

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

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN  
HEMŞİRELERİN SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ İLE  
İLGİLİ GÖRÜŞLERİ VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ  
DAVRANIŞLARI**

**BAHAR ON**

**Halk Sağlığı Hemşireliği Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA**

**2016**



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

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN  
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ VE  
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI**

**BAHAR ON**

**Halk Sağlığı Hemşireliği Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu**

**ANKARA  
2016**

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN SAĞLIĞIN  
GELİŞTİRİLMESİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI**

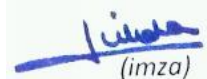
**BAHAR ON**

Bu çalışma 26.12.2016 tarihinde jürimiz tarafından "Halk Sağlığı Hemşireliği Programı" nda yüksek lisans olarak kabul edilmiştir.

<b>Jüri Başkanı:</b>	<i>Doç. Dr. Deniz KOÇOĞLU</i> (Selçuk Üniversitesi)	 (imza)
<b>Tez Danışmanı:</b>	<i>Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU</i> (Hacettepe Üniversitesi)	 (imza)
<b>Üye:</b>	<i>Doç. Dr. Hatice BEBİŞ</i> (Sağ. Bil. Üniv. Gülhane Hemşirelik Y.O)	 (imza)
<b>Üye:</b>	<i>Yrd. Doç. Dr. Bilge KALANLAR</i> (Hacettepe Üniversitesi)	 (imza)
<b>Üye:</b>	<i>Yrd. Doç. Dr. Sevil ALBAYRAK</i> (Kırıkkale Üniversitesi)	 (imza)

**ONAY**

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla onaylanmıştır.

  
(imza)

Prof. Dr. Diclehan Orhan

Enstitü Müdürü

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

- **Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.**  
(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)
- **Tezimin/Raporumun.....tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.**  
(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)
- **Tezimin/Raporumun.....tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**
- **Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi**

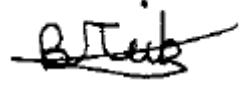
26 / 12 / 2016

BTÜB

**BAHAR ON**

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



**Bahar ON**

## TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleştirilmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu tez danışmanım olarak çalışmamın her aşamasında yol gösterici olmuş, katkılarda bulunmuştur.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Hemşire Müdürlüğü uygulama aşamasında uygun koşulları ve gerekli yardımı sağlamıştır.

Çalışmaya katılan hemşireler uygulamanın başarılı bir şekilde gerçekleşmesini sağlamıştır.

Ailem çalışma süresince sevgi, anlayış ve sabırla destek olmuştur.

## ÖZET

**On, B., Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi ile İlgili Görüşleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2016.** Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi ile ilgili görüşleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırma tanımlayıcı araştırma türündedir. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Erişkin Hastanesi'nde çalışan araştırmaya katılmayı kabul eden 378 hemşire çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili görüşlerini değerlendirmek için hazırlanan Soru Formu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği -II (SYBDÖ-II) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, Kolmogorov-Smirnov normallik testi, bağımsız iki grup karşılaştırılırken Mann Whitney U testi ve ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, hemşirelerin sağlığın geliştirilmesine ilişkin eksik ve yetersiz görüşlerde bulunduğu saptanmıştır. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları orta düzeyde bulunmuştur. Manevi gelişim ile ilgili davranışları en yüksek, fiziksel aktivite ile ilgili davranışları ise en düşük düzey olarak saptanmıştır. 36 yaş ve üzeri hemşirelerin, evli hemşirelerin, çalışma süresi 11 yıl ve üzeri olan hemşirelerin, poliklinikte çalışan hemşirelerin, sağlığın geliştirilmesi ile ilgili daha önce bilgi almış olan ve aldığı bilgiyi yeterli bulan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları daha yüksek düzeyde bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Araştırma sonuçları doğrultusunda hemşirelere sağlığın geliştirilmesi ile ilgili hizmet içi eğitimlerin yapılması, hastanelerde hemşirelerin sağlığını geliştirici düzenlemelerin yapılması, hemşirelerin hastaların bakımında sağlığın geliştirilmesini ele alma yönünde desteklenmesi ve sağlığın geliştirilmesinde eğitim program ve düzenlemelerinin hemşirelerin görüş ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkilerinin araştırılması önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Hastane, hemşire, sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları

## ABSTRACT

**On, B., The University Hospital Nurses' Opinion About Health Promotion and Healthy Lifestyle Behaviors, Hacettepe University Health Sciences Institute, Public Health Nursing Program Master Thesis, Ankara, 2016.** This study was carried out as descriptive design to the aim of determining the university hospital nurses' opinion about health promotion and healthy lifestyle behaviors. The sample of the study was comprised 378 nurses working in Hacettepe University Adult Hospital and accepted to participate in the study. As a data collection tool, a questionnaire prepared to evaluate the opinions of nurses about health promotion and personal-professional characteristics and Healthy Life-Style Behaviors Scale-II were used. During the evaluation of datas, Kolmogorov-Smirnov Normalizing Test, Comparing two independent groups Mann Whitney U Test and more than two independent group comparisons Kruskal Wallis Test were applied. As a result of the study, it was determined that nurses' opinion about health promotion were incomplete and inadequate. It was determined that healthy lifestyle behaviors of nurses were medium-level and behaviors related to spiritual growth were the highest and behaviors related to physical activity were the lowest. The healthy lifestyle behaviors of the 36 years and over nurses, married nurses, nurses who have 11 years of work experience and over, nurses working in the outpatient clinic, nurses who have received prior information on the health promotion and nurses who have found adequate this information were found higher ( $p < 0,05$ ). According to the results of the study, it has been suggested that in-service training should be done to the nurses about health promotion and improving the health of nurses regulations should be made in hospitals and nurses should be supported the development of health care for patients and the effects of training programs and regulations should be investigated for nurses' opinion about health promotion and healthy lifestyle behaviours.

**Keywords:** Hospital, nurse, health promotion, healthy lifestyle behaviors

## İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	7
1.3. Araştırma Soruları	7
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>8</b>
2.1. Sağlık Kavramı	8
2.2. Sağlıkın Korunması ve Geliştirilmesi	8
2.3. Sağlıkın Korunması	8
2.4. Sağlıkın Geliştirilmesi	9
2.4.1. Sağlığı Geliştirme Modeli	11
2.4.2. Revize Edilen SGM, Ek Kavramlar ve Tanımlar	13
2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	16
2.5.1. Sağlık Sorumluluğu	17
2.5.2. Fiziksel Aktivite	18

2.5.3. Beslenme	18
2.5.4. Manevi Gelişim	19
2.5.5. Kişilerarası İlişkiler	19
2.5.6. Stres Yönetimi	20
2.6. Sağlığın Geliştirilmesi ve Hemşirelik	20
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>25</b>
3.1. Araştırmanın Şekli	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.4. Veri Toplama Araçları	25
3.4.1. Kişisel ve Mesleki Özellikler ile Sağlığın Geliştirilmesi ile İlgili Görüş Formu	26
3.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II	26
3.5. Ön Uygulama	28
3.6. Verilerin Toplanması	29
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	29
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	29
<b>4. BULGULAR</b>	<b>31</b>
4.1. Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özellikleri	32
4.2. Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi ile İlgili Görüşleri	34
4.3. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanının Kişisel ve Mesleki özelliklerine Göre Değerlendirilmesi	42
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>57</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>67</b>

6.1. Sonuçlar	67
6.2. Öneriler	69
<b>7. KAYNAKLAR</b>	<b>70</b>
<b>8. EKLER</b>	
<b>EK-1:</b> Soru Formu	
<b>EK-2:</b> Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II	
<b>EK-3:</b> Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Erişkin Hastanesi Hemşire Müdürlüğü İzin Yazısı	
<b>E- 4:</b> Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Başhekimliği İzin Yazısı	
<b>EK-5:</b> Araştırma Amaçlı Çalışma için Aydınlatılmış Onam Formu	
<b>EK-6:</b> Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı	
<b>EK-7:</b> Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi Kavramına İlişkin Görüşleri	
<b>Ek-8:</b> Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi Kapsamına İlişkin Görüşleri	
<b>Ek-9:</b> Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesinde Sorumlu Olma ile İlgili Görüşleri	
<b>Ek-10:</b> Hemşirelerin Bakım Verdikleri Hastalara Sağlığın Geliştirilmesi Kapsamında Yapabilecekleri ile ilgili Görüşleri	
<b>Ek-11:</b> Hemşirelerin Hemşirelik Bakımında Sağlığın Geliştirilmesini Ele Almada Kendilerine Engel Olan Faktörlere İlişkin Görüşleri	
<b>9. ÖZGEÇMİŞ</b>	

**SİMGELER VE KISALTMALAR**

<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>HIV/AIDS</b>	İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü/Kazanılmış İmmün Yetmezlik Sendromu
<b>MRSA</b>	Metisiline Dirençli Stafilokok aureus
<b>SGM</b>	Sağlığı Geliştirme Modeli
<b>SYBD</b>	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
<b>SYBDÖ</b>	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
<b>ybü</b>	Yoğun Bakım Ünitesi

## ŞEKİLLER

### Şekil

#### 2.1. Revize Edilen Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

15



## TABLOLAR

### Tablo

<b>3.1.</b> Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Maddeleri	28
<b>4.1.1.</b> Hemşirelerin Kişisel-Mesleki Özellikleri	32
<b>4.2.1.</b> Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi ile İlgili Bilgi Alma Durumu	34
<b>4.2.2.</b> Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi Kavramına İlişkin Görüşleri	35
<b>4.2.3.</b> Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilebilir Olma Durumuna İlişkin Görüşleri	36
<b>4.2.4.</b> Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi Kapsamına İlişkin Görüşleri	37
<b>4.2.5.</b> Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesinde Sorumlu Olma ile ilgili Görüşleri	38
<b>4.2.6.</b> Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirelerin Rolüne İlişkin Görüşleri	39
<b>4.2.7.</b> Hemşirelerin Bakım Verdikleri Hastalara Sağlığın Geliştirilmesi Kapsamında Yapabilecekleri ile İlgili Görüşleri	40
<b>4.2.8.</b> Hemşirelerin Hemşirelik Bakımında Sağlığın Geliştirilmesini Ele Almada Kendilerine Engel Olan Faktörlere İlişkin Görüşleri	41
<b>4.3.1.</b> Hemşirelerin SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı	42
<b>4.3.2.</b> Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı	43
<b>4.3.3.</b> Hemşirelerin Medeni Durumuna Göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı	46
<b>4.3.4.</b> Hemşirelerin Çalışma Süresine Göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı	47
<b>4.3.5.</b> Hemşirelerin Çalıştığı Birime Göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı	50
<b>4.3.6.</b> Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi ile İlgili Bilgi Alma Durumuna Göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı	53
<b>4.3.7.</b> Hemşirelerin Aldığı Bilgiyi Yeterli Bulma Durumuna Göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı	55

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık anlayışı son 30 yıldır; birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlığını geliştiren, koruyan ve sürdüren sağlık bakım yaklaşımlarını öngörmektedir. Bu anlayış bireyin iyilik halini geliştirecek, koruyacak ve sürdürecektir davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru seçimler yapmasını sağlamak üzerine dayandırılmıştır (1,2,3). Sağlığın geliştirilmesi kavramına olan ilgi son zamanlarda artmakta ve sağlık bakımının hastalık odaklı olmaktan daha çok sağlığı geliştirme yönünde yürütülmesi önerilmektedir. Sağlığın geliştirilmesi sağlıklı olmayı teşvik etmekte ve fiziksel, zihinsel ve sosyal sağlık düzeyini geliştirmeyi hedeflemektedir (4,5).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Yürütme Kurulu, 1973 yılında, sağlık hizmetlerindeki gelişmelerin gerek nitelik, gerekse nicelik bakımından toplumun gelişmesinin gerisinde kaldığı sonucuna varmıştır. Hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkeler için geçerli olan bu tespitin ardından, DSÖ, durumun iyileştirilmesi için bir dizi karar almıştır. Bu amaçla 1977 yılında toplanan DSÖ 30. Genel Kurulu'nda belirlenen "herkese sağlık" hedeflerini belirlemiştir (6). 1978 yılında yayınlanan Alma-Ata Bildirgesi'nde sağlığın temel insan haklarından biri olduğu ve bunun seviyesinin yükseltilmesinin sağlık sektörü için olduğu kadar diğer birçok sosyal ve ekonomik sektörler için de önemli bir amaç olması gerektiği vurgulanmıştır (6,7). Sağlığın geliştirilmesi, 1986 yılında Ottawa sözleşmesinde DSÖ tarafından bireyin kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü artırma gücünü kazanması olarak tanımlanmıştır (8,9). Sağlığı geliştirme, birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlık potansiyelinin gelişmesi ve iyilik düzeyinin artmasına yönelik aktiviteleri ifade etmektedir. Bireyin var olan sağlık davranışlarının en üst düzeye çıkarılmasını hedefleyen sağlığın geliştirilmesi, insanların sağlığın belirleyicileri üzerindeki kontrollerini arttırmalarını böylece kendi sağlık düzeylerini geliştirmeyi sağlama süreci olarak tanımlanmaktadır (8,9). Sağlığın belirleyicileri; birey ve toplumun sağlık durumunu belirleyen kişisel, sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlerdir (9). Ottawa Şartı ile sağlık hizmetlerine ilişkin olarak ortaya çıkan sorumlulukların sadece sağlık sektörüne yüklenemeyeceği ve bu konuda ortaya çıkan

ihtiyaçlar konusunda diğer sektörlerin de sorumlu olduğu kabul edilmiştir. Adelaide Tavsiyelerinde (1988) ise sağlıklı toplum stratejilerinin oluşturulması benimsenirken, 1991 de Sundsvall Sağlığı Destekleyen Çevreler Bildirgesi yayınlanmıştır. Jakarta Deklarasyonu'nda 21. Yüzyılda Sağlığı Geliştirme Eylem Planları geliştirilmiş ve bu kapsamda sağlık önceliklerine yer verilmiştir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik 2000 yılında Fikirlerden Eyleme Meksika Bakanlık Bildirgesi, 2005 de ise Küreselleşen Dünyada Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine yönelik Bangkok Şartı yayınlanmıştır (6,10). Sağlığın geliştirilmesine yönelik yapılan pek çok uluslararası konferans ve çalışmalarda sosyal adaletin ve barışın sağlanması, insanların barınma, giyim gibi temel ihtiyaçların karşılanmasında sorun yaşanmaması ve ekonomik, politik ve toplumsal anlamda destekleyici çevre oluşturulması sağlığı geliştirme faaliyetlerinin ön şartı olarak vurgulanmıştır (9,10). Ottawa Sözleşmesi'nde, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi eyleminin sağlık hizmetleri sektörünün ötesine geçtiğinin altı çizilmekte, sağlığın tüm sektörlerde ve hükümetin her düzeyinde gündeme alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Sağlıklı toplum politikası oluşturmanın önemli bir ögesi sağlığa yönelik hesap verebilirliktir. Hükümetler politikalarının sağlık açısından sonuçları veya politika eksikliğinden dolayı vatandaşlarının sağlık düzeyine karşı sorumludur (8,9). DSÖ Ottawa Sözleşmesi ile sağlığı geliştiren stratejiler üzerine dayalı faaliyetlerde liderlik yapmıştır. Başlangıçta toplum, okullar, işyeri, aile ve konutu içeren sağlığı geliştirici projelerine sonradan diğer birtakım sağlığı geliştiren üniversiteler, hapishaneler gibi kuruluşlar da ekleyerek genişletmektedir (11).

Ülkeler kendi sağlık ihtiyaçlarına yönelik sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitimi politikaları oluşturmuştur. Bunun yanı sıra, DSÖ Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi, DSÖ Avrupa Bölgesi Atina Sağlıklı Şehirler Deklarasyonu, Avrupa'da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi, Avrupa Kalp Sağlığı ağı ve Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi gibi uluslararası ölçekteki sözleşmeler ve politikalar, sağlığın geliştirilmesi politikalarını küresel ölçekte yaygınlaştırılmasını hedeflemektedir (11). Özellikle 1988 de Sağlığı Geliştiren Hastaneler bu noktada öne çıkan başlıklardan biridir. DSÖ nün Sağlığı Geliştiren Hastaneler projesi sadece teşhis ve tedavi hizmetlerine değil sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi konularına da daha fazla önem vermeleri için hastaneleri desteklemek amacıyla başlatılmıştır (12). Avrupa'nın 11 ülkesindeki 20 hastane 1993–1997 yılları arasında Avrupa pilot

projesinde yer almıştır. İlerleyen zamanda Uluslararası Sağlığı Geliştiren Hastaneler Ağı giderek genişlemiş ve 40 ulusal ağı ve 900'den fazla ortak hastaneyi kapsar hale gelmiştir (12,13).

Sağlığı geliştiren hastane yalnızca kaliteli, kapsamlı tıp ve hemşirelik hizmetleri sunmakla kalmaz aynı zamanda sağlığın geliştirilmesi amacını benimseyen kurumsal kimlik geliştirir (9). Hastalar ve tüm personel için aktif, katılımcı roller içeren sağlığı geliştirici bir kurumsal yapı ve kültür geliştirir, sağlığı geliştiren fiziksel bir çevre oluşturur ve toplum ile aktif işbirliği içerisinde olur (9,13). Sağlığı geliştiren hastaneler; hastaların sağlıklarının geliştirilmesi, hastanenin hizmet sunduğu toplumun sağlığının geliştirilmesi, hastane çalışanlarının sağlığının geliştirilmesi, kurum ortamının sağlığını geliştiren programlar, fiziksel çevreye yönelik programlar şeklinde belli alanlara odaklanmaktadır (14). Sağlığı geliştiren hastaneler kapsamında hastalara ve topluma yönelik olarak sağlıklı beslenme, egzersiz vb. sağlık eğitimleri ve danışmanlık faaliyetleri yapılmaktadır. Hastane çalışanları için çalışanların aşılınması, emzirme/süt sağma koşullarının sağlanması, sağlıklı hastane yiyecekleri/içecekleri vb. programlar oluşturulmaktadır. Kuruma yönelik olarak iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları, enfeksiyon kontrol programları, sigarasız işyeri vb. ve fiziksel çevreye yönelik olarak da atık yönetimi, geri dönüşüm uygulamaları, enