Isaac, F. ve Wang, S. (2002). Long-term impact of Johnson & Johnson’s Health & Wellness Program on health care utilization and expenditures. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, **44**, 21-29.
- Özaydın, M. M. ve Özdemir, Ö. (2014). Çalışanların bireysel özelliklerinin iş tatmini üzerindeki etkileri: bir kamu bankası örneği. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, **6**, 251-281.
- Özdamar, K. (2001). *Paket Programlar ve İstatistiksel Veri Analizi (çok değişkenli analizler) (Dördüncü baskı)*. Eskişehir: Kaan Yayınları.
- Özen, S. ve Özbek, Ç. (2017). Çalışma yaşamında yaşlılık: Yaşlı çalışanlar ve insan kaynakları uygulamaları. *Çalışma ve Toplum*, **53**, 547-572.
- Özkan, Ö. (2005). Hastanede çalışan hemşirelerin iş ve çalışma ortamı tehlike ve riskleri ile risk algılarının saptanması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara.
- Päivärinne, V., Kautiainen, H., Heinonen, A. ve Kiviranta, I. (2018). Relations between subdomains of physical activity, sedentary lifestyle, and quality of life in young adult men. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, **28**, 1389-1396.

- Palank, C.L. (1991). Determinants of health promotive behavior, *Nursing Clinics North America*, **26**, 815-831.
- Parlar, S. (2008). Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: sağlıklı çalışma ortamı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **7**, 547-554.
- Patil, N. J., Nagaratna, R., Tekur, P., Manohar, P. V., Bhargav, H. ve Patil, D. (2018). A randomized trial comparing effect of yoga and exercises on quality of life in among nursing population with chronic low back pain. *International Journal of Yoga*, **11**, 208.
- Pekcan, H.S. (2007). Yalova İli ve Çevresinde Görev Yapan Hekimlerin Ve Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*, 2nd edition, Appleton&Lange, USA.
- Penedo, F. J. ve Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: A review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, **18**, 189-193.
- Peralta, N., Godoi Vasconcelos, A. G., Härter Griep, R. ve Miller, L. (2012). Validity and reliability of the Work Ability Index in primary care workers in Argentina. *Salud Colectiva*, **8**, 163-73.
- Pohjonen, T. ve Ranta, R. (2001). Effects of worksite physical exercise intervention on physical fitness, perceived health status, and work ability among home care workers: Five-year follow-up. *Preventive Medicine*, **32**, 465-475.
- Prochnow, A., Magnago, T. S. B. D. S., Urbanetto, J. D. S., Beck, C. L. C., Lima, S. B. S. D. ve Greco, P. B. T. (2013). Work ability in nursing: relationship with psychological demands and control over the work. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, **21**, 1298-1305.
- Rachiwong, S., Panasiriwong, P., Saosomphop, J., Widjaja, W. ve Ajjimaporn, A. (2015). Effects of modified hatha yoga in industrial rehabilitation on physical fitness and stress of injured workers. *Journal of Occupational Rehabilitation*, **25**, 669-674.
- Razieh, A., Reza, H. ve Saeid, R. (2013). The analysis of relationship between self-leadership strategies and components of quantum organization at universities. *International Journal of Academic Research in Economics and Management Sciences*, **2**, 192-203.



- Reed, J. L., Cole, C. A., Ziss, M. C., Tulloch, H. E., Brunet, J., Sherrard, H. ve ark. (2018). The impact of Web-Based Feedback on physical activity and cardiovascular health of nurses working in a cardiovascular setting: A randomized trial. *Frontiers in Physiology*, **9**, 142.
- Restubog, S. L. D., Garcia, P. R. J. M., Wang, L. ve Cheng, D. (2010). It's all about control: The role of self-control in buffering the effects of negative reciprocity beliefs and trait anger on workplace deviance. *Journal of Research in Personality*, **44**, 655-660.
- Richardsson, P. M. ve Impgaard, M. (2004). Corporate cost of occupational accidents: an activity-based analysis. *Accident Analysis & Prevention*, **36**, 173-182.
- Rodriguez-Artalejo, F., Urdinguio, P. L., Guallar-Castillón, P., Dublang, P. G., Martínez, O. S., Azcárate, J. D., ... ve Banegas, J. R. (2003). One year effectiveness of an individualised smoking cessation intervention at the workplace: a randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*, **60**, 358-363.
- Rongen, A., Robroek, S. J., Van Ginkel, W., Lindeboom, D., Altink, B. ve Burdorf, A. (2014). Barriers and facilitators for participation in health promotion programs among employees: a six-month follow-up study. *BMC Public Health*, **14**, 573.
- Ruževičius, J. (2010). Globalization and quality. calitatea (Qualité/Quality) -*Accès la Succès*, **1**, 5-14.
- Ruževičius, J. (2012). *Management de la qualité notion globale et recherche en la matière*. Vilnius: Maison d'éditions Akademine leidyba.
- Ruževičius, J. (2014). Quality of Life and of Working Life: Conceptions and Research. In 17th Toulon-Verona International Conference. England.
- Sakuma, Y., Sasaki-Otomaru, A., Ishida, S., Kanoya, Y., Arakawa, C., Mochizuki, Y.... ve Sato, C. (2012). Effect of a home-based simple yoga program in child-care workers: a randomized controlled trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, **18**, 769-776.
- Sarıçam, H. (2012). İş sağlığı ve güvenliği kapsamında hemşirelerin karşılaştığı risk ve tehlikelerin iş stresi düzeyleri üzerine etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- Sarıkaya, M., Güllü, A. ve Seyman, M. N. (2009). Meslek yüksekokullarında iş sağlığı ve güvenliği eğitimi verilmesinin önemi. *Türk Bilim Araştırma Vakfı*, **2**, 327-332.

- Saskia et al. (2002). Predicting Adherence to Prophylactic Medication in Adolescents with Asthma: An Application of the ASE-model. *Patient Education and Counseling*, **47**, 165-171.
- Sayan, İ., Tekbaş, Ö. F., Göçgeldi, E., Paslı, E. ve Babayiğit, M. (2009). Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin sigara içme profilinin belirlenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, **19**, 9-15.
- Saygun, M. (2012). Sağlık çalışanlarında iş sağlığı ve güvenliği sorunları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **11**, 373-382.
- Scapellato, M., Comiati, V., Buja, A., Buttignol, G., Valentini, R., Burati, V., ... ve Volpin, A. (2018). Combined before-and-after workplace intervention to promote healthy lifestyles in healthcare workers (STI-VI Study): Short-Term Assessment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **15**, 2053.
- Schwarzer, R. ve Fuchs, R. (1995) Self-efficacy and health behaviors. To appear in: Conner M, Norman P. Predicting Health Behavior: Research and Practice with Social Cognition Models. Buckingham: Open University Press.
- Schultz, A. B., Lu, C., Barnett, T. E., Yen, L.T., McDonald, T., Hirschland, D. ve ark. (2002). Influence of participation in a worksite health-promotion program on disability days. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, **44**, 776-780.
- Seitsamo, J., ve Martikainen, R. (2008). Work ability and all cause mortality: A 25-year longitudinal study among Finnish municipal workers. Promotion of work ability towards productive ageing, 101-104. Edited by: Kumashiro M. 2009, London: Taylor & Francis Group, 101-104.
- Semadar, A., Robins, G. ve Ferris, G.R. (2006). Comparing the validity of multiple social effectiveness: constructs in the prediction of managerial job performance. *Journal of Organizational Behaviour*, **27**, 443-461.
- Serra, M. V. G. B., Camargo, P. R., Zaia, J. E., Tonello, M. G. M. ve Quemelo, P. R. V. (2018). Effects of physical exercise on musculoskeletal disorders, stress and quality of life in workers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, **24**, 62-67.
- Sevindik, T. (2007). Üniversite öğrencilerinde benlik saygisi ile öz-etkililik-yeterlik arasındaki ilişki. *Education Sciences*, **2**, 13-21.

- Sezgin, B. (2007). Kalite belgesi alan hastanelerde çalışma ortamı ve hemşirelik uygulamalarının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.
- Sezgin, D. (2016). Yoğun bakım hemşirelerinin kas iskelet sistemi sorunlarına ilişkin semptomları azaltma ve iş görme yeteneğini arttırmada ergonomik risk yönetim programının etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.
- Shain, M. ve Kramer, D. M. (2004). Health promotion in the workplace: Framing the concept, reviewing the evidence. *Occupational Environmental Medicine*, **61**, 643-648.
- Shapiro, D., Cook, I.A., Davydov, D.M., Ottaviani, C., Leuchter, A.F. ve Abrams, M. (2007). Yoga as a complementary treatment of depression: Effects of traits and moods on treatment outcome. *Evidence Based Complementary Alternative Medicine*, **4**, 493-502.
- Shepherd-Banigan, M., Goldstein, K. M., Coeytaux, R. R., McDuffie, J. R., Goode, A. P., Kosinski, A. S.... ve Nagi, A. (2017). Improving vasomotor symptoms; psychological symptoms; and health-related quality of life in peri-or post-menopausal women through yoga: An umbrella systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*, **34**, 156-164.
- Siegrist, J., Wahrendorf, M., Von dem Knesebeck, O., Jürges, H. ve Börsch-Supan, A. (2007). Quality of work, well-being, and intended early retirement of older employees-baseline results from the SHARE Study. *The European Journal of Public Health*, **17**, 62-68.
- Sjögren, T. (2006). Effectiveness of a workplace physical exercise intervention on the functioning, work ability, and subjective well-being of office workers: a cluster randomised controlled cross-over trial with a one-year follow-up. University of Jyväskylä: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/13518/9513926591.pdf>.
- Smith, C., Hancock, H., Blake-Mortimer, J., Eckert, K. (2007). A randomised comparative trial of yoga and relaxation to reduce stress and anxiety. *Complement Therapies in Medicine*, **15**, 77-83.

- Sorensen, G., Barbeau, E. M., Stoddard, A. M., Hunt, M. K., Goldman, R., Smith, A.... ve Wallace, L. (2007). Tools for health: The efficacy of a tailored intervention targeted for construction laborers. *Cancer Causes & Control*, **18**, 51-59.
- Sönmez, Y., Uçku, R., Kıtay, Ş., Korkut, H., Sürücü, S., Sezer, M.... ve Çalık, E. (2007). İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **21**, 145-153.
- Stattin, M. (2005). Retirement on grounds of ill health. *Occupational and Environmental Medicine*, **62**, 135-140.
- Stave, G. M. ve Wald, P. H. (Eds.). (2016). *Physical and Biological Hazards of The Workplace*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Sukhsohale, N. D. ve Phatak, M. S. (2012). Effect of short-term and long-term Brahmakumaris raja yoga meditation on physiological variables. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology*, **56**, 388-392.
- Suni, J. H., Kolu, P., Tokola, K., Raitanen, J., Rinne, M., Taulaniemi, A... ve Kankaanpää, M. (2018). Effectiveness and cost-effectiveness of neuromuscular exercise and back care counseling in female healthcare workers with recurrent non-specific low back pain: A blinded four-arm randomized controlled trial. *BMC Public Health*, **18**, 1376.
- Şengün Gürsoy, S. (2019). Tüketim toplumu ve ontolojik güvenlik erozyonu dâhilinde yükselen akım “Yoga”. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Ankara.
- Tabak, A., Sığırı, Ü. ve Türköz, T. (2013). Öz Liderlik Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Çalışması. *Bilig*, **67**, 213-246.
- Tabeleão, V. P., Tomasi, E. ve Neves, S. F. (2011). Quality of life and burnout among public high school and primary school teachers in Southern Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, **27**, 2401-2408.
- Tambağ, H., Can, .R., Kahraman, Y. ve Şahpolat, M. (2015). Hemşirelerin çalışma ortamlarının iş doyumu üzerine etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, **11**, 143-149.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F. ve Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, **72**, 271-324.

- Taşçıoğlu, İ. (2007). Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz 82. Yıl Devlet Hastanelerinde iş ve çalışma ortamından kaynaklanan riskler ve bu riskleri hemşirelerin algılama düzeylerinin saptanması. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Edirne.
- Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S. ve Aydın, N. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **7**, 100-108.
- Taylor, R. S., Brown, A., Ebrahim, S. ve ark. (2004). Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The American Journal of Medicine*, **116**, 682-692.
- Telles, S. ve Naveen, K. V. (2004). Changes in middle latency auditory evoked potentials during meditation. *Psychological Reports*, **94**, 398-400.
- Telles, S., Naveen, V. K., Balkrishna, A. ve Kumar, S. (2009). Short term health impact of a yoga and diet change program on obesity. *Medical Science Monitor*, **16**, 35-40.
- Ter Bogt, N. C., Bemelmans, W. J., Beltman, F. W., Broer, J., Smit, A. J. ve van der Meer, K. (2009). Preventing weight gain: one-year results of a randomized lifestyle intervention. *American Journal of Preventive Medicine*, **37**, 270-277.
- Thorndike, A. N. (2011). Workplace interventions to reduce obesity and cardiometabolic risk. *Current Cardiovascular Risk Reports*, **5**, 79-85.
- Tufan, A. (2016). Yaşlılıkta vitamin ve eser elementlerin akılcı kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Geriatr--Special Topics*, **2**, 77-80.
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Eskelinen, L., Jikvinen, E., Toikkanen, J., Klockars, M. (1991). Prevalence and incidence rates of diseases and work ability in different work categories of municipal occupations. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, **17**, 67-74.
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Martikainen, R., Aalto, L. ve Klockars, M. (1997). Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981-1992. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, **23**, 58-65.
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Seitsamo, J., Huuhtanen, P., Martikainen, R., Nygård, C. H. ve Klockars, M. (1997). Summary of the Finnish research project (1981—1992) to promote the health and work ability of aging workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, **23**, 66-71.

- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L. ve Tulkki, A. (1998). *Work Ability Index*, 2nd edn. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.
- Tuomi, K., Huuhtanen, P., Nykyri, E. ve Ilmarinen, J. (2001). Promotion of work ability, the quality of work and retirement. *Occupational Medicine*, **51**, 318-324.
- Tüfekçi, F. G., Kurudirek, F. ve Baran, G. (2015). Çocuk hemşirelerinin iş tanımlama ve doyum düzeyleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **4**, 70-83.
- Tülü, M. (2014). İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinde iş profesyonellerinin algı ve beklentileri. İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanlık Tezi. Ankara.
- TBSA (2014). Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. *Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu*. Sağlık Bakanlığı Yayın, Ankara.
- Erişim 17.07.2018, [http://www.sagem.gov.tr/TBSA\\_Beslenme\\_Yayini.pdf](http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf).
- Tokat, M. A. ve Okumuş, H. (2008). Başarılı emzirme için kuram ve modele dayalı hemşirelik uygulamaları nasıl geliştirilir. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **10**, 51-58.
- Toledano-González, A., Labajos-Manzanares, T. ve Romero-Ayuso, D. M. (2018). Occupational therapy, self-efficacy, well-being in older adults living in residential care facilities: A randomized clinical trial. *Frontiers in Psychology*, **9**, 1-8.
- Tomlinson, D., Diorio, C., Beyene, J. ve Sung, L. (2014). Effect of exercise on cancer-related fatigue: A meta-analysis. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, **93**, 675-686.
- Twinomujuni, C., Nuwaha, F. ve Babirye, J. N. (2015). Understanding the low level of cervical Cancer screening in Masaka Uganda using the ASE model: a community-based survey. *PloS One*, **10**, 1-15.
- Uğur, E. ve Abaan, S. (2008). Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ve etkileyen faktörlere ilişkin görüşleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, **28**, 297-310.
- Uğurluoğlu, Ö. (2010). Kendi kendine liderlik stratejileri üzerine bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, **24**, 175-191.
- Uz, D. ve Kitiş, Y. (2017). Bir hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz etkililik düzeylerinin belirlenmesi. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **4**, 27-39.

