

**İKİ FARKLI ÜLKEDE CERRAHİ
KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI**

Elisha KHAGHANYRAD

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Zeynep KARAMAN ÖZLÜ**

Yüksek Lisans Tezi - 2014

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İKİ FARKLI ÜLKEDE CERRAHİ KLİNİKLERİNDE
ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARI**

Elisha KHAGHANYRAD

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Zeynep KARAMAN ÖZLÜ**

**ERZURUM
2014**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

İKİ FARKLI ÜLKEDE CERRAHİ KLİNİKLERİNDE
ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARI

Elisha KHAGHANYRAD

Tez Savunma Tarihi: 10/07/2014

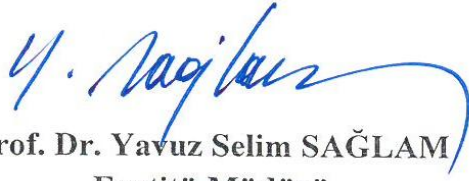
Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Zeynep KARAMAN ÖZLÜ

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Mehtap TAN

Jüri Üyesi: Doç. Dr. Nadiye ÖZER

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM-2014

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
TABLolar DİZİNİ	IX
1. GİRİŞ	10
2. GENEL BİLGİLER.....	13
2.1. Sağlık	13
2.2. Sağlığın Korunması	13
2.2.1. Birincil Korunma	14
2.2.2. İkincil Korunma	14
2.2.3. Üçüncül Korunma.....	14
2.3. Sağlığın Geliştirilmesi	15
2.3.1. Sağlığı Geliştirmeyi Etkileyen Faktörler	15
2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi.....	17
2.4.1. Beslenme.....	17
2.4.2. Stres Yönetimi	19
2.4.3. Fiziksel Aktivite	23
2.4.4. Manevi Gelişim (Tinsellik).....	24
2.4.5. Kişiler Arası İlişki	25
2.4.6. Sağlık Sorumluluğu	25
2.5. Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü	26
3. MATERYAL VE METOT	28
3.1. Araştırmanın Şekli	28

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.4. Verilerin Toplanması	28
3.4.1. Veri Toplama Aracı	28
3.4.2. Veri Toplama Yöntemi	30
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	30
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	30
3.8. Araştırmanın Genellenebilirliği	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	64
KAYNAKLAR.....	66
EKLER	79
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	79
EK II. ANKET FORMU (Türkçe)	80
EK III.SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II (Türkçe)	82
EK IV. ANKET FORMU (Farsça)	85
EKV. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II (Farsça)	87
EK VI. ETİK KURUL ONAY FORM.....	90
EK VII. İZİNLER (Türkçe).....	90
EK VIII. İZİNLER (Farsça)	92

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmam boyunca yardımlarını benden esirgemeyen, tez çalışma konusunun belirlenmesi ve başlatılmasından son aşamasına kadar geçen sürede ilgi ve bilimsel katkılarını esirgemeyip çalışmalarımı yönlendiren danışman hocam Sayın Yrd. Doç.Dr. Zeynep Karaman Özlü ve Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç.Dr. Nadiye Özer’e saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Desteklerini her zaman hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Mağfiret Kaşıkçı ve Dr. Hatice Polat’a teşekkür ederim.

Azerbaycan Hastanesinin Başhekim yardımcısı Dr. Sagatfurush ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü Sayın Prof.Dr. Yavuz Selim Sağlam ve Enstitü Sekreteri Sayın Hilmi Diyarbakır’a teşekkürlerimi sunarım.

Yoğun eğitimim ve tez çalışmam boyunca sevgilerini, desteklerini ve sabırlarını daima hissettiğim fedakar ve değerli babam Hasan Khagahni, annem Afsane BAYAT, kardeşim Arşia Khagahni ve Sayın Hocam Doç.Dr. Neziha Karabulut, arkadaşlarım Zeynep Kaya, Mihriban Pöge, Dilek Gürçayır ve ailelerine sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Elisha KHAGHANYRAD

ÖZET

İki Farklı Ülkede Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam

Biyimi Davranışları

Amaç. İki farklı ülkede cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biyimi davranışlarını saptamaktır.

Materyal ve Metot. Tanımlayıcı türde olan araştırma Mart 2013- Temmuz 2014 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın evrenini, Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi ve Orumiyeh Azerbaycan Hastanesi Cerrahi Kliniklerinde çalışan 304 hemşire, örnekleme ise izinli ve raporlu olmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden 252 hemşire oluşturdu. Verilerin toplanmasında hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin yer aldığı anket formu ve SYBDÖ-II kullanıldı. Veriler yüzdelik dağılım, ortalama, varyans analizi, χ^2 , Mann-Whitney U ve Kruskal- Wallis testi ile değerlendirildi.

Bulgular. Türkiye’de çalışan hemşirelerin SYBDÖ-II toplam puan ortalaması 120.96 ± 17.13 , İran’da çalışan hemşirelerin toplam puan ortalaması ise 134.45 ± 21.28 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p < 0.05$). Her iki ülkede de hemşirelerin en yüksek puan ortalamasını Manevi gelişim alt boyutundan (Türkiye: 25.56 ± 4.32 , İran: 26.45 ± 5.54), en düşük ise Türkiye’de fiziksel aktivite (15.41 ± 4.55), İran’da ise Stres yönetimi (16.57 ± 3.69) alt boyutlarından aldıkları belirlendi. Türkiye’de hemşirelerin SYBDÖ-II toplam puan ortalaması ile eğitim, gelir durumu ve mesleki aktivitelere katılma durumu arasında, İran’da ise gelir durumu, mesleki aktivitelere katılma durumu, cerrahi klinikte ve toplam çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0.05$).

Sonuç. Bu bulgular doğrultusunda İran’da çalışan hemşirelerin SYBDÖ toplam puan ortalamasının, Türkiye’de çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu, her iki ülkede de araştırma kapsamına alınan hemşirelerin SYBDÖ’ne ait toplam puanının orta düzeyde

ve manevi gelişimlerinin yüksek olduğu, yeterli egzersiz yapamadıkları ve stresle yeterli baş edemedikleri söylenebilir. Bu sonuç doğrultusunda sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik eğitimlerin yapılması, kurum içinde sağlıklı geliştirici davranışların desteklenmesinin sağlanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi hemşire, İran, Sağlıklı yaşam biçimi, SYBDÖ-II, Türkiye.

ABSTRACT

The Healthy Lifestyle Behaviours of The Nurses Working in Two Different Countries Surgical Clinics

Aim: The aim of this study is to compare and assess the healthy life style behaviours of the nurses working in two different countries surgical clinics.

Material and Method: Descriptive research was conducted between in March 2013 between July 2014. The population of the study consisted of 304 nurses working in surgical clinics of Atatürk University Research Hospital and Orumiyeh Azarbaijan Private Hospital; and 252 nurses who accepted to be involved in this study data constituted its sampling. The data were collected by using HPLP-II and questionnaires. The data of the study was analysed by SPSS 16. In the assessment of the data it was used percentage distribution, average, Chi-Square, Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis tests.

Result: When analyzed the mean total HPLP-II score of the nurses working in Turkey was found as 120.96 ± 17.13 ; that of the ones in Iran was obtained as 134.45 ± 21.28 and the difference between them was found meaningful as statistical ($p < 0.05$). It was determined that the highest subscale mean score of nurses in both countries is in spiritual; that the lowest subscale mean score of nurses working in Turkey is in exercise and that of nurses in Iran is in stress management. There was significant relation between the education, income and occupational activity, participation status, and the mean scores of the nurses working in Turkey that of the in Iran there was significant relation between the income status, occupational activity participation status, surgical clinics and the mean scores. ($p < 0.05$)

Conclusion: This research exhibited the mean health behaviours scores of the Iranian nurses' were higher. The mean total HPLP score of the nurses was moderate the highest

score was in spiritual growth subscale, surgical nurses did not make enough exercise and did not cope with stress adequately. In accordance with this result, educational programs which were given in hospitals have been proposed to be continued by being developed. The level of the health promotion behaviours should be supported and the formative working of health can be suggested.

Keywords: Healthy lifestyle, Iran, HPLP-II, Surgical nurses, Turkey.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

HPLP-II : Health Promotion Lifestyles Profiles-II

SYBDÖ-II : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği -II

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Boyutları ve Boyutlarda Yer Alan Maddeler	29
Tablo 4.1. Ülkelere Göre Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması	32
Tablo 4.2. Ülkelere Göre Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması	34
Tablo 4.3. Türkiye'deki Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin SYBDÖ Puan Ortalamalarıyla Karşılaştırılması	35
Tablo 4.4. Türkiye'deki Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin SYBDÖ Puan Ortalamalarıyla Karşılaştırılması	41
Tablo 4.5. İran'daki Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin SYBDÖ Puan Ortalamalarıyla Karşılaştırılması	45
Tablo 4.6. İran'daki Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin SYBDÖ Puan Ortalamalarıyla Karşılaştırılması	54
Tablo 4.7. SYBDÖ 'nden Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar ile Hemşirelerin Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	56

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli ve bütüncül bakım yaklaşımını ön görmektedir. Bu anlayış bireyin, iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanma ve kendi sağlığı ile ilgili doğru karar almasını sağlamak üzerine dayandırılmıştır.¹ Toplumun sağlık düzeyi, toplumda sağlıklı bireylerin çoğunlukta olması ile ölçülür. Her insanın temel haklarından biri olan sağlıklı olma, sağlığın korunması ve geliştirilmesi sağlık çalışanının temel amacı olmalıdır.²

DSÖ Bangkok Deklarasyonu'nda, insanların kendi sağlıklarını belirleyen bileşenler üzerindeki kontrollerini arttırmaları yoluyla sağlık düzeylerini yükseltme süreci olarak tanımlanan sağlığın geliştirilmesi kavramı, kişilerin optimal sağlık durumunun saptanması yönünde hareket edebilmeleri için, yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardım eden bir sanat ve bilim dalı olarak da tanımlanmaktadır.^{3,4} Bireyler, sağlıklı davranışlar geliştirmede kendi sorumluluklarını almalı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını günlük yaşam alışkanlıkları haline dönüştürmelidirler.⁵

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür.¹ Beslenme, stres yönetimi, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişki ve sağlık sorumluluğu sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında sayılmaktadır.^{6,7}

DSÖ verilerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır.⁸

Geçmişte toplu ölümlere yol açan enfeksiyon hastalıkları yerini hipertansiyon, şişmanlık, tip II diyabet, koroner kalp hastalıkları gibi yaşam biçimi ile ilgili kronik hastalıklara bırakmıştır. Bu sonuçlar kronik hastalık ve yaşam biçimi arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir.^{9,10}

Kişinin sağlığını etkileyen en önemli faktörlerden birisi de kültürdür. Kültürel yapı içinde yer alan birçok faktör sağlığı yakından ilgilendirir ve etkiler.¹¹ Sağlık ekibinin etkin bir üyesi olan hemşireler birey, aile ya da grupların sağlığının korunması ve sürdürülmesinde çoğu zaman kültürel bilgilerini de kullanmak zorunda kalırlar.¹¹ Günümüzde kültürün hemşirelik hizmetlerinin çok önemli bir bölümünü oluşturduğu bilinmekte olup kültürlerarası hemşirelik bakımı yaygınlaşarak ilgi görmektedir.¹² Transkültürel Hemşirelik “Hemşirelik bakımında kültürel evrensellik ve kültüre özgülük sağlayan, farklı kültürlerin karşılaştırmalı araştırma ve analizi üzerine temellenen, sağlık-hastalık, bakım, inanç ve değerlere saygılı bir şekilde, dünyada alt kültür ve kültürlerindeki farklılıkları analiz eden ve karşılaştırmalı çalışma üzerine odaklanan hemşireliğin bir kolu veya altdalı” olarak tanımlanmaktadır.¹³ Sağlığın korunması ve geliştirmesi amacıyla, kültürü öğrenme çeşitli yollarla gelişen, devam eden bir süreçtir ve farklı kültürlerin karşılaştırılması bu öğrenme sürecine katkı sağlamaktadır.¹⁴

Günümüzde DSÖ ve pek çok sağlık kuruluşu, sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerinin uygulanmasında temel insan gücü olarak hemşireleri önermektedir.¹⁵ Hemşirelerin, bireyleri sağlıklı davranışlar konusunda bilgilendirebilmesi ve yönlendirebilmesi için öncelikle kendilerinin de sağlıklı davranışlar göstermesi gerekmektedir.¹⁶

Toplum sağlığının daha iyiye götürülmesinde önemli rol oynayan hemşirelerin günümüzdeki durumları göz önüne alındığında, iş ortamında sağlıklarının gerektiği gibi korunmadığı söylenebilir.¹⁷ Özellikle cerrahi kliniklerde çalışan hemşireler,

kliriklerdeki iş yoğunluğunun ve hasta sirkulasyonunun fazla olması, hastaların fiziksel ve ruhsal travmaya, enfeksiyona yatkın olmaları ve bunlardan korunmada da hemşirelerin anahtar rol oynaması, cerrahi süreç boyunca bakım verme sorumluluğu nedeniyle özellik arz etmektedir. Çalışma ortamlarına göre değişiklik gösteren bu riskler hemşirelerin ve hizmet sundukları bireylerin sağlığını da etkileyebilmektedir.¹⁸

Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir. Bu nedenle öncelikle sağlık çalışanları kendi yaşam biçimlerini düzenlemelidirler.¹⁹ Her sağlık çalışanı, sağlığı geliştirmenin önemini kavramalı, toplumdaki bireylerin olumlu sağlık davranışı geliştirmesi için motivasyon artırıcı davranışlar sergilemelidir.²⁰

Bu açıdan, farklı kültürlere sahip olan iki farklı ülkede cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi önem taşımaktadır, aynı zamanda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek ulusal sağlık programlarını tasarlayabilmek için de önemlidir.²¹

Bu çalışma, iki farklı ülkede cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla planlandı ve uygulandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık

İnsanların yaşamında sağlık önemli bir yer tutmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.²² Subjektif olarak sağlık; bireyin kendisinin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden durumunu algılaması halidir. Birey hasta olmadığı halde kendisini hasta, hasta olduğu halde kendisini iyi hissedebilir. Objektif olarak sağlık muayene ve tanı testlerine göre belirlenen bir hastalığın olmamasıdır.^{23,24}

Biyolojik açıdan sağlık, “bedenin her hücresinin optimal düzeyde işlem yapması ve her hücrenin diğerleri ile mükemmel uyum durumundaki işlev yeteneği”, hastalık ise “bedenin optimal fonksiyonuna ve yapısına karşıt bir durum” olarak açıklanır. Psikolojik sağlık, bireyin beklenmedik bir durumla karşılaşmasında duyguları ile duruma ve çevresine gösterdiği uyum yeteneğidir.²⁵ Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruma, sürdürme ve geliştirme davranışlarını kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili öz sorumluluk yüklenerek doğru kararlar almasını sağlama üzerine temellendirilmiştir.^{2,26,27}

Sağlık her şeyden önce toplumsal bir olgudur. Çünkü sağlık sorunları bir ülkenin gelişmişlik düzeyi ile olduğu kadar toplumsal yapısı ile de yakından ilgilidir.²⁸

Mevcut sağlık kavramı iş, aile, toplum ve bireyin sağlığını koruma, artırma ve sürdürme, sağlık davranışları hakkında karar alma becerisi ve iyi olma durumunun devamını sağlayacak, yükseltecek, koruyacak davranışları bireyin kazanmasıdır.²⁹

2.2. Sağlığın Korunması

Sağlığın korunması, biyolojik, fiziksel ve sosyal çevrenin olumlu hale

getirilmesi, bununla birlikte kişiye yönelik önlemlerin de ihmal edilmemesi sonucu sağlanabilir. Sağlığı koruma düzeyleri, birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olarak üçe ayrılmaktadır.³⁰

2.2.1. Birincil Korunma

İnsanların sağlık durumu bireysel özellikler ile çevresel faktörlerin bileşkesi olarak ortaya çıkar. Sağlığı korumak için yapılması gereken, bireysel özellikler ve çevre faktörleri arasında sağlık üzerinde olumsuz etki yapabilecek olanlar varsa, bu faktörlerin “olumsuz” durumdan çıkarılması ve “olumlu” hale getirilmesidir. Bu tür korunma “birincil korunma” olarak tanımlanır. Birincil korunma yaklaşımları sağlığın korunması bakımından en önemli korunma şeklidir.³¹ Ancak birincil korunma yöntemleri çoğu kişinin iyi bildiği, fakat yeterince uymadığı durumlardır. Örneğin, sigaranın sağlığa zararlı olduğu başta sağlık personeli olmak üzere herkes tarafından iyi bilindiği halde, sigara kullanımı toplumda oldukça yaygındır. Beslenme ve egzersiz şeklindeki diğer birincil korunma uygulamaları için de benzeri durum söz konusudur.³¹

2.2.2. İkincil Korunma

Birincil korunmada, uygulamadaki aksaklıklar nedeniyle her zaman yeterince başarılı olamamakta, insanlarda çeşitli hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Hastalıkların seyri konusunda iyi bilinen bir husus da, erken dönemde tespit edilen hastalıklarda iyileşme olasılığının daha fazla olduğudur. Bu nedenle hastalıkların erken dönemde yakalanması da bir tür korunma olarak ifade edilir ve bunada ikincil korunma adı verilir.³²

2.2.3. Üçüncül Korunma

Önceden oluşan hastalığın ilerlemesinin ve komplikasyonlarının önlenmesi, sakatlıkların ya da acının azaltılmasıdır. Özellikle kronik hastalıklarda ilerlemenin önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanmaya çalışılır.^{30,33}

2.3. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi, bireyin kendi sağlığını geliştirmesi ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü arttırma gücünü kazanması olarak tanımlanmaktadır. Hastalıklardan korunmada, erken tanıda bulunmada ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların kullanılması temel olandır.³⁴

DSÖ'ye göre sağlığı geliştirme, kişi ve çevresi arasındaki ilişkilerin yeniden düzenlenmesi; sağlıkla ilgili bireysel seçimlerin ve sosyal sorumluluğun belirlenmesidir.³⁵ Başta sağlık eğitimi olmak üzere yönetsel, yapısal ve kaynak düzenlemeleri şeklinde sağlanan, destekleyici çalışmalarını içeren, sağlığı geliştirme müdahaleleri, güdüleme teknikleri ve pekiştirmeyi kullanarak sağlıklı olmayı hazırlayan, olanaklı kılan ve güçlendiren davranış biçimlerini hedeflemektedir. Bu nedenle sağlığın en önemli belirleyicilerinden biri, davranışlardır.³⁶

Kişilerin sağlık davranışlarını en üst düzeye çıkarabilmeleri için sağlığı geliştirme çabaları önem arz etmektedir. Toplumların sağlık düzeyi sağlıklı bireylerin çoğunlukta olması ile ölçülür. Her insanın temel haklarından biri olan sağlıklı olma, sağlığın korunması ve sürdürülmesi, sağlığın geliştirilmesinin esasını teşkil eder. Bireyler, sağlıklı davranışlar geliştirmede kendi sorumluluklarını almalı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını günlük yaşam alışkanlıkları haline dönüştürmelidirler.³⁷ Sağlığı geliştirme, toplum sağlığını iyileştirmek için eğitimsel, sosyal, ekonomik ve politik çabaların bulunduğu geniş bir alandır.³⁵

2.3.1. Sağlığı Geliştirmeyi Etkileyen Faktörler

Sağlık pek çok bileşenden etkilenmektedir. Bunlar genetik değişkenler, fizyolojik süreçler, psikolojik değişkenler, ruhsal özellikler, cinsiyet, sosyoekonomik durum, yaş, inanç gibi daha fazla çoğaltılabilecek özelliklerdir.³⁸ Kişinin sağlığını etkileyen en önemli faktörlerden birisi de költürdür. Költür, bir grup insan tarafından

öğrenilen, paylaşılan, nesilden nesile aktarılan değerler, inançlar, tutum ve davranışlar, örf ve adetler olarak tanımlanmaktadır. Kültür yaşamın dokusudur ve her insan bir kültüre sahiptir. Kültürel yapılar kişilerin, hastalık, sağlık ve iyi olma durumlarıyla doğrudan ilişkili olduğu gibi, hastalığı ifade etme biçiminden, verilen tedaviyi sürdürme biçimine kadar pek çok konuda doğrudan rol oynar.¹¹

Bireylerin sağlık ve hastalık kavramları ile ilgili algıları onların çeşitli durumlardaki sağlık arama davranışlarını etkileyebilir. Bu algılar ve davranışlar pek çok faktör tarafından etkilenebilmektedir.³⁹ Johnson ve arkadaşlarının çalışmasında; "Pender'in sağlığı geliştirme modelinde, bireye ait demografik özelliklerin, bilişsel-algisal 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.⁴⁰ Bireyin boy, kilo, beden kitle indeksi gibi özelliklerinin sağlık davranışlarını; aile, arkadaş, sağlık görevlileri, akrabalarla iyi etkileşimin ise bireyin olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyini etkilediği bildirilmektedir. Bireyin içinde bulunduğu çevrenin davranış oluşumunda, bireyin bilgi ve beceri düzeyinin ise davranış kazanmada etkili olduğu belirtilmektedir.⁴¹

Sağlığı geliştirme bir kişisel davranış değişikliği olarak amaçlansa da davranış, sağlığın belirleyicilerine odaklanmıştır.⁴² Davranış değişikliği yöntemlerinin köken aldığı farklı davranış değişikliği modelleri vardır. Bu modellerden en dikkat çeken ise, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'dir. Pender 1990 yılında, sağlığı koruma kavramını ekleyerek bu modeli tanımlamıştır. Modelin ana fikri, sağlığı geliştirmek için sağlıklı yaşam biçimi oluşturulması; bu nedenle davranışların sağlıklı olacak şekilde değiştirilmesidir.⁴⁰

2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilecek davranışlarını kontrol ederek, günlük aktivitelerini düzenlerken kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır.⁴³ Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir düzeye getirebilir.⁴⁴ Bireyin kendi sağlık davranışlarını algılama ve kontrol etme düzeyinin bilinmesi, bireye yeni bir davranış kazandırmada önemlidir.⁴⁵ Sağlık davranışı, sağlıklı yaşam biçiminin geliştirilmesi ve hastalıklardan korunmasının temelidir.⁴⁶ Sağlık davranışları bireyin sağlığa verdiği önem, sağlığı kontrol etme biçimi, hizmete ulaşmada karşılaştıkları engel ve kültürel özelliklerden etkilenir.⁴⁷

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür.¹ Beslenme, stres yönetimi, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişki ve sağlık sorumluluğu sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında sayılmaktadır.^{40,48}

2.4.1. Beslenme

Beslenme; büyümek, vücut fonksiyonlarını yapabilmek ve yaşamı sağlıklı, mutlu olarak sürdürebilmek amacıyla vücudun yediğimiz gıdalardan yararlanmasıdır.⁴⁹

Beslenme; sağlığı korumak geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir eylemdir.⁵⁰ Beslenmede amaç; bireyin yaşına, cinsiyetine, çalışma ve özel durumuna göre ihtiyacı olan enerji ve besin öğelerinin her birinin yeterli miktarlarda sağlanmasıdır.⁵¹

Yeterli ve dengeli beslenemeyen bir toplumun sağlıklı ve iş görebilir güçte yaşaması, ekonomik ve sosyal refahın artması mümkün değildir. Yeterli ve dengeli beslenme sadece bireylerin yaşamsal faaliyetleri için değil tüm toplumun gelişmesi için

temel koşuldur. Yeterli ve dengeli beslenmenin zihinsel gelişime ve iş verimine olumlu etkileri, beklenen yaşam süresini yükseltmesi, sağlık risklerini azaltması gerçeğinin ortaya konması ile tüketicilerde giderek tüketme yerine doğru ve dengeli tüketim anlayışı geliştirmiştir.⁵²

Vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin her birinin yeterli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması durumu yeterli ve dengeli beslenme deyimi ile açıklanır. Yetersiz ve dengesiz beslenme vücudun büyüme, gelişme ve normal çalışmasında aksaklıklara neden olacağından “yeterli ve dengeli beslenme sağlığın temelidir” diyebiliriz.⁵³

Beslenme ve hastalık ilişkisi yıllardır üzerinde önemle durulan konular arasındadır. Yapılan çalışmalar, beslenme ve hastalık ilişkisi için güçlü kanıtlar sunmaktadır. Buna göre sağlıksız beslenme alışkanlıkları, hastalıklar açısından bir risk faktörü olduğu gibi tam tersi sağlıklı beslenme ise pek çok hastalık açısından önemli bir koruyucu faktördür.^{54,55} Özellikle yüksek gelirli ülkelerde yapılan çalışmalar; yüksek kalorili, hayvansal yağlardan zengin, lifli gıdalardan, meyve ve sebzeden fakir beslenmenin kalp ve damar hastalıkları ve pek çok kanser ile ilişkisini ortaya koymaktadır. Dünyada ölümlerin %2,8’inin (1,7 milyon ölüm) meyve ve sebzeden fakir beslenmeye bağlı olduğu belirtilmektedir.^{56,57}

Günümüzde beslenme ile ilişkili olarak şişmanlık önemli bir risk faktörüdür.⁵⁸ DSÖ verilerine göre her yıl dünya çapında 2,8 milyon insan, fazla kilolu ya da şişman olması nedeniyle yaşamını yitirmektedir.^{57,59} Şişmanlık; diyabet, yüksek tansiyon, kalp ve damar hastalıkları ve kanser açısından önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir.^{59,60}

Düzensiz çalışma saatleri sonucu beslenme bozukluğu çekenlerde göz ardı edilemez bir çoğunluktadırlar ve bu meslek üyelerinden birisi de hemşirelerdir. Vardiya

değişimi nedeniyle yemek yemesi gereken zamanlarda yemeklerini yiyemezler. Yoğun çalışma, servis işlerinin çokluğu, servisteki fiziki çevre, hastane yemeklerinin görünüşü, çeşit ve lezzeti, lojmanda kalanların çoğu kez kendilerine yemek hazırlama zamanı bulamamaları hemşirelerin beslenmesi üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilmektedir.¹⁸ Bu verilerden hareketle sağlığı geliştirme etkinlikleri içinde yer alabilecek en önemli konulardan birisi sağlıklı ve yeterli beslenme konusudur. Yeterli ve dengeli beslenme konusunda farkındalıklarının artırılması, sağlıklı beslenme konusunda danışmanlık hizmetlerinin sağlanması, sağlıklı beslenme olanaklarının artırılması son derece önemlidir.⁶¹

2.4.2. Stres Yönetimi

Latince bir kelime olan stres, “ Estrece” kelimesinden gelmektedir. Zorlanma, gerilme ve baskı anlamındadır. Ayrıca stres kelimesi sadece etki yönüyle değil, “bütünlüğü koruma”, “esas duruma dönmek için çaba harcama” şeklinde etkiye tepki anlamında da kullanılmaktadır.^{62,63}

Stres kavramı ilk olarak Hans Selye tarafından 1930’larda ortaya atılmıştır.⁶⁴ Hans Selye stresi organizmanın her türlü değişmeye yaygın tepkisi olarak tanımlamıştır. Hans Selye’nin tanımına göre memnuniyet verici olsun olmasın her türlü isteme bedeninin uyum göstermesidir.⁶⁵⁻⁶⁷ Stres, önem taşıyan ve baştan belli olmayan herhangi bir durum ya da olguyla ilişkili bir fırsat, zorlama veya bir istem karşısında bireyin yaşadığı dinamik bir durumdur.⁶⁸ Birey bir tehdit ile karşılaştığında üç aşamalı bir tepki verme sürecine girmektedir.⁶⁹

Birinci aşama alarm dönemi; tehdit hisseden birey ilk önce onu algılamaya ve tanımaya çalışır. Eğer tehdit baskısı devam ederse, bireyin vücudunda fiziksel tepki (kan basıncı artışı, göz bebeklerinde büyüme, kas gerginliği, kalp çarpıntısı, mide asidi

salgılanmasında artış gibi) oluşur. Eğer birey stresin üstesinden gelirse ya da stres faktörü ortadan kalkarsa bireyde bir rahatlama ve uyku hali yaşanır.⁶⁹

İkinci aşama direnme (resistance) evresi; stres faktörü ortadan kalkmamışsa birey alarm aşamasından direnme aşamasına geçer. Bu aşamada birey stresin üstesinden gelmek için büyük çaba harcar. Alarm aşamasında artan fiziksel tepkiler daha da artar.⁶⁹

Tükenme (exhaustion ya da burnout) evresi: Direnme başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Bireyde fiziksel ve ruhsal tükenmişlik gözlenir.⁶⁹

Stres, uygun nitelikte ve yoğunlukta olduğunda kişiyi geliştiren, onu harekete geçiren, deneyim kazandıran ve güçlendiren bir uyarıcıdır. Stresin fiziksel, zihinsel ve duygusal anlamda kişiye zarar vermesi, nedeni anlaşılamayan ve anlaşıldığında da başa çıkılamayan kaygıların o kişinin gücünü aşan sürekli bir gerilime dönüşmesiyle başlar. Önemli olan yaşam gerilimlerinin bu düzeye gelmeden önce kontrol altına alınması ve hatta belirli amaçlar için onun yarattığı enerjiden yararlanılmasıdır. Bunu yapılabilmesi için stresin gerçekte ne olduğunu, nedenlerini, etkilerini ve sonuçlarını bilmek gerekir. Bu bilgiye sahip olan bir kişi stresi, sağlıklı yaşamını ve başarısını destekleyen bir güç olarak da kullanabilir.⁷⁰

Organizmayı zorlayan, iç veya dış, akut veya kronik uyaranlar veya durumlar stres etkenleri olarak tanımlanır.^{71,72} Stres nedenleri kişisel, ailevi, duygusal, psikolojik veya örgütsel nedenlere bağlı olabilir. Günümüz şartları, ekonomik şartlar, kişiler arası ilişkiler, rekabet gibi nedenler bu durumlara ek olarak tetikleyici görev üstlenmektedir. Çevre, hava, gürültü, trafik, kirlilik gibi uyum sağlamayı gerektiren olaylar, yetiştirilmesi gereken ödev, sunum, iş görüşmesi, sevilen birini kaybetme, arkadaş ya da ailenin beklentileri gibi sosyal olaylar, ergenlik, menopoz, hastalıklar, yaşlanma, kazalar, yanlış beslenme, uyku bozuklukları vb. durumlar da stres nedenleri arasında sayılmaktadır.^{71,72}

Sağlık çalışanları ise çalışma koşulları nedeniyle yoğun stres altındadır. Çalışan bireylerin bedensel ve ruhsal yönden iş sağlığı açısından çok yönlü streslerin etkisinde kaldığı bilinmektedir.⁷³ İş yerindeki psikososyal stresörler çoğu zaman uzun süreli ve sık tekrarlayan yapıdadır.⁷⁴ Hemşirelik mesleği üyeleri ise çalışma koşullarını farklılıkları nedeni ile daha yoğun baskı altında kalmakta ve ruhsal tepkileri daha fazla tecrübe etmektedir.⁷⁵ Bu durum çalışanlarda sıklıkla iş performansında azalma, obsesif davranışlar, gerilim, anksiyete ve depresyon gibi fiziksel, davranışsal ve psikolojik sorunlara neden olmaktadır.⁷⁴ Sağlık çalışanı ne kadar kaliteli ve daha az sıkıntılı bir ortamda hizmet verirse; hastada o kadar kaliteli sağlık hizmeti alır.⁷⁶

Ayrıca stres durumu ortaya çıktığı zaman, stres yönetimi son derece önemlidir. Stresin ortaya çıkardığı problemlerden kurtularak yaşamdan tat alabilme ve stresi ortaya çıkaran nedenlerle baş etme çabasına stres yönetimi denir. İnsanlar doğdukları andan itibaren birçok problemle karşılaşmış ve bu problemlere hemen boyun eğmemiş ve sorunla başa çıkabilmek için kendine göre yöntemler geliştirmişlerdir. Bu zaman içinde, uygulamaların sonucuna göre kullanımlık kazanmış ya da geliştirme ihtiyacı duyulmuştur.⁷⁷

Stresle başa çıkma yöntemleri, stresle ilişkili negatif duyguları düzenleyerek alternatif çözümler üreten koruyucu bir işlev olarak yardım edebilir veya stresin etkilerini kötüleştirerek uyum sorunlarına yol açabilir.⁷⁸

Stres yönetiminde etkili yöntemler;

Bedene yönelik yöntemler:

- ✓ Fiziksel egzersiz
- ✓ Nefes egzersizleri
- ✓ Gevşeme teknikleri

✓ Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (düzenli spor yapma, yeterli uyku uyuma, düzenli ve dengeli beslenme, sigara, alkol ve bağımlılık yapıcı maddelerden uzak durma vb.) benimsenmesi.^{66,67}

Duygu ve düşüncelere yönelik yöntemler:

✓ Hayata bir “bilim insanı” gibi yaklaşmayı bir alışkanlık haline getirilmesi (tek bir olaydan hareketle genellemeler yapmadan, her görüş için kanıt aramak).

✓ Stres oluşturunca faktörleri bir “tehdit” gibi yorumlamak yerine, becerileri sınıma imkânı olarak yorumlanması.

✓ Mantık dışı inançların ve varsayımların kişi tarafından sınanması.

✓ Duyguların başkalarıyla, açık ve uygun bir şekilde paylaşılması.

✓ Değerlerin gözden geçirilerek yaşamda nelerin önemli olduğunun (başarı, sağlık, aile, arkadaşlık, kendine saygı, özgürlük, vb.) düşünülmesi. Değerler verilen kararlarda önemli rol oynar ve onlarla bir çatışma yaşandığında stres kaçınılmaz olur.^{65,66,67}

Duruma yönelik yöntemler:

✓ Zamanın iyi ve dengeli kullanılması.

✓ İletişim ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesi.

✓ Sosyal destek ağından yararlanılması, arkadaşlar ya da güvenilen birisiyle kaygı ve sorunların paylaşılması.⁷⁹ 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.^{80,81}

Değiştir; bu adım imkân 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 getirmektedir.^{81,82,83}

2.4.3. Fiziksel Aktivite

Doğadaki pek çok canlı, sadece yaşamsal faaliyetlerini sürdürmek için çaba gösterir, ancak insanoğlu yaşamsal faaliyetlerin yanı sıra istediği standartlarda yaşama çabasını da göstermektedir. Kalitesi artmış bir yaşam, uygun zaman dilimleri ile üretmeyi, dinlenmeyi, eğlenmeyi, temel gereksinimlere göre ayarlanmış sağlıklı bir yaşamı tanımlar. Sağlık, kaliteli yaşamın olmazsa olmaz koşulu olarak kabul edildiğine göre, teknolojik gelişmelerle günlük aktivite yoğunluğunu azaltmak her ne kadar yaşamı kolaylaştırırsa da uzun vadede inaktif bireylerin sayısını arttırmakta ve sağlığı olumsuz etkilemektedir.⁸⁴

Fiziksel aktivite günlük yaşam içerisinde kas ve eklemlerimizi kullanarak enerji tüketimi ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını arttıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanabilir. Fiziksel aktiviteler, hafif dereceli aktivite (mağaza gezer gibi yürüme ve bulaşık yıkama vb.), orta dereceli aktivite (bahçe işleri, düzenli tempoda bisiklet çevirme ve düzenli tempoda yüzme vb.) ve ağır dereceli aktivite (tempolu yürüyüş, basketbol, aerobik, koşu ve hızlı bisiklet çevirme vb.) olarak gruplandırılır.^{79,84,85}

Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite egzersiz olarak tanımlanabilir.^{79,85} Fiziksel aktivite, vücutta enerji dengesi ve kilo kontrolü sağlanmasının en önemli belirleyicilerindendir.⁸⁶

Her yıl yaklaşık 3,2 milyon ölüm yetersiz fiziksel aktiviteye bağlanmaktadır. Yetersiz fiziksel aktivite, dünyada meydana gelen ölümlerde etkili olan başlıca risk faktörleri arasında dördüncü sıradadır.⁸⁷

Yapılan çalışmalar, fiziksel aktivite düzeyi düşük olan bireylerde ölüm riskinin, haftanın çoğu günü en az 30 dk. orta düzeyde fiziksel egzersiz yapanlara göre %20-30 daha fazla olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda yeterli düzeyde fiziksel aktivitenin olması halinde meme, kalın barsak, akciğer, prostat ve rahim kanserleri olmak üzere yılda 165.000 ile 330.000 arasında kanserin önlenebileceği belirtilmektedir.^{87,88}

Fiziksel aktivite yetersizliği, koroner arter hastalığı ve kronik hastalıkların sıklığını artırmaktadır.⁸⁹ Amerikan Spor Hekimliği Birliği ve Amerikan Diyetisyenler Birliği rehberine göre, yetişkinlerin haftanın her gününde veya çoğu gününde en az 30 dakikalık orta düzeyde aktivite yapması gerekmektedir.^{90,91} Sağlıklı, uzun ve kaliteli bir yaşam sürdürme amacıyla "Herkes İçin Spor" kavramı yaygınlaştırılmaya çalışılmalıdır.^{90,92}

2.4.4. Manevi Gelişim (Tinsellik)

Tinsel kelimesi, Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre ruhi, manevi anlamına gelmektedir. Manevi gelişim, beden ve ruhu etkileyen ve aynı zamanda beden ve ruhtan etkilenen “birleştirici güç” olarak tanımlamıştır. Manevi gelişim, bireyin kendisinin ve varoluşunun ötesindeki güçtür. Başka bir ifade ile hem fiziksel boyutu kapsayan hem de onun ötesindeki kişisel farkındalıktır. Bireyin, yaşamın anlamını ve amacını yakaladığı yer onun tinsel alanıdır.⁹³

Sağlığın tinsel boyutu, bireyin bütünlüğünü ve sürekliliğini tehlikeye sokan fiziksel ve duygusal tehditler varlığında bireyi destekler ve rahatlatır. Sağlığın anlamını açıklamak ve sağlık değeri oluşturmak için fırsat sağlar. Sağlığın tinsel boyutu; yaşamın anlamını, ölümün kabulünü ve yüksek bir güçle bireysel bir ilişkiyi vurgular.⁹⁴

Bazı davranış ve sosyal bilim akademisyenleri felsefi temelde sağlığı, aklın, beden, ruhun birlikteliği ve özellikle uyumu olarak tanımlamakta; ruhun aklı, aklın ise

bedeni kontrol ettiğini savunmakta, hatta bireyi felsefi temelde, “tinsel deneyimler yaşayan insani bir varlık” değil, tam aksine “insani deneyimler yaşayan tinsel bir varlık” olarak dahi açıklamaktadırlar. Bu yüzden, yaşam kalitesi, yaşam doyumu gibi değişkenleri belirlemede kullanılan ölçeklere bireyin biyopsikososyal çevresini kuşatan manevi gelişim yani tinsellik de katılmaya başlamıştır.⁹³

2.4.5. Kişilerarası İlişki

İnsan davranışlarının büyük çoğunluğu, genelde kişilerarası, özellikle de ikili ilişkiler yoluyla şekillenmekte, sürdürülmekte ve değişmektedir.⁹⁵

Kişiler arası ilişkiler kavramı; karı-koca etkileşimi, çocuğun anne ve babasıyla etkileşimi, akrabalar, arkadaşlar, meslektaşlar arasındaki etkileşimler, duygusal ilişkiler gibi örnekler ile somutlaştırılabilir. Chen, kişiler arası ilişki desteğini; yakın arkadaşlarla vakit geçirmek, başkalarıyla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurmak, başkalarına karşı ilgi ve sevgiyi ifade etmek ve onlara karşı içten olmak, kişisel sorunlarını yakın arkadaşlar ve aile üyeleri ile paylaşmak olarak değerlendirmiştir.⁹⁶ Yaşam boyu başarıya ulaşmada, mutlu ve verimli olmada "kişiler arası ilişkiler" büyük rol oynamaktadır.⁹⁷

Bireyler; diğer insanların bir davranışını model aldıklarında, davranışın ortaya çıkmasını beklediklerinde, yardım sağladıklarında ve davranışı desteklediklerinde, söz konusu sağlık davranışlarıyla daha çok ilgilenir ve onlara daha çok bağlanırlar.⁹⁸

2.4.6. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık için kişisel sorumluluk kavramları, insanlık tarihi boyunca ortaya çıkmış ve süregelmiştir. Yaşam biçiminin sağlık üzerindeki etkileri eski Yunan ve Roma’da vurgulanmış ve kişilerin kendi sağlıkları üzerinde biraz da olsa sorumlu olması kavramı orta çağ ve Rönesans boyunca değişen derecelerde devam etmiştir.⁹³

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmesi, gerektiğinde profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir.⁹⁹

Sağlık sorumluluğu artıkça kişinin kendisini daha sağlıklı hissetmesi nedeniyle yaşam tarzında ve beslenme biçiminde sağlıklı gelişmeler olmaktadır. Sağlık sorumluluğunun düşük olduğu durumlarda hastalıkların ortaya çıkması ve buna bağlı olarak diyet kısıtlaması ya da beslenme bozukluklarının görülmesi beklenebilir.¹⁰⁰

Herkes kendi sağlığından sorumludur. Özellikle hastalıklardan korunmada asıl yapılacak işler, kişilerin kendilerinin alacakları önlemlerdir. O nedenle, kişiler kendi sağlıklarının değerini bilmeli ve onu korumaya çalışmalıdırlar. Böyle olmazsa, sağlık hizmetlerinin sunumu zorlaşır ve başarılı olunamaz.⁹³

2.5. Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde bireylerin ve toplumun sağlığını tehdit eden faktörlerin farkında olma, bireylerin bu konu ile ilgili farkındalıklarını arttırma hemşireliğin en önemli koruyucu işlevidir.¹⁰¹ Kişinin sağlığını etkileyen en önemli faktörlerden birisi de kültürdür. Kültürel yapı içinde yer alan birçok faktör sağlığı yakından ilgilendirir ve etkiler. Sağlık ekibinin etkin bir üyesi olan hemşireler birey, aile ya da grupların sağlığının korunması ve sürdürülmesinde çoğu zaman kültürel bilgilerini de kullanmak zorunda kalırlar. Günümüzde kültürün hemşirelik hizmetlerinin çok önemli bir bölümünü oluşturduğu bilinmekte olup kültürlerarası hemşirelik bakımı yaygınlaşarak ilgi görmektedir.¹² “Transkültürel Hemşirelik” terimi ilk kez Leininger tarafından 1979 yıllarında kullanılmıştır. Leininger Transkültürel Hemşireliği “Hemşirelik bakımında kültürel evrensellik ve kültüre özgülük sağlayan, farklı kültürlerin karşılaştırmalı araştırma ve analizi üzerine temellenen, sağlık-hastalık, bakım, inanç ve değerlere saygılı bir şekilde, dünyada alt

kültür ve kültürlerindeki farklılıkları analiz eden ve karşılaştırmalı çalışma üzerine odaklanan hemşireliğin bir kolu veya altıdalı” olarak tanımlamıştır.¹³ Kültürü öğrenme çeşitli yollarla gelişen ve devameden bir süreçtir ve farklı kültürlerin karşılaştırılması bu öğrenme sürecine katkı sağlayacaktır.¹⁴

Toplum sağlığının daha iyiye götürülmesinde önemli rol oynayan hemşirelerin günümüzdeki durumları göz önüne alındığında, iş ortamında sağlıklarının gerektiği gibi korunmadığı söylenebilir.¹⁰² Özellikle cerrahi kliniklerde çalışan hemşireler, kliniklerdeki iş yoğunluğunun ve hasta sirkülasyonunun fazla olması, hastaların fiziksel ve ruhsal travmaya, enfeksiyona yatkın olmaları ve bunlardan korunmada da hemşirelerin anahtar rol oynaması, cerrahi süreç boyunca bakım verme sorumluluğu nedeniyle özellik arz etmektedir. Çalışma ortamlarına göre değişiklik gösteren bu riskler hemşirelerin ve hizmet sundukları bireylerin sağlığını da etkileyebilmektedir.¹⁰²

Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir. Bu nedenle öncelikle sağlık çalışanları kendi yaşam biçimlerini düzenlemelidirler.¹⁹

Her sağlık çalışanı, sağlığı geliştirmenin önemini kavramalı, toplumdaki bireylerin olumlu sağlık davranışı geliştirmesi için motivasyon artırıcı davranışlar sergilemelidir.⁹³

Bu açıdan farklı kültürlere sahip olan iki farklı ülkede cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma, Mart 2013-Temmuz 2014 tarihleri arasında Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi ve Orumiyeh Azarbaycan Hastanesi' nin cerrahi kliniklerinde yürütüldü.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Erzurum ilindeki Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi ve Orumiyeh ilindeki Azarbaycan Hastanesi' nin cerrahi kliniklerinde çalışmakta olan 304 hemşire oluşturdu. Evrende yer alan hemşirelerin tümünün çalışma kapsamına alınması planlandı. Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerden 32'sinin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi, 20'sinin yıllık izinde olması nedeniyle, Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nden 133, Özel Azarbaycan Hastanesi'nden 119 olmak üzere toplam 252 hemşire (katılım oranı % 81.5) araştırma kapsamına alındı.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Aracı

Verilerin toplanmasında; literatür doğrultusunda hazırlanan hemşirelere ait tanıtıcı özellikleri içeren “Anket Formu” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” kullanıldı.

Anket Formu (**EkII, EkIV**): Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan formda^{15,102} hemşirelerin cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, gelir durumu algısı, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, en uzun yaşadığı yer, birlikte yaşadığı kişiler, sigara kullanma durumu, ruhsal hastalığı, kronik bir hastalığını içeren sosyodemoğrafik özelliklerine ve çalıştığı klinik, hemşire olarak çalışma süresi, cerrahi

klirikte çalışma süresi, çalışma şekli, haftalık çalışma süresi, mesleksel aktivitelere katılma durumunu içeren mesleki özelliklerine ait sorular bulunmaktadır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları leği II (SYBDÖ) (**EkIII, EkV**): Ölçek 1987 yılında Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve 1996 yılında revize edilmiş, SYBD-II leği olarak adlandırılmıştır. Ölçeğin Türkiye’de geçerliliği ve güvenirliği Bahar ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır. Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır.⁹⁹ ölçeğin İran’daki geçerlilik güvenirlik çalışması ise Meymenat ve ark. tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Farsça formu da 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır.¹⁰³ Bunlar; Manevi gelişim, Beslenme, Fiziksel aktivite, Sağlık sorumluluğu, Kişilerarası ilişkiler ve Stres yönetimidir.

Ölçek derecelendirmesi 4’l likert tipindedir. Hiçbir zaman “1”, bazen “2”, sık sık “3”, düzenli olarak “4” puan olarak kabul edilmektedir.^{99,103} ölçekte ters soru bulunmamaktadır. Ölçeğin alt boyutları ve her bir alt boyutta yer alan maddeler Tablo 3.1’de görülmektedir.

Tablo 3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları leğinin Alt Boyutları ve Boyutlarda Yer Alan Maddeler

Alt Boyutlar	Maddeler
Manevi gelişim	6,12,18,24,30,36,42,48,52
Beslenme	2,8,14,20,26,32,38,44,50
Fiziksel aktivite	4,10,16,22,28,34,40,46
Sağlık sorumluluğu	3,9,15,21,27,33,39,45,51
Kişilerarası ilişkiler	1,7,13,19,25,31,37,43,49
Stres yönetimi	5,11,17,23,29,35,41,47

Ölçek toplam puanı 6 alt boyuttan alınan puanlar toplanarak hesaplanır. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208’dir. Ölçeğin Türkiye’de yapılan geçerliliğinde Cronbach’s alfa değeri 0.92⁹⁹, İran’da yapılan

geçerliliğinde Cronbach's alfa değeri 0,95' dir.¹⁰³ Bu çalışmada ölçeğin Türkiye'de Cronbach's alfa değeri 0.90, İran'da Cronbach's alfa değeri 0.92 olarak bulundu.

3.4.2. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından 08:00-16:00, 16:00-24:00 ya da 16:00-08:00 çalışma saatleri içerisinde hemşirelerin uygun olduğu zamanlarda, araştırmanın amacı hakkında bilgilendirilip sözel olarak izinleri alındıktan sonra kliniklerin hemşire odasında yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Veri toplama formlarının uygulanması yaklaşık 10 dakika sürdü.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: SYBDÖ II puan ortalaması.

Bağımsız değişkenler: Hemşirelere ait tanıtıcı özellikler.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri SPSS 16 programı ile analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeler dağılım, ortalama ve Ki-kare testleri kullanıldı. Grupların bağımsız değişkenler açısından karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren veriler için varyans, analiz dağılım göstermeyen verilerde Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Gruplar arası farklılık incelenirken; anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup $p < 0,05$ olması durumunda gruplar arası anlamlı farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise gruplar arası anlamlı farklılığın olmadığı belirtildi.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı alındı (**EKVI**). Daha sonra etik kurul onayı ile birlikte, araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi (**EKVII**) ve Azarbaycan Hastanesi Başhekimliği'ne sunularak yazılı izinler alındı (**EKVIII**).

Araştırmalarda insan olgusunun kullanımı, bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden, araştırmanın yapılma amacı hakkında hemşireler sözel olarak bilgilendirildi. Bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylendi. Elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtildi. İstemezlerse araştırmada yer almayabilecekleri açıklandı. Böylelikle “Bilgilendirilmiş olur”, “zerklik”, “Gizlilik ve Gizliliğın Korunması” etik ilkeleri yerine getirilerek hemşirelerden sözel izin alındı.

3.8. Araştırmanın Genellenebilirliğı

Bu araştırma Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi ve Azerbaycan Hastanesi cerrahi kliniklerine genellenebilir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Ülkelere Göre Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

Özellikler	Türkiye (n=133)		İran (n=119)		Toplam (n=252)		Test ve p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							
Kadın	115	86.5	94	79.0	209	82.9	$X^2=2.47$ $p>0.05$
Erkek	18	13.5	25	21.0	43	17.1	
Yaş							
18-25 yaş	76	57.1	54	45.4	130	51.6	$X^2=3.72$ $p>0.05$
26-40 yaş	50	37.6	55	46.2	105	41.7	
41 ve ↑	7	5.3	10	8.4	17	6.7	
Eğitim							
Sağlık meslek lisesi	23	17.3	13	10.9	36	14.3	$X^2=5.14$ $p>0.05$
Önlisans	29	21.8	27	22.7	56	22.3	
Lisans	69	51.9	74	62.2	143	56.7	
Lisansüstü	12	9.0	5	4.2	17	6.7	
Gelir durumu algısı							
Geliri giderinden fazla	61	45.9	67	56.3	128	50.8	$X^2=3.03$ $p>0.05$
Geliri giderine denk	57	42.9	39	32.8	96	38.1	
Geliri giderinden az	15	11.2	13	10.9	28	11.1	
Medeni durum							
Evli	59	44.4	50	42.0	109	43.3	$X^2=0.14$ $p>0.05$
Bekar	74	55.6	69	58.0	143	56.7	
Çocuk sahibi olma durumu							
Olan	47	35.3	56	47.1	103	40.9	$X^2=3.57$ $p>0.05$
Olmayan	86	64.7	63	52.9	149	59.1	
En uzun yaşanılan yer							
İl	117	88.0	108	90.8	225	89.3	$X^2=0.97$ $p>0.05$
İlçe	13	9.8	10	8.4	23	9.1	
Köy	3	2.2	1	0.8	4	1.6	
Yaşanılan kişi							
Yalnız	24	18.0	14	11.8	38	15.1	$X^2=2.74$ $p>0.05$
Eş ve çocuk	63	47.4	67	56.3	130	51.6	
Aile ve akraba	46	34.6	38	31.9	84	33.3	
Sigara kullanma durumu							
Kullanan	41	30.8	24	20.2	65	25.8	$X^2=3.72$ $p>0.05$
Kullanmayan	92	69.2	95	79.8	187	74.2	
Ruhsal hastalık yaşama durumu							
Yaşayan	16	12.0	12	10.1	28	11.1	$X^2=0.24$ $p>0.05$
Yaşamayan	117	88.0	107	89.9	224	88.9	
Kronik hastalık yaşama durumu							
Yaşayan	18	13.5	8	6.7	26	10.3	$X^2=3.14$ $p>0.05$
Yaşamayan	115	86.5	111	93.3	226	89.7	

Ülkelere göre hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde (**Tablo 4.1**), Türkiye’de cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çoğunluğunun kadın (%86.5), 18-25 yaş grubunda (%57.1), lisans mezunu (%51.9), geliri giderinden fazla (%45.9) ve bekar (%55.6) olduğu, çocuk sahibi olmadığı (%64.7), ilde ikamet ettiği (%88.0), eş ve çocukları ile yaşadığı (%47.4), sigara kullanmadığı (%69.2), ruhsal (%88.0) ve kronik (%86.5) bir hastalığı olmadığı saptandı. İran’da cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çoğunluğunun kadın (%79.0), 26-40 yaş grubunda (%46.2), lisans mezunu (%62.2), geliri giderinden fazla (%56.3) ve bekar (%58.0) olduğu, çocuk sahibi olmadığı (%52.9), ilde ikamet ettiği (%90.8), eş ve çocukları ile yaşadığı (%56.3), sigara kullanmadığı (%79.8), ruhsal (%89.9) ve kronik (%93.3) bir hastalığı olmadığı bulundu. Ülkelere göre hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Ülkelere göre hemşirelerin mesleki özelliklerinin dağılımı incelendiğinde (**Tablo 4.2**), Türkiye’de cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çoğunluğunun ameliyathane kliniğinde çalıştığı (%21.1), çalışma sürelerinin 1-5 yıl olduğu (%53.4) ve cerrahi kliniğinde 1-5 yıldır (%68.4), nöbet şeklinde (%65.4), haftalık 40 saat ve daha az süre (%64.7) çalıştığı, mesleki aktivitelere katıldığı (%69.9) tespit edildi. İran’da cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çoğunluğunun ameliyathane kliniğinde çalıştığı (%21.0), çalışma sürelerinin 1-5 yıl olduğu (%56.3) ve cerrahi kliniğinde 1-5 yıldır (%66.4), nöbet şeklinde (%54.6), haftalık 41 saat ve daha fazla süre (%78.2) çalıştığı, mesleki aktivitelere katılmadığı (%50.4) saptandı. Ülkelere göre hemşirelerin mesleki özellikleri karşılaştırıldığında, haftalık çalışma saati ve mesleki aktivitelere katılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ($p<0.05$), çalışılan klinik, çalışma yılı, çalışma süresi ve cerrahi klinikte çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.2. Ülkelere Göre Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

Özellikler	Türkiye (n=133)		İran (n=119)		Toplam (n=252)		Test ve p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Çalışılan klinik							
Genel cerrahi	22	16.5	18	15.1	26	10.4	X ² =3.61 p>0.05
Acil	17	12.8	15	12.6	32	12.8	
Yoğun bakım	26	19.5	15	12.6	41	16.4	
Ortopedi	6	4.4	6	5.1	12	5.8	
KBB-Göz	13	9.8	15	12.6	28	11.1	
Ameliyathane	28	21.1	25	21.0	53	21.0	
Beyin cerrahi	7	5.3	7	5.9	14	6.7	
Üroloji	7	5.3	10	8.4	17	7.7	
Kalp damar cerrahisi	7	5.3	8	6.7	15	7.1	
Çalışma süresi							
1-5 yıl	71	53.4	67	56.3	138	54.8	X ² =5.72 p>0.05
6-10 yıl	30	22.6	14	11.8	44	17.5	
11-15 yıl	17	12.8	21	17.6	38	15.0	
16 yıl ve	15	11.2	17	14.3	32	12.7	
Cerrahi kliniğinde çalışma süresi							
1-5 yıl	91	68.4	79	66.4	170	67.5	X ² =3.21 p>0.05
6-10 yıl	17	12.8	10	8.4	27	10.7	
11-15 yıl	14	10.5	13	10.9	27	10.7	
16 yıl ve	11	8.3	17	14.3	28	11.1	
Cerrahi kliniğindeki çalışma şekli							
Sürekli gündüz	46	34.6	54	45.4	100	39.7	X ² =3.05 p>0.05
Nöbet	87	65.4	65	54.6	152	60.3	
Haftalık çalışma saati							
40 saat ve↓	86	64.7	26	21.8	112	44.4	X ² =46.62 p<0.05
41 saat ve↑	47	35.3	93	78.2	140	55.6	
Mesleki aktivitelere katılma durumu							
Katılan	93	69.9	59	49.6	152	60.3	X ² =10.86 p<0.05
Katılmayan	40	30.1	60	50.4	100	39.7	

Tablo 4.3. Türkiye’deki Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin SYBDÖ Puan Ortalamalarıyla Karşılaştırılması

Özellikler	SYBDÖ ALT BOYUTLARI						
	Manevi gelişim	Beslenme	Fiziksel Aktivite	Sağlık Sorumluluğu	Kişilerarası İlişkiler	Stres yönetimi	Toplam Puan
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet							
Kadın	26.38±3.89	18.61±2.89	16.44±3.79	19.83±2.95	23.27±3.54	17.11±2.90	121.66±14.85
Erkek	25.43±4.38	19.62±3.60	15.25±4.65	20.21±3.59	24.35±4.26	15.96±3.06	120.85±17.52
Test ve p değeri	M-WU=918.00 p>0.05	M-WU=833.00 p>0.05	M-WU=827.50 p>0.05	M-WU=955.00 p>0.05	M-WU=888.00 p>0.05	M-WU=814.00 p>0.05	M-WU=1006.00 p>0.05
Yaş							
18-25 yaş	26.23±3.98	19.65±3.69	16.19±4.81	20.48±3.49	24.71±3.90	16.76±3.01	124.05±17.16
26-40 yaş	24.74±4.54	19.12±3.33	14.06±3.90	20.00±3.47	23.72±4.45	15.08±2.89	116.72±16.36
41 ve ↑	24.14±5.55	20.28±2.98	16.57±3.99	17.85±3.28	22.28±4.75	16.57±3.04	117.71±17.49
Test ve p değeri	KW=2.94, p>0.05	KW=0.99, p>0.05	KW=5.32, p>0.05	KW=3.39, p>0.05	KW=2.05, p>0.05	KW=8.66, p<0.05	KW=3.04, p>0.05
Eğitim							
Sağlık meslek lisesi	24.13±4.01	17.91±4.20	14.56±4.30	18.08±3.99	22.52±3.96	16.08±3.24	113.30±18.37
Önlisans	25.82±3.83	19.75±3.01	15.37±4.73	20.68±3.44	24.72±3.43	16.31±3.57	122.68±15.70
Lisans	26.13±4.70	19.89±3.56	15.84±4.79	20.65±3.35	24.69±4.57	16.30±2.77	123.52±17.30
Lisansüstü	24.41±3.14	19.50±2.31	14.66±2.99	20.08±2.10	23.41±3.14	14.66±2.87	116.75±13.36
Test ve p değeri	KW=4.97, p>0.05	KW=5.14, p>0.05	KW=1.65, p>0.05	KW=12.43, p<0.05	KW=5.27, p>0.05	KW=3.04, p>0.05	KW=10.63, p<0.05
Gelir durumu algısı							
Geliri giderinden fazla	26.50±4.30	20.59±3.96	16.19±5.06	20.83±3.43	24.70±4.40	16.98±3.09	125.81±18.35
Geliri giderine denk	24.73±4.48	18.64±2.90	14.73±4.05	19.28±3.60	23.38±4.02	15.36±2.85	116.15±15.74
Geliri giderinden az	24.86±3.06	18.20±2.45	14.80±3.85	20.80±2.75	25.33±3.41	15.46±2.89	119.46±11.55
Test ve p değeri	KW=3.63, p>0.05	KW=7.72, p<0.05	KW=2.39, p>0.05	KW=5.01, p<0.05	KW=2.27, p>0.05	KW=8.38, p<0.05	KW=5.77, p<0.05
Medeni durum							
Evli	25.08±4.39	19.42±3.22	14.18±4.23	19.89±3.57	24.15±4.20	15.20±2.92	117.94±16.56
Bekar	25.94±4.26	19.54±3.76	16.39±4.58	20.37±3.45	24.25±4.18	16.85±2.97	123.36±17.30
Test ve p değeri	t=1.14, p>0.05	t=0.18, p>0.05	t=2.85, p<0.05	t=0.78, p>0.05	t=0.14, p>0.05	t=3.19, p<0.05	t=1.82, p>0.05

Tablo 4.3. (Devam)

Çocuk sahibi olma durumu							
Olan	24.89±4.61	19.42±3.18	14.02±4.12	19.80±3.57	24.14±4.39	15.27±2.99	117.57±16.30
Olmayan	25.93±4.14	19.52±3.71	16.17±4.61	20.36±3.46	24.24±4.08	16.58±3.00	122.81±17.38
Test ve p değeri	t=1.32, p>0.05	t=0.15, p>0.05	t=2.66, p<0.05	t=0.86, p>0.05	t=0.12, p>0.05	t=2.39, p<0.05	t=1.69, p>0.05
En uzun yaşanılan yer							
İl	25.63±4.28	19.51±3.55	15.47±4.58	20.20±3.62	24.41±4.25	16.05±3.02	121.30±17.54
İlçe	24.84±4.61	19.92±3.47	16.23±3.83	20.38±2.53	22.92±3.66	17.61±2.72	121.92±13.02
Köy	26.00±6.08	16.66±0.57	9.33±1.15	17.66±0.57	21.66±1.15	12.00±1.00	103.33±4.93
Test ve p değeri	KW=0.35, p>0.05	KW=4.21, p>0.05	KW=6.51, p<0.05	KW=2.68, p>0.05	KW=3.12, p>0.05	KW=8.96, p<0.05	KW=5.21, p>0.05
Yaşanılan kişi							
Yalnız	26.29±3.71	18.66±3.49	16.37±4.01	19.87±2.30	23.91±4.03	17.33±2.83	122.45±12.30
Eş ve çocuk	25.01±4.59	19.65±3.43	14.30±4.49	20.22±3.76	24.07±4.34	15.26±2.99	118.53±17.44
Aile ve akraba	25.93±4.22	19.69±3.66	16.43±4.62	20.23±3.69	24.54±4.08	16.65±2.97	123.50±18.66
Test ve p değeri	KW=1.93, p>0.05	KW=3.23, p>0.05	KW=8.96, p<0.05	KW=0.24, p>0.05	KW=0.96, p>0.05	KW=11.54, p<0.05	KW=2.48, p>0.05
Sigara kullanma durumu							
Kullanan	26.73±3.79	20.09±3.72	16.17±4.72	21.02±3.19	24.17±3.99	16.97±2.97	125.17±15.36
Kullanmayan	25.04±4.46	19.21±3.41	15.07±4.45	19.78±3.58	24.22±4.27	15.73±3.03	119.08±17.62
Test ve p değeri	t=2.10, p<0.05	t=1.33, p>0.05	t=1.28, p>0.05	t=1.90, p>0.05	t=0.07, p>0.05	t=2.18, p<0.05	t=1.91, p>0.05
Ruhsal hastalık yaşama durumu							
Yaşayan	24.12±3.66	19.06±3.58	14.25±3.31	20.43±2.98	23.18±4.84	15.31±2.52	116.37±10.26
Yaşamayan	25.76±4.38	19.54±3.52	15.57±4.68	20.12±3.57	24.35±4.08	16.23±3.11	121.58±17.80
Test ve p değeri	M-WU=718.00, p>0.05	M-WU=853.00, p>0.05	M-WU=800.00, p>0.05	M-WU=858.50, p>0.05	M-WU=790.00, p>0.05	M-WU=775.50, p>0.05	M-WU=702.00, p>0.05
Kronik hastalık yaşama durumu							
Yaşayan	26.11±3.64	20.61±3.16	15.72±5.06	21.38±2.95	24.94±2.97	16.44±3.41	125.22±14.08
Yaşamayan	25.47±4.42	19.31±3.55	15.36±4.48	19.97±3.55	24.09±4.33	16.06±3.00	120.29±17.52
Test ve p değeri	M-WU=955.50, p>0.05	M-WU=791.00, p>0.05	M-WU=1004.00, p>0.05	M-WU=761.00, p>0.05	M-WU=862.00, p>0.05	M-WU=973.50, p>0.05	M-WU=855.50, p>0.05

Türkiye’de çalışan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin SYBDÖ puan ortalamalarıyla karşılaştırılması **Tablo 4.3**’te görülmektedir. Kadın hemşirelerin manevi gelişim alt boyutu puan ortalaması 26.38 ± 3.89 , Beslenme alt boyutu puan ortalaması 18.61 ± 2.89 , Fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması 16.44 ± 3.79 , Sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması 19.83 ± 2.95 , Kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalaması 23.27 ± 3.54 , Stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması 17.11 ± 2.90 ve Toplam puan ortalaması 121.66 ± 14.85 olarak bulunurken, erkek hemşirelerin manevi gelişim alt boyutu puan ortalaması 25.43 ± 4.38 , Beslenme alt boyutu puan ortalaması 19.62 ± 3.60 , Fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması 15.25 ± 4.65 , Sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması 20.21 ± 3.59 , Kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalaması 24.35 ± 4.26 , Stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması 15.96 ± 3.06 ve toplam puan ortalaması 120.85 ± 17.52 olarak bulundu. Hemşirelerin cinsiyet durumları ile SYBDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$).

18-25 yaş grubundaki hemşirelerin Manevi gelişim (26.23 ± 3.98), Sağlık sorumluluğu (20.48 ± 3.49), Kişilerarası ilişkiler (24.71 ± 3.90), Stres yönetimi (16.76 ± 3.01) ve Toplam puan (124.05 ± 17.16) ortalaması, 41 yaş ve üzeri hemşirelerin ise Beslenme (20.28 ± 2.98) ve Fiziksel aktivite (16.57 ± 3.99) alt boyutu puan ortalamasının yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin yaş grupları ile Stres yönetimi alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p < 0.05$), Manevi gelişim, Beslenme, Fiziksel aktivite, Sağlık sorumluluğu, Kişilerarası ilişkiler ve alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

Lisans mezunu hemşirelerin, Manevi gelişim (26.13 ± 4.70), Beslenme (19.89 ± 3.56), Fiziksel aktivite (15.84 ± 4.79) alt boyutu puan ortalamaları ile Toplam puan ortalamasının (123.52 ± 17.30), Önlisans mezunu hemşirelerin ise Sağlık

sorumluluğu (20.68 ± 3.44), Kişilerarası ilişkiler (24.72 ± 3.43) ve Stres yönetimi (16.31 ± 3.57) alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin eğitim durumları ile Sağlık sorumluluğu alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p < 0.05$), Manevi gelişim, Beslenme, Fiziksel aktivite, Kişilerarası ilişkiler ve Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

Geliri giderinden fazla olduğunu belirten hemşirelerin, Manevi gelişim (26.50 ± 4.30), Beslenme (20.59 ± 3.96), Fiziksel aktivite (16.19 ± 5.06), Sağlık sorumluluğu (20.83 ± 3.43), Stres yönetimi (16.98 ± 3.09) alt boyutu puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının (125.81 ± 18.35), geliri giderinden az olduğunu belirten hemşirelerin ise Kişilerarası ilişkiler (25.33 ± 3.41) alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edildi. Hemşirelerin gelir durumları ile Beslenme, Sağlık sorumluluğu, Stres yönetimi alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p < 0.05$), Manevi gelişim, Fiziksel aktivite, Kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

Bekâr hemşirelerin, Manevi gelişim (25.94 ± 4.26), Beslenme (19.54 ± 3.76), Fiziksel aktivite (16.39 ± 4.58), Sağlık sorumluluğu (20.37 ± 3.45), Kişilerarası ilişkiler (24.25 ± 4.18), Stres yönetimi (16.85 ± 2.97) alt boyutu puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının (123.36 ± 17.30) evli hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin medeni durumları ile Fiziksel aktivite ve Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p < 0.05$), Manevi gelişim, Beslenme, Sağlık sorumluluğu, Kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

Çocuk sahibi olmayan hemşirelerin, Manevi gelişim (25.93 ± 4.14), Beslenme (19.52 ± 3.71), Fiziksel aktivite (16.17 ± 4.61), Sağlık sorumluluğu (20.36 ± 3.46),

Kişilerarası ilişkiler (24.24 ± 4.08), Stres yönetimi (16.58 ± 3.00) alt boyutu puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının (122.81 ± 17.38) çocuk sahibi olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumları ile Fiziksel aktivite ve Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p < 0.05$), Manevi gelişim, Beslenme, Sağlık sorumluluğu, Kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

Hemşirelerin en uzun yaşadığı yer ile SYBDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, Köy’de yaşayan hemşirelerin Manevi gelişim(26.00 ± 6.08), İlçe’de yaşayan hemşirelerin Beslenme (19.92 ± 3.47), Fiziksel aktivite (16.23 ± 3.83), Sağlık sorumluluğu (20.38 ± 2.53), Stres yönetimi (17.61 ± 2.72) alt boyutu puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının (121.92 ± 13.02), İl’de yaşayan hemşirelerin Kişilerarası ilişkiler (24.41 ± 4.25) alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptandı. Hemşirelerin en uzun yaşadığı yer ile Fiziksel aktivite ve Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p < 0.05$), Manevi gelişim, Beslenme, Sağlık sorumluluğu, Kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

Yalnız yaşayan hemşirelerin Manevi gelişim(26.29 ± 3.71) ve Stres yönetimi (17.33 ± 2.83), Aile ve akrabaları ile yaşayan hemşirelerin ise Beslenme (19.69 ± 3.66), Fiziksel aktivite (16.43 ± 4.62), Sağlık sorumluluğu (20.23 ± 3.69), Kişilerarası ilişkiler (24.54 ± 4.08) alt boyutu puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının (123.50 ± 18.66) daha yüksek olduğu saptandı. Hemşirelerin yaşadığı kişi ile Fiziksel aktivite ve Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p < 0.05$), Manevi gelişim, Beslenme, Sağlık sorumluluğu, Kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

Sigara kullanan hemşirelerin, Manevi gelişim(26.73±3.79), Beslenme (20.09±3.72), Fiziksel aktivite (16.17±4.72), Sağlık sorumluluğu (21.02±3.19), Stres yönetimi (16.97±2.97) alt boyutu puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının (125.17±15.36), sigara kullanmayan hemşirelerin Kişilerarası ilişkiler (24.22±4.27) alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edildi. Hemşirelerin sigara kullanma durumları ile Manevi gelişim ve Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken (**p<0.05**), Beslenme, Fiziksel aktivite, Sağlık sorumluluğu, Kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Hemşirelerin ruhsal hastalık yaşama durumu ile SYBDÖ puan ortalamaları karşılaştırılması incelendiğinde, ruhsal hastalık yaşayan hemşirelerin Manevi gelişim (25.76±4.38), Beslenme (19.54±3.52), Fiziksel aktivite (15.57±4.68), Kişilerarası ilişkiler (24.35±4.08), Stres yönetimi (16.23±3.11) alt boyutu puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının (121.58±17.80), ruhsal hastalık yaşamayan hemşirelerin ise Sağlık sorumluluğu (15.57±4.68) alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin ruhsal hastalık yaşama durumları ile SYBDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Hemşirelerin kronik hastalık yaşama durumu ile SYBDÖ puan ortalamaları karşılaştırılması incelendiğinde, kronik hastalık yaşayan hemşirelerin Manevi gelişim (26.11±3.64), Beslenme (20.61±3.16), Fiziksel aktivite (15.72±5.06), Sağlık sorumluluğu (21.38±2.95), Kişilerarası ilişkiler (24.94±2.97), Stres yönetimi (16.44±3.41) alt boyutu puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının (125.22±14.08) kronik hastalık yaşamayan hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin kronik hastalık yaşama durumları ile SYBDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Tablo 4.4. Türkiye’deki Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin SYBDÖ Puan Ortalamalarıyla Karşılaştırılması

Özellikler	SYBDÖ ALT BOYUTLARI						
	Manevi gelişim	Beslenme	Fiziksel Aktivite	Sağlık Sorumluluğu	Kişilerarası İlişkiler	Stres yönetimi	Toplam Puan
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Çalışılan klinik							
Genel cerrahi	25.31±3.73	18.36±2.34	15.13±3.68	19.50±3.33	23.54±3.73	16.00±2.04	117.86±11.02
Acil	27.00±4.86	18.41±4.35	16.17±5.28	20.17±4.40	25.35±3.58	16.11±2.61	123.23±18.44
Yoğun bakım	25.46±4.49	20.57±4.11	15.26±5.56	20.46±3.71	24.30±4.59	15.96±3.48	122.03±22.09
Ortopedi	25.16±4.53	21.33±2.33	15.66±2.16	19.33±0.81	25.16±3.97	15.50±2.50	122.16±9.21
KBB-Göz	26.15±6.40	19.00±4.33	15.30±5.28	20.84±4.29	25.53±5.96	17.15±4.35	124.00±25.81
Ameliyathane	25.21±4.26	19.60±3.40	15.28±4.33	19.78±3.45	23.67±4.12	16.00±3.38	119.57±16.27
Beyin cerrahi	24.00±2.44	19.85±3.33	15.42±2.57	20.71±3.14	23.00±4.69	16.57±1.81	119.57±6.77
Üroloji	26.00±3.26	19.14±1.21	15.85±3.97	21.57±2.29	25.14±2.34	16.57±3.45	124.28±12.24
Kalp damar cerrahisi	25.00±2.64	20.42±2.63	15.00±5.94	20.14±2.91	22.28±2.49	15.28±2.75	118.14±13.82
Test ve p değeri	KW=8.85, p>0.05	KW=10.62, p>0.05	KW=1.21 p>0.05	KW=4.48 p>0.05	KW=9.06 p>0.05	KW=3.24 p>0.05	KW=5.28 p>0.05
Çalışma süresi							
1-5 yıl	26.16±3.58	19.30±3.48	15.81±4.35	20.18±3.01	24.56±3.73	16.67±2.67	122.71±14.40
6-10 yıl	25.10±5.24	19.50±3.63	15.43±4.83	20.20±4.36	23.36±4.17	15.70±3.71	119.30±21.68
11-15 yıl	25.23±3.88	20.47±3.33	14.70±4.48	21.23±3.43	25.00±4.47	15.23±2.99	121.88±14.61
16 yıl ve	24.00±5.71	19.20±3.82	14.26±5.13	18.80±3.74	23.33±5.67	15.33±3.13	114.93±21.23
Test ve p değeri	KW=2.46 p>0.05	KW=2.07 p>0.05	KW=1.50 p>0.05	KW=3.99 p>0.05	KW=2.36 p>0.05	KW=5.36 p>0.05	KW=1.82 p>0.05
Cerrahi kliniğinde çalışma süresi							
1-5 yıl	25.78±3.97	19.20±3.37	15.45±4.44	20.16±3.19	24.10±3.85	16.43±2.81	121.15±15.55
6-10 yıl	25.94±5.12	20.70±4.35	17.58±4.70	20.47±4.62	24.76±4.05	16.41±4.01	125.88±23.78
11-15 yıl	25.14±4.14	20.14±3.46	14.14±4.20	21.14±3.75	25.28±4.89	14.57±2.70	120.42±14.92
16 yıl ve	23.72±5.96	19.09±3.36	13.36±4.73	18.45±3.58	22.81±5.94	15.00±3.28	112.45±19.53
Test ve p değeri	KW=1.62 p>0.05	KW=2.71 p>0.05	KW=6.42 p>0.05	KW=3.78 p>0.05	KW=2.12 p>0.05	KW=5.74 p>0.05	KW=1.37 p>0.05

Tablo 4.4. (Devamı)

Cerrahi kliniğindeki çalışma şekli							
Sürekli gündüz	25.32±4.21	18.91±3.19	13.78±3.86	19.50±3.35	23.84±4.35	15.04±2.74	116.41±14.49
Nöbet	25.68±4.39	19.79±3.66	16.27±4.66	20.51±3.54	24.40±4.09	16.68±3.07	123.36±17.99
Test ve p değeri	t=0.46, p>0.05	t=.37, p>0.05	t=3.10, p<0.05	t=1.60, p>0.05	t=0.72, p>0.05	t=3.04, p<0.05	t=2.26, p<0.05
Haftalık çalışma saati							
40 saat ve↓	25.94±4.60	19.39±3.50	14.93±4.62	20.01±3.42	24.48±4.42	16.01±3.21	120.77±17.77
41 saat ve↑	24.87±3.71	19.65±3.58	16.29±4.31	20.44±3.67	23.70±3.67	16.31±2.76	121.29±16.08
Test ve p değeri	t=1.36, p>0.05	t=0.41, p>0.05	t=1.66, p>0.05	t=0.68, p>0.05	t=1.03, p>0.05	t=0.55, p>0.05	t=0.16, p>0.05
Mesleki aktivitelere katılma durumu							
Katılan	26.25±4.11	19.66±3.51	15.93±4.80	20.72±3.27	24.73±4.04	16.29±3.13	123.60±17.53
Katılmayan	23.95±4.41	19.07±3.54	14.20±3.66	18.87±3.71	23.00±4.27	15.72±2.86	114.82±14.60
Test ve p değeri	t=2.90, p<0.05	t=0.88, p>0.05	t=2.04, p<0.05	t=2.86, p<0.05	t=2.22, p<0.05	t=0.97, p>0.05	t=2.77, p<0.05

Türkiye’deki hemşirelerin mesleki özelliklerinin SYBDÖ puan ortalamalarıyla karşılaştırılması **Tablo 4.4**’de görülmektedir. Acil kliniğinde çalışan hemşirelerin Manevi gelişim (27.00 ± 4.86), Fiziksel aktivite (16.17 ± 5.28), ortopedi kliniğinde çalışan hemşirelerin Beslenme (21.33 ± 2.33), üroloji kliniğinde çalışan hemşirelerin Sağlık sorumluluğu (21.57 ± 2.29) alt boyut ve toplam puan ortalamasının (124.28 ± 12.24), KBB-göz kliniğinde çalışan hemşirelerin Kişilerarası ilişkiler (25.53 ± 5.96), Stres yönetimi (17.15 ± 4.35) alt boyut puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptandı. Hemşirelerin çalıştığı klinik ile SYBDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

Hemşirelerin çalışma süresi ile SYBDÖ puan ortalamaları karşılaştırılması incelendiğinde, 1-5 yıl çalışan hemşirelerin Manevi gelişim (26.16 ± 3.58), Fiziksel aktivite (15.81 ± 4.35), Stres yönetimi (16.67 ± 2.67) alt boyutu puan ortalamaları ile Toplam puan ortalamasının (122.71 ± 14.40), 11-15 yıl çalışan hemşirelerin Beslenme (20.47 ± 3.33), Sağlık sorumluluğu (21.23 ± 3.43), Kişilerarası ilişkiler (25.00 ± 4.47) alt boyut puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin çalışma süresi ile SYBDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

Cerrahi kliniğinde 1-5 yıl çalışan hemşirelerin Stres yönetimi (16.43 ± 2.81) alt boyut puan ortalamasının, 6-10 yıl çalışan hemşirelerin Manevi gelişim (25.94 ± 5.12), Beslenme (20.70 ± 4.35), Fiziksel aktivite (17.58 ± 4.70) alt boyutu puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının (125.88 ± 23.78), 11-15 yıl çalışan hemşirelerin Sağlık sorumluluğu (21.14 ± 3.75) ve Kişilerarası ilişkiler (25.28 ± 4.89) alt boyutu puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptandı. Hemşirelerin cerrahi kliniğinde çalışma süresi ile SYBDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

Hemşirelerin cerrahi kliniğinde çalışma şekli ile SYBDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sürekli gündüz çalışan hemşirelerin Beslenme (19.79 ± 3.66) alt boyut puan ortalaması, nöbet şeklinde çalışan hemşirelerin ise Manevi gelişim (25.68 ± 4.39), Fiziksel aktivite (16.27 ± 4.66), Sağlık sorumluluğu (20.51 ± 3.54), Kişilerarası ilişkiler (24.40 ± 4.09), Stres yönetimi (16.68 ± 3.07) alt boyutu puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının (123.36 ± 17.99) daha yüksek olduğu tespit edildi. Hemşirelerin çalışma şekli ile Fiziksel aktivite ve Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p < 0.05$), Manevi gelişim, Beslenme, Sağlık sorumluluğu, Kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

Haftalık 40 saat ve daha az çalışan hemşirelerin Manevi gelişim (25.94 ± 4.60), Kişilerarası ilişkiler (24.48 ± 4.42) alt boyutu puan ortalamalarının, haftalık 41 saat ve daha fazla çalışan hemşirelerin Beslenme (19.65 ± 3.58), Fiziksel aktivite (16.29 ± 4.31), Sağlık sorumluluğu (20.44 ± 3.67), Stres yönetimi (16.31 ± 2.76) alt boyutu puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının (121.29 ± 16.08) daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin haftalık çalışma saati ile SYBDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

Mesleki aktivitelere katılan hemşirelerin katılmayan hemşirelere göre, Manevi gelişim (26.25 ± 4.11), Beslenme (19.66 ± 3.51), Fiziksel aktivite (15.93 ± 4.80), Sağlık sorumluluğu (20.72 ± 3.27), Kişilerarası ilişkiler (24.73 ± 4.04), Stres yönetimi (16.29 ± 3.13) alt boyutu puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının (123.60 ± 17.53) daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin mesleki aktivitelere katılma durumu ile manevi gelişim, Fiziksel aktivite, Sağlık sorumluluğu, Kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p < 0.05$), Beslenme ve Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

Tablo 4.5. İran'daki Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin SYBDÖ Puan Ortalamalarıyla Karşılaştırılması

Özellikler	SYBDÖ ALT BOYUTLARI						
	Manevi gelişim	Beslenme	Fiziksel Aktivite	Sağlık Sorumluluğu	Kişilerarası İlişkiler	Stres yönetimi	Toplam Puan
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet							
Kadın	28.28±5.35	24.00±3.89	16.61±5.03	26.12±6.09	25.80±6.25	17.64±3.81	141.20±26.68
Erkek	25.96±5.52	23.50±3.41	19.40±6.73	25.00±4.26	25.27±4.54	16.28±3.62	132.64±19.38
Test ve p değeri	M-WU=896.50 p>0.05	M-WU=1105.00 p>0.05	M-WU=837.00 p<0.05	M-WU=953.00 p>0.05	M-WU=1083.50 p>0.05	M-WU=918.00 p>0.05	M-WU=900.00 p>0.05
Yaş							
18-25 yaş	26.88±5.12	23.96±3.43	18.33±5.05	25.64±4.65	25.57±4.60	17.35±3.42	137.75±19.70
26-40 yaş	26.14±5.90	23.12±3.67	16.38±6.13	24.76±4.89	25.14±5.36	16.00±3.88	131.56±23.52
41 ve ↑	25.80±6.06	24.30±2.86	15.60±2.95	25.60±4.03	25.70±4.44	15.50±3.47	132.50±14.66
Test ve p değeri	KW=0.34 p>0.05	KW=1.56 p>0.05	KW=6.41 p<0.05	KW=0.72 p>0.05	KW=0.32 p>0.05	KW=5.67 p>0.05	KW=3.49 p>0.05
Eğitim							
Sağlık meslek lisesi	28.69±6.81	24.15±3.57	19.61±3.20	27.00±5.04	26.30±3.81	17.00±2.34	142.76±17.58
Önlisans	25.33±6.69	23.70±2.86	16.03±6.04	22.59±4.50	23.29±5.75	15.70±3.49	126.66±21.54
Lisans	26.39±4.86	23.60±3.73	16.89±5.39	26.01±4.39	25.71±4.54	16.77±4.01	135.39±21.38
Lisansüstü	27.60±4.27	21.60±3.28	21.80±6.68	23.40±4.27	29.40±5.12	17.20±2.16	141.00±19.32
Test ve p değeri	KW=4.24 p>0.05	KW=1.73 p>0.05	KW=9.34 p>0.05	KW=11.81 p<0.05	KW=7.94 p<0.05	KW=2.41 p>0.05	KW=7.71 p>0.05
Gelir durumu algısı							
Geliri giderinden fazla	25.22±5.29	23.16±3.36	16.08±5.69	24.23±5.06	24.32±4.78	15.80±3.45	128.85±21.32
Geliri giderine denk	27.56±5.99	24.35±3.94	18.38±5.57	26.87±4.02	26.51±4.72	17.23±3.97	140.92±21.09
Geliri giderinden az	29.46±3.47	23.61±2.53	19.38±2.63	25.46±3.25	27.46±5.18	18.53±3.09	143.92±11.70
Test ve p değeri	KW=5.17 p<0.05	KW=3.03 p>0.05	KW=3.92 p<0.05	KW=7.05 p<0.05	KW=4.46 p<0.05	KW=2.03 p>0.05	KW=6.41 p<0.05
Medeni durum							
Evli	25.44±5.77	22.40±3.98	17.22±6.17	25.28±4.70	25.92±5.37	16.34±4.07	132.60±24.53
Bekar	27.18±5.28	24.47±2.83	17.18±5.04	25.20±4.73	25.00±4.57	16.73±3.41	135.79±18.66
Test ve p değeri	t=1.71, p>0.05	t=3.32, p<0.05	t=0.03, p>0.05	t=0.08, p>0.05	t=1.01, p>0.05	t=0.58, p>0.05	t=0.80, p>0.05

Tablo 4.5. (Devam)

Çocuk sahibi olma durumu							
Olan	27.41±5.86	24.76±2.88	16.82±5.25	24.60±4.96	25.57±5.42	16.71±3.70	135.89±20.99
Olmayan	25.60±5.13	22.57±3.70	17.53±5.77	25.79±4.41	25.22±4.47	16.44±3.71	133.17±21.63
Test ve p değeri	t=1.79, p>0.05	t=3.57, p<0.05	t=0.71, p>0.05	t=1.38, p>0.05	t=0.38, p>0.05	t=0.39, p>0.05	t=0.69, p>0.05
En uzun yaşanılan yer							
İl	26.09±5.47	23.68±3.37	17.19±5.61	25.29±4.57	25.24±4.91	16.57±3.72	134.00±21.12
İlçe	30.70±4.52	23.00±5.01	17.20±5.05	24.40±6.32	26.40±5.16	16.40±3.68	138.10±24.57
Köy	32.00±0	21.00±0	18.00±0	27.00±0	31.00±0	18.00±0	147.00±0
Test ve p değeri	KW=7.77 p<0.05	KW=1.23 p>0.05	KW=0.89 p>0.05	KW=0.34 p>0.05	KW=2.15 p>0.05	KW=0.42 p>0.05	KW=1.43 p>0.05
Yaşanılan kişi							
Yalnız	25.35±5.04	24.35±3.69	17.21±7.37	23.35±6.30	23.71±6.30	16.00±4.31	130.00±29.48
Eş ve çocuk	27.41±5.49	24.17±2.95	17.34±5.35	25.38±4.82	25.43±4.54	16.83±3.64	136.59±20.25
Aile ve akraba	25.15±5.60	22.31±4.04	16.94±5.19	25.65±3.65	25.92±5.02	16.31±3.58	132.31±19.69
Test ve p değeri	KW=5.25 p>0.05	KW=5.18, p>0.05	KW=0.26, p>0.05	KW=3.58 p>0.05	KW=1.68 p>0.05	KW=0.79 p>0.05	KW=1.27 p>0.05
Sigara kullanma durumu							
Kullanan	26.29±4.55	21.95±4.13	18.08±4.74	24.87±4.31	24.95±4.96	16.70±2.52	132.87±16.24
Kullanmayan	26.49±5.78	24.02±3.22	16.97±5.70	25.32±4.81	25.49±4.93	16.53±3.94	134.85±22.44
Test ve p değeri	M-WU=1079.50 p>0.05	M-WU=816.50 p<0.05	M-WU=981.50 p>0.05	M-WU=1082.50 p>0.05	M-WU=1096.00 p>0.05	M-WU=1070.50 p>0.05	M-WU=1093.00 p>0.05
Ruhsal hastalık yaşama durumu							
Yaşayan	23.41±5.16	22.33±4.29	18.08±5.94	23.41±4.60	24.33±6.02	15.66±2.87	127.25±19.95
Yaşamayan	26.79±5.50	23.74±3.40	17.10±5.49	25.43±4.68	25.50±4.80	16.67±3.77	135.26±21.37
Test ve p değeri	M-WU=403.50 p<0.05	M-WU=516.50 p>0.05	M-WU=596.00 p>0.05	M-WU=489.50 p>0.05	M-WU=591.00 p>0.05	M-WU=589.50 p>0.05	M-WU=517.00 p>0.05
Kronik hastalık yaşama durumu							
Yaşayan	25.75±4.65	24.87±2.41	20.87±5.13	24.00±4.53	25.25±6.51	16.87±1.24	137.62±15.31
Yaşamayan	26.50±5.61	23.51±3.56	16.93±5.47	25.32±4.71	25.39±4.83	16.54±3.81	134.22±21.69
Test ve p değeri	M-WU=395.50 p>0.05	M-WU=356.50 p>0.05	M-WU=263.00 p>0.05	M-WU=363.00 p>0.05	M-WU=441.50 p>0.05	M-WU=392.50 p>0.05	M-WU=389.50 p>0.05

İran’da çalışan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin SYBDÖ puan ortalamalarıyla karşılaştırılması **Tablo 4.5**’te görülmektedir. Kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre, Manevi gelişim (28.28 ± 5.35), Beslenme (24.00 ± 3.89), Fiziksel aktivite (19.40 ± 6.73), Sağlık sorumluluğu (26.12 ± 6.09), Kişilerarası ilişkiler (25.80 ± 6.25), Stres yönetimi (17.64 ± 3.81) alt boyutu puan ortalamaları ve toplam puan ortalamasının (141.20 ± 26.68) daha yüksek olduğu saptandı. Hemşirelerin cinsiyet durumları ile Fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması daha yüksek olduğu saptandı, arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p < 0.05$), Manevi gelişim, Beslenme, Sağlık sorumluluğu, Kişilerarası ilişkiler, Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ve Toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

18-25 yaş grubundaki hemşirelerin Manevi gelişim (26.88 ± 5.12), Fiziksel aktivite (18.33 ± 5.05), Sağlık sorumluluğu (25.64 ± 4.65), Stres yönetimi (17.35 ± 3.42) alt boyutu puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının (137.75 ± 19.70), 41 yaş ve üzeri hemşirelerin ise Beslenme (24.30 ± 2.86) ve Kişilerarası ilişkiler (25.70 ± 4.44) alt boyut puan ortalamasının diğer yaş gruplarından yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin yaş grupları ile Fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p < 0.05$), Manevi gelişim, Beslenme, Sağlık sorumluluğu, Kişilerarası ilişkiler, Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

Sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin, Manevi gelişim (28.69 ± 6.81), Beslenme (24.15 ± 3.57), Sağlık sorumluluğu (27.00 ± 5.04) alt boyutu puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının (142.76 ± 17.58), lisansüstü öğrenim mezunu hemşirelerin ise Fiziksel aktivite (21.80 ± 6.68), Kişilerarası ilişkiler (29.40 ± 5.12) ve Stres yönetimi (17.20 ± 2.16) alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin eğitim durumları ile Sağlık sorumluluğu ve Kişilerarası ilişkiler alt boyut

puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p<0.05$), Manevi gelişim, Beslenme, Fiziksel aktivite, Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Gelirin giderine denk olduğunu belirten hemşirelerin, Beslenme (24.35 ± 3.94) ve Sağlık sorumluluğu (26.87 ± 4.02) alt boyutu puan ortalamalarının, gelirin giderinden az olduğunu belirten hemşirelerin ise Manevi gelişim (29.46 ± 3.47), Fiziksel aktivite (19.38 ± 2.63), Kişilerarası ilişkiler (27.46 ± 5.18), Stres yönetimi (18.53 ± 3.09) alt boyutu puan ortalamaları ile Toplam puan ortalamasının (143.92 ± 11.70) daha yüksek olduğu tespit edildi. Hemşirelerin gelir durumları ile Manevi gelişim, Fiziksel aktivite, Sağlık sorumluluğu, Kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p<0.05$), Beslenme, Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Evli hemşirelerin, Fiziksel aktivite (17.22 ± 6.17), Sağlık sorumluluğu (25.28 ± 4.70) ile Kişilerarası ilişkiler (25.92 ± 5.37) alt boyutu puan ortalamalarının, bekâr hemşirelerin ise Manevi gelişim(27.18 ± 5.28), Beslenme (24.47 ± 2.83), Stres yönetimi (16.73 ± 3.41) alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalamasının (135.79 ± 18.66) daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin medeni durumları ile Beslenme alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p<0.05$), Manevi gelişim, Fiziksel aktivite, Sağlık sorumluluğu, Kişilerarası ilişkiler, Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Çocuk sahibi olan hemşirelerin, Manevi gelişim (25.93 ± 4.14), Beslenme (19.52 ± 3.71), Kişilerarası ilişkiler (24.24 ± 4.08), Stres yönetimi (16.58 ± 3.00) alt boyutu puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının (122.81 ± 17.38), çocuk sahibi olmayan hemşirelerin Fiziksel aktivite (16.17 ± 4.61) ve Sağlık sorumluluğu (20.36 ± 3.46) alt

boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumları ile Beslenme alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p<0.05$), Manevi gelişim, Fiziksel aktivite, Sağlık sorumluluğu, Kişilerarası ilişkiler, Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Hemşirelerin en uzun yaşadığı yer ile SYBDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, İl'de yaşayan hemşirelerin Beslenme (23.68 ± 3.37) alt boyut puan ortalamasının, Köy'de yaşayan hemşirelerin ise Manevi gelişim (32.00 ± 0), Fiziksel aktivite (18.00 ± 0), Sağlık sorumluluğu (27.00 ± 0), Kişilerarası ilişkiler (31.00 ± 0), Stres yönetimi (18.00 ± 0) alt boyutu puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının (147.00 ± 0) daha yüksek olduğu saptandı. Hemşirelerin en uzun yaşadığı yer ile Manevi gelişim alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p<0.05$), Beslenme, Fiziksel aktivite, Sağlık sorumluluğu, Kişilerarası ilişkiler, Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Yalnız yaşayan hemşirelerin Beslenme (24.35 ± 3.69) alt boyut puan ortalamasının, eşi ve çocukları ile yaşayan hemşirelerin Manevi gelişim (27.41 ± 5.49), Fiziksel aktivite (17.34 ± 5.35), Stres yönetimi (16.83 ± 3.64) alt boyut puan ortalaması ve toplam puan ortalamasının (136.59 ± 20.25), aile ve akrabaları ile yaşayan hemşirelerin ise Sağlık sorumluluğu (25.65 ± 3.65) ile Kişilerarası ilişkiler (25.92 ± 5.02) alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Hemşirelerin yaşadığı kişi ile SYBDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Sigara kullanan hemşirelerin, Fiziksel aktivite (18.08 ± 4.74) ve Stres yönetimi (16.70 ± 2.52) alt boyutu puan ortalamalarının, sigara kullanmayan hemşirelerin ise manevi gelişim (26.49 ± 5.78), Beslenme (24.02 ± 3.22), Sağlık sorumluluğu

(25.32±4.81), Kişilerarası ilişkiler (25.49±4.93) alt boyut puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının (134.85±22.44) daha yüksek olduğu tespit edildi. Hemşirelerin sigara kullanma durumları ile Beslenme alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken (**p<0.05**), Manevi gelişim, Stres yönetimi, Fiziksel aktivite, Sağlık sorumluluğu, Kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Hemşirelerin ruhsal hastalık yaşama durumu ile SYBDÖ puan ortalamaları karşılaştırılması incelendiğinde, ruhsal hastalık yaşamayan hemşirelerin Manevi gelişim (26.79±5.50), Beslenme (23.74±3.40), Sağlık sorumluluğu (25.43±4.68), Kişilerarası ilişkiler (25.50±4.80), Stres yönetimi (16.67±3.77) alt boyutu puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının (135.26±21.37), ruhsal hastalık yaşayan hemşirelerin ise Fiziksel aktivite (18.08±5.94) alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin ruhsal hastalık yaşama durumları ile Manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken (**p<0.05**), Beslenme, Stres yönetimi, Fiziksel aktivite, Sağlık sorumluluğu, Kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Kronik hastalık yaşayan hemşirelerin Beslenme (24.87±2.41), Fiziksel aktivite (20.87±5.13), Stres yönetimi (16.87±1.24) alt boyutu puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının (137.62±15.31), kronik hastalık yaşamayan hemşirelerin ise Manevi gelişim (26.50±5.61), Sağlık sorumluluğu (25.32±4.71), Kişilerarası ilişkiler (25.39±4.83) alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin kronik hastalık yaşama durumları ile SYBDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

İran'daki hemşirelerin mesleki özelliklerinin SYBDÖ puan ortalamalarıyla karşılaştırılması **Tablo 4.6'**da görülmektedir. Beyin cerrahi kliniğinde çalışan hemşirelerin Manevi gelişim (28.42 ± 8.22), Fiziksel aktivite (23.28 ± 5.55), Kişilerarası ilişkiler (28.28 ± 7.97), Stres yönetimi (19.71 ± 3.25) alt boyut puan ortalaması ve toplam puan ortalamasının (150.14 ± 31.34), ortopedi kliniğinde çalışan hemşirelerin Beslenme (26.16 ± 2.22) alt boyut puan ortalamasının, üroloji kliniğinde çalışan hemşirelerin Sağlık sorumluluğu (28.20 ± 3.25) alt boyut puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptandı. Hemşirelerin çalıştığı klinik ile Fiziksel aktivite ve Sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p < 0.05$), Manevi gelişim, Beslenme, Kişilerarası ilişkiler, Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

Hemşirelerin çalışma süresi ile SYBDÖ puan ortalamaları karşılaştırılması incelendiğinde, 1-5 yıl çalışan hemşirelerin Manevi gelişim (27.17 ± 5.19), Fiziksel aktivite (18.65 ± 5.43), Sağlık sorumluluğu (26.04 ± 4.82), Kişilerarası ilişkiler (25.92 ± 5.34), Stres yönetimi (17.34 ± 3.90) alt boyutu puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının (138.62 ± 22.51), 16 yıl ve daha fazla çalışan hemşirelerin ise Beslenme (25.58 ± 2.29) alt boyut puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin çalışma süresi ile Beslenme, Fiziksel aktivite, Sağlık sorumluluğu, Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p < 0.05$), Manevi gelişim, Kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

Cerrahi kliniğinde 1-5 yıl çalışan hemşirelerin Fiziksel aktivite (18.67 ± 5.27) ve Sağlık sorumluluğu (25.65 ± 4.71) alt boyut puan ortalamasının, 6-10 yıl çalışan

hemşirelerin Beslenme (25.60 ± 3.62) alt boyutu puan ortalamasının, 16 yıl ve daha fazla çalışan hemşirelerin Manevi gelişim (29.05 ± 4.43), Kişilerarası ilişkiler (26.23 ± 2.79), Stres yönetimi (17.70 ± 3.68) alt boyutu puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının (139.70 ± 19.09) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptandı. Hemşirelerin cerrahi kliniğinde çalışma süresi ile Manevi gelişim, Beslenme, Fiziksel aktivite, Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p < 0.05$), Sağlık sorumluluğu, Kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

Hemşirelerin cerrahi kliniğinde çalışma şekli ile SYBDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sürekli gündüz çalışan hemşirelerin Manevi gelişim (27.27 ± 5.97), Beslenme (24.01 ± 3.53), Fiziksel aktivite (17.85 ± 5.37), Sağlık sorumluluğu (26.29 ± 4.11), Kişilerarası ilişkiler (26.10 ± 5.10), Stres yönetimi (17.00 ± 3.45) alt boyutu puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının (138.54 ± 20.20) nöbet şeklinde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu tespit edildi. Hemşirelerin çalışma şekli ile Sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p < 0.05$), Manevi gelişim, Beslenme, Fiziksel aktivite, Kişilerarası ilişkiler, Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

Haftalık 40 saat ve daha az çalışan hemşirelerin Manevi gelişim (28.11 ± 5.30), Beslenme (24.53 ± 3.94), Kişilerarası ilişkiler (26.73 ± 3.80) alt boyutu puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının (136.92 ± 19.52), haftalık 41 saat ve daha fazla çalışan hemşirelerin ise Fiziksel aktivite (17.23 ± 5.78), Sağlık sorumluluğu (25.59 ± 4.61) ve Stres yönetimi (16.59 ± 3.95) alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi. Hemşirelerin haftalık çalışma saati ile Sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p < 0.05$), Manevi gelişim,

Beslenme, Fiziksel aktivite, Kişilerarası ilişkiler, Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Mesleki aktivitelere katılan hemşirelerin katılmayan hemşirelere göre, Manevi gelişim (26.84 ± 5.24), Beslenme (23.71 ± 3.95), Fiziksel aktivite (19.10 ± 5.32), Sağlık sorumluluğu (26.32 ± 4.68), Kişilerarası ilişkiler (25.93 ± 4.89), Stres yönetimi (17.27 ± 3.39) alt boyutu puan ortalamaları ile toplam puan ortalamasının (139.18 ± 20.39) daha yüksek olduğu bulundu. Hemşirelerin mesleki aktivitelere katılma durumu ile Fiziksel aktivite, Sağlık sorumluluğu, Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p<0.05$), Manevi gelişim, Beslenme ve Kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Tablo 4.6. İran'daki Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin SYBDÖ Puan Ortalamalarıyla Karşılaştırılması

Özellikler	SYBDÖ ALT BOYUTLARI						Toplam Puan
	Manevi gelişim	Beslenme	Fiziksel Aktivite	Sağlık Sorumluluğu	Kişilerarası İlişkiler	Stres yönetimi	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Çalışılan klinik							
Genel cerrahi	23.11±5.27	22.50±3.88	15.94±4.89	23.16±4.70	24.88±4.58	16.16±3.79	125.77±19.88
Acil	26.40±4.92	23.20±3.16	18.20±6.00	27.26±3.08	25.80±4.29	17.73±3.99	138.60±21.26
Yoğun bakım	26.46±4.38	22.86±3.64	15.13±4.05	22.60±4.11	22.53±4.85	15.66±2.84	125.26±15.88
Ortopedi	28.00±4.33	26.16±2.22	18.16±5.30	26.83±5.34	25.50±4.67	15.83±4.44	140.50±24.94
KBB-Göz	26.13±6.90	24.60±3.39	13.86±3.85	23.33±4.98	23.93±4.86	17.26±3.95	129.13±21.04
Ameliyathane	28.00±4.98	24.08±2.58	18.40±5.50	26.12±3.64	27.00±3.81	15.84±3.21	139.44±15.51
Beyin cerrahi	28.42±8.22	23.57±5.34	23.28±5.55	26.85±6.49	28.28±7.97	19.71±3.25	150.14±31.34
Üroloji	27.00±4.37	22.30±3.46	18.40±6.00	28.20±3.25	27.30±4.80	17.20±3.45	140.40±18.91
Kalp damar cerrahisi	26.25±6.56	24.62±4.24	17.00±6.36	25.50±6.14	23.75±5.28	15.00±4.47	132.12±30.30
Test ve p değeri	KW=10.83 p>0.05	KW=12.03 p>0.05	KW=19.28 p<0.05	KW=19.89 p<0.05	KW=13.85 p>0.05	KW=12.20 p>0.05	KW=12.40 p>0.05
Çalışma süresi							
1-5 yıl	27.17±5.19	23.47±3.57	18.65±5.43	26.04±4.82	25.92±5.34	17.34±3.90	138.62±22.51
6-10 yıl	25.71±4.71	24.21±3.35	15.21±4.87	22.42±3.97	24.50±4.38	16.07±2.26	128.14±17.22
11-15 yıl	24.04±5.38	22.00±3.53	14.38±4.56	23.95±3.70	24.14±4.10	14.28±2.53	122.80±14.25
16 yıl ve	27.17±7.09	25.58±2.29	16.58±5.88	25.94±4.94	25.52±4.51	16.76±3.97	137.58±21.45
Test ve p değeri	KW=5.55 p>0.05	KW=9.65 p<0.05	KW=16.16 p<0.05	KW=9.21 p<0.05	KW=2.39 p>0.05	KW=12.88 p<0.05	KW=11.21 p<0.05
Cerrahi kliniğinde çalışma süresi							
1-5 yıl	26.88±5.33	23.41±3.39	18.67±5.27	25.65±4.71	25.83±5.31	17.00±3.84	137.46±21.50
6-10 yıl	23.10±7.72	25.60±3.62	11.40±3.06	22.80±4.13	24.10±5.60	13.90±1.96	120.90±18.11
11-15 yıl	23.00±3.67	21.53±4.40	13.07±3.63	25.00±4.83	22.53±2.96	14.53±1.89	119.69±15.17
16 yıl ve	29.05±4.43	24.88±2.14	16.94±5.35	24.88±4.76	26.23±2.79	17.70±3.68	139.70±19.09
Test ve p değeri	KW=12.76 p<0.05	KW=9.89 p<0.05	KW=27.87 p<0.05	KW=3.52 p>0.05	KW=6.35 p>0.05	KW=13.20 p<0.05	KW=10.46 p<0.05

Tablo 4.6. (Devam)

Cerrahi kliniğindeki çalışma şekli							
Sürekli gündüz	27.27±5.97	24.01±3.53	17.85±5.37	26.29±4.11	26.10±5.10	17.00±3.45	138.54±20.20
Nöbet	25.75±5.08	23.25±3.47	16.64±5.62	24.32±5.00	24.76±4.71	16.20±3.87	130.93±21.71
Test ve p değeri	t=1.50, p>0.05	t=1.19, p>0.05	t=1.19, p>0.05	t=2.31, p<0.05	t=1.49, p>0.05	t=1.17, p>0.05	t=1.96, p>0.05
Haftalık çalışma saati							
40 saat ve↓	28.11±5.30	24.53±3.94	17.07±4.57	23.96±4.87	26.73±3.80	16.50±2.62	136.92±19.52
41 saat ve↑	25.98±5.54	23.34±3.35	17.23±5.78	25.59±4.61	25.01±5.15	16.59±3.95	133.76±21.80
Test ve p değeri	M-WU=949.50 p>0.05	M-WU=1015.00 p>0.05	M-WU=1175.50 p>0.05	M-WU=855.50 p<0.05	M-WU=948.00 p>0.05	M-WU=1186.00 p>0.05	M-WU=1159.00 p>0.05
Mesleki aktivitelere katılma durumu							
Katılan	26.84±5.24	23.71±3.95	19.10±5.32	26.32±4.68	25.93±4.89	17.27±3.39	139.18±20.39
Katılmayan	26.06±5.83	23.50±3.03	15.33±5.10	24.16±4.49	24.85±4.93	15.88±3.87	129.80±21.28
Test ve p değeri	t=0.76, p>0.05	t=0.32, p>0.05	t=3.94, p<0.05	t=2.55, p<0.05	t=1.20, p>0.05	t=2.07, p<0.05	t=2.45, p<0.05

Tablo 4.7. SYBDÖ 'nden Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar ile Hemşirelerin Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	SYBDÖ					Test ve p Değeri
	Ölçekten Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar	Türkiye'deki Hemşirelerin Ölçekten Aldıkları En Düşük ve En Yüksek Puanlar	İran'daki Hemşirelerin Ölçekten Aldıkları En Düşük ve En Yüksek Puanlar	Türkiye'deki Hemşirelerin Ölçekten Aldıkları Puan Ortalamaları	İran'daki Hemşirelerin Ölçekten Aldıkları Puan Ortalamaları	
				$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Manevi gelişim	9-36	13-35	13-36	25.56±4.32	26.45±5.54	t=1.42, p>0.05
Beslenme	9-36	10-31	16-31	19.48±3.52	23.60±3.50	t=9.27, p<0.05
Fiziksel Aktivite	8-32	8-30	8-30	15.41±4.55	17.20±5.52	t=2.81, p<0.05
Sağlık Sorumluluğu	9-36	12-31	15-36	20.16±3.50	25.23±4.70	t=9.77, p<0.05
Kişilerarası İlişkiler	9-36	13-35	14-35	24.21±4.17	25.38±4.92	t=2.04, p<0.05
Stres Yönetimi	8-32	9-24	8-26	16.12±3.05	16.57±3.69	t=1.06, p>0.05
Toplam Puan	52-208	77-176	87-190	120.96±17.13	134.45±21.28	t=5.56, p<0.05

SYBDÖ'nden hemşirelerin aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo

4.7'de görülmektedir. Türkiye'de cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin Manevi gelişim alt boyut puan ortalaması 25.56±4.32 iken, İran'da çalışan hemşirelerin Manevi gelişim alt boyut puan ortalaması 26.45±5.54 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p>0.05).

Beslenme alt boyut puan ortalaması, Türkiye'de çalışan hemşirelerin 19.48±3.52, İran'da çalışan hemşirelerin 23.60±3.50 olduğu bulundu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p<0.05).

Türkiye'de cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin Fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması 15.41±4.55, İran'da çalışan hemşirelerin Fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması 17.20±5.52 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p<0.05).

Sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması, Türkiye’de çalışan hemşirelerin 20.16 ± 3.50 iken, İran’da çalışan hemşirelerin 25.23 ± 4.70 olduğu bulundu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p < 0.05$).

Kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalaması, Türkiye’de çalışan hemşirelerin 24.21 ± 4.17 iken, İran’da çalışan hemşirelerin 25.38 ± 4.92 olduğu bulundu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p < 0.05$).

Türkiye’de çalışan hemşirelerin Stres yönetimi alt boyut puan ortalaması 16.12 ± 3.05 , İran’da çalışan hemşirelerin 16.57 ± 3.69 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

SYBDÖ’nden hemşirelerin aldıkları toplam puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, Türkiye’de çalışan hemşirelerin toplam puan ortalamaları 120.96 ± 17.13 , İran’da çalışan hemşirelerin toplam puan ortalamaları ise 134.45 ± 21.28 olarak bulundu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p < 0.05$).

5. TARTIŞMA

Sağlığı geliştirme aktivitelerinde hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Bu nedenledir ki hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Bu çalışmada Türkiye ve İran’da çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları değerlendirildi ve ilgili çalışma sonuçları ile tartışıldı.

Araştırmada Türkiye’de çalışan hemşirelerin SYBD ölçeği toplam puan ortalamalarının 120.96 olduğu belirlendi. Hemşirelikte sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili yapılan önceki çalışmalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamasını Cürcani ve ark.¹⁵ 121.20, Coşkun Güner¹⁰² 116.89, Özkan ve ark.¹⁰⁴ 125.96, Alpar ve ark.¹⁰⁵ 121.63 olarak bulmuşlardır. Bu çalışma bulgusu daha önce yapılan çalışma bulgularıyla uyumlu bulunmaktadır.

İran’da çalışan hemşirelerin SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları 134.45 olarak bulundu. İran’da hemşirelerle yapılan çalışmalarda, Motlagh ve ark.¹⁰⁶ sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamasını 130.30, Jalili ve ark.¹⁰⁷ 134.65 olarak saptamışlardır. Bu çalışma sonucu diğer çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan İran ve Türkiye’deki hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu bulundu. İran’da cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin Türkiye’de cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelere göre SYBDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve iki farklı ülkede çalışan hemşirelerin SYBDÖ’den aldıkları toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). İran’daki Sağlık Bakanlığının zorunlu kıldığı politikalar gereği hemşirelerin yoğun çalışma temposuna karşın sağlık bilgilerini eğitim programları ile sürekli güncellemeleri gerekmektedir. İran’da çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının yüksek olmasının bundan kaynaklandığı söylenebilir.

SYBDÖ'nün alt boyutları incelendiğinde sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunan davranışlar içerisinde İran'da en yüksek ortalama Manevi gelişim (26.45 ± 5.54) ve Kişilerarası ilişkiler (25.38 ± 4.92) alt boyutuna aittir. Daha sonra Sağlık sorumluluğu (25.23 ± 4.70), Beslenme (23.60 ± 3.50) ve Fiziksel aktivite (17.20 ± 5.52) gelmektedir. En düşük puan ortalaması ise Stres yönetimi (16.57 ± 3.69) olarak belirlendi. Bu çalışma sonucuna paralel olarak Mohammad Khan ve ark.¹⁰⁸, Motlagh ve ark.¹⁰⁶ yaptığı çalışmalarda da ilk sırayı tinselliğin, son sırayı fiziksel aktivite, stresle baş etmenin aldığı belirtilmiştir.

Türkiye'de cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin SYBDÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, en yüksek puan ortalaması Manevi gelişim (25.56 ± 4.32), Kişilerarası ilişkiler (24.21 ± 4.17) ve Sağlık sorumluluğu (20.16 ± 3.50) olarak saptandı. Daha sonra Beslenme (19.48 ± 3.52), Stres yönetimi (16.12 ± 3.05) ve en düşük puan ortalamasının Fiziksel aktivite (15.41 ± 4.55) alt boyutuna ait olduğu bulundu. Bu çalışma bulgusuyla uyumlu olarak Özkan ve ark.¹⁰⁴, Coşkun ve ark.¹⁰²'nin yaptığı çalışmalarda da en yüksek puan ortalamasının Manevi gelişim, en düşük puan ortalamasının Fiziksel aktivite alt boyutuna ait olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin SYBDÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, İran'da (25.56 ± 4.32) ve Türkiye'de (26.45 ± 5.54) çalışan hemşirelerin en yüksek puan ortalamasını Manevi gelişim alt boyutundan aldıkları ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p > 0.05$). Bu durum hemşirelerin manevi gelişimlerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin, SYBDÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına göre, her iki ülkede de alınan en yüksek puan ortalaması Manevi gelişim'den sonra Kişilerarası ilişkiler olarak saptandı. Kişilerarası ilişkiler alt boyut

puan ortalaması, Türkiye’de çalışan hemşirelerin 24.21 ± 4.17 iken, İran’da çalışan hemşirelerin 25.38 ± 4.92 olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p < 0.05$). Neredeyse yarım yüz yıl önce 1973 yılında Travelbee tarafından yapılan bir çalışmada¹⁰⁹ "kişilerarası ilişkiler" kavramı ve süreçlerinin önemi üzerinde durulmuştur. Günümüzün karmaşık teknolojik toplumunda ve uzmanlığın ileri boyutlara ulaştığı bir dönemde, sağlığın korunması ve etkili bir sağlık hizmeti verilebilmesi, hem bireysel hem de ekip çalışması yaklaşımını gerekli kılmaktadır.²⁶ Hemşireler, dolaylı ya da dolaysız daima sağlıklı ya da hasta bireylerle ilgilenmektedir. Hemşirelerin kişilerarası ilişkilerde yüksek puan ortalamasına sahip olması bu nedene bağlanabilir.

Türkiye’de araştırmaya katılan hemşirelerin, SYBDÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına göre, Kişilerarası ilişkiler alt boyutundan sonra en yüksek puan ortalaması Sağlık sorumluluğu alt boyutu olarak saptandı. Sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması, Türkiye’de çalışan hemşirelerin 20.16 ± 3.50 iken, İran’da çalışan hemşirelerin 25.23 ± 4.70 ’dir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0.05$). “Gençlik dönemi” olarak kabul edilen dönem 18-24 yaş aralığını kapsamaktadır.¹¹⁰ İran’da cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çoğunluğunun 26-40 yaş aralığında (%46.2), Türkiye’de ise 18-25 yaş aralığında (%57.1) olması nedeniyle genç yaşta fiziksel sorunlar, hastalık risk algısı ve hastalık deneyimi daha az olabilir. Dolayısıyla, bu durum Sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalamasını etkileyebilir ve Türkiye’de cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin daha düşük puan ortalaması bundan kaynaklanmış olabilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin SYBDÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına göre, Beslenme puan ortalaması, Türkiye’de 19.48 ± 3.52 , İran’da 23.60 ± 3.50 olarak saptandı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p < 0.05$). Her iki ülkedeki hemşirelerin Beslenme puanlarının düşük olmasının nedeni

hemşirelerin büyük çoğunluğunun düzensiz (gündüz+ nöbet) çalışma saatleri ve vardiya değişimi nedeniyle yemeklerini zamanında yememeleri olabilir. Yoğun çalışma saatleri, servisin rutin işleri, servisteki fiziki çevre, hastane yemeklerinin görünüşü, çeşit ve lezzeti hemşirelerin beslenmesi üzerinde olumsuz etkiler de oluşturabilmektedir.¹¹¹

Araştırmaya katılan hemşirelerin, SYBDÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına göre, Türkiye’de Fiziksel aktiviteden sonra (16.12 ± 3.05), İran’da ise en düşük puan ortalaması Stres yönetimi alt boyutuna (16.57 ± 3.69) ait olduğu saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı ($p > 0.05$). Bu çalışma bulgusuna paralel olarak İran’da yapılmış olan çalışmada da en son sırayı Stres yönetiminin aldığı tespit edilmiştir.¹⁰⁸

Araştırmaya katılan hemşirelerin, SYBDÖ alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, Türkiye’de ölçek alt boyutlarından alınan en düşük puan ortalamasının Fiziksel aktivite (15.41 ± 4.55) alt boyutuna ait olduğu belirlendi. İran’daki hemşirelerde de Fiziksel aktivite (17.20 ± 5.52) puan ortalamasının ölçek alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasında düşük düzeyde olduğu tespit edildi ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.05$). Bu çalışmanın sonucu yapılmış olan diğer çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.^{16,26,102,106,108} Ayrıca literatürde Türkiye’deki bayan nüfusunun fiziksel aktivite oranlarının düşük olduğu belirtilmiştir. Bu çalışma sonucunun literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.¹¹²

Türkiye’de mesleki aktivitelere katılan hemşirelerin, İran’da ise lisansüstü eğitim mezunu ve ekonomik düzeyi düşük olan hemşirelerin kişilerarası ilişki puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Bu sonuç, yapılmış olan diğer çalışma sonucuyla uyumludur.¹⁰⁴

Türkiye’de araştırmaya katılan hemşirelerden önlisans mezunu, ekonomik düzeyi yeterli olan ve mesleki aktivitelere katılan hemşirelerin, İran’da lise mezunu olan,

ekonomik düzeyde geliri giderine denk olan, üroloji kliniğinde çalışan, haftalık çalışma saati 41 saat ve üzeri olan ve mesleki aktivitelere katılan hemşirelerin sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzey yüksek olduğu saptandı. Araştırma bulgusu daha önce yapılmış çalışmalarla benzerlik göstermektedir.^{102,113}

Türkiye’de ekonomik düzeyi iyi durumda olan, İran’da ise bekâr, çocuk sahibi olan, sigara kullanmayan ve çalışma süresi 16 yıl ve daha fazla olan hemşirelerin beslenme alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Bu çalışma bulgusu yapılmış olan diğer çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.^{44,114}

Türkiye’de 18-25 yaş grubundaki, bekâr hemşirelerin stres yönetimi alt boyutu puan ortalamalarının yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Bu çalışma bulgusuna benzer olarak Özkan ve Yılmaz’ın¹⁰⁴, Cürcani ve ark.¹⁵ yaptıkları çalışma sonucunda bekâr hemşirelerin stres yönetimi puan ortalamalarının evlilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

İran’da ise 1-5 yıl arası çalışma süresi olan hemşirelerin stres yönetimi alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptandı. Çalışma bulgusuna benzer olarak Özkan ve Yılmaz’ın¹⁰⁴, Cürcani ve ark.’nın¹⁵ yaptıkları çalışma sonucunda da hemşirelerin çalışma süresi azaldıkça Sağlık sorumluluğu ve Stres yönetimi puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır. Hemşirelik, çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir iş olarak nitelendirilmektedir.¹⁰⁴ Literatürde hemşirelerin çalışma yılı arttıkça, yaşadıkları ruhsal ve fiziksel sağlık sorunlarının arttığı belirtilmektedir.¹⁵ Bu çalışma sonucunda hemşirelerin çalışma yılı arttıkça SYBDÖ’den aldıkları puan ortalamalarının düşmesi literatürle uyumludur.

Türkiye’de çalışan bekâr, çocuk sahibi olmayan, ilçede, ailesi ile yaşayan, nöbet usûlü ile çalışan ve mesleki aktivitelere katılan hemşirelerin Fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Bu çalışma bulgusuna benzer olarak Özkan ve ark.’nın¹⁰⁴ yaptığı çalışmada çocuk sahibi olmayan hemşirelerin fiziksel aktivite puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. İran’da ise erkek, 18-25 yaş aralığında olan, 1-5 yıl arası çalışma süresine sahip, geliri giderinden az, mesleki aktivitelere katılan hemşirelerin Fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamasının yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (**p<0.05**). Bu çalışma bulgusu Musavian ve ark.¹¹⁵, Motlagh ve ark.¹⁰⁶ tarafından yapılan çalışmaların sonucu ile benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İki farklı ülkede cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma sonucunda;

Araştırmaya katılan İran ve Türkiye'deki hemşirelerin çoğunluğunun kadın, 18-25 yaş aralığında, lisans mezunu, gelirinin giderinden fazla ve bekar olduğu, çocuk sahibi olmadığı, ilde ikamet ettiği, eş ve çocukları ile yaşadığı, sigara kullanmadığı, ruhsal ve kronik bir hastalığının olmadığı ve hemşirelerin çoğunluğunun ameliyathanede çalıştığı ve çalışma süresinin 1-5 yıl arasında olduğu, nöbet şeklinde çalıştığı saptandı.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sağlık davranışlarının orta düzeyde, İran'da çalışan hemşirelerin SYBDÖ toplam puan ortalamasının, Türkiye'de çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu ve her iki ülkede de hemşirelerin en yüksek puan ortalamasının manevi gelişim alt boyutuna ait olduğu, en düşük puan ortalamasının ise Türkiye'de fiziksel aktivite, İran'da stres yönetimi alt boyutlarına ait olduğu belirlendi.

Türkiye'de cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin SYBDÖ toplam puan ortalaması ile eğitim, gelir durumu ve mesleki aktivitelere katılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken ($p<0.05$), yaş, cinsiyet, medeni durum, birlikte yaşadığı kişiler, çocuk sahibi olma durumu, en uzun yaşadığı yer, sigara alışkanlığı, ruhsal ve kronik hastalık varlığı gibi bireysel özellikleri ile çalışılan cerrahi klinik, cerrahi klinikte ve toplam çalışma süresi, çalışma şekli, haftalık çalışma saati gibi mesleki özellikleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ($p>0.05$).

İran'da cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin SYBDÖ toplam puan ortalaması ile gelir durumu, cerrahi klinikte ve toplam çalışma süresi, mesleki aktivitelere katılma durumları ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$), yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, birlikte yaşadığı kişiler, çocuk sahibi olma durumu, en

uzun yaşadığı yer, sigara alışkanlığı, ruhsal ve kronik hastalık varlığı gibi bireysel özellikleri ile çalışılan cerrahi klinik, çalışma şekli, haftalık çalışma saati gibi mesleki özellikleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ($p>0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik eğitimlerin yapılması,
- ✓ Kurum içinde sağlığı geliştirici davranışların desteklenmesinin sağlanması,
- ✓ İran ve Türkiye’de sağlığı geliştirici davranışları değerlendiren araştırmaların yapılması ve sonuçlar doğrultusunda girişimlerde bulunulması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Güngör İ, Hatun Şahin N. Sağlığın geliştirilmesinde kullanılan temel davranış değiştirme kuram ve modelleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2006, 2: 6.
2. Karadeniz G, Uçum EY, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2008, 7: 497-502. http://www.korhek.org/khb/khb_007/. 21.08.2013.
3. World health organization. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. <http://www.afro.who.int/en/tanzania/tanzaniapublications/cat>. 01.05.2013.
4. O'donnellmp MP. Definition of health promotion. Embracing passion, enhancing motivation, recognizing dynamic balance, and creating opportunities. *American Journal of Health Promotion*, 2009, 24: 4-5.
5. Komduur RH, Korthals M, Molder H. The good life: living for health and a life without risks? On a prominent script of nutrigenomics. *British Journal of Nutrition*, 2009, 101:307-316.
6. Vural BK. Sağlık riskinin belirlenmesi ve hemşirelik için önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1998, 2: 39-43.
7. Johnson RL. Gender differences in healthpromoting lifestyles of African Americans. *Public Health Nursing*, 2005, 22: 130-137.
8. Erci B. Halk sağlığı hemşireliği. Ankara. *Göktuğ Basım*, 2009, 192-201.
9. Rozmus Cl, Evans R, Wysochansky M, Mixon D. An analysis of health promotion and risk behaviors of freshman college nurses in a rural southern setting. *Journal of Pediatric Nursing*, 2005, 20: 25-33.
10. Dickey JJ. Lifestyle modifications in the prevention and treatment of hypertension. *Endocrine Practice*, 2001, 7: 392-399.

11. Baltas Z, Steptoe A. Migration, culture conflict and psychological well-being among Turkish-British married couples. *In Ethnicity & Health*, 2000, 5: 173-180.
12. Karabudak S, Taş F, Basbakkal Z. Giger and Davidhizar's transcultural assessment model a case study in Turkey. *Health Science Journal*, 2013, 7: 342-345.
13. Leininger, M. Transcultural nursing: concepts, theories, research, and practice. Columbus, OH: *McGraw-Hill College Custom Series*, 1995, 1953-1995.
14. Öztürk E, Öztaş D. Transkültürel hemşirelik. *Batman University Journal of Science*, 2012, 1: 293-300.
15. Cürçani M, Tan M, Özdelikara A. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010, 9: 487-492.
16. Özbaşaran F, Çakmakçı A, Güngör N. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinin sağlık davranışlarının belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004, 7: 43-55.
17. Kosgeroglu N, Acat M, Ayranci U, Ozabaci N, Erkal S. An investigation on nursing, midwifery and health care students' learning motivation in Turkey. *Nurse Education in Practice*, 2009, 5: 331-339.
18. Karabulut N, Çetinkaya F. Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve motivasyon düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011, 1: 14-23.
19. Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci Basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998, 2: 60-68.

20. Pender NJ, Barkauskas VH, Hayman L, Rice VH, Anderson ET. Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education. *Nursing Outlook*. 1992, 3: 106-120.
21. Mohammadi Zeidi I, Hajiagha PA, Mohammadi Zeidi B. Reliability and validity of persian version of the health-promoting lifestyle profile. *Journal Mazandaran University Medicine Science*, 2012, 22: 103-113.
22. Çakırcalı E. *Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar*. İzmir, Güven- Nobel Tıp Kitap Evleri, 2000, 18,98.
23. Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara: İmaj San ve Dış Tic. AŞ, 2004, 6: 54-95.
24. Birol L. *Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Yaklaşım*. 3. Baskı. İzmir Etik Matbaacılık, 2004.
25. Çakırcalı E. *Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar*. 3. Baskı. İzmir, 2000.
26. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 9: 26-34.
27. Önal E, Erbil S, Gürkin B, Özkan A, Özel S, Cevizci S, Güngör G. İki ilköğretim okulunda öğrencilerin kendi sağlıklarını algılama düzeyi ve bildikleri sağlık sorunları. *Nobel Medicus*, 2009, 5: 24-28.
28. Cırhinlioğlu Z. *Sağlık Sosyolojisi*. Ankara, Nobel Kitabevi, 2006, 27.
29. Sisk RJ. Caregiver burden and health promotion. *International Journal of Nursing Studies*, 2000, 37: 37-43.

30. İrgil E. Sağlığı koruma. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ders Notları,http://halksagligi.uludag.edu.tr/emel_irgil_birinci_sinif/sagligikoruma.pdf. 15.02.2013.
31. Bilir N. Gelecek yılların önemli sağlık sorunu; kronik hastalıklar. *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı*, 2001, 39: 953-961.
32. Schwartz MH. *The Geriatric Patient*. In: Schwartz MH, ed. Textbook of physical diagnosis: history and examination, Philadelphia: WB Saunders, 2002: 733-746.
33. Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D. Oxford textbook of primary medical care. New York: Oxford University: *Prevention and Health Promotion*. 2004, 116-121.
34. Owens L. The relationship of health locus of control, self efficacy, health literacy an health promoting behaviors in older adults. *A Dissertation Presented for The Doctor of Philosophy Degree, USA : Theuniversity of Memphis*, 2006
35. Butler J. *Principles of Health Education and Health Promotion USA*. 3rd ed. Wadworth Thomson Learning, 2001.
36. Özvarış ŞB. Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme. Ankara: Hacettepe *Halk Sağlığı Geliştirme Vakfı*. 2001, 171-181.
37. Komduur RH, Korthals M, Molder H. The good life: living for health and a life without risks? On a prominent script of nutrigenomics. *British Journal of Nutrition*, 2009, 101: 307-316.
38. Ergül Ş. Yoksulluk sağlık ilişkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005, 8: 95-104.
39. Öztürk Haney M, Erdoğan S. Sağlık davranışı etkileşim modeli: çocukların beslenme alışkanlıklarını belirlenmek için bir rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi HemşirelikYüksekokulu E Dergisi*, 2013, 6: 218-223.

40. Johnson RL. Gender differences in health promoting lifestyles of African Americans. *Public Health Nursing*, 2005, 22: 130-137.
41. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The effects of cognitive persceptual factors on health promotion behavior maintainence. *Journal of Nursing Research*, 1996, 45: 30-36.
42. Springet J. Appropriate approaches to the evalution promotion. *Critical Public Health*. 2001, 11: 139-151.
43. Oca    A. Sağlığın korunma ve geli  tirilmesinde hem  irelik hizmetlerinin rol  . <http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/Skg.Htm>. 08.01.20013.
44. Zaybak A, Fadiloğlu   . Üniversite   ğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşire Yüksek Okulu Dergisi*, 2004, 20: 77-95.
45. Erbil N, Divan Z,   nder P. Ergenlerin benlik saygısına ailelerinin tutum ve davranı ıların etkisi. *Aile ve Toplum Dergisi*, 2006, 3: 7-15.
46. Tabak RS, Akköse K. Ergenlerin sağlık denetim odağı algılama düzeyleri ve sağlık davranı ılarına etkileri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2006, 5: 118-130.
47. Tanrıverdi G, Bedir E, Seviğ   . Cinsiyetin sağlıkla ilgili bazı davranış ve görüşler üzerindeki etkisi. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007, 6: 435-440.
48. Vural BK. Sağlık riskinin belirlenmesi ve hemşirelik için   nemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1998, 2: 39-43.
49. Kavas A. *Sağlıklı Yaşam İçin Doğru Beslenme*. 3. Baskı. İstanbul, Literatür Yayıncılık, 2003: 6-15.

50. Kutluay MT. Davranışlarımız ve beslenme. 4. *Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi, Antalya*, 2003, 26-28.
51. Baysal A. *Beslenme*. 9. Basım Ankara: Hatipoğlu Yayınevi, 2002.
52. Dölekoğlu CÖ, Yurdakul O. Adana ilinde hane halkının beslenme düzeyleri ve etkili faktörlerin logit analizi ile belirlenmesi. *Akdeniz İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2004, 8: 62-86.
53. Sabri Ülker Gıda Araştırmaları Enstitüsü Vakfı. Yeterli ve Dengeli Beslenme. <http://www.sugav.org/kilo-kontrolu/yeterli-ve-dengeli-beslenme>. 14 Temmuz 2014.
54. Sutandyo N. Nutritional carcinogenesis. *Acta Medica Indonesiana*, 2010, 42: 36-42.
55. Arnell NW. Global water resources: SRES emissions and socio-economic scenarios. *Global Environmental Change – Human and Policy Dimensions*. 2004, 14: 31–52.
56. Belpomme D, Irigaray P, Sasco AJ, Newby JA, Howard V, Clapp R. The growing incidence of cancer: role of lifestyle and screening detection. *International Journal of Oncology*, 2007, 30: 1037-49.
57. Geneva: World Health Organization. Global health risks mortality and burden of disease attributable to selected major risks, 2009. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf 20 Ocak 2013.
58. Raees Dana N, Raees Dana A. Assessment of the attitude of nursing students about obesity. *The Semnan University of Medical Sciences*, 2006, 8: 47-54. http://www.koomeshjournal.ir/browse.php?a_code=A-10-47&slc_lang=fa&sid=1. 19.11.2013.

59. Geneva: World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases, 2011.<http://www.who.int/about/licensing/copyrightform/en/index.htm> 20 Nisan 2013.
60. Belpomme D, Irigaray P, Sasso AJ, Newby JA, Howard V, Clapp R. The growing incidence of cancer. Role of lifestyle and screening detection. *International Journal of Oncology*, 2007, 30: 1037-49.
61. Yıldız AN, Karadağ Çaman Ö, Esin N. İşyerinde sağlığı geliştirme programları. <http://www.turkis.org.tr/dosya/ve38a4zjI7dZ.pdf>
62. Baltaş Acar Z. Stres ve başa çıkma yolları. Remzi Kitabevi, 21. Baskı, İstanbul, 2002.
63. Güçlü N. Stres yönetimi. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2001, 21: 91-109.
64. Medicine Hospital Stress <http://www.medicinehospital.com.Tr/ansiklopedi /terim /1306/stress.html> 18 Temmuz 2014.
65. Bartın Devlet Hastanesi. Stres yönetimi eğitimi. <http://www.bartindevlet.gov.tr/haber/70/17/stres-yonetimi-egitimi>. 20 Temmuz 2014.
66. Özkaya M, Yakın V, Ekinci T. Stres düzeylerinin çalışanların iş doyumu üzerine etkisi Celal Bayar Üniversitesi çalışanları üzerine ampirik bir araştırma. *Yönetim ve Ekonomi*, 2008,15:163-179.
67. Ergun I. "Stres Nedir?" <http://www.hackell.com/psikoloji/17172stressyönetimi>. 14 Temmuz 2014.
68. Tınaz P. *Çalışma Yaşamından Örnek Olaylar*. İstanbul, Beta Basım Yayım, 2005: 35.
69. Özmutaf, N, Stres oluşumunun aşamaları. *Ege Üniversitesi Su Ürünleri Dergisi*, 2006, 23-75.

70. Barutçugil İ. *Performans Yönetimi*. Kariyer Yayıncılık, İstanbul, 2002,127.
71. Özmen M, Önen B. Stresle başa çıkma yolları. Medikal açıdan stres ve çareleri. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, 2005,47: 171-180.
72. Temel E, Bahar A, Çuhadar D. Öğrenci hemşirelerin stresle baş etme tarzları ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007, 2: 107-118.
73. Özkan Ö, Emiroğlu ON, Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 10: 43-51.
74. Geneva: World Health Organization. Mental health and work: impact, issues and good practices, 2000. http://www.who.int/mental_health/media/en/73.pdf. 10 Temmuz 2014.
75. Tutar H. İşyerinde psikolojik şiddet sarmalı: nedenleri ve sonuçları. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 2004, 102 -128.
76. Karsavuran S, Kaya S, Akturan S. Hasta-hekim iletişimde güven: Genel cerrahi polikliniğinde yapılan bir araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2011, 2: 183-210.
77. Geçili S. Çağımızın hastalığı stres. http://www.sivasram.gov.tr/da_stres.htm. 24 Temmuz 2014.
78. Ekin M, Şahin Altun Ö, Can G. Hemşirelik öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzları ve atılabilirlik düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2013, 4: 67-74.
79. Piyal B. Sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi. *I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı*. Muğla/Marmaris, 2006, 26-27.

80. Baltacı G, Düzgün İ. *Adolesan ve Egzersiz*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008.
81. Özer D, Baltacı G. *İş Yerinde Fiziksel Aktivite*. 1.Baskı. Ankara Sağlık Bakanlığı, 2008: 9.
82. Müftüoğlu O. *Yaşasın hayat*. 7. Baskı. İstanbul, Doğan Kitapçılık, 2003: 114-124.
83. Tutar H. *Kriz ve Stres Yönetimi*. 1.Baskı Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2004.
84. Bek N. Fiziksel aktivite ve sağlığımız. <http://www.sbfftr.hacettepe.edu.tr/incele.php?id=NjY>. 3 Haziran 2014.
85. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Aile Hekimliği. *Fiziksel Aktivite*. <http://www.ailehekimligi.gov.tr/salk-ve-bakm/265-fiziksel-aktivite>. 28 Temmuz 2014.
86. Baltacı G, Ersoy G, Karaağaoğlu N, Derman O, Kanbur N. *Ergenlerde sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam*. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008. <http://www.sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t41.pdf>. 28 Temmuz 2014.
87. Geneva: 32. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf 13 Nisan 2013.
88. Friedenreich CM, Neilson HK, Lynch BM. State of the epidemiological evidence on physical activity and cancer prevention. *European Journal of Cancer*, 2010, 46: 593-604.
89. Steptoe A, Wardle J, Fuller R, Holte A, Justo J, Sanderman R. Leisure-time physical exercise: prevalence, attitudinal correlates, and behavioral correlates among young europeans from 21 countries. *Preventive Medicine*, 1997, 26: 845-54.

90. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C. Physical activity and public health. A recommendation from the centers for disease control and prevention and the american college of sports medicine. *The Journal of the American Medical Association*, 1995, 273: 402-407.
91. Driskell JA, Kim YN, Goebel KJ. Few differences found in the typical eating and physical activity habits of lower-level and upper-level university students. *Journal of the American Dietetic Association*, 2005, 105: 798-801.
92. Fiziksel aktivitenin sağlık üzerine etkisi: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Obezite, *Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı*, <http://www.beslenme.gov.tr>, 29.01.2013.
93. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2012, 1:13-21.
94. Kostak MA. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007, 2: 105-115.
95. Hovardaoğlu S. Kişiler arası ilişkiler ve davranış bozuklukları. *Kriz Dergisi*, 1995, 3: 7-12.
96. Chen M. The effectiveness of health promotion counseling to family caregivers. *Public Health Nursing*, 1999, 16: 125-132.
97. Velioğlu P, Pektekin Ç, Şanlı T. *Hemşirelikte kişilerarası ilişkiler*. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Ders Kitapları, 1991, <http://www.aof.anadolu.edu.tr/kitap/EHSM/1208/unite05.pdf>, 25 Temmuz 2014.
98. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 4th ed. New Jersey Saddle River, N.J. Prentice Hall, 2002.

99. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 12: 1-12.
100. Ünalın D, Öztop DB, Elmalı F, Öztürk A, Kanak D, Pırlak B, Güneş D. Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2009,16: 75-81.
101. Esenay Işık F, Conk Z. Medya ve çocuk: hemşirelik tanıları doğrultusunda bir inceleme. *Aile ve Toplum Dergisi*, 2006, 3: 91-102.
102. Coşkun Güner İ, Demir F. Ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 9: 17-25.
103. Meymenat H, Farideh Y, Safieh HZ, Hamid AM, Parvin S, Mahmut T. Psychometric "health promotion lifestyle profile 2" referred to research report. Tehran: Faculty of Nursing and Midwifery. Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Service. In Persian, English, *Payesh Journal*, 2012, 849-856.
104. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2008, 3: 90.
105. Alpar SE, Senturan L, Karabacak U, Sabuncu N. Change in the health promoting life style behavior of Turkish university nursing students from beginning to end of nurse training. *Nurse Education In Practice*, 2008, 8: 382-388.
106. Motlagh Z, Mazloomi-Mahmoodabad SS, Momayyezi M. Study of health promotin behaviors among university of medical science students. *Zahedan Journal of Research in Science*, 2011, 13: 29-3.

107. Jalili Z, Nakhaee N, Haghdust A. Health promoting behavior and psychosocial health of Kerman University of Medical Sciences. Proceedings of the 3rd National Congress of the Health Education and Health Promotion; 2008 Oct 28-30; Hamadan, Iran. p. 60.
108. Mohammad Khan Kermanshah S, Heidari F. Evaluation of health-related lifestyle for nurses. *Journal of Health and Care*, 2012.
109. Travelbee J. *Interpersonal Aspects of Nursing*, F.A. Davis Company, 2th ed. Philadelphia, 1973.
110. Tol A, Tavassoli E, Shariferad GR, Shojaezadeh D. The relation between health-promoting lifestyle and quality of life in undergraduate students at school of health, Isfahan University of Medical Sciences, Iran. *Islamic World Science Citation*, 2011,4: 442-448.
111. İnceslesli A. Çalışma ortamında hemşirelerin sağlığın ve güvenliğini tehdit eden risk faktörlerinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2005.
112. Sönmezer H, Çetinkaya F, Nacar M. Healthy life-style promoting behaviour in Turkish women aged 18-64. *Asian Pacific Organization for Cancer Prevention*, 2012, 4: 1241-5.
113. Bozhüyük A. Öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2010.
114. Martinelli AM. An explanatory model of variables influencing health promotion behaviors in smoking and nonsmoking. *Public Health Nursing*, 1999, 16: 263-269.

115. Sadat Musavian A, Pasha A, Rahebi SM, AtrkarRoushan Z, Ghanbari A. Health promoting behaviors among adolescents. A Cross-sectional Study. *Nurse Midwifery Student*, 2014, 3: 1-7.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Elisha.Khaghanirad Doğum tarihi: 23/9/1980 Doğum yeri: Tehran /Iran Medeni hali: Bekar Uyruğu: Yabancı uyruğu/Iran Adres: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı / Sağlık Bilimleri Hastanesi Tel: 0442 231 27 86 Faks: E-mail: Elisha.Khaghanirad@yahoo.com
Eğitim
Lise: Iran Lisans: Azad İslamik Üniversite Hemşirelik Program Yüksek lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Hastanesi Doktora:
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce (Orta Derecede) Farsça : (İyi Derecede)
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
İlgi Alanları ve Hobiler

EK II. ANKET FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket iki farklı ülkede cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesini sorgulamaktadır. Soruların doğru yanıtlanması araştırmaya önemli katkı sağlayacaktır. Anketlerde isim belirtilemeyecek ve alınan cevaplar yalnızca bu araştırmanın amaçları doğrultusunda kullanılacak, başka bir makama ya da kişiye verilmeyecektir. İşbirliğiniz ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Elisha Khaghani Rad
Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.
Yüksek Lisans Programı

1.Cinsiyetiniz?

() Kadın () Erkek

2. Yaşınız?.....

3. Eğitim durumunuz?

() Sağlık Meslek Lisesi () Ön lisans () Lisans () Lisansüstü

4.Gelir durumu algısı?

() Geliri giderinden fazla () Geliri giderine denk () Geliri giderinden az

5.Medeni durumunuz?

() Evli () Bekar

6.Çocuk sahibi olma durumunuz?

() Var () Yok

7. En uzun yaşadığınız yer ?

() İl

() İlçe

() Köy

8.Yaşadığınız kişiler?

() Yalnız () Eşi ile

() Eşi ve çocukları ile () Akrabalarıyla

9.Sigara kullanma durumunuz?

() Evet () Hayır

10. Ruhsal hastalık yaşama durumu?

() Evet () Hayır

11. Kronik hastalık yaşama durumu?

() Evet () Hayır

12. Çalışılan klinik?

() Genel cerrahi () Acil () Yoğun bakım
() Ortopedi () KBB-Göz () Ameliyathane
() Beyin cerrahi () Üroloji () Kalp damar cerrahisi

13. Çalışma süresi?

() 1-5 yıl
() 6-10 yıl
() 11-15 yıl
() 16 yıl ve daha fazla

14. Cerrahi kliniğinde çalışma süresi?

() 1-5 yıl
() 6-10 yıl
() 11-15 yıl
() 16 yıl ve daha fazla

15. Cerrahi kliniğindeki çalışma şekli?

() Sürekli gündüz
() Nöbet

16. Haftalık çalışma saati?

() 40 saat ve↓
() 41 saat ve↑

17. Mesleki aktivitelere katılma durumu?

() Katılan () Katılmayan

EK III. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Aşağıdaki ifadelerle ilgili bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak bunu hangi sıklıkta hissettiğinizi uyan seçeneğe (X) işareti koyarak belirtiniz

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

22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım(örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				

45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadaregzersizyaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

فرم پرسشنامه EK IV.

این پرسشنامه بین دو کشور ترکیه و ایران به بررسی و ارزیابی رفتار و سبک زندگی سالم در پرستاران شاغل در کلینیکهای جراحی می پردازد اگر به درستی به سوالات پاسخ بدهید نقش ارزنده ای در این پژوهش ایفا می نمایید در پرسشنامه اسم و فامیل در نظر گرفته نمی شود و پاسخهای ارزشمند شما فقط جهت این پژوهش استفاده می شود به هیچ عنوان در اختیار شخص یا مقام خاصی قرار نمی گیرد.

الیشا خاقانی راد

دانشگاه علوم و درمان آتاتورک

پرستاری جراحی. پایان نامه کارشناسی ارشد

1. جنسیت: مرد () زن ()
2. سن.....؟
3. مدرک تحصیلی: دیپلم () فوق دیپلم () لیسانس () کارشناسی ارشد و بالاتر ()
4. وضعیت اقتصادی خود را چگونه ارزیابی می نمایید؟ ضعیف () متوسط () مناسب () خوب ()
5. وضعیت تاهل: مجرد () متاهل ()
6. وضعیت داشتن فرزند: بله () خیر ()
7. بیشتر زمان زندگیتان در ؟
مرکز استان ()
شهرستان ()
روستا ()
8. با چه افرادی در منزلتان زندگی میکنید؟
تنها () با خانواده و اقوام () با همسر و فرزندان ()
9. آیا سیگار مصرف می کنید ؟
بله () خیر ()
10. آیا بیماری روحی دارید؟
بله () خیر ()
11. آیا بیماری مزمن دارید؟
بله () خیر ()
12. بیشتر سابقه کاریتان در بخش ؟
جراحی عمومی () جراحی گوش حلق و بینی ()
اطاق عمل ()

- جراحی مغز () اورژانس () مراقبت‌های ویژه ()
 ارتوپدی () جراحی کلیه و مجاری ادراری () جراحی قلب و عروق ()

13. سابقه کار به عنوان پرستار بالینی؟

- 5-1 سال ()
 10-6 سال ()
 11-15 سال ()
 16 سال و بالاتر ()

14. سابقه کار به عنوان پرستار بالینی در بخش جراحی؟

- 5-1 سال ()
 10-6 سال ()
 15-11 سال ()
 16 سال و بالاتر ()

15. نحوه شیفت کاریتان در بخش جراحی؟

ثابت ()

شیفت در گردش یا شیفت شب ()

16. نحوه ساعت کاریتان در هفته؟

- 40 ساعت و ↓ ()
 41 ساعت و ↑ ()

17. آیا در محیط کاریتان سابقه شرکت در فعالیتهای اجتماعی را دارید؟

- بله () خیر ()

EKV. پرسشنامه سبک زندگی

ردیف	نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی	هرگز	برخی اوقات	اغلب	همیشه و بطور معمول
1	در خصوص مشکلات و نگرانی هایم با اطرافیانم بحث و گفتگو می کنم				
2	رژیم غذایی را که کم چربی، یا دارای چربی های اشباع شده و کم کلسترول باشد، انتخاب می کنم				
3	نشانه های غیر معمولی بیماری را به پزشک یا سایر پرسنل بهداشتی گزارش می کنم				
4	برنامه منظمی برای ورزش کردن دارم				
5	به قدر کفایت می خوابم				
6	احساس می کنم که در حال ترقی هستم و در مسیر مثبتی رشد می کنم				
7	از دیگران بخاطر موفقیت هایشان به آسانی تعریف و تمجید می کنم				
8	استفاده از شکر و شیرینی ها را محدود می کنم				
9	مطالب یا برنامه های تلویزیونی را در مورد حفظ و بهبود سلامتی می خوانم و می بینم				
10	حداقل 3 بار در هفته به مدت 20 دقیقه یا بیشتر ورزش شدید می کنم (دوچرخه سواری، پیاده روی سریع، دویدن،)				
11	هر روز دقایقی را برای آرام سازی و شل کردن عضلات، تعیین می کنم.				
12	اعتقاد دارم که زندگی ام هدفمند است				
13	با دیگران رابطه پر معنی و رضایت بخشی دارم				
14	هر روز 6-11 وعده نان، برنج و ماکارونی می خورم				
15	از پرسنل بهداشتی مانند پزشکان و پرستاران برای فهم دستورات آنها سوال می کنم				
16	در فعالیت های بدنی سبک تا متوسط شرکت می کنم (مانند پیاده روی استقامتی 5 روز در هفته هر روز 30-40 دقیقه)				
17	مسایلی از زندگی ام را که قدرت تغییر آنها را ندارم، می پذیرم				
18	به آینده امیدوار هستم				
19	وقتم را با دوستان نزدیک می گذرانم				
20	2-4 بار در روز میوه می خورم				

21	زمانی که از کارشناسان بهداشتی، پزشکان و پرستاران در مورد مسایل مربوط به سلامتی سوال می کنم دوست دارم اطلاعات زیادی به من بدهند			
22	اوقات فراغتم را با فعالیت های بدنی می گذرانم (مانند شنا، دوچرخه سواری)			
23	زمان خوابیدن بر افکار خوب تمرکز می کنم			
24	از خود راضی ام و احساس آرامش می کنم			
25	بیان نگرانی، عشق و صمیمیت به دیگران برایم آسان است			
26	روزانه 3-5 وعده سبزی می خورم			
27	اطلاعاتی را از افراد متخصص، در مورد نحوه مراقبت درست از خودم، درخواست می کنم			
28	تمرینهای کششی را حداقل 3 بار در هفته انجام می دهم			
29	از روش های خاصی برای کنترل استرس خودم استفاده می کنم			
30	برای رسیدن به اهداف بلند مدت زندگی ام تلاش می کنم			
31	توسط افرادی که مورد توجه آنها هستم لمس می شوم و آنها را لمس می کنم			
32	روزانه 2-3 وعده وعده شیر، ماست یا پنیر می خورم			
33	بدنم را حداقل ماهی یکبار برای نشانه های خطر و تغییرات فیزیکی بررسی می کنم			
34	در جریان فعالیت های معمول روز ورزش می کنم (مانند قدم زدن زمان ناهار، استفاده از پله بجای آسانسور، پارک ماشین در محلی دورتر از مقصدم و پیاده روی تا محل کار و غیره).			
35	بین زمان کار و تفریح تعادل ایجاد می کنم			
36	هر روز زندگی برایم جالب توجه و چالش برانگیز است			
37	راه هایی را برای ایجاد روابط صمیمی و نزدیک پیدا می کنم			
38	روزانه فقط 2-3 وعده گوشت قرمز، مرغ، حبوبات خشک، تخم مرغ و آجیل مصرف می کنم			
39	در مورد مسائل نگران کننده مربوط به سلامت با متخصصان بهداشت و درمان گفتگو می کنم			
40	زمان انجام فعالیت ورزشی ضربان قلبم را چک می کنم.			
41	آرام سازی و روشهایی مانند یوگا را روزانه 15 دقیقه تمرین می کنم			
42	از مسائلی که در زندگی برایم اهمیت دارند، آگاهی دارم			
43	از سوی مجموعه ای از افراد که نگرانم هستند و برایم دل می سوزاند،			

				حمایت می شوم	
				برچسب مواد غذایی بسته بندی شده حاوی روغن ها و سدیم مانند کنسرو ها و غیره را می خوانم	44
				در برنامه های آموزشی در زمینه مراقبت بهداشت فردی شرکت می کنم	45
				هنگام فعالیت ورزشی ضربان قلبم به میزان مطلوب می رسد.	46
				برای جلوگیری از خستگی قدم می زنم	47
				احساس می کنم با نیروهای بزرگتر از خودم در ارتباط هستم	48
				از طریق گفتگو و توافق با دیگران مشکلاتم را برطرف می کنم	49
				صبحانه می خورم	50
				اگر لازم باشد درخواست مشاوره یا راهنمایی می کنم	51
				برای یادگیری تجربیات جدید آمادگی دارم	52

EK VI. ETİK KURUL ONAY FORM



ETİK KURUL SONUÇ FORMU



Araştırmanın Adı: “İki farklı Ülkede cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları”

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (x)

Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()

Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu’nun 10.05.2013 tarihinde yapılan toplantısında “İki farklı Ülkede cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları” konulu Elisha Khanganyrad Yrd.Doç.Dr. Zeynep Karaman özlü’ nün çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.

Prof..Dr. Mehtap TAN

Başkan

Doç.Dr.Fatma GÜDÜÇÜ TÜFEKÇİ

Başkan Yrd.

Doç.Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU

Üye

Doç.Dr.Nadiye ÖZER

Üye

Doç.Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU

Sekreter/Raportör



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 88179374-1458

Konu : Tez Çalışması

04.07.2013+013921

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz öğrencilerinden Ayşegül YAYLA, Elisha KHANGHANI, Zeynep KAYA ve Necmettin İŞÇİ'nin tez çalışmaları ile ilgili Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğünden alınan yazılar ekte gönderilmiştir.

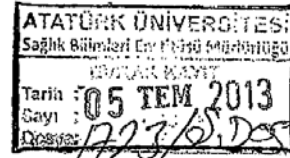
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Ömer İrfan KÜFREVOĞLU
Rektör Yardımcısı

Eki: 4

Öğr. İşl.
08.07.2013

Atatürk Üniversitesi Merkez Yerleşkesi 25240 ERZURUM
Telefon: (0442) 2311601-2311343 (Büro) Faks: (0442) 2361916
e-posta: odaire@atauni.edu.tr



EK VIII. İZİNLER(Farsç)

AZARBAYJAN HASTANESİ

Tarih: 10 Temmuz 2013

KONU: Tez Çalışması

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire başkanlığı)
ERZURUM

Üniversiteniz sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi Elisha Khaghaniradn'nin Cerrahi kliniklerde Çalışan Hemşirlerde Çalışma Ortamının İki Farklı Ülkede Cerrahi kliniklerde Çalışan Hemşirlerin Sağlık yaşam Biçim Davranışları " Konulu Tez çalışmasını Azerbayjan (آذربایجان) Özel Hastanesinde uygun görülmüştür. Bilgilerinizi arz ederim .

Dr. SAGAT FURUSH
TEKNİK BAŞKNI



