

T.C.

OKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AMELİYATHANE VE YOĞUN BAKIM
HEMŞİRELERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatma GENÇGÜN

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU

İSTANBUL-2018

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

AMELİYATHANE VE YOĞUN BAKIM
HEMŞİRELERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatma GENÇGÜN

142038002

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU

İSTANBUL-2018

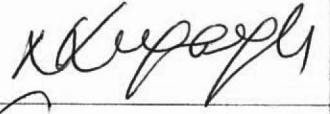


T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Fatma GENÇGÜN Tez Savunma Tarihi: 27.04.2018
Danışman : Prof.Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU Tez Savunma Saati :10.00

Tez Konusu : "Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜ ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU (Osmangazi Üni.)	Kabul.	
Dr. Öğr.Üyesi İlknur ÇALIŞKAN	Kabul	
Dr. Öğr.Üyesi Özlem YAZICI	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr.Üyesi K.Derya BEYDAĞ		

ÖZET

Bu araştırma, ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışları etkileyen değişkenleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Araştırma evrenini, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve aynı hastaneye bağlı 29 Mayıs Ek Binası ameliyathaneleri ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler (n=151) oluşturdu. Araştırma örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden 137 ameliyathane ve yoğun bakım hemşiresi oluşturdu. Araştırma verileri toplam 30 sorudan oluşan “Veri Toplama Anket Formu” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” kullanılarak 22 Şubat 2018 - 22 Mart 2018 tarihleri arasında araştırmacının kendisi tarafından toplandı.

Araştırmaya katılan hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II toplam puan ortalaması $118,24 \pm 17,15$ olduğu belirlenirken, bu sonucun beklenenin altında bir puan olduğu görüldü. Araştırmada elde edilen alt boyut puan ortalamaları ise; manevi gelişim alt boyut puan ortalaması $24,40 \pm 4,06$, kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalaması $23,80 \pm 4,05$, sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması $19,28 \pm 3,85$, beslenme alt boyut puan ortalaması $19,26 \pm 3,78$, stres yönetimi alt boyut puan ortalaması $16,63 \pm 3,25$ ve fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamasının $14,87 \pm 4,71$ olduğu belirlendi. Araştırma sonucunda ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II alt boyut puan ortalamalarının en yüksek puan ortalamasının manevi gelişim alt boyutunda, en düşük puan ortalamasının ise fiziksel aktivite alt boyutunda elde edildiği görüldü.

Anahtar Kelimeler: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, Ameliyathane ve yoğun bakım hemşireleri, Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II.

ABSTRACT

AN ASSESSMENT OF HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIOUR IN SURGICAL AND INTENSIVE CARE NURSES

Nurses who halt the disease progression and personal care of patients, ignored themselves health. This research was done as descriptive for the aim of stating healthy lifestyle behaviour and variables that influence on that behaviour in operating room and intensive care nurses.

The research area consists of nurses (n=151) who labour in operating rooms and intensive care at Haseki Education and Research Hospital, 29th May Additional Service Building which is connected to the hospital. The research sample consists of 137 operating room and intensive care nurses who accept to be involved in that research. The research data is gathered by the researcher on 22nd February- 22nd March 2018 by using “Data Collection Questionnaire” and “The Scale of Healthy Lifestyle Behavior II” which involve totally 30 questions.

While The Scale of Healthy Lifestyle Behavior II total average score of nurses who involve in that research is defined as $118,24 \pm 17,15$, that seems to be a score which is less than expected. Sub-extent average scores are defined at the research; average sub-extent score in spiritual development $24,40 \pm 4,06$, average sub-extent score in interpersonal relations $23,80 \pm 4,05$, average sub-extent score in health responsibility $19,28 \pm 3,85$, average sub-extent score in nourishment $19,26 \pm 3,78$, average sub-extent score in stress management $16,63 \pm 3,25$, average sub-extent score in physical activity $14,87 \pm 4,71$. As a result of the research, while the highest average score of The Scale of Healthy Lifestyle Behavior II average sub-extent score of the operating room and intensive care nurses was seen to be obtained with in the scope of average sub-extent score in spiritual development, the lowest average score of them was seen to be obtained within the scope of psysical activity sub- extent.

Key Words: Healthy lifestyle behaviour, Operating room and intensive care nurse, The scale of healthy lifestyle behaviour II

ÖNSÖZ

Hemşireler sağlık ekibin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu çalışma, insan sağlığı için gece gündüz çalışan ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışları etkileyen değişkenleri belirlemek ve sonrasında çıkan sonuçlara göre uygun çözümler getirebilmek için yapıldı.

Araştırmanın planlanmasında ve yürütülmesinde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, desteğini esirgemeyen ve bu tezi oluşturmamda bana yol gösteren saygı değer hocam Prof. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU' na,

Yüksek lisans öğrenimim boyunca bilgi ve desteklerini esirgemeyen Okan Üniversite Sağlık Bilimleri Enstitüsü değerli hocalarıma,

Araştırma sırasında yardımlarını esirgemeyen Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi yöneticilerine ve çalışmaya katılan değerli mesai arkadaşlarıma,

Araştırmanın sırasında yardımlarıyla yanımda olan ekip arkadaşlarım Kadriye BİLİR, Sevcan AKSOY, Uğur ŞENEL, Dilek EREN ve Gözdenur ÜNLÜ' ye,

Araştırmanın yapım aşamasında deneyimlerini benimle paylaşan sevgili arkadaşım Metin SAVUN' a,

Varlıklarıyla her zaman bana güç veren çok sevgili aileme,

Ve son olarak her anımı güzelleştiren Gökhan COŞAR' a teşekkür ederim.

Fatma GENÇGÜN

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Fatma GENÇGÜN



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI.....	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
ÖNSÖZ.....	V
BEYAN.....	VI
İÇİNDEKİLER.....	VII
TABLolar LİSTESİ.....	X
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XII
SEMBOLLER VE KISALTMALAR.....	XIII
1.GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sağlık Kavramı.....	4
2.2. Sağlığı Koruma ve Geliştirme.....	6
2.2.1. Sağlığı Koruma.....	7
2.2.2. Sağlığı Geliştirme.....	8
2.2.3. Sağlığı Geliştirme Modelleri.....	10
2.2.3.1. Sağlık İnanç Modeli.....	10
2.2.3.2. Sağlığı Geliştirme Modeli.....	12
2.3.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	13
2.3.1. Sağlık Sorumluluğu	14
2.3.2. Fiziksel Aktivite	15

2.3.3. Beslenme	16
2.3.4. Manevi Gelişim	18
2.3.5. Kişiler Arası İlişkiler	18
2.3.6. Stres Yönetimi	20
2.4. Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı.....	24
3.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular.....	24
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	24
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	24
3.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	25
3.6. Araştırmanın Verilerinin Toplanması.....	27
3.7. Araştırmanın Verilerinin Değerlendirilmesi.....	27
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	27
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA	57
5.1. SYBDÖ II ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	57
5.2. SYBDÖ II Puan Ortalamasının Değişkenlere Göre Tartışılması.....	62
5.3. Sağlık Sorumluluğu Alt Boyut Puan Ortalamasının Değişkenlere Göre Tartışılması.....	64

5.4. Fiziksel Aktivite Alt Boyut Puan Ortalamasının Değişkenlere Göre Tartışılması.....	66
5.5. Beslenme Alt Boyut Puan Ortalamasının Değişkenlere Göre Tartışılması...68	68
5.6. Manevi Gelişim Alt Boyut Puan Ortalamasının Değişkenlere Göre Tartışılması.....	69
5.7. Kişiler Arası İlişkiler Alt Boyut Puan Ortalamasının Değişkenlere Göre Tartışılması.....	71
5.8. Stres Yönetimi Alt Boyut Puan Ortalamasının Değişkenlere Göre Tartışılması.....	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	75
6.1.Sonuçlar.....	75
6.2.Öneriler	77
KAYNAKÇA	78
EKLER.....	91
ÖZGEÇMİŞ.....	102

TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 4.1. Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	29
Tablo 4.2. Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Mevcut Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı.....	32
Tablo 4.3. Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Mevcut Sağlık Durumlarına Göre Dağılımı.....	34
Tablo 4.4 Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzey Ortalamaları.....	36
Tablo 4.5. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzey Ortalamaları.....	37
Tablo 4.6. Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzey Ortalamaları.....	38
Tablo 4.7. Ameliyathane Hemşirelerinin Yaş Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı.....	39
Tablo 4.8. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaş Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı.....	41
Tablo 4.9. Ameliyathane Hemşirelerinin Cinsiyet Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı.....	42
Tablo 4.10. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Cinsiyet Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı.....	43
Tablo 4.11. Ameliyathane Hemşirelerinin Medeni Durum Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı.....	44
Tablo 4.12. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Medeni Durum Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı.....	45
Tablo 4.13. Ameliyathane Hemşirelerinin Öğrenim Durumu Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı.....	46
Tablo 4.14. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Öğrenim Durumu Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı.....	48
Tablo 4.15. Ameliyathane Hemşirelerinin Nöbet Tutma Durumu Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı.....	50
Tablo 4.16. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Nöbet Tutma Durumu Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı.....	52
Tablo 4.17. Ameliyathane Hemşirelerinin Kronik Hastalık Olup Olmama Durumu Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı.....	53

Tablo 4.18. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Kronik Hastalık Olup Olmama Durumu Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı.....	54
Tablo 4.19. Ameliyathane Hemşirelerinin Egzersiz Yapıp Yapmama Durumu Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı.....	55
Tablo 4.20. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Egzersiz Yapıp Yapmama Durumu Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı.....	56



ŞEKİLLER LİSTESİ

SAYFA NO

Şekil 2.1. Sağlık İnanç Modeli.....12



SEMBOLLER VE KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
SGM	: Sağlığı Geliştirme Modeli
SYBD	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
TDK	: Türk Dil Kurumu
ICN	: International Nurses Association
THD	: Türk Hemşireler Derneği
ANA	: American Nurses Association
SYBDÖ II	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for the Social Science

1.GİRİŞ

Dünya sağlık örgütü (DSÖ)'nün yaptığı tanıma göre sağlık; sadece hastalığın ya da sakatlığın yokluğu değil aynı zamanda bedensel, tinsel ve sosyal yönden tam bir iyi olma durumudur. Bunun yanı sıra sağlık; kişinin gündelik ihtiyaçlarını karşılayabilmesi ve isteklerini yapabilmesini sağlayan bir kavram olarak nitelendirilebilir (1,2,3,4).

DSÖ'nün sağlığın geliştirilmesi kavramına yönelik Bangkok Deklarasyonu'nun da tanımını yapılan sağlığın geliştirilmesi; insanların, sağlıklarını belirleyen etmenler üstündeki denetim düzeylerini artırmaları sonucundaki sağlık boyutlarındaki yükselme süreci olarak belirtilmiştir (5).

Çağımızda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşanan ölümlerin nedenleri olarak belirtilen hastalıkların çoğunun önlenemez sebeplerden kaynaklı olduğu ve bunun temel sebeplerinin yaşama biçimine dayandırıldığı görülmektedir. DSÖ'nün bildirdiği verilere bakılarak, gelişmiş ülkelerde görülen ölümlerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerde görülen ölümlerin %40-50'sinin sebebi olarak yaşam biçimlerine dayandırılan hastalıkların olduğu söylenebilir (6).

Yaşam biçimi, kişilerin kendi denetimlerine bağlı olan ve sonuçları kabul edilen kişisel yargıları olarak ifade edilmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi kavramı ise; kişinin kendi sağlığını etkileyebilen bütün davranışlarını denetim altına alması, günlük eylemlerini düzenlerken kendi sağlığına uygun davranışları belirlemesi olarak ifade edilmektedir (7,8,9,10,). Pender 1990 yılında sağlıklı yaşam biçimini, sağlığı geliştirmenin etkili bir bileşeni olarak bildirmiştir (11).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; kişinin sağlıklı kalmak, hastalıklardan korunmak adına inandığı ve uyguladığı davranışlarının tamamı olarak ifade edilmekte ve kişinin sağlık sorumluluğu alma, manevi gelişim, stres yönetimi, kişiler arası ilişkiler, beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarını kapsamaktadır (12,13).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, yaşamlarında uygulamaya devam ettiren ve bunu yaşamlarının bir parçası haline getiren kişilerin sağlıklı olma durumlarını devam ettirdikleri gibi sağlık düzeylerini daha üst noktaya taşıyabilmektedirler. Bu sebepten ötürü sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanması ve devam ettirilmesi sağlığın devamlılığında ve hastalıklardan korunmada en temel ögedir (14).

Hemşire, sağlık seviyesinin artırılmasına ve hastalığın önlenmesine yönelik hastanın hemşirelik bakımını planlama, uygulama ve değerlendirme yeteneği olan belirli bir teorik eğitimi ve pratiği tamamlamış sağlık ekibinin profesyonel bir üyesi olarak tanımlanmaktadır. Hemşirenin ana sorumluluğu; kişinin, ailenin ve toplumun bedensel ve tinsel açıdan sağlıklı olmasına yardımcı olmaktır. İnsan sağlığını korumada ve geliştirmede önemli görevler ve sorumluluklar üstlenen hemşirelerin, öncelikle kendi sağlığını koruması ve geliştirmesi için gerekli yaşam biçimi davranışlarını kazanmış olması beklenmektedir (15,16).

Hemşirelerin, mesleki sorumlulukları ve toplumsal açıdan üstlendiği rolleri gereği yaşam biçimleri ile bakım verdiği insanlara örnek ve sağlık eğitimiyle hizmet verdikleri grubu etkisi altına alma özelliğine sahip olduğu bir gerçektir (17,18). Hasta ve sağlıklı insanlarla devamlı bir etkileşimde olduğu bilinen hemşirelerin, sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik olumlu davranış edinilmesinde sorumluluk sahibi ve yol gösterici olması beklenmektedir (19).

Hemşirelerin sağlığı geliştirme girişimleri arasında, sağlığı olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkların toplumdaki yaygınlığını ve risk faktörlerini belirlemek, topluma sağlıklı yaşam biçimi bilincini kazandırmak ve sağlıksız davranışları sağlığı geliştirme davranışlarına dönüştürmek vardır. Hemşirenin sağlığı korumaya yönelik çalışmaları, ilk olarak sağlığı geliştirmenin önemini anlamalarını, kendi sağlıkları kadar insanların sağlık davranışlarını olumlu yönde değiştirmeleri için gerekli yöntemleri öğrenmelerinin yararlı olacağı vurgulanmaktadır (20,21).

Günlük hayatlarının üçte birini iş yerine geçiren hemşireler çok sayıda sağlığı tehdit edici risk faktörleri ile birlikte çalışmaktadırlar. Hastaneler özellikle yoğun bakım üniteleri ve ameliyathaneler, kendine özgü çalışma koşulları ve mimari düzenleri ile yoğun bakım ünitelerinde ve ameliyathanelerde görev yapan hemşirelerin sağlığını ciddi şekilde etkileyebilmektedir. İnsan sağlığı açısından pek çok önemli görevler alan hemşirelerin öncelikle sağlıkları konusunda bilgilenmeleri ve bu bilgileri tutum ve davranışa dönüştürmeleri öncelikle kendi sağlıkları daha sonrasında ise bakımı altındaki hastaların sağlıkları için önemlidir (22,23).

Hemşirelik, çalışma ortamından ötürü birçok olumsuz durumdan kaynaklanan fazlasıyla iş yüküne sahip stresli bir meslek dalı olarak betimlenebilmektedir. Meslek

hayatı kişiye, toplum içinde belli bir rol, statü ve ekonomik anlamda bir kuvvet kazandırmaktadır. Kişiye sağladığı bu kazançların yanında fizyolojik ve psikososyal yönden olumsuzlukları getirmesi engellenemez bir gerçektir (24,25).

Bu çalışma ile toplumda sağlık alanında rol model olan, rehberlik eden ve insanların sağlıklarına tekrar kavuşması ve sağlıklarını koruma adına ameliyathanelerde ve yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek ve davranışların etkilendiği değerşkenleri saptamak amaçlanmaktadır. Elde edilen bulguların ise; ameliyathane yoğun bakım hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının iyileştirilmesi adına katkı sağlaması, bu alanda yapılacak olan çalışmalara rehberlik etmesi düşünülmektedir.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı için herhangi bir tanımlama yapmak oldukça zordur, zaman içinde bilgiler, kuramlar, inançlar ve odaklanılan noktaya göre sağlık kavramının tanımı değişebilmektedir (26).

Sağlık kavramının sözlük tanımında; bedenin hasta olmaması, vücut esenliği, sıhhat anlamları ifade edilmektedir (27).

İnsanların huzurlu, mutlu, başarılı ve kaliteli şekilde yaşamlarına devam edebilmeleri adına sağlıklı olmalarının önemli bir yere sahip olduğu bilinmektedir. Önceki dönemlerde sağlık kavramı tanımı; sadece hastalık ve sakatlığın olmaması olarak yapılmıştır. Yapılan bu tanımla birlikte hastalık kavramının öne çıktığı, kişilerin bu tanıma göre değerlendirildiği, belirli bulguların ya da sakatlığın olmamasının kişilerin bütünüyle sağlıklı olarak kabul edildiği önemle vurgulanmıştır (15).

DSÖ'nün 1948 yılında yaptığı tanımında sağlığı, yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, tinsel ve sosyal açıdan tam bir iyi olma durumu olarak belirtmiştir (28).

Günümüze gelindiğinde ise; sağlığın bütün fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerinin yanında her kişinin ailesi, çevresi ve toplum ile bütünü bir şekilde sağlıklı olması gerektiği üzerinde önemle durulmuştur (19). Bunun içindir ki DSÖ, 1985 yılında yaptığı sağlığın tanımını daha da genişleterek, kişinin ya da kişilerin ihtiyaçlarını ve isteklerini anlaması, karşılayabilmesi ve sağlığı belirli bir zaman dilimi içerisinde değil bütün yaşam süreci içinde çevresi ile beraber bir bütün olarak devam ettirebilmesi şeklinde yenilemiştir (28).

Sağlık, insanlığın var oluşundan itibaren üzerinde düşünülen evrensel bir kavramdır; kavramın tanımı kişiden kişiye ve toplumdan topluma değişebilmektedir (28). Bu nedenle biyolojik, sosyolojik ve psikolojik olarak farklı tanımları yapılabilmektedir (27).

- Biyolojik olarak sağlık, vücutta herhangi bir patolojinin olmaması durumu, her hücrenin en yüksek seviyede çalışması ve hücrelerin birbirleriyle tam bir uyum içinde olması olarak tanımlanmıştır (26,27,29).
- Sosyolojik olarak sağlık, kişinin çevresinin beklediği rol ve sorumlulukları yerine getirebilmesi olarak tanımlanmıştır (27,30).
- Psikolojik olarak sağlık, kişinin olumsuz herhangi bir durumla karşılaştığındaki duyguları ve başa çıkma yöntemleri ile karşılaşılan duruma uyum sağlayabilmesi olarak tanımlanmıştır (27,31).

Sağlık kavramı, hemşire kuramcılar tarafından da tanımlanmıştır. Florence Nightingale iyi olma durumu ve sahip olduğu gücü en iyi kullanabilme becerisi olarak, Virginia Henderson kişinin yardım almadan bağımsız bir şekilde kendi bakımını yapabilmesi olarak, Hildegard E. Peplau kişilik ve insan süreçlerin devamlılığı olarak, Lyda E. Hall kişinin olgunlaşması olarak, Martha E. Rogers kişinin potansiyelinin en üst düzeye çıkması olarak, Dorethea E. Orem ise fiziksel, mental ve sosyal iyiliğinin tam bir uyum içinde olması olarak tanımlamıştır (27,28,32,33,34).

Kılıç yaptığı çalışmasında Besson'a göre sağlığı, kişinin sadece kendisinin değil çevresiyle olan ilişkisini de içine alması olarak ifade etmiştir (15).

Kılıç yaptığı çalışmasında Sargent'in yaptığı tanımında sağlığı, kişinin çevre şartlarına ve olumsuzluklarına karşı gösterilen uyum sağlama kapasitesi olarak açıklamıştır. Bu uyum sağlama kapasitesi ile hastalık oluşum süreci arasında paralellik olduğu görüşü vardır (15).

Kılıç yaptığı çalışmasında Engel'e göre sağlığı, var olan bir durum ve organizmanın çevre ile uyum sağlama yeteneği, başarısı oranında kişinin sağlıklı olacağını ifade etmiştir (15).

Sağlık kavramı, objektif sağlık ve sübjektif sağlık olarak iki farklı boyutta incelenebilir.

- Objektif Sağlık: Hekim muayenesini, laboratuvar testlerini ve sonuçlarını temel olarak herhangi bir normal dışı verinin olmaması, sağlıklı olma durumudur (15,27).

- **Sübjektif Sağlık:** Kişinin kendisini, fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak nasıl anladığını ifade eder. Bu anlamda kişi, hasta olmadığı halde kendisini hasta gibi görebilir ya da tam tersi olarak hasta olduğu halde kendini sağlıklı görebilir (15,27).

DSÖ'nün son tanımı göz önüne alınarak bütüncül sağlık kavramı kapsamında kişinin fiziksel, zihinsel, tinsel ve sosyal boyutlarının birbiriyle etkileşim içinde olduğu, her kişinin birbirinden farklı; ama ailesi, çevresi ve toplumla bir bütün olduğu, sağlık ve hastalık kavramlarının ayrı düşünülmemeyeceği önemle vurgulanmıştır. Bütüncül sağlık anlayışı ile birlikte sağlığı koruma ve sağlığı geliştirme önemli bir yer kazanmıştır. Bununla birlikte; negatif, nötral ve pozitif sağlık tanımları ortaya çıkmış ve önem kazanmıştır (28).

- **Negatif Sağlık:** Tedavi ve rehabilitasyon gerektiren sağlık durumunu anlatmaktadır (25,28).
- **Nötral Sağlık:** Herhangi bir hastalık durumu olmaksızın, dengeli bir sağlık kavramını anlatmaktadır. Sağlığın devamını sağlamada ve hastalıktan korunmada amaç nötral sağlık durumunun devamını sağlamaktır (15,28).
- **Pozitif Sağlık:** Sağlığın geliştirilmesi, iyilik düzeyinin artırılması ve dengeli bir sağlık durumundan sonra ulaşılan yaşam kalitesini ve potansiyel sağlığı geliştiren sağlık davranışlarını anlatmaktadır (15,28,35).

2.2. Sağlığı Koruma ve Geliştirme

İnsanlar hasta olduklarında sağlık arayışı içine girmektedirler; ancak çağdaş halk sağlığı felsefesine göre asıl önemli olan kişinin hasta olmadan, henüz sağlıklı iken sağlıklarını korumaları ve geliştirmeleridir (36).

'Herkes İçin Sağlık' DSÖ ve bütün üye ülkeler tarafından 1977 yılında ana sosyal amaç olarak kabul görmüş, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ortak amaç olarak belirlenmiştir. Bu amaçlardan biri kişinin sağlığının korunması ve geliştirilmesine yardımcı olmak, kişinin sağlığını koruma ve geliştirmede kendi gücünü artırmak ve kişiye olanak sağlamaktır. Bu yeni sağlık kavramı, bütüncül bir sağlık sistemini yansıtmakta ve sağlığın dünya genelinde bütün insanlık hakkı olduğunu göstermektedir (37).

Sağlığı koruma ve geliştirme kavramları birbirlerinin yerine kullanılsa da aslında bu iki kavram birbirlerinden tamamen farklıdır (38).