- Ünal, E. (2017). Topluma yönelik sigara karşıtı müdahalelerin etkililiği: Bir meta analiz çalışması. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir.
- Ünalın, D., Çetinkaya, F., Özyurt, Ö., Kayabaş, A. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan sekreterlerde iş memnuniyeti. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **9**, 1-18.
- Van Den Berg, T. I. J., Elders, L. A. M., de Zwart, B. C. H. ve Burdorf, A. (2008). The effects of workrelated and individual factors on the Work Ability Index: A systematic review. *Occupational Environmental and Medicine*, **66**, 211-220.
- Van Es, S. M., Nagelkerke, A. F., Colland, V. T., Scholten, R. J., ve Bouter, L. M. (2001). An intervention programme using the ASE-model aimed at enhancing adherence in adolescents with asthma. *Patient Education and Counseling*, **44**, 193-203.
- Vänni, K., Virtanen, P., Luukkaala, T. ve Nygård C. H. (2012). Relationship between perceived work ability and productivity loss. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, **18**, 299-309.
- Van Rijn, R. M., Huisstede, B. M. A., Koes, B. W. ve Burdorf, A. (2009). Associations between work-related factors and the carpal tunnel syndrome—a systematic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, **35**, 19-36.
- Van Vulpen, J. K., Peeters, P. H., Velthuis, M. J., Van Der Wall, E. ve May, A. M. (2016). Effects of physical exercise during adjuvant breast cancer treatment on physical and psychosocial dimensions of cancer-related fatigue: A meta-analysis. *Maturitas*, **85**, 104-111.
- Velthuis, M. J., Agasi-Idenburg, S. C., Aufdemkampe, G. ve Wittink, H. M. (2010). The effect of physical exercise on cancer-related fatigue during cancer treatment: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Oncology*, **22**, 208-221.
- Vermeulen, S. J., Anema, J. R., Schellart, A. J., Van Mechelen, W. ve Van der Beek, A. J. (2010). Cost-effectiveness of a participatory return-to-work intervention for temporary agency workers and unemployed workers sick-listed due to musculoskeletal disorders: design of a randomised controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, **11**, 60.
- Vural, Ö., Eler, S. ve Atalay Güzel, N. (2010). Masa başı çalışanlarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Sporometre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, **8**, 69-75.

- Vural, F., Dura, A. A., Şükran, F. İ. L., Çiftçi, S., Torun, S. D. ve Patan, R. (2012). Sağlık çalışanlarında memnuniyet, kurumda kalma ve örgütsel bağlılığa etki eden faktörler. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, **1**, 137-144.
- Warburton, D. E. R., Nicol, C. W. ve Bredin, S. S. D. (2006). Health benefits of physical activity: The evidence. *Canadian Medical Association Journal*, **174**, 801-809.
- Whitehead, D. (2008). An international Delphi study examining health promotion and health education in nursing practice, education and policy. *Journal of Clinical Nursing*, **17**, 891-900.
- Ware, J. E. ve Sherbourne, C. D. (1992) The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and itemselection. *Medical Care*, **30**, 473-483.
- Wilkins, K. ve Shields, M. (2008). Correlates of medication error in hospitals. *Health Reports*, **19**, 7-18.
- Willburn, S. Q. ve Eijkemans, G. (2004). Preventing needlestick injuries among healthcare workers: A WHO-ICN collaboration. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, **10**, 451-456.
- Wong, K. W., Wong, F. K. ve Chan, M. F. (2005). Effects of nurse-initiated telephone follow-up on self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*, **49**, 210-222.
- Woolery, A., Myers, H., Sternlieb, B. ve Zeltzer, L. (2004). A yoga intervention for young adults with elevated symptoms of depression. *Alternative Therapies Health and Medicine*, **10**, 60-63.
- WHO (1990). Internationale classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classifications relating to the consequences of disease. Geneva. Erişim 11.10.2018, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41003/9241541261\\_eng.pdf;jsessionid=CB1BFD1C0B94E469385B60057E5D77CC?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41003/9241541261_eng.pdf;jsessionid=CB1BFD1C0B94E469385B60057E5D77CC?sequence=1).
- Wu, S.Y., Li, H.Y., Tian, J. Zhu, W., Li, J. ve Wang, X.R. (2011). Health-related quality of life and its main related factors among nurses in China. *Industrial Health*, **49**, 158-165.
- Xue, G. ve Sun, X. (2011). Construction and validation of self-management scale for undergraduate students. *Creative Education*, **2**, 142.



- Yağlı, V. N., Şener, G., Arıkan, H., Sağlam, M., İnal İnce, D., Savcı, S.... ve Özışık, Y. (2015). Do yoga and aerobic exercise training have impact on functional capacity, fatigue, peripheral muscle strength, and quality of life in breast cancer survivors? *Integrative Cancer Therapies*, **14**, 125-132.
- Yang, Y., Huang, A. M., Wang, Y. N., Zhang, L., Li, F.Y., Yao, H. ve Yan, P. (2018). Study on the correlation between work-related musculoskeletal disorders and work ability among nurses at three level general hospital in Xinjiang. *Zhonghua lao dong wei sheng zhi ye bing za zhi= Zhonghua laodong weisheng zhiyebing zazhi= Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*, **36**, 669-673.
- Yaprak, E. ve Seren Ş. (2010). Hemşirelerin işten ayrılma niyetleri ve örgüt ikliminin hemşire istihdamına etkisi, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **7**, 28-33.
- Yardımcı, F. K. (2007). İlköğretim öğrencilerinde algılanan sosyal destek ile öz-yeterlik ilişkisi ve etkileyen değişkenlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İzmir.
- Yargıcı, S. (2007). Kadınlarda farklı egzersiz yöntemlerinin seçilmiş fiziksel, fizyolojik uygunluk ve psikolojik parametreler üzerine etkilerinin karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Yassi, A., Wickström, J. ve Palacios, M. (2004). Globalization and the health of the health care workforce. *International Journal of Occupational and Environmental*, **10**, 355-359.
- Yazıcı, S. Ö., ve Kalaycı, I. (2015). Hemşirelerin çalışma ortam ve koşullarının değerlendirilmesi. *Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi*, **3**, 379-383.
- Yeşil, A., Ergün, Ü., Amasyalı, C., Er, F. Olgun, N. ve Aker, T. (2010). Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği Türkçe uyarlaması geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, **47**, 111-117.
- Yeşil, P. ve Altıok, M. (2012). Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde fiziksel aktivitenin önemi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, **3**, 39-48.
- Yıldırım, A. ve Hacıhasanoğlu, R. (2011). Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. *Journal of Psychiatric Nursing*, **2**, 61-68.
- Yıldırım, A. (2013). Estetik bilme ve hemşirelik. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2**, 69-71.

- Yıldız, A. N., Çaman, Ö. K. ve Esin M. N. (2012). İşyerinde sağlığı geliştirme programları. *Ankara: TÜRK-İŞ*. <http://www.turk-is.org.tr/dosya/ve38a4zjI7dZ.pdf>.
- Yoldaş, Ö., Bulut, A., Ertürk, E., Çelik, D., Karakaşoğlu, Ü. ve Altındış, M. (2014). Sağlık çalışanlarında enfekte kan ve vücut sıvılarına maruziyet riskinin belirlenmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, **15**, 297-300.
- Yuan, S., Chou, M., Hwu, L., Chang, Y., Hsu, W. ve Kuo, H. (2009). An intervention program to promote health-related physical fitness in nurses. *Journal of Clinical Nursing*, **18**, 1404-1411.
- Yuenyongchaiwat, K. (2016). Effects of 10,000 steps a day on physical and mental health in overweight participants in a community setting: a preliminary study. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, **20**, 367-373.
- Yüksel, İ. (2011). Çalışma yaşamı kalitesinin tipik ve atipik istihdam açısından incelenmesi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, **5**, 47-58.
- Zhang, L. F., You, L. M., Liu, K., Zheng, J., Fang, J. B., Lu, M. M. ve ark. (2014). The association of Chinese hospital work environment with nurse burnout, job satisfaction, and intention to leave. *Nursing Outlook*, **62**, 128-137.
- Zou, L. Y., Yang, L., He, X. L., Sun, M. ve Xu, J. J. (2014). Effects of aerobic exercise on cancer-related fatigue in breast cancer patients receiving chemotherapy: A meta-analysis. *Tumor Biology*, **35**, 5659-5667.

**FORMLAR****Form-1: Katılımcı Bilgi Formu****Form-2: Risk Değerlendirme ve Fizyolojik Ölçümler Formu****Form-3: İş Yeterliliği Ölçeği****Form-4: Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği****Form-5: Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği****Form-6: SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği****Form-7: Günlük Beslenme Kayıt Formu**

**Form-1: Katılımcı Bilgi Formu****Sayın Meslektaşlarım,**

Aşağıda yanıtlamanız için bazı sorular yer almaktadır. Lütfen her bir soruyu dikkatle okuyarak cevaplayınız. Verdiğiniz size ait bilgiler gizli kalacaktır. Bu bilgiler ile iş yeterliliği ve yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan öz yönetim programı uygulanması amaçlanmaktadır. Katkılarınız ve desteğiniz için teşekkür ederim.

Arş.Gör.Gözde Yıldız DAŞ GEÇİM

1.Yaşınız : .....

2.Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek

3.Medeni Durumunuz ( )Bekar ( )Evli ( )Boşanmış ( )Eşi Ölmüş ( )Ayrı yaşıyor

4.Eğer bekar iseniz, ilişki durumunuz ( ) Var ( ) Yok

5. Eğitim Durumunuz?

( ) Lise ( ) Lisans ( ) Lisans Üstü

6.Çocuğunuz var mı? Evet ( ) Hayır ( )

7.Çocuk sayısı:.....

8. Toplam çalışma süreniz ne kadardır? .....yıl.....ay

9. Şu anki işyerinizdeki çalışma süreniz ne kadardır? .....yıl.....ay

10. Çalıştığınız birimin adı nedir? .....

11. Görev ünvanınız nedir? .....

12.Aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

( ) Çok kötü ( ) Kötü ( ) Orta ( ) İyi ( ) Çok iyi

13. İşinizden memnun musunuz? Evet ( ) Hayır ( )

14.Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

( ) Çok iyi ( )kötü  
( ) İyi ( )çok kötü

15.Çalıştığınız işinizden ya da çalışma ortamından kaynaklı sağlık problemi yaşadınız mı?

Evet ( ) Hayır ( )

16.Çalıştığınız işinizin sizin iş gücünüze ya da kapasitenize uygun olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( )

17.Çalışma koşullarınızın yaşam kalitenizi etkilediğini düşünüyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( )

**Form-2: Risk Değerlendirme ve Fizyolojik Ölçümler Formu**

1. Boy: .....cm
2. Kilo .....kg
3. Bel çevresi .....cm
4. Kalça çevresi .....cm
5. Tansiyon değerlerinizi biliyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır  
Cevabınız evet ise tansiyonunuz kaçtır? ...../.....mm/Hg  
Araştırıcı ölçüm değeri ...../.....mm/Hg
6. Sigara kullanıyor musunuz?  
( ) Asla kullanmadım ( ) Kullandım ama bıraktım ( ) Kullanıyorum
7. Eğer sigara kullanıyorsanız, ne kadar süredir kullanıyorsunuz? .....yıl .....ay
8. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz? .....

### Form-3: İş Yeterliliği Ölçeği

1.Yaşamınız boyunca sahip olduğunuz en iyi iş yeterlilik düzeyine kıyasla, şuanda hissettiğiniz iş yeterliliği düzeyinizi değerlendiriniz.

çok düşük çok yüksek  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Yapmış olduğunuz işinizi sürdürmede kendinizi fiziksel ve ruhsal açıdan ne düzeyde yeterli görüyorsunuz?

çok düşük çok yüksek  
2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Şuanda doktor tarafından belirlenmiş kaç hastalığınız var?

|                       |              |   |
|-----------------------|--------------|---|
| Beş ve üzeri hastalık | Hastalık yok | 1: beş ve üzeri hastalık<br>2: dört hastalık<br>3: üç hastalık<br>4: iki hastalık<br>5: bir hastalık<br>7: hastalık yok |
| 1                     | 2 3 4 5 7    |   |

4. Bir hastalık nedeniyle kendinizi rahatsız hissettiğinizde bu durum iş yeterliliğinizi ne düzeyde etkiler?

tamamen yıpranmış yıpranma yok  
1 2 3 4 5 6

5. Son bir yıl içinde hastalık nedeniyle işe gitmeme durumunuz oldu mu?

|                    |           |   |
|--------------------|-----------|---|
| 100 gün ve fazlası | sıfır gün | 1: 100 gün ve fazlası<br>2: 25-99 gün arası<br>3:10-24 gün arası<br>4:1-9 gün arası<br>5: sıfır gün |
| 1                  | 2 3 4 5   |   |

6.İşe başladıktan iki yıl sonraki iş yeterlilik düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

nerede  
çalışamayacak  
durumda

emin  
değil

oldukça  
emin

1

4

7

7. Günlük işlerinizi tadını çıkararak yaptığınızı, aktif ve canlı bir yaşam sürdürdüğünüzü ve gelecek ile ilgili iyimser olduğunuzu düşünüyor musunuz? 1-4 arası puanlayınız.

çok kötü

çok iyi

1

2

3

4



#### Form-4: Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği

| Lütfen aşağıdaki ifadelerin her birini okuyunuz ve her bir ifadenin sizi ne kadar iyi betimlediğini aşağıdaki ölçeği kullanarak derecelendiriniz:<br>5: Beni tamamıyla tanımlıyor.<br>4: Beni büyük ölçüde tanımlıyor.<br>3: Beni biraz tanımlıyor.<br>2: Beni pek tanımlamıyor.<br>1: Beni çoğunlukla tanımlamıyor.<br>0: Beni hiç tanımlamıyor. | Beni hiç tanımlamıyor | Beni çoğunlukla tanımlamıyor | Beni pek tanımlamıyor | Beni biraz tanımlıyor | Beni büyük ölçüde tanımlıyor | Beni tamamıyla tanımlıyor |
|---|-----------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------|---------------------------|
| 1. Bir şey üzerinde çalıştığım zaman, tüm dikkatimi ona veririm.  | ①                     | ②                            | ③                     | ④                     | ⑤                            | ⑥                         |
| 2. Yapmam gereken görevlere, onları sevmesem de odaklanırım.  | ①                     | ②                            | ③                     | ④                     | ⑤                            | ⑥                         |
| 3. Bir amaç uğruna çalışırken, yaptığım şeyin bilincinde olurum.  | ①                     | ②                            | ③                     | ④                     | ⑤                            | ⑥                         |
| 4. Bir hedef doğrultusunda çalışırken, ilerleyişimi sürekli takip ederim.   | ①                     | ②                            | ③                     | ④                     | ⑤                            | ⑥                         |
| 5. Zor bir şey üzerinde çalışırken, düşüncelerim üzerinde yoğunlaşıyorum.   | ①                     | ②                            | ③                     | ④                     | ⑤                            | ⑥                         |
| 6. Bir amaç doğrultusunda çalışırken, hangi yolu takip edebileceğimi bilirim.   | ①                     | ②                            | ③                     | ④                     | ⑤                            | ⑥                         |
| 7. Kendim için önemli hedefler belirlediğimde, o hedefleri genellikle başaramam.*   | ①                     | ②                            | ③                     | ④                     | ⑤                            | ⑥                         |
| 8. Hayatımda karşılaştığım çoğu sorun için net planlar yapma yeteneğine sahip olduğumu düşünmüyorum.*   | ①                     | ②                            | ③                     | ④                     | ⑤                            | ⑥                         |
| 9. Başardığım hedefler benim için çok şey ifade etmez.*   | ①                     | ②                            | ③                     | ④                     | ⑤                            | ⑥                         |
| 10. Plan yapmanın faydasız olduğunu düşünüyorum.*   | ①                     | ②                            | ③                     | ④                     | ⑤                            | ⑥                         |
| 11. Kendim için oluşturduğum standartlar belirsizdir ve bir görevi nasıl yapmam gerektiği konusunda   | ①                     | ②                            | ③                     | ④                     | ⑤                            | ⑥                         |



|  |   |   |   |   |   |  |
|--|---|---|---|---|---|--|
| karar vermem zor olur.*  |   |   |   |   |   |  |
| 12. Başarı sağladığımda kendimi takdir ederim.                           | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |  |
| 13. Daha sonra tadını çıkarmak için plan yaparak zor işlere girerim.     | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |  |
| 14. Başkaları beni takdir etmese de, ben kendimi sessizce takdir ederim. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |  |
| 15. Bir şeyi doğru yaptığımda, bunun tadını çıkarırım.                   | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |  |
| 16. İlerleme sağladığım zaman, kendimi ödüllendiririm.                   | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |  |

### Form-5: Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği

Yönerge: Aşağıda herhangi bir durumda insanların nasıl davranacaklarını ve düşüncelerini anlatan 23 ifade vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatli okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki rakamlardan uygun olanı yuvarlak içine alınız.

