



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA
HASTANESİ'NDE GÖREVLİ HEMŞİRELERİN SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE SAĞLIK KAYGISI DÜZEYLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nesibe ŞİMŞEKOĞLU

DÜZCE 2013



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA
HASTANESİ'NDE GÖREVLİ HEMŞİRELERİN SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE SAĞLIK KAYGISI DÜZEYLERİ**

Nesibe ŞİMŞEKOĞLU
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Atilla Senih MAYDA

DÜZCE 2013

KABUL VE ONAY

Halk Sağlığı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütölmüş olan
“Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi
davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri”
adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

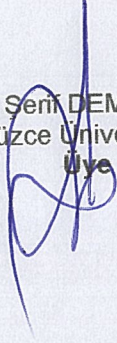
Tarihi: 25/09/2013

TEZ SINAV JÜRİSİ

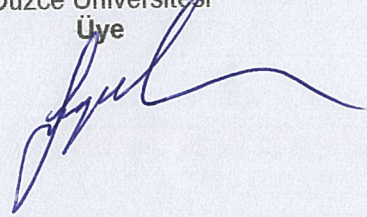


Doç. Dr. Atilla Senih MAYDA
Düzce Üniversitesi
Başkan

Doç. Dr. Serif DEMİR
Düzce Üniversitesi
Üye

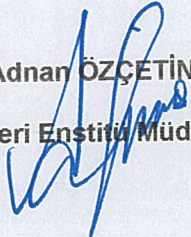


Yrd. Doç. Dr. Şengül CANGÜR
Düzce Üniversitesi
Üye



Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun 31 / 10 / 2013 tarih ve 2013/66 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

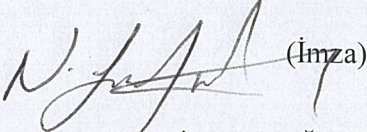
Doç. Dr. Adnan ÖZÇETİN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

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

25/ 09/2013

 (İmza)
Nesibe ŞİMŞEKOĞLU

TEŞEKKÜR

Araştırmanın y¼r¼t¼lmesinde katkılarından dolayı tez danışmanım Doç.Dr. Atilla Senih Mayda'ya, Doç.Dr. Nuray Yeşildal'a, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı ¼ğretim ¼yeleri Prof.Dr. Handan Ankaralı ve Yrd.Doç.Dr. Őeng¼l Cang¼r'e, yaşamımın her d¼neminde olduğu gibi bu aşamada da desteklerini esirgemeyen babam Mehmet Şimşekoğlu, annem G¼lperi Şimşekoğlu, kardeşlerim Zeliha, Fatih ve Merve Şimşekoğlu'na, sonsuz teőekk¼rlerimi sunarım.

Ayrıca, tezin planlanmasından yazımına kadar ¼ok emeği olan, Ağustos 2013'de kaybettiğimiz hocamız Talat Bah¼ebařı'nı rahmetle anıyorum.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KISALTMALAR	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Sağlık Davranışları.....	9
2.2. Sağlığı Koruma.....	10
2.2.1. Birincil Koruma.....	10
2.2.2. İkincil Koruma.....	10
2.2.3. Üçüncül Koruma.....	10
2.3. Sağlığı Geliştirme.....	11
2.3.1. Sağlığı Geliştirmeyi Etkileyen Faktörler.....	13
2.3.2. Sağlığı Geliştirme Modeli.....	14
2.3.2.1. Sağlık Geliştirme Modeli'nin Bileşenleri.....	14
2.3.3. Sağlık İnanç Modeli.....	17
2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	17
2.4.1. Kendini Gerçekleştirme.....	18
2.4.2. Sağlık Sorumluluğu.....	19
2.4.3. Egzersiz ve Fiziksel Aktivite.....	20
2.4.4. Beslenme.....	21
2.4.5. Kişiler Arası Destek.....	24
2.4.6. Stres Yönetimi.....	25
2.4.6.1. Stresle Karşılaşan Bireyin Gösterdiği Tepkiler.....	25
2.4.6.2. Stresin Sağlığa Etkileri.....	26
2.4.6.3. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri.....	26
2.5. Sağlığı Geliştirmede Hemşirenin Rolü.....	27

2.6. KAYGI.....	31
2.6.1. Kaygının Düzeyleri.....	31
2.6.2. Kaygı ve Korku Kavramlarının Açıklanması.....	32
2.6.3. Sağlık Kaygısı.....	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
3.1. Araştırmanın Tipi	35
3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri.....	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	35
3.4. Veri Toplama Araçları	36
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	36
3.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği	36
3.4.3. Sağlık Kaygısı Envanteri	38
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	39
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	39
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	40
3.8. Araştırmanın Amacı ve Hipotezler.....	40
3.9. Araştırmanın Etiği.....	40
3.10. Araştırmanın Süresi	40
4. BULGULAR.....	41
5. TARTIŞMA	87
5.1. Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde görevli hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Özellikleri.....	87
5.2. Hemşirelerin SYBD Ölçeği Puan Ortalamaları ile Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki.....	90
5.3. Hemşirelerin SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeği Puan Ortalamaları ile Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki.....	95
5.4. Hemşirelerin SYBDÖ ile SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Davranış Ölçeği Arasındaki İlişki.....	98

5.5. SYBDÖ Puan Ortalaması ile Bağımsız Değişkenlerin (hanedeki birey sayısı, çalışma süresi, yaşamın çoğunun geçirildiği yer) Çoklu Regresyon Sonuçları.....	98
5.6. Sağlık Kaygısı Envanteri Puan Ortalaması ile Bağımsız Değişkenleri (mülkiyet durumu ve hanedeki birey sayısı) Çoklu Regresyon Sonuçları.....	99
5.7. Kaçınma Davranış Ölçeği Ortalaması ile Bağımsız Değişkenlerin (çalıştığı birim) Çoklu Regresyon Sonuçları.....	99
5.8. Güvenlik Arama Davranış Ölçeği Ortalaması ile Bağımsız Değişkenlerin (cinsiyet) Çoklu Regresyon Sonuçları	99
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	100
6.1. SONUÇLAR.....	100
6.2. ÖNERİLER.....	102
7. KAYNAKLAR.....	103

KISALTMALAR

BKİ	Beden Kitle İndeksi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
SKE	Sağlık Kaygısı Envanteri
SYBDÖ	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Sağlığı Geliştirme Modeli.....	16
Şekil 2. Maslow'un Gereksinim Kuramı.....	18

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Sağlığı Koruyan ve Geliştiren Davranış Örnekleri.....	12
Tablo 2. SYBD Ölçeğinin Madde Sayısı ve Puan Aralıkları.....	37
Tablo 3. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	41
Tablo 4. Hemşirelerin Sosyo-Ekonomik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	42
Tablo 5. Hemşirelerin Genel Sağlık Durumuna Göre Dağılımı.....	43
Tablo 6. Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı.....	44
Tablo 7. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	46
Tablo 8. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı.....	48
Tablo 9. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	50
Tablo 10. SYBD Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları.....	52
Tablo 11. Yaş Gruplarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	53
Tablo 12. Cinsiyetine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	54
Tablo 13. Medeni Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	55
Tablo 14. Çocuk Sayısına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	56
Tablo 15. Eğitim Duruma Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	57
Tablo 16. Yaşamın Büyük Çoğunluğunun Geçirildiği Yere Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	58
Tablo 17. Ekonomik Duruma Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	59
Tablo 18. Çalışma Yılına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	60
Tablo 19. Çalıştığı Birime Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	61
Tablo 20. Çalışma Şekline Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	62
Tablo 21. Ayda Tutulan Nöbet Sayısına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	63

Tablo 22. İşinden Memnuniyet Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	64
Tablo 23. Kronik Hastalık Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	65
Tablo 24. Sigara İçme Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	66
Tablo 25. Sağlık Kaygısı Envanteri, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları.....	67
Tablo 26. Yaş Gruplarına Göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları.....	68
Tablo 27. Cinsiyetine Göre SKE, MSÖ, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin puan ortalamaları.....	69
Tablo 28. Medeni duruma göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları.....	70
Tablo 29. Çocuk Sayısına Göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları.....	71
Tablo 30. Eğitim Durumuna Göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları.....	72
Tablo 31. Yaşamın Büyük Çoğunluğunun Geçirildiği Yere Göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları.....	73
Tablo 32. Çalışma Yılına Göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları.....	74
Tablo 33. Ekonomik Duruma Göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları.....	75
Tablo 34. Hastalık Durumuna Göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları.....	76

Tablo 35. Çalışma Şekline Göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları.....	77
Tablo 36. Ayda Tutulan Nöbet Sayısına Göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları.....	78
Tablo 37. İşinden Memnuniyet Durumuna Göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları.....	79
Tablo 38. Hastalık Durumuna Göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları.....	80
Tablo 39. Sigara İçme Durumuna Göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları.....	81
Tablo 40. Hemşirelerin SYBDÖ ile SKE, Kaçınma davranış ölçeği ve Güvenlik Arama Davranış Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	82
Tablo 41. SYBDÖ Puan Ortalaması ile Bağımsız Değişkenlerin (hanedeki birey sayısı, çalışma süresi, yaşamın çoğunun geçirildiği yer) Çoklu Regresyon Sonuçları.....	83
Tablo 42. Sağlık Kaygısı Envanteri Puan Ortalaması ile Bağımsız Değişkenlerin (mülkiyet durumu ve hanedeki birey sayısı) Çoklu Regresyon Sonuçları.....	84
Tablo 43. Kaçınma Davranış Ölçeği Puan Ortalaması ile Bağımsız Değişkenlerin (çalıştığı birim) Çoklu Regresyon Sonuçları.....	85
Tablo 44. Güvenlik Arama Davranış Ölçeği Puan Ortalaması ile Bağımsız Değişkenlerin (cinsiyet) Çoklu Regresyon Sonuçları.....	86

ÖZET

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ'NDE GÖREVLİ HEMŞİRELERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE SAĞLIK KAYGISI DÜZEYLERİ

Nesibe ŞİMŞEKOĞLU

Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tez Danışmanı Doç. Dr. Atilla Senih MAYDA

Eylül 2013, 118 sayfa

Bu çalışma, Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeylerini belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan 206 hemşire oluşturmaktadır. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği ve Sağlık Kaygısı Envanteri ile toplanmıştır. Ayrıca Sağlık Kaygısı Envanterine güvenlik arama ve kaçınma davranışını saptamak amacıyla iki alt ölçek eklenmiştir. Veriler SPSS 15.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirmede Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart Sapma, Minimum, Maximum, t Testi, Varyans Analizi, Korelasyon ve Regresyon Analizi kullanılmıştır. Araştırma sonucunda hemşirelerin SYBD ölçeği puan ortalamasının orta düzeyde olduğu ($119,97\pm 1,4$), en yüksek puanın kendini gerçekleştirme ($35\pm 0,4$) alt ölçeğinden alındığı, bunu sağlık sorumluluğu ($23\pm 0,38$), kişilerarası destek ($19,45\pm 0,23$), stres yönetimi ($16,6\pm 0,25$), beslenme ($15,7\pm 0,23$) ve egzersiz'in ($9,34\pm 0,25$) izlediği saptanmıştır. Hemşirelerin sağlık kaygısı puan ortalaması düşük bulunmuştur ($54,5\pm 0,78$). Yapılan çoklu regresyon analizi sonucu sağlıklı yaşam biçimi üzerinde hanedeki birey sayısı, çalışma süresi ve yaşamın çoğunun geçirildiği yerin belirleyici olduğu, sağlık kaygısı içinse mülkiyet durumu ve hanedeki birey sayısının belirleyici olduğu saptanmıştır. Bekar, 20-24 yaş grubunda ve yaşamın çoğunu köyde geçirenlerin egzersiz yapma alışkanlıkları yüksek bulunmuştur. Evli ve iki çocuk sahibi hemşirelerin beslenme alışkanlıkları iyi iken ayda ortalama 10-12 nöbet tutanların beslenme alışkanlıklarının kötü olduğu saptanmıştır. Çalışma süresi bir yıldan az olanların kişilerarası destekleri yüksek düzeydedir. Geliri giderine denk olanların ve kronik hastalığı olmayanların stres yönetiminin iyi olduğu, işinden memnun olanların kendini gerçekleştirme düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bir çocuk sahibi hemşirelerin sağlık kaygısı yüksek bulunmuştur. Erkeklerin kaçınma davranışı, kadınların güvenlik arama davranış puanı yüksek bulunmuştur. SYBD ölçeği ile SKE arasında ilişki saptanmamıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Hemşireler, Sağlık, Sağlık davranışı, Yaşam Biçimi

ABSTRACT

THE LEVEL OF HEALTH ANXIETY AND THE HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS OF NURSES AT DUZCE UNIVERSITY RESEARCH HOSPITAL

Nesibe ŞİMŞEKOĞLU

Master of Thesis, Department of Public Health Informatics

Supervisor: Doç.Dr. Atilla Senih MAYDA

September 2013, 118 pages

This cross-sectional study has been done to determine the level of health anxiety and the healthy life style behaviors of nurses at Duzce University Research Hospital. This study consists of 206 nurses at Duzce University Research Hospital. The data has been collected by using Personal Information Form, Health Promotion Life-Style Profile (HPLSP) and Health Anxiety Inventory (HAI). Additionally two sub-scales have been added to Health Anxiety Inventory to state, “seek for safety” and “avoidance” behaviors. The data has been evaluated by using SPSS 15.0 software. Frequency, Percent, Average, Standard Deviation, Minimum, Maximum, t Test, Variance Analysis, Correlation and Regression Analysis have been used in evaluation. The following data has been determined at the end of the study; The average score of HPLSP (119.97 ± 1.4) was middle level; highest score (35 ± 0.4) was delivered from self-actualization sub-scale and followed by health responsibility (23 ± 0.38), interpersonal support (19.45 ± 0.23), stress management (16.6 ± 0.25), nutrition (15.7 ± 0.23) and exercise (9.34 ± 0.25). Health Anxiety Average Score of nurses was “low” (54.5 ± 0.78). As a result of multiple regression analysis; the number of individuals in the household, working hours and where the individuals spent most of their lives were found effective on healthy lifestyle behaviors. The properties they owned and the number of individuals in the household were effective on health anxiety. Exercise habit of single nurses, aged between 20-24 and spent most of their lives in village was high. The nutrition habit of married nurses with two kids was good; of nurses who did 10-12 night shifts a month was bad. Who work less than one year, their interpersonal support was higher. For those who have equal income and expanses were “better” at stress management. The level of self-realization was “high” for those who are satisfied with their jobs. The ones who had no chronic diseases were “good” at stress management. The health anxiety of nurses have a child was high. ‘Avoidance’ in men; ‘seek for safety’ behaviour in women was ‘high’. There was no relation between HPLSP and HAI Recommendations have been made with the findings of research.

Key Words: Health, Health behavior, Lifestyle, Nurses

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde bilim ve teknoloji alanındaki gelişmeler sağlık hizmetlerine de yansımıştır¹. Sağlık alanındaki gelişmeler bazı hastalıkların nedenlerini açıklayıp sağaltımlarını sağlasa da, bunların yerine yeni “ölüm nedenleri” ortaya çıkmaktadır². Eskiden önemli sağlık sorunlarından biri olan enfeksiyon hastalıkları artık önceliğini kaybetmiştir. Günümüzde bunların yerini kalp-damar hastalıkları, kanser gibi kronik ve dejeneratif tipteki hastalıklar almıştır. Bu hastalıklar genellikle bireylerin yaşam biçimlerinden kaynaklanmakta ve bugün hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunları olarak karşımıza çıkmaktadır³. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) istatistiklerine göre, gelişmiş ülkelerde ölümlerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerde ise %40-50'sinin nedenini, yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar oluşturmaktadır. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi verilerine göre, Türkiye genelinde her iki cinste de en önemli ölüm nedenlerinin iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar ve KOAH olduğu belirtilmektedir⁴. Bulaşıcı olmayan bu hastalıkların oluşumunda kişinin kendi tutum ve davranışının diğeri bir deyişle yaşam biçiminin rolü büyüktür⁵.

Yaşam biçimi bireylerin üzerinde kontrol sahibi olduğu kişisel kararların toplamıdır. Sağlıklı yaşam biçimi ise, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır⁶. Sağlıklı yaşam biçimiyle ilişkili davranışlar; egzersiz, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğı, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi olmak üzere 6 başlık altında gruplandırılmıştır¹.

Sağlıklı bir yaşam biçimini benimseyen bireyler daha sağlıklı beslenmekte, entelektüel kapasiteleri artmakta, kalp-damar hastalıklarından korunmakta, bağışıklık düzeyini arttırmakta, normal beden ağırlığını korumakta ve stresle uygun bir şekilde baş edebilmektedir⁷. Bütün bunların sonucunda ise bireyler kendini daha iyi hissetmekte ve daha pozitif bir bakış açısı kazanmakta, etkin çalışmakta ve hareket etmekte, daha uzun ve daha kaliteli bir yaşam sürmektedir⁴.

Öncelikli görevi sağlık eğitimi aracılığı ile bireylerin sağlığının geliştirilmesine katkı vermek olan sağlık personelinin, sağlık eğitiminin en önemli amaçlarından biri olan, bireylere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmesi ve uygulanmasını sağlaması için kendisinin de bu davranışları sergileyerek, iyi bir model olması gerekir². Oysa ülkemizde genel olarak sağlık personelinin sağlık davranışları bakımından iyi bir model olmadığı gözlenmektedir². Hem birey olarak hem de sağlığın geliştirilmesinden sorumlu durumda olan hemşirelerin sağlık davranışlarının ne düzeyde olduğunun bilinmesi önemlidir⁸.

Freud'a göre kaygı, fiziki ya da sosyal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlayabilme ve hayatı sürdürme fonksiyonlarına katkıda bulunur. Fakat kaygı gerçek dışı ve mantığa aykırı bir niteliğe bürünürse uyum fonksiyonunu yitirir ve normal dışı davranışların ortaya çıkmasına sebep olur. Son elli yılı 'Kaygı Çağı' olarak nitelendirilen yüzyılımızda kaygının tanınmasının ve saptanmasının gereği kendiliğinden ortaya çıkmıştır⁹.

Sağlık kaygısı, kişinin bedensel belirtilerini yanlış yorumlamasına bağlı olarak, ciddi bir hastalığa yakalanmış olduğu inancını ya da yakalanacağı korkusunu taşımasıdır¹⁰. Sağlık kaygısı, hafif formlarında, uygun sağlık hizmetini aramaya ya da sağlık için tehlikeli durumlardan kaçınmaya yardımcıdır. Hipokondriasis olarak da adlandırılan şiddetli sağlık kaygısının ağır formları toplumda az görülür, ancak genel hastane uygulamasında sık karşılaşılr. Panik ataklarla ortaya çıkan şiddetli bedensel belirtiler hastalarca ciddi sağlık sorunları yaşadıkları biçiminde yorumlanmaktadır⁷.

Hemşirelerin çalışma yaşamında karşılaşmış oldukları olumsuz etmenler, iş verimini, ruhsal ve bedensel sağlığını ve sosyal yaşantılarını etkilemektedir. Hemşirelerin maruz kaldıkları kronik stres ile yeni savunma mekanizmaları geliştirerek başa çıkmaya çalıştıkları; bazen bu savunma mekanizmaları ve anksiyete-depresyon yaşantılarının patolojik bir boyutuna ulaşarak tükenmişlik sendromunun gelişmesine neden olabilmektedir¹¹. Yapılan bir çalışmada, gece çalışan sağlık personelinin, gündüz çalışanlara göre daha çok psikiyatrik belirtiler gösterdiği tespit edilmiştir. Bozulan kişiler arası ilişkiler, azalan sosyal destek ve yaşam zorluklarına bağlı olarak yaşam kalitesinde de bozulmalara sebep olur¹².

Hemşireler düzensiz ve ağır iş koşulları, uykusuzluk, acı çeken ve ölmekte olan insanlara hizmet verme gibi nedenlerle kaygı düzeyi yüksek çalışan grubunu oluşturmaktadır. Hemşirelerin sürekli hasta grupla iletişim halinde olması kendi sağlıkları ile ilgili endişe ve kaygılarını arttırmaktadır. Hafif sağlık kaygısı düzeyinde sağlığı koruyucu davranışlarda bulunurlar, sağlık için tehlikeli durumlardan kaçınırlar. Bu da sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyini yükseltir. Şiddetli sağlık kaygısı düzeyinde ise, istenmeyen psikiatrik belirtiler gelişebilir. Aşırı derecede hastalanma korkusu, hemşirelerin hem iş yaşantısını hem sosyal yaşantısını olumsuz etkilemektedir.

Hemşirelerde görülen sağlık kaygısı düzeyini araştıran herhangi bir literatüre rastlanmamıştır. Yapılacak olan araştırmada hemşirelerde görülen sağlık kaygısının, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ne düzeyde etkilediği araştırılacaktır.

ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu alıŐma Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Birçok tanımı yapılmış olan sağlık kavramı tarihsel süreç içerisinde farklılıklar göstermiştir. Eski çağlarda fiziksel bütünlük, toplum içinde var olmanın birinci şartı olarak görülürken, fiziksel yetersizliği olanlar ve dış görünüşleri farklı olanlar toplumdan tecrit edilmişlerdir. Bireylerin sağlıklı sayılabilmesinde ruh sağlığının önemi 19 yy. sonlarına doğru fark edilmiş, ruh ve beden ayırımına gidilmiştir. Yirminci yüzyıl başlarına gelindiğinde, sağlık ve hastalık kavramları “biri var ise diğeri yoktur” anlayışı ile iki uç kavram olarak değerlendirilmeye başlanmıştır¹³. İkinci Dünya Savaşı sırasında bireylerin güçlü stresörlerin etkisiyle ruhsal sorunları yoğun olarak yaşamalarına bağlı olarak, fiziksel yetersizliğin oluşmasında ruhsal etkenlerin önemi anlaşılmıştır. İlk defa Hipokrat etkileşim kuramı ile akıl ile bedenin birbirini etkilediğini savunmuştur. 1926 yılında Kuzey Afrikalı Dr. Christian Smits, sağlığa “holistik” yaklaşımı getirerek bireyin biyolojik, psikolojik, sosyal yönleriyle bir bütün olduğunu vurgulamıştır¹³. Tüm bu gelişmeler ışığında Dünya sağlık örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir¹⁴.

Bütüncül sağlık kavramı ile, bireyin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal boyutlarının birbiriyle etkileşim içinde olduğu, her bireyin birbirinden farklı olarak ailesi, çevresi ve toplumla bir bütün olduğu, sağlık ve hastalığın birbirinden ayrı olarak düşünülmemeyeceği vurgulanmaktadır. Bütüncül sağlık anlayışına göre sağlık kavramının bazı bileşenleri vardır.

Fiziksel Sağlık: Fizik muayene ve tanı işlemleri ile saptanabilen, hastalık ya da bozukluğun olmamasıdır. Fiziksel sağlıkta kişi temel insan gereksinimlerini tam olarak yerine getirebilmelidir.

Spirütüel Sağlık: Kişinin yaşamının anlamını, ölümün kabulünü ve daha yüksek bir güçle bireysel ilişkiyi vurgular. Burada alışılmış fiziksel sınırların ve kısıtlılıkların aşıldığı bir farkındalık düzeyi vardır.

Ruhsal Sağlık: Bireyin duygu, düşünce ve davranışları ile kendisi ve çevresiyle sürekli bir denge ve uyum içinde olmasıdır. Ancak bu denge durağan bir nitelik taşımayıp, değişken bir denge ve esnek bir uyumdur.

Sosyal Sağlık: Bireyin diğer insanlarla olan iletişimi, sevilme, ait olma, iş durumu, aile içi ve çalışma arkadaşları ile ilişkileri, dernekler, tiyatro, sinema gibi yaşamını ve gelişimini etkileyen sosyal uğraşlarının olması sosyal sağlığı belirleyen en önemli faktörlerdir¹⁵.

Erişilebilir en üst düzeyde sağlık hizmeti insan olmanın getirdiği temel haklardan biridir ve bu nedenle hiçbir ayırım gözetmeksizin herkese eşit biçimde sunulmalıdır. Sağlıklı ve insanca bir yaşam, barış ve güvenliğe erişme ve sürdürmenin ön koşullarından biridir. Tüm insanların sağlıklı olması kalkınma ve gelişme açısından da zorunludur. Sağlığın önemini vurgulayan bu görüşler DSÖ ve UNICEF'in birçok yayınında (Ottawa Şartı 1986, Jakarta Deklerasyonu 1992, İnsani Gelişme Raporu 2002) dile getirilmektedir. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesi: "Herkesin kendisi ve ailesinin sağlık ve gönenci için beslenme, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır" diyerek, sağlık hakkını insan haklarından biri olarak kabul etmiştir. Ülkemizde 1982 Anayasasının 56. maddesi "Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir" diyerek sağlık hakkını anayasal hak olarak benimsemiştir¹⁶.

Kopenhag'da DSÖ 48. Avrupa bölge toplantısında herkes için sağlık, '21. yüzyılda 21 hedef' sloganı ile kabul edilmiştir. Sağlık 21'de 11. maddede, 2015 yılına kadar toplumdaki insanların sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemesi amaçlanmıştır. Bu hedef ve stratejilerin en belirgin yönü "sağlığın geliştirilmesi" ve sağlığın geniş bir bakış açısı ile ele alınmış olmasıdır. Ayrıca bireyin fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal iyilik durumunu en üst düzeyde koruma ve geliştirme hedeflenmiştir¹⁷.

Günümüzde bilim ve teknoloji alanındaki gelişmeler sağlık hizmetlerine de yansımış, eskiden önemli sağlık sorunlarından biri olan enfeksiyon hastalıkları artık önceliğini kaybetmiştir. Günümüzde bunların yerini kalp-damar hastalıkları, kanser gibi kronik ve dejeneratif tipteki hastalıklar almıştır. Bu hastalıklar genellikle bireylerin yaşam biçimlerinden kaynaklanmakta ve bugün hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunları olarak karşımıza çıkmaktadır³. Bu durum hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli etken olan yaşam şekillerinin geliştirilmesine yönelik uygulamaların önemini ortaya çıkarmaktadır¹⁸.

2.1. Sağlık Davranışları

Kişisel alışkanlıklarla sağlık arasındaki ilişki kabul edilen bir gerçektir. Bu alışkanlıkların önemli bir bölümünü sağlığı doğrudan etkileyen davranışlar oluşturur. Sağlıkla ilgili alışkanlık iyi kazanılmış ve genellikle otomatik olarak gerçekleştirilen bir sağlık davranışdır. Sağlık davranışı, sağlıklı yaşam biçimi geliştirmesinin ve hastalıklardan korunmanın temelidir¹⁴.