Kocaakman yaptığı çalışmada “Brauker, sağlığı koruma ile sağlığı geliştirme kavramları arasındaki farklılıkları açıklamıştır. Açıklamalarında, koruma; herhangi bir şeyi saklama ve muhafaza etme anlamında, geliştirme ise; herhangi bir şeyi olgunlaştırma, en üst seviyeye çıkarma ve gerçekleştirme anlamında tanımlanmıştır. Sağlığın korunmasını dengeli ve sabit bir süreç olarak ele alırken, sağlığı geliştirmeyi hareketli bir süreç olarak ele almış ve bu iki kavramın birbirlerinin yerini alamayacağını; fakat birbirlerini tamamlayan iki süreç olduğunu açıklamıştır.” olarak ifade etmiştir (39).

2.2.1. Sağlığı Koruma

Sağlığı koruma; sağlığı olumsuz yönde etkileme olasılığı olan davranışları eyleme geçirmeme ve sakınma olarak tanımlanırken, sağlığı geliştirme ise; sağlığın olumlu yöne doğru gidişini hedefleyen hareketli bir süreç olarak tanımlanmaktadır (39).

Sağlığı koruma, ilk olarak 1953 yılında Leavell ve Clark tarafından tanımlanmıştır ve hastalıklardan koruyucu yaklaşımları birincil (primer), ikincil (sekonder), üçüncül (tersiyer) koruma olarak sınıflara ayırmışlardır. Gerald Coplan, 1960 yılında korumada sınıflandırılan üç düzeyi açıklamıştır. Bu üç düzey birincil (primer) koruma, ikincil (sekonder) koruma ve üçüncül (tersiyer) koruma olarak belirlenmiştir (28,39).

Birincil (Primer) Koruma: Sağlığın geliştirilmesi yönünde uygulamaları, koruyucu önlemleri içermektedir (39).

Hastalığın bilinen risk unsurlarının, kişiyi etkilemesini engelleme çabaları olarak açıklanmıştır. Günümüzde geçmişe baktığımız zaman daha çok bilginin olmasına rağmen, özellikle bazı hastalıkların gelişimine ilişkin tanı ve netliğin olmaması, risk unsurları ile karşılaşılmasını engellenmesi, hastalıklardan korunmada baş edilmesi zor bir yaklaşım olduğu görüşünü destekleyebilir (26).

Kişilerin, ailelerin ve toplumun olası hastalık, yetmezlik halinin önlenmesinde, koruma amaçlı bütün etkinliklerin birlikte düşünülmesi gerektiği önerilmektedir. Örneğin bağışıklama, vektör kontrolü, kanser oluşumunu yükselten unsurların kontrolü, dengeli beslenmenin sağlanması, genetik geçişli hastalıkların nesilden nesile geçişinin önlenmesi birincil koruma sınıflamasına girmektedir (26,39,40,41).

İkincil (Sekonder) Koruma: Kişilerin, ailelerin ve toplumun en yüksek seviyede sağlık korunmasını sağlayarak hastalıkların gelişmesini engeller ve hastalıkların semptom göstermeden önceki evresinde yapılan kontrolleri, taramaları erken tanısını ve tedavisini kapsamaktadır (42,43,44,).

İkincil koruma kapsamında tarama programlarının, hastalığın yeni oluşum döneminde tanılanmasını ya da hangi seviyesinde olduğunun belirlenmesini sağlayarak tedavi ve bakım girişimlerinin planlanması konusunda yönlendirici olduğu üzerinde durulmuştur. İkincil koruma aynı zamanda hastalıkların kronikleşmesini de engellemektedir (41).

Üçüncül (Tersiyer) Koruma: Kişinin yetersizliklerini en alt seviyede tutma ya da önleme ve yetersizlik durumunda da kişinin işlevsel düzeyini en üst seviye getirmeye yardımcı olma durumlarını kapsamaktadır (15,26).

Önlenememiş hastalık ve travmalar sonucu oluşmuş olan engellilik durumunda olan kişilerin bu engelleri yenerek kendilerini yeterli, üretken bir seviyeye çıkarmalarını ve topluma olan uyumlarını geliştirmelerini amaçlamaktadır (28).

2.2.2. Sağlık Geliştirme

Sağlığı geliştirme; sağlığa yönelik herhangi bir davranış ve yaşam durumu için; eğitim, ekonomik, örgütsel ve çevresel desteklerin birleşimi, kişilerin fiziksel, tinsel ve toplumsal açıdan en üst sağlık düzeyine ulaşmak için davranışlarını değiştirmeyi sağlayan yolları ve değişim sürecini etkileyen unsurları açıklayan bir süreç olarak tanımlanmıştır (10,39,41,45).

DSÖ, sağlığı geliştirmeyi; ‘insanların sağlıkları üzerinde kontrol gücüne sahip olmaları ve sağlıklarını geliştirmeyi amaçlayan bir süreç’ biçiminde tanımlamıştır (28,36,46).

Sağlığı geliştirme ile ilgili bir başka tanımda, ‘İnsanların, öz tutkuları ile optimal sağlıkları arasındaki sinerjiyi bulmalarına yardım etme, en üst düzey sağlığa ulaşma çabalarında isteklerini arttırma ve optimal sağlık düzeyine doğru hareket ettirmek için yaşam biçimlerini değiştirmede onları destekleme sanatı ve bilimi’ olarak ifade edilmiştir. Tanımda yer alan “optimal sağlık” kavramı, fiziksel, emosyonel, sosyal, spiritüel ve entelektüel sağlık boyutları arasındaki dinamik bir denge olarak açıklanmıştır. Fiziksel

boyutunda; egzersiz, beslenme, tıbbi öz bakım, madde kötüye kullanım kontrolü, emosyonel boyutunda; duygusal kriz bakımı, stres yönetimi, sosyal boyutunda; toplumlar, aileler, arkadaşlar, entelektüel boyutunda; eğitim, başarı, kariyer gelişimi spiritüel boyutunda; sevgi, umut, yardımseverlik kavramları yer almaktadır (45,47,48).

Kaymaz yaptığı çalışmasında 1980 yılında Shomonsky ve Clausen'ın sağlığı geliştirmeye ilgili yaptığı tanımını 'optimum sağlık ve kişisel gelişim, kişinin fiziksel ve emosyonel stres kaynaklarına dayanma kapasitesini arttırmak' olarak belirtmiştir (49).

Sağlığın geliştirilmesi, 1986 yılında Kanada Ottawa'da yapılan Birinci Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı sonrasında daha fazla kabul görmeye başlanmış, majör belirleyicileri ve insan sağlığını olumlu yönde geliştirmeyi inceleyen, modern halk sağlığının bir dalı haline gelmiştir. Konferansta yapılan tanıma göre; sağlığı geliştirme, insanların kendi sağlıkları üzerindeki denetimlerini yükseltebilme ve sağlık seviyelerini yükseltebilme süreci olarak belirtilmiştir (5,11,28,50).

Yapılan tanımlarda da gösterdiği üzere, sağlığı geliştirme de en temel amaç, kişilerin olumlu sağlık davranışları kazanması ve kazanılan davranışların devamlılığının sağlanmasıdır (28).

Kişilere sağlıklarını geliştirmeye yönelik davranışları kazandırmak adına çeşitli programlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu programlar kişilerin veya toplumun gereksinimi olan bilgi, beceri, hizmet ve desteği sağlayarak iyiliklerini ve sağlıklarını en üst seviyeye çıkarmak için oluşturulur. Sağlığı geliştiren programları 6 başlık altında toplamak mümkündür. Bu başlıklar;

- **Öz sorumluluk:** Kişinin sağlığını geliştirmesi için, gereksinim duyduğu davranışları ve yapması gerekenleri kapsamaktadır. Düzenli sağlık kontrolüne gidilmesi buna örnek verilebilir.
- **Beslenme:** Yeterli ve dengeli beslenmenin önemini kapsamaktadır. Üç ana, iki ara öğün yapılması buna örnek verilebilir.
- **Fiziksel kapasite:** Yeterli ve dengeli fiziksel aktivite yapmanın önemini kapsamaktadır. Düzenli spor yapılması buna örnek verilebilir.
- **Kendi çevresini kontrol etme:** Kişilerin kendilerine sağlıklı bir çevreyi nasıl sağlayabileceklerini ve bunun önemini kapsamaktadır.

- **Entelektüel kapasite:** Kişinin bilişsel anlamda yapabileceklerini anlamasını ve bunu hayata geçirmesini kapsamaktadır.
- **Stres yönetimi:** Kişinin stresle baş etme becerilerini geliştirmesini kapsamaktadır (28).

Sağlığı geliştirme programının etkili bir şekilde devamlılığını sağlamak için bir ya da birkaç farklı yaklaşımın beraber kullanılması gerekmektedir. Bu yaklaşımlar;

- **Tıbbi yaklaşım:** Bu modelde, erken tarama programları ve erken tanı yöntemleri ile hastalıkların oluşumuna engel olunmaya çalışılır. Örneğin; sigara içen kişilerde, sigara ile oluşabilecek hastalıkların tarama programları ile önlenmeye çalışılmasıdır.
- **Davranış değişikliği yaklaşımı:** Bu modelde, kişilere olumlu sağlık davranışı kazandırılmaya çalışılır. Örnek olarak ise; sigara içen kişilerin sigarayı bırakması verilebilir.
- **Eğitimsel yaklaşım:** Bu modelde, eğitim programları ile kişilere olumlu sağlık davranışı oluşturulmaya çalışılır. Örneğin; sigaranın zararlarına ilişkin eğitim programlarının düzenlenmesi.
- **Sosyal değişim yaklaşımı:** Bu modelde, sosyal yaptırımlar kullanılır. Örneğin; sigara içme ile ilgili kanunlar, kurallar, yasaklar ve cezaların düzenlenmesidir (28,44).

2.2.3. Sağlık Geliştirme Modelleri

Model, bir kavram ya da bir düşüncenin bilimsel olarak açıklanmasını ve uygulanma yollarını içermektedir (27).

Sağlığı koruma ve geliştirme kavramlarına açıklık getiren, gerçekliliği ve güvenilirliği yapılan birçok çalışmayla kanıtlanmış modeller arasında Sağlık İnanç Modeli (SİM) ve Sağlık Geliştirme Modeli (SGM) vardır (27,39).

2.2.3.1. Sağlık İnanç Modeli

SİM bilinen en eski sağlık eğitimi modellerindendir. Kişinin sağlığına ilişkin davranışları yapmaya ya da yapmamaya neyin güdülediğini anlamaya çalışan bir modeldir. 1950 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde halk sağlığı araştırmacıları

tarafından sağlık eğitiminin etkinliğini artırmak için geliştirilmiş, 1966 yılında Rosenstock ve 1975 yılında ise Becker ile Maiman tarafından tekrar revize edilmiş ve geliştirilmiştir (27,51).

Model, kişinin sağlık davranışını ve uyumluluğunu, inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi açıklar. Geçerlilik ve güvenilirliği çeşitli çalışmalarda kanıtlanmış ve kullanılmış olan model, kişinin hastalıktan korunmak adına yaptığı davranışlarının nasıl yönlendirdiğini ve nasıl etkilendiğini açıklamaya çalışır. Model kaynağını uyarı, cevap ve algısal davranış kuramlarından almaktadır (27,36).

Modelin 4 temel bileşeni vardır.

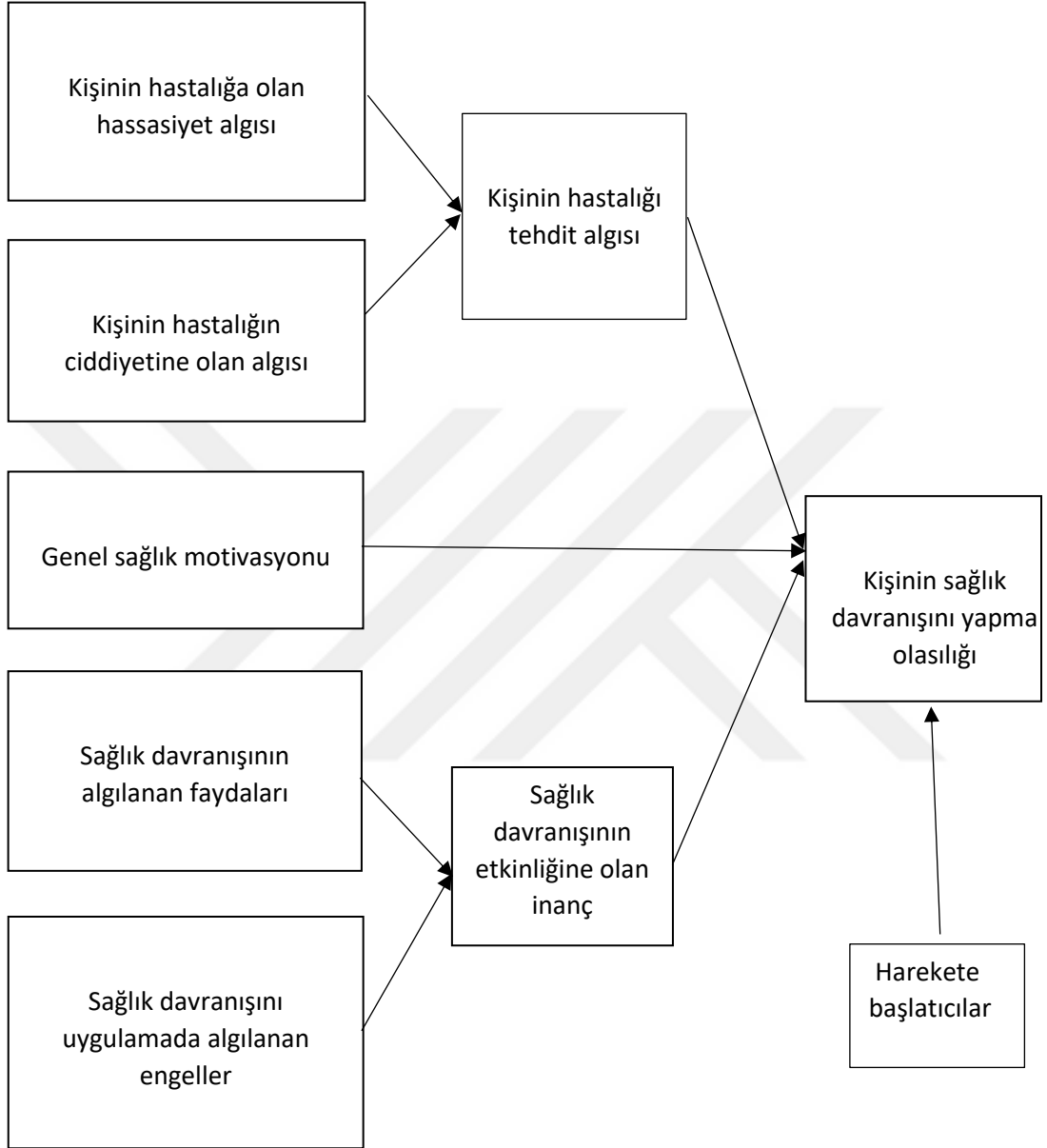
- Kişinin hastalığa olan hassasiyetini algılaması,
- Kişinin hastalığın ciddiyetini algılaması,
- Kişinin koruyucu olan davranışlarını, hastalıktan korunmada ya da hastalığın sertliğinin azaltılmasında fayda sağlayacağını algılaması,
- Kişinin nerilen koruyucu sağlık davranışının faydalarının fiziksel, ruhsal ve maddi boyutunu algılaması,

SİM, kişinin sağlığını koruyucu davranışlara neyin yönlendirdiğini, hastalıklardan korunmak adına sağlık taramaları yaptırması gerektiğini ve hastalıkları kontrol altında tutmak adına nasıl davranması gerektiğine ynlendiklerini açıklamak üzere birkaç bileşene ayrılır (52).

Conner ve Brkshire'in 2005 yılında yaptığı açıklamaya göre; sağlık inanç modelinin bileşenlerinin neler olması gerektiğine dair yapılan 46 kalitatif çalışmada; ciddiyet, yarar, duyarlılık ve engel algısının SİM'in en temel bileşenleri olduğu saptanmıştır (52).

Rohleder'in 2012 yılında yaptığı bildiriye göre ise; algılanan duyarlılık, ciddiyet, yarar, motivasyon, engel, tehdit, davranışın etkinliği ve eyleme geçme olasılığı olarak 8 adet SİM bileşeni açıklanmıştır (53).

Şekil 2.1.: Sağlık İnanç Modeli



Kaynak: 53'ten uyarlanmıştır.

2.2.3.2. Sağlığı Geliştirme Modeli

Sağlığı geliştirme alanındaki araştırma ve uygulamalara yol gösterecek olan model ilk kez 1982- 1984 yılları arasında Pender tarafından geliştirilmiştir. Model kaynağını Bandura'nın 'Sosyal Öğrenme Teori' sinden almaktadır. Model kişinin

sağlığını geliştiren davranışlarını etkileyen bilişsel süreçlerin önemini açıklamaya çalışmaktadır (21,27,28,38,50).

SGM, Pender ve arkadaşları tarafından 1996 yılında tekrar gözden geçirilerek yenilenmiştir. Modelin yenilenmiş halinde sağlığı değiştiren davranışları etkileyen bileşenler; ‘bireysel özellikler ve deneyimler’, ‘davranış-özel bilişsel süreçler’ ve ‘davranış sonuçları’ olarak açıklanmıştır (54).

SGM’nin amacı; yaşam tarzına bağlı olarak sağlığı geliştirme davranışlarının bileşenlerini açıklamak, kişinin deneyimlerini ve sağlık davranışına bağlı olan algılarını değiştirebilecek nedenleri değerlendirmek, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesinde ve anlaşılmasında sağlık profesyonellerine açıklama getirmek olarak belirtilmektedir. Sağlığı geliştirme modeline yönelik çalışmalar 27 yılı aşkın süredir devam etmektedir (55,56).

SGM, sağlığı koruma modelinin tamamlayıcısı olarak tanımlanmış olmakla birlikte, sağlığı geliştirici davranış etkileyen nedenleri, ilişkileri açıklamayı ve bu nedenle sağlığı ve kaliteli yaşamı artırmayı anlatmayı amaçlamıştır. Model, bilişsel nedenlere odaklanarak sağlığının yükseltilmesini ve sağlık davranışının iyileştirilmesini önemsemektedir (21,38,54,57).

2.3.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD)

İnsanların önceleri hastalananları iyileştirmeye çalıştıkları, daha sonraları ise hastalıktan korunma yollarını aradıkları görülmektedir. Bundan dolayıdır ki insanları hastalanmaktan koruyan ve sağlıklarını geliştirmeye yönelik birçok uygulama geliştirilmiştir. Geçmişten günümüze gelen bu uygulamaların hepsine birden ‘Sağlıklı Yaşam Biçimi’ denilmektedir (38,58).

Sağlık davranışı; kişinin sağlıklı olabilmesi için inandığı ve yaptığı eylemleri ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici yaptığı davranışlar bütünüdür (45,59).

Aksoy yaptığı çalışmasında Koal ve Cobb’a göre sağlık davranışını; iyi olduğuna inanan, hastalık belirtisi bulunmayan kişilerin sağlıklı hallerinin devamlılığı için yaptıkları davranış olarak nitelendirilmiştir. Gochman 1988 yılında yaptığı tanımında sağlık davranışını ise, sağlık seviyesinin korunması, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesi ile ilgili olan davranışların tamamı olarak nitelendirmiştir (28).

Sağlık davranışı, olumlu ve olumsuz sağlık davranışı olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Olumlu sağlık davranışı, kişilerin sağlığını ve çevresindeki insanların sağlığını korumak ve geliştirmek adına yapılan bilinçli davranış olarak tanımlanmaktadır. Örneğin düzenli uyumak, düzenli spor yapmak, yeterli ve dengeli beslenmek ve insanlarla olumlu etkileşimde bulunmak olumlu sağlık davranışlarıdır. Olumsuz sağlık davranışı ise; kişilerin sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilecek hareketlerde bulunması olarak tanımlanmaktadır. Sigara ve alkol kullanımı, sedanter yaşam, düzensiz yemek yeme alışkanlığı olumsuz sağlık davranışlarına örnek verilebilir (27,28).

Günümüzde kronik hastalıklara bağlı ölümlerin ilk sırayı aldığı bilinmektedir. Koroner kalp hastalığına bağlı ölümlerin tedavisinin ilerlemesine rağmen halen ölümlerin çok fazla olduğu görülmektedir. Beslenme şeklinin, sporun, stres yönetiminin kalp damar hastalıklarının engellenmesinde ve tedavi edilmesinde çok önemli yeri vardır. Sigara içimi ile ilgili davranış değişikliğinin ise yine kalp damar hastalıklarında ve akciğer kanserinde önemli bir yeri vardır. Yılda yaklaşık 12 milyon insan cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanmakta ve bu sayının %80'i 15-29 yaş arasındaki genç grupta görülmektedir. Bu bilgilerin ışığında yaşam kalitesinin ve süresinin kontrolü gençlik yıllarında seçilen yaşam biçimine bağlıdır (28,61).

Yapılan epidemiyolojik araştırmalarda, ölüme sebep olan hastalıkların yarısında sağlığa zarar veren davranışların varlığı, hastalıklardan korunmada ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli etkenin sağlıklı yaşam biçimi geliştirilmesinin önemini ortaya çıkarmaktadır (59).

Gochman yaptığı çalışmada; Walker ve arkadaşlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi faktörlerin etkili olduğunu açıkladıklarını belirtmiştir (60).

2.3.1. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu; kişinin sağlığını korumak ve hastalıkların oluşumunu engellemek için kendi tutum ve davranışlarını değiştirmesi olarak tanımlanmakta ve kişinin kendi sağlığını korumada ne kadar belirleyici olduğunu da göstermektedir. Kişilerin sağlık davranışlarının ve yaşam biçimlerinin sağlıklarını ne kadar etkilediğini görmesini ve olumsuz davranışlardan uzak durmasını sağlamaktadır (28,45).

Kişilerin sağlıkları ile ilgili 'öz sorumluluk' alması gerektiği ilk kez Alma-Ata bildirgesinde açıklanmıştır. Bildirgede 'Temel Sağlık Hizmeti' açıklanmıştır. Temel sağlık hizmetinin felsefesinde öz sorumluluğa yer verilmiş ve buna göre; 'Herkes kendi sağlığının değerini bilmeli ve kendinden sorumlu olmalıdır.' denilmiştir (38) .

DSÖ, '2000 yılına kadar herkes için sağlık' amacına ulaşabilmesi için kişilerin, ailelerin ve toplumun sağlık sorumluluğunu alması gerektiği, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi için kişilerin cesaretlendirilmesi gerektiğini açıklamıştır (38).

Kişilerin sağlıklarıyla ilgili sorumluluk duyabilmeleri için sağlıklı yaşam biçimini benimsemeleri gerekmektedir. Kişinin içsel denetimleri, sağlığı üzerinde olan sağlık sorumluluk seviyesini belirlemektedir.

Kişinin sağlığına yönelik alabileceği sorumluluk seviyesi;

- Bedenini ve kendini tanıması, sağlığı ile ilgili değişiklikler ve sapmalar olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna müracaat etmesi,
- Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklığına ve düzenine özen göstermesi,
- Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi,
- Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi,
- Sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi,
- Sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması,
- Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi ile belirlenir (38,63).

2.3.2. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, soluk alıp verme hızını, derinliğini ve kalp atış hızını belirli oranda artıran enerji tüketimi ile sonuçlanan bedenin hareketleri olup, büyük kas gruplarının belli bir düzeyde hareket ettirilmesi, kas performansının geliştirilmesi ve kardiyovasküler sistemin direncinin artırılması olarak tanımlanmıştır (21,45,64).

Egzersiz ise fiziksel aktivitenin alt sınıfı olarak kabul edilmekle birlikte fiziksel uygunluğun birkaç unsurunu geliştirmeyi amaçlayan planlı ve sürekli aktiviteler olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel uygunluk ise günlük işleri yorgunluk duymaksızın

yapabilmek, boş zamanları neşeli uğraşlarla geçirebilmek için gerekli enerjiye ve yeterliliğe sahip olmak olarak tanımlanmaktadır (65,66).

Fiziksel aktivite, insan işlevlerinin en önemli öğelerindendir. İlk çağlarda insanların besin bulmaları için yürümeleri, saldırılardan uzaklaşmaları için kaçmaları gerekiyordu. Yerleşik yaşama geçilmesiyle birlikte bu aktiviteler azalmaya başladı ve 21. yüzyılın başında gelişen teknolojiyle birlikte insanların fiziksel aktiviteleri daha da azalmaya başladı. Buna bağlı olarak ise dünyanın birçok yerinde fiziksel aktivitenin az olmasına bağlı hastalıklarda artmalar gözlemlendi (38).

Fiziksel aktivitenin genel sağlığı uzun yıllar korumak, sürdürmek ve geliştirmek için birçok olumlu etkisi vardır. Bu etkiler;

- Kas kuvvetini ve eklem hareketliliğini artırması,
- Lökomotor sistemin hastalıklarını önlemesi ve tedavi etmesi,
- Vücut yağ oranını azaltması ve kilo kontrolüne yardımcı olması,
- Kan basıncını düşürmesi,
- İnsülin hassasiyetini artırması ve kan şekerini düşürmesi,
- Serum LDL kolesterol düzeyini düşürmesi,
- Serum HDL kolesterol düzenini artırması,
- Bazı kanser türlerinin önlenmesine yardım etmesi,
- Stresi azaltması,
- Kardiyovasküler işlev durumunu ve performansı iyileştirmesi,
- Osteoporozu önlemesi, hareketsiz yaşayan kişilere göre yaşam beklentisini artırır (21,64,67,68).

2.3.3. Beslenme

Beslenme, insanın fizyolojik olarak büyümesini, gelişmesini, verimli olarak uzun süre yaşamak için gerekli olan enerjiyi ve besin öğelerinin besleyici değerini kaybetmeden, en az maliyetli olacak şekilde vücuda alınması ve kullanılması olarak tanımlanmıştır (28,69,70).

Günlük olarak insan vücuduna alınan besinler, 6 temel besin öğesinden oluşmaktadır. Bu 6 temel besin öğeleri; su, karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve minerallerdir. Su organizmanın yaşamını sağlayan ve devamını sağlayan ana besin

kaynağıdır. Karbonhidratlar, yağlar, proteinler ise organizmanın canlılığını sürdürebilmesi için gerekli enerjiyi sağlayan kaynaklardır. Vitamin ve mineraller ise organizmanın biyokimyasal olaylarının sürdürülmesinde etkin rol oynayan önemli kaynaklardır (28,67).

Sağlıklı beslenme, yeterli ve dengeli beslenme düzeni, çeşitli gıdaların tüketilmesi ve sağlığa zararlı olan besinlerden kaçınma olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı beslenmede, günlük alınan besinlerin kalori bakımından yeterli olması, yağ, kolesterol ve rafine şeker oranının düşük olması, kompleks karbonhidratlar, mineraller ve vitaminler bakımından zengin olması önerilmektedir (15,21,71).

Sağlıklı Beslenmede;

- Öğünlerin atlanmaması,
- Günlük beslenmenin üç ana iki ara öğün olarak düzenlenmesi,
- Besinlerin yavaş tüketilmesi ve iyi çiğnenmesi,
- Günlük alınan yağ miktarının azaltılması ve yağlı besinlerden kaçınılması,
- Günlük kullanılan şeker miktarının düşürülmesi,
- Günlük kullanılan tuz miktarının düşürülmesi,
- Posalı besinlerin günlük alınan miktarlarının artırılması,
- Mutlaka her sabah düzenli bir şekilde kahvaltı yapılması önerilmektedir (21).

Sağlığın devamlılığı, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi için beslenme en önemli etkenlerden birisidir. Vücuda alınan besinlerle hastalıkların oluşması ya da kişinin kendini daha iyi hissetmesi arasında önemli bir bağ vardır. Sağlıksız beslenme ile şişmanlık, hipertansiyon, ateroskleroz, diyabet, osteoporoz, kanser ve diş çürükleri yaygın olarak görülmektedir. Bu nedenle sağlığın devamı ve gelişimi için yeterli ve dengeli beslenilmesi ve bu davranışın kazanılması çok önemlidir (21,27,72,73).

Yapılan epidemiyolojik araştırmalarda, kolesterol ve yağdan düşük besinlerle yapılan beslenmenin koroner kalp hastalıkları, artero skleroz ve trombüs veya emboli riskini oldukça düşürdüğü, özellikle doymamış yağ asitlerini içeren bitkisel sıvı yağlarında ve tereyağında bulunan yağ asitleri LDL'nin (düşük yoğunlukta lipoprotein), kan kolesterol seviyesinin düşmesinde önemli bir rol aldığı ifade edilmektedir (74).

Geçmişten günümüze doğru gelindiğinde ise yaşam biçimi ve beslenme alışkanlıklarında büyük değişiklikler görülmektedir. Günümüzde teknolojik yenilikler ve yaşam koşullarındaki gelişmeler nedeniyle insanlar daha az hareket etmekte ve buna bağlı daha az enerji harcamaktadırlar. Hazır besin tüketimi, aşırı yemek yeme saf besin ve yağ tüketimi artmıştır. İnsan bedeninin fiziksel yapısının değişmesine, boya uygun olan beden ağırlığının artmasına yani şişmanlığa neden olmuştur (71,75).

2.3.4. Manevi Gelişim

Sağlık, insanın bütün boyutlarıyla ilgili genel bir kavramdır. Bu boyutlar arasında fiziksel, sosyal, tinsel ve duygusal durumları yer almaktadır. Kişinin ruhsal inançlarının, sağlığı, fiziksel iyileşmeyi olumlu yönde etkilediği bilinen bir gerçektir. Kişinin fiziksel sağlığının yanında, manevi yanının da olması kendini gerçekleştirebilme potansiyelini artırır ve bunun sonucu olarak sağlığın gelişimini destekler. Kendini gerçekleştirme, insanın davranışlarına yön veren ana güdüdür. Kendini gerçekleştirmiş kişi, kendini tanır, güçlü ve zayıf yönlerini iyi bilir, belli bir hedefe yaşamını yönlendirir. Bu nedenle manevi gelişim ve beraberinde getirdiği kendini gerçekleştirebilme, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılmasında ve uygulanmasında çok önemlidir (21,28,67).

Manevi gelişim, kişinin kendisinin ve var olmasının üstünde bir kuvvet olarak tanımlanmaktadır. Farklı bir tanımda ise; kişinin fiziksel ve psikolojik boyutlarını kapsayan kişisel farkındalık olduğu ifade edilmiştir.

Manevi gelişimin, kişinin sağlık ve hastalık davranışlarını sorgulamasında, değişimlere olan uyumunda, oluşabilecek sorunlarla baş edebilme yeteneği kazanmasında, sağlığına kavuşabilmek için kendinde iyileşme gücü ve umudu bulmasında olumlu etkisi olduğu bilinen bir gerçektir (50,76,77).

2.3.5. Kişiler Arası İlişkiler

Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde yapılan tanıma göre ilişki; iki şey arasındaki karşılıklı olan ilgi olarak ifade edilmektedir. Sağlık bakımından ele alındığında ise; ilişki kavramı kişinin hasta ise iyileşmesini, hasta değil ise sağlığının sürekliliğini ve gelişimini sağlamak için, aktif, faydalı, yapıcı eylemler bütünü olarak tanımlanabilmektedir (50,78).

Kişilerarası ilişkiler, kişilerin birbirleriyle olan ilişkileri sonucunda sağlığın geliştirilmesinde önemli bir yere sahip olgu olarak ifade edilmektedir. Kişilerarası destek

ilişkinin kalitesine, ilişkinin devamlılığına ve ilişkinin boyutuna bağlıdır. Chen kişilerarası ilişki desteğini; kişilerin arkadaşları ile zaman geçirmek, anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurmak, başkalarına karşı sevgisini ifade edebilmek, kendine yakın kişilere dokunabilmek ve onların kendisine dokunmasından hoşlanmak, kişisel sorunlarını anlatabilmek ve paylaşabilmek olarak nitelendirmiştir. Kişilerarası ilişkide etkin bir iletişim çok önemli bir yere sahiptir (21,45,79,80).

İletişim; kişinin kendini, duygu ve düşüncelerinin yanında ihtiyaç duyduğu gereksinimlerini de anlatma ve karşı taraftaki kişiyi anlama yolu olarak belirtilmektedir. İletişimin en az iki kişi arasında kurulan bir bağ olduğu ve bu bağın karşılıklı birbirine değer verme, saygı duyma ve destek olma ile gelişebileceği kaynaklar tarafından ifade edilmektedir (15).

Kişiler arası ilişkinin sağlıklı bir şekilde ilerletilebilmesi için rol alan faktörler;

- Algılama
- Değerler
- Kültür
- Duygular
- Sosyal konum olarak sıralanmaktadır (15).

Kişiler arası ilişkilere örnek olarak, karı-koca etkileşimi, öğrenci-öğretmen etkileşimi, çocuğun annesi ve babasıyla olan etkileşimi, meslektaşlar arasındaki etkileşimler, akrabalar, arkadaşlar, duygusal ilişkiler verilebilir. Kişiler arası ilişkiler bütün hayatımız boyunca başarıya ulaşmamızda ve mutlu olabilmemizde etkili ve önemlidir (51,78).

Kişilerarası ilişkinin gelişim aşamaları, 5 evre modeli ile açıklanabilir. Her ilişkide bu 5 evre yaşanmayabilir.

- Temas: Kişi görülür, işitilir ve koklanır. İletişime geçilen ilk 4 dakika içinde ilişkinin sürekliliği için karar verilen evredir.
- Bağlanma: İlişkide karşı tarafı tanıma evresi olarak ifade edilir. Kişilerin kendilerini karşı tarafa açması ile yakın arkadaşlık ya da romantik bir ilişki kurulur.

- Mahremiyet: İlişkinin ilerleme evresi olarak kabul görür ve bu evrede en iyi arkadaş ve sevgili olunabilir.
- Bozulma: İlişki bu evrede artık ilerlemeyi bırakıp gerilemeye başlar.
- Ayrılma: İlişkinin bu evresinde bağlar kopar (45,47).

Kişiler arası ilişkilerde, güvene dayalı karşılık beklemeyen bir tavırla destek veren kişiler iletişimin üst seviyede olmasına yardımcı bulunurlar. İletişimde destek verici olan kişiler karşı tarafın herhangi problem karşısında baş etme becerilerinin artmasına yardımcı olmaktadır (28,81,82).

2.3.6. Stres Yönetimi

Stres en sade haliyle aşırı baskıya verilen tepki olarak ifade edilmektedir. Bir başka anlatımda ise, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması sonucunda oluşan durum olarak tanımlanmaktadır. Stresin sağlık davranışlarında yarattığı olumlu yönde olan değişimlerle birlikte sağlığı artırmaya yönelik bir etkisi vardır (4,15,44).

Stres belirtileri arasında fiziksel, duygusal, zihinsel ve davranışsal belirtiler yer almaktadır.

- **Fiziksel belirtiler:** Kalp atım sayısının artması, kan basıncının yükselmesi, nefes almakta güçlük, çarpıntı, baş ağrısı, terlemeler, mide ve bağırsak bozukluğu, mide krampları, seslere duyarlılık, uykusuzluk, düzensiz uyku, ellerde ve bacaklarda titreme, kas ve eklem ağrıları örnek verilebilir.
- **Duygusal belirtiler:** Sıkıntı, gerginlik, huzursuzluk, durgunlaşma, kayıtsızlık, öfke, sinirlilik, kaygı, kızgınlık, endişe, karamsarlık, kızgınlık örnek verilebilir.
- **Zihinsel belirtiler:** Unutkanlık, dikkati toplamada güçlük, karar verememe, düzenli olamama, ilgi azalması, azalan yaratıcılık, işlem hatalarında artış, zihinsel durgunluk, olumsuz düşünceler örnek verilebilir.
- **Davranışsal belirtiler:** İştahta azalma ya da artma, çok konuşma, sigara ve alkol kullanımında artış, olumsuz bir durum karşısında durum gerçekleşmemiş gibi davranma, problemleri kabul etme ve çözüm yolu geliştirme örnek olarak verilebilir (83).

Stres yönetimi, oluşan gerilimin azaltılmasında ve kontrol altına alınmasında kişinin fizyolojik ve psikolojik kaynakları ön görmesi ve bu kaynakları stres anında kullanabilmesi olarak belirtilmektedir (51).

Kişi stres altına girmeden daha önce verebildiği kararları stres altına girdiğinde ise; verebilmekte zorluk çekebilmekte ve kendini değersiz, yetersiz, güvensiz ve terk edilmiş hissedebilmektedir. Stres altındaki kişi bir durum karşısında oluşabilecek en iyi sonucu değil, en garanti sonucu kabullenmeye yönelirler. Bu kişilerde sigara ve alkol kullanımı ve yönelimi artmaktadır. Stres yaşanan anlarda kişiler kendi hatalarını devamlı düşünmektedirler (4).

Kişinin stres karşısında gösterdiği bir uyum eğilimi var olmakta ve stres yaşandığı anda uyum gösterme süreci başlamaktadır. Uyum, oluşan strese karşı iç dengenin devamlılığını sağlayan fizyolojik-biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel bir süreç olarak tanımlanır (44).

Kişilerin strese karşı uyumlarının olduğu her seviyede kişisel farklılıkların olduğunu unutmamak gerekir (44).

Strese karşı oluşacak olan uyum sürecinde, strese karşı verilen tepkiler yeterli ya da uygun olmayabilir, kişinin etkilere karşı olan tepkisi azalabilir veya artabilir (4).

Strese karşı somut amaçların belirlenmesi, stresle baş etme becerilerini bilmek ve davranışa dökmek önemlidir. Stres ile baş etme becerileri, kişideki stresin azaltılması ve denetim altına alınmasını amaçlamaktadır. Stres ile baş etme becerileri sağlıklı yaşam biçimi, eğitim, gevşeme yöntemleri ve sosyal destek ile geliştirilebilir (4).

2.4. Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)'nin yaptığı tanıma göre hemşirelik; kişinin, ailesinin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme sürecine katılan profesyonel meslek grubu olarak nitelendirmiştir (32).

Türk Hemşireler Derneği (THD)'nin yaptığı tanıma göre ise hemşirelik; "kişinin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi,

uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir” (32).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA); ameliyathane hemşireliğini, ameliyat veya invaziv girişim sebebiyle potansiyel koruyucu refleksleri ve kendine bakım gücü tehlikeye giren hastaların tanılanmış olan psikolojik, fizyolojik, sosyo-kültürel ve spiritüel ihtiyaçlarını gidermek üzere hemşirelik sürecini de kullanarak bakımı belirleyip, bakımını veren, koordine eden profesyonel hemşire olarak tanımlamaktadır (84).

Ameliyathane hemşiresinin ilk sorumluluğu hastaya aittir. Cerrahi operasyon boyunca hastaya verdiği bakımın yapısından ve kalitesinden yasal olarak sorumludur. Ameliyathane hemşireleri, cerrahi operasyonun öncesi, sırası ve sonrasında hastanın güvenliğinden öncelikli olarak sorumlu kişidir. Hastanın güvenliği, hastanın ameliyathaneye girişinden ameliyathaneden çıkışına kadar ameliyathane hemşiresinin sorumluluğu altındadır (84,85).

Yoğun bakım hemşiresi, yaşamı tehdit edici sağlık sorunları olan hastalarda, hastalık tanılmasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, nitelikli ve ileri düzey yoğun bakım ve tedavi girişimlerini uygulamak, hasta ve yakınlarıyla terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimlerini uygulamakla görevli sağlık ekibinin bir üyesi olarak tanımlanabilmektedir (86).

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin yapılan tanımlarda da belirtildiği üzere diğer tüm hemşirelik alanlarında çalışan hemşirelerin görev ve sorumluluklarının yanında çok daha özellikli görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Ameliyathaneler ve yoğun bakımlar; hasta bağımlılığının en üst düzeyde yaşandığı, bilimsel ve teknolojik değişimlerin hızla gerçekleştiği, bilgi, beceri ve yeteneklerinin eksikliğini kabul edilmeyeceği çalışma alanlarıdır. Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin çalışma alanlarına uyum gösterebilmeleri ise sağlıklı olması ve sağlık davranışını uygulamasıyla gerçekleşebilmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip ameliyathane ve yoğun hemşirelerinin, bakımı altındaki hastalara daha nitelikli bir hizmet sunacağı ve yaptıkları bakımdan doyum alacakları ifade edilmektedir (15,87).

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde hemşirelerin çalışma hayatlarında karşılaştığı olduğu olumsuz etmenler, iş verimini, ruhsal, bedensel ve sosyal sağlığını etkilemektedir. Bu etmenler hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını da

etkileyebilmektedir. Ameliyathaneler ve yoğun bakımlar hastanelerin bu olumsuzlukların görüldüğü en riskli çalışma alanlarındandır. Ameliyathanelerdeki ve yoğun bakımlardaki hemşirelerin sağlığını olumsuz etkileyebilecek risk faktörlerini şöyle sıralamak mümkün olabilmektedir (15,86).

- Delici- kesici alet yaralanmaları,
- Kimyasal maddeler,
- Anestezik gazlar,
- Radyasyon,
- Lateks alerjisi,
- Stres ve aşırı yorgunluk,
- Öğünleri zamanında gerçekleştirilememesi,
- Havalandırma ve aydınlanma yetersizliği,
- Gürültü,
- Kas-iskelet sistemi bozuklukları,
- Enfeksiyon riski

Belirtilen bu risk faktörleri ile birlikte ameliyathanelerde ve yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin sağlıklarının olumsuz yönde etkilenmemesi adına sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmelerinin daha da önemli olduğu ifade edilmektedir (88,89,90).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Araştırma, ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışları etkileyen değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

Ameliyathane ve yoğun bakımda çalışan hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları ne kadardır?

Ameliyathane ve yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının etkilendiği değişkenler nelerdir?

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşireleri arasındaki sağlıklı yaşam biçimi davranışları farklılıkları nelerdir?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi ameliyathaneleri ve yoğun bakım üniteleri ve aynı hastaneye bağlı olan 29 Mayıs Ek Binasındaki ameliyathaneleri ve yoğun bakım ünitelerinde 22 Şubat 2018 ve 22 Mart 2018 tarihleri arasında yazılı izin alınarak yürütüldü.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma evrenini Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı 29 Mayıs Ek Binası ameliyathaneleri ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan 151 hemşire oluşturdu. Araştırma örneklemini ise gönüllülük esasına bağlı kalarak araştırmaya katılmayı kabul eden, yıllık izin ve doğum izninde olmayan 65 ameliyathane ve 72 yoğun bakım hemşiresi dahil edildi. Araştırmada kullanılan 'Gönüllü Bilgilendirme Formu' EK-1'de sunulmuştur.

3.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırmada iki bölümden oluşan anket formu kullanıldı. Birinci bölümünde sosyo-demografik özellikler, çalışma ortamı ve çalışma şekli, yoğun bakım hemşiresi ile ilgili özellikler, ameliyathane hemşiresi ile özellikler, genel sağlık durumuna ilişkin soruların yer aldığı “Veri Toplama Anket Formu’u” yer aldı. İkinci bölümünde ise **Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)** kullanıldı.

Veri Toplama Anket Formu;

Veri toplama formu toplamda 30 sorudan oluşmaktadır. Formda sosyo-demografik özellikler (1,2,3,4,5,6,7,8), çalışma ortamı ve çalışma şekli (9,10,11,12,13,14), yoğun bakım hemşiresi ile ilgili özellikler (15,16,17,18), ameliyathane hemşiresi ile özellikler (19,20,21,22,23), genel sağlık durumuna ilişkin sorular (24,25,26,27,28,29,30) yer aldı. Araştırmada kullanılan “Veri toplama Anket Formu” EK-2’de sunulmuştur.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ)’nin, ilk versiyonu 1987 yılında Walker, Sechnist ve Pender tarafından geliştirilmiş olup, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçen bir ölçektir. Ölçeğin Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Esin (1997) tarafından yapılmıştır. Ölçekte toplam 48 ifade yer almaktadır. Ölçek 1996 yılında tekrar çalışılarak revize edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmıştır (28,62)

Walker ve Hill-Polerecky tarafından geliştirilen SYBDÖ II, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmektedir. Ölçek, elli iki madde ve altı alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0,94 olup altı alt faktör için bu değer 0,79-0,87 arasında değişmektedir. Ölçeğin üç hafta ara ile test tekrar test yapılarak güvenilirlik katsayısı 0,89 olarak saptanmıştır. Ölçek 4’lü likert şeklinde “hiçbir zaman=1”, “bazen=2”, “sık sık=3”, “düzenli olarak=4” olmak üzere derecelendirilmektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 52, en yüksek toplam puan

208'dir. Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir (28,63).

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Türkiye'de Bahar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği, iç tutarlık katsayısı, madde toplam korelasyonu ve test-tekrar test ile belirlenmiştir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0,92'dir ve yüksek güvenilirlik seviyesine sahiptir. Ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları ise; Sağlık Sorumluluğu ,77, Fiziksel Aktivite ,79, Beslenme ,68, Manevi Gelişim ,79, Kişilerarası İlişkiler ,80, Stres Yönetimi ,64 olarak saptanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliği ise açımlayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi ile değerlendirilmiştir. Bahar ve arkadaşlarının Türkçe'ye uyarladığı ve araştırmamıza da kullandığımız "SYBDÖ II" EK-3'te sunulmuştur (28,62).

'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' Alt Boyutları

•**Manevi Gelişim:** Bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini değerlendiren alt grubudur. Manevi gelişim alt boyutu 9 sorudan oluşmaktadır ve soru sıralaması şöyledir; 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52.

•**Sağlık Sorumluluğu:** Bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını değerlendiren alt grubudur. Sağlık sorumluluğu alt boyutu 9 sorudan oluşmaktadır ve soru sıralaması şöyledir; 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51.

•**Fiziksel Aktivite:** Sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını değerlendiren alt grubudur. Fiziksel aktivite 8 sorudan oluşmaktadır ve soru sıralaması şöyledir; 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46.

• **Beslenme:** Bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimini değerlendiren alt grubudur. Beslenme 9 sorudan oluşmaktadır ve soru sıralaması şöyledir; 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50.

• **Kişilerarası İlişkiler:** Bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini değerlendiren alt grubudur. Kişiler arası ilişkiler 9 sorudan oluşmaktadır ve soru sıralaması şöyledir; 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49.

• **Stres Yönetimi:** Bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını değerlendiren alt grubudur. Stres yönetimi 8 sorudan oluşmaktadır ve soru sıralaması şöyledir; 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47.

3.6. Araştırmanın Verilerinin Toplanması

Verilerin toplanmasına 22 Şubat 2018- 22 Mart 2018 tarihleri arasında araştırma kapsamına alınan Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve aynı hastaneye bağlı 29 Mayıs Ek Binası ameliyathaneleri ve yoğun bakım ünitelerinde çalışmakta olan hemşirelere Veri toplama anket formu ve SYBDÖ II araştırmacının kendisi tarafından; araştırmanın amacı, bilgilerinin gizli kalacağı, doğru veya yanlış cevap olmadığı açıklanarak ve gönüllülük esasına bağlı kalarak uygulandı. Veri toplama anket formu ve SYBDÖ II doldurulmasıyla ilgili bilgiler verildi. Veri toplama süreci araştırmaya katılmayı kabul eden her hemşire için yaklaşık olarak 10-15 dakika sürdü.

3.7. Araştırmanın Verilerinin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20 programından yararlanıldı. Kantitatif verilerin analizi için normal dağılıma uygunluğu kolmogrov simirnov testi ile incelenmiş olup; normal dağılım gösteren değişkenlerin analizinde parametrik yöntemler, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin analizinde nonparametric yöntemler kullanılmıştır. Bağımsız grupların gruplar arası karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Kantitatif veriler tablolarda ortalama \pm std değerler şeklinde ifade edilmiştir. Kategorik veriler ise n (frekans) ve yüzdelere (%) ifade edilmiştir. Veriler %95 güven düzeyinde incelenmiş olup p değeri 0,05' ten küçük ise anlamlı kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Okan Üniversitesi Etik Kurulu ve Haseki Eğitim ve Araştırma Hastane ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alındı. Araştırmaya başlamadan önce örneklem grubuna alınan sağlık çalışanlarına, araştırmanın amacı ve araştırmaya gönüllü olmaları halinde katılacakları ve elde edilen bilgilerin sonuçlarının kimlik bilgileri gizli tutularak yayınlanabileceği anlatılarak sözlü ve yazılı izinleri alındı. Araştırmada SYBDÖ II kullanılabilmesi için Prof. Dr. Zuhar Bahar'dan izin alındı. Okan

Üniversitesi Etik Kurul Onayı EK-4'te, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi EK-5'te ve İl Sağlık Müdürlüğü yazılı izni EK-6'da, ölçek izni EK-7'de sunulmuştur.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve aynı hastaneye bağlı 29 Mayıs Ek Binası ameliyathaneleri ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere yapılması araştırmanın sınırlılığıdır.



4. BULGULAR

Bulgular bölümünde, araştırmaya konu olan problemin çözümü için, araştırmaya katılan ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinden “SYBDÖ II” ve “Veri Toplama Anket Formu” ile elde ettiğimiz verilerin istatistiksel analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara göre açıklamalar ve yorumlamalar yapılmıştır.

Tablo 4.1. Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Ameliyathane		Yoğun Bakım		p	X ²
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Yaş						
18-25 yaş	14	21,5	39	54,2	<0,000	0,000
25-35 yaş	23	35,4	20	27,8		
36-45 yaş	22	33,8	13	18,1		
46 ve üstü yaş	6	9,2	-	0,0		
Cinsiyet						
Kadın	56	86,2	61	84,7	0,814	0,813
Erkek	9	13,8	11	15,3		
Medeni durumu						
Evli	33	50,8	22	30,6	<0,016	0,016
Bekar	32	49,2	50	69,4		
Çocuk sahibi olup olmama durumu						
Evet	33	50,8	12	16,7	<0,000	0,000
Hayır	32	49,2	60	83,3		
Çocuk sayısı						
1 çocuk	10	30,3	8	66,7	<0,000	0,000
2 ve üstü çocuk	23	69,7	4	33,3		
Yaşantısının büyük çoğunluğu geçirdiği yerleşim bölgesi						
Köy	2	3,1	4	5,6		

İlçe	7	10,8	9	12,5	0,151	0,399
Şehir	17	26,2	26	36,1		
Büyükşehir	39	60,0	33	45,8		
Aile tipi						
Çekirdek aile	60	92,3	62	86,1	0,160	0,305
Geniş aile	5	7,7	8	11,1		
Parçalanmış aile	-	0,0	2	2,8		
Öğrenim durumu						
Sağlık meslek lisesi	6	9,2	14	19,4	0,945	0,002
Ön lisans	17	26,2	3	4,2		
Lisans	34	52,3	48	66,7		
Yüksek lisans	8	12,3	7	9,7		

Tablo 4.1.'de araştırmaya katılan ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin sosyo-demografik verileri yer almaktadır.

Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin 14'ünün (% 21,5) 18-25, 23'ünün (% 35,4) 26-35, 22'sinin (% 33,8) 36-45 ve 6'sının (% 9,2) 46 ve üstü yaş aralığında olduğu görüldü. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin 39'unun (% 54,2) 18-25, 20'sinin (% 27,8) 26-35, 13'ünün (% 18,1) 36-45 yaş aralığında olduğu, 46 ve üstü yaş grubunda ise hemşire olmadığı görüldü.

Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin 56'sının (% 86,2) kadın, 9'unun (% 13,8) erkek olduğu görüldü. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin 61'inin (% 84,7) kadın, 11'inin (% 15,3) erkek olduğu görüldü.

Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin 33'ünün (% 50,8) evli, 32'sinin (% 49,2) bekar olduğu görüldü. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin 22'sinin (% 30,6) evli, 50'sinin (% 69,4) bekar olduğu görüldü.

Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin 33'ünün (% 50,8) çocuk sahibi olduğu, 32'sinin (% 49,2) çocuk sahibi olmadığı görüldü. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin 12'sinin (% 16,7) çocuk sahibi olduğu, 60'ının (% 83,3) çocuk sahibi olmadığı görüldü.

Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin çocuk sahibi olanlarının 10'unun (% 10,3) 1, 23'ünün (% 69,7) 2 ve üstü çocuk sahibi olduğu görüldü. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin 8'inin (% 66,7) 1, 4'ünün (% 33,3) 2 ve üstü çocuk sahibi olduğu görüldü.

Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin 2'sinin (% 3,1) yaşantısının büyük çoğunluğunu köyde, 7'sinin (% 10,8) ilçede, 17'sinin (% 26,2) şehirde, 39'unun (% 60,0) büyükşehirde geçirdiği görüldü. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin 4'ünün (% 5,6) köyde, 9'unun (% 12,5) ilçede, 26'sının (% 36,1) şehirde, 33'ünün (%45,8) büyükşehirde yaşadığı görüldü.

Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin 60'ınının (% 92,3) ailesinin çekirdek, 5'inin (% 7,7) geniş aile tipine sahip olduğu görüldü. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin 62'sinin (% 86,1) ailesinin çekirdek, 8'inin (% 11,1) geniş aile, 2'sinin (%2,8) parçalanmış aile tipine sahip olduğu görüldü.

Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin 6'sının (% 9,2) sağlık meslek lisesi, 17'sinin (% 26,2) ön lisans, 34'ünün (% 52,3) lisans, 8'inin (% 12,3) yüksek lisans mezunu olduğu görüldü. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin 14'ünün (% 19,4) sağlık meslek lisesi, 3'ünün (% 4,2) ön lisans, 48'inin (% 66,7) lisans, 7'sinin (% 9,7) yüksek lisans mezunu olduğu görüldü.

Araştırmaya katılan ameliyathane ve yoğun bakım hemşireleri arasında, yaş medeni durum, çocuk sahibi olup olmama durumu, çocuk sayısı değişkenleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.2. Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Mevcut Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı

Mevcut Çalışma Durumu	Ameliyathane		Yoğun Bakım		p	X ²
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Toplam Çalışma süresi						
1-3yıl	27	41,5	44	61,1	<0,021	0,008
4-6 yıl	14	21,5	9	12,5		
7-10 yıl	3	4,6	9	12,5		
10 ve üstü yıl	21	32,4	10	13,9		
Çalışma ortamından memnun olup olmaması durumu						
Evet	43	66,2	52	72,2	0,445	0,442
Hayır	22	33,8	20	27,8		
Haftalık çalışma süresi						
40-45 saat	59	90,8	18	25,0	<0,000	0,000
45 ve üstü saat	6	9,2	54	75,0		
Çalışma şekliniz						
Gündüz	34	52,3	12	16,7	<0,000	0,000
Gece - Gündüz	31	47,7	60	83,3		
Ayda tuttuğu nöbet sayısı						
Tutmuyor	15	23,1	6	8,3	<0,000	0,000
1-3 nöbet	35	53,8	2	2,8		
4 ve üstü nöbet	15	23,1	64	88,9		

Tablo 4.2.'de araştırmaya katılan ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin mevcut çalışma durumu verileri yer almaktadır.

Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin 27'sinin (% 41,5) toplam çalışma süresinin 1-3 yıl, 14'ünün (% 21,5) 4-6 yıl, 3'ünün (% 4,6) 7-10 yıl, 21'inin (% 32,4) 10 ve üstü yıl olduğu görüldü. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin 44'ünün (% 61,1) toplam çalışma süresinin 1-3 yıl, 9'unun (% 12,5) 4-6 yıl, 9'unun (% 12,5) 7-10 yıl, 10'unun (% 13,9) 10 ve üstü yıl olduğu görüldü.

Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin 43'ünün (% 66,2) alışma ortamından memnun olduğu 22'sinin (% 33,8) alışma ortamından memnun olmadığı görüldü. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin 52'sinin (% 72,2) alışma ortamından memnun olduğu 20'sinin (% 27,8) alışma ortamından memnun olmadığı görüldü.

Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin 59'unun (%90,8) haftalık 40-45 saat arasında çalıştığı, 6'sının (% 9,2) 45 ve üstü saat çalıştığı görüldü. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin 18'inin (% 25,0) haftalık 40-45 saat arasında çalıştığı, 54'ünün (% 75,0) 45 ve üstü saat çalıştığı görüldü.

Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin 34'ünün (% 52,3) gündüz, 31'inin (% 47,7) gece ve gündüz şeklinde çalıştığı görüldü. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin 12'sinin (% 16,7) gündüz, 60'ının (% 83,3) gece ve gündüz şeklinde çalıştığı görüldü.

Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin 15'inin (% 23,1) nöbet tutmadığı, 35'inin (% 53,8) 1-3 nöbet, 15'inin (% 23,1) 4 ve üstü nöbet tuttuğu görüldü. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin 6'sının (% 8,3) nöbet tutmadığı, 2'sinin (% 2,8) 1-3 nöbet, 64'ünün (% 88,9) 4 ve üstü nöbet tuttuğu görüldü.

Araştırmaya katılan ameliyathane ve yoğun bakım hemşireleri arasında, toplam çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, çalışma şekli, ayda tuttuğu nöbet sayısı değişkenleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulundu ($p < 0,05$).

Tablo 4.3. Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Mevcut Sağlık Durumlarına Göre Dağılımı

Mevcut Sağlık Durumları	Ameliyathane		Yoğun Bakım		p	X ²
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Öğünleri zamanında gerçekleştirme durumu						
Evet	26	40,0	21	29,2	0,185	0,182
Hayır	39	60,0	51	70,8		
Düzenli sağlık kontrolü yaptırıp yaptırmama durumu						
Evet	21	32,3	24	33,3	0,899	0,898
Hayır	44	67,7	48	66,7		
Kronik hastalık olup olmama durumu						
Var	12	18,5	9	12,5	0,337	0,333
Yok	53	81,5	63	87,5		
Son altı ayda ciddi hastalık geçirip geçirmeme durumu						
Evet	4	6,2	3	4,2	0,601	0,598
Hayır	61	93,8	69	95,8		
Şu anki sağlık durumu						
Çok iyi	8	12,3	3	4,2	0,200	0,212
İyi	47	72,3	56	77,8		
Kötü	10	15,4	13	18,1		
Egzersiz yapıp yapmama durumu						
Evet	5	7,7	7	9,7	0,676	0,675
Hayır	60	92,3	65	90,3		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile ilgili eğitim alıp almama durumu						
Evet	11	16,9	14	19,4	0,705	0,703
Hayır	54	83,1	58	80,6		

Tablo 4.3.'de araştırmaya katılan ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin mevcut sağlık durumu verileri yer almaktadır.

Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin 26'sının (% 40,0) öğünlerini zamanında gerçekleştirdiği, 39'unun (% 60,0) öğünlerini zamanında gerçekleştirmediği

görüldü. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin 21'inin (% 29,2) öğünlerini zamanında gerçekleştirdiği, 51'inin (% 70,8) öğünlerini zamanında gerçekleştirmediği görüldü.

Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin 21'inin (% 32,3) düzenli sağlık kontrolü yaptırdığı, 44'ünün (% 67,7) düzenli sağlık kontrolü yaptırmadığı görüldü. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin 24'ünün (% 33,3) düzenli sağlık kontrolü yaptırdığı, 48'inin (% 66,7) düzenli sağlık kontrolü yaptırmadığı görüldü.

Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin 12'sinin (% 18,5) kronik bir hastalığının olduğu, 53'ünün (% 81,5) kronik bir hastalığının olmadığı görüldü. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin 9'unun (% 12,5) kronik bir hastalığının olduğu, 63'ünün (% 87,5) kronik bir hastalığının olmadığı görüldü.

Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin 4'ünün (% 6,2) son altı ayda ciddi bir hastalık geçirdiği, 61'inin (% 93,8) geçirmediği görüldü. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin 3'ünün (% 4,2) son altı ayda ciddi bir hastalık geçirdiği, 69'unun (% 95,8) geçirmediği görüldü.

Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin 8'inin (% 12,3) şuan ki sağlık durumlarını çok iyi, 47'sinin (% 72,3) iyi, 10'unun (% 15,4) kötü olduğu görüldü. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin 3'ünün (% 4,2) şuan ki sağlık durumlarını çok iyi, 56'sının (% 77,8) iyi, 13'ünün (% 18,1) kötü olduğu görüldü. Her iki bölümde de sağlık durumunun çok kötü olduğunu belirten hemşire olmadığı görüldü.

Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin 5'inin (% 7,7) düzenli spor yaptığı, 60'ının (% 92,3) düzenli spor yapmadığı görüldü. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin 7'sinin (% 9,7) düzenli spor yaptığı, 65'inin (% 90,3) düzenli spor yapmadığı görüldü.

Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin 11'inin (%16,9) sağlıklı yaşam biçimi davranışları eğitimi aldığı, 54'ünün (% 83,1) almadığı görüldü. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin 14'ünün (%19,4) sağlıklı yaşam biçimi davranışları eğitimi aldığı, 58'inin (% 80,6) almadığı görüldü.

Araştırmaya katılan ameliyathane ve yoğun bakım hemşireleri arasında, öğünlerini zamanında gerçekleştirme durumu, düzenli sağlık kontrolü yaptırıp

yaptırmama durumu, kronik hastalık olup olmama durumu, son altı ayda ciddi hastalık geçirip geçirmeme durumu, şu anki sağlık durumu, egzersiz yapıp yapmama durumu, SYBD eğitimi alıp almama durumu değişkenleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.4. Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzey Ortalamaları

	n	Ort	Ss	Min	Max
Sağlık Sorumluluğu	65	18,45	3,27	13	27
Fiziksel aktivite	65	13,68	4,25	8	24
Beslenme	65	19,35	3,66	12	30
Manevi gelişim	65	24,15	4,23	13	34
Kişiler arası ilişkiler	65	23,74	4,60	12	34
Stres yönetimi	65	16,20	3,53	11	27
SYBDÖ II	65	115,57	16,73	80	159

Tablo 4.4.'de araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzey ortalamaları yer almaktadır.

Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması $115,57 \pm 16,73$ olup ölçekten en düşük 80, en yüksek 159 puan aldıkları belirlendi.

Sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması $18,45 \pm 3,27$, fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması $13,68 \pm 4,25$, beslenme alt boyut puan ortalaması $19,35 \pm 3,66$, manevi gelişim alt boyut puan ortalaması $24,15 \pm 4,23$, kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalaması $23,74 \pm 4,60$, stres yönetimi alt boyut puan ortalaması $16,20 \pm 3,53$ olarak bulundu.

Tablo 4.5. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzey Ortalamaları

	n	Ort	Ss	Min	Max
Sağlık Sorumluluğu	72	20,03	4,19	13	34
Fiziksel aktivite	72	15,94	4,86	8	31
Beslenme	72	19,18	3,90	11	29
Manevi gelişim	72	24,62	3,91	16	34
Kişiler arası ilişkiler	72	23,86	3,52	18	35
Stres yönetimi	72	17,01	2,95	9	24
SYBDÖ II	72	120,65	17,28	85	180

Tablo 4.5.'de araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzey ortalamaları yer almaktadır.

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması $120,65 \pm 17,28$ olup ölçekten en düşük 85, en yüksek 180 puan aldıkları belirlendi.

Sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması $20,03 \pm 4,19$, fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması $15,94 \pm 4,86$, beslenme alt boyut puan ortalaması $19,18 \pm 3,90$, manevi gelişim alt boyut puan ortalaması $24,62 \pm 3,91$, kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalaması $23,86 \pm 3,52$, stres yönetimi alt boyut puan ortalaması $17,01 \pm 2,95$ olarak bulundu.

Tablo 4.6. Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzey Ortalamaları

	n	Ort	Ss	Min	Max
Sağlık sorumluluğu	137	19,28	3,85	13	34
Fiziksel aktivite	137	14,87	4,71	8	31
Beslenme	137	19,26	3,78	11	30
Manevi gelişim	137	24,40	4,06	13	34
Kişiler arası ilişkiler	137	23,80	4,05	12	35
Stres yönetimi	137	16,63	3,25	9	27
SYBDÖ II	137	118,24	17,15	80	180

Tablo 4.6.'da araştırmaya katılan hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzey ortalamaları yer almaktadır.

Araştırmaya katılan ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması $118,24 \pm 17,15$ olup ölçekten en düşük 80, en yüksek 180 puan aldıkları belirlendi.

Sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması $19,28 \pm 3,85$, fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması $14,87 \pm 4,71$, beslenme alt boyut puan ortalaması 19,26, manevi gelişim alt boyut puan ortalaması $24,62 \pm 3,91$, kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalaması $23,86 \pm 3,52$, stres yönetimi alt boyut puan ortalaması $17,01 \pm 2,95$ olarak bulundu.

Tablo 4.7. Ameliyathane Hemşirelerinin Yaş Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı

	Grup	Ameliyathane				
		n	Ort	Ss	KW	p
Sağlık sorumluluğu	18-25 yaş	14	19,50	4,42	10,89	<0,012
	26-35 yaş	23	18,57	2,39		
	36-45 yaş	22	16,86	2,60		
	46 ve üstü yaş	6	21,33	2,81		
Fiziksel aktivite	18-25 yaş	14	14,57	4,78	8,45	<0,038
	26-35 yaş	23	14,39	4,55		
	36-45 yaş	22	11,64	2,63		
	46 ve üstü yaş	6	16,33	4,50		
Beslenme	18-25 yaş	14	18,86	4,35	9,95	<0,019
	26-35 yaş	23	20,09	3,49		
	36-45 yaş	22	17,95	2,55		
	46 ve üstü yaş	6	22,83	3,92		
Manevi gelişim	18-25 yaş	14	25,64	5,51	5,65	0,130
	26-35 yaş	23	23,00	3,63		
	36-45 yaş	22	23,82	3,98		
	46 ve üstü yaş	6	26,33	2,66		
Kişiler arası ilişkiler	18-25 yaş	14	24,21	6,08	3,44	0,329
	26-35 yaş	23	24,30	4,98		
	36-45 yaş	22	22,95	3,66		
	46 ve üstü yaş	6	23,33	2,07		
Stres yönetimi	18-25 yaş	14	17,79	4,35	7,39	0,060
	26-35 yaş	23	16,04	2,60		
	36-45 yaş	22	14,91	3,45		
	46 ve üstü yaş	6	17,83	3,55		
SYBDÖ II	18-25 yaş	14	120,57	23,79	11,32	<0,010
	26-35 yaş	23	116,39	13,02		
	36-45 yaş	22	108,14	13,50		
	46 ve üstü yaş	6	128,00	9,96		

Tablo 4.7.'de araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin yaş değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları dağılımı yer almaktadır.

Ameliyathane hemşirelerinde yaş değişkenine göre SYBDÖ II ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, yaş değişkeni ile sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları, fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları, beslenme alt boyut puan ortalamaları ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

Ameliyathane hemşirelerinin yaş grupları ile sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 26-35 yaş grubu ile 36-45 yaş grubu arasında ($p = 0,028 < 0,05$), 26-35 yaş grubu ile 46 ve üstü yaş grubu arasında ($p = 0,047 < 0,05$) ve 36-45 yaş grubu ile 46 ve üstü yaş grubu arasındaki ($p = 0,003 < 0,05$) farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, diğer yaş grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Ameliyathane hemşirelerinin yaş grupları ile fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 26-35 yaş grubu ile 36-45 yaş grubu arasındaki ($p = 0,028 < 0,05$) ve 36-45 yaş grubu ile 46 ve üstü yaş grubu arasındaki ($p = 0,008 < 0,05$) farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, diğer yaş grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Ameliyathane hemşirelerinin yaş grupları ile beslenme alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 26-35 yaş grubu ile 36-45 yaş grubu arasında ($p = 0,029 < 0,05$) ve 36-45 yaş grubu ile 46 ve üstü yaş grubu arasındaki ($p = 0,002 < 0,05$) farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, diğer yaş grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Ameliyathane hemşirelerinin yaş grupları ile genel ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 26-35 yaş grubu ile 36-45 yaş grubu arasındaki ($p = 0,032 < 0,05$), 26-35 yaş grubu ile 46 ve üstü yaş grubu arasındaki ($p = 0,026 < 0,05$) ve 36-45 yaş grubu ile 46 ve üstü yaş grubu arasındaki ($p = 0,002 < 0,05$) farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, diğer yaş grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.8. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaş Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı

	Grup	Yoğun Bakım				
		n	Ort	Ss	KW	p
Sağlık sorumluluğu	18-25 yaş	39	20,10	3,90	0,111	0,946
	26-35 yaş	20	20,20	5,34		
	36-45 yaş	13	19,54	3,23		
Fiziksel aktivite	18-25 yaş	39	15,36	4,46	1,318	0,517
	26-35 yaş	20	17,25	6,26		
	36-45 yaş	13	15,69	3,30		
Beslenme	18-25 yaş	39	18,54	3,79	1,902	0,386
	26-35 yaş	20	20,10	4,20		
	36-45 yaş	13	19,69	3,68		
Manevi gelişim	18-25 yaş	39	24,64	3,67	1,705	0,426
	26-35 yaş	20	23,85	4,22		
	36-45 yaş	13	25,77	4,15		
Kişiler arası ilişkiler	18-25 yaş	39	24,21	3,12	4,241	0,120
	26-35 yaş	20	22,55	3,43		
	36-45 yaş	13	24,85	4,41		
Stres yönetimi	18-25 yaş	39	16,95	3,02	0,295	0,863
	26-35 yaş	20	17,40	2,89		
	36-45 yaş	13	16,62	3,02		
SYBDÖ II	18-25 yaş	39	119,79	15,12	0,266	0,876
	26-35 yaş	20	121,35	21,80		
	36-45 yaş	13	122,15	16,85		

Tablo 4.8.'de araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin yaş değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları dağılımı yer almaktadır.

Yoğun bakım hemşirelerinde yaş değişkenine göre SYBDÖ II ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, yaş değişkeni ile sağlık sorumluluğu alt boyut puan

ortalamları, fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları, beslenme alt boyut puan ortalamaları, manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları, kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları, stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.9. Ameliyathane Hemşirelerinin Cinsiyet Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı

	Grup	Ameliyathane				
		n	Ort	Ss	MW	p
Sağlık sorumluluğu	Kadın	56	18,29	3,15	190,5	0,240
	Erkek	9	19,44	3,97		
Fiziksel aktivite	Kadın	56	13,61	4,23	227,5	0,640
	Erkek	9	14,11	4,60		
Beslenme	Kadın	56	19,63	3,52	140,0	<0,032
	Erkek	9	17,67	4,27		
Manevi gelişim	Kadın	56	24,41	4,27	189,0	0,230
	Erkek	9	22,56	3,81		
Kişiler arası ilişkiler	Kadın	56	23,88	4,21	223,5	0,587
	Erkek	9	22,89	6,81		
Stres yönetimi	Kadın	56	16,02	3,44	197,0	0,293
	Erkek	9	17,33	4,06		
SYBDÖ II	Kadın	56	115,82	16,27	242,0	0,849
	Erkek	9	114,00	20,42		

Tablo 4.9.'de araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin cinsiyet değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları dağılımı yer almaktadır.

Ameliyathane hemşirelerinde cinsiyet değişkenine göre SYBDÖ II ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, cinsiyet değişkeni ile **beslenme alt boyut puan ortalamaları** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,032<0,05$).

Tablo 4.10. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Cinsiyet Değişkeni İle Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı

	Grup	Yoğun Bakım				
		n	Ort	Ss	MW	p
Sağlık sorumluluğu	Kadın	61	19,93	4,31	302,5	0,604
	Erkek	11	20,55	3,64		
Fiziksel aktivite	Kadın	56	15,61	4,97	214,5	0,057
	Erkek	9	17,82	3,87		
Beslenme	Kadın	56	15,61	4,97	303,0	0,610
	Erkek	9	17,82	3,87		
Manevi gelişim	Kadın	56	19,28	4,01	320,5	0,814
	Erkek	9	18,64	3,38		
Kişiler arası ilişkiler	Kadın	56	24,74	3,97	297,0	0,545
	Erkek	9	24,00	3,69		
Stres yönetimi	Kadın	56	23,98	3,58	301,0	0,587
	Erkek	9	23,18	3,22		
SYBDÖ II	Kadın	56	120,64	17,69	306,5	0,650
	Erkek	9	120,73	15,48		

Tablo 4.10.'de araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin cinsiyet değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları dağılımı yer almaktadır.

Yoğun bakım hemşirelerinde cinsiyet değişkenine göre SYBDÖ II ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, cinsiyet değişkeni ile sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları, fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları, beslenme alt boyut puan ortalamaları, manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları, kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları, stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.11. Ameliyathane Hemşirelerinin Medeni Durum Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı

	Grup	Ameliyathane				
		n	Ort	Ss	MW	p
Sağlık sorumluluğu	Evli	33	17,76	3,28	393,5	0,076
	Bekar	32	19,16	3,14		
Fiziksel aktivite	Evli	33	12,00	3,06	286,0	<0,001
	Bekar	32	15,41	4,64		
Beslenme	Evli	33	19,09	3,62	490,0	0,616
	Bekar	32	19,64	3,75		
Manevi gelişim	Evli	33	23,97	4,33	509,0	0,802
	Bekar	32	24,34	4,19		
Kişiler arası ilişkiler	Evli	33	23,03	3,89	425,5	0,177
	Bekar	32	24,47	5,19		
Stres yönetimi	Evli	33	15,36	3,32	375,0	<0,043
	Bekar	32	17,06	3,58		
SYBDÖ II	Evli	33	111,21	16,17	377,5	<0,048
	Bekar	32	120,06	16,34		

Tablo 4.11.'de araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin medeni durum değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları dağılımı yer almaktadır.

Ameliyathane hemşirelerinde medeni durum değişkenine göre SYBDÖ II ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, medeni durum değişkeni ile **fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları, stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ve genel ölçek puan ortalamaları** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.12. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Medeni Durum Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı

	Grup	Yoğun Bakım				
		n	Ort	Ss	MW	p
Sağlık sorumluluğu	Evli	22	20,50	4,59	508,0	0,606
	Bekar	50	19,82	4,04		
Fiziksel aktivite	Evli	22	15,41	5,48	486,0	0,433
	Bekar	50	16,18	4,61		
Beslenme	Evli	22	18,86	3,76	486,0	0,432
	Bekar	50	19,32	3,99		
Manevi gelişim	Evli	22	24,50	3,94	538,5	0,888
	Bekar	50	24,68	3,94		
Kişiler arası ilişkiler	Evli	22	23,45	3,74	486,0	0,432
	Bekar	50	24,04	3,44		
Stres yönetimi	Evli	22	16,50	3,19	448,0	0,209
	Bekar	50	17,24	2,85		
SYBDÖ II	Evli	22	119,23	20,86	474,0	0,353
	Bekar	50	121,28	15,64		

Tablo 4.12.'de araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin medeni durum değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları dağılımı yer almaktadır.

Yoğun bakım hemşirelerinde medeni durum değişkenine göre SYBDÖ II ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, medeni durum değişkeni ile sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları, fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları, beslenme alt boyut puan ortalamaları, manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları, kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları, stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.13. Ameliyathane Hemşirelerinin Öğrenim Durumu Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı

	Grup	Ameliyathane				
		n	Ort	Ss	KW	p
Sağlık sorumluluğu	Sağlık meslek lisesi	6	18,00	3,10	1,893	0,595
	Ön lisans	17	17,82	4,14		
	Lisans	34	18,71	3,03		
	Yüksek lisans	8	19,00	2,51		
Fiziksel aktivite	Sağlık meslek lisesi	6	13,00	3,90	0,936	0,817
	Ön lisans	17	14,29	4,52		
	Lisans	34	13,76	4,21		
	Yüksek lisans	8	12,50	4,63		
Beslenme	Sağlık meslek lisesi	6	19,33	2,34	1,031	0,794
	Ön Lisans	17	18,88	3,95		
	Lisans	34	19,62	3,89		
	Yüksek lisans	8	19,25	3,28		
Manevi gelişim	Sağlık meslek lisesi	6	23,67	4,23	1,029	0,794
	Ön lisans	17	23,88	4,79		
	Lisans	34	24,56	4,12		
	Yüksek Lisans	8	23,38	4,07		
Kişiler arası ilişkiler	Sağlık meslek lisesi	6	24,33	3,67	5,538	0,136
	Ön lisans	17	21,65	5,09		
	Lisans	34	24,24	4,58		
	Yüksek lisans	8	25,63	3,07		
Stres yönetimi	Sağlık meslek lisesi	6	17,33	2,88	3,841	0,279
	Ön lisans	17	15,29	3,98		
	Lisans	34	16,56	3,70		
	Yüksek lisans	8	15,75	1,75		
SYBDÖ II	Sağlık meslek lisesi	6	115,67	15,54	1,542	0,673
	Ön lisans	17	111,82	18,94		
	Lisans	34	117,44	17,38		
	Yüksek lisans	8	115,50	9,53		

Tablo 4.13.'de araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin öğrenim durumu değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları dağılımı yer almaktadır.

Ameliyathane hemşirelerinde öğrenim durumu değişkenine göre SYBDÖ II ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, öğrenim durumu değişkeni ile sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları, fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları, beslenme alt boyut puan ortalamaları, manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları, kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları, stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).



Tablo 4.14. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Öğrenim Durumu Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı

	Grup	Yoğun Bakım				
		n	Ort	Ss	KW	p
Sağlık sorumluluğu	Sağlık meslek lisesi	14	19,79	4,96	1,070	0,784
	Ön lisans	3	21,00	6,56		
	Lisans	48	20,15	3,90		
	Yüksek lisans	7	19,29	4,42		
Fiziksel aktivite	Sağlık meslek lisesi	14	14,64	6,12	8,390	<0,039
	Ön lisans	3	20,67	4,73		
	Lisans	48	15,46	3,91		
	Yüksek lisans	7	19,86	6,07		
Beslenme	Sağlık meslek lisesi	14	18,29	4,98	3,646	0,302
	Ön Lisans	3	15,67	3,51		
	Lisans	48	19,54	3,50		
	Yüksek lisans	7	20,00	4,04		
Manevi gelişim	Sağlık meslek lisesi	14	25,93	3,81	2,405	0,493
	Ön lisans	3	27,00	5,57		
	Lisans	48	24,19	3,86		
	Yüksek Lisans	7	24,00	3,65		
Kişiler arası ilişkiler	Sağlık meslek lisesi	14	25,21	4,8	5,321	0,150
	Ön lisans	3	24,67	4,04		
	Lisans	48	23,88	3,11		
	Yüksek lisans	7	21,14	2,61		
Stres yönetimi	Sağlık meslek lisesi	14	16,43	3,88	0,750	0,861
	Ön lisans	3	16,67	2,52		
	Lisans	48	17,23	2,71		
	Yüksek lisans	7	16,86	3,13		
SYBDÖ II	Sağlık meslek lisesi	14	120,29	23,50	1,398	0,706
	Ön lisans	3	125,67	17,01		
	Lisans	48	120,38	15,73		
	Yüksek lisans	7	121,14	16,95		

Tablo 4.14.'de araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin oğrenim durumu değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları dağılımı yer almaktadır.

Yoğun bakım hemşirelerinde oğrenim durumu değişkenine göre SYBDÖ II ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, oğrenim durumu değişkeni ile **fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Yoğun bakım hemşirelerinin oğrenim durumu grupları ile fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sağlık meslek lisesi oğrenim grubu ile yüksek lisans oğrenim grubu arasında ($p=0,046<0,05$) ve lisans oğrenim grubu ile yüksek lisans oğrenim grubu arasındaki ($p=0,049<0,05$) farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, diğer oğrenim grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.15. Ameliyathane Hemşirelerinin Nöbet Tutma Durumu Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı

	Grup	Ameliyathane				
		n	Ort	Ss	KW	p
Sağlık sorumluluğu	Tutmuyor	15	19,87	4,14	0,116	0,094
	1-3 nöbet	35	18,09	2,50		
	4 ve üstü nöbet	15	17,87	3,68		
Fiziksel aktivite	Tutmuyor	15	13,80	3,39	1,741	0,581
	1-3 nöbet	35	13,20	4,56		
	4 ve üstü nöbet	15	14,67	4,29		
Beslenme	Tutmuyor	15	21,40	4,19	0,621	<0,016
	1-3 nöbet	35	18,97	3,61		
	4 ve üstü nöbet	15	18,20	2,43		
Manevi gelişim	Tutmuyor	15	26,73	4,18	0,980	<0,003
	1-3 nöbet	35	23,89	3,52		
	4 ve üstü nöbet	15	22,20	4,78		
Kişiler arası ilişkiler	Tutmuyor	15	25,67	4,66	1,739	<0,006
	1-3 nöbet	35	24,03	3,75		
	4 ve üstü nöbet	15	21,13	5,42		
Stres yönetimi	Tutmuyor	15	17,87	5,11	1,426	0,329
	1-3 nöbet	35	15,31	2,40		
	4 ve üstü nöbet	15	16,60	3,42		
SYBDÖ II	Tutmuyor	15	125,33	19,66	0,115	<0,015
	1-3 nöbet	35	113,49	13,31		
	4 ve üstü nöbet	15	110,67	18,00		

Tablo 4.15.'de ameliyathane hemşirelerinin nöbet tutma durumu değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları dağılımı yer almaktadır.

Ameliyathane hemşirelerinde nöbet tutma durumu değişkenine göre SYBDÖ II ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, nöbet tutma durumu değişkeni ile **beslenme alt boyut puan ortalamaları, manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları,**

kişisel arası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Ameliyathane hemşirelerinin nöbet tutma durumu grupları ile beslenme alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, tutmuyor nöbet grubu ile 4 ve üstü nöbet grubu arasındaki ($p=0,023<0,05$), farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, diğer nöbet tutma grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ameliyathane hemşirelerinin nöbet tutma durumu grupları ile manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, tutmuyor nöbet grubu ile 1-3 nöbet grubu arasındaki ($p=0,046<0,05$) ve tutmuyor nöbet grubu ile 4 ve üstü nöbet grubu arasındaki ($p=0,026<0,05$), farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, diğer nöbet tutma grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ameliyathane hemşirelerinin nöbet tutma durumu grupları ile kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, tutmuyor nöbet grubu ile 4 ve üstü nöbet grubu arasındaki ($p=0,049<0,05$), farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, diğer nöbet tutma grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ameliyathane hemşirelerinin nöbet tutma durumu grupları ile genel ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, tutmuyor nöbet grubu ile 4 ve üstü nöbet grubu arasındaki ($p=0,048<0,05$), farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, diğer nöbet tutma grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.16. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Nöbet Tutma Durumu Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı

	Grup	Yoğun bakım				
		n	Ort	Ss	KW	p
Sağlık sorumluluğu	Tutmuyor	6	20,50	3,15	0,013	0,822
	1-3 nöbet	2	19,50	0,71		
	4 ve üstü nöbet	64	20,00	4,36		
Fiziksel aktivite	Tutmuyor	6	16,33	2,58	0,102	0,940
	1-3 nöbet	2	14,50	3,54		
	4 ve üstü nöbet	64	15,95	5,09		
Beslenme	Tutmuyor	6	19,50	2,67	0,170	0,774
	1-3 nöbet	2	20,00	2,83		
	4 ve üstü nöbet	64	19,13	4,05		
Manevi gelişim	Tutmuyor	6	24,67	4,13	0,186	0,906
	1-3 nöbet	2	25,50	3,54		
	4 ve üstü nöbet	64	24,59	3,96		
Kişiler arası ilişkiler	Tutmuyor	6	23,33	3,45	0,009	0,681
	1-3 nöbet	2	23,50	6,36		
	4 ve üstü nöbet	64	23,92	3,51		
Stres yönetimi	Tutmuyor	6	16,17	2,40	0,013	0,478
	1-3 nöbet	2	17,00	1,41		
	4 ve üstü nöbet	64	17,09	3,04		
SYBDÖ II	Tutmuyor	6	120,50	15,08	0,009	0,970
	1-3 nöbet	2	120,00	9,90		
	4 ve üstü nöbet	64	120,69	17,80		

Tablo 4.16.'de yoğun bakım hemşirelerinin nöbet tutma durumu değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları dağılımı yer almaktadır.

Yoğun bakım hemşirelerinde nöbet tutma durumu değişkenine göre SYBDÖ II ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, nöbet tutma durumu değişkeni ile sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları, fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları, beslenme alt boyut puan ortalamaları, manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları,

kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları, stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.17. Ameliyathane Hemşirelerinin Kronik Hastalık Olup Olmama Durumu Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı

	Grup	Ameliyathane				
		n	Ort	Ss	MW	p
Sağlık sorumluluğu	Var	12	19,08	3,40	266,0	0,376
	Yok	53	18,30	3,25		
Fiziksel aktivite	Var	12	12,17	4,30	225,5	0,116
	Yok	53	14,02	4,20		
Beslenme	Var	12	19,92	4,12	303,0	0,798
	Yok	53	19,23	3,58		
Manevi gelişim	Var	12	23,67	3,73	309,5	0,885
	Yok	53	24,26	4,36		
Kişiler arası ilişkiler	Var	12	22,33	4,74	243,5	0,206
	Yok	53	24,06	4,55		
Stres yönetimi	Var	12	15,08	3,18	253,0	0,269
	Yok	53	16,45	3,58		
SYBDÖ II	Var	12	112,25	16,11	269,0	0,407
	Yok	53	116,32	16,93		

Tablo 4.17.'da ameliyathane hemşirelerinin kronik hastalık olup olmama durumu değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları dağılımı yer almaktadır.

Ameliyathane hemşirelerinde kronik hastalık olup olmama durumu değişkenine göre SYBDÖ II ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, kronik hastalık olup olmama durumu değişkeni ile sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları, fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları, beslenme alt boyut puan ortalamaları, manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları, kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları, stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.18. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Kronik Hastalık Olup Olmama Durumu Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı

	Grup	Yoğun bakım				
		n	Ort	Ss	MW	p
Sağlık sorumluluğu	Var	9	20,78	3,87	244,5	0,505
	Yok	63	19,92	4,26		
Fiziksel aktivite	Var	9	18,11	3,92	189,5	0,108
	Yok	63	15,63	4,93		
Beslenme	Var	9	18,44	4,07	272,0	0,844
	Yok	63	19,29	3,90		
Manevi gelişim	Var	9	25,33	4,33	250,0	0,567
	Yok	63	24,52	3,87		
Kişiler arası ilişkiler	Var	9	23,78	3,87	268,0	0,791
	Yok	63	23,87	3,50		
Stres yönetimi	Var	9	18,22	2,82	212,0	0,220
	Yok	63	16,84	2,95		
SYBDÖ II	Var	9	124,67	15,24	231,0	0,371
	Yok	63	120,08	17,58		

Tablo 4.18.'da yoğun bakım hemşirelerinin kronik hastalık olup olmama durumu değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları dağılımı yer almaktadır.

Yoğun bakım hemşirelerinde kronik hastalık olup olmama durumu değişkenine göre SYBDÖ II ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, kronik hastalık olup olmama durumu değişkeni ile sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları, fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları, beslenme alt boyut puan ortalamaları, manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları, kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları, stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.19. Ameliyathane Hemşirelerinin Egzersiz Yapıp Yapmama Durumu Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı

	Grup	Ameliyathane				
		n	Ort	Ss	MW	p
Sağlık Sorumluluğu	Evet	5	20,00	3,94	103,0	0,271
	Hayır	60	18,32	3,21		
Fiziksel Aktivite	Evet	5	19,20	4,97	52,5	<0,002
	Hayır	60	13,22	3,89		
Beslenme	Evet	5	19,00	3,87	143,5	0,824
	Hayır	60	19,38	3,68		
Manevi Gelişim	Evet	5	20,20	4,87	73,5	<0,029
	Hayır	60	24,48	4,05		
Kişiler Arası İlişkiler	Evet	5	21,00	6,08	90,5	0,167
	Hayır	60	23,97	4,44		
Stres Yönetimi	Evet	5	16,00	2,00	138,5	0,896
	Hayır	60	16,22	3,64		
SYBDÖ II	Evet	5	115,40	21,65	129,5	0,981
	Hayır	60	115,58	16,49		

Tablo 4.19.'de araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin egzersiz yapıp yapmama durumu değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları dağılımı yer almaktadır.

Ameliyathane hemşirelerinde egzersiz yapıp yapmama durumu değişkenine göre SYBDÖ II ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, egzersiz yapıp yapmama durumu değişkeni ile **fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları ve manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.20. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Egzersiz Yapıp Yapmama Durumu Değişkeni İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Dağılımı

	Grup	Yoğun bakım				
		n	Ort	Ss	MW	p
Sağlık Sorumluluğu	Evet	7	20,71	7,20	207,0	0,652
	Hayır	65	19,95	3,82		
Fiziksel Aktivite	Evet	7	24,14	4,60	28,5	<0,000
	Hayır	65	15,06	4,02		
Beslenme	Evet	7	20,29	5,19	189,0	0,434
	Hayır	65	19,06	3,77		
Manevi Gelişim	Evet	7	23,86	4,41	198,5	0,588
	Hayır	65	24,71	3,88		
Kişiler Arası İlişkiler	Evet	7	23,29	4,52	194,5	0,652
	Hayır	65	23,92	3,43		
Stres Yönetimi	Evet	7	18,71	3,15	148,0	0,109
	Hayır	65	16,83	2,90		
SYBDÖ II	Evet	7	131,0	24,73	172,0	0,096
	Hayır	65	119,54	16,15		

Tablo 4.20.'de araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin egzersiz yapıp yapmama durumu değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları dağılımı yer almaktadır.

Yoğun bakım hemşirelerinde egzersiz yapıp yapmama durumu değişkenine göre SYBDÖ II ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, egzersiz yapıp yapmama durumu değişkeni ile **fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları** arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümde ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesiyle ilgili elde edilen bulgular tartışılmaktadır.

5.1. SYBDÖ II ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Tartışılması

SYBDÖ II' den alınan yüksek puan ortalaması, kişilerin yaşamındaki olumlu sağlık davranışları ile doğru orantılıdır, kişi ne kadar yüksek puan ortalamasına sahip ise o kadar çok olumlu sağlık davranışına sahip demektir.

SYBDÖ II'den alınabilecek en yüksek puan 208'dir. Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacı ile yapılan çalışmada, ameliyathane hemşirelerinin SYBDÖ II puan ortalaması 115,57, yoğun bakım hemşirelerinin SYBDÖ II puan ortalaması 120,65, araştırma genelindeki bütün hemşirelerin SYBDÖ II puan ortalaması 118,24 olduğu saptanmıştır. Buna göre çalışmada yer alan, yoğun bakım hemşirelerinin SYBDÖ II puan ortalaması ameliyathane hemşirelerinin SYBDÖ II puan ortalamasından daha yüksek olduğu görüldü.

SYBDÖ II' den alınabilecek en yüksek puanın 208 olduğu göz önüne alındığında yoğun bakım ve ameliyathane hemşirelerinin ölçekten aldığı toplam puan ortalamalarının istenen düzeyde olmadığı söylenebilir. Bu verilere göre çalışmaya katılan hemşirelerin SYBDÖ II' ye ait puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu anlaşılmaktadır. Yapılan çalışmalara bakıldığında; 2016 yılında On' un üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde yaptığı çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması 120,69, 2010 yılında Cürcani ve arkadaşlarının hemşirelerde yaptığı çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması 121,20, 2009 yılında Balliel'in hemşirelerde yaptığı çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması 122.628, 2007 yılında Yalçınkaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması 121,85, 1998 yılında Pasinlioğlu ve arkadaşlarının sağlık personelinde yaptığı çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması 117,50 belirtilmiştir. Bu bilgilere göre; hemşireler ve sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmalarda SYBDÖ II puan ortalaması yapılan çalışma ile benzerlik göstermektedir (91,92,93,17,94).

2017 yılında Uz'un hemşirelerde yaptığı çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması 132,87, 2015 yılında Çetin'in toplum sağlığı merkezinde çalışan sağlık personelinde yaptığı çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması 128,18, 2013 yılında Bostan'ın hemşirelerde yaptığı çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması 125,62 belirtilmiştir. Bu bilgilere göre; hemşireler ve sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmalarda SYBDÖ II puan ortalaması yapılan araştırmaya oranla daha yüksek bulunmuştur (95,96,50).

2017 yılında Ağar'ın hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması 126,37, 2015 yılında Erzincanlı ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması 129,61, 2014 yılında Aksoy'un hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması 136,12, 2010 yılında Bozhüyük'ün sağlık bilimleri öğrencilerinde yaptığı çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması 124,30, 2007 yılında Kandari ve Vidal'in Kuveyt'teki hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması 128,16, 2002 yılında Hawks ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması 125,76 belirtilmiştir (97,98,28,5,99,100). Bu bilgilere göre; hemşirelik öğrencilerinde yapılan çalışmalarda SYBDÖ II puan ortalaması yapılan araştırmaya oranla daha yüksek bulunmuştur.

2015 yılında Küpeli'nin doktora öğrencilerinde yaptığı çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması 129,29, 2015 yılında Kuşdemir'in üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması 131,65, 2009 yılında Kocaakman'ın üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması 124,11 belirtilmiştir (101,102,39). Bu bilgilere göre; hemşirelik bölümü dışındaki öğrencilerinde yapılan çalışmalarda SYBDÖ II puan ortalaması yapılan araştırmaya oranla daha yüksek bulunmuştur.

2005 yılında Lee ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması 119,78 belirtilmiştir (103). Yapılan çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması yapılan araştırma ile benzerlik göstermektedir.

2017 yılında Kılıç'ın beden eğitimi öğretmenlerinde yaptığı çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması 124,84, 2015 yılında Gürsel'in öğretim elemanlarında yaptığı çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması 131,10, 2007 yılında Tokuç ve Berberoğlu'nun öğretmenlerde yaptığı çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması 134,50 belirtilmiştir

(104,105,106). Bu verilen bilgilere göre; farklı meslek gruplarında yapılan çalışmalarda SYBDÖ II puan ortalaması yapılan araştırmaya oranla daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmada elde edilen sonuçların aksine, kişilerin sağlığı için özveriyle çalışan ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin kendi sağlıkları içinde aynı özveride bulunması ve SYBDÖ II puan ortalamalarının daha yüksek olması beklenirdi. Puanın düşük olmasını ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin bilgi birikimlerini kendi yaşamlarına aktaramaması, çalışma koşullarına ve iş yoğunluklarına bağlayabiliriz.

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde yapılan araştırmada ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin tümünün SYBDÖ II ölçeği alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek puan ortalamasını manevi gelişimin aldığı görüldü. Manevi gelişimi sırasıyla; kişiler arası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi ve son olarak fiziksel aktivite izlemektedir. Bu sıralama sadece yoğun bakım hemşirelerine bakıldığında aynı olmakla birlikte ameliyathane hemşirelerinde beslenme ve sağlık sorumluluğu yer değiştirmektedir.

Araştırmada en yüksek alt boyut puan ortalamasını, manevi gelişim en düşük alt boyut puan ortalamasını, fiziksel aktivite almıştır. Literatürde İlhan ve arkadaşlarının öğrencilerde (107), Kocaakman ve arkadaşlarının öğrencilerde (39), Altıparmak ve Kutlu'nun kadınlarda (108), Can ve arkadaşlarının öğrencilerde (109), Tuğut ve Bekar'ın öğrencilerde (110), Karadeniz ve arkadaşlarının öğrencilerde (111), Kaya ve arkadaşlarının öğretim elemanlarında (112), Ünal ve arkadaşlarının öğrencilerde (113), Saydam ve arkadaşlarının gebelerde (114), Altay'ın kadınlarda (115), Arslan ve Ceviz'in kadınlarda (116), Al Ma'aitah kadınlarda (117), Türköl ve Güneş'in asistanlarda (13), Özyazıcıoğlu ve arkadaşlarının öğrencilerde (118), Yalçınkaya ve arkadaşlarının öğrencilerde (17), Choi Hui'nin hemşirelerde (119), Pasinlioğlu ve Gözüm'ün sağlık personelinde (94), Sohng'un göçmenlerde (120), Duffy'nin kadınlarda (121) yaptığı çalışmalar yapılan araştırma ile benzerlik göstermektedir. Fiziksel aktivitenin düşük çıkmasının nedenleri arasında bireylerin iş yoğunluğu, zor yaşam koşulları, spor yapma alışkanlıklarının olmaması ve yeterli sayıda halka açık spor alanlarının bulunmamasının rolü olduğu düşünülmektedir. Manevi gelişimin ilk sırayı almasında ise kültürel yapı ve dini inançlarla ilgili olduğu düşünülmektedir.

Sağlık sorumluluğu, kişinin sağlığını korumak ve hastalıkların oluşmasını önlemek için kendi davranışlarını değiştirmesi olarak tanımlanabilmektedir (63). Bu yüzden ki kişide sağlık sorumluluğunun oluşması önemlidir. Sağlık sorumluluğu alt boyutundan en yüksek 36 puan alınabilmektedir. Araştırmada sağlık sorumluluğu alt boyut puanı en yüksek 34, ortalaması ise 19,28 olarak bulundu.

2015 yılında Çetin'in sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 20,91, Yalçinkaya ve arkadaşlarının 2007 yılında sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 20,34, 2014 yılında Khaghanyrad'ın iki farklı ülke hemşirelerinde yaptığı çalışmada İranlı hemşirelerin sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 25,23, Türk hemşirelerin sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 20,16, 2016 yılında On' un üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde yaptığı çalışmada sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 19,55, 2013 yılında Bostan'ın hemşirelerdeki yaptığı çalışmada sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 21,15 ve 2011 yılında Uz'un hemşirelerde yaptığı çalışmada sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 22,54 olarak belirtilmiştir (96, 17, 122, 91, 50, 95). Araştırmada elde edilen sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması daha önce yapılmış çalışmalara oranla düşük bulunmuştur.

Fiziksel aktivite, büyük kas gruplarının belirli bir seviyede hareket ettirilmesi ve vücutta hareket oluşturulup enerji tüketiminin sağlanması, kas performansının sağlanması kardiovasküler direncin artırılması olarak tanımlanabilmektedir (123, 124). Fiziksel aktivite alt boyutundan en yüksek 32 puan alınabilmektedir. Araştırmada fiziksel aktivite alt boyut puanı en yüksek 31, ortalaması ise 14,87 olarak bulunmuştur.

2015 yılında Çetin'in sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması 16,35, Yalçinkaya ve arkadaşlarının 2007 yılında sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması 14,87, 2014 yılında Khaghanyrad'ın iki farklı ülke hemşirelerinde yaptığı çalışmada İranlı hemşirelerin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması 17,20, Türk hemşirelerin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması 15,41, 2016 yılında On' un üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde yaptığı çalışmada fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması 14,54, 2013 yılında Bostan'ın hemşirelerdeki yaptığı çalışmada fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması 15,32 ve 2011 yılında Uz'un hemşirelerde yaptığı çalışmada fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması 17,91 olarak belirtilmiştir (96, 17, 122, 91, 50, 95).

Beslenme, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için vct için gerekli olan besin öğelerinin yeterli miktarda alınması ve vct tarafından kullanılması olarak tanımlanabilmektedir (69). Beslenme alt boyutundan en yüksek 36 puan alınabilmektedir. Araştırmada beslenme alt boyut puanı en yüksek 30, ortalaması ise 19,26 olarak bulunmuştur.

2015 yılında etin'in sağlık alışanlarında yaptığı çalışmada beslenme alt boyut puan ortalaması 21,94, Yalçınkaya ve arkadaşlarının 2007 yılında sağlık alışanlarında yaptığı çalışmada beslenme alt boyut puan ortalaması 20,80, 2014 yılında Khaghanyrad'ın iki farklı ülke hemşirelerinde yaptığı çalışmada İrani hemşirelerin beslenme alt boyut puan ortalaması 23,60, Türk hemşirelerin beslenme alt boyut puan ortalaması 19,48, 2016 yılında On' un niversite hastanesinde çalışan hemşirelerde yaptığı çalışmada beslenme alt boyut puan ortalaması 19,65, 2013 yılında Bostan'ın hemşirelerdeki yaptığı çalışmada beslenme alt boyut puan ortalaması 19,66 ve 2011 yılında Uz'un hemşirelerde yaptığı çalışmada beslenme alt boyut puan ortalaması 21,01 olarak belirtilmiştir (96,17,122,91, 50, 95).

Manevi gelişim, insanın iç güdüsünü yöneten bir davranış, imkansız yapmaya çalışan bir gelişme seviyesi olarak tanımlanmaktadır. Manevi gelişimini tamamlamış kişilerin kendilerini tanıma, güçlü ve zayıf taraflarını bilme, belirli bir plan dahilinde belirli bir amaca yönelik yaşam sürme ve başarılarının farkında olma yetilerine sahip olduğu bilinmektedir (28,67). Manevi gelişim alt leğinden en yüksek 36 puan alınabilmektedir. Araştırmada manevi gelişim alt boyut puanı en yüksek 34 ortalaması ise 24,40 olarak bulunmuştur.

2015 yılında etin'in sağlık alışanlarında yaptığı çalışmada manevi gelişim alt boyut puan ortalaması 25,44, Yalçınkaya ve arkadaşlarının 2007 yılında sağlık alışanlarında yaptığı çalışmada manevi gelişim alt boyut puan ortalaması 23,70, 2014 yılında Khaghanyrad'ın iki farklı ülke hemşirelerinde yaptığı çalışmada İrani hemşirelerin manevi gelişim alt boyut puan ortalaması 26,45, Türk hemşirelerin manevi gelişim alt boyut puan ortalaması 25,56, 2016 yılında On' un niversite hastanesinde çalışan hemşirelerde yaptığı çalışmada manevi gelişim alt boyut puan ortalaması 25,31, 2013 yılında Bostan'ın hemşirelerdeki yaptığı çalışmada manevi gelişim alt boyut puan ortalaması 26,16 ve 2011 yılında Uz'un hemşirelerde yaptığı çalışmada manevi gelişim alt boyut puan ortalaması 26,35 olarak belirtilmiştir (96,17,122,91,50,95). Araştırmada

manevi gelişim alt boyut puan ortalaması hemşirelerde yapılmış çalışmalara göre daha düşük bulunmuştur.

Kişiler arası ilişkiler, kişinin yakın çevresiyle olan iletişimi ve süreklilik düzeyi olarak tanımlanabilmektedir (78). Kişiler arası ilişkiler alt ölçeğinden en yüksek 36 puan alınabilmektedir. Araştırmada kişiler arası ilişkiler alt boyut puanı en yüksek 35, ortalaması ise 23,80 olarak bulunmuştur.

2015 yılında Çetin'in sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 24,82, Yalçınkaya ve arkadaşlarının 2007 yılında sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada kişiler arası alt boyut puan ortalaması 24,05, 2014 yılında Khaghanyrad'ın iki farklı ülke hemşirelerinde yaptığı çalışmada İranlı hemşirelerin kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalaması 25,38, Türk hemşirelerin kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalaması 24,21, 2016 yılında On' un üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde yaptığı çalışmada kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalaması 24,92, 2013 yılında Bostan'ın hemşirelerdeki yaptığı çalışmada kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalaması 25,03 ve 2011 yılında Uz'un hemşirelerde yaptığı çalışmada kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalaması 25,21 olarak belirtilmiştir (96,17,122,91,50,95).

Stres yönetimi, kişinin gerilimi azaltmak ve kontrol edebilmek için fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi olarak tanımlanabilmektedir (83). Stres yönetimi alt ölçeğinden en yüksek 32 puan alınabilmektedir. Araştırmada stres yönetimi alt boyut puanı en yüksek 27, ortalaması ise 16,63 olarak bulunmuştur.

2015 yılında Çetin'in sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 18,78, Yalçınkaya ve arkadaşlarının 2007 yılında sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada stres yönetimi alt boyut puan ortalaması 18,06, 2014 yılında Khaghanyrad'ın iki farklı ülke hemşirelerinde yaptığı çalışmada İranlı hemşirelerin stres yönetimi alt boyut puan ortalaması 16,57, Türk hemşirelerin stres yönetimi alt boyut puan ortalaması 16,12, 2016 yılında On' un üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde yaptığı çalışmada stres yönetimi alt boyut puan ortalaması 16,70, 2013 yılında Bostan'ın hemşirelerdeki yaptığı çalışmada stres yönetimi alt boyut puan ortalaması 18,27 ve 2011 yılında Uz'un hemşirelerde yaptığı çalışmada stres yönetimi alt boyut puan ortalaması 19,85 olarak belirtilmiştir (96,17,122,91,50,95).

5.2. SYBDÖ II Puan Ortalamasının Değişkenlere Göre Tartışılması

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde yaş değişkeni ile SYBDÖ II incelendiğinde ameliyathane hemşirelerinde değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuş ve yaş ile birlikte SYBDÖ II puan ortalamasının da yükseldiği görülmüştür ($p<0,05$). Yoğun bakım hemşirelerinde ise; değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). SGM' ye göre, bireylerin yaşları arttıkça sağlık davranışları kazanımları artmaktadır (56). Araştırmada yoğun bakım hemşirelerinde yaş değişkeni ve SYBDÖ II arasında istatistiksel anlamlı bir fark olamaması beklenmeyen bir sonuçtur. Yalçinkaya ve arkadaşlarının, Demir'in, Çetiner'in, Khaghanyrad'ın, Uz'un ve Çetin'in yaptıkları çalışmalarda yaş değişkeni ile SYBDÖ II arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (17,125,21,122,95,96) ($p>0,05$). On'un, Bostan'ın, Karakoç'un, yaptığı çalışmalarda ise değişkenler arasında istatistiksel anlamlı fark belirtilmiş, yaşın artmasıyla SYBDÖ II puanının arttığı görülmüştür (91,50,70) ($p<0,05$).

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde cinsiyet değişkeni ile SYBDÖ II incelendiğinde istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yalçinkaya ve arkadaşlarının, Khaghanyrad'ın, Çetin'in ve Bostan'ın yaptığı çalışmalarda da değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (17,122,96,50) ($p>0,05$).

Medeni durum değişkeni ile SYBDÖ II incelendiğinde ameliyathane hemşirelerinde istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0,05$), yoğun bakım hemşirelerinde ise istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bekar olan ameliyathane hemşirelerinin SYBDÖ II puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür. Uz'un, Çetin'in, Demir'in, Khaghanyrad'ın ve On'un yaptığı çalışmalarda da değişkenler arasında istatistiksel anlamlı fark belirtilmemiştir (95,96,125,122,91) ($p>0,05$). Bostan'ın yaptığı çalışmada ise değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmiştir (50) ($p<0,05$). Bostan bekarlarda SYBDÖ II puan ortalamasının daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde öğrenim durumu değişkeni ile SYBDÖ II incelendiğinde ise istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Khaghanyrad'ın, Çetin'in, Yalçinkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda ise değişkenler arasında istatistiksel anlamlı fark belirtilmiş ve öğrenim durumu yükseldikçe

SYBDÖ II puan ortalamasının yükseldiği görülmüştür (122,96,17) ($p<0,05$). Demir'in, Uz'un ve Bostan'ın yaptığı çalışmalarda ise değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (125,95,50) ($p>0,05$).

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde SYBDÖ II ile nöbet tutma durumu değişkeni incelendiğinde, ameliyathane hemşirelerinde değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0,05$), yoğun bakım hemşirelerinde ise istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Demir'in ve Uz'un yaptığı çalışmalarda değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmiştir (125,95) ($p<0,05$). Bostan'ın yaptığı çalışmada ise değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (50) ($p>0,05$).

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde kronik hastalık olup olmama durumu değişkeni ile SYBDÖ II incelendiğinde ise değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Uz'un, Khaghanyrad'ın, Demir'in yaptığı çalışmalarda da değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiş ve araştırma ile benzerlik göstermiştir (95,122,125) ($p>0,05$). Sabancıoğullarından'ın yaptığı çalışmada ise kronik hastalık olup olmama değişkeni ile SYBDÖ II puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmiş, kronik hastalığı olanların SYBDÖ II puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür (126) ($p<0,05$).

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde egzersiz yapıp yapmama durumu değişkeni ile SYBDÖ II incelendiğinde ise ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yalçinkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise araştırmadan farklı olarak değişkenler arasında istatistiksel anlamlı fark belirtilmiş ve egzersiz yapan hemşirelerin SYBDÖ II puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür (17) ($p<0,05$).

5.3. Sağlık Sorumluluğu Alt Boyut Puan Ortalamasının Değişkenlere Göre Tartışılması

Sağlık sorumluluğu alt boyutu ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde yaş değişkeni ile incelendiğinde, ameliyathane hemşirelerinde değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0,05$), yoğun bakım hemşirelerinde ise istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ameliyathane hemşirelerinde yaş ile birlikte sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamasının da yükseldiği görülmüştür. Özkan ve

Yılmaz'ın, On'un yaptığı çalışmalarda yaş ile sağlık sorumluluğu alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmiştir (24,91) ($p<0,05$). Yaşın artması ile birlikte sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması da artmaktadır. Yalçinkaya ve arkadaşlarının, Khaghanyrad'ın, Demir'in, Uz'un, Çetin'in, Çetiner'in ve Bostan'ın yaptığı çalışmalarda da yaş ile sağlık sorumluluğu alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (17,122,125,95,96,21,50) ($p>0,05$).

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde sağlık sorumluluğu alt boyutu ile cinsiyet değişkeni incelendiğinde aralarında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Khaghanyrad'ın, Yalçinkaya ve arkadaşlarının, Tiryaki'nin, yaptığı çalışmalarda da değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (122,17,45) ($p>0,05$). Bostan'ın, Gürsel'in ve Çetin'in yaptığı çalışmalarda ise değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmiştir (50,105,96) ($p<0,05$).

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde sağlık sorumluluğu alt boyutu ile medeni durumu ve öğrenim durumu değişkenleri incelendiğinde aralarında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Khaghanyrad'ın, Yalçinkaya ve arkadaşlarının, Uz'un, On'un, Bostan'ın, Çetin'in yaptığı çalışmalarda da medeni durum değişkeni ile sağlık sorumluluğu alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (122,17,95,91,50,96) ($p>0,05$).

Çetin'in, Yalçinkaya ve arkadaşlarının, yaptığı çalışmalarda, öğrenim durumu değişkeni ile sağlık sorumluluğu alt boyutu incelendiğinde istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmiş ve öğrenim durumunun yükselmesiyle sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamasının yükseldiği görülmüştür (96,17) ($p<0,05$). Uz'un ve Bostan'ın, yaptığı çalışmalarda ise; sağlık sorumluluğu alt boyut boyutu ile öğrenim durumu arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (95,50) ($p>0,05$).

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde nöbet tutma durumu değişkeni ile sağlık sorumluluğu alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bostan'ın ve Demir'in yaptığı çalışmalarda da değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (50,125). Uz'un, Özkan ve Yılmaz'ın yaptığı çalışmalarda ise; değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmiş ve nöbet tutmayan hemşirelerin sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamasının daha yüksek

olduğu görülmüştür (95,24) ($p<0,05$). Araştırmada nöbet tutma durumundan etkilenilmemesi beklenmeyen bir sonuç olmuştur.

Sağlık sorumluluğu alt boyutunu ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde kronik hastalık olup olmama durumu değişkeni ve egzersiz yapıp yapmama durumu değişkeni ile incelendiğinde istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çetin'in, Uz'un, Khaghanyrad'ın, yaptığı çalışmalarda da sağlık sorumluluğu alt boyutu ile kronik hastalık olup olmama durumu değişkeni arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (96,95,122) ($p>0,05$).

5.4. Fiziksel Aktivite Alt Boyut Puan Ortalamasının Değişkenlere Göre Tartışılması

Fiziksel aktivite alt boyutu, ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde yaş değişkeni ile incelendiğinde ameliyathane hemşirelerinde yaş değişkeni ile fiziksel aktivite alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuş, yaş ile birlikte fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamasının da yükseldiği görülmüştür ($p<0,05$). Yoğun bakım hemşirelerinin ise değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). On'un ve Çetin'in yaptığı çalışmalarda değişkenler arasında istatistiksel anlamlı fark belirtilmiş ve yaşla birlikte fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalamasının arttığı görülmüştür (91,96) ($p<0,05$). Uz'un, Bostan'ın, Çetiner'in, Khaghanyrad'ın, Yalçinkaya ve arkadaşlarının ve Demir'in yaptığı çalışmalarda ise yaş değişkeni ile istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (95,50,21,122,17,125) ($p>0,05$).

Fiziksel aktivite alt boyutu ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde egzersiz yapıp yapmama durumu değişkeni ile incelendiğinde ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Düzenli egzersiz yapan hemşirelerin yapmayan hemşirelere göre fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yalçinkaya ve arkadaşlarının, Tiryaki'nin yaptığı çalışmalarda da değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmiştir (17,45) ($p<0,05$).

Fiziksel aktivite alt boyutu, ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde medeni durum değişkeni ile incelendiğinde ameliyathane hemşirelerinin medeni durum değişkeni ve fiziksel aktivite alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuş, bekar ameliyathane hemşirelerinin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarının evlilere

oranla daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Yoğun bakım hemşirelerinin ise medeni durum değişkeni ile fiziksel aktivite alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bostan'ın, Khaghanyrad'ın yaptığı çalışmalarda da değişkenler arasında istatistiksel anlamlı fark belirtilmiş, bekarların fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür (50,122) ($p<0,05$). On'un, yaptığı çalışmada ise, evli hemşirelerin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları bekar hemşirelere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (91) ($p<0,05$).

Fiziksel aktivite alt boyutu, ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde öğrenim durumu değişkeni ile incelendiğinde, yoğun bakım hemşirelerinde değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuş ve öğrenim durumu yükseldikçe yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Ameliyathane hemşirelerinde ise; değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bostan'ın ve Uz'un yaptığı çalışmalarda öğrenim durumu değişkeni ile fiziksel aktivite alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı fark belirtilmemiştir (50,95) ($p>0,05$).

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde cinsiyet, nöbet tutma durumu ve kronik hastalık olup olmama durumu değişkenleri ile fiziksel aktivite alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Uz'un ve Çetin'in yaptığı çalışmalarda, kronik hastalık olup olmama durumu değişkeni ile fiziksel aktivite alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmiş ve kronik hastalığın olmamasının fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamasını yükselttiği görülmüştür (95,96) ($p<0,05$).

Tekin'in, Tiryaki'nin ve Çetin'in yaptığı çalışmalarda, cinsiyet ve fiziksel aktivite alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmiş ve erkeklerin kadınlardan daha yüksek fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür (127,45,96) ($p<0,05$).

Uz'un ve Demir'in yaptığı çalışmalarda, nöbet tutma durumu değişkeni ile fiziksel aktivite alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmiş ve nöbet tutan hemşirelerin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamasının daha düşük olduğu görülmüştür (95,125). Bostan'ın yaptığı çalışmada ise fiziksel aktivite alt boyutu ile nöbet tutma

durumu değişkeni arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiş ve araştırma ile benzerlik göstermiştir (50) ($p>0,05$).

5.5. Beslenme Alt Boyut Puan Ortalamasının Değişkenlere Göre Tartışılması

Beslenme alt boyutu ile ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde yaş, cinsiyet, nöbet tutma durumu değişkenleri incelendiğinde, ameliyathane hemşirelerinde bu değişkenler ile beslenme alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0,05$), yoğun bakım hemşirelerinde ise istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ameliyathane hemşirelerinde yaşları ile birlikte beslenme alt boyut puan ortalamaları da artmaktadır. Yapılan pek çok çalışmada da araştırma ile aynı sonuca varılmıştır. On'un, Özkan ve Yılmaz'ın, Yalçinkaya ve arkadaşlarının, Bostan'ın ve Çetin'in yaptığı çalışmalarda da yaş ve beslenme alt boyut boyutu arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmiş ve yaş ile birlikte beslenme alt boyut puan ortalamasının yükseldiği görülmüştür (91,24,17,50,96) ($p<0,05$).

Araştırmada cinsiyet değişkeni ile beslenme alt boyutu incelendiğinde, ameliyathane hemşirelerinde cinsiyet değişkeni ile istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0,05$), yoğun bakım hemşirelerinde ise istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bostan'ın, Yalçinkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda beslenme alt boyutu ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmiş ve araştırmada olduğu gibi kadınların puan ortalamasının erkeklerden daha yüksek olduğu görülmüştür (50,17) ($p<0,05$).

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde nöbet tutma durumu değişkeni ile beslenme alt boyutu incelendiğinde ise; ameliyathane hemşirelerinin nöbet tutma durumu değişkeni ile beslenme alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0,05$), nöbet tutmayan hemşirelerin beslenme alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yoğun bakım hemşirelerinde ise; nöbet tutma durumu değişkeni ile beslenme alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Demir'in, Bostan'ın ve Uz'un yaptığı çalışmalarda beslenme alt boyutu ile nöbet tutma durumu değişkeni ile istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (125,50,95) ($p>0,05$).

Araştırmada ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde medeni durum değişkeni ile beslenme alt boyutu incelendiğinde istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Uz'un, Bostan'ın ve Çetin'in yaptığı çalışmalarda da benzerlik göstermiş ve istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (95,50,96) ($p>0,05$). On'un yaptığı çalışmada ise; beslenme alt boyutu ve medeni durum arasında istatistiksel anlamlı fark belirtilmiş ve evli olan kişilerin beslenme puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür (91) ($p<0,05$).

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde, öğrenim durumu ile beslenme alt boyutu incelendiğinde; istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Uz'un, Bostan'ın, Çetin'in, Khaghanyrad'ın ve Demir'in yaptığı çalışmalarda da öğrenim durumu değişkeni ile beslenme alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (95,50,96,122,125) ($p>0,05$). Yalçinkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise; beslenme alt boyutu ile öğrenim durumu değişkeni incelenmiş ve istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmiş, öğrenim durumu yükseldikçe beslenme alt boyut puan ortalamasının yükseldiği görülmüştür (17) ($p<0,05$).

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde, kronik hastalık olup olmama durumu değişkeni ile beslenme alt boyutu incelendiğinde istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Uz'un, Çetin'in, Khaghanyrad'ın yaptığı çalışmalarda da beslenme alt boyutu ve kronik hastalık olup olmama durumu değişkeni incelendiğinde istatistiksel anlamlı fark belirtilmemiştir (95,96,122) ($p>0,05$).

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde, egzersiz yapıp yapmama durumu değişkeni ile beslenme alt boyutu incelendiğinde istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yalçinkaya ve arkadaşlarının ve yaptığı çalışmada ise; beslenme alt boyutu ile egzersiz yapıp yapmama durumu arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmiş ve egzersiz yapan kişilerin beslenme alt boyut puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (17) ($p<0,05$).

5.6. Manevi Gelişim Alt Boyut Puan Ortalamasının Değişkenlere Göre Tartışılması

Manevi gelişim alt boyutu, ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde yaş değişkeni ile incelendiğinde istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). On'un ve Bostan'ın yaptığı çalışmada yaş değişkeni ve manevi gelişim alt boyutu arasında

istatistiksel anlamlı fark belirtilmiş ve yaşı artmasıyla manevi gelişim alt boyut puan ortalamasının yükseldiği görülmüştür (91,50) ($p < 0,05$).

Cinsiyet değişkeni ile manevi gelişim alt boyutu incelendiğinde, ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Tiryaki'nin, Tekin'in, Bostan'ın, İmer'in, Khaghanyrad'ın, Yalçınkaya ve arkadaşlarının, Çetin'in yaptığı çalışmalarda da manevi gelişim alt boyutu ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark belirtilmemiştir (45,127, 50,128, 122, 17, 96) ($p > 0,05$).

Medeni durum değişkeni ile manevi gelişim alt boyutu incelendiğinde; ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bostan'ın, Demir'in, İmer'in ve Khaghanyrad'ın yaptığı çalışmalarda da manevi gelişim alt boyutu ile medeni durum arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (50,125,128,122) ($p > 0,05$). Çetin'in yaptığı çalışmada ise, manevi gelişim alt boyutu ve medeni durum değişkeni arasında istatistiksel anlamlı fark belirtilmiş ve evlilerin manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları bekarlara oranla daha yüksek görülmüştür (96) ($p < 0,05$).

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde öğrenim durumu değişkeni ile manevi gelişim alt boyutu incelendiğinde, istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bostan'ın, Khaghanyrad'ın, Uz'un yaptığı çalışmalarda da değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (50,122,95) ($p > 0,05$). Demir'in, Yalçınkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise manevi gelişim alt boyutu ve öğrenim durumu değişkeni arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmiş öğrenim durumunun artması ile manevi gelişim alt boyut puan ortalaması artmıştır (125,17) ($p > 0,05$).

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde, manevi gelişim alt boyutu ile nöbet tutma durumu değişkeni ile incelendiğinde aralarında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuş ve nöbet tutan hemşirelerin manevi gelişim alt boyut puan ortalamasının daha düşük olduğu görülmüş ($p < 0,05$); fakat Uz'un, Bostan'ın ve Demir'in yaptığı çalışmalarda ise, değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (95,50,125) ($p > 0,05$).

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde kronik hastalık olup olmama durumu değişkeni ile manevi gelişim alt boyutu incelendiğinde ise; istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Khaghanyrad'ın ve Demir'in yaptığı çalışmalarda da

istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (122,125) ($p>0,05$). Uz'un yaptığı çalışmada ise istatistiksel anlamlı fark belirtilmiş ve kronik hastalığı olmayan hemşirelerin manevi gelişim alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür (95) ($p<0,05$).

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde manevi gelişim alt boyutu ile egzersiz yapıp yapmama durumu incelendiğinde ameliyathane hemşirelerinde istatistiksel anlamlı bir fark olduğu; fakat yoğun bakım hemşirelerinde istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

5.7. Kişiler Arası İlişkiler Alt Boyut Puan Ortalamasının Değişkenlere Göre Tartışılması

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde kişiler arası ilişkiler alt boyutu ile yaş değişkeni incelendiğinde, istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yalçinkaya ve arkadaşlarının, Khaghanyrad'ın, Demir'in, Uz'un, Çetin'in ve Çetiner'in yaptığı çalışmalarda da yaş değişkeni ve kişiler arası ilişkiler alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı fark belirtilmemiştir (17,122,125,95,96,21) ($p>0,05$). On'un ve Bostan'ın yaptığı çalışmalarda istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmiştir (91,50) ($p<0,05$).

Cinsiyet değişkeni ile kişiler arası ilişkiler alt boyutu incelendiğinde, ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Tiryaki'nin, Bostan'ın, İmer'in, Khaghanyrad'ın, Çetin'in, Yalçinkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda da cinsiyet değişkeni ve kişiler arası alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (45,50,128,122,96,17) ($p>0,05$).

Kişiler arası ilişkiler alt boyutu ile medeni durum değişkeni ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde incelendiğinde, istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bostan'ın, Khaghanyrad'ın, On'un ve Demir'in yaptığı çalışmalarda da medeni durum ve kişiler arası ilişkiler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmiştir (50,122,91,125) ($p>0,05$).

Öğrenim durumu değişkeni ile kişiler arası ilişkiler alt boyutu ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde incelendiğinde, istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Khaghanyrad'ın, Demir'in, Uz'un, Çetin'in ve Bostan'ın yaptığı çalışmalarda da değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (122,125,95,96,50) ($p>0,05$). Yalçinkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise değişkenler arasında

istatistiksel anlamlı fark belirtilmiş, öğrenim durumu yükseldikçe kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamasının arttığı görülmüştür ($p<0,05$).

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde kişiler arası ilişkiler alt boyutu ile nöbet tutma durumu değişkeni incelendiğinde, ameliyathane hemşirelerinde değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0,05$), yoğun bakım hemşirelerinde ise istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Demir'in, Uz'un ve Bostan'ın yaptığı çalışmalarda değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (125,95,50) ($p>0,05$).

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde kronik hastalık olup olmama durumu değişkeni ile kişiler arası ilişkiler alt boyutu incelendiğinde ise; kronik hastalık olup olmama durumu ile kişiler arası ilişkiler alt boyutu ile istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Khaghanyrad'ın, Uz'un ve Çetin'in, yaptığı çalışmalarda ise değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmiştir (122,95,96) ($p<0,05$).

5.8. Stres Yönetimi Alt Boyut Puan Ortalamasının Değişkenlere Göre Tartışılması

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde yaş değişkeni ile stres yönetimi alt boyutu incelendiğinde istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yalçinkaya ve arkadaşlarının, Demir'in ve Çetiner'in yaptığı çalışmalarda da yaş değişkeni ile stres yönetimi alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (17,125,21) ($p>0,05$). Khaghanyrad'ın, Uz'un, Çetin'in, On'un ve Bostan'ın yaptığı çalışmalarda ise yaş değişkeni ile stres yönetimi alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı fark belirtilmiş, yaşın artmasına bağlı olarak stres yönetimi alt boyut puan ortalamasının arttığı gözlenmiştir (122,95,96,91,50) ($p<0,05$).

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde cinsiyet değişkeni ile stres yönetimi alt boyutu incelendiğinde istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yalçinkaya ve arkadaşlarının ve Bostan'ın yaptığı çalışmalarda da cinsiyet değişkeni ve stres yönetimi alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı fark belirtilmemiştir (17,50) ($p>0,05$). Çetin'in yaptığı çalışmada ise cinsiyet değişkeni ve stres yönetimi alt boyutu arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmiş ve kadınların stres yönetimi alt boyut puan ortalamasının erkeklere oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir (96) ($p<0,05$).

Medeni durum değişkeni ile stres yönetimi alt boyutu incelendiğinde, ameliyathane hemşirelerinde istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0,05$), yoğun bakım hemşirelerinde ise bulunmamıştır ($p>0,05$). Bekar olan ameliyathane hemşirelerinin stres yönetimi alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür. Uz'un, Çetin'in, Demir'in ve On'un yaptığı çalışmalarda da değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (95,96,125,91) ($p>0,05$). Khaghanyrad'ın, Bostan'ın yaptığı çalışmalarda ise değişkenler arasında istatistiksel anlamlı fark belirtilmiştir (122,50) ($p<0,05$). Khaghanyrad ve Bostan bekarların stres yönetimi alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde öğrenim durumu değişkeni ile stres yönetimi alt boyutu incelendiğinde, istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Demir'in, Çetin'in, Yalçınkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda ise değişkenler arasında istatistiksel anlamlı fark belirtilmiş, öğrenim durumu yükseldikçe stres yönetimi alt boyut puan ortalamasının yükseldiği görülmüştür (125,96,17) ($p<0,05$). Uz'un, Khaghanyrad'ın, Bostan'ın yaptığı çalışmalarda ise değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (95,122,50) ($p>0,05$).

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde nöbet tutma durumu değişkeni ile stres yönetimi alt boyutu incelendiğinde, ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Uz'un yaptığı çalışmada ise; değişkenler arasında istatistiksel anlamlı fark belirtilmiş, nöbet tutmayan hemşirelerin stres yönetimi alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür (96) ($p<0,05$). Demir'in ve Bostan'ın yaptığı çalışmalarda da istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (125,50) ($p>0,05$).

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde kronik hastalık olup olmama durumu değişkeni ile stres yönetimi alt boyutu incelendiğinde, değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Khaghanyrad'ın ve Demir'in yaptığı çalışmalarda da değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmemiştir (122,125) ($p>0,05$). Uz'un yaptığı çalışmada ise değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark belirtilmiş ve kronik hastalığı olmayan hemşirelerin stres yönetimi alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür (95) ($p<0,05$).

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde egzersiz yapıp yapmama durumu değişkeni ile stres yönetimi alt boyutu incelendiğinde, ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde değişkenler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yalçinkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise değişkenler arasında istatistiksel anlamlı fark belirtilmiş ve egzersiz yapan hemşirelerin stres yönetimi alt boyut puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (17) ($p<0,05$).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi ve davranışlarını ve bu davranışa etki eden değişkenleri belirlemek için yaptığımız araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Araştırmaya katılan 137 hemşirenin 65'i (%47.44) ameliyathanelerde, 72'si (%52.56) yoğun bakımlarda çalışmaktadır (Tablo 4.1.).
- Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin %86.2'si kadın, %50.8'i evli, %50.8'i çocuk sahibi, %92.3'ü çekirdek aile, %52.3'ü lisans mezunudur (Tablo 4.1.).
- Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin %84.7'si kadın, %30.6'sı evli, %16.7'si çocuk sahibi, %86'i çekirdek aile, %66.7'si lisans mezunudur (Tablo 4.1.).
- Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin %41.5'i 1-3 yıldır çalışıyor, %66.2'si çalışma ortamından memnun, %90.8'i haftalık 40-45 saat çalışıyor, %52.3'ü gündüz çalışıyor, %23.1'i nöbet tutmuyor (Tablo 4.2.).
- Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin %61.1'i 1-3 yıldır çalışıyor, %72.2'si çalışma ortamından memnun, %25.0'i haftalık 40-45 saat çalışıyor, %16.7'si gündüz çalışıyor, %8.3'ü nöbet tutmuyor (Tablo 4.2.).
- Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin %40.0'ı öğünlerini zamanında gerçekleştiriyor, %32.3'ü düzenli sağlık kontrolü yaptırıyor, %18.5'inin kronik hastalığı var, %6.2'si son altı ayda ciddi hastalık geçirmiş, %72.2'sinin şu anki sağlık durumu iyi, %7.7'si egzersiz yapıyor, %16.9'u sağlıklı yaşam biçimi davranışları eğitimi almıştır (Tablo 4.3.).
- Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin %26.2'si öğünlerini zamanında gerçekleştiriyor, %33.3'ü düzenli sağlık kontrolü yaptırıyor, %12.5'inin kronik hastalığı var, %4.2'si son altı ayda ciddi hastalık geçirmiş, %77.8'inin şu anki sağlık durumu iyi, %9.7'si egzersiz yapıyor, %19.4'ü sağlıklı yaşam biçimi davranışları eğitimi almıştır (Tablo 4.3.).
- Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin SYBDÖ II toplam puan ortalaması 115.57 ± 16.73 , alt boyut puan ortalamaları ise; manevi gelişim alt boyut puan ortalaması 24.15 ± 4.23 , kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalaması

23.74±4.60, beslenme alt boyut puan ortalaması 19.35±3.66, sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 18.45±4.25, stres yönetimi alt boyut puan ortalaması 16.20±3.53, fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması 13.68±4.25 olarak belirlendi (Tablo 4.4.).

- Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin SYBDÖ II toplam puan ortalaması 120.65±17.28, alt boyut puan ortalamaları ise; manevi gelişim alt boyut puan ortalaması 24.62±3.91, kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalaması 23.86±3.52, sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 20.03±4.19 beslenme alt boyut puan ortalaması 19.18±3.90, stres yönetimi alt boyut puan ortalaması 17.01±2.95, fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması 15.94±4.86 olarak belirlendi (Tablo 4.5.).
- Araştırmaya katılan hemşirelerinin SYBDÖ II toplam puan ortalaması 118.24±17.15, alt boyut puan ortalamaları ise; manevi gelişim alt boyut puan ortalaması 24.40±4.06, kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalaması 23.80±4.05, sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 19.28±3.85 beslenme alt boyut puan ortalaması 19.26±3.78, stres yönetimi alt boyut puan ortalaması 16.63±3.25, fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması 14.87±4.71 olarak belirlendi (Tablo 4.6.).
- Ameliyathane hemşirelerinde; 46 ve üstü yaş grubu hemşirelerin sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması, fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması, beslenme alt boyut puan ortalaması ve genel boyut puan ortalaması 26-35 yaş ve 36-45 yaş grubu hemşirelerinden yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.7.).
- Ameliyathane hemşirelerinde; kadın hemşirelerin beslenme alt boyut puan ortalaması erkeklere göre daha yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.9.).
- Ameliyathane hemşirelerinde; bekar hemşirelerin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması, stres yönetimi alt boyut puan ortalaması ve genel ölçek puan ortalaması evli hemşirelere göre daha yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.11.).
- Yoğun bakım hemşirelerinde; yüksek lisans mezunu hemşirelerin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması, lisans mezunu ve sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerden daha yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.14.).
- Ameliyathane hemşirelerinde; nöbet tutmayan hemşirelerin beslenme alt boyut puan ortalaması, manevi gelişim alt boyut puan ortalaması, kişiler arası ilişkiler

alt boyut puan ortalaması ve genel ölçek puan ortalaması 4 ve üstü nöbet tutan hemşirelere göre daha yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.15.).

- Ameliyathane hemşirelerinde; egzersiz yapan hemşirelerin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması egzersiz yapmayan hemşirelere göre daha yüksek bulundu, manevi gelişim alt boyut puan ortalaması ise daha düşük bulundu ($p<0.05$.) (Tablo 4.19).
- Yoğun bakım hemşirelerinde; egzersiz yapan hemşirelerin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması egzersiz yapmayan hemşirelere göre daha yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.20.).

6.2. Öneriler

Araştırmamız sonucunda elde edilen verilere göre;

- SYBDÖ II alt boyutlarından düşük puan alınan fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alanlarına ağırlık verilerek bu alanlarda hizmet içi eğitimlerin yapılması,
- Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin iş hayatları dışında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme odaklı eğitimlere katılımlarının sağlanması ve desteklenmesi,
- Egzersiz yapılabilmesi ve yaygınlaştırılması için gerekli planlamaların yapılması,
- Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin yeterli ve dengeli beslenebilmesi için diyetisyen ve hastane yönetimi işbirliği ile uygun yemek içeriklerinin ve miktarlarının belirlenmesi,
- Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin sağlık kontrollerini düzenli yaptırması,
- Sağlık davranışları ve sağlık davranışını etkileyen sebeplere göre daha geniş örnekleme kapsayan araştırmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

1. World Health Organization. WHO definition of health. <http://www.who.int/about/mission/en/>. Erişim Tarihi: 01.02.2018.
2. Tabak RS. *Sağlık Eğitimi*, Somgür Yayıncılık, Ankara, 2000.
3. Özer S, Argon G. “Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları, Sağlığa Verilen Önem Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005, 21(1); 63-77. <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/egehemsire/article/view/5000152201/5000137990>
Erişim Tarihi:01.02.2018
4. Baltaş A, Baltaş Z. *Stres ve Başa Çıkma Yolları*, 21. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2002.
5. Bozhüyük A. *Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi* (Tez). Çukurova Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2010. <http://library.cu.edu.tr/tezler/8018.pdf> .
Erişim Tarihi: 01.02.2018.
6. Akgül N. *Sivas İl Merkezi Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi* (Tez). Cumhuriyet Üniversitesi, Toplum Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2008.
7. Bakır H, Hisar KH. “Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Egzersize İlişkin Yarar Engel Algıları ve Öz-Yeterlilik”, *Genel Tıp Dergisi*, 2016, 26(3); 84-91. <http://geneltip.org/upload/sayi/95/GTD-00926.pdf> Erişim Tarihi: 01.02.2018
8. Vural BK. “Sağlık Riskinin Belirlenmesi ve Hemşirelik İçin Önemi”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998, 2(2); 39-43. <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/563.pdf> Erişim Tarihi: 01.02.2018.
9. Tanrıverdi G, Seviğ Ü, Bayat M, Birkök MC. “Hemşirelik Bakımında Kültürel Özellikleri Tanılama Rehberi”, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2009, 6(1); 793-

806. <https://j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/viewFile/630/378> Erişim Tarihi: 01.02.2018

10. Özvarış ŞB, Güler Ç, Akın L. *Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme, Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006.

11. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health Promotion In Nursing Practise*, Fourth Edition, New Jersey, 2002.

12. Cihangiroğlu Z, Devenci S. “Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler”, *Fırat Tıp Dergisi*, 2011, 16(2); 78-83. <http://www.firattipdergisi.com/text.php3?id=682> Erişim Tarihi: 01.02.2018.

13. Türkol E, Güneş G. “İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2012, 19(3); 159-166. <http://openaccess.inonu.edu.tr:8080/xmlui/handle/11616/656> Erişim Tarihi: 01.02.2018.

14. Zaybak A, Fadiloğlu Ç. “Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2004, 20(1); 77-95. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/57221> Erişim Tarihi: 02.02.2018.

15. Kılıç E. *Ameliyathane Hemşirelerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Davranışlarının Belirlenmesi* (Tez). Haliç Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2012.

16. Güner İC, Demir F. “Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının (SYBD) Belirlenmesi”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 2006, 9(3); 17-25.

17. Yalçinkaya M, Özer FG, Karamanoğlu, AY. “Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi”, *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007, 6(6); 409-420. https://www.ejmanager.com/mnstemps/1/khb_006_06-409.pdf Erişim Tarihi: 02.02.2018.

18. Çakırcalı E. *Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar Kitabı*, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 1996.

19. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. “Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları” *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005, 9(2); 26-34. <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/1149.pdf> Erişim Tarihi: 02.02.2018.

20. Çelik GO, Malak AT, Bektaş M, Yılmaz D, Yüner AS, Öztürk Z, Demir E. “Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi”, *The Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 2009, 3(3); 164-169.

21. Çetiner H. *Hastane Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi* (Tez). Marmara Üniversitesi, Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.

22. Kaymakçı Ş, Demir F, Candan Y, Dramalı A. “İzmir İli Hastanelerindeki Ameliyathanelerde Hemşirelerin Çalışma Durumları ve Karşılaştıkları Risklere Yönelik Durum Saptaması”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003, 19(1-3); 47-61. <file:///C:/Users/user/Downloads/ameliyathnae%20risk.pdf> Erişim Tarihi: 02.02.2018.

23. Öztürk H, Babacan E, Anahar ÖE. “Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin İş Güvenliği”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 1(4); 252-268. <file:///C:/Users/user/Downloads/%C3%A7al%C4%B1%C5%9Fan%20g%C3%BCvenli%C4%9Fi.pdf> Erişim Tarihi:02.02.2018.

24. Yılmaz ES. “Bir İlçede Çalışan Hemşirelerin Sağlık Sorunları ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi”, 4.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, 13-14 Nisan, Manisa, 2006. http://www.temelsaglikhizmetleri.org/wp-content/uploads/tsh_kitaplar/4tshkitap.pdf Erişim Tarihi:02.02.2018.

25. Demir A. “Hemşirelerin Vardiya ile Çalışmalarının Anksiyete ve Arteriyel Kan Basıncına Etkisinin İrdelenmesi”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 8(2); 40-54. <http://e->

Tarihi:02.02.2018.

26. Aksoy G, Kanan N, Kalyoncu N. *Cerrahi Hemşireliği I*, Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul, 2012.

27. Akça Ay F. “Mesleki Temel Kavramlar”, Akça Ay F. *Temel Hemşirelik*, Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2008: 35-56.

28. Aksoy T. *Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları* (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2010.

29. Koral S, Suludere Z. *Biyoloji Terimler Sözlüğü*, Türk Dil Kurumu Yayınları, Ankara, 2007.

30. Marshall G. *Sosyoloji Sözlüğü*, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara, 2009.

31. Budak S. *Psikoloji Sözlüğü*, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara, 2005.

32. Atabek Aştı T, Karadağ A. *Hemşirelik Esasları*, Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, 2012.

33. Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, İmaj İç ve Dış Ticaret, Ankara, 2004.

34. Potter P, Perry A. *Fundamentals of Nursing*, Mosby Elsevers Publishing, 2009.

35. Güler M. *Sağlık Terimleri Sözlüğü*, Timaş Yayınları, İstanbul, 2009.

36. Gözüm S, Çapık C. “Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2014, 7(3); 230-237. file:///C:/Users/user/Downloads/103-1742-1-PB%20(3).pdf Erişim Tarihi: 02.02.2018

37. Edelman CL, Mandle CL. *Health Promotion Throughout The Lifespan*, Fourth Edition, Mosby Company, Philadelphia, 1998: 4-6.

38. Ardıç A. *Adolesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları* (Tez). İstanbul Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2008.

39. Kocaakman M. *İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu Birinci ve Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları* (Tez). Haliç Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2009.

40. Aksoy G. “Birincil ve İkincil Korumada Hemşirenin Rolü”, Topuz E, Aydınler A, Nafiz A. *Klinik Onkoloji Kitabı*, Tunç Matbaa, İstanbul, 2000: 340-345.

41. Sertçelik E. *Üniversiteli Gençlerin Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi* (Tez). İstanbul Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 1999.

42. Taylor C, Lillis C, Lemone P, Lynn P. *Fundamentals of Nursing*, LWW Publishing, USA, 2008.

43. Black MJ, Hawks JH. *Medical-Surgical Nursing*, Saunders Elsevier Publishing, USA, 2009.

44. Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, Vehbi Koç Yayınları, İstanbul, 2005.

45. Tiryaki K. *Üniversitede Görev Yapan Akademik Personelin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi* (Tez). Gaziantep Üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2013.

46. World Health Report, 1985. <http://www.who.int/whr/previous/en/> Erişim Tarihi: 02.02.2018.

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

48. O’Donnell MP. “Definition of Health Promotion 2.0: Embracing Passion, Enhancing Motivation, Recognizing Dynamic Balance, and Creating Opportunities”, *American Journal of Health Promotion*, 2009, 24(1); 4-5.

49. Kaymaz A. *Halk Sağlığı Ders Notları-1*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2001.
50. Bostan N. *Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışını Etkileyen Faktörler* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2013.
51. Conner M, Norman P. *Predicting Health Behaviour*, Second Edition, McGraw-Hill Education, New York, 2005.
52. Champion VL, Skinner CS. "The health belief model", Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, Fourth Edition, Jossey-Bass, San Francisco, 2008.
53. Rohleder P. *Critical issues in clinical and health psychology*, SAGE Publications, London, 2012.
54. Çalık A, Kapucu S. "Diyabetli Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli", *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2017, 4(2); 62-75. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/337196> Erişim Tarihi:03.02.2018.
55. Ersin F, Bahar Z. "Sağlığı Geliştirme Modelleri'nin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi: Bir Literatür Derlemesi", *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2012, 5(1); 28-38.
56. Pender NJ. *Health Promotion Model Manuel*, 2011. https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf Erişim Tarihi:03.02.2018.
57. Delaney FG. "Nursing And Health Promotion: Conceptual Concerns", *Journal of Advanced Nursing*, 1994, 20(5); 828-835.
58. Hardrick G, Lindse E. "Health Promotion Nursing Practice: The Demise of Nursing Process", *Journal of Advanced, Nursing*, 1996, 23(1); 106-112.
59. Özkan S, Yılmaz E. "Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları", *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2008, 3(7); 89-105.