#### CÜMLELER

- 1 Beni hiç tanımlamıyor.
- 2 Beni biraz tanımlıyor.
- 3 Kararsızım.
- 4 Beni iyi tanımlıyor.
- 5 Beni çok iyi tanımlıyor.

- 1.Yaptığım planları, gerçekleştireceğimden eminim. 1 2 3 4 5
2. Yapmam gereken bir işe girişememe gibi bir problemim vardır. 1 2 3 4 5
3. Bir işi bir seferde yapamıyorsam, yapıncaya kadar devam ederim. 1 2 3 4 5
4. Kendim için önemli hedefler koyduğumda, nadiren başarırım. 1 2 3 4 5
5. İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim. 1 2 3 4 5
6. Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım. 1 2 3 4 5
7. Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem. 1 2 3 4 5
8. Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim.  
1 2 3 4 5
9. Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim.  
1 2 3 4 5

10. Yeni bir şeyler öğrenmeye çalıştığımda, başlangıçta başarılı olamazsam hemen vazgeçerim.  
1 2 3 4 5
11. Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam. 1 2 3 4 5
12. Benim için çok zor göründüklerinde, yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten kaçırım. 1 2 3 4 5
13. Başarısızlık beni daha çok teşvik eder. 1 2 3 4 5
14. Bir şeyleri yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem. 1 2 3 4 5
15. Ben kendime güvenen bir insanım. 1 2 3 4 5
16. Kolaylıkla vazgeçerim. 1 2 3 4 5
17. Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kendimde bulamam.  
1 2 3 4 5
18. Yeni arkadaş edinmek benim için zordur. 1 2 3 4 5
19. Tanışmak istediğim birisini görürsem, onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim.  
1 2 3 4 5
20. Arkadaşlık kurulması güç, ilginç biriyle tanışırsam, o kişiyle arkadaş olmaktan hemen vazgeçerim.  
1 2 3 4 5
21. Bana ilgi göstermeyen birisiyle arkadaş olmaya çalıştığımda kolaylıkla vazgeçmem. 1 2 3 4 5
22. Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem. 1 2 3 4 5
23. Arkadaşlarımı, arkadaş edinmede kişisel yeteneklerimle kazanırım. 1 2 3 4 5

### Form-6: SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği

**Yönerge:** Aşağıdaki sorular sizin günlük aktivitelerinizi gerçekleştirirken nasıl hissettiğinizi anlamaya yardımcı olacaktır. Lütfen size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

1-Genelde, sağlığınız;

1. mükemmel 2. oldukça iyi  3. iyi  4. orta  5. kötü

2-Aşağıdaki maddeler, tipik bir gün sırasında yapabileceğiniz etkinlikler hakkındadır.

Sağlığınız, bu etkinlikleri yaparken sizi kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar? Öncelikle orta düzeydeki etkinlikler sırasında; örneğin: Masayı çekerken, elektrik süpürgesi kullanırken, yürüyüş yaparken sağlığınız sizi ne ölçüde kısıtlıyor?

1. çok kısıtlıyor 2. az kısıtlıyor 3. hiç kısıtlamıyor

3-Merdiven çıkarken sağlığınız sizi ne ölçüde kısıtlıyor?



### Form-7: Günlük Beslenme Kayıt Formu

Bir gün boyunca sabahtan akama kadar tükettiğiniz tüm besinleri ls, miktarı ya da adedi ile birlikte yazınız. rn: 5 bardak su, 1 kase çorba, 6 adet zeytin, 1 kibrit kutusu kadar peynir, 1 tabak zeytinyağlı fasulye, 1 adet portakal, 1 tabak mevsim salata vb. gibi. Tükettiğiniz ay ve kahveye Őekerli-Őekersiz yazmayı unutmayınız.

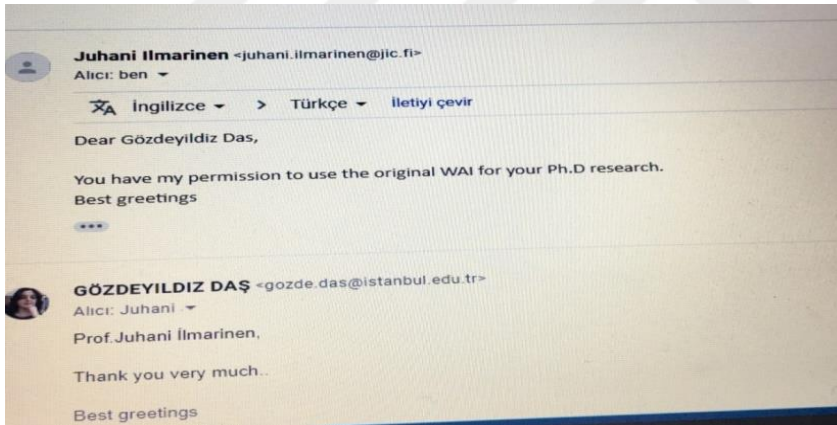
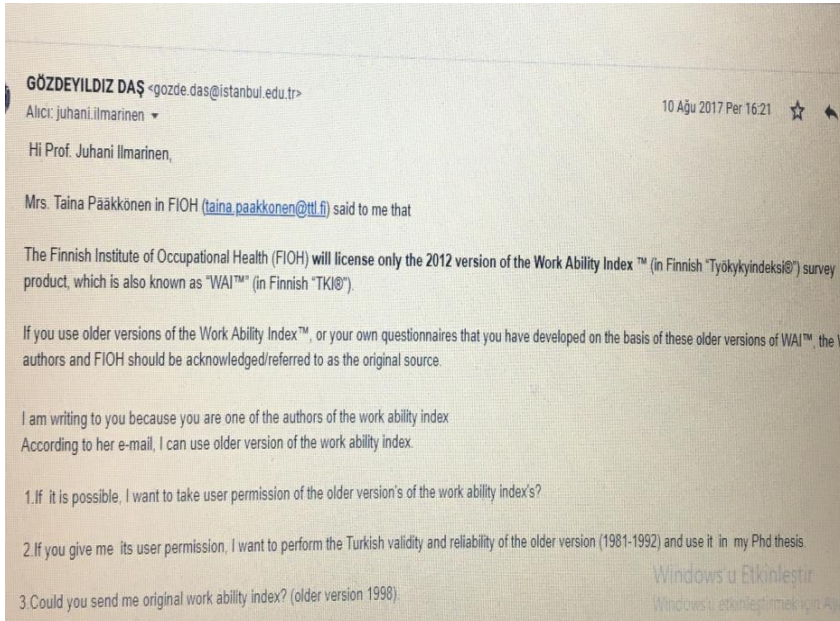
Adı-Soyadı:

---

| GNLER                      | BESİN TÜRÜ<br>(NE YEDIĞİ-İTIĞİ) | L ya da<br>MİKTARI<br><br>(Adet, dilim, su bardağı,<br>ay bardağı, fincan,<br>tabak, kse, porsiyon,<br>vb.) |
|------------------------------|----------------------------------|--|
| Sabah<br>kahvaltısı          |                                  |  |
| Ara<br>Ğn                  |                                  |  |
| Ğle<br>yemeği               |                                  |  |
| Ara<br>Ğn                  |                                  |  |
| Akam<br>yemeği              |                                  |  |
| Akam<br>yemeğinden<br>sonra |                                  |  |

**EKLER****Ek-1: İş Yeterliliği Ölçeği Kullanım İzni****Ek-2: Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği Kullanım İzni****Ek-3: Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği Kullanım İzni****Ek-4: SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği Kullanım İzni****Ek-5: Kurum İzni****Ek-6: Etik Kurul Kararı****Ek-7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu****Ek-8: Yoga Eğitimci Sertifikası**

## Ek-1: İş Yeterliliği Ölçeği Kullanım İzni



## Ek-2: Öz-Kontrol ve Öz-Yönetim Ölçeği Kullanım İzni

### Self-Control and Self-Management scale hakkında

1 mesaj

GÖZDEYILDIZ DAŞ <gozde.das@istanbul.edu.tr>  
Alıcı: ercoskun@atauni.edu.tr

28 Mayıs 2017 16:37

Hocam merhaba,

Ben Gözde Yıldız Daş Geçim.  
İstanbul Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında araştırma görevlisiyim ve aynı zamanda bu bölümde doktora öğrencisiyim.

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız Self-Control and Self-Management scale'yi doktora tez çalışmamda kullanmak için, sizden ölçeğin kullanım iznini istiyorum..

SAYGILARIMLA

### Re: ölçek izni

3 ileti

Muhammet Hanifi Ercoşkun <ercoskun@atauni.edu.tr>  
Alıcı: GÖZDEYILDIZ DAŞ <gozde.das@istanbul.edu.tr>

25 Temmuz 2017 13:07

Merhaba Sayın Gözde YILDIZ DAŞ,  
Daha önce tarafımda Türkçeye uyarlanan Özkontrol - özyönetim ölçeğimi çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Ekte uyarladığım ölçek makalem Türkçe ve İngilizce formunu gönderiyorum. İstedğiniz bilgiler ve ölçeğin bir örneğine bu makalelerden ulaşabilirsiniz. Makalenin ekindeki ölçekte ters olarak değerlendirilecek maddelerin sonunda \* işareti var.) Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim. Selamlar

--

Yrd. Doç. Dr. M. Hanifi ERÇOŞKUN  
Atatürk Üniversitesi  
Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi (Kampüs Binası)  
Temel Eğitim Bölümü Sınıf Öğretmenliği ABD  
25240 Yakutiye ERZURUM

GSM: 536 777 01 29

GÖZDEYILDIZ DAŞ <gozde.das@istanbul.edu.tr>  
Alıcı: Muhammet Hanifi Ercoşkun <ercoskun@atauni.edu.tr>

25 Temmuz 2017 14:02

çok teşekkür ederim hocam  
saygılar

25 Temmuz 2017 13:07 tarihinde Muhammet Hanifi Ercoşkun <ercoskun@atauni.edu.tr> yazdı:  
[Alıntılanan metin gizlendi]

Muhammet Hanifi Ercoşkun <ercoskun@atauni.edu.tr>  
Alıcı: GÖZDEYILDIZ DAŞ <gozde.das@istanbul.edu.tr>

26 Temmuz 2017 09:59

Rica ederim hocam kolay gelsin

## Ek-3: Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği Kullanım İzni

---

### ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİK ÖLÇEĞİ HAKKINDA

2 İleti

---

GÖZDEYILDIZ DAŞ <gozde.das@istanbul.edu.tr>

31 Mayıs 2017 15:56

Alıcı: sgozum@akdeniz.edu.tr

Sayın hocam merhaba,

Ben Gözde Yıldız Daş Geçim..

Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği ABD'da araştırma görevlisi olarak görev yapmaktayım ve aynı zamanda aynı bölümde doktora öğrencisiyim.

Doktora tezimde kullanmak üzere Türkçe geçerlilik ve Güvenirliliğini yaptığınız ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİK ÖLÇEĞİ'nin kullanım iznini istiyorum.

Saygılarımla.....

---

Sebahat GOZUM <sgozum@akdeniz.edu.tr>

31 Mayıs 2017 23:33

Alıcı: GÖZDEYILDIZ DAŞ <gozde.das@istanbul.edu.tr>

Sevgili Gözde merhaba,

Çalışmanızın amacına hizmet edebilecekse 'öz etkililik yeterlik ölçeği'ni kullanmanıza izin veriyorum. İyi çalışmalar.  
S. Gozum

---

Kimden: GÖZDEYILDIZ DAŞ [gozde.das@istanbul.edu.tr]

Gönderildi: 31 Mayıs 2017 Çarşamba 15:56

Kime: Sebahat GOZUM

Konu: ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİK ÖLÇEĞİ HAKKINDA





**Ek-4: SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği Kullanım İzni**

SF 12 ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ HAKKINDA

Report message - Block user



Gözde yıldız daş

Jul 25, 2017

HOCAM MERHABA,  
BEN İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ FLORENCE NIGHTİNGALE HEMŞİRELİK FAKÜLTESİNDE ARAŞTIRMA  
GÖREVLİSİYİM VE AYNI BÖLÜMDE DOKTORA ÖĞRENCİSİYİM.SİZİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE  
GÜVENİRLİĞİNİ YAPTIĞINIZ SF 12 ÖLÇEĞİNİ DOKTORA TEZ ÇALIŞMAMDA KULLANMAK İÇİN SİZDEN  
İZİN İSTİYORUM..SİZİN MAİL ADRESİNİZE ULAŞAMADIĞIM İÇİN BURADAN YAZIYORUM.  
gozde.das@istanbul.edu.tr : mail adresim  
SAYGILAR HOCAM  
ŞİMDİDEN TEŞEKKÜR EDERİM...



Samet Kose to you

Jul 28, 2017

Elbette kullanabilirsin, Sevgili Gozde.  
  
Email adresim sametkose@gmail.com.  
  
Selam ve sevgiler,  
Samet Kose  
Franklin, TN



Gözde yıldız daş

Jul 28, 2017

Sayın hocam,  
Çok teşekkür ederim...  
saygılar- sevgiler



**NON-COMMERCIAL LICENSE AGREEMENT  
Office of Grants and Scholarly Research (OGSR)**

**License Number:** QM040923  
**Licensee Name:** Gozde Yildiz Das Gecim, c/o Istanbul University  
**Licensee Address:** TR  
**Approved Purpose:** The Impact of the Attitude-Social Impact-Self-efficacy Model Based Self Management Program on the Work Ability and Quality of Life to 45 and Older Nurses  
**Study Type:** Non-commercial academic research and/or thesis – Unfunded  
**Data Collection Method:** Paper  
**Therapeutic Area:** Wellness & Lifestyle

**Royalty Fee:** None, because this License is granted in support of the non-commercial Approved Purpose

**A. Effective Date:** This Non-Commercial License Agreement (the "Agreement") from the Office of Grants and Scholarly Research (OGSR) is made by and between OptumInsight Life Sciences, Inc. (i/k/a QualityMetric Incorporated) ("Optum"), 1301 Atwood Ave, Suite 311N, Johnston, RI 02919 and Licensee. This Agreement is entered into as of the date of last signature below and is effective for the Study Term set forth on Appendix B.

**B. Appendices:** Capitalized terms used in this Agreement shall have the meanings assigned to them in Appendix A and Appendix B. The appendices attached hereto are incorporated into and made a part of this Agreement for all purposes.

**C. Grant of License:** Subject to the terms of this Agreement, Optum grants to Licensee a non-exclusive, non-transferable, non-sublicensable worldwide license to use, solely for the Approved Purpose and during the Study Term, the Licensed Surveys, Software, SMS Scoring Solution, and all intellectual property rights related thereto ("Survey Materials"), in the authorized Data Collection Method, Modes of Administration, and Approved Languages indicated on Appendix B; and to administer the Licensed Surveys only up to the total number of Administrations (and to make up to such number of exact reproductions of the Licensed Surveys necessary to support such Administrations) in any combination of the specific Licensed Surveys and Approved Languages, Data Collection Method, and Modes of Administration.

EXECUTED by the duly authorized representatives as set forth below.

OptumInsight Life Sciences, Inc.

Gozde Yildiz Das Gecim



**LICENSE AGREEMENT - DETAILS**

**Licensee:** Istanbul University  
Gozde Yildiz Das Gecim

**License Number:** QM040923

**Amendment to:** N/A

**Study Term:** 09/01/17 to 09/01/18

**Approved Purpose:**  
The Impact of the Attitude-Social  
Impact-Self-efficacy Model Based Self Management  
Program on the Work Ability and Quality of Life to 4

**Therapeutic Area:**

**Licensed Surveys (Modes) and Services:**

| Item   | Description                   | Mode of Admin | Quantity |
|--|-------------------------------|---------------|----------|
| PROJ01   | License Fee                   |               | 1        |
| ADMINS   | Administrations               |               | 400      |
| ES0170   | SF-12v2, Standard Recall      | Paper         | 1        |
| <b>Approved Languages:</b><br>Turkey (Turkish) |                               |               |          |
| SS150  | Scoring Software v5.1         |               | 1        |
| SS157  | SS v5.1 Key: SF-12v2          |               | 400      |
| EM126  | SF-12v2 User's Manual 3rd Ed. |               | 1        |

**Approved Languages:**  
United States (English)

**TOTAL FEES:** 0.00 USD

**Ek-5:Kurum İzni**

Tarih ve Sayı: 15/06/2017-227888



T.C.  
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ  
BAŞHEKİMLİĞİ  
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü



Sayı :19274766-199-  
Konu :Çalışma İzni

**CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

İlgi :14/06/2017 tarihli, 226343 sayılı yazı

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında Prof.Dr.Melek Nihal ESİN'in danışmanlığı altında Doktora eğitimine devam eden Gözde Yıldız DAŞ GEÇİM'in " 45 Yaş ve Üstü Hemşirelere Uygulanan Tutum-Sosyal Etki-Öz Etkililik Modeli Temelli Öz Yönetim Programının İş Yeterliliği ve Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı tezini Etik Kurul Onayını takiben Fakültemizde yapmasında sakınca olmadığını bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalı  
Selma KAÇAR  
Müdür

**Ek-6: Etik Kurul Kararı****Tarih ve Sayı: 06/09/2017-326091**

T.C.  
**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ**  
 Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :59491012-604.01.02-  
 Konu :Dokt.Öğr. Gözde Yıldız Daş'ın  
 etik kurul kararı A-11

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

İlgi : 20.07.2017 tarih, 99984023-302.08.01-286433 sayılı yazı


Enstitünüz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi **Prof.Dr.Melek Nihal ESİN'in** danışmanlığında **Doktora Öğrencisi Gözde Yıldız Daş GEÇİM'in** yürütücülüğünde "**45 Yaş ve Üstü Hemşirelere Uygulanan Tutum-Sosyal Etki-Öz Etkililik Modeli Temelli Öz Yönetim Programının İş Yeterliliği ve Yaşam Kalitesine Etkisi**" başlıklı **Doktora Tezi** (ANKET/ÖYP) çalışma hakkında ilgi yazınız ve ekleri **05 Eylül 2017** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup;Öğretim Üyesi Yetiştirme Programa (ÖYP) desteği alınması koşuluyla; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı  
 Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR  
 Başkan

e-İmzalı  
 Prof. Dr. Feray SAVRUN  
 Dekan a.  
 Dekan Yardımcısı

## Ek-7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

|   |   |                             |
|---|---|-----------------------------|
|  <p>TC Sağlık Bakanlığı<br/>Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu</p> | <b>ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ<br/>GÖNÜLLÜ OLUR FORMU</b> | Doküman Adı: KADB-F.23-R.00 |
|   |   | Yayın Tarihi: 18.04.2013    |
|   |   | Sayfa No: 1/1               |
|   |   | Onaylayan: Daire Başkanı    |

**Araştırmanın Adı:** 45 Yaş ve Üstü Hemşirelere Uygulanan Tutum-Sosyal Etki-Öz Etkililik Modeli Temelli Öz Yönetim Programının İş Yeterliliği ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Bu çalışma; Prof. Dr. Melek Nihal Esin danışmanlığında ve Arş. Gör. Bil. Uzm. Gözde Yıldız Daş Geçim sorumluluğunda, farklı alanlarda görev yapan 45 yaş ve üstü hemşirelere uygulanan Tutum-Sosyal Etki-Öz Etkililik Modeli modeli temelli öz yönetim programının iş yeterliliğine ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmektir amacıyla yürütülmektedir.

Araştırma, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde farklı servislerde görev yapmakta olan 45 yaş ve üstü hemşireler ile yapılacaktır. Araştırmaya katılan deney grubundaki hemşirelere anket ve ölççekler uygulanacak, fizyolojik ölçümleri yapılacak ( boy, kilo, beden kitle indexi ve tansiyon ölçümü), herkese uygun olan gün ve saatte dört kez sağlık eğitimi verilecek, haftada iki gün de uzman yoga eğitmeni eşliğinde yoga eğitimi verilecek (toplam bir ay), daha sonra deney grubundaki hemşirelere verilen yoga eğitim CD'sini evde izleyerek, sekiz hafta kendilerinin yapmaları istenecektir. Hemşirelere evde yoga eğitimini uygulamaları konusunda telefon ve e-mail aracılığıyla iletişim kurularak, hem hatırlatma yapılacak hem de motive edilmesi sağlanacaktır. Kontrol grubundaki hemşirelerle de anket ve ölççek yöntemiyle veri toplanacak ve fizyolojik ölçümler yapılacaktır. Bu çalışma, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyarak, çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerle yapılacaktır. Bu çalışmaya **katılmayı kabul ettiğiniz takdirde**, çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilme hakkına sahipsiniz ya da isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından da araştırma dışında bırakılabilirsiniz. Çalışmadan elde edilen bilgiler araştırma amacı dışında kullanılmayacak, gerek araştırma yürütülürken, gerekse yayımlandığında takma isimler kullanılarak ya da isimler şifrelenerek **kimliğiniz gizli tutulacaktır**. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Lütfen Aşağıdaki Metni Dikkatle Okuyup İmzalayınız

**Gözde Yıldız Daş Geçim** tarafından yürütülecek olan araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Araştırmanın herhangi bir aşamasında gerekli gördüğüm takdirde; herhangi bir saatte, araştırmacılardan **Gözde Yıldız Daş Geçim'e** 05416169858 nolu telefondan ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam bana ait bilgilerin gizliliğinin sağlanacağına inanıyorum. Verdiğim yanıtların eksiksiz ve doğru olarak elde edilebilmesi için çalışmayı katılmayı kabul ediyorum, anket ve ölççekle ile veri toplanmasına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararımı aldım.

**Katılımcının adı / soyadı / imzası / tarih**

**Araştırma ekibi adına:** Arş. Gör. Gözde Yıldız Daş Geçim e-posta: [gozde.das@istanbul.edu.tr](mailto:gozde.das@istanbul.edu.tr) GSM: 05416169858

**Adres:** İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Abide-i Hürriyet Cad. 34381 Şişli İstanbul.

### Ek-8: Yoga Eğitimi Sertifikası



## İntihal Raporu İlk Sayfası

TUTUM-SOSYAL ETKİ-ÖZ ETKİLİLİK MODELİ TEMELLİ ÖZ YÖNETİM PROGRAMININ 45 YAŞ VE ÜSTÜ HEMŞİRELERİN İŞ YETERLİLİĞİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

ORIJINALLIK RAPORU

|                                  |                                       |                        |                                 |
|----------------------------------|---------------------------------------|------------------------|---------------------------------|
| % <b>19</b><br>BENZERLİK ENDEKSİ | % <b>14</b><br>İNTERNET<br>KAYNAKLARI | % <b>8</b><br>YAYINLAR | % <b>10</b><br>ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ |
|----------------------------------|---------------------------------------|------------------------|---------------------------------|

BİRİNCİL KAYNAKLAR

|          |   |             |
|----------|---|-------------|
| <b>1</b> | Submitted to Istanbul University<br>Öğrenci Ödevi                                   | % <b>3</b>  |
| <b>2</b> | Submitted to Istanbul Aydın University<br>Öğrenci Ödevi                             | % <b>2</b>  |
| <b>3</b> | Submitted to Hacettepe University<br>Öğrenci Ödevi                                  | % <b>1</b>  |
| <b>4</b> | www.deu.edu.tr<br>İnternet Kaynağı  | % <b>1</b>  |
| <b>5</b> | pdrdergisi.org<br>İnternet Kaynağı  | % <b>1</b>  |
| <b>6</b> | dergipark.gov.tr<br>İnternet Kaynağı  | <% <b>1</b> |
| <b>7</b> | www.calismatoplum.org<br>İnternet Kaynağı   | <% <b>1</b> |
| <b>8</b> | Submitted to The Scientific & Technological<br>Research Council of Turkey (TUBITAK) | <% <b>1</b> |

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

|                  |                           |                  |             |
|------------------|---------------------------|------------------|-------------|
| <b>Adı</b>       | GÖZDE YILDIZ              | <b>Soyadı</b>    | DAŞ GEÇİM   |
| <b>Doğ. Yeri</b> | EDİRNE                    | <b>Doğ. Tar.</b> | 08.04.1984  |
| <b>Uyruğu</b>    | T.C.                      | <b>TC Kim No</b> | 28081724776 |
| <b>Email</b>     | gozde.das@istanbul.edu.tr | <b>Tel</b>       | 05416169858 |

### Eğitim Düzeyi

|                 | Mezun Olduğu Kurumun Adı   | Mez. Yılı |
|-----------------|--|-----------|
| <b>Doktora</b>  | İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği ABD | 2019      |
| <b>Yük.Lis.</b> | Ondokuz Mayıs Üniversitesi-Halk Sağlığı Hemşireliği ABD                                      | 2014      |
| <b>Lisans</b>   | Ondokuz Mayıs Üniversitesi   | 2008      |
| <b>Lise</b>     | Milli Piyango Anadolu Lisesi   | 2002      |

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

|           | Görevi              | Kurum  | Süre (Yıl - Yıl) |
|-----------|---------------------|--|------------------|
| <b>1.</b> | Araştırma Görevlisi | Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi   | 2018-            |
| <b>2.</b> | Araştırma Görevlisi | İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği ABD | 2014-2018        |
| <b>3.</b> | Hemşire             | Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis   | 2009-2014        |
| <b>4.</b> | Hemşire             | Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servis                               | 2008-2009        |

| Yabancı Dilleri | Okuduğunu Anlama* | Konuşma* | Yazma*  | KPDS/ÜDS Puanı | (Diğer) Puanı |
|-----------------|-------------------|----------|---------|----------------|---------------|
| İngilizce       | Çok iyi           | Çok iyi  | Çok iyi | 72.50          |               |
|                 |                   |          |         |                |               |

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

|                      | Sayısal | Eşit Ağırlık | Sözel |
|----------------------|---------|--------------|-------|
| <b>LES Puanı</b>     | 79      | -            | -     |
| <b>(Diğer) Puanı</b> |         |              |       |

### Bilgisayar Bilgisi

| Program          | Kullanma becerisi |
|------------------|-------------------|
| Microsoft Office | İyi               |
| SPSS             | İyi               |
| LISREL           | Orta              |



### Yayımları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

#### SCI, SSCI, AHCI İNDEKSLERİNE GİREN DERGİLERDE YAYINLANAN MAKALELER

1. Terzi B., **Daş Geçim G.Y.**, Topuz İ. (2019). Identification of the self-confidence and self-efficacy levels of student nurses when performing blood drawing for the first time on their peers. *Technology and Health Care*, 27(2), 209-221.

#### DİĞER DERGİLERDE YAYINLANAN MAKALELER

1. **Das, G. Y.**, Avci, I. A. (2015). The effect of anger management levels and communication skills of Emergency Department staff on being exposed to violence. *Medicinski Glasnik (Zenica)*, 12(1), 99-104.

#### HAKEMLİ KONGRE / SEMPOZYUMLARIN BİLDİRİ KİTAPLARINDA YER ALAN YAYINLAR

1. **Daş Geçim, G.Y.**, Uzun, B., Topuz İ., Terzi, B. Ebelik-Hemşirelik Rolü Açısından Toplum Ruh Sağlığı, 6. Uluslararası 10. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, SİVAS, TÜRKİYE, 19-21 Nisan 2019. (Poster Bildiri).
2. Terzi, B., Topuz İ., **Daş Geçim G. Y.**, Uzun, B. Sürdürülebilir Kalkınma Perspektifi: Kadın Sağlığını Geliştirme, 6. Uluslararası 10. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, SİVAS, TÜRKİYE, 19-21 Nisan 2019. (Poster Bildiri).
3. Karapelit, Z., **Daş Geçim, G. Y.**, Memiş, A. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinin Maneviyata ve Manevi Bakıma İlişkin Algıları, 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, ANKARA, TÜRKİYE, 23-26 Nisan 2018. (Sözel Bildiri).
4. Terzi, B., Daş Geçim, G. Y., Topuz, İ. “Yeni Bir Küresel Tehdit: “X Hastalığı”, 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, ANKARA, TÜRKİYE, 23-26 Nisan 2018. (Poster Bildiri).
5. Topuz, İ., **Daş Geçim, G. Y.** “Sağlık Okuryazarlığı ve Hemşirelik: Sistemik Derleme”, 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, ANKARA, TÜRKİYE, 23-26 Nisan 2018. (Poster Bildiri).
6. **Daş Geçim, G. Y.**, Topuz, İ., Temel, S., Terzi (Çopur), B. “Yoksulluk ve Sağlık: Sistemik Derleme”, 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, ANKARA, TÜRKİYE, 23-26 Nisan 2018. (Poster Bildiri).
7. Topuz, İ., Temel, S., **Daş Geçim, G. Y.** “Gençlerde Cinsel Sağlık Eğitimi”, 5. Uluslararası 9. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, AMASYA, TÜRKİYE, 3-5 Mayıs 2018. (Poster Bildiri).

- 8.Topuz, İ., **Daş Geçim, G. Y.**, Temel, S. “Üniversite Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışları”, 5. Uluslararası 9. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, AMASYA, TÜRKİYE, 3-5 Mayıs 2018. (Poster Bildiri).
- 9.**Daş Geçim, G. Y.**, Temel, S., Topuz, İ. “Türkiye’de Ebelik ve Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Kullanımı”, 5. Uluslararası 9. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, AMASYA, TÜRKİYE, 3-5 Mayıs 2018. (Poster Bildiri).
- 10.**Daş Geçim, G. Y.**, Topuz, İ., Temel, S. “Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet”, 5. Uluslararası 9. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, AMASYA, TÜRKİYE, 3-5 Mayıs 2018. (Poster Bildiri).
11. Temel, S., **Daş Geçim, G. Y.**, Topuz, İ. “Türkiye’de Aile Sağlığı Merkezleri ve Aile Planlaması Uygulamaları”, 5. Uluslararası 9. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, AMASYA, TÜRKİYE, 3-5 Mayıs 2018. (Poster Bildiri).
12. Temel, S., Topuz, İ., **Daş Geçim, G. Y.** “Türkiye’de Aile Sağlığı Merkezlerinde Gebe İzlem Uygulamaları”, 5. Uluslararası 9. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, AMASYA, TÜRKİYE, 3-5 Mayıs 2018. (Poster Bildiri).
- 13.**Daş Geçim, G. Y.**, Ardıç A. ‘Ortaokul Öğrencilerine Yönelik Şiddet ve Zorbalık: Sistematik Derleme’, 3.Uluslararası Farklı Şiddet Boyutları ve Toplumsal Algı Kongresi, KOCAELİ, TÜRKİYE, 14-15 Nisan 2017, pp.320-320. (Sözel Bildiri).
- 14.Ardıç, A., **Daş Geçim, G. Y.** ‘Üniversite Öğrencilerinin Flört Şiddeti ile Karşılaşma Durumları, Flört Şiddetine Karşı Tutumları ve Etkileyen Faktörler’ 3.Uluslararası Farklı Şiddet Boyutları ve Toplumsal Algı Kongresi, KOCAELİ, TÜRKİYE, 14-15 Nisan 2017, pp.322-322. (Sözel Bildiri).
- 15.**Das, G. Y.**, Esin, M. N. ‘Sistematic Review of Sleep Disorders and Related Factors Among Shift Workers’, 6 th International FOHNEU Congress, ROTTERDAM, HOLLANDA, 16-18 March 2016, no: 37. (Poster Bildiri).
16. Ardıc, A., Irmak, A.Y., **Daş, G.Y.**, Esin, M.N. Adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile dijital oyun davranışları arasındaki ilişki. 3. Uluslararası Teknoloji Bağımlılığı Kongresi, İSTANBUL, TÜRKİYE, 3-4 Mayıs 2016, pp.138-139. (Sözel Bildiri).
17. Orak, O. S., **Daş, G. Y.**, Üstün, G., Karakurt, N., Korkmaz, T. Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özellikleri İle Özgecilik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, III. Uluslararası VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, ANKARA, TÜRKİYE, 1-3 Eylül 2014, 155. (Poster Bildiri).

**Özel İlgi Alanları (Hobileri):**

Roman- şiir yazmak

Kitap okumak

Yürüyüş yapmak, Yüzmek

Belgesel izlemek