Sağlık davranışı; bireyin sağlıklı olabilmek için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranışı olarak tanımlanmaktadır. Sağlık davranışı yalnızca doğrudan gözlenebilen açık davranışlar değil, dolaylı olarak ölçülebilen mental olayları ve duygu durumlarını da içermektedir. Gochman'a göre kişinin sağlık davranışının içine; inançlar, beklentiler, güdüler, değerler, algılar, kişisel tavırlar, alışkanlıklar ve psikolojik özellikler gibi faktörler girmektedir¹⁹.

İnsanların çoğunluğu temel sağlık alışkanlıklarını bilmelerine rağmen çok azı bunları uygulamaktadır. Sağlığı tehlikeye sokan alışkanlıkları bulunanların sayısı ise fazladır. Kişiler genellikle, hasta oldukları ya da ölümden korktukları zamanlarda sağlıklarının değerini anlar, durumları düzeldiğinde çoğu zaman bunu unuturlar²⁰.

Davranış değişikliği üzerine odaklanan sağlığı geliştirme için, olumlu sağlık davranışının kazandırılması ve sürdürülmesi gerekir. İşte bu noktada bireylerin sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirmelerinde topluma rol model olan sağlık personelinin bireylerin sağlık düzeylerini yükseltmede primer sorumlulukları vardır.

Günümüz sağlık bakım anlayışında hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi konuları üzerinde daha fazla durulduğu görülmektedir. Bu bağlamda “hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması, öz bakım ve sağlıklı yaşam biçimi, yaşam kalitesi, sağlığın geliştirilmesi” gibi kavramlar ağırlıkla ele alınmaya başlanmıştır¹⁵.

2.2. Sağlığı koruma

Sağlığı koruma kavramı, 1953 yılında H.R. Leawell ve E.G. Clark tarafından tanımlanmıştır. Kişilerin kendi sağlıklarını korumak için gerçekleştirdikleri uygulamaları içeren sağlığı koruma davranışı, hastalık ve yaralanma ile karşılaşma olasılığını azaltarak, sağlık risklerinin görölme sıklığını en aza indirmektedir⁵. Erken tanı ile hastalık sürecine girişı önleyici ve erken tedavi ile yetmezlik durumunda var olan kapasiteyi en yüksek düzeye çıkaracak aktiviteleri kapsar²¹.

Sağlığı koruma davranışları koruyucu sağlık hizmetleri anlayışına göre sağlığın her alanında yer almaktadır ve bunlar birincil, ikincil ve üçüncül koruma hizmetleri olarak belirtilmektedir.

2.2.1. Birincil Koruma: Sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu önlemleri kapsar. Bireylerin, ailelerin ve toplumun hastalık riskini azaltıcı davranış geliştirme, sağlıklı yaşam biçimi geliştirme ve koruyucu hizmetlerden yararlanmaya yönelik aktiviteleri içerir. Temiz su, sağlıklı konut, katı ve sıvı atıkların sağlığa zarar vermeyecek duruma getirilmesi gibi çevresel önlemlerin yanı sıra yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, aile planlaması hizmetlerinin sunulması ve kişisel hijyen önlemlerinin alınması birincil koruma uygulamalarındandır⁵.

2.2.2. İkincil Koruma: Birey, aile ve grupların yüksek sağlık düzeyinde korunmasını sağlayarak hastalıkların gelişmesini sınırlar. Hastalıkların yapılan kontrollerle ve taramalarla erken tanı ve tedavisini içerir⁴.

2.2.3. Üçüncül Koruma: Bireyleri hastalıkların tekrarından, komplikasyonlarından ve sakatlıklardan korumaya yönelik hizmetleri kapsar. Üçüncül koruma rehabilitasyona odaklanır ve bireylerin optimum seviyede fonksiyon görmelerini sađlar⁵. Herhangi bir hastalık sonucu bireyde oluşan kalıcı yetmezlik durumlarında var olan kapasiteyi en yüksek düzeye çıkaracak aktiviteleri içermektedir²².

2.3. Sağlığı geliştirme

DSÖ'nün tanımına göre sağlığı geliştirme, insanların kendi kontrollerini arttırma, bireysel ve sosyal sorumluluklarını geliştirmeyi amaçlayan bir süreçtir¹⁵. 20.yy'ın sonlarına doğru hem toplum, hem de siyasi örgütler sağlık bakım politikalarını sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklamıştılar. Her ülke kendi ulusal hedeflerini belirleyerek, hastalıklara yakalanma oranını düşürecek, sağlığın kalitesini yükseltecek ve sağlıklı uzun ömürlü yaşam sürmeyi sağlayacak amaçlara ulaşacak stratejilerini uygulamaya koymaktadır. Bu amaçlara ulaşabilme stratejileri kapsamında hedefler üç bölümde ele alınmaktadır.

- Koruyucu sağlık hizmetlerinin tüm bireylere ulaşmasının sağlanması,
- Çevre sağlığının geliştirilmesi,
- Birey ve topluma sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılarak sağlığın geliştirilmesi²².

Sağlığın geliştirilmesi sadece hastalıkları önlemeye yönelik olmayıp, bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu daha da iyileştirmeyi amaçlar²³. Gelişmiş ülkelerde sağlığın geliştirilmesi ile ilgili politikaların oluşturulması ve uygulanmasında halk sağlığı hemşireleri önemli bir sağlık insan gücü olarak rol almaktadır. Ülkemizde ise, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitiminden özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeli sorumlu tutulmuştur¹⁶.

Sağlığın geliştirmesi için yaşam biçimini değiştirmek ve sağlıklı bir yaşam biçimini benimsemek gerekir⁴. Bu hedefe ulaşılabilmesi için sigara içme, alkol ve madde kullanımı, beslenme davranışları, fiziksel aktivite, şiddet davranışları, sağlıksız kilo kontrolü, aile ile iletişim sorunları ve stres yönetimi gibi riskli davranışlardan kaçınılması gerekir¹⁸.

Tablo 1. Sağlığı Koruyan ve Geliştiren Davranış Örnekleri

Sağlığı Koruyan Davranışlar	Sağlığı Geliştiren Davranışlar
<p>Düzenli Yapılması Gereken Uygulamalar</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pap-Smear, TA kontrolü gibi periyodik muayeneler2. 40 yaşından sonra yılda bir kez gaitada gizli kan aranması,3. İki yılda bir göz muayenesi,4. 6-12 ayda bir diş muayenesi5. 50 yaşından sonra yılda bir kez mamografi6. Yaşa uyan aşılama,7. Tıbbi tedavi ile ilgili şikayetleri değerlendirme,	<p>Kişinin Kendi Kendini Gerçekleştirme</p> <ol style="list-style-type: none">1. Büyüme değişikliklerini izleme,2. Uzun hedefler geliştirilme,3. Gerçek hedeflerini belirleme,4. Yaşamda amaç edinme,5. Mutluluğu ve hoşnutluğu hissetme,6. Güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olma,
<p>Zararlı Alışkanlıklara Yönelik Uygulamalar</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sigara içmeme,2. Alkol almama ya da az alma,3. Kolesterol ve yağdan düşük diyet alma,4. Lifli diyet alma,5. Diyetinde düşük veya orta oranda tuz alma,6. Kafein almama veya sınırlı oranda alma,	<p>Sağlık sorumlulukları</p> <ol style="list-style-type: none">1. Şikayetlerini sağlık sorumlularına iletme,2. Sağlıkla ilgili tartışmalara girme,3. Sağlıkla ilgili yayın okuma,4. Çevre sağlığı programlarına katılma,
<p>Egzersize Yönelik Uygulamalar</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dengeli diyet ile haftada üç kez 20 dk egzersiz yapma,2. Gecede 6-8 saat uyku uyuma,3. Boş zamanlarında eğlenceli aktivitelerde bulunma,	<p>Egzersiz</p> <ol style="list-style-type: none">1. Nabız kontrolü ile egzersiz yapma,2. Haftada üç kez etkili ve düzenli egzersiz yapma,3. Yeni aktiviteler yaratma,
<p>Diğer Uygulamalar</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kendi kendine meme muayenesi,2. Emniyet kemeri kullanma,3. Güneş ışınlarından korunma,4. Günlük hijyen uygulamaları,5. Olumlu kişilerarası ilişkiler kurma.	<p>Beslenme</p> <ol style="list-style-type: none">1. Gıda katkı maddesi içeren besin maddesi kullanmama,2. Günde üç öğün dört besin grubunu tüketme3. Vücut fonksiyonlarını destekleyen koruyan yiyecek tüketme4. Besin sanitasyonuna dikkat etme, <p>Kişiler Arası Destek</p> <ol style="list-style-type: none">1. Problemlerini başkaları ile tartışabilme,2. Dokunmaktan kaçınmama,3. Sevgiyi ifade edebilme, <p>Stres Yönetimi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Günlük gevşeme egzersizleri yapma,2. Stres kaynaklarının farkında olma,3. Dengeli uyku ve egzersiz yapma,4. Stres kontrol yöntemleri kullanma,5. Duygularını ifade etme.

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasında ortak hareketi belirlemek amacıyla, çeşitli örgütler tarafından, dünyanın çeşitli yerlerinde çok uluslu konferanslar düzenlenmiş; hedefler ortaya koyulmuş; bu konuda birçok bildirme yayınlanmıştır.

- 1978 yılında yayınlanan Alma Ata Bildirgesi'nde temel sağlık hizmetlerinin önceliği vurgulanmıştır.
- 1981 yılında yayınlanan Lizbon Bildirgesi'nde hasta hakları üzerinde durulmuştur.
- 1997 yılında Cakarta Deklarasyonu'nda 21. Yüzyılda Sağlığı Geliştirme eylem planları geliştirilmiş ve bu kapsamda sağlık önceliklerine yer verilmiştir.
- 2001 yılında Dubrovnik Sözleşmesi'nde ise bölgesel anlamda sağlık hedefleri belirlenmiş, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve sunum konusunda temel ilkeler belirlenmiştir.

Sağlığın geliştirilmesi, tüm dünyada 1986 yılında Kanada Ottawa'da yapılan Birinci Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı'ndan sonra daha yaygın kabul görmeye başlamış, sağlığın majör belirleyicileri ve insan sağlığını olumlu yönde geliştirmeyi irdeleyen, modern halk sağlığının bir branşı haline gelmiştir²².

2.3.1. Sağlığı Geliştirmeyi Etkileyen Faktörler

Bireylerin sağlık ve hastalık kavramları ile ilgili algıları onların çeşitli durumlardaki sağlık arama davranışlarını etkileyebilir. Pender'in sağlığı geliştirme modelinde, bireye ait demografik özelliklerin, bilişsel-algısal faktörler aracılığı ile sağlığı geliştirici davranışlar üzerine etkili olduğu, özellikle yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum ve gelir düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bireyin içinde bulunduğu çevrenin davranış oluşumunda, bireyin bilgi ve beceri düzeyinin ise davranış kazanmada etkili olduğu belirtilmektedir²⁴.

2.3.2. Sağlığı Geliştirme Modeli

Pender tarafından geliştirilmiş olan Sağlığı Geliştirme Modeli, bilişsel faktörlere odaklanarak sağlığın yükseltilmesini ve sağlık davranışlarının iyileştirilmesini benimser. Bu model kişiye sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini anlamaya yönelik bir motivasyon teorisidir⁴. Yapısal olarak, bireyin hastalıktan korunmak için yaptığı davranışların nasıl şekillendiğini ve nelerden etkilendiğini açıklayan sağlık inanç modeline benzemektedir²⁴. Modelde sağlığı değiştiren davranışları etkileyen bileşenler; “bireysel özellikler ve deneyimler”, “davranış-özel bilişsel süreçler” ve “davranış sonuçları” şeklinde tanımlanmıştır. Sağlığı geliştiren davranışları belirlemek ve etkileyen faktörleri değerlendirmek için kullanılan bu modelde, demografik ve toplumsal faktörler de sağlığı etkileyebilmektedir. Sağlığı geliştirme modeli bireyin sağlığını geliştiren davranışlarını etkileyen öğrenme sürecine dikkat çeker ve bu süreçte bireylere verilen sağlık eğitiminin önemini vurgular²⁵.

2.3.2.1. Sağlık Geliştirme Modeli'nin Bileşenleri

A. Bireysel Özellikler

Sosyo-Demografik Faktörler: Yaş, cinsiyet, eğitim, gelir gibi özellikler sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını bilişsel-algısal faktörler üzerinden dolaylı olarak etkilemektedir.

B. Algılar

Algılanan Duyarlılık: Bu, tanının kabulünü, hastalığa yakalanma olasılığını içermektedir.

Algılanan Ciddiyet: Algılanan ciddiyet kavramı hastalığın ciddiyeti ile ilgili bireysel inançları ifade etmektedir. Ciddiyet algısı çoğunlukla tıbbi bilgi veya deneyime dayansa da aynı zamanda bir kişinin hastalığın yaratacağı zorluklar veya o kişinin genel olarak hayatındaki etkileri ile ilgili sahip olduğu inançlardan da kaynaklanabilir.

Algılanan Yarar: Kişi, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinin yarar sağlayacağını düşünmektedir. Bu yarar, hastalığa yakalanma olasılığının azalacağı beklentisidir. Algılanan yarar, bireyin sağlık davranışını uygulamaya açık olup olmadığını belirler.

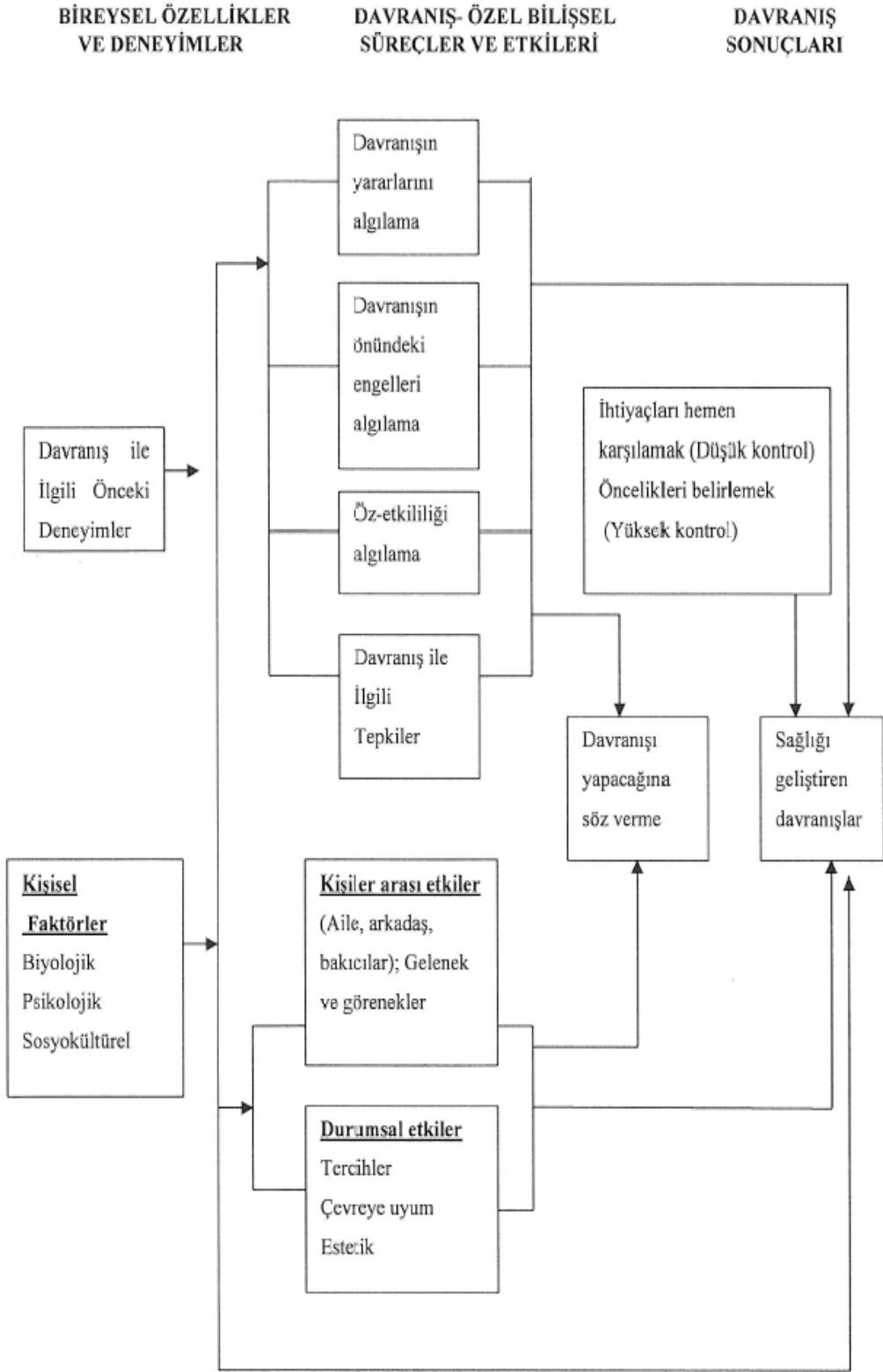
Algılanan Engeller: Sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algıdır. Kişi, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını tartar. Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişken, algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farktır.

Algılanan Öz-Etkililik: Albert Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramı'nın bileşenlerinden biri olan öz etkililik, beklenen sonuçlara ulaşmak için davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili kişinin kendine olan inancını, kararlılığını ve iradesini kapsamaktadır. Bu nedenle, davranış değişikliğinin başlatılması ve davranışın sürdürülmesinde öz etkililik önemli rol oynamaktadır.

C. Eylem

Eyleme Geçiriciler: Eyleme geçiriciler davranışı tetikleyen mekanizma olarak kabul edilmektedir. Model, harekete geçmek için, hastalığın şiddetinin, algılanan duyarlılık ve algılanan tehdit ile ilgili hazır bulunuşluğun önemli olduğunu belirtmektedir¹⁹.

Sağlığı geliştirme modeli sağlığı geliştiren yaşam biçimlerini etkileyen öğeleri ve mekanizmaları tanımlamaktadır. Hastalık davranışlarından kaçınma yerine sağlık davranışlarına yaklaşma yolunun kullanılması ile sağlık potansiyellerinin gerçekleştirilmesi ve iyilik düzeyinin yükseltilmesi gibi amaçları kapsamaması nedeniyle bu model hastalık önleme değil, sağlık geliştirme modelidir²⁶.



Şekil 2. Sağlığı Geliştirme Modeli

2.3.3. Sağlık inanç modeli

Bu model, 1950 yılında Rosentock, Hochbaum ve Keges tarafından geliştirilmiştir. Model bireyin hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklar.

Bireyin hastalıktan korunmak için kendisine önerilen davranışı yapmasını etkileyen pek çok faktör vardır. Öncelikle bireyin hastalığı algılaması önemlidir. Eğer birey hastalığa yatkınsa ve semptom gösteriyorsa önerilen davranışı kolaylıkla uygulayabilir. Birey semptom göstermiyor ancak yatkınlık varsa öncelikle bu yatkınlığı algılaması sağlanmalıdır. Bu aşamada hastalıkla ilgili toplum kampanyaları başlatılabilir. Bunun sonucunda birey hastalığı kendisi açısından değerlendirmeye başlar, önemini ve ciddiyetini kavrar. Bu süreci, bireyin demografik, psikososyal ve hastalıkla ilgili bilgi veya hastalığı önceden geçirmiş olma düzeyi gibi değiştirilebilir faktörler etkiler. Sonuçta birey davranışı uygular ya da uygulamayabilir²².

2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen, tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statusüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır. Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir²⁴.

Pender; sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu belirtmiştir²³. Sağlıklı bir yaşam biçimini benimseyerek bireyler daha sağlıklı beslenmekte, entelektüel kapasiteleri artmakta, kalp-damar hastalıklarından korunmakta, bağışıklık düzeyini arttırmakta, normal beden ağırlığını korumakta ve stresle uygun bir şekilde baş edebilmektedir⁷. Bütün bunların sonucunda ise bireyler kendini daha iyi hissetmekte ve daha pozitif bir bakış açısı kazanmakta, etkin çalışmakta ve hareket etmekte, daha uzun ve daha kaliteli bir yaşam sürmektedir⁴.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, herhangi bir hastalık ya da rahatsızlığı önlemeye yönelik olmayıp, bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu daha da iyileştirmeyi amaçlar²⁷.

2.4.1. Kendini Gerçekleştirme

Bireyin sağlıklı bir kişilik geliştirmesi, çevresine uyum sağlayabilmesi, toplumsal işlevlerini yerine getirmesi ile kendini gerçekleştirme düzeyi arasında yakın bir ilişki vardır¹⁹. Maslow'a göre kendini gerçekleştirme, bireyin tümüyle yaşama odaklanarak ve yaşamı özümseyerek yaşamı dolu ve coşku ile yaşamasıdır¹⁵.

Kendini gerçekleştirme, insan davranışlarını yöneten bir güdü olduğu kadar, erişilmeye çalışılan bir gelişme düzeyidir. Kendini gerçekleştirmiş bireyler, kendini tanır, güçlü ve zayıf yönlerini bilir, belli bir plan ve program çerçevesinde belli bir hedef ve amaca yönelik bir yaşam sürer, başarılarının farkındadır. Bireyin kendini takdir etmesi ve kendinden memnun olması, kendinin değerli olduğuna inanması da onun kendini gerçekleştirdiğini gösterir²³. Maslow, insan gereksinimlerini önem sırasına dizerek bir gereksinim hiyerarşisi ortaya koymuştur¹⁹. Temel insan gereksinimi şekil 2'de verilmiştir.



Şekil 2. Maslow'un Gereksinim Kuramı

Kendini gerçekleştirme, gereksinim hiyerarşinin üst basamağında bulunur. Maslow'a göre fizyolojik, güvenlik, ait olma, sevgi, saygınlık ve kendini gerçekleştirme bireyin gereksinimleridir. İnsanın alt düzeydeki fizyolojik gereksinimleri karşılandıktan sonra, üst düzeydeki psiko-sosyal gereksinimleri ortaya çıkar⁴.

Günümüzde yaşanan bilimsel ve teknolojik gelişmeler sağlık sistemini ve hizmetin sunumunu etkilemiştir. Bu gelişmeler hemşirelerin bireysel ve mesleki açıdan sürekli gelişen, sorumluluk üstlenen, araştırma yoluyla sorunlara çözüm üreten, liderlik özelliğine sahip, güçlü kişilerarası iletişim kuran meslek üyeleri olmalarını zorunlu kılmaktadır. Sağlık bakım ekibinin en önemli unsurunu oluşturan hemşirelerin sahip olması gereken bu özellikler temel gereksinimler hiyerarşisinde kendini gerçekleştirme basamağına ulaşmalarının önemini göstermektedir¹².

Özer'in yaptığı bir çalışmada hemşirelerin sadece %16.6'sının çalışma yaşamlarında kendini gerçekleştirme olanağına buldukları belirlenmiştir²⁸. Bu doğrultuda, sağlık personelinin öncelikle kendilerini, kendini tanıma ve gerçekleştirme boyutlarında geliştirmeleri sonrasında ise, bakım verdikleri bireyleri kendini gerçekleştirme konusunda desteklemek için bireysel donanımına sahip olmaları gerekmektedir⁴.

2.4.2. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığıyla ilgili olarak koruyucu davranışlar, önleyici ve sağlığı geliştirici davranışlar ile ilgili tutum ve davranış değişikliği göstermesi anlamına gelmektedir¹⁵. Bireyin kendi sağlık sorumluluğunu alması sağlığı geliştirmenin başarılı olabilmesinde anahtar rol oynar. Bireyin davranışlarının ve yaşam biçiminin sağlığını nasıl etkilediğini anlamasını sağlayarak riskli davranışlardan (sigara içmek, alkol almak vb.) uzak durmasını sağlar¹⁵.

Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi;

- Vücudunu ve kendini tanıması, sağlık ile ilgili değişiklikler ve sapmalar olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna müracaat etmesi,
- Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırmaması, tıbbi kontrollerin sıklık ve düzenine özen göstermesi,
- Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi,
- Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi,
- Sağlıkla ilgili yayımları takip etmesi,
- Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi,
- Sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması ile belirlenir^{17.5}.

2.4.3. Egzersiz ve Fiziksel Aktivite

DSÖ tarafından fiziksel aktivite, dinlenme anındakinden daha fazla miktarda enerji harcanmasıyla sonuçlanan kasların sarf ettiği güç olarak tanımlanmaktadır. Egzersiz ise bireyin bir amaca yönelik olarak çevrede yer değiştirmesi için kas gruplarının kasılıp gevşemeleri ile gerçekleştirdikleri aktif çalışma olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel aktivite, zinde ve neşeli günlük yaşam, vücudu hastalıklara karşı koruma, alınan fazla enerjinin doğal bir şekilde harcanıp şişmanlığın önlenmesi, yaşlanma ve yaşlanmanın getirdiği organik gerilemenin yavaşlatılmasında etkili olmaktadır²³.

Özellikle 20. yüzyılda teknolojinin gelişmesine paralel olarak toplumlardaki endüstrileşme ve makineleşme bireylerin hareketlerinde azalma yönünde yaşam tarzının değişmesine sebep olmuştur. Ayrıca hızlı ve çarpık kentleşmenin getirdiği sosyoekonomik ve kültürel problemlerle birlikte psikolojik gerginliğe sebep olan faktörler de ortaya çıkmıştır. Tüm bu değişiklikler nedeniyle organizmayı zinde ve sağlıklı kılmak için genel sağlık kurallarına dikkat etmek ve düzenli fiziksel egzersiz yapmak bir zorunluluk haline gelmiştir¹⁵.

Gelişmiş ülkelerde iş gücü kaybına yol açan hastalıkların arasında ikinci sırada yer alan bel ağrıları, üretim azalmasını etkileyen en önemli faktör olarak kabul edilmektedir²⁹. Hemşirelerde de kas eklem ağrıları içinde en fazla bel ağrıları ile ilgili şikâyetler dikkat çekmektedir. Bel sağlığı hemşirenin bir gün içinde kaldırdığı ağırlığın miktarı ve bu ağırlığı kaldırma sayısı, uzun süre ayakta kalma olarak sıralanabilecek aktivitelerden etkilenebileceği gibi; hemşirenin olumsuz sağlık alışkanlıklarından kaynaklanabilecek etkilenmeler de olabilmektedir. Hemşirelerin vücut mekaniklerine uygun olarak hareket etmeleri ve ağırlık kaldırırken yardım almalarının yanı sıra; aralıklı dinlenme, sigarayı bırakma gibi günlük yaşamlarında olumlu sağlık davranışlarını uygulamaları da bel sağlıklarını korumaları açısından önemli uygulamalar olarak görülmektedir³⁰.

Araştırma bulguları temel fizyolojik işlevlerin egzersiz ile daha iyi gelişebildiğini, bunun sonucu olarak özellikle koroner kalp rahatsızlıkları başta olmak üzere pek çok rahatsızlığın azaltılmasında koruyucu etkisi olduğunu, rehabilitasyondaki önemini, kaygı, stres ve depresyonun azaltılmasındaki rolünü ortaya çıkarmıştır¹⁹.

Amerikan Egzersiz Konseyi tarafından egzersiz, erişkinlerde dolaşım ve solunum sistemi üzerinde yararlı etkilerinin sağlanabilmesi için haftada en az 3 gün, günde 30-60 dakika süreyle ve maksimum kalp hızının dakikada %50-75'ine ulaşacak yoğunlukta yapılması önerilmektedir⁴.

Günümüzde sağlıklı olma çabası ve fiziksel uygunluğun sağlanması, bütün insanların genel amacı olmuştur. Bu amacın gerçekleştirilmesi ise yeterli ve dengeli beslenme ile birlikte düzenli egzersiz yapmaktan geçer. İyi bir postür ve vücut simetrisi için planlı ve düzenli bir egzersiz programı gerekmektedir. Bu program fiziksel uygunluğu geliştirmeye yönelik olmalıdır. Fiziksel uygunluğu gelişen bireyin esnekliği, kuvveti, kalp dolaşım sistemi, dayanıklılığı ve vücut kompozisyonu gelişmiş demektir¹⁹.

2.4.4. Beslenme

Beslenme, uluslararası insan hakları belgelerinde bir hak olarak ifade edilmekte ve bir ülkenin beslenme durumu o ülkenin en önemli refah göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir⁶.

Günümüz insanı teknolojik yenilikler ve yaşam koşullarındaki gelişmeler sayesinde farklı bir yaşam tarzı sürdürmektedir. İşini daha çok oturarak yapmakta, kendine daha çok zaman ayırabilmekte diğer yandan daha az hareket etmekte ve bu yaşam biçimi bireylerin enerji harcamasını büyük ölçüde azaltmaktadır. Bunun yanında kişilerin beslenme alışkanlıklarında da büyük değişiklikler olmuş; aşırı yemek yeme fazla saf besin ve yağ tüketimi, alkol, işlenmiş besin, fast food yiyecek tüketme eğilimine itilmişlerdir. İnsan yaşamındaki bu değişiklikler insan bedeninin fiziksel yapısının değişmesine, boya uygun beden ağırlığının artmasına neden olmuştur¹⁹.

Sağlıklı ve doğru beslenme dört ana kavramla açıklanabilir,

1. Dengeli beslenme
2. Yeterli beslenme
3. Çeşitli gıdaları tüketme
4. Sağlığa zararlı gıdalardan kaçınma³¹.

Dengeli ve sağlıklı beslenme, sağlıklı koşullarda hazırlanan yiyeceklerle alınacak olan makro ve mikro besin maddelerini bedensel ve mental sağlık için yeterli ve dengeli olarak almaktır²³.

Doğru beslenme, metabolik hastalıklardan korunmanın ve sağlıklı yaşamın ön koşullarından biridir. Obezite, yüksek kan basıncı, yüksek kolesterol, kalp damar hastalıkları, diyabet, artritler ve solunum yetersizlikleri gibi sağlık sorunları riskini arttırır. Zayıflık ise verimliliği ve vücut direncini düşürür. Kişinin öğün sayısı, ana öğünlerde ve ara öğünlerde tükettikleri besinlerin tür ve miktarları, yiyecek satın alma, yemek hazırlama, pişirme, servis gibi ana özellikleri yanında, kişilerin hızlı veya yavaş yemek yemesi, besinlerin ağızda iyice çiğnenmesi, üzüntülü, neşeli veya yorgunluk durumlarında besin tüketimi, besinleri soğuk ya da sıcak tüketme davranış kalıplarını içeren bir bütünlük oluşturmaktadır. Ayrıca eğitim, gelir ve beslenme bilgi düzeyi, adet ve gelenekler, iklim, çevre, kentte ve kırsal kesimde yaşama gibi faktörler de beslenme alışkanlıklarına etki etmekte ve yönlendirmektedir¹⁹.

Yetişkinler ve çocuklarda, boy uzunluğuna göre olması gereken vücut ağırlığını belirlemek için beden Kitle İndeksi (BKİ) pratik bir yöntem olarak kullanılmaktadır²⁴.

BKİ: Ağırlık (kg) / Boy Uzunluğu (m)² formülü ile hesaplanır.

Bu formüle göre, BKİ'nin;

- <18,5 olması zayıf
- 18,6 - 24,99 arasında olması normal
- 25,0 - 29,99 arasında olması kilolu
- 30,0 - 34,99 arasında olması sınıf I obez
- 35,0 - 39,99 arasında olması sınıf II obez
- 40,0 ve üzerinde olması sınıf III obez olarak deđerlendirilmektedir²³.

Beslenme sorunlarının eğitimsizlik ve bilgisizlikle yakından ilişki olduğu çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur. Sağlığın korunması ve hastalıkların iyileşme hızının arttırılmasında beslenme konusunda bireyin ve toplumun bilinçlendirilmesi gereklidir. Bu yüzden insan sağlığı üzerinde etkili olan, eğiten ve yönlendiren kişilerin yeterli düzeyde beslenme bilgisine sahip olması gerekmektedir. Kesgin'in yaptığı bir çalışmaya göre hemşirelerin %53.8'i yeterli ve dengeli beslenmeye dikkat etmedikleri ve beden kitle indeksi değerlendirildiğinde %26.6'sının normal kiloda olmadığı belirlenmiştir. Günlük öğünlerden en fazla öğle (%28.4) ve akşam (%36.8) öğünlerinin iyi alındığı görülmüştür.

Hemşirelere beslenmek için tercih ettikleri besinler sorulduğunda hemşirelerin yarısından fazlası, hızlı hazırlanan, çabuk ulaşılabilen yiyecekleri tercih ettikleri, bunların da sıklıkla hamburger, tost, simit, bisküvi, çikolata, kola, hazır meyve suları olduğunu ifade etmişlerdir³⁰.

Sağlıklı beslenme önerileri;

- Öğün atlanmamalı, kahvaltı mutlaka yapılmalıdır. Üç ana öğünün yanı sıra, ara öğünlerde de besin tüketimi sağlanmalıdır.
- Şekerli meşrubat ve şeker eklenmiş meyve sularının tüketimi azaltılmalıdır.
- Balığın düzenli olarak tüketilmesi teşvik edilmelidir.
- Yalnızca yağsız et ve az yağlı et ürünleri tercih edilmelidir.
- Rafine edilmiş unlardan hazırlanan ekmekler ve tahıl ürünleri yerine “tam ekmek”, “tam tahıl ürünü” tüketilmelidir.
- Yüksek kalorili sosların (peynir sosu, krema sosları vb.) tüketimi sınırlandırılmalıdır.
- Ayaküstü beslenmeden, abur cubur yemekten kaçınılmalıdır.
- Çay ve kahve tüketimi sınırlandırılmalıdır.
- Çok tuzlu ve çok yağlı yiyeceklerin tüketimi engellenmelidir.
- Çocukların büyüklerini rol modeli alacağı unutulmamalı ve diyeteye gereken özen gösterilmelidir¹⁵.

2.4.5. Kişiler Arası Destek

Kişiler arası destek bireylerin birbirleriyle olan ikili veya grup ilişkileri sonucu elde edilen ve sağlığın geliştirilmesindeki etkinliği küçümsenmeyecek bir olgudur. Kişilerarası destek ilişkinin niteliğine, ilişkinin sürekliliğine ve ilişki düzeyine bağlıdır. İlişkinin olabilmesi için iletişimin olması gerekir²³.

İletişim; insanın kendini, duygu ve düşüncelerini, gereksinimlerini anlatma ve başkalarını anlama yoludur. İletişim en az iki kişi arasında olur, ilişki bağı gelişir ve bu bağ karşılıklı değer vermeye, saygı duymaya ve destek olmaya bağlıdır. Kişilerarası ilişkinin sağlıklı olarak yürütülmesinde aşağıdaki unsurlar önemli rol oynar¹⁵.

- Algılama (bireyin genel deneyimleri olup, davranışın yönünü belirler)
- Değerler (değer sisteminde yaş, cins, inanışlar rol oynar)
- Kültür (bireyin dünya görüşü, örf ve ananeler)
- Duygular (öfke, sevgi, şefkat ve kin duyguları)
- Sosyal konum

Bireyler çeşitli dönemlerde hastalık, boşanma, ekonomik yetersizlikler vb. gibi çeşitli nedenlerle, rollerinde, ilişkilerinde, yaşam tarzları ile ilgili değişiklik yaşarlar. Bu gibi dönemlerde bireylerin aile veya yakın çevresinden destek görmesi sorunların çözümünü ve mevcut durumu daha kolay algılamasını başarmada yardımcı olur¹⁵.

Kişilerarası ilişkilerde destek veren kişi veya kişiler, koşulsuz bir yaklaşımla ve güven verici tutumları ile iletişimin ve yardımın nitelik kazanmasını sağlarlar. Baş edebilme biçimi bireyden bireye farklılık gösterir. Her bireyin dini ve kültürel özellikleri ya da çocukluk deneyimleri kişilerarası ilişki ve kişilerarası destek sürecini etkiler²³. Kişilerarası desteği iyi olan bir birey sorunlarıyla daha iyi baş edebilir ve bunun sonucunda üretkenliği artar ve yaşam kalitesi de artar¹⁵.

2.4.6. Stres Yönetimi

Günümüzde yaşanmakta olan hızlı gelişim ve değişme, iş hayatına ve sosyal hayata da büyük bir hareketlilik ve hız getirmiştir. Hızla değişen ve gelişen hayat şartları nedeniyle, sosyal bir varlık olan insanın, fiziksel ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesi ile değişik tepkiler vermesi ve bu değişimlere uyum sağlamayı çabalaması kaçınılmazdır. Bu nedenle stres kavramı sık karşılaşılan ve kullanılan bir kavram haline gelmiştir.

Kişinin stresle baş edebilmesi, hem problem çözme becerisini hem de savunma mekanizmasını kullanmasını içerir. Stresi kontrol etmede ilk adım, bireyin kendisini stresli hissetmesine neden olan durumların ve stres altında iken hissettiği duyguların farkında olmasıdır. Bireylerin, stresten fazla etkilenmemeleri için adaptasyon yeteneklerini belirlemeleri ve baş etme teknikleri kullanmaları gerekmektedir.

Fiziksel ve psikolojik stresler dizisi kişide bir takım değişiklikler oluşturmaya başlar ve bu oluşum evreler halinde devam eder. Bunu araştırmacılar “Genel Adaptasyon Sendromu” olarak tanımlamaktadırlar. Sorunlara karşı koyabilmek için kişinin geliştirdiği adaptasyon mekanizmasının devreye girmesiyle, kişi önce alarm reaksiyonu gösterir. Sonra direnç evresi başlar ve sonunda tükenme ile karşı karşıya kalır²⁴.

2.4.6.1. Stresle karşılaşan bireyin gösterdiği tepkiler

Duygusal tepkiler: Dikkati toplayamama, kararsızlık, unutkanlık, hassasiyet

Fizyolojik tepkiler: Kan basıncında değişme, nabzın artması, baş ağrısı, kalp hastalıkları

Davranışsal tepkiler: Saldırganlık, aşırı yemek yeme veya yemek istememe, alkol, ilaç, sigara vb. zararlı madde kullanımı³².

Sağlık ekibi üyeleri içinde özellikle hemşireler; hata kabul etmeyen ve insan yaşamı ile doğrudan ilgili olan bir işte çalışmalarının sonucu olarak zaman baskısı, yoğun teknolojinin kullanılması, çok fazla kişiyle iletişim kurmak durumunda olmaları, çatışmalara açık bir ortamda çalışmaları, ölümle sık karşılaşmaları, iş yükünün çok olması, çalışma süresi, maaş azlığı, gibi birçok stresörle karşı karşıyadır³³. İş yaşamından gelen zorlukların yanı sıra ev yaşamında kadın ve anne rolünün getirdiği sorunlar ile toplumsal baskıların neden olduğu streslerin hemşirelerin depresyon yaşamasında göz ardı edilemeyecek önemli faktörler olduğu düşünülmektedir.

Yüksel'in yapmış olduğu araştırmaya göre araştırma kapsamına alınan hemşirelerin % 9,4' nün tedavi edilmesi gerekecek düzeyde depresyonu olduğunu bulmuştur³⁴.

2.4.6.2. Stresin Sağlığa Etkileri

Bir tehlike anında vücut, kan dolaşım sistemine adrenalin ve diğer stres hormonlarını salgılar. Kalp hızı artar, kan basıncı yükselir ve kaslarda gerginlik meydana gelir. Bu yanıtlar kişiye stres kaynağı ile mücadele ve stresten kaçma enerjisi sağlar. Stres durumunun uzaması sonucu organ, sistem ve fonksiyonlarda bozulma meydana gelir. Bedenin sürekli olarak stresin neden olduğu uyarılmışlık durumunda kalması, biyolojik sistemlerin yıpranmasına neden olmakta, bedenin kendi kendisini onarma ve koruması tehlikeye girmekte ve hastalanma riski ortaya çıkmaktadır¹⁵.

Yılmaz'ın yaptığı bir araştırmaya göre, hemşirelerin stres belirtilerine bakıldığında, ilk üç sırayı baş ağrısı (%55.8), moral bozukluğu (%55.8) ve çabuk sinirlenme (%47.2) almıştır²⁶.

2.4.6.3. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri

Her insanın stres faktörleri farklı olduğu gibi, strese karşı verilen cevaplar da farklıdır. Stres kontrolü kişiye özgü ve kişinin içindedir. Strese cevap verme şekli de birçok faktöre bağlı olup kişiden kişiye değişebilmektedir. Stresle başa çıkma yöntemleri olarak; gevşeme teknikleri, beden egzersizleri, gerilime sebep olan faaliyetlerden uzak kalma, sosyal faaliyetlere katılma, zihinsel düzenleme ve dönüşüm, davranış değişikliği ve inanç sayılabilir. Yine bireysel olarak stresle başa çıkmanın bilinen bir diğer yolu da yaşam tarzı değişikliğini içeren DKBY modelidir. Braham tarafından geliştirilen bu model D; değiştir, K; kabul et, B; boş ver, Y; yaşam tarzını yönet şeklindedir.

Değiştir: Bu adım imkan varsa, içinde bulunulan olumsuz durumu değiştirmektir. Olumsuz durum değişirse, bu durumun sebep olduğu stres ortadan kaldırılabilir.

Kabul et: Değiştirilmesi mümkün olmayan koşulların kabul edilmesi temeline dayanır.

Boş ver: Duygusal ve zihinsel açıdan farklı bir kavrayışla olaylara yeni ve farklı bir yorum getirmektir.

Yaşam tarzını yönet: Bu adımda egzersiz, diyet, rahatlama ve duygusal destek gibi yöntemlerle, gelecekte stres oluşturabilecek unsurlar ortadan kaldırılabilir¹⁵.

2.5. Sağlığı Geliştirmede Hemşirenin Rolü

Günümüz sağlık anlayışı, birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren, bireyi merkeze alan sağlık bakım yaklaşımını öngörmektedir³⁵. Sağlığın geliştirilmesi ve hastanın sağlıklı davranışlar konusunda bilgilendirilmesini ve yönlendirilmesini sağlayacak grup, sağlık kurumlarında profesyonelce bakım veren hemřirelerdir¹⁶.

Uluslararası Hemşireler Birliği hemşireliği; Birey, aile ve toplumun sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirmeye yardım eden, hastalık halinde tedavi sürecine katılan bir meslek grubu olarak tanımlamıştır. Türk Hemşireler Derneği Eğitim Komisyonu ise hemşireliği; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması ve değerlendirilmesinden ve bu hizmeti yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu; bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini olarak tanımlamıřtır⁴.

Hemşireler, sağlık ekibi içerisinde hasta bireyin ve ailesinin her türlü problemlerinde 24 saat boyunca ilk başvurdukları ve bu görevi nedeniyle sağlık ekibi içerisinde iletişimi sağlayarak kilit rol oynamaktadır²¹. Hemşireliğin temel sorumluluğu bireyin ailenin ve toplumun bedensel ve ruhsal yönden sağlıklı olmasına yardımcı olmaktır²³. Ayrıca hemşirelerin rol modeli olarak bireylere sağlık durumlarını geliştirmeleri konusunda yardım etmesi ve desteklemesi, stresle baş etme, beslenme, formda kalma ve etkin kişilerarası iletişim ile ilgili öz bakım aktivitelerini öğretmesi beklenir¹⁵.

Amerikan hemşireler birliği, hemşirenin sağlığın geliştirilmesindeki rolünü, “Hemşire, bireylerin ve grupların gerçek ve olası sağlık problemlerine uyumlarını, bireylerin sağlıklarını etkileyen çevreyi değerlendirme ve sağlığı geliştirici hemşirelik girişimlerini yapmakla sorumludur. Sağlığın geliştirilmesi kendini hemşirelikle çok iyi bir Şekilde ifade etmektedir.” Şeklinde tanımlamıřtır³⁶.

Çalışma yaşamı bireye, toplum içinde belli bir rol, statü ve ekonomik bir güç sağlamaktadır. Fakat bireye sağladığı bu olanakların yanı sıra fizyolojik ve psikososyal yönden bazı olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir³⁷.

Uluslararası Çalışma Örgütü hemşirelerin çalışma ortamına ait başlıca stresörleri; denetçi ve yöneticilerle yaşanan çatışmalar, rol çatışması ve belirsizliği, aşırı iş yükü, hastaların sorunları nedeniyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma, hastalarla yaşanan çatışmalar ve vardiya ile çalışma olarak tanımlamaktadır. Sağlık hizmetlerinin belkemiğini oluşturan hemşirelik mesleği üyeleri çalışma koşullarındaki farklılıklar nedeni ile daha yoğun baskılar altında kalmakta ve iş ortamında büyük ölçüde stres yaşamaktadır. Bunun yanı sıra hemşirelik mesleğinin kadın mesleği olarak görülmesi, stresin boyutunu geliştirmekte ve iş yaşamından gelen zorluluklara ev yaşamından kadın ve anne rolünün getirdiği sorunlar ile toplumsal baskılar eklenmektedir³⁴.

Türk Hemşireler Derneği Üyelerinin yaptığı araştırma sonucunda hemşirelerin çalışma saatlerinin uyku sorunları, yemek rutinlerinde bozulma, yorgunluk, öz bakımını ihmal etme, kahve-sigara tüketiminde artma, ciltte bozulma, kronik hastalığı yönetememe, hastalık sürecinde uzama, gebelik komplikasyonları, kronik hastalıklar, unutkanlık, anksiyete, antidepresan kullanımı, yalnızlık, sosyal ayrımcılık, tükenme, değersizlik, ilgi kaybı, aile rollerini ve bakımını sürdürmede zorluk, ilişkilerde bozulma, sosyal izolasyon, hayatını planlayamama, yasal haklarını kullanamama, yaralanma, kazalara yatkınlık, fiziksel ve sözel saldırıya maruz kalma gibi sorunlara yol açtığını ifade etmektedirler²¹.

Hemşirelerin sağlık sorunları sadece kendi yaşam kalitesini etkilemekle kalmamakta iş veriminin düşmesine, işe devamsızlık nedeniyle görev yaptığı kurumların ekonomik kayıplar yaşamasına, bakım verdiği bireylerin riske girmesine de neden olmaktadır. Hemşirelerin yaşam alışkanlıklarıyla ilgili olumsuz davranışları, iş çevresi ve mesleki risklerin getirdiği sağlık sorunlarıyla birleştiğinde kalitesiz bir yaşamdan kronik hastalıkların gelişmesine kadar gidebilen sağlık sorunları zinciri oluşmaya başlamaktadır²².

Hemşirelerin iş yaşamlarının kalitesinin yükseltilmesine yönelik en önemli faktörler şu şekilde sıralanmaktadır:

- 1. İş aktivitelerinin bilinirliği:** Hemşirelerin çalışmalarını düzenleyici politika ve prosedürler.
- 2. Fiziksel çevre:** Güvenli ve sağlıklı çevre koşulları, yeterli ve kullanışlı malzemelere ulaşabilme ve devamlılığını sağlayabilme.
- 3. İş üzerindeki kontrol / otonomi:** Hasta bakımının planlamasında söz sahibi olma ve inisiyatif kullanabilme.
- 4. İş yükü:** Hasta- hemşire oranlarının doğru planlanması.
- 5. Çalışma listeleri:** Bireyin iş dışı yaşamını düzenleyebileceği, makul çalışma saatleri.
- 6. Sosyal çevre:** İş arkadaşları, hasta ve hasta yakınları ile iletişim.
- 7. Destekleyici süper vizyon (Liderlik):** Yöneticilerin çalışanlarına karşı sergilemiş oldukları liderlik stili, çalışanın yöneticisi tarafından desteklenmesi, cesaretlendirilmesi.
- 8. Rol (görev) tanımları:** Açık, anlaşılır ve çalışan tarafından bilinen görev tanımları.
- 9. Geri bildirim (performans değerlendirmesi), tanınmak:** Performansa ait geri bildirim almak, takdir edilmek, ödül sistemleri.
- 10. Katılımcı yönetim:** Hemşireleri ilgilendiren konularda söz sahibi olmak.
- 11. Gelişme ve yükselme fırsatları:** Kariyer planlaması, terfi edebilme.
- 12. Hasta bakım modeli:** Hasta bakım hizmetlerinin sunumunda kullanılan hemşirelik bakım modelinin verilen hizmete ve hemşirelerin iş aktivitelerine etkisi.
- 13. İletişim sistemi:** Hastane içi bilgi akışını sağlayan sistemler.
- 14. Takım çalışması (Ekip işbirliği):** İş aktivitelerini yerine getirirken çalışanlar arasında ekip çalışmasının benimsenmesi ve yönetim tarafından desteklenmesi.
- 15. Teknolojik gelişmeleri izleme fırsatları:** Hasta bakımını sunarken kullanılan alet ve cihazların çağın gelişmelerine cevap verir nitelikte olması.
- 16. Düşük iş stresi:** Hasta bakımını yerine getirirken çalışanın görevini tam olarak yerine getirmesini engelleyecek her türlü stres kaynağının azaltılması, iş güvenliğinin sağlanması.

17. Örgüte bağlılık (ait hissetmek): Kurumun çalışan tarafından benimsenmesi, örgüt kültürünün oluşturulması.

18. Adalet: Çalışanın, yöneticisi tarafından diğer çalışanlarla eşit muamele gördüğünü hissetmesi.

19. Eğitim: Hemşirelik üzerine alınan temel eğitim, hizmet içi eğitimler, sürekli eğitim fırsatlarından yararlanma olanaklarının bulunması.

20. Profesyonellik: Hemşirenin hasta bakım hizmeti sunarken profesyonel hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirebileceği bir iş çevresi yaratmak.

21. Ücretlerde adalet: Alınan ücretlerin bireyin yaşam kalitesini sağlayacak yeterlilikte olması.

22. Bireysel iyilik hali (ailevi ve bireysel faktörler): Ailevi sıkıntılar, ailede bakıma gereksinim duyan bir aile bireyinin bulunması, çocuk bakımıyla ilgili yaşanan güçlükler

23. Sağlık bakım politikaları: Ülkede hemşirelerin çalışmalarını etkileyen tüm sağlık politikaları, hemşireliğin çalışmasını düzenleyici yasa ve yönetmelikler.

24. Yan olanaklar (kreş, lojman, servis vs.): Kurum tarafından sunulan ve çalışanın iş dışı yaşamına ait stres faktörlerinin azaltılmasına katkı sağlayan olanaklar³⁸.

Hem bir birey olarak hem de sağlığın geliştirilmesinden sorumlu durumda olan hemşirelerin sağlık davranışlarının ne düzeyde olduğunun bilinmesi önemlidir⁸. En öncelikli görevi sağlık eğitimi aracılığı ile bireylerin sağlığının geliştirilmesine katkı vermek olan hemşirelerin, sağlık eğitiminin en önemli amaçlarından biri olan, bireylere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmesi ve uygulanmasını sağlaması için kendisinin de bu davranışları sergileyerek, iyi bir model olması gerekir. Oysa ülkemizde genel olarak sağlık personelinin sağlık davranışları bakımından iyi bir model olmadığı gözlenmektedir².

2.6. KAYGI

Kaygı; başa bir tehlike geleceği duygusu, huzursuzluk, gerilim ve korku ile karakterize, hoş olmayan bir emosyonel durum olarak tarif edilir. Stresli durumlara karşı normal bir yanıt, fizyolojik, psikolojik olarak deneyimlenen gerçek ve gerçek olmayan tehlikenin algılanmasına emosyonel bir reaksiyondur³⁹.

Freud'a göre kaygı, fiziki ya da sosyal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlayabilme ve hayatı sürdürme fonksiyonlarına katkıda bulunur. Fakat kaygı gerçek dışı ve mantığa aykırı bir niteliğe bürünürse uyum fonksiyonunu yitirir ve normal dışı davranışların ortaya çıkmasına sebep olur⁹.

İnsanlar, gerek günlük yaşamlarında, gerekse mesleki yaşamlarında sürekli karar verme durumundadırlar. İnsanlar, verdikleri kararların sonuçlarını önceden göremedikleri için kaygıya kapılırlar. Böylece yaşamımızda çok önemli bir yeri olan karar verme durumu bazen beraberinde kaygıyı da getirir³⁹.

Kişi kaygılandığı zaman, merkezi sinir sistemi uyarılır, kalp atışının hızlanması ve ellerin terlemesi gibi reaksiyonlar görülür. Kişinin kaygı düzeyinin yoğunluğu stres yaratan uyarıcının kişi tarafından nasıl algılandığına bağlıdır. Ortaya çıkan durumun bireye zarar verme, bir tehdit oluşturma derecesine göre kaygı da artacaktır³⁰. Son elli yılı 'Kaygı Çağı' olarak nitelendirilen yüzyılımızda kaygının tanınmasının ve saptanmasının gereği kendiliğinden ortaya çıkmıştır³⁹.

2.6.1. Kaygının Düzeyleri

1- Hafif Kaygı: Kişi tetiktedir. Kişilerarası ilişkileri azaltarak kendini sınırlayabilir. Birçok insan hafif düzeyde kaygı yaşar. Bu huzursuzluk duygusu bireyi bilgi araştırmaya ya da soru sormaya yönlendirir.

2- Orta Düzeyde Kaygı: Bireysel uyarılma durumunda gerilim, sinirlilik ya da merak duyguları artar. Algılama yetenekleri azalmıştır. Dikkat çevresel aktivitelerden çok, bir durumun belli bir boyutuna odaklanmıştır.

3- Ciddi Düzeyde Kaygı: Bireyin enerjisinin çoğunu tüketir ve müdahale gerektirir. Algılama daha da daralmıştır. Kişi gerçekten neler olduğuna odaklanmayarak, genellikle kaygı uyandıran durumun küçük bir detayına takılmıştır.

4-Panik: Bireyin kaygısı, kontrolünü kaybetmesine yol açacak kadar korkutucu ve çok güçlü düzeydedir. Paniklemiş kişinin algılaması olayları tamamıyla çarpıtacak kadar bozulmuştur. Korku, endişe, dehşet hisleri yaygındır. Halüsinasyonlar görülebilir³⁹.

2.6.2. Kaygı ve korku kavramlarının açıklanması

Kaygı yaygın ve anlaşılmamış bir tepki olup korku ile arasındaki en önemli fark, korkunun kişinin karşılaştığı sorunlarla orantılı, spesifik bir tehlikeye karşı ortaya çıkan tepki oluşudur. Oysa kaygı, belirsiz tehlikelere karşı oluşan, tehlikesiyle orantısız bir tepkidir⁴⁰.

Kaygı ile korku kavramları karşılaştırıldığında:

- Korkuda tehlike nesnedir. Kaygıda tehlike gizli ve öznedir.
- Korku dışarıdaki tehlike ile orantılı, kaygıda ise durumla orantısız bir tehlike vardır.
- Dış tehlike ortadan kalktığında korku duygusu kaybolur. Kaygıda içsel tehlikeler sürekli, içsel tehlikelere bağlı olarak ortaya çıkan kaygı tepkisi de sürekli.
- Korkunun nedeni kişinin o anki yaşantısında var olan tehlikedir. Kaygının nedeni ise, kişinin daha önceki yaşantılarından kaynaklanmaktadır.
- Korku duygusu yaratan tehlike karşısında gösterilen tepki, başkalarınca olağan karşılanır ve anlaşılır. Kaygıda ise, gösterilen tepki ile var olan durum arasındaki ilişki başkalarına göre olağandışıdır ve anlaşılmaz.
- Korku karşısında birey kendini savunmak için bilinçli olarak bazı önlemler alırken, kaygıda ise bilinçdışı savunma mekanizmalarına başvurur.
- Korku ve kaygı sonucunda ortaya çıkan bedensel belirtiler aynıdır⁴⁰.

2.6.3. Sağlık Kaygısı

Sağlık kaygısı, kişinin bedensel belirtilerini yanlış yorumlamasına bağlı olarak, ciddi bir hastalığa yakalanmış olduğu inancını ya da yakalanacağı korkusunu taşımasıdır. Sağlık kaygısı, hafif formlarında, uygun sağlık hizmetini aramaya ya da sağlık için tehlikeli durumlardan kaçınmaya yardımcıdır. Ağır formları toplumda az görülür, ancak genel hastane uygulamasında sık karşılaşılr⁴¹.

Williams, sağlık kaygısı ve hipokondriazisi anlamak ve tedavi etmek için en iyi yaklaşımın bilişsel modeller olduğunu belirtmiştir. Bu kurama göre, olası hastalığın görülme sıklığı, bulaşabilirliği, seyri, prognozu ve kişide var olan bedensel belirtilerin anlamı ile ilgili işlevsel olmayan varsayım ve inançlar, hipokondriazis ve sağlık kaygısı için risk faktörlerini oluşturur. Bu inançlar gizli olarak kalabilir ve var olduğuna inanılan hastalık hakkında okumak, yeni bir hastalıktan haberdar olmak ya da birtakım bedensel değişiklikler veya duyular gibi değişik olaylarla tekrar harekete geçebilir. Bu inançlar bir kere tetiklenirse özellikle kişiye odaklı, otomatik hipokondriak düşünceler ortaya çıkabilir. Böylece kişi, hastalığın belirteci olabilecek herhangi bir duyuma karşı daima tetikte olur ve giderek anksiyöz bir hal alır⁴¹.

Bilişsel davranışçı kurama göre, sağlık kaygısı yüksek olan kişiler, sağlık ile ilişkili bilgi ve duyularını kişiyi tehdit eden bir felaket olarak algırlar. Bedensel uyarılma ile yüksek sağlık kaygısı seviyelerinin birleşimi, bedensel ipuçlarının katastrofik şekilde yorumlanmasıyla hipokondriak korku ve panik nöbetlerine yol açar¹⁰.

Sağlık kaygısı yüksek olan bireyler, defalarca doktorlara gidip, değişik tedaviler almaktadır. Ancak doktor ziyaretleri aracılığı ile sağlanan güvence arama davranışı, kaygıda kısa süreli bir azalma sağlar ve olumsuz bir pekiştirici olarak sağlık kaygısının devamında rol oynar. Çalışmalar, hipokondriaklarda, güvence almanın başlangıçta yatıştırıcı bir etkisi olduğunu ancak genellikle 24 saat içinde sağlık kaygısının geri döndüğünü göstermektedir. Hastalığa yakalanmaktan korkan insanların, tipik davranışlarından biri de hastalıkla ilişkili uyaranlardan kaçmaktır. Kaçma davranışı, hem aktif hem pasif olabilir. Pasif kaçınma, hasta veya hasta gibi görünen kişilerden ya da hastalık taşıyabileceği düşünülen kişilerden kaçınmak şeklinde olur. Aktif kaçınma ise, herhangi bir hastalık için yüksek risk altında olan kişinin, o hastalık için gerekli tetkiklerden kaçınması şeklinde olur. Güvence alma, kişinin sağlığı ile ilgili kötü giden bir şey olmadığı mesajının, tekrarlayan şekillerde gösterilmesi olarak tanımlanır¹⁰.

Hemşirelerin çalışma yaşamında karşılaşmış olduğu olumsuz etmenler, hemşirelerin iş verimini, ruhsal ve bedensel sağlığını ve sosyal yaşantısını etkilemektedir. Hemşirelerin maruz kaldıkları kronik stres ile yeni savunma mekanizmaları geliştirerek başa çıkmaya çalıştıkları; bazen bu savunma mekanizmaları ve anksiyete-depresyon yaşantılarının patolojik bir boyutuna ulaşarak tükenmişlik sendromunun gelişmesine neden olabilmektedir¹¹.

Yapılan bir çalışmada, gece çalışan sağlık personelinin, gündüz çalışanlara göre daha çok psikiyatrik belirtiler gösterdiği tespit edilmiştir. Bozulan kişiler arası ilişkiler, azalan sosyal destek ve yaşam zorluklarına bağlı olarak yaşam kalitesinde de bozulmalara sebep olur¹². Hemşirelerin vardiya ile çalışmalarının süreklilik ve durumluk anksiyete düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılan başka bir çalışmada, “sürekli kaygı” düzeyinin vardiya ile çalışmadan etkilenmediği, “durumluk kaygı” düzeyinin sürekli gündüz vardiyasında çalışanlarda, gündüz ve gece vardiyasında çalışanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir¹². Ortalama çalışma süresi uzadıkça hemşirelerde durumluk ve sürekli kaygı durumunun arttığı gösterilmiştir¹¹.

Hemşireler düzensiz ve ağır iş koşulları, uykusuzluk, acı çeken ve ölmekte olan insanlara hizmet verme gibi nedenlerle kaygı düzeyi yüksek çalışan grubunu oluşturmaktadır. Hemşirelerin sürekli hasta grupla iletişim içinde olması kendi sağlıkları ile ilgili endişe ve kaygılarını arttırmaktadır. Hafif sağlık kaygısı düzeyinde sağlığı koruyucu davranışlarda bulunurlar, sağlık için tehlikeli durumlardan kaçınırlar. Bu da sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyini arttırır. Şiddetli sağlık kaygısı düzeyinde ise, istenmeyen psikiyatrik belirtiler gelişebilir. Aşırı derecede hastalanma korkusu, hemşirelerin hem iş yaşantısını hem sosyal yaşantısını olumsuz etkilemektedir.

Şiddetli sağlık kaygısının oluşmasını önlemek için; hemşirelerin çalışma ortamında, sağlık kaygısına neden olan faktörlerin ortadan kaldırılması, bireysel baş etme yöntemlerinin öğretilmesi ve hemşirelerin çalışma şartlarının iyileştirilmesi gerekir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma, Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yapılmıştır. Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, 32 Anabilim ve Bilimsel tarafından Acil, Poliklinikler, Yataklı Servis, Acil Servis, Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Üniteleri, Koroner Yoğun Bakım Ünitesi, Çocuk ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, Kan Merkezi, Nefroloji, Yetişkin ve Çocuk Endokrinolojisi bölümü, Odyoloji Ünitesi, Uyku Bozuklukları Laboratuvarı, Diyaliz Merkezi, Kardiyoloji Anjiyo Ünitesi ile hizmet vermektedir. Spiral Bilgisayarlı Tomografi, MR, Doppler Ultrasonografi cihazları ile radyolojik tetkik işlemleri yapılmakta, Böbrek Taşı Kırma Ünitesi (ESWI), Nükleer Tıp Merkezi, Endoskopi Ünitesi, Nöroloji Laboratuvarı (EEG, EMG), ve Genetik gibi ileri teknoloji alanlarda teşhis ve tedaviye yönelik sağlık hizmetleri sunmaktadır. Toplam yatak kapasitesi 350'dir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan toplam 233 hemşire oluşturmaktadır. Evrenin tamamının örnekleme alınması planlanmış ancak, araştırma sırasında doğum izni nedeniyle bulunmayan ve anket formunu doldurmayı kabul etmeyen 27 hemşire örnekleme alınmamıştır. Bu nedenle araştırmanın örneklemini 206 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmaya katılım oranı %88,4'tür.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler üç ayrı form aracılığıyla toplanmıştır. Bunlar, Kişisel Bilgi Formu (Ek:1), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Life-Style Profile) (Ek:2) ve Sağlık Kaygısı Envanteri'dir (Ek:3). Ankette toplam 108 soru önermesi bulunmaktadır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen bu formda araştırmaya katılan sağlık personelinin; yaş, cinsiyeti, medeni durumu, çalışma yılı, ekonomik durumu gibi tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik 23 soru yer almaktadır.

3.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği (Health Promotion Life-Style Profile)

Bu ölçek, 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiştir. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçmektedir. Bu ölçeğin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Esin (1997) tarafından yapılmıştır². Türkçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ülkemizde kullanımı için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır¹⁵. Ölçeğin, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi olmak üzere altı alt grubu vardır.

- Kendini gerçekleştirme alt grubu; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler.
- Sağlık sorumluluğu alt grubu; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler.
- Egzersiz alt grubu; sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir.
- Beslenme alt grubu; bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler.
- Kişilerarası destek; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler.
- Stres yönetimi; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler⁶.

SYBD ölçeğinin alt ölçekleri için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.70 ile 0.90 arasında değişmektedir. Ölçek toplam 48 maddeden oluşmaktadır ve tüm maddeleri olumludur. İşaretleme 4'lü likert tipi ölçek üzerine yapılır. Hiçbir zaman yanıtı için 1, bazen yanıtı için 2, sık sık yanıtı için 3, düzenli olarak yanıtı için 4 puan verilir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir. Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını verir. Ölçeğin alt grupları farklı madde sayısından ve puan aralığından oluşmuştur.

Alt grupların madde sayıları ve puanları tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Madde Sayısı ve Puan Aralıkları

Alt Ölçekler	Soru Sayısı	Puan aralığı
Kendini Gerçekleştirme	13	13-52
Sağlık Sorumluluğu	10	10-40
Egzersiz	5	5-20
Beslenme	6	6-24
Kişiler arası Destek	7	7-28
Stres Yönetimi	7	7-28
Toplam	48	48-192

Alt grupların madde numaraları aşağıda gösterilmiştir.

Kendini gerçekleştirme: 3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44 ve 48. maddeler

Sağlık sorumluluğu: 2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43, 46. maddeler

Egzersiz: 4, 13, 22, 30, 38. maddeler

Beslenme: 1, 5, 14, 19, 26, 35. maddeler

Kişilerarası destek: 10, 18, 24, 25, 31, 39, 47. maddeler

Stres yönetimi: 6, 11, 27, 36, 40, 41, 45. maddeler

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları: 1'den 48'e kadar.

Ölçeğin uygulaması 8-10 dk sürmektedir¹⁵.

3.4.3. Sağlık Kaygısı Envanteri

SKE, 2002 yılında Salkovskis ve ark.'nın oluşturduğu, kişinin kendisinin değerlendirdiği, 18 maddeden oluşan, fiziksel sağlık durumundan bağımsız olarak sağlık kaygısını ölçen bir envanterdir⁴². Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özgün Karaer Karapıçak, Kevser Aktaş ve Selçuk Arslan tarafından yapılmıştır. Envanter sağlık kaygısını değerlendirmede yeterli derecede geçerli ve güvenilir bulunmuştur⁴⁰.

Maddeler, sağlık hakkındaki endişeyi, bedensel duyum ve değişikliklerin farkındalığını ve hastalanma ile ilgili endişeli sonuçları, çoktan seçmeli formatta değerlendirir. SKE'deki maddeler, 0 ile 3 arasında puanlanmıştır. İki şıktan fazlası işaretlenmişse, yüksek puan hesaplanır. Envanter, 1'den 14'e kadar olan soruların puanlarının toplanmasıyla değerlendirilir. 18 ve üstü puan alan hastalar yüksek sağlık kaygısı olanlar olarak değerlendirilir. 15-18. soruların olumsuz sonuçları ayrı değerlendirilir. Ayrıca, güvenlik arama ve kaçınma davranışını saptamak amacıyla iki alt ölçek eklenmiştir. Sağlık kaygısı ile yakından ilişkili değişkenler vardır ve sırasıyla 9 ve 10 maddeden oluşmuştur. Her madde 8 puanlık bir ölçek ile değerlendirilir. 2 puan arayla, kaçınma için 'hiç kaçınmamak, çok az kaçınmak, orta kaçınmak, belirgin kaçınmak ve her zaman kaçınmak' güvenlik arama için 'asla, nadiren, bazen, sık sık ve her gün' tanımları kullanılmıştır. Güvenlik arama değerlendirmeleri, güvenlik aramanın değişik kaynakları (örneğin aile hekimi, kitap okuma, poliklinik vs); kaçınma değerlendirmeleri ise sağlık kaygısı olan hastaların tipik olarak kaçındığı durumları (örneğin hastalıkla ilgili TV programlarını izlemek, hastalık hakkında konuşmak vs.) içerir. Tüm puanlar iki alt ölçek için ayrı ayrı hesaplanır.

3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın verilerinin toplanmasına başlanmadan önce Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır. Hemşirelere araştırmanın amacı açıklanarak sözel olarak izinleri alınmış ve araştırmaya katılmaları sağlanmıştır. Daha sonra kişisel bilgi formunun ön uygulaması 5 hemşire üzerinde yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda soru formunda gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra veri toplama işlemine başlanmıştır. Ön uygulama yapılan hemşirelerin anket formları çalışmaya dahil edilmemiştir. Soru formu ve ölçekler araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere gerekli açıklamalar yapıp araştırmacı tarafından dağıtılarak, hemşirelerin kendi kendine doldurması sağlanmıştır. Anket uygulaması 15-20 dakika sürmüştür. Veriler Aralık 2012-Mart 2013 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve sağlık kaygısı envanterini değerlendirmek için ölçeklerden alınan puanlar esas alınmıştır. Ölçeklerden alınan puanlar arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyi o ölçüde yüksek olarak değerlendirilmiştir. Araştırmadan elde edilen tüm veriler bağımlı ve bağımsız değişkenler dikkate alınarak, bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 15.0 yazılım programında veri tabanı oluşturulmuştur. Çalışmadaki tüm verilerin tanımlayıcı değerleri (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart Sapma, Minimum, Maximum) hesaplanmıştır. Sürekli nitelikteki değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında Bağımsız örnekler (Independent Samples) t testi ve Varyans analizi (post hoc, LSD, Bonferroni) kullanılmıştır. Pearson ki-kare ve Monte Carlo simülasyonlu Fisher exact test ile kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkilerin derecesi ve yönü hakkında bilgi elde etmek için Pearson Korelasyon testleri yapılmıştır. Bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişken üzerine etkisini incelemek için Regresyon Analizi uygulanmıştır. İstatistiksel sonuçların anlamlılığı için yanılma düzeyi 0,05 kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma evreninden seçilen ve ön uygulama yapılan 5 hemşire, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve izinde olanlarla beraber toplam 27 hemşirenin araştırmaya katılamaması sınırlılıklarından biridir.

Hemşirelik ağırlıklı olarak bayanların çalıştığı bir meslek grubu olduğundan kadın-erkek sayısı arasındaki orantısızlık bu araştırma için sınırlılık oluşturmaktadır.

Ayrıca hemşirelerin sağlık kaygısını değerlendirmek amacıyla kullanılan sağlık kaygısı envanteri ile ilgili yeterli ulusal literatür olmaması sınırlılık oluşturmaktadır.

3.8. Araştırmanın Amacı ve Hipotezler

Bu çalışma, Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve sağlık kaygısı düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

H₁: Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin, sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri yüksektir.

H₂: Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin, sağlık kaygısı düzeyleri yüksektir.

H₃: Sağlık kaygısı yüksek olan hemşirelerin, sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri yüksektir.

3.9. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın yürütülmesi için Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır (Ek:4). Katılımcıların ise araştırmanın amacı açıklanarak sözel izinleri alınmıştır. Ayrıca araştırma Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş olup, tıbbi etik açısından uygun bulunmuştur (Ek:5).

3.10. Araştırmanın Süresi

Araştırma Mart 2012'den itibaren planlanmaya başlanmış, Aralık 2012 tarihinde tez önerisi olarak sunulmuştur. Tez önerisinin kabulünden sonra veriler Aralık 2012-Mart 2013 tarihleri arasında toplanmıştır ve Nisan-Ağustos 2013 tarihleri arasında değerlendirilmiştir. Eylül 2013 tarihinde ise tez yazımı tamamlanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma grubundaki hemşirelerin bazı özelliklerine ait tanımlayıcı bulgular yer almaktadır.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=206)

Cinsiyet	n	%
Erkek	50	24,3
Kadın	156	75,7
Yaş Grubu		
20-24	26	12,6
25-29	88	42,7
30-39	55	26,7
>40	37	18,0
Medeni Durum		
Evli	128	62,1
Bekar	78	37,9
Eğitim Durumu		
Lise	44	21,4
Ön Lisans	24	11,7
Lisans	110	53,4
Yüksek Lisans ve Üstü	28	13,6
Doğum Yeri		
İl	106	51,5
İlçe	65	31,6
Köy	35	17,0
Yaşantısının çoğunu geçirdiği yer		
İl	150	72,8
İlçe	41	19,9
Köy	15	7,3

Çalışmaya alınan 206 hemşirenin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı tablo 3’de yer almaktadır. Hemşirelerin 156’sı (%75,7) kadındır. 26’sı (%12,6) 20-24 yaş grubunda, 88’i (%42,7) 25-29 yaş grubunda, 55’i (%26,7) 30-39 yaş grubunda, 37’si (%18) ise 40 ve üstü yaş grubunda yer almaktadır. Hemşirelerin 128’i (%62,1) evlidir. Eğitim durumuna göre dağılımına bakıldığında; 44’ü (%21,4) lise, 24’ü (%11,7) ön lisans, 110 (%53,4)’u lisans, 28’i (%13,6) ise lisansüstü mezunu şeklindedir. Hemşirelerin 106’sı (%51,5) il, 65’i (%31,6) ilçe, 35’i (%17) köy doğumludur. Yaşantısının çoğunu geçirdiği yere göre dağılıma bakıldığında; 150’si (%72,8) il, 41’i (%19,9) ilçe geriye kalan ise köy şeklindedir.

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Ekonomik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=206)

Gelir- gider durumu	n	%
Karşılıyor	57	27,7
Karşılamıyor	85	41,3
Gelir gidere denk	64	31,1
Konut Mülkiyeti		
Ev Sahibi	79	38,3
Kiracı	127	61,7
Hanedeki Birey Sayısı		
1 kişi	27	13,1
2-3 kişi	129	62,6
>4 kişi	50	24,3
Çocuk sayısı		
0	115	55,8
1	60	29,1
2	26	12,6
3	5	2,4

Tablo 4’te araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-ekonomik özelliklerine ait tanımlayıcı bulgular verilmiştir. Gelir-gider durumuna göre dağılıma bakıldığında; hemşirelerin 57’sinin (%27,7) geliri giderini karşılıyor, 85’inin (%41,3) geliri giderini karşılamıyor, 64’ünün (%31,1) geliri giderine denktir. Konut mülkiyetine göre dağılıma bakıldığında; hemşirelerin 79’u (%38,3) ev sahibi, 127’si (%61,7) ise kiracıdır. 27’si (%13,1) yalnız yaşamakta, 129’u (%62,6) 2-3 kişi ile, 50’si (%24,3) ise 4 ve üstü kişi ile yaşamaktadır. Hemşirelerin 115’i (%55,8) çocuk sahibi değil iken, 60’ının (%29,1) 1 çocuğu, 26’sının (%12,6) 2 çocuğu, 5’inin (%2,4) ise 3 çocuğu vardır.

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Genel Sağlık Durumuna Göre Dağılımı (n=206)

Hastalık durumu	n	%
Evet	44	21,4
Hayır	162	78,6
İlaç kullanım durumu		
Evet	26	12,6
Hayır	180	87,4
Sigara içme durumu		
Hiç içmedim	100	48,5
Her gün içerim	48	23,3
Ara sıra İçerim	31	15
Bıraktım	27	13,1
Beden Kitle İndeksi		
Zayıf	15	7,3
Normal	109	52,9
Hafif Şişman	71	34,5
Şişman	11	5,3

Tablo 5'te araştırmaya katılanların genel sağlık durumuna göre dağılımı verilmiştir. Buna göre, hemşirelerin sadece 44'ünün (%21,4) tanısı konmuş bir hastalığı vardır ve 26'sının (%12,6) sürekli bir ilaç kullandığı gözlenmiştir. 180'i (%87,4) ilaç kullanmamaktadır. Sigara içme davranışına bakıldığında; hemşirelerin 100'ü (%48,5) hiç sigara içmemiş, 48'i (%23,3) her gün sigara içiyor, 31'i (%15) ara sıra içiyor, 27'si (%13,1) ise sigara içmeyi bırakmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin beden kitle indeksine göre dağılımı; 15'i (%7,3) zayıf, 109'u (%52,9) normal kiloda, 71'i (34,5) hafif şişman, 11'i (%5,3) ise şişman şeklindedir (Dünya Sağlık Örgütü'nün obezite sınıflandırması esas alınarak gruplama yapılmıştır).

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı (n=206)

Çalışma süresi	n	%
1 yıldan az	8	3,9
1-5 yıl	74	35,9
6-15 yıl	108	52,4
16 yıl	16	7,8
Çalışılan birim		
Servis	110	53,4
Yoğun Bakım	51	24,8
Ameliyathane	23	11,2
Poliklinik	13	6,3
Acil Servis	9	4,4
Haftalık çalışma saati		
40 saat	54	26,2
40 saat üstü	152	73,8
Çalışma şekli		
Sürekli gündüz	46	22,3
Nöbet + gündüz	160	77,7
Nöbet sayısı		
0	46	22,3
1-5	16	7,8
6-9	99	48,1
10-12	45	21,8
Nöbet tutmanın aile yaşamını etkileme durumu		
Evet	184	89,3
Hayır	17	8,3
Kararsız	5	2,4
Memnuniyet durumu		
Memnun değil	50	24,3
Orta derecede memnun	112	54,4
Memnun	44	21,4

Tablo 6’da araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Buna göre, hemşirelerin 8’inin (%3,9) çalışma süresi 1 yıldan az, 74’ünün (%35,9) 1-5 yıl arasında, 108’inin (%52,4) 6-15 yıl arasında, 16’sının (%7,8) ise 16 yıl ve üstü şeklindedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştığı birime göre dağılımına bakıldığında; 110’u (%53,4) serviste, 51’i (%24,8) yoğun bakımda, 23’ü (%11,2) ameliyathanede, 13’ü (%6,3) poliklinikte, 9’u (%4,4) ise acil serviste çalışmaktadır. Haftalık çalışma saatine göre dağılıma bakıldığında; hemşirelerin 54’ü (%26,2) haftalık 40 saat, 152’si (%73,8) ise haftalık 40 saat ve üstü şeklinde çalışmaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin 46’sı (%22,3) tam gün, 160’ı (%77,7) ise nöbet + gündüz şeklinde vardiyalı çalışmaktadır.

Nöbet tutma sayısına göre dağılıma bakıldığında; 46'sı (%22,3) nöbet tutmuyor, 16'sının (%7,8) ayda ortalama nöbet tutma sayısı 1-5 arasında, 99'unun (%48,1) 6-9 arasında, 45'inin (%21,8) ise 10-12 arasındadır.

Hemşirelerin 184'ü (%89,3) nöbet tutmalarının aile yaşamını etkilediğini düşünmekte, 17'si (%8,3) nöbet tutmalarının aile yaşamını etkilemediğini düşünmektedir, 5'i (%2,4) ise bu konuda kararsızdır. Hemşirelerin 50'si (%24,3) çalışma durumlarından memnun değil, 112'si (%54,4) orta derecede memnun, 44'ü (%21,4) ise memnundur.

Tablo 7. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (n=206)

Cinsiyet		Erkek	Kadın	Toplam	İstatistik
		n=50	n=156	n=206	
Yaş grubu	20-24	9	17	26	$\chi^2=1,80$ $p=0,613$
	25-29	20	68	88	
	30-39	12	43	55	
	>40	9	28	37	
Çocuk sayısı	0	31	84	115	$\chi^2=11,78$ $p=0,008$
	1	12	48	60	
	2	3	23	26	
	3 ve üstü	4	1	5	
Eğitim durumu	Lise	11	33	44	$\chi^2=17,75$ $p<0,001$
	Ön lisans	12	12	24	
	Lisans	16	94	110	
	Yüksek lisan	11	17	28	
Medeni durumu	Evli	31	97	128	$\chi^2=0,001$ $p=0,982$
	Bekar	19	59	78	
Çalıştığı birim	Servis	18	92	110	$\chi^2=34,02$ $p<0,001$
	Yoğun bakım	13	38	51	
	Ameliyathane	16	7	23	
	Poliklinik	0	13	13	
	Acil servis	3	6	9	
Çalışma şekli	Tam gün	11	31	42	$\chi^2=0,109$ $p=0,947$
	Yarım gün	1	3	4	
	Nöbet	38	122	160	

Tablo 7. (devam) Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (n=206)

Cinsiyet		Erkek	Kadın	Toplam	İstatistik
		n=50	n=156	n=206	
Haftalık çalışma saati	40saat altı	13	41	54	$\chi^2=0,002$ p=0,969
	40saat üstü	37	115	152	
İşinden memnuniyet durumu	Memnun değil	8	42	50	$\chi^2=2,68$ p=0,261
	Orta derecede memnun	29	83	112	
	Memnun	13	31	44	
Hastalık durumu	Evet	8	36	44	$\chi^2=1,12$ p=0,288
	Hayır	42	120	160	
Sigara içme	Hiç içmedim	21	79	100	$\chi^2=7,69$ p=0,053
	Her gün içerim	12	36	48	
	Ara sıra içerim	5	26	31	
	Bıraktım	12	15	27	
BKİ	<18,5	3	12	15	$\chi^2=41,68$ p<0,001
	18,5-24,99	8	101	109	
	25-29,99	33	38	71	
	>30	6	5	11	

Tablo 7’de Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı verilmiştir. Hemşirelerde cinsiyete göre sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; çocuk sayısı (p=0,008), eğitim durumu (p<0,001), çalıştığı birim (p<0,001) ve BKİ (p<0,001) açısından gruplar arasında anlamlı fark vardır.

Tablo 8. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı (n=206)

Yaş grupları		20-24	25-29	30-39	>40	Toplam	İstatistik
		n=26	n =88	n=55	n =37	n=206	
Medeni durum	Evli	10	44	47	27	128	$\chi^2=26,26$
	Bekar	16	44	8	10	78	$p<0,001$
Eğitim durumu	Lise	9	14	15	6	44	$\chi^2=34,05$
	Ön lisans	9	6	1	8	24	$p<0,001$
	Lisans	7	53	33	17	110	
	Yüksek lisans	1	15	6	6	28	
Çalıştığı birim	Servis	11	48	30	21	110	$\chi^2=14,60$
	Yoğun bakım	9	24	12	6	51	$P=0,217$
	Ameliyathane	6	7	5	5	23	
	Poliklinik	0	3	6	4	13	
	Acil servis	0	6	2	1	9	
Çalışma şekli	Tam gün	1	7	15	19	42	$\chi^2=34,61$
	Yarım gün	1	2	1	0	4	$p<0,001$
	Nöbet	24	79	39	18	160	
İşinden memnuniyeti	Memnun değil	6	21	15	8	50	$\chi^2=5,03$
	Orta derecede memnun	17	51	25	19	112	$p=0,540$
	Memnun	3	16	15	10	44	
Gelir-gider durumu	Karşılıyor	9	29	10	9	57	$\chi^2=7,85$
	Karşılmıyor	8	32	25	20	85	$p=0,249$
	Gelir gider denk	9	27	20	8	64	

Tablo 8. (devam) Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı (n=206)

Yaş grupları		20-24	25-29	30-39	>40	Toplam	İstatistik
		n=26	n =88	n=55	n =37	n=206	
BKİ	<18,5	2	8	3	2	15	$\chi^2=8,543$ p=0,457
	18,5-24,99	16	51	27	15	109	
	25-29,99	8	26	21	16	71	
	>30	0	3	4	4	11	
Hastalık durumu	Evet	4	15	15	10	44	$\chi^2 =3,380$ p=0,337
	Hayır	22	73	40	27	162	
Sigara içme durumu	Hiç içmedim	16	46	27	11	100	$\chi^2=12,94$ p=0,165
	Her gün içerim	7	19	11	11	48	
	Ara sıra içerim	3	14	7	7	31	
	Bıraktım	0	9	10	8	27	
Ayda tutulan nöbet sayısı	0	2	6	16	19	43	$\chi^2=46,19$ p<0,001
	1-5	6	6	5	2	19	
	6-9	11	49	25	14	99	
	10-12	7	27	9	2	45	

Tablo 8’de Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin yaş grubuna göre dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin yaş grubuna göre sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; hemşirelerin medeni durumu (p<0,001), eğitim durumu (p<0,001), çalışma şekli (p<0,001) ve ayda tutulan nöbet sayısı (p<0,001) açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür.

Tablo 9. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı (n=206)

Eğitim durumu		Lise	Ön lisans	Lisans	Yüksek lisans	Toplam	İstatistik
		n=44	n=24	n=110	n=28	n=206	
Medeni durum	Evli	35	13	66	14	128	$\chi^2=8,28$ p=0,041
	Bekar	9	11	44	14	78	
Çocuk sayısı	0	17	15	64	19	115	$\chi^2=12,02$ p=0,160
	1	18	4	31	7	60	
	2	6	5	13	2	26	
	3 ve üstü	3	0	2	0	5	
Yaşamın çoğunun geçirildiği yer	İl	28	20	79	23	150	$\chi^2=12,28$ p=0,042
	İlçe	14	4	22	1	41	
	Köy	2	0	9	4	15	
Çalıştığı birim	Servis	25	11	3	1	4	$\chi^2=37,77$ p<0,001
	Yoğun bakım	11	2	33	5	51	
	Ameliyathane	3	9	3	8	23	
	Poliklinik	1	3	7	2	13	
	Acil servis	4	1	3	1	9	
Çalışma şekli	Tam gün	7	7	21	7	42	$\chi^2=5,43$ p=0,413
	Yarım gün	1	1	1	1	4	
	Nöbet	36	16	88	20	160	
İşinden memnuniyet durumu	Memnun değil	9	2	31	8	50	$\chi^2=5,32$ p=0,503
	Orta derecede memnun	25	17	56	14	112	
	Memnun	10	5	23	6	44	

Tablo 9. (devam) Hemşirelerin Sosyo- Demografik Özelliklerinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı (n=206)

Eğitim durumu		Lise	Ön lisans	Lisans	Yüksek lisans	Toplam	İstatistik
		n=44	n=24	n=110	n=28	n=206	
Ayda tutulan nöbet sayısı	0	7	8	21	7	43	$\chi^2=28,06$ p=0,001
	1-5	4	8	5	2	19	
	6-9	20	6	61	12	99	
	10-12	13	2	23	7	45	
Sigara içme durumu	Hiç içmedim	18	12	51	19	100	$\chi^2=10,43$ p=0,316
	Her gün içerim	13	6	26	3	48	
	Ara sıra içerim	6	3	21	1	31	
	Bıraktım	7	3	12	5	27	
Haftalık çalışma saati	40 saat altı	9	11	29	5	54	$\chi^2=6,54$ p=0,088
	40 saat üstü	35	13	81	23	152	

Tablo 9’da Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin eğitim durumuna göre dağılımı verilmiştir. Hemşirelerde eğitim durumuna göre sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; medeni durum (p=0,041), yaşamın çoğunun geçirildiği yer (p=0,042), çalıştığı birim (p<0,001) ve ayda tutulan nöbet sayısı (p=0,001) açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür.

Tablo 10. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=206)

Alt Ölçekler	Orijinal Ölçeğin Alt ve Üst Değerleri	Bu Araştırmada Ölçekten Alınan Alt ve Üst Değer	Bu Araştırmada Ölçeğin Ortalama Puanlar: X±SD
Kendini Gerçekleştirme	13-52	20-50	35±0,4
Sağlık Sorumluluğu	10-40	12-39	23±0,38
Egzersiz	5-20	5-20	9,34±0,25
Beslenme	6-24	7-24	15,7±0,23
Kişilerarası Destek	7-28	9-28	19,45±0,23
Stres Yönetimi	7-28	8-27	16,6±0,25
SYBD Ölçeği	48-192	76-183	119,97±1,4

Tablo 10’da SYBD ölçeğinden ve alt ölçeklerden alınan puanlar verilmiştir. Buna göre; kendini gerçekleştirme puanının 35±0,4, sağlık sorumluluğunun 23±0,38, egzersizin 9,34±0,25, beslenmenin 15,7±0,23, kişilerarası desteğin 19,45±0,23, stres yönetiminin 16,6±0,25 olduğu görülmektedir. Hemşirelerin SYBD ölçeği toplam puan ortalaması ise 119,97±1,4’tür. Araştırmada ilgili ölçeklerden alınan alt ve üst değerler, kendini gerçekleştirme; 20-50, sağlık sorumluluğu; 12-39, egzersiz; 5-20, beslenme; 7-24, kişilerarası destek; 9-28, stres yönetimi; 8-27, toplam SYBD ölçeği ise 76-183 şeklindedir.

Tablo 11. Yaş Gruplarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=206).

Alt Ölçekler	YAŞ GRUPLARI				Test	
	20-24 yaş	25-29 yaş	30-39 yaş	>40		
	n=26 X±SD	n=88 X±SD	n=55 X±SD	n=37 X±SD	F	p
Kendini Gerçekleştirme	37±5,67	36,05±5,63	34,76±5,97	35,67±5,85	1,02	0,382
Sağlık Sorumluluğu	24,76±6,71	22,88±5,11	22,94±6,10	22,64±4,78	0,92	0,432
Egzersiz	11,69±4,39	9,28±3,52	9±3,56	8,37±2,80	4,90	0,003
Beslenme	15,80±3,75	15,23±3,20	15,70±3,22	16,75±3,56	1,79	0,150
Kişilerarası Destek	20,73±3,92	19,44±2,94	19,25±3,64	18,89±3,47	1,65	0,179
Stres Yönetimi	17,73±4,19	16,65±3,38	16,61±3,96	16,64±3,11	1,71	0,165
SYBD Ölçeği	128±4,36	117,5±2,03	116±2,9	116±2,97	1,56	0,200

Tablo 11’de yaş gruplarına göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerden alınan puan ortalamaları verilmiştir. Yaş gruplarına göre sadece yaş ile egzersiz alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,05$). Egzersiz alt ölçeği puan ortalaması dikkate alınarak yaş grupları ikiye ayrılarak karşılaştırıldığında, 20-24 yaş grubuna ait egzersiz alt ölçeği puan ortalamasının diğer gruplardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$) ancak diğer yaş grupları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 12. Cinsiyete Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n= 206)

Alt Ölçekler	CİNSİYET		Test	
	Kadın n=156 X±SD	Erkek n=50 X±SD	t	p
Kendini Gerçekleştirme	35,60±5,76	36,28±5,84	-0,72	0,467
Sağlık Sorumluluğu	23,03±5,36	23,32±6,19	-0,32	0,745
Egzersiz	9,10±3,26	10,14±4,59	-1,49	0,140
Beslenme	15,88±3,21	15,18±3,82	1,27	0,203
Kişilerarası Destek	19,46±3,37	19,44±3,47	0,03	0,969
Stres Yönetimi	16,35±3,27	17,40±4,51	-1,52	0,131
SYBD Ölçeği	119,40±18,96	121,76±23,49	-0,72	0,472

Tablo 12’de cinsiyete göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları verilmiştir. Cinsiyete göre yapılan karşılaştırmada, hiçbir alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 13. Medeni Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=206)

Alt Ölçekler	MEDENİ DURUM		Test	
	Bekar n=78 X±SD	Evli n=128 X±SD	t	p
Kendini Gerçekleştirme	36,15±5,95	35,52±5,67	-0,75	0,448
Sağlık Sorumluluğu	23,51±5,96	22,84±5,29	-0,83	0,403
Egzersiz	10,02±4,01	8,93±3,34	-2,00	0,047
Beslenme	15,11±3,42	16,07±3,29	1,98	0,048
Kişilerarası Destek	19,43±3,25	19,46±3,47	0,06	0,946
Stres Yönetimi	17,03±3,82	16,33±3,48	-1,35	0,178
SYBD Ölçeği	121,28±22,02	119,17±18,91	-0,72	0,468

Tablo 13'te medeni duruma göre SYBD ölçeğinden ve alt ölçeklerden alınan puan ortalamaları verilmiştir. Medeni duruma göre yapılan istatistiksel karşılaştırmada sadece egzersiz ve beslenme puan ortalamaları arasında fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Evli olan hemşirelerin beslenme puan ortalamaları, bekar olanların ise egzersiz puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 14. Çocuk Sayısına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları
(n =206)

Alt Ölçekler	ÇOCUK SAYISI				Test	
	Çocuk yok n=115 X±SD	Bir çocuk n=60 X±SD	İki Çocuk n=26 X±SD	Üç çocuk n=5 X±SD	F	p
Kendini Gerçekleştirme	36,3±0,51	34,71±0,82	36,53±0,98	31,8±2,28	1,96	0,121
Sağlık Sorumluluğu	22,8±0,55	23,38±0,67	23,88±0,94	22,4±1,77	0,36	0,782
Egzersiz	9,65±0,36	9,2±0,43	8,42±0,65	9±1,09	0,87	0,457
Beslenme	14,84±0,31	16,48±0,38	18,07±0,6	14±1,04	9,29	p<0,001
Kişilerarası Destek	19,59±0,32	19,11±0,39	20±0,74	17,6±1,4	9,87	0,400
Stres Yönetimi	16,8±0,33	16,78±0,50	15,5±0,64	15,2±1,15	1,10	0,347
SYBD Ölçeği	119,99±1,92	119,68±2,64	122,5±3,56	110±1,40	0,54	0,651

Tablo 14’te çocuk sayısına göre SYBD ölçeğinden ve alt ölçeklerden alınan puan ortalamaları verilmiştir. Çocuk sayısına göre yapılan istatistiksel karşılaştırmada sadece beslenme puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklı olduğu bulunmuştur (p<0,05). Çocuğu olmayanların beslenme alt ölçeği puan ortalaması bir çocuğu ve iki çocuğu olanlardan anlamlı düzeyde düşüktür. Aynı zamanda iki çocuğu olanların beslenme puanı üç çocuğu olanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 15. Eğitim Duruma Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=206)

Alt Ölçekler	EĞİTİM DURUMU				Test	
	Lise n=44 X±SD	Ön lisans n=24 X±SD	Lisans n=110 X±SD	Yüksek lisans ve üstü n=28 X±SD	F	p
Kendini Gerçekleştirme	34,72±0,89	35,87±1,08	35,98±0,59	36,42±0,74	0,64	0,585
Sağlık Sorumluluğu	22,61±0,95	24,04±1	23,23±0,52	22,5±0,91	0,46	0,704
Egzersiz	8,77±0,46	10,33±0,94	9,66±0,35	8,17±0,52	2,22	0,086
Beslenme	15,63±0,51	16,5±0,82	15,68±0,3	15,25±0,61	0,62	0,603
Kişilerarası Destek	18,88±0,53	20,29±0,65	19,44±0,32	19,67±0,57	0,94	0,421
Stres Yönetimi	16,27±0,57	17,20±0,83	16,84±0,35	15,64±0,44	1,16	0,324
SYBD Ölçeği	116,90±3,08	124,25±3,96	120,85±2,03	117,67±2,73	0,89	0,446

Tablo 15'te eğitim duruma göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları verilmiştir. Eğitim durumuna göre yapılan istatistiksel karşılaştırmada, hiçbir alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16. Yaşamın Büyük Çoğunluğunun Geçirildiği Yere Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=206)

Alt Ölçekler	YAŞAMIN BÜYÜK ÇOĞUNLUĞUNUN GEÇİRİLDİĞİ YER			Test	
	İl	İlçe	Köy	F	p
	n=150 X±SD	n=41 X±SD	n=15 X±SD		
Kendini Gerçekleştirme	36,02±0,46	34,46±0,94	36,73±1,35	1,40	0,248
Sağlık Sorumluluğu	23,38±0,46	22,39±0,85	22,13±1,18	0,75	0,469
Egzersiz	9,81±3,08	8,68±0,48	6,53±0,42	6,73	0,001
Beslenme	15,74±0,26	15,46±0,54	16±1,04	0,17	0,841
Kişilerarası Destek	19,70±0,27	18,65±0,58	19,20±0,56	1,57	0,209
Stres Yönetimi	17±0,30	15,56±0,51	15,46±0,66	3,40	0,035
SYBD Ölçeği	121,66±1,66	115,21±3,14	116,06±3,86	1,97	0,141

Tablo 16’da yaşamın büyük çoğunluğunun geçirildiği yere göre SYBD ölçeğinden ve alt ölçeklerden alınan puan ortalamaları verilmiştir. Yaşamın büyük çoğunluğunun geçirildiği yere göre SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yaşamın büyük çoğunluğunu ilde geçirenlerin egzersiz ve stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksektir. Egzersiz ve stres yönetimi alt ölçekleri dikkate alınarak yaşamın büyük çoğunluğunun geçirildiği yer ikişerli karşılaştırıldığında, yaşamın büyük çoğunluğun köyde geçiren grubun egzersiz puan ortalamasının diğer gruplardan anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$), ancak diğer yaş grupları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17. Ekonomik Duruma Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=206)

Alt Ölçekler	EKONOMİK DURUM			Test	
	Gelir gideri karşılıyor n=57 X±SD	Gelir gideri karşılamıyor n=85 X±SD	Gelir gidere denk n=64 X±SD	F	p
Kendini Gerçekleştirme	36,78±5,23	34,78±6,26	36,14±5,40	2,27	0,105
Sağlık Sorumluluğu	23,31±5,78	22,81±5,41	23,28±5,60	0,19	0,827
Egzersiz	9,80±3,95	8,96±3,21	9,45±3,89	0,94	0,389
Beslenme	16,01±3,24	15,30±3,42	15,96±3,40	1,03	0,356
Kişilerarası Destek	19,17±3,42	19,14±3,30	20,12±3,41	1,82	0,163
Stres Yönetimi	16,89±3,59	15,76±3,52	17,45±3,60	4,39	0,014
SYBD Ölçeği	122±2,67	116,77±2,17	122,42±2,47	1,04	0,160

Tablo 17’de ekonomik duruma göre SYBD ölçeğinden ve alt ölçeklerden alınan puan ortalamaları verilmiştir. Ekonomik duruma göre stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Bu farklılık sadece geliri giderine denk ve geliri giderini karşılamayan gruplar arasında gözlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 18. Çalışma Yılına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=206)

Alt Ölçekler	ÇALIŞMA YILI				Test	
	1 yıldan az n=8 X±SD	1-5 yıl n=74 X±SD	6-15 n=108 X±SD	16 yıl ve üstü n=16 X±SD	F	p
Kendini Gerçekleştirme	39,12±5,11	35,98±6,09	35,47±5,65	35±5,17	1,12	0,339
Sağlık Sorumluluğu	26,12±6,35	23,10±5,70	22,95±5,52	22,5±4,64	0,87	0,454
Egzersiz	11,37±4,89	9,58±3,85	9,21±3,54	8,1±2,07	1,52	0,208
Beslenme	16,12±3,83	15,28±3,42	15,83±3,27	16,62±3,55	0,87	0,455
Kişilerarası Destek	21,62±2,77	20,12±3,30	19,05±3,28	18±3,82	3,67	0,013
Stres Yönetimi	17,5±4,03	16,90±3,55	16,53±3,77	15,18±2,50	1,16	0,326
SYBD Ölçeği	131±8,40	120±2,33	119±1,95	115±3,99	1,34	0,263

Tablo 18’de çalışma yılına göre SYBD ölçeğinden ve alt ölçeklerden alınan puan ortalamaları verilmiştir. Çalışma yılına göre yapılan istatistiksel karşılaştırmada, kişilerarası destek alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışma yılı bir yıldan az olanların kişilerarası destek alt ölçek puanı çalışma yılı 6-15 yıl olan gruptan ve 16 yıl ve üstü olan grubun ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksektir. Çalışma yılı 1-5 yıl olan grubun kişilerarası destek alt ölçek puan ortalaması 6-15 ve 16 yıl ve üstü süredir çalışan grupların ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 19. Çalışılan Birime Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=206)

Alt Ölçekler	ÇALIŞTIĞI BİRİM					Test	
	Servis n=110 X±SD	Yoğun bakım n=51 X±SD	Ameliyathane n=23 X±SD	Poliklinik n=13 X±SD	Acil servis n=9 X±SD	F	p
Kendini Gerçekleştirme	35,88±0,54	35,72±0,85	35,39±0,92	37,92±1,23	32,33±2,73	1,29	0,240
Sağlık Sorumluluğu	23,48±0,53	23,54±0,80	21,60±0,97	23,46±1,32	19,11±2,15	1,83	0,124
Egzersiz	9,4±0,34	9,72±0,51	9,65±0,87	7,92±0,75	7,88±1,26	1,04	0,387
Beslenme	15,84±0,31	15,41±0,48	16,04±0,73	16,46±0,97	13,77±0,98	1,10	0,356
Kişilerarası Destek	19,42±0,33	19,45±0,42	19,30±0,67	20,30±0,83	19±1,58	0,25	0,906
Stres Yönetimi	16,77±0,33	16,78±0,57	15,95±0,60	16,53±0,75	15,22±1,58	0,59	0,665
SYBD Ölçeği	120,8±1,93	120,64±3,0	117,95±2,92	122,6±3,98	107,3±8,52	1,06	0,375

Tablo 19’da çalışılan birime göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları verilmiştir. Çalışılan birime göre yapılan istatistiksel karşılaştırmada, hiçbir alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 20. Çalışma Şekline Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=206)

Alt Ölçekler	ÇALIŞMA ŞEKLİ			Test	
	Tam gün n=42 X±SD	Yarım gün n=4 X±SD	Nöbet n=160 X±SD	F	p
Kendini Gerçekleştirme	35,57±1	37,75±1,43	35,76±0,44	0,258	0,773
Sağlık Sorumluluğu	23,04±0,82	23,25±2,25	23,10±0,44	0,003	0,997
Egzersiz	8,57±0,59	9,25±1,10	9,55±0,28	1,219	0,298
Beslenme	16,54±0,52	15,5±1,70	15,49±0,26	1,645	0,196
Kişilerarası Destek	18,73±0,53	21±4,24	19,60±0,26	1,526	0,220
Stres Yönetimi	15,85±0,56	18,25±1,75	16,75±0,28	1,449	0,237
SYBD Ölçeği	118,33±3,31	125±7,98	120,28±1,57	0,281	0,755

Tablo 20’de çalışma şekline göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları verilmiştir. Çalışma şekline göre yapılan istatistiksel karşılaştırmada, hiçbir alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 21. Ayda Tutulan Nöbet Sayısına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=206)

Alt Ölçekler	AYDA TUTULAN NÖBET SAYISI				Test	
	Nöbet tutmuyor n=42 X±SD	1-5 arası n=20 X±SD	6-9 arası n=99 X±SD	10-12 arası n=45 X±SD	F	p
Kendini Gerçekleştirme	35,85±0,90	34,75±1,30	36,56±0,54	34,35±0,91	1,75	0,156
Sağlık Sorumluluğu	22,95±0,78	22,05±1,27	23,61±0,57	22,55±0,83	0,67	0,569
Egzersiz	8,64±0,57	10,40±0,96	9,89±0,35	8,33±0,49	3,08	0,028
Beslenme	16,52±0,51	16,75±0,79	15,89±0,32	14,06±0,45	5,45	0,001
Kişilerarası Destek	18,88±0,56	20,60±0,78	19,67±0,31	19±0,52	1,59	0,193
Stres Yönetimi	15,95±0,55	17,05±0,69	17,11±0,37	15,88±0,52	1,80	0,148
SYBD Ölçeği	118,80±3,14	121,60±3,83	122,76±2,03	114,20±2,99	1,99	0,117

Tablo 21’de ayda tutulan nöbet sayısına göre SYBD ölçeğinden ve alt ölçeklerden alınan puanlar ortalamaları verilmiştir. Ayda tutulan nöbet sayısına göre yapılan istatistiksel karşılaştırmada ayda tutulan nöbet sayısı ile egzersiz ve beslenme alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Egzersiz ve beslenme alt ölçekleri dikkate alınarak ayda tutulan nöbet sayısı ikiyeşerli karşılaştırıldığında, ayda 10-12 arasında nöbet tutan grubun beslenme alt ölçek puan ortalaması diğer gruplardan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Ayda tutulan nöbet sayısı ile egzersiz alt grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 22. İşinden Memnuniyet Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=206)

Alt Ölçekler	İŞİNDEN MEMNUNİYET DURUMU			Test	
	Memnun Değil n=50 X±SD	Orta Derecede Memnun n=112 X±SD	Memnun n=44 X±SD	F	p
Kendini Gerçekleştirme	35,20±0,99	35,21±0,48	37,79±0,80	3,55	0,030
Sağlık Sorumluluğu	24,34±0,81	22,28±0,48	23,75±0,90	2,79	0,063
Egzersiz	9,86±0,53	9,25±0,33	9±0,54	0,72	0,485
Beslenme	16,10±0,47	15,52±0,31	15,72±0,53	0,49	0,608
Kişilerarası Destek	19,70±0,51	19,20±0,30	19,81±0,52	0,68	0,504
Stres Yönetimi	16,36±0,55	16,33±0,31	17,56±0,60	2,00	0,137
SYBD Ölçeği	121,56±3,31	117,82±1,68	123,65±3,21	1,54	0,216

Tablo 22’de işinden memnuniyet durumuna göre SYBD ölçeğinden ve alt ölçeklerden alınan puanlar ortalamaları verilmiştir. İşinden memnuniyet durumuna göre sadece kendini gerçekleştirme alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Özellikle işinden memnun olan grubun kendini gerçekleştirme puan ortalaması, orta derecede memnun ve memnun olmayan gruplardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 23. Kronik Hastalık Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=206)

Alt Ölçekler	KRONİK HASTALIK		Test	
	Yok n=162 X±SD	Var n=44 X±SD	t	p
Kendini Gerçekleştirme	36,08±0,45	34,56±0,85	-1,55	0,122
Sağlık Sorumluluğu	23,32±0,44	22,25±0,75	-1,14	0,255
Egzersiz	9,48±0,28	8,86±0,53	-0,99	0,320
Beslenme	15,70±0,26	15,72±0,52	0,04	0,967
Kişilerarası Destek	19,46±0,26	19,40±0,54	-0,10	0,917
Stres Yönetimi	16,96±0,29	15,25±0,37	-3,60	p<0,001
SYBD Ölçeği	121,03±1,62	116,06±2,64	-1,457	0,147

Tablo 23'te kronik hastalık durumuna göre SYBD ölçeğinden ve alt ölçeklerden alınan puan ortalamaları verilmiştir. Kronik hastalık durumuna göre yapılan istatistiksel karşılaştırmada kronik hastalığı olan hemşirelerin stres yönetimi puan ortalaması anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p<0,05$). Diğer alt ölçekler arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 24. Sigara İçme Durumuna Göre SYBD leği ve Alt leklerinin Puan Ortalamaları (n=206)

Alt lekler	SİGARA İÇME DURUMU				Test	
	Hiç içmedim n=100 X±SD	Her gün içerim n=48 X±SD	Ara sıra içerim n=31 X±SD	Bıraktım n=27 X±SD	F	p
Kendini Gerçekleştirme	34,99±5,39	36,45±6,77	36,83±5,89	36,14±4,88	1,23	0,299
Sağlık Sorumluluğu	22,87±5,20	23,37±6,58	23,77±4,99	22,66±5,67	0,30	0,825
Egzersiz	9,28±3,51	9,33±3,89	10,16±3,67	8,70±3,66	0,80	0,492
Beslenme	15,89±3,05	15,33±4,17	15,45±3,11	16±3,29	0,41	0,740
Kişilerarası Destek	19,18±3,04	19,89±4	19,61±3,50	19,51±3,32	0,51	0,674
Stres Yönetimi	16,05±3,35	17,06±4,36	17,48±3,49	16,81±3,15	1,68	0,171
SYBD leği	118,26±1,83	121,45±3,58	123,32±3,54	119,85±3,41	0,612	0,608

Tablo 24'te sigara içme durumuna göre SYBD leğinden ve alt ölçeklerden alınan puan ortalamaları verilmiştir. Sigara içme durumuna göre yapılan istatistiksel karşılaştırmada sigara içme durumu ile hiçbir alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 25. Sağlık Kaygısı Envanteri (SKE), Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları (n= 206)

Ölçekler	Orijinal Ölçeğin Alt ve Üst Değerleri	Bu Araştırmada Ölçekten Alınan Alt ve Üst Değerler	Bu Araştırmada Ölçeğin Ortalama Puanları: X±SD
Sağlık Kaygısı Envanteri	0-168	29-108	54,5±0,78
Kaçınma Davranış Ölçeği	0-80	0-64	18,29±0,92
Güvenlik Arama Davranış Ölçeği	0-72	4-62	29,51±0,60

Tablo 25’te SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinden alınan puanlar incelendiğinde; sağlık kaygısı envanteri puanının 54,5±0,78, kaçınma davranış ölçeği puanının 18,29±0,92, güvenlik arama davranış ölçeği puanının ise 29,51±0,60 olduğu görülmektedir. Hemşirelerin bu araştırmada ilgili ölçeklerden aldıkları alt ve üst değerler, SKE; 29-108, kaçınma davranış ölçeği; 0-64, güvenlik arama ölçeği; 4-62 şeklindedir.

Tablo 26. Yaş Gruplarına göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları (n= 206)

Alt Ölçekler	YAŞ GRUPLARI				Test	
	20-24 n=26 X±SD	25-29 n=88 X±SD	30-39 n=55 X±SD	>40 n=37 X±SD	F	p
Sağlık Kaygısı Envanteri	54,84±1,81	54,57±1,39	55,20±1,6	53,21±1,04	0,23	0,872
Kaçınma Davranış Ölçeği	16,84±1,90	17,54±1,54	20,21±1,98	18,21±1,63	0,57	0,632
Güvenlik Arama Davranış Ölçeği	31,61±1,48	29,76±1,06	28,47±1,16	29,02±1,01	0,82	0,483

Tablo 26’da yaşa göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre, yaş grupları ile hiçbir alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 27. Cinsiyete Göre SKE, MS, Kaçınma Davranış leği ve Güvenlik Arama leğinin Puan Ortalamaları (n= 206)

Alt lekler	CİNSİYET		Test	
	Kadın n=156 X±SD	Erkek n=50 X±SD	t	p
Sağlık Kaygısı Envanteri	55,10±0,91	52,74±1,55	1,28	0,199
Kaçınma Davranış leği	17,25±1,09	21,52±1,64	-1,98	0,048
Güvenlik Arama Davranış leği	30,46±0,67	26,56±1,30	2,79	0,006

Tablo 27’de cinsiyete göre SKE, kaçınma davranış leği ve güvenlik arama leğinin puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre, kadınların güvenlik arama ölçek puan ortalaması yüksek iken erkeklerin sadece kaçınma davranış leği puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 28. Medeni Duruma Göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları (n= 206)

Alt Ölçekler	MEDENİ DURUM		Test	
	Evli n=128 X±SD	Bekar n=78 X±SD	t	p
Sağlık Kaygısı Envanteri	53,99±0,90	55,42±1,46	-0,83	0,407
Kaçınma Davranış Ölçeği	19,46±1,26	16,35±1,26	1,73	0,085
Güvenlik Arama Davranış Ölçeği	29,27±0,80	29,92±0,91	-0,51	0,606

Tablo 28’de medeni duruma göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Medeni duruma göre yapılan istatistiksel karşılaştırmada hiçbir ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 29. Çocuk sayısına Göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları (n=206)

Alt Ölçekler	ÇOCUK SAYISI				Test	
	Çocuk yok n=115 X±SD	Bir çocuk n=60 X±SD	İki çocuk n=26 X±SD	Üç çocuk n=5 X±SD	F	p
Sağlık Kaygısı Envanteri	53,75±1	57,41±1,63	53,26±1,90	44,40±0,74	3	0,032
Kaçınma Davranış Ölçeği	18,17±1,2	19,70±1,91	13,61±1,63	28,40±7,78	2,30	0,78
Güvenlik Arama Davranış Ölçeği	29,37±0,87	30,68±1,06	28,76±1,30	22,80±2,93	1,42	0,237

Tablo 29’da çocuk sayısına göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Çocuk sayısına göre yapılan istatistiksel karşılaştırmada çocuk sayısı ile sağlık kaygısı envanteri puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bir çocuğu olan grubun SKE alt ölçeği puanı çocuğu olmayan gruptan ve üç çocuğu olan gruptan anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 30. Eğitim Durumuna Göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları (n= 206)

Alt Ölçekler	EĞİTİM DURUMU				Test	
	Lise n=44 X±SD	Ön lisans n=24 X±SD	Lisans n=110 X±SD	Yüksek lisans ve üstü n=28 X±SD	F	p
Sağlık Kaygısı Envanteri	53,50±1,44	52,87±1,49	55,52±1,19	53,67±2,23	0,62	0,600
Kaçınma Davranış Ölçeği	19,63±2,29	17,33±1,81	17,01±1,23	22±2,71	1,25	0,290
Güvenlik Arama Davranış Ölçeği	30,15±1,53	29,5±1,48	29,03±0,70	30,42±2,29	0,28	0,833

Tablo 30’da eğitim durumuna göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Eğitim durumuna göre yapılan istatistiksel karşılaştırmada ölçeklerin puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 31. Yaşamın Büyük Çoğunluğunun Geçirildiği Yere Göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları (n= 206)

Alt Ölçekler	YAŞAMIN BÜYÜK ÇOĞUNLUĞUNUN GEÇİRİLDİĞİ YER			Test	
	İl n=150 X±SD	İlçe n=41 X±SD	Köy n=15 X±SD	F	p
Sağlık Kaygısı Envanteri	54,43±0,87	54,6±2,25	55,33±2,23	0,44	0,957
Kaçınma Davranış Ölçeği	18,45±1,07	19,21±2,29	14,13±2,74	0,842	0,432
Güvenlik Arama Davranış Ölçeği	29,94±0,72	28,19±1,45	28,93±1,36	0,677	0,509

Tablo 31’de yaşamın büyük çoğunluğunun geçirildiği yere göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Yaşamın büyük çoğunluğunun geçirildiği yere göre yapılan istatistiksel karşılaştırmada ölçeklerin puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 32. Çalışma Yılına Göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları (n=206)

Alt Ölçekler	ÇALIŞMA YILI				Test	
	1 yıldan az n=8 X±SD	1-5 yıl n=74 X±SD	6-15 n=108 X±SD	16 yıl ve üstü n=16 X±SD	F	p
Sağlık Kaygısı Envanteri	51,50±3,61	54,37±1,39	54,84±1,10	54,68±2,10	0,22	0,882
Kaçınma Davranış Ölçeği	20,50±3,28	18±1,55	18,20±1,33	19,12±2,85	0,10	0,956
Güvenlik Arama Davranış Ölçeği	31,50±1,91	28,90±1,21	30,29±0,74	26,12±1,86	1,35	0,257

Tablo 32’de çalışma yılına göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Çalışma yılına göre yapılan istatistiksel karşılaştırmada hiçbir ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 33. Ekonomik Duruma Göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları (n= 206)

Alt Ölçekler	EKONOMİK DURUM			Test	
	Gelir gideri karşılıyor n=57 X±SD	Gelir gideri karşılamıyor n=85 X±SD	Gelir gidere denk n=64 X±SD	F	p
Sağlık Kaygısı Envanteri	52,71±1,13	54,98±1,45	55,54±1,30	1,05	0,350
Kaçınma Davranış Ölçeği	16,63±1,68	18,98±1,48	18,84±1,67	0,613	0,543
Güvenlik Arama Davranış Ölçeği	30,10±1,01	29,01±1,03	29,67±1,07	0,28	0,756

Tablo 33'te ekonomik duruma göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Ekonomik duruma göre ilgili ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 34. Hastalık Durumuna Göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları (n= 206)

Alt Ölçekler	ÇALIŞTIĞI BİRİM					Test	
	Servis n=110 X±SD	Yoğun bakım n=51 X±SD	Ameliyathane n=23 X±SD	Poliklinik n=13 X±SD	Acil servis n=9 X±SD	F	p
Sağlık Kaygısı Envanteri	54,88±1,01	53,68±1,86	53,08±1,19	55,61±2,33	57,22±6,91	0,34	0,849
Kaçınma Davranış Ölçeği	17,47±1,19	16,39±1,80	21,65±2,82	21,07±4,14	26,44±6,46	1,74	0,142
Güvenlik Arama Davranış Ölçeği	30,53±0,78	29,80±1,16	24,78±2,26	28,76±2,42	28,66±2,66	2,17	0,073

Tablo 34'te çalışılan birime göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Çalışılan birime göre yapılan istatistiksel karşılaştırmada hiçbir ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 35. Çalışma Şekline Göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları (n= 206)

Alt Ölçekler	ÇALIŞMA ŞEKLİ			Test	
	Tam gün n=42 X±SD	Yarım gün n=4 X±SD	Nöbet n=160 X±SD	F	p
Sağlık Kaygısı Envanteri	54,09±1,88	57,25±4,71	54,58±0,88	0,147	0,864
Kaçınma Davranış Ölçeği	17,9±1,96	32±11,88	18,05±1,03	2,192	0,114
Güvenlik Arama Davranış Ölçeği	28,78±1,29	34,5±0,95	29,51±0,60	0,800	0,450

Tablo 35'te çalışma şekline göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Çalışma şekline göre yapılan istatistiksel karşılaştırmada hiçbir ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 36. Ayda Tutulan Nöbet Sayısına Göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları (n= 206)

Ölçekler	AYDA TUTULAN NÖBET SAYISI				Test	
	Nöbet tutmuyor n=42 X±SD	1-5 arası n=20 X±SD	6-9 arası n=99 X±SD	10-12 arası n=45 X±SD	F	p
Sağlık Kaygısı Envanteri	54,14±1,9	55,4±1,78	53,86±1,22	55,97±1,43	0,40	0,747
Kaçınma Davranış Ölçeği	19,66±2,26	19,80±2,54	17,55±1,20	17,95±2,32	0,342	0,795
Güvenlik Arama Davranış Ölçeği	30,04±1,24	26,75±1,79	29,43±0,85	30,44±1,49	0,89	0,446

Tablo 36’da ayda tutulan nöbet sayısına göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Ayda tutulan nöbet sayısına göre yapılan istatistiksel karşılaştırmada ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 37. İşinden Memnuniyet Durumuna Göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları (n= 206)

Alt Ölçekler	İŞİNDEN MEMNUNİYET DURUMU			Test	
	Memnun Değil n=50 X±SD	Orta Derecede memnun n=112 X±SD	Memnun n=44 X±SD	F	p
Sağlık Kaygısı Envanteri	57,12±1,88	53,92±1,07	53,13±1,21	1,81	0,166
Kaçınma Davranış Ölçeği	17,52±1,97	19,55±1,16	15,95±2,23	1,27	0,283
Güvenlik Arama Davranış Ölçeği	30,8±1,31	28,52±0,83	30,59±1,15	1,60	0,204

Tablo 37’de işinden memnuniyet durumuna göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. İşinden memnuniyet durumuna göre yapılan istatistiksel karşılaştırmada ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 38. Hastalık Durumuna Göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları (n= 206)

Alt Ölçekler	HASTALIK		Test	
	Var n=44 X±SD	Yok n=162 X±SD	t	p
Sağlık Kaygısı Envanteri	55,68±1,98	54,22±0,84	0,75	0,450
Kaçınma Davranış Ölçeği	21±2,41	17,55±0,97	1,32	0,191
Güvenlik Arama Davranış Ölçeği	28,27±1,44	29,85±0,66	-1,06	0,287

Tablo 38’de hastalık durumuna göre SKE, Kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Hastalık durumuna göre yapılan istatistiksel karşılaştırmada hiçbir ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 39. Sigara İçme Durumuna Göre SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeğinin Puan Ortalamaları (n= 206)

Alt Ölçekler	SİGARA İÇME DURUMU				Test	
	Hiç içmedim n=100 X±SD	Her gün içerim n=48 X±SD	Ara sıra içerim n=31 X±SD	Bıraktım n=27 X±SD	F	p
Sağlık Kaygısı Envanteri	53,06±0,93	54,87±2,03	57,96±2,10	55,44±2,29	1,59	0,191
Kaçınma Davranış Ölçeği	17,22±1,29	18,5±2,05	20,19±2,61	19,70±2,24	0,52	0,660
Güvenlik Arama Davranış Ölçeği	29,67±0,9	29,83±1,23	28,96±1,44	29,03±1,75	0,09	0,961

Tablo 39’da sigara içme durumuna göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Sigara içme durumuna göre yapılan istatistiksel karşılaştırmada ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 40. Hemşirelerin SYBDÖ ile SKE, Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Davranış Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=206)

Diğer ölçekler	Sağlık Kaygısı Envanteri	Kaçınma Davranış Ölçeği	Güvenlik Arama Davranış Ölçeği
SYBDÖ			
Kendini Gerçekleştirme	r= -0,94 p= 0,181	r= -0,45 p= 0,518	r= 0,070 p= 0,316
Sağlık Sorumluluğu	r= 0,127 p= 0,068	r= -0,223** p= 0,001	r= 0,289** p<0,001
Egzersiz	r= 0,025 p= 0,719	r= -0,070 p= 0,318	r= 0,080 p= 0,252
Beslenme	r= 0,176* p= 0,011	r= -0,074 p= 0,288	r= 0,144* p= 0,039
Kişilerarası Destek	r= 0,010 p= 0,885	r= -0,095 p= 0,173	r= 0,154* p= 0,027
Stres Yönetimi	r= 0,027 p= 0,700	r= -0,107 p= 0,127	r= 0,105 p= 0,134
SYBD Ölçeği	r= 0,049 p= 0,484	r= -0,135 p= 0,053	r= 0,183* p= 0,008

Hemşirelerin SYBD ile SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama davranış ölçeği arasındaki ilişki Tablo 40’da verilmiştir. Buna göre sağlık sorumluluğu puanı ile kaçınma davranışı puanı ($r= -0,223$, $p= 0,001$) arasında negatif yönde, güvenlik arama davranışı puanı ($r=0,289$, $p<0,001$) arasında ise pozitif yönde güçlü ilişki katsayıları bulunmuştur. Buna göre sağlık sorumluluğu puanı arttıkça güvenlik arama davranış ölçeği puanı artacak, kaçınma davranış ölçeği puanı azalacaktır.

Beslenme puanı ile SKE ($r=0,176$, $p=0,011$) ve güvenlik arama davranışı ($r= 0,144$, $p= 0,039$) ölçeği arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur. Buna göre beslenme puanı arttıkça SKE ve güvenlik arama davranış ölçeği puanı artacaktır.

Kişilerarası destek puanı ile güvenlik arama davranış ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki vardır ($r= 0,154$, $p= 0,027$). Buna göre kişilerarası destek puanı arttıkça güvenlik arama davranış ölçeği puanı artacaktır.

SYBD ölçeği toplam puanı ile güvenlik arama davranışı ölçeği puan ortalaması ($r= 0,183$, $p= 0,008$) istatistiksel olarak anlamlıdır ve bu değişkenler arasında pozitif yönde güçlü doğrusal ilişki bulunmaktadır. Buna göre SYBD ölçek puanı arttıkça güvenlik arama davranış ölçeği puanı artacaktır.

Kendini gerçekleştirme, egzersiz ve stres yönetimi alt grupları ile hiçbir ölçek arasında ilişki saptanmamıştır.

Tablo 41. SYBDÖ Puan Ortalaması ile Bağımsız Değişkenlerin (hanedeki birey sayısı, çalışma süresi, yaşamın çoğunun geçirildiği yer) Çoklu Regresyon Sonuçları (r)

Bağımsız değişkenler	Regresyon Katsayısı	Standart Hata	t	p
Hanedeki birey sayısı	5,802	2,308	2,514	0,013
Çalışma süresi	- 4,801	2,049	-2,344	0,020
Yaşamın çoğunun geçirildiği yer	-4,543	2,255	-2,015	0,045
Model anlamlılığı:	F= 4,473	P=0,005	R₂ = 0,062	

SYBDÖ puan ortalaması ile bağımsız değişkenlerden hanedeki birey sayısı, çalışma süresi, yaşamın çoğunun geçirildiği yer dikkate alınarak oluşturulan stepwise regresyon model sonucu Tablo 41’de verilmiştir. SYBDÖ ile çalışma süresi, yaşamın çoğunun geçirildiği yer arasında negatif yönde bir ilişki, hanedeki birey sayısı ile pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Bağımsız değişkenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine % 6,2 oranında belirleyici olduğu hesaplanmıştır ($p < 0,05$) .

Tablo 42. Sağlık Kaygısı Envanteri Puan Ortalaması ile Bağımsız Değişkenlerin (mülkiyet durumu ve hanedeki birey sayısı) Çoklu Regresyon Sonuçları (r)

Bağımsız değişkenler	Regresyon Katsayısı	Standart Hata	t	p
Mülkiyet	- 1,846	0,860	-2,147	0,033
Hanedeki birey sayısı	- 4,158	1,394	-2,982	0,003
Model anlamlılığı:	F= 5,040	P=0,007	R₂ = 0,047	

SKE puan ortalaması ile bağımsız değişkenlerden mülkiyet durumu ve hanedeki birey sayısı dikkate alınarak oluşturulan stepwise regresyon model sonucu Tablo 42’de verilmiştir. SKE ile mülkiyet durumu ve hanedeki birey sayısı arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bağımsız değişkenlerin sağlık kaygısı üzerine % 4,7 oranında belirleyici olduğu hesaplanmıştır.

Tablo 43. Kaçınma Davranış Ölçeği Ortalaması ile Bağımsız Değişkenlerin (çalıştığı birim) Çoklu Regresyon Sonuçları (r)

Bağımsız değişkenler	Regresyon Katsayısı	Standart Hata	t	p
Çalıştığı birim	1,766	0,817	2,161	0,032
Model anlamlılığı:	F= 4,66	P=0,032	R₂ = 0,022	

Kaçınma davranış ölçeği puan ortalaması ile bağımsız değişkenlerden çalıştığı birim dikkate alınarak oluşturulan stepwise regresyon model sonucu Tablo 43'te verilmiştir. Kaçınma davranışı ile çalıştığı birim arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bağımsız değişkenlerin kaçınma davranışını açıklama oranı % 2,2'dir.

Tablo 44. Güvenlik Arama Davranış Ölçeği Ortalaması ile Bağımsız Değişkenlerin (cinsiyet) Çoklu Regresyon Sonuçları (r)

Bağımsız değişkenler	Regresyon Katsayısı	Standart Hata	t	p
Cinsiyet	1,766	0,817	2,161	0,032
Model anlamlılığı:	F= 4,66	P=0,032	R₂ = 0,022	

Güvenlik arama davranış ölçeği puan ortalaması ile bağımsız değişkenlerden cinsiyet dikkate alınarak oluşturulan stepwise regresyon model sonucu Tablo 44’de verilmiştir. Güvenlik arama davranış ile cinsiyet arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bağımsız değişkenlerin güvenlik arama davranışını açıklama oranı ise % 2,2’dir.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri tartışılmış ve SYBDÖ, SKE, güvenlik arama ve kaçınma davranış ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

5.1. Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde görevli hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Özellikleri

Düzce'de Üniversite Hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde kendini gerçekleştirme ($35\pm0,4$) alanında en yüksek puanı aldıkları belirlenmiştir. Bunu sırasıyla sağlık sorumluluğu ($23\pm0,38$), kişilerarası destek ($19,45\pm0,23$), stres yönetimi ($16,6\pm0,25$), beslenme ($15,7\pm0,23$) ve egzersizin ($9,34\pm0,25$) izlediği görülmektedir. Bu sıralama Yıldırım'ın (2005) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışma ve Özkan'ın (2008) çalışan hemşirelerle yaptığı çalışması ile paraleldir. Bu sonuç, araştırma kapsamındaki hemşirelerin bilinçli ve kişisel bütünlüğüne sahip olduklarını göstermektedir.

Araştırma sonucuna göre ölçeğin toplam puan ortalaması $119,97\pm1,4$ olarak bulunmuştur ve orta düzeyde olduğu söylenebilir. Bu ortalama Yıldırım'ın (2005) ($117,9\pm19,5$) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmanın genel ölçek puanından daha yüksektir. Özkan ve ark.'nın (2006) hemşireler ile yaptığı çalışmanın genel ölçek puanı $125,96\pm16,99$, Esin'in (1997) endüstriyel alanda çalışan işçiler üzerine yaptığı çalışmada ise $120,88\pm19,60$ olarak bulunmuştur. Karakoç (2006) ve Güler ve ark.'nın (2008) çalışmasında da öğretmenler SYBD ölçeğinden sırasıyla $126,94\pm17,70$ ve $128,74\pm18,24$ puan almışlardır, Akgül'ün (2008) sağlık personeli ile yaptığı çalışmada genel ölçek puan ortalaması $128,55\pm21,31$ olarak bulunmuştur. Bu araştırmanın sonucuna göre en yüksek puan ortalaması doktorlarda $129,07\pm20,02$ iken bunu $126,95\pm22,10$ puan ortalamasıyla hemşireler takip etmektedir. Toplumun sağlık bakım gereksinimlerini karşılamak üzere eğitim alan ve görev yapan hemşirelerin sağlıklarını geliştirecek sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek olması beklenirdi. Bu durum hemşirelerin bilgi ve deneyimlerini kendi yaşam biçimine aktarmadıklarını düşündürmektedir.

Cihangirođlu ve ark. Sağlık Yůksekokulu ۆđrencileri ۆzerinde yaptığı bir başka araştırmaya gۆre; araştırmaya katılan ۆđrencilerden 3. ve 4. sınıflarda ۆđrenim gۆren ۆđrencilerin, 1. ve 2. sınıfta okuyanlara gۆre SYBD ۆlçeđi ve sağlık sorumluluğu puanları daha yůksek olduğu belirlenmiřtir⁶.

Hemřirelerin kendini gerçekleştirme puan ortalaması $35\pm 0,4$ 'tůr. Bu puan ortalaması ۆzcan'ın (2010) ($25,70\pm 4,20$) ve Aksoy'un (2010) ($27,90\pm 4,29$) ۆđrenciler ile yaptığı çalışma sonucundan daha yůksek bulunmuştur. Gۆnۆmۆzde yaşanan bilimsel ve teknolojik gelişmeler sağlık sistemini ve hizmetin sunumunu etkilemiştir. Bu gelişmeler hemşirelerin bireysel ve mesleki açıdan sůrekli gelişen, sorumluluk ۆstlenen, araştırma yoluyla sorunlara ۆzۆm ۆreten, liderlik ۆzelliđine sahip, gۆlů kişilerarası iletişim kuran meslek ۆyeleri olmalarını zorunlu kılmaktadır. Sağlık bakım ekibinin en ۆnemli unsurunu oluşturan hemşirelerin sahip olması gereken bu ۆzellikler temel gereksinimler hiyerarşisinde kendini gerçekleştirme basamağına ulaşmalarının ۆnemini gۆstermektedir. Ayrıca topluma rol modeli olan hemşirelerin rolۆnۆ yerine getirebilmesi için kendini gerçekleştirme çabasında olması, kendini gerçekleştirme puanını etkilemiş olabilir.

Sağlık sorumluluğu, bireyin sağlığı geliştirme davranışına başlamasını ve devam etmesini etkiler. Bireyin sağlığının içsel kontrolۆ, kendi sağlığı ۆzerindeki sorumluluk dۆzeyini yansıtılmaktadır. Hemřirelerin sağlık sorumluluğu puanı $23\pm 0,38$ olarak saptanmıştır. Pasinliođlu ve ark.'ın çalışmasında $22,01 \pm 4,70$, Gۆler ve ark.'ın çalışmasında ise $20,36\pm 4,66$ olarak bulunmuştur. ۆzkan S.ve ark. yaptığı çalışmaya gۆre; araştırmaya katılan hemşirelerin sağlık sorumluluğu toplam puanı ($24,73\pm 6,02$) ile yař, aile tipi, haftalık çalışma sůresi ve çalışma biçimi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. 34 yař ve ۆzeri olan, geniş aileye sahip, haftada 40 saat ve altında ve sůrekli gۆndۆz çalışan hemşirelerin sağlık sorumluluğu puan ortalamaları daha yůksek bulunmuştur.

Kişilerarası destek bireylerin birbirleriyle olan ikili veya grup ilişkileri sonucu elde edilen ve sağlığın geliştirilmesindeki etkinliği küçümsenmeyecek bir olgudur. Kişilerarası destek alt boyutu ile bireyin yakın çevresiyle iletişimi ve iletişimin süreklilik düzeyi değerlendirilmektedir. Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre aile, arkadaş ve sağlık görevlileri ile olumlu etkileşim, sağlık davranışı kazanma düzeyini etkilemektedir. Bu araştırma grubundaki hemşirelerin kişilerarası destek puanı $19,45 \pm 0,23$ olarak belirlenmiştir. Ata'nın hemşirelik öğrencileri üzerine yaptığı araştırmada kişilerarası destek puanı $19,82 \pm 3,49$, Akgül'ün 20.65 ± 3.64 , Cihangiroğlu ve ark.'ın araştırmasında ise 20.73 ± 3.769 olarak bulunmuştur. Özkan S.ve ark.'ın yaptığı bir araştırmaya göre hemşirelerde kişiler arası destek toplam puan ortalaması ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir. Lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip hemşirelerin kişiler arası destek puanları daha yüksektir⁸.

Stres yönetimi alt boyutu ile bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmaları değerlendirilmektedir. Araştırma grubumuzdaki hemşirelerin stres yönetimi puanı $16,60 \pm 0,25$, olarak belirlenmiştir. Stres yönetimi puanı Özkan ve ark.'ın çalışmasında $16,73 \pm 3,32$ olarak bulunarak çalışmamızın sonucu ile paralellik göstermektedir. Stres yönetimi puanı Yıldırım'ın (17.4 ± 3.6), kocaakman ve ark.'ın ($18,53 \pm 3,24$), Güler ve ark.'ın ($19,29 \pm 3,62$) çalışmalarında yüksek bulunmuştur.