60. Gochman DS. *Health Behavior Emerging Research Perspectives*, Springer, New York, 1988.

61. Spradley BW. “*Community Health Nursing: Concepts and Practice*”, Division of Scott Prossman and Company, England, 1990.

62. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2008, 12(1); 1-12.

63. Battorf JL, Johnson JL. “The Effects of Cognitive-Perceptual Factors on Health Promotion Behavior Maintenance”, *Nursing Research*, 1996, 45(1); 30-36.

64. Akyol A, Bilgiç P, Ersoy G. *Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008.

65. Özer K. *Fiziksel Uygunluk*, 1.Basım, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2001.

66. Tayar M, Korkmaz NH. *Beslenme Sağlıklı Yaşam*, 2.Baskı, Nobel Yayın, Ankara, 2007.

67. Ünal M. *Sağlıklı Yaşam: Sağlıkın Geliştirilmesi*, 1.Baskı, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, 2013.

68. Aktürk Z. *Sağlıklı Yaşam: Beden Eğitimi Danışmanlığı*, 1.Baskı, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, 2013.

69. Baysal A, *Genel Beslenme*, Hatipoğlu Yayıncılık, Ankara, 2002.

70. Karakoç A. *Sınıf Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi (Tez)*. Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2006.

71. Kavas A. *Sağlıklı Yaşam İçin Doğru Beslenme*, 3. Basım, Literatür Yayıncılık, İstanbul, 2003.

72. Black JM, Matassarin JE. *Medical Surgical Nursing*, Saunders Company, USA, 1997.

73. Esen F, Turgut A. *Sağlıklı Yaşam: Sağlıklı Yaşamının Önemi*, 1.Baskı, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, 2013.
74. Sönmezer H. *Kayseri İL Merkezi'nde Seçilmiş Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 18-64 Yaş Grubu Kadınların Sağlıkla İlgili Yaşam Biçimi Davranışları* (Tez). Erciyes Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2009
75. Baysal A. "Sağlıklı Beslenme: Uzmanların Önerisi ve Tüketici Algılaması", *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 1998, 27(2); 1-4.
76. Dedeli Ö, Karadeniz G. "Kanser Ağrısının Kontrolü ile Psikososyal-Spiritüel Modelin Birleştirilmesi", *Ağrı*, 2009, 21(2); 45-53.
http://www.manevibakim.com/bilim_alanlari/manevi_bakim/makale_12.pdf Erişim Tarihi: 03.02.2018
77. Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. "Spirütüel Bakım ve Hemşirelik", *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2007, 8(1); 47-50.
78. Velioglu P, Pektekin Ç, Şanlı T. *Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler*, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, 1991.
79. Özcan A. *Hasta Hemşire İlişkisi ve İletişim*, Sistem Ofset, Ankara, 2006.
80. Chen M. "The Effectiveness of Health Promotion Counseling to Family Caregivers", *Public Health Nursing*, 1999, 16(2); 125-132.
81. Arkanoc S. *Grup İlişkileri*, Alfa Basın Yayın Dağıtım, İstanbul, 1993.
82. Cüceloğlu D. *İnsan ve Davranışı*, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1994.
83. Aydın Ş, Örnek AŞ, *Kriz ve Stres Yönetimi*, 2.Baskı, Detay Yayıncılık, Ankara, 2008.
84. Kanan N. "Nöroşirürji Ameliyathane Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları", *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2011, 19(3); 179-186.
85. Erdemir F. "Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi", *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998, 2(1); 59-63.

86. Yılmaz S, Hacıhasanoğlu R, Çiçek Z. “Hemşirelerin Ruhsal Durumlarını İncelenmesi”, *Sürekli Tıp Dergisi*, 2006, 15(6); 92-97.

87. Aslanbay Ş. *Yoğun Bakım Hemşirelerinin Profesyonel Davranışlarının Belirlenmesi* (Tez). İstanbul Medipol Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2015.

88. Parlar S. “Sağlık Çalışanlarında Gözardı Edilen Bir Durum: Sağlık Çalışanlarının Sağlığı”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2008, 7(6); 547-554.

89. İncesli A. *Çalışma Ortamında Hemşirelerin Sağlığını ve Güvenliğini Tehdit Eden Risk Faktörlerinin İncelenmesi* (Tez). Çukurova Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2005.

90. Esin NM, Sezgin D. “Yoğun Bakım Ortamında Çalışan Güvenliği: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Ortamı ve Mesleki Riskleri”, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2012, 16(1); 14-20.

91. On B. *Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi ile İlgili Görüşleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları* (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2016.

92. Cürcani M, Tan M, Özdelikara A, “Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010, 9(5); 487-492.

93. Ballıel N, *Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Hemşirelerinde Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları ve ilişkili Faktörler* (Tez). Ankara Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2009.

94. Pasinlioğlu P, Gözüm S. “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998, 2(2); 60-68.

95. Uz D. *Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Etkililik Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi* (Tez). Gazi Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2011.

96. Çetin FE. *Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Merkez İlçelerin Toplum Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi* (Tez). Gazi Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2015.

97. Ağar A. *Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi* (Tez). Gaziantep Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2017.

98. Erzincanlı S, Zaybak A, Khorshid L. “Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Zaman Yönetimi Becerileri”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2015, 31(2); 8-25.

99. Al-Kandari F, Vidal VL. “Correlation of the Health-promoting Lifestyle, Enrollment Level, and Academic Performance of College of Nursing Students in Kuwait”, *Nursing & Health Sciences*, 2007, 9(2); 112-119.

100. Hawks RS, Madanat HN, Merrill RM, Goudy MB, Miyagwa TA. “Cross-Cultural Comparison of Health promoting Behaviours Among College Students”, *The Journal of Health Education*, 2002, 5(1); 84-92.

101. Küpeli E. *Çukurova Üniversitesi Doktora Öğrencilerinin Öz Yeterlilik Algılarının ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi* (Tez). Çukurova Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2015.

102. Kuşdemir DC. *Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi* (Tez). İstanbul Medipol Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2015.

103. Lee RLT, Yuen Loke AJT. “Health-promoting Behaviors and Psychosocial Well-being of University Students in Hong Kong”, *Public Health Nursing*, 2005, 22(3); 209-220.

104. Kılıç L. *Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Bazı Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi* (Tez). İstanbul Gelişim Üniversitesi, Antrenörlük Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2017.

105. Gürsel N. *Öğretim Elemanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi* (Tez). Celal Bayar Üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2015.

106. Tokuç B, Berberoğlu U. “Edirne Merkez İlçe İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerde Sağlığı Geliştirici Davranışlar”, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007, 6(6); 10-16.

107. İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. “Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, 3(3); 34-44.

108. Altıparmak S, Kutlu A. “15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler”, *TAF Prev Med Bull*, 2009, 8(5); 421-426.

109. Can G, Özdiilli K, Erol Ö, Ünsar S, Tülek Z, Savaşer S, ÖzcanS, Durna Z. “Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in İstanbul, Turkey”, *Nursing and Health Sciences*, 2008, 10(4); 273-280. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19128303> Erişim Tarihi: 05.2.2018

110. Tuğut N, Bekar M. “Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 11(3); 17-26.

111. Karadeniz G, Uçum E, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. “Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”, *TAF Prev Med Bull*, 2008, 7(6); 497-502.

112. Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, Yorgancı E ve ark. “Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi”, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2008, 7(1); 59-64.

113 Ünalın D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. “Meslek yükseköğretilerinin sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi”, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2007, 14(2); 101-109.

114. Saydam B, Bozkurt Ö, Hadımlı A, Can H, Soğukpınar N. “Riskli Gebelerde Öz-bakım Gücünün Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi”, *Perinatoloji Dergisi*, 2007, 15(3); 131-139.

https://www.researchgate.net/publication/242201827_Riskli_Gebelerde_Oz-Bakim_Gucu'nun_Saglikli_Yasam_Bicimi_Davranislarina_Etkisinin_Incelenmesi

Erişim Tarihi:05.02.2018

115. Altay B. “Samsun 6 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Evli Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”, *O.M.Ü. Tıp Dergisi*, 2006, 23(1); 1-8.

116. Arslan C, Ceviz D. “Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi”, *Fırat Üniversite Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2007, 21(5); 211-220.

117. Al Ma'aitah R, Haddad L, Umlauf M. “Health Promotion Behaviors of Jordanian Women”, *Health Care for Women International*, 1999, 20; 533-546.

118. Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. “Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi”, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2011, 8(2); 277-332. <https://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/1401> Erişim Tarihi: 04.02.2018

119. Choi Hui W. “The Health-promoting Lifestyles of Undergraduate Nurses in Hong Kong”, *Journal of Professional Nursing*, 2002, 18(2); 101-111.

120. Sohng KY, Sohng S, Yeom H. “Health-promoting Behaviors of Elderly Korean Immigrants in the United States”, *Public Health Nursing*, 2002, 19(4); 294-300.

121. Duffy ME. “Determinants of Reported Health Promotion Behaviors in Employed Mexican American Women”, *Health Care for Women International*, 1997, 18(1); 149-163.

122. Khaghanyrad E. *İki Farklı Ülkede Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları* (Tez). Atatürk Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.

123. Griffith HW. *Spor Sakatlıkları Rehberi*, Birol Yayınevi, İstanbul, 2002.

124. Speck RN. “Exercise and Physical Activity”, *Holistic Nursing Practice*, 2002, 17(1); 24-31.

125. Demir H. *Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Çalışan Güvenliği Konusundaki Farkındalıkları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları* (Tez). Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2016.

126. Sabancıoğullarından Y. *Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dışı Fakülte Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi* (Tez). Çukurova Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2010.

127. Tekin M. *Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Kamu Hastanesinde Çalışan Hekimler Açısından İncelenmesi: Denizli İl Merkezi Örneği* (Tez). Beykent Üniversitesi, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2015.

128. İmer A. *Üniversitede Görev Yapan İdari Personelin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi* (Tez). Gaziantep Üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2013.

EK-1

GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Sayın meslektaşım,

Hemşire, sağlık düzeyinin yükseltilmesi, hastalığın önlenmesi, hastanın bakım ve rehabilitasyon çalışmalarında hemşirelik bakımını planlama, uygulama ve değerlendirme yeteneği olan belirli bir eğitim programını tamamlamış bir sağlık ekibi üyesidir. Hemşireliğin temel sorumluluğu bireyin, ailenin ve toplumun bedensel ve ruhsal yönden sağlıklı olmasına yardımcı olmaktır. Sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili önemli görev ve sorumlulukları olan hemşirenin, öncelikle kendi sağlığını korumak ve geliştirmek için gerekli yaşam biçimi davranışını kazanmış olması beklenendir(Kılıç,2012;Güner ve Demir,2003).

“Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi” başlıklı araştırmamızda ameliyathane ve yoğun bakımdaki hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirmelerinde ve hemşirelerin kendi sağlıklarını koruma ve geliştirme hedeflerine ulaşmalarına katkı sağlayıcı öneriler getirmektir.

Bu araştırma; ameliyathane ve yoğun bakımlardaki hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır

Tamamen akademik bir amaçlı olan bu araştırma için bir ücret talep edilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmak ya da katılmamak konusunda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Çalışmaya katılmak istemezseniz ya da çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz; araştırmaya haberdar ederek çalışmadan çekilebilirsiniz. Bu çalışmada kayıtlar yasaların öngördüğü şekilde ve araştırmacı tarafından toplanacak, veriler güvenli bir şekilde saklanacaktır.

İlginizden ve desteğinizden dolayı teşekkür ederiz.

Yukarıda, araştırma ile ilgili metni okudum. Araştırmaya katılmama hakkı ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğumu biliyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Ad- Soyadı:

İmza:

Araştırmacı:

Fatma GENÇGÜN

Okan Üniversitesi Sağ. Bil. Ens.

Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

fatma_gencgun@hotmail.com

05354018565

Danışman:

Prof. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU

Osmangazi Üniversitesi Sağ. Bil. Fak.

Öğretim Üyesi

nkosgeroglu@gmail.com

EK-2

AMELİYATHANE VE YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Değerli Meslektaşım,

Bu anket sağlık durumunuz ve yaşamınız ile ilgili davranış ve düşüncelerinizi belirlemek için hazırlanmıştır. Yaşam biçiminizi belirleyen sorular vardır. Vereceğiniz bilgiler doğrultusunda hazırlanacak sağlık programları, daha sağlıklı bir yaşam sürmenize olanak sağlayacaktır. İsim yazmanız gerekmemektedir. Verilen tüm cevaplar gizli tutulacaktır. Bu nedenle lütfen size en uygun cevapları form üzerinde işaretleyiniz.

Saygılarımla;

Danışman; Prof.Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU	Araştırmacı; Hem. Fatma GENÇGÜN
Okan Üniversitesi	Okan Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi	Yüksek Lisans Öğrencisi

1.Yaşınız:

A)18-25 B)26-35 C)36-45 D)46 ve üzeri

2.Cinsiyetiniz:

A)Kadın B)Erkek

3.Medeni durumunuz:

A)Evli B)Bekar

4.Evli iseniz çocuğunuz var mı?

A)Evet B)Hayır

5.Kaç çocuğunuz var?

6.Yaşantınızın büyük çoğunluğunu nerede geçirdiniz?

A)Köy B)İlçe C)Şehir D)Büyükşehir E)Yurtdışı

7.Ailenizin tipi:

A)Çekirdek aile B)Geniş aile C)Parçalanmış aile

8.Öğrenim durumunuz nedir?

A)Sağlık Meslek Lisesi B)Ön Lisans C)Lisans D)Yüksek Lisans

9.Toplam çalışma süreniz kaç yıldır?

A)1-5 yıl B)6-10 yıl C)11 yıl ve üzeri

10.Çalışma ortamınızdan memnun musunuz?

A)Evet B)Hayır

11.Dinlenmeden aralıksız kaç saat çalışıyorsunuz?

A)1-2 B)3-5 C)6-8

12.Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?.....

13.Çalışma şekliniz nedir?

A)Gündüz B)Gece C)Gece-Gündüz

14.Nöbet tutuyorsanız ayda kaç nöbet tutuyorsunuz?

A)1-2 B)3-5 C)5'ten fazla

(15. ,16. ,17. ve 18.soruları yoğun bakım servis hemşireleri dolduracaktır.)

15.Çalıştığınız vardiyada ortalama kaç hastaya bakıyorsunuz?

A)1 B)2 C)3 D)4 ve üzeri

16.Yoğun Bakım hemşiresi olmak sizi mutlu ediyor mu?

A)Evet B)Hayır

17.Hangi Yoğun Bakım Ünitesinde çalışıyorsunuz?

A)Yenidoğan Yoğun Bakım

B)Çocuk Yoğun Bakım

C)Genel Yoğun Bakım

D)Kalp Damar Yoğun Bakım

E)Koroner Yoğun Bakım

F)Diğer

18.Yoğun Bakım Ünitesindeki toplam çalışma süreniz kaç yıldır?

A)1-3 yıl B)4-6 yıl C)7-10 yıl D)10 yıl ve üzeri

(19. ,20. ,21. ,22. ve 23. sorular ameliyathane hemşireleri tarafından doldurulacaktır.)

19.Günde kaç ameliyata giriyorsunuz?

A)1-3 B)4-6 C)6'dan fazla

20.Ameliyatlar arasında dinlenmeye vakit bulabiliyor musunuz?

A)Evet B)Hayır C)Bazen

21. Ameliyathanedeki toplam çalışma süreniz kaç yıldır?

A)1-3 yıl B)4-6 yıl C) 7-10 yıl D)10 yıl üzeri

22. Ameliyathane Hemşiresi olmak sizi mutlu ediyor mu?

A)Evet B)Hayır

23. Ameliyathanede nöbet tutuyor musunuz?

A)Evet B)Hayır

24. Öğünlerinizi zamanında gerçekleştirebiliyor musunuz?

A)Evet B)Hayır

25. Düzenli sağlık kontrollerinizi yaptırıyor musunuz?

A)Evet B)Hayır

26. Kronik bir hastalığınız var mı?

A)Var B)Yok

27. Son 6 ayda ciddi bir hastalık geçirdiniz mi?

A)Evet B)Hayır

28. Şu andaki sağlık durumunuzu nasıl yorumlarsınız?

A)Çok İyi B)İyi C)Kötü D)Çok kötü

29. Egzersiz yapıyor musunuz?

A)Evet,düzenli olarak yapıyorum B)Bazen yapıyorum C)Hayır,yapmıyorum

30. Daha önce Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile ilgili hizmet içi bir eğitim aldınız mı?

A)Evet B)Hayır

EK-3

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II:

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınız için size uygun seçeneği işaretleyiniz.

Alışkanlıklar	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1. Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.				
2. Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
3. Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.				
4. Düzenli bir egzersiz programı yaparım.				
5. Yeterince uyurum.				
6. Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim.				
7. İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8. Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.				
9. Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10. Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi).				
11. Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.				
12. Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.				
13. İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.				
14. Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.				
15. Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.				
16. Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm.				
17. Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.				
18. Geleceğe umutla bakarım.				
19. Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
20. Her gün 2-4 öğün meyve yerim.				
21. Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda baksa bir sağlık personeline danışırım.				
22. Bos zamanlarımda yüzmeye, dans etmeye, bisiklete binmeye gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.				
23. Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				
24. Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim.				

25. Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26. Her gün 3-5 öğün sebze yerim.				
27. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.				
28. Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.				
29. Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30. Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31. Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.				
32. Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.				
33. Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
34. Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim).				
35. İş ve eğlence zamanımı dengelerim.				
36. Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37. Yakın dostlar edinmek için caba harcarım.				
38. Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez turu gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.				
39. Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.				
40. Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.				
41. Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.				
42. Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.				
43. Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.				
44. Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.				
45. Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.				
46. Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.				
47. Yorulmaktan kendimi korurum.				
48. İlahi bir gücün varlığına inanırım.				
49. Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.				
50. Kahvaltı yaparım.				
51. Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				
52. Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.				

KATKILARINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ

EK-4

ETİK KURUL KARARI:

OKAN ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 08.11.2017

Toplantı Sayısı: 88

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özeydin	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)


Okan Üniversitesi Etik Kurulu 08.11.2017 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;


Karar 7. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik bölümünden **Fatma GENÇGÜN**'ün "Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi" başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.




Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)




Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan
(Üye)



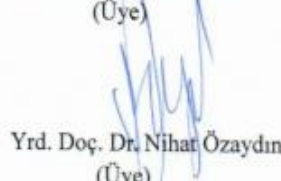
Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)



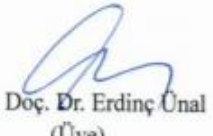
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)




Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Nihat Özeydin
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye)

EK-5

HASTANE İZİNİ:



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 30279032-799
Konu : Araştırma İzni Fatma GENÇGÜN

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Kamu Hastaneleri Başkanlığı -5)

İlgi : 18/01/2018 tarihli ve 71211201-799-21 sayılı yazınız.

Okan Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Fatma GENÇGÜN'ün "**Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sağlık Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi**" adlı tez çalışmasını Hastanemiz bünyesinde yapabilme talebi, Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Gökhan Tolga ADAŞ
Başhekim

Özlük Birimi

Faks No:

e-Posta: sanem.acikgoz@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
Haseki Sultan Mah. Haseki Cad. (Haseki E.A.H. Yeni Poliklinik Binası)
Fatih/İSTANBUL Tel : 0212 529 44 43/44 Dahili:1251

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0f6b2d37-2a68-42c9-92b6-631293c981e1 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Sanem AÇIKGÖZ

Unvan:FİRMA

Telefon No:0212-529-44-44/43

EK-6

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİNİ:



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - (E-İSK)İSTANBUL
İDARI HİZMETLER BİRİMİ - 3
23/02/2018 14:16 - 71211201 - 799 - E.204



Sayı : 71211201-799
Konu : Araştırma İzni Fatma GENÇGÜN

OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İlgi : 15/12/2017 tarihli ve 71211201-93919723 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazı ile Üniversiteniz Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Fatma GENÇGÜN'ün "Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi" adlı tez çalışmasını yapabilme talebi tarafımıza bildirilmiştir.

Söz konusu çalışmanın İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dt. Şule TUYGÜN
Müdür a.
Başkan Yardımcısı

EKLER:
Yazı Örneği (1 adet)

Eğitim Araştırma Geliştirme Birimi
Zafer Mh. Çınar Sk. No:2 Bahçelievler/İSTANBUL Tel: 0212 987 11 72

İrtibat: Sema MERAL

Evrağın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0f6b2d37-2a68-42e9-92b6-631293c981e1 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-7

ÖLÇEK İZİNİ

Sağlıklı Yaşam Biçimi Dav... x

Güvenli | https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/15f151588dfd7d99

Google

Gmail • 86 ileti dizisinden 61

E-POSTA YAZ

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II İzni Gelen Kutusu x

Gelen Kutusu

Yıldızlı

Önemli

Gönderilmiş Postalar

Taslaqlar

Kategoriler

Sosyal

Tanıtlar (66)

fatma +

Yakın zamanda gerçekleşen bir sohbet yok

Yeni bir tane başlatın

fatma gengün <fatma.gengun@gmail.com> 13.10.2017

Alici: aygulkissal, aysebeser, fatmaersin1, nihal.gordes, zbahar

Değerli Hocam...

Okun üniversitesi cerrahi hemşireliği yüksek lisans öğrencisim. Aynı zamanda Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi ameliyathane hemşiresiyim. Danışman hocam Prof. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU "Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Değerlendirmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmamı yapabilmek için "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" ölçeğinizi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi ameliyathaneleri ve yoğun bakım hemşirelerinde kullanmak üzere izninizi rica ediyorum.

Saygılarımla...

Mail Delivery Subsystem 13.10.2017

Adres bulunamadı aygulkissal@gop.edu.tr e-posta adresi bulunamadığından ileti...

Zuhal Bahar <zbahar@ku.edu.tr> 13.10.2017

Alici: bana

Sayın Gençgün,
Ölçeğinizi çalışmamda kullanabilirsiniz.
Çalışmalarınız da başarılar dilerim.
Sevgilerimle,
Zuhal Bahar

From: fatma gengün (mailto:fatma.gengun@gmail.com)
Sent: Friday, October 13, 2017 1:19 PM
To: aygulkissal@gop.edu.tr; aysebeser@ku.edu.tr; fatmaersin1@gmail.com; nihal.gordes@deu.edu.tr; zbahar@ku.edu.tr
Subject: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II İzni

Yanıtlamak veya Yönlendirmek için burayı tıklayın

ÖZGEÇMİŞ

1. Kişisel Bilgiler:

Adı:	Fatma	Soyadı:	Gençgün
Doğum Yeri:	Sinop	Doğum Tarihi:	25.11.1990
Uyruğu:	T.C	Tel:	-
Email:	fatma.gencgun@gmail.com		

2. Öğrenim Durumu:

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Y. Lisans	Hemşirelik	Okan Üniversitesi	2014-2018
Lisans	Hemşirelik	Çanakkale 18 Mart Üniversitesi	2008-2012

3. Deneyimler:

Ünvan	Yer	Yıl
Hemşire	Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ameliyathane	2016-
Hemşire	Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis	2013-2016
Hemşire	Amerikan Hastanesi Cerrahi Servisi	2012-2013

4. Akademik Lisans Üstü Eğitim Sınav Bilgisi

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES	70,31474	59,42227	67,62037

5. Bilgisayar Bilgisi:

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office (Word, Excel, PowerPoint, Outlook, OneNote)	İyi
SPSS	Zayıf