Yaşamın her evresinde bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı olmanın ve bunu devam ettirmenin, yeterli ve dengeli beslenme ile mümkün olduğu bilinmektedir. Araştırma grubumuzdaki hemşirelerin beslenme puanı $15,7 \pm 0,23$ olarak saptanmıştır. Sağlıkla ilgilenen bir meslek grubunun beslenme puanının düşük olması düşündürücüdür.

Düzensiz yaşam tarzı, işyerinde yoğun iş temposundan dolayı öğün atlamalar beslenme puanının düşük olmasına neden olmaktadır. Beslenme puanı Karakoç'un (18.30 ± 3.03), Esin'in ($16,18 \pm 3,32$) ve Akgül'ün (17.36 ± 3.76) çalışmasında yüksek bulunurken Yıldırım'ın (14.9 ± 3.5) çalışmasında düşük bulunmuştur.

Hemşireler en düşük puanı egzersiz alt ölçeği ($9,34 \pm 0,25$) alanında almışlardır. Bu çalışmada da diğer çalışmaları destekler niteliktedir ve bireylerin yeterince egzersiz yapmadıkları ortaya çıkmıştır (Kesgin ve ark. 2011; Bozhüyük 2010; Yıldırım 2005; Cihangiroğlu ve ark. 2011; Kocaakman ve ark. 2010; Güler ve ark. 2008; Esin 1997; Karakoç 2006, Özkan ve ark. 2006).

Kesgin ve ark.'ın yaptığı bir çalışmaya göre, hemşirelerin % 67.7'si fizik aktivite yapmamaktadır. Karahan ve ark.'ın çalışmasında da hemşirelerin % 77.1'inin bel ağrısı olduğu ve hemşirelerin bel ağrısına yol açabilecek, spor yapmama, az ya da fazla kilo, uzun süre ayakta kalma gibi bazı risk faktörleri taşıdığı belirlenmiştir³⁰.

Bireyler farklı nedenlerle egzersize günlük yaşantılarında yeterli zaman ayıramamaktadırlar. Oysa sedanter yaşam ve buna bağlı sorunlar günümüzün en önemli sağlık sorunlarından. Hemşirelerin çalışma saatlerinin düzensiz oluşu, haftalık izinlerin belirli bir düzen içinde verilmemesi, vardiyaların yorucu geçmesi, ailelerine yeterince zaman ayıramamaları, ev içindeki sorumlulukları, spor alanlarının yetersizliği ve spor salonlarının yüksek maliyeti gibi faktörlerin düzenli egzersiz yapmalarını engellediği düşünülmüştür. Hemşirelerin egzersizin yanında stres yönetimi (16,6±0,25) ve beslenme (15,7±0,23) puan ortalamalarının da düşük olması, başta kardiyovasküler sistem olmak üzere birçok hastalık için potansiyel risk oluşturur.

5.2. Hemşirelerin SYBD Ölçeği Puan Ortalamaları ile Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki

Walker, Sechrit ve Pender Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını “kendi kendine başlayan hareketlerin çok boyutlu modeli, iyilik seviyesini korumaya ve yükseltmeye hizmet eden algılar, kendini gerçekleştirme ve bireyselliğin tamamlanması” şeklinde tanımlamıştır.

Pender'in sağlığı geliştirme modelinde, ‘bireye ait demografik özelliklerin, bilişsel-algısal faktörler aracılığı ile sağlığı geliştirici davranışlar üzerine etkili olduğu’ belirtilmiştir. İlgili literatürde özellikle yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum ve gelir düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.

Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre, bireylerin yaşları arttıkça sağlık davranışları kazanımları artmaktadır. Fakat hemşireler üzerinde yapılan bu çalışmada 20-24 yaş grubundaki hemşirelerin beslenme alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçeklerden ve toplam SYBD ölçeğinden aldığı puan daha yüksek bulunmuştur. Sadece yaş ile egzersiz puan ortalaması anlamlı bulunmuştur. 20-24 yaş grubundaki hemşirelerin egzersiz alt ölçeği puan ortalaması yüksektir. Akgül'ün (1993) birinci basamak sağlık personeli ile yaptığı çalışmasında SYBD ölçeği, 29-38 yaş grubunda artış göstermektedir, Esin'in (1997) çalışmasında 18-25 yaş grubu işçilerde beslenme puanları daha yüksek çıkmıştır.

Bozhüyük'ün (2010) çalışmasında 22 yaş ve üstü grubundaki öğrencilerin egzersiz ve stres yönetimi alt ölçekleri dışındaki tüm puanları 21 yaş ve altı grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

Yaşın artışına paralel olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da artması, yaşın ilerlemesi ile bireylerin sağlık alanında daha fazla bilgi ve deneyim sahibi olmaları, daha düzenli ve dengeli bir hayat tarzı sürdürmeleri, ilerleyen yaşa bağlı ortaya çıkan sağlık problemleri ve bunların sonucunda bireylerin yaşadıkları kayıplara bağlı sağlıklarına daha fazla önem vermeleri gibi nedenlerden kaynaklanabilir. Fakat bizim araştırmamızda yaş arttıkça SYBD ölçeği puanının azalması hemşirelik mesleğinin ağır ve yıpratıcı şartlarına bağlanabilir. Hemşirelerde yaş ilerledikçe daha sık görülen fiziksel rahatsızlıklar, kronik hastalıklar, uykusuzluk, yorgunluk, düzensiz ve ağır iş koşulları sağlıklı yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Cinsiyete göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Yapılan çalışmalarda (Esin 1997) kadınların beslenme konusunda koruyucu sağlık davranışlarına daha yatkın oldukları ve daha az egzersiz yaptıkları bildirilmiştir. Pasinlioğlu ve ark.'ın yaptığı çalışmada da sağlığı geliştiren yaşam biçimi ile ilgili davranışların kadın ve erkeklerde orta düzeyde olduğu belirlenmiş ve aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Medeni duruma göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, beslenme ve egzersiz puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Evli olan hemşirelerin beslenme, bekar olan hemşirelerin ise egzersiz alt ölçek puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Akça'nın (1998) ve Güler ve ark.'ın çalışmasında da beslenme puan ortalaması evlilerde yüksek bulunmuştur. Bu durum evli olanların bekarlara göre daha düzenli bir yaşam tarzı sürdürmeleri ile açıklanabilir. Akgül'ün (2008) çalışmasında beslenme puan ortalamalarının bekarlarda yüksek bulunması çalışmamıza göre farklı bir bulgudur. Karakoç'un (2006) çalışmasında ise egzersiz ve stres yönetimi puan ortalaması bekar olan öğretmenlerde daha yüksek bulunmuştur.

Çocuk sayısına göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, sadece beslenme puan ortalaması anlamlı bulunmuştur. Buna göre iki çocuk sahibi hemşirelerin beslenme puan ortalaması en yüksektir.

Kaya ve ark.'ın (2008) ve Akgül'ün (2008) çalışmasında çocuğu olmayanların beslenme puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç çocuk sahibi olmanın aileye daha fazla sorumluluk yüklemesi ve özellikle çocukların sağlıklı gelişimi için beslenme konusunda daha fazla özen gösterilmesiyle açıklanabilir.

Bireylerin eğitilmiş olmaları, sağlıkları konusunda karar verme ve olumlu sağlık davranışlarına yönelmelerinde etkili bir faktördür. Buna paralel olarak eğitim düzeyi arttıkça, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı artmakta ve ileri yaşlardaki sosyal uyumunu etkilemektedir. Ayrıca eğitim düzeyi arttıkça sorunlarla baş etme düzeyi artmaktadır.

Eğitim durumuna göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hiçbir alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Karakoç'un (2006) çalışmasında eğitim formasyonu almayan öğretmenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamaları lisansta ve sonradan formasyon alanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Akgül'ün (2008) çalışmasında ise hemşirelik yüksekokulu mezunu hemşireler SML mezunlarına göre bütün alt ölçeklerden fazla puan almışlardır. Bu sonuç hemşirelik yüksekokulu mezunlarının mesleğe ileri yaşta başlaması, lisans düzeyinde eğitimleri sırasında kritik düşünme, iletişim ve problem çözme becerisini geliştirmesi, bilimsel bilgi temelinden dolayı kendisini güçlü görmesi gibi nedenlere bağlanabilir.

Yaşamın büyük çoğunluğunun geçirildiği yere göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, egzersiz alt ölçeği puan ortalaması ile yaşamın büyük çoğunluğunu köyde geçiren grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre yaşamın büyük çoğunluğunu köyde geçiren hemşirelerin egzersiz puan ortalamaları bulunmuştur. Yıldırım'ın çalışmasında yaşamın büyük çoğunluğunu ilde geçiren üniversite öğrencilerinin kendini gerçekleştirme alt ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Ekonomik duruma göre SYBD ölçeğinden ve alt ölçeklerden alınan puanlar ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, ekonomik durum ile stres yönetimi alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Buna göre, geliri giderine denk olanların stres yönetimi puan ortalaması daha yüksektir.

Özcan'ın (2010) araştırmasına göre aile gelirleri düşük olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Akın'ın (2006) ve Esin'in (1997) çalışmasında gelir düzeyi düşük olan katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri daha düşük bulunmuştur.

Çalışma yılına göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, sadece kişilerarası destek puan ortalaması arasında fark anlamlı bulunmuştur. Buna göre 1 yıldan az süredir çalışan hemşirelerin kişilerarası destek puanı fazla iken, çalışma süresi arttıkça kişilerarası destek puanı azalmaktadır.

Hemşirelikte iş stresi ve başa çıkmada yetersizlik kişinin çevresiyle ilişkilerini etkileyerek, gerginliğe, kişilerarasında sürtüşmeye yol açabilmektedir. Karakoç'un (2006) çalışmasında da bizim çalışmamıza paralel olarak çalışma süresi 1-5 yıl arasında olan öğretmenlerin kişilerarası destek puanı yüksek bulunmuştur. Yılmaz ve ark.'ın (2006) çalışmasına göre hemşirelerde çalışma yılı arttıkça bel ağrısı prevalansının arttığı ve genç hemşirelerde bel ağrısının mesleğe başladıktan sonra ikinci yılda daha fazla ortaya çıktığı bildirilmiştir.

Çalıştığı birime göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hiçbir alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Özkan ve ark.'ın (2006) çalışmasında servis hemşirelerinin sağlık sorumluluğu yüksek bulunmuştur. Kaya ve ark.'ın çalışmasında duygusal ve fiziksel tükenmenin en yüksek yoğun bakım birimlerinde, zihinsel tükenmenin ise yönetim ve diğer birimlerde çalışan hemşirelerde yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışma şekline göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hiçbir alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Özkan S.ve ark.'ın yaptığı çalışmaya göre; haftada 40 saat ve altında ve sürekli gündüz çalışan hemşirelerin sağlık sorumluluğu puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Vardiyalı çalışma sisteminde hemşirelerin çalışma saatlerinin düzensiz ve uzun olması stres oluşturmakta, iş yaşamında karşılaştıkları sorunlarla başa çıkmalarını etkilediği ve bunun da çatışmaları hazırlayıcı bir etken olduğu düşünülebilir. Yılmaz ve ark.'ın (2006) çalışmasına göre vardiya usulü çalışan hemşirelerde uyku ve gastrointestinal problemler, kardiyovasküler hastalıklar, yeme ve metabolik aktivitelerde değişikliğin daha yaygın olduğu bildirilmiştir.

Ayda tutulan nöbet sayısına göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, beslenme alt ölçeği puan ortalaması ile ayda 10-12 arasında nöbet tutan grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Nöbet sayısı ayda 10-12 arasında olan hemşirelerin beslenme puan ortalamaları düşüktür. Nöbet sayısı 10-12 arasında olan hemşireler zamanlarının çoğunu iş yerinde geçirdiklerinden beslenme alışkanlıkları düzenli değildir diyebiliriz.

İşinden memnuniyet durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, işinden memnuniyet durumu ile kendini gerçekleştirme alt ölçek puan ortalaması arasında anlamlı fark vardır. Buna göre işinden memnun olan hemşirelerin kendini gerçekleştirme puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Yılmaz ve ark.'ın çalışmasından hemşirelerin %77.3' ünün işlerinden memnun oldukları sonucu çıkmıştır. Karakoç'un (2006) çalışmasına göre mesleğinden memnun olan öğretmenlerin sağlıklı yaşam biçimi puanları mesleğinden orta derece memnun olanlara göre yüksek bulunmuştur.

Kronik hastalık durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında; kronik hastalık ile stres yönetimi puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Buna göre kronik hastalığı olan hemşirelerin stres yönetim puanının daha düşük olduğu saptanmıştır. Karakoç'un (2006) çalışmasına göre kronik hastalığı olan öğretmenlerin sağlık sorumluluğu puanı daha yüksek bulunmuştur. Kesgin ve ark.'ın (2011) çalışmasına göre hemşirelerin %17,4' ünün tanılanmış hastalığı olduğu, Akgül ve ark.'ın (2008) çalışmasında ise kronik hastalık ile SYBD ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sigara içme durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sigara içme durumu ile hiçbir alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Yıldırım'ın (2005) çalışmasına göre Üniversite öğrencilerinin, sigara kullanma durumları ile alt ölçeklerden olan beslenme, kişilerarası destek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sigara kullananlar, kullanmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Karakoç'un çalışmasına göre sağlık sorumluluğu puan ortalaması, sigarayı bırakanlarda sigara içenlere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Beslenme ölçeği puan ortalaması sigarayı bırakanlarda, içenler ve hiç içmeyenlere göre yüksek bulunmuştur.

5.3. Hemşirelerin Sağlık Kaygısı Envanteri (SKE), Kaçınma Davranış Ölçeği ve Güvenlik Arama Ölçeği Puan Ortalamaları ile Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki

Sağlık kaygısı, kişinin bedensel belirtilerini yanlış yorumlamasına bağlı olarak, ciddi bir hastalığa yakalanmış olduğu inancını ya da yakalanacağı korkusunu taşımasıdır. Hemşireler düzensiz ve ağır iş koşulları, uykusuzluk, acı çeken ve ölmekte olan insanlara hizmet verme gibi nedenlerle kaygı düzeyi yüksek çalışan grubunu oluşturmaktadır. Hemşirelerin sürekli hasta grupla iletişim içinde olması kendi sağlıkları ile ilgili endişe ve kaygılarını arttırmaktadır. Hafif sağlık kaygısı düzeyinde sağlığı koruyucu davranışlarda bulunurlar, sağlık için tehlikeli durumlardan kaçınırlar. Bu da sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyini artırır. Şiddetli sağlık kaygısı düzeyinde ise, istenmeyen psikiyatrik belirtiler gelişebilir. Aşırı derecede hastalanma korkusu, hemşirelerin hem iş yaşantısını hem sosyal yaşantısını olumsuz etkilemektedir. Literatürde durumluluk ve sürekli kaygı düzeyini araştıran pek çok çalışma olmasına rağmen, hemşirelerde sağlık kaygısı ile ilgili çalışmaya ulaşılamamıştır.

Güvence alma, kişinin sağlığı ile ilgili kötü giden bir şey olmadığı mesajının, tekrarlayan şekillerde gösterilmesi olarak tanımlanır. Sağlık kaygısı olan kişilere, doktorlarının sağladığı güvence, bedenle ilgili yakınmaların gözden geçirilmesi, fizik muayene ve/veya tıbbi tetkikler şeklinde olabilir. Güvenlik aramanın değişik kaynakları; aile hekimi, kitap okuma vb.'dir. Çalışmalar, hipokondriaklarda, güvence almanın başlangıçta yatıştırıcı bir etkisi olduğunu ancak genellikle 24 saat içinde sağlık kaygısının geri döndüğünü göstermektedir.

Hastalığa yakalanmaktan korkan insanların, tipik davranışlarından biri de hastalıkla ilişkili uyaranlardan kaçmaktır³¹. Kaçınma değerlendirmeleri ise sağlık kaygısı olan hastaların tipik olarak kaçındığı durumları, örneğin hastalıkla ilgili TV programlarını izlemek, hastalık hakkında konuşmak, tedavi için hastaneye gitmek vb. içerir. Sağlık kaygısı ile yakından ilişkili olan bu değişkenler katılımcıların güvenlik arama ve kaçınma davranışlarını saptamak amacıyla kullanılmıştır.

Araştırma sonucuna göre, hemşirelerin sağlık kaygısı envanteri (54,5±0,78), kaçınma davranış ölçeği (18,29±0,92) ve güvenlik arama ölçeğinden (29,51±0,60) aldıkları puan ortalamaları düşük bulunmuştur.

Yaş'a göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamaları istatistiksel karşılaştırıldığında hiçbir ölçek arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Karapıçak ve ark.'ın çalışmasında en yüksek kaygı düzeyinde 36-45 yaş arasında yer alan hastaların olduğu, kaçınma davranışı puan ortalaması en yüksek 18-25 yaş grubuna ait olduğu bulunurken güvence arama alt boyutu anlamlı bulunmamıştır.

Cinsiyete göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, cinsiyet ile kaçınma davranışı ölçek puan ortalaması ve güvenlik arama davranışı ölçek puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Buna göre kadınların güvenlik arama davranışı ölçek puan ortalaması yüksek iken erkeklerin kaçınma davranışı ölçek puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Karapıçak ve ark.'ın çalışmasında cinsiyete göre kaçınma davranışı ve güvence arama ölçek puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Noyes ve ark.'ın (2003) yaptığı bir çalışmada, sağlık kaygısı ve güvence arama puanları, kadınlarda, erkeklere oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Medeni duruma göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, hiçbir ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çocuk sayısına göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, çocuk sayısı ile sağlık kaygısı envanteri puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Bir çocuk sahibi hemşirelerin sağlık kaygısı daha yüksektir. Varol (1990)'un çalışmasında ailesinde çocuk sayısı çok olan öğrencilerin kaygı düzeyleri ile çocuk sayısı az olan öğrencilerin kaygı düzeyleri arasında önemli bir fark bulunmamıştır.

Eğitim duruma göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, ölçeklerin puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Özcan'ın (1999) çalışmasında eğitim durumuna göre okul yöneticilerinin karar verme stratejileri ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yaşamın büyük çoğunluğunun geçirildiği yere göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, hiçbir ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışma yılına göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında hiçbir ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Özcan'ın (1999) araştırmasında çalışma süresi 6-10 yıl arasında olan yöneticilerin kaygı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Ekonomik duruma göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Canbaz'ın (2001) ve Varol (1990)'un çalışmasında ekonomik sıkıntı içinde olmanın kaygıyı arttırıcı bir faktör olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalıştığı birime göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hiçbir ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışma şekline göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hiçbir ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ayda tutulan nöbet sayısına göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

İşinden memnuniyet durumuna göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Canbaz'ın (2001) çalışmasında çalıştığı işinden memnun olanların kaygı düzeyleri daha düşük bulunmuştur.

Hastalık durumuna göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sigara içme durumuna göre SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama ölçeğinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

5.4. Hemşirelerin SYBDÖ ile SKE, Kaçınma davranış ölçeği ve Güvenlik arama davranış ölçeği arasındaki ilişki

Hemşirelerin SYBD, SKE, kaçınma davranış ölçeği ve güvenlik arama davranış ölçeği arasındaki ilişki tablo 40'da verilmiştir. Buna göre, sağlık sorumluluğu puanı ile kaçınma davranışı puanı ($r=0,223$, $p=0,001$) arasında negatif yönlü güvenlik arama davranışı puan ($r=0,289$, $p=<0,001$) arasında pozitif yönlü ilişki katsayıları bulunmuştur. Sağlık sorumluluğu puanı arttıkça güvenlik arama davranış ölçeği puanı artacak, kaçınma davranış ölçeği puanı azalacaktır. Sağlık sorumluluğu yüksek olan hemşireler sağlıklarıyla ilgili sorun yaşadıklarında gerekli tetkikleri yaptırmaktan kaçınmaz, sağlıklarıyla ilgili kötü giden bir şey olmadığını güvence altına almak isterler. Akgül (2008)'ün çalışmasında sağlık sorumluluğu ile ÖEY ölçek toplam puanı arasında $r= 0.08$ 'lik bir ilişki katsayısı bulunmuştur.

Beslenme puanı ile SKE ($r=0,176$, $p=0,011$) ve güvenlik arama davranış ölçeği ($r=0,144$, $p=0,039$) arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur. Buna göre beslenme puanı arttıkça SKE ve güvenlik arama davranış ölçeği puanı artacaktır. Ege ve ark.'nın (2003) çalışmasında Beslenme ile öz etkililik–yeterlilik ölçeği arasında $r=0,12$ 'lik zayıf ilişki bulunmuştur. SYBD ölçeği toplam puanı ile güvenlik arama davranışı ($r=0,183$, $p=0,008$) ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ve bu değişkenler arasında pozitif yönde ilişki bulunmaktadır. Buna göre SYBD ölçek puanı arttıkça güvenlik arama davranış ölçeği puanı artacaktır.

5.5. SYBDÖ Puan Ortalaması ile Bağımsız Değişkenlerin (hanedeki birey sayısı, çalışma süresi, yaşamın çoğunun geçirildiği yer) Çoklu Regresyon Sonuçları (r)

Yapılan çoklu regresyon analizinde sağlıklı yaşam biçimi üzerine etkisi olan bağımsız değişkenlerin hanedeki birey sayısı, çalışma süresi, yaşamın çoğunun geçirildiği yer olduğu bulunmuştur. SYBDÖ puan ortalaması ile bağımsız değişkenlerden hanedeki birey sayısı, çalışma süresi, yaşamın çoğunun geçirildiği yer dikkate alınarak oluşturulan stepwise regresyon model sonucu tablo 41'de verilmiştir. SYBDÖ ile çalışma süresi ve yaşamın çoğunun geçirildiği yer arasında negatif yönde bir ilişki, hanedeki birey sayısı ile pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Bağımsız değişkenlerden anlamlı olanların sağlıklı yaşam biçimi üzerine % 6 oranında belirleyici olduğu hesaplanmıştır.

5.6. Sağlık Kaygısı Envanteri Puan Ortalaması ile Bağımsız Değişkenlerin (mülkiyet durumu ve hanedeki birey sayısı) Çoklu Regresyon Sonuçları (r)

Yapılan çoklu regresyon analizinde sağlık kaygısı üzerine etkisi olan bağımsız değişkenlerin mülkiyet durumu ve hanedeki birey sayısı olduğu bulunmuştur. SKE puan ortalaması ile bağımsız değişkenlerden mülkiyet durumu ve hanedeki birey sayısı dikkate alınarak oluşturulan stepwise regresyon model sonucu tablo 42’de verilmiştir. SKE ile mülkiyet durumu ve hanedeki birey sayısı arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bağımsız değişkenlerden anlamlı olanların sağlık kaygısı üzerine %4 oranında belirleyici olduğu hesaplanmıştır.

5.7. Kaçınma Davranış Ölçeği Ortalaması ile Bağımsız Değişkenlerin (çalıştığı birim) Çoklu Regresyon Sonuçları (r)

Yapılan çoklu regresyon analizinde kaçınma davranışı üzerine etkisi olan bağımsız değişkenin çalıştığı birim olduğu bulunmuştur. Kaçınma davranış ölçeği puan ortalaması ile bağımsız değişkenlerden çalıştığı birim dikkate alınarak oluşturulan stepwise regresyon model sonucu tablo 43’te verilmiştir. Kaçınma davranışı ile çalıştığı birim arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bağımsız değişkenlerden anlamlı olanların kaçınma davranışı üzerine % 2 oranında belirleyici olduğu hesaplanmıştır.

5.8. Güvenlik Arama Davranış Ölçeği Ortalaması ile Bağımsız Değişkenlerin (cinsiyet) Çoklu Regresyon Sonuçları (r)

Yapılan çoklu regresyon analizinde güvenlik arama davranış üzerine etkisi olan bağımsız değişkenin cinsiyet olduğu bulunmuştur. Güvenlik arama davranış ölçeği puan ortalaması ile bağımsız değişkenlerden cinsiyet dikkate alınarak oluşturulan stepwise regresyon model sonucu tablo 44’de verilmiştir. Güvenlik arama davranış ile cinsiyet arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bağımsız değişkenlerden anlamlı olanların güvenlik arama davranışı üzerine % 2 oranında belirleyici olduğu hesaplanmıştır.

Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde çalışan hemşirelerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde, sağlık kaygısının düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Sağlık kaygısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasında ilişki bulunamamıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar ileri sürülen hipotezi desteklememektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde, sağlık kaygısının düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Sağlık kaygısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasında ilişki bulunamamıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar ileri sürülen hipotezi desteklememektedir.
- 20-24 yaş grubundaki hemşirelerin egzersiz alt ölçeği puan ortalaması yüksek bulunmuştur.
- Bekarlarda egzersiz alt ölçeği puan ortalaması yüksek iken evlilerde beslenme alt ölçeği puan ortalaması yüksek bulunmuştur.
- İki çocuk sahibi hemşirelerin beslenme alt ölçeği puan ortalaması yüksek bulunmuştur.
- Yaşamın büyük çoğunluğunu köyde geçiren hemşirelerin egzersiz alt ölçeği puan ortalaması düşük bulunmuştur.
- Geliri giderine denk olanların stres yönetimi alt ölçeği puan ortalaması yüksek bulunmuştur.
- Ayda 10-12 arası nöbet tutan hemşirelerin beslenme puan ortalamaları düşük bulunmuştur.
- İşinden memnun olan hemşirelerin kendini gerçekleştirme alt ölçek puan ortalaması yüksek bulunmuştur.
- Kronik hastalığı olan hemşirelerin stres yönetimi puan ortalaması düşük bulunmuştur.

- Erkeklerin kaçınma davranışı ölçek puan ortalaması yüksek iken kadınların güvenlik arama davranışı ölçek puan ortalaması yüksek bulunmuştur.
- Bir çocuk sahibi hemşirelerin sağlık kaygısı düzeyleri yüksek bulunmuştur.
- Sağlık sorumluluğu puanı arttıkça güvenlik arama davranış ölçeği puanı artacak, kaçınma davranış ölçeği puanı azalacaktır.
- Beslenme puanı arttıkça SKE ve güvenlik arama davranış ölçeği puanı artacaktır.
- SYBD ölçek puanı arttıkça güvenlik arama davranış ölçeği puanı da artacaktır.
- SYBDÖ ile çalışma süresi ve yaşamın çoğunun geçirildiği yer arasında negatif yönde bir ilişki, hanedeki birey sayısı ile pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Bağımsız değişkenlerin sağlıklı yaşam biçimi üzerine % 6,2 oranında belirleyici olduğu hesaplanmıştır.
- SKE ile mülkiyet durumu ve hanedeki birey sayısı arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bağımsız değişkenlerin sağlık kaygısı üzerine % 4,7 oranında belirleyici olduğu hesaplanmıştır.
- Kaçınma davranışı ile çalıştığı birim arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bağımsız değişkenlerin kaçınma davranışı üzerine % 2,2 oranında belirleyici olduğu hesaplanmıştır.
- Güvenlik arama davranış ile cinsiyet arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bağımsız değişkenlerin güvenlik arama davranışı üzerine % 2,2 oranında belirleyici olduğu hesaplanmıştır.

6.2. ÖNERİLER

- Sağlığı geliştirici davranışlar ailede başlamakta ve eğitim döneminde şekillenmeye devam etmektedir. Olumlu sağlık davranışlarının hemşirelere kazandırılması için hemşirelik eğitiminde temel hemşirelik derslerinin bu davranışları kazandırmaya ağırlık verecek şekilde düzenlenmesi,
- Hemşirelerin sağlığını geliştirmesine yönelik mesleki eğitim sürecinde aldığı varsayılan bilgilerini davranışa dönüştürme çabalarına yoğunlaşması,
- İş ortamlarının hem sağlık hem de çalışma ortamı olarak elverişli hale getirilmesi,
- Çalışan sayısını arttırılarak haftalık/aylık nöbet sayısının azaltılması,
- Mesleki riskin ve iş yükünün fazla, çalışma şartlarının ağır olduğu birimlerde çalışan hemşirelerin maddi ve manevi olarak ödüllendirilmesi,
- Hemşirelerin daha düşük puan aldıkları (egzersiz, beslenme ve stres yönetimi) alanlara ağırlık verilerek bu alanlarda hizmet içi eğitimlerin yapılması,
- Hemşirelerde stres yaratan faktörlerin belirlenmesi ve ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmaların yapılması, sağlık kaygısı düzeyi yüksek olan hemşirelerin de yararlanabileceği psikolojik danışmanlık birimlerinin oluşturulması kişilerin sağlıkları, hizmet verdikleri kişiler ve verimlilik açısından önemlidir.
- Sosyo-demografik değişkenlerden yaş, medeni durum, çocuk sayısı, yaşamın büyük çoğunluğunun geçirildiği yer, ekonomik durum, ayda tutulan nöbet sayısı, işinden memnuniyet durumu ve kronik hastalık durumu değişkenlerinin sağlık davranışlarını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelere uygulanacak eğitim programlarında bu faktörlerin göz önüne alınması,
- Hemşirelerin sağlık davranışları konusundaki bilgi ve davranış düzeyleri arasındaki ilişki ile bilginin davranışa dönüşmeme nedenlerinin araştırılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

- 1) Aydoğdu N.G, Bahar Z. Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu [Elektronik Dergi], 2011, 4(1), 34-40
- 2) Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kışsal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008, 12(1)
- 3) Göksoy F. Adnan Menderes Üniversitesinde okuyan 1. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Konusundaki Tutum ve Davranışları. 2008, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 112sayfa, Aydın, (Prof. Dr. Okay Başak).
- 4) Akgül G. Sivas İl Merkezi Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi.(2008), Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 146 sayfa, Sivas, (Yrd.Doç.Dr. Güngör Güler).
- 5) Ardıç A. Adölesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. (2008). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 116 sayfa, İstanbul, (Yrd.Doç.Dr. M.Nihal Esin).
- 6) 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
- 7) Güler G, Güler N, Kocataş S, Yıldırım F, Akgül N. Bir Üniversitede Çalışan Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 2008: 12(3).
- 8) Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1998: 2(2), 60-68.
- 9) Özcan K. Yöneticilerde Karar Verme ile Kaygı İlişkileri. 1999, Marmara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 135 sayfa, İstanbul (Doç.Dr. Ülkü Uzunçarşılı).
- 10) Karapıçak Ö.K, Arslan S, Utku Ç. Panik Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu ve Hipokondriaziste Sağlık Kaygısı. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 2010.

- 11) Muştu C, Baltacı D, Kutaniş R, Kara İ.H. Birinci Basamak ve Hastanede Çalışan Hemşirelerde Anksiyete, Depresyon ve Hayat Kalitesi. Konuralp Tıp Dergisi, 2012: (1):17-23.
- 12) Selvi Y. Özdemir P.G. Özdemir O. Aydın A. Beşiroğlu L. Sağlık Çalışanlarında Vardiyalı Çalışma Sisteminin Sebep Olduğu Genel Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Düşünen adam psikiatri ve nörolojik bilimler dergisi, 2010:23:238-243.
- 13) Ocağcı A.(2003). Sağlıkın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü. Sağlık Ve Toplum.10(2), 20-27.
- 14) Tabak RS. Sağlık Eğitimi. Somgür Yayıncılık. 2000:32-71. Ankara.
- 15) Ata E. Hemşirelik Eğitim Programının Öğrencilerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Gelişimine ve Yaşam Kalitesine Etkisi. (2008), Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 130 sayfa, Sivas, (Prof.Dr. Selma Doğan).
- 16) Kocaoğlu D. Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinde Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler. 2006, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 130 sayfa, Konya, (Yrd.Doç.Dr. Belgin Akın).
- 17) Yıldırım N. Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. 2005, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 124 sayfa, Sivas, (Yrd.Doç.Dr. Mine Bekar).
- 18) Özkan S, Yılmaz E. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008: (3) 7
- 19) Karakoç A, Sınıf Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve bu Davranışları Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. 2006, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 104 sayfa, Sivas, (Yrd. Doç.Dr. Güngör Güler)
- 20) Öztekin Z. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi. Palme Yayıncılık. 2004:55-65/185-186 Ankara.
- 21) Bilazer F.N, Konca G.E, Uğur S, Uçak H, Erdemir F, Çıtak E. (2008). Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları. Türk Hemşireler Derneği, Ankara.
- 22) Esin M.N. Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. 1997, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 178 sayfa, İstanbul.

- 23) Öztürk D. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İş Yaşam Kalitesinin İş Doyum Düzeyine Etkileri Üzerine Bir Araştırma. 2010, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 135 sayfa, İstanbul (Yrd.Doç.Dr. Haluk Tanrıverdi).
- 24) Bozhüyük A. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. (2010), Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 112 sayfa, Adana, (Yrd.Doç.Dr. Sevgi Özcan).
- 25) Aksoy T. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. (2010), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 174 sayfa, Ankara, (Doç.Dr. Hülya Uçar).
- 26) Yılmaz E, Özkan S. Bir İlçede Çalışan Hemşirelerin Sağlık Sorunları ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2006:(1) 3
- 27) Arslan C, Ceviz D. Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevelansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2007: 21 (5): 211 – 220
- 28) Ünsar S, Kostak M, Kurt S, Erol Ö. Hemşirelerin Kendini Gerçekleştirme Düzeyleri ve Etkileyen Etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu [Elektronik Dergi] 2011:4.(1),2-6
- 29) Altınel L, Köse K.Ç, Altınel E. Profesyonel Hastane Çalışanlarında Bel Ağrısı Prevelansı ve Bel Ağrısını Etkileyen Faktörler. Tıp Araştırmaları Dergisi, 2007; 5 (3):115-120.
- 30) Kesgin M. Kublay G. Özel Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Yaşam Alışkanlıkları ve Çalışma Koşullarından Kaynaklı Sağlık Sorunlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2011 (41-49).
- 31) Kavas A. Sağlıklı Yaşam için Doğru Beslenme. Literatür yayınları, 2000: S.10
- 32) Devedbakan N. Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği. Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yayını. 2008: (15-42)
- 33) Kaya N. Kaya H., Ayık S., Uygur E. Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2007: (7)1.
- 34) Çalışkan D, Akdur R. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kendi Bildirimleri ile Karşılaştıkları Mesleki Riskler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2001: 54 (135-142). Ankara.
- 35) Kocaakman M, Aksoy G., Eker H. İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Süleyman Demirel Tıp Fak. Dergisi, 2010:17(2)/19-24.

- 36) Perim A. Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi. 2007. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. 104 sayfa, Edirne, (Doç.Dr. Muzaffer Eskiocak).
- 37) Hıdırcıoğlu S. Sağlık İş Kolunda Çalışan Kadınların Çalışma Yaşamı ile İlgili Sorunlarının Değerlendirilmesi. 2006, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 87 sayfa, İstanbul, (Yrd.Doç.Dr. Nadi Bakırcı).
- 38) Uğur, E. Hemşirelerin İş Yaşamının Kalitesi ve Etkileyen Faktörlere ilişkin Görüşleri. 2005, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- 39) Yıldırım Y. Diyaliz Hastalarının Progresif Gevşeme Yöntemlerinin Kaygı Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. 2002, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 230 Sayfa, İzmir, (Prof.Dr. Çiçek Fadıloğlu).
- 40) Canbaz S. Samsun Çıraklık Eğitim Merkezi'ne Devam Eden Çırakların Sosyodemografik, Çalışma Yaşamı Özelliklerinin ve Durumluluk- Sürekli Kaygı Düzeyinin Değerlendirilmesi. 2001, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 110 sayfa, Samsun, (Yrd. Doç. Dr. A. Tefik Sünter).
- 41) Karapıçak Ö.K, Aktaş K, Aslan S. Panik Bozukluğunda Sağlık Kaygısı Envanteri Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2012: 15(41-48).
- 42) George J. Nursing Theories. Prentice-Hall International Inc. California. 1990: (31-42)
- 43) Pender N.J. Barkauskas V.H, Hayman L.,Rice V.H., Anderson E.T. 1992. Health Promotion and Disease Prevention: Toward Excellence in Nursing Practice and Education. Nursing Outlook, 40(3), 106-112.

- 12) Ayda kaç nöbet tutuyorsunuz?
- 13) Nöbet tutmanız aile yaşamınızı etkiler mi? 1)Evet () 2) Hayır () 3) Kararsızım ()
- 14) Haftalık çalışma süreniz? 1) 40 Saat ve altı () 2) 41 Saat ve üzeri ()
- 15) Mesleğinize yönelik memnuniyet durumunuz?
- 1) Memnun değilim () 2) Orta derece memnunum () 3) Memnunum ()
- 16) Geliriniz giderinizi karşılıyor mu? 1) Karşılıyor ()
- 2) Karşılmıyor ()
- 3) Gelir gidere denk ()
- 17) Yaşadığınız konutun mülkiyet durumu nedir?
- 1) Ev sahibi () 2) Lojman () 3) Kiracı () 5) Diğer.....
- 18) Bir sağlık sorunu yaşadığınızda ilk hangi kuruma başvurursunuz?
- 1) Sağlık Ocağı ()
- 2) Devlet hastanesi ()
- 3) Üniversite hastanesi ()
- 4) Özel muayene ve hastaneler ()
- 5) Çevremde bulunan sağlık personeli dışındaki kişilere ()
- 19) Uzman bir hekim tarafından tanısı konulmuş sürekli bir hastalığınız var mı?
- 1) Evet () 2) Hayır ()
20. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?
- 1) Evet () 2) Hayır ()
- 21) Sigara içme davranışınız: 1) Hiç içmedim () 2) Her gün içirim ()
- 3) Ara sıra içirim () 4) Bıraktım ()

Ek:2**SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ**

Aşağıda şimdiki yaşam tarzınız veya kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler bulunmaktadır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz. Her seçeneğin karşısındaki cevaplardan size en uygun olanı parantez içine (x) koyarak işaretleyiniz.

Teşekkür ederim.

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1.Sabahları kahvaltı ederim.				
2. Sağlığımı ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim.				
3.Kendimi beğenirim.				
4.Haftada en az 3 kez basit beden hareketleri yaparım.				
5. Yiyecek maddelerini alırken içinde koruyucu ya da katkı maddesi bulunmayanları seçerim.				
6. Her gün kendime rahatlatmak için zaman ayırırım.				
7. Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
8. Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım.				
9. Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini fark ederim.				
10. Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım.				
11. Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim.				
12. Kendimi mutlu ve memnun hissederim.				
13. Haftada en az 3 kez 20 dk. yoğun egzersiz yaparım.				
14. Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim.				
15. Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum.				
16. Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım.				
17. Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım.				
18. Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim.				
19. Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.				

20. Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım.				
21. Geleceğe ümitle bakarım.				
22. Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım.				
23. Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim.				
24. Yakın bulunduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım.				
25. İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm.				
26. Çiğ sebze, meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim.				
27. Her gün rahatlamak ve gevşemek için 15–20 dk. Zaman ayırırım.				
28. Sağlığım ile ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım.				
29. Kendi başarılarımla övünürüm.				
30. Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.				
31. Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.				
32. Tansiyon ölçtürürüm ve ne anlama geldiğini bilirim.				
33. Yaşadığım çevreyi iyileştirme konusunda eğitici programlara katılırım.				
34. Her günü ilginç mücadeleye değer bulurum.				
35. Her gün 4 besin grubu(protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım.				
36. Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp, gevşetirim.				
37. Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum.				
38. Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum.				
39. Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi yakınlık gösteririm				
40. Yatarken mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım.				
41. Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum.				
42. Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bildi alırım.				
43. Vücudumu en az ayda 1 kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.				
44. Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşıyorum.				

45. Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım.				
46.Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım.				
47.Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim.				
48.Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım				

Ek:3

SAĞLIK KAYGISI ENVANTERİ

Bu bölümdeki her bir soru dört ifadeden oluşmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve SON BİR HAFTA İÇİNDE sizin yaşadığınız duyguları en iyi tanımlayanını seçiniz. Seçtiğiniz durumu yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyiniz; birden fazla ifade uygun olabilir, bu durumda en uygun olanı işaretleyiniz.

1. a. Sağlığım konusunda kaygılanmam.
b. Sağlığım konusunda ara sıra kaygılanırım.
c. Zamanımın büyük bölümünü sağlığım konusunda kaygılanarak geçiririm.
d. Zamanımın çok büyük bölümünü sağlığım konusunda kaygılanarak geçiririm.
2. a. Ağrı/Sızıları benim yaşımdaki diğer birçok insandan daha az önemserim.
b. Ağrı/Sızıları benim yaşımdaki diğer birçok insan kadar önemserim.
c. Ağrı/Sızıları benim yaşımdaki diğer birçok insandan daha fazla önemserim.
d. Bedenimdeki ağrı/Sızılara karşı her zaman tetikteyim.
3. a. Genellikle bedensel duyum ve değişikliklerin farkında değilimdir.
b. Bedensel duyum ve değişikliklerin bazen farkındayım.
c. Bedensel duyum ve değişikliklerin sıklıkla farkındayım.
d. Bedensel duyum ve değişikliklerin sürekli farkındayım.
4. a. Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiçbir zaman problem değildir.
b. Çoğu zaman hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
c. Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymayı denerim ama sıklıkla buna gücüm yetmez.
d. Hastalıkla ilgili düşünceler öyle güçlüdür ki onlara karşı koymayı denemem bile.
5. a. Ciddi bir hastalığının olmasından genellikle korkmam.
b. Ciddi bir hastalığının olmasından bazen korkarım.
c. Ciddi bir hastalığının olmasından sıklıkla korkarım.
d. Ciddi bir hastalığının olmasından her zaman korkarım.
6. a. Kendimin hastalanmasıyla ilgili imgelerim yoktur.
b. Kendimin hastalanmasıyla ilgili imgelerim ara sıra olur.
c. Sıklıkla kendimin hastalanmasıyla ilgili imgelerim vardır.
d. Kendimin hastalanmasıyla ilgili imgelerim sürekli vardır.
7. a. Sağlığım hakkında düşünmekten kendimi alıkoymakta herhangi bir zorluk yaşamam.
b. Sağlığım hakkında düşünmekten kendimi alıkoymakta bazen zorluk yaşarım.
c. Sıklıkla sağlığım hakkında düşünmekten kendimi alıkoymakta zorlanırım.
d. Hiçbir biçimde sağlığım hakkında düşünmekten kendimi alıkoymam.

8. a. Eğer doktorum bir problem olmadığını söylese uzun bir süre rahatlarım.
b. Başlangıçta rahatlarım ama daha sonra endişelerim bazen tekrarlar.
c. Başlangıçta rahatlarım ama daha sonra endişeler defalarca tekrarlar.
d. Doktorumun bir problem olmadığını söylemesi rahatlamama yol açmaz.
9. a. Eğer bir hastalıktan haberim olursa kendimde olduğunu hiçbir zaman düşünmem.
b. Eğer bir hastalıktan haberim olursa kendimde olduğunu bazen düşünürüm.
c. Eğer bir hastalıktan haberim olursa kendimde olduğunu sık sık düşünürüm.
d. Eğer bir hastalıktan haberim olursa kendimde olduğunu her zaman düşünürüm.
10. a. Eğer bedensel bir duyum veya değişiklik yaşarsam ne anlama geldiğini nadiren merak ederim.
b. Eğer bedensel bir duyum veya değişiklik yaşarsam ne anlama geldiğini sıklıkla merak ederim.
c. Eğer bedensel bir duyum veya değişiklik yaşarsam ne anlama geldiğini her zaman merak ederim.
d. Eğer bedensel bir duyum veya değişiklik yaşarsam ne anlama geldiğini bilmeliyim.
11. a. Bana genellikle ciddi bir hastalığın oluşma riski çok düşük gibi gelir
b. Bana genellikle ciddi bir hastalığın oluşma riski oldukça düşük gibi gelir.
c. Bana genellikle ciddi bir hastalığın oluşma riski orta derecede gelir.
d. Bana genellikle önemli bir hastalığın oluşma riski çok yüksek derecede gelir.
12. a. Hiçbir zaman ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem.
b. Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
c. Sık sık ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
d. Genellikle ağır şekilde hasta olduğumu düşünürüm.
13. a. Eğer açıklanmamış bedensel bir duyumu fark edersem kafamı başka şeylere vermekte zorlanmam.
b. Eğer açıklanmamış bedensel bir duyumu fark edersem bazen başka şeyler hakkında düşünmekte zorlanırım.
c. Eğer açıklanmamış bedensel bir duyumu fark edersem sıklıkla başka şeyler hakkında düşünmekte zorlanırım.
d. Eğer açıklanmamış bedensel bir duyumu fark edersem her zaman başka şeyler hakkında düşünmekte zorlanırım.
14. Not: Bu soruda “Eğer sorarsanız” cümlesi varmış gibi düşünülebilir.
a. Ailem/Arkadaşlarım benim sağlığım konusunda yeteri kadar endişelenmediğimi söyleyeceklerdir.
b. Ailem/Arkadaşlarım benim sağlığım konusunda normal bir tutumum olduğunu söyleyeceklerdir.
c. Ailem/Arkadaşlarım benim sağlığım konusunda fazla endişelendiğimi söyleyeceklerdir.
d. Ailem/Arkadaşlarım benim hastalık hastası olduğumu söyleyeceklerdir.

Lütfen, aşağıdaki sorular için, sizde özellikle kaygılandırabilecek türde bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, multipl skleroz vb.) olsaydı neler olabileceği üzerine düşünün. Elbette ki nasıl olabileceğini kesin olarak bilemeyebilirsiniz; ancak lütfen size neler olabileceği konusundaki tahmininizi genel olarak kendiniz ve ciddi hastalıklar hakkındaki bildiklerinize dayandırarak yapmaya çalışınız.

15. a. Ciddi bir hastalığım olsaydı yine de hayatımdaki şeylerden bütünüyle zevk alabilirdim.

b. Ciddi bir hastalığım olsaydı hala hayatımdaki şeylerden bir miktar zevk alabilirdim.

c. Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden çoğunlukla zevk alamazdım.

d. Ciddi bir hastalığım olsaydı hayattan bütünüyle zevk alamazdım.

16. a. Ciddi bir hastalık geliştirseydim modern tıbbın beni tedavi etme şansı yüksek olurdu.

b. Ciddi bir hastalık geliştirseydim modern tıbbın beni tedavi etme şansı orta derecede olurdu.

c. Ciddi bir hastalık geliştirseydim modern tıbbın beni tedavi etme şansı çok küçük olurdu.

d. Ciddi bir hastalık geliştirseydim modern tıbbın beni tedavi etme şansı olmazdı.

17. a. Ciddi bir hastalık hayatımı bazı yönlerden mahvedebilirdi.

b. Ciddi bir hastalık hayatımı bir çok bakımdan yıkıma uğrattırdı.

c. Ciddi bir hastalık hayatımı hemen hemen her bakımdan yıkıma uğrattırdı.

d. Ciddi bir hastalık hayatımı her bakımdan harap edebilirdi.

18. a. Ciddi bir hastalığım olsaydı toplumdaki değerimi yitirmişim gibi olmazdım.

b. Ciddi bir hastalığım olsaydı değerimi biraz kaybetmişim gibi olurdu.

c. Ciddi bir hastalığım olsaydı değerimi epeyce kaybetmişim gibi olurdu.

d. Ciddi bir hastalığım olsaydı değerimi tamamen kaybetmişim gibi olurdu.

Korku ya da hoş olmayan duygular nedeniyle aşağıda listelenmiş olan her bir durum için ne kadar kaçındığınızı gösteren uygun bir sayıyı cetveldən seçiniz, daha sonra bırakılan boşluklara yazınız.

0 hiç kaçınmamak

2 çok az kaçınmak

4 orta kaçınmak

6 belirgin kaçınmak

8 her zaman kaçınmak

1. Aile hekimine danışmak.....

2. Hastanede bir arkadaşı ziyaret etmek.....

3. Hastanede bir akrabayı ziyaret etmek.....

4. Hastaneye tedavi amaçlı gitmek.....

5. Hastalık hakkında konuşmak.....

6. Hastalık hakkında okumak.....

7. Başka nedenler için hastaneyi ziyaret etmek.....

(örneğin bir mesaj iletmek)

8. Hastalık hakkında TV programları izlemek.....

9. Hastalık hakkında radyo programları dinlemek.....

10. Hastalık hakkında düşünmek.....

Sağlığınız hakkında sizi rahatlatan kaynaklara hangi sıklıkta başvurduğunuzu en iyi tanımlayan sayıyı aşağıdaki ölçekten seçiniz. Daha sonra bırakılan boşluğa seçtiğiniz sayıyı yazınız.

- | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Asla | | Nadiren | | Bazen | | Sık sık | | Her gün |
| 1. Arkadaşlar..... | | | | | | | | |
| 2. Aile..... | | | | | | | | |
| 3. Kitaplar okumak..... | | | | | | | | |
| 4. Değişiklikler için bedeni kontrol etme..... | | | | | | | | |
| 5. Aile hekimi..... | | | | | | | | |
| 6. Hemşireler..... | | | | | | | | |
| 7. Hastane Ayaktan tedavi ünitesi | | | | | | | | |
| 8. Hastane Acil servisi..... | | | | | | | | |
| 9. Diğer(belirtiniz). | | | | | | | | |



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

Sayı:B.30.2.DZC.0.H1.00.00/605- 6223

Düzce,07/12/2012

Konu: Araştırma İzni

Sn.Doç.Dr.Nuray YEŞİLDAL
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı


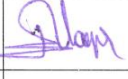



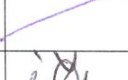
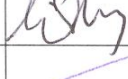


İlgi: 05 Aralık 2012 tarih ve 58 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden Anabilim Dalınız Yüksek Lisans öğrencisi Nesibe ŞİMŞEKOĞLU, Doç.Dr.Talat BAHÇEBAŞI danışmanlığında "Düzce de Üniversite Hastanesi' nde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Kaygısı Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması yapılması istenmektedir. İlgili çalışma Üniversite Hastanemiz Kalite Birimi Yönetim Direktörü Yrd.Doç.Dr.Mehmet Nurullah KURUTKAN ile koordineli olarak yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr.Bünyamin DİKİCİ
Başhekim

**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İNVAZİV OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK
KOMİTESİ, ARAŞTIRMA BAŞVURU ONAYI**
DÜZCE UNIVERSITY, SCHOOL OF MEDICINE, ETHICS COMMITTEE OF NONINVASIVE CLINICAL RESEARCHES
APPROVAL FOR APPLICATION

BAŞVURU BİLGİLERİ (APPLICATION INFORMATION)	ARAŞTIRMANIN ADI	Düzce'de Üniversite Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Kaygısı Düzeylerinin Değerlendirilmesi.		
	<i>TITLE OF THE PROJECT</i>	University hospital in Düzce the Nurse assess the level of healthy lifestyle behaviors and health concerns		
	SORUMLU ARAŞTIRICI (AUTHORIZED RESEARCHER)	Yrd. Doç. Dr. Talat BAHÇEBAŞI		
	DİĞER ARAŞTIRMACILAR (OTHER RESEARCHERS)	Nesibe ŞİMŞEKOĞLU		
	ARAŞTIRMA MERKEZİ (RESEARCH CENTER)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi (DÜZCE UNIVERSITY, SCHOOL OF MEDICINE)		
ÇALIŞMA ESASI İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU (Good Clinical Practice)				
KARAR BİLGİLERİ (INFORMATION OF DECISION)	Karar No (Decision Nr) : 2013/375		Tarih (Date:dd.mm.yyyy) : 28/03/2013	
Yrd. Doç. Dr. Talat BAHÇEBAŞI sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgelerin araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmesi sonucunda, adı geçen araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mevcudun oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir. (This project was decided to be approved for clinical ethics.)				
Ünvanı/Adı/Soyadı (Members)	Uzmanlık Alanı (Profession)	Kurumu (Institution)	Şerh Açıklaması (Varsa) (Declaratory Clause [if any])	İmza (Signature)
Prof. Dr. Hakan ÖZHAN (Başkan)	Kardiyoloji (Cardiology)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Yrd. Doç. Dr. Ertuğrul KAYA (Bşk. Yard.)	Tıbbi Farmakoloji (Pharmacology)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi DEMİRİN (Raportör)	Tıbbi Biyokimya (Medical Biochemistry)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Prof. Dr. Ali TEKİN (Üye)	Üroloji (Urology)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Doç. Dr. Yavuz DEMİRARAN (Üye)	Anestezi (Anesthesia)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Prof. Dr. Handan ANKARALI (Üye)	Biyoistatistik (Biostatistics)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Yrd. Doç. Dr. İsmet ÖZAYDIN (Üye)	Genel Cerrahi (General Surgery)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Doç. Dr. Seyit ANKARALI (Üye)	Fizyoloji (Physiology)	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	—	
Eczacı Elif EFE (Üye)	Eczacı (Pharmacist)	Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	—	
Avukat Suat UYAR (Üye)	Hukuk (Attorney)	Düzce Üniversitesi	—	
Metin TOZ (Üye)	Sivil Üye (Civil member)	---	—	

ÖZGEÇMİŞ

1985 yılında Yusufeli/ Artvin’de doğdu. İlkokulu Almanya, Ortaokulu Rize, Liseyi Yalova’da tamamladıktan sonra 2004 yılında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünü kazandı. 2008 yılında bu bölümden mezun oldu. 2008- 2010 yılları arasında Özel Yalova Hastanesi ve Bursa Özel Medical Park Hastanesinde görev yaptı. Mart 2010’da Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde göreve başladı. 2011 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında Yüksek Lisans eğitime başladı. Halen Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde görevini sürdürmektedir.

Tel: 0 507 7611421

e-posta: nesibesimsek._@hotmail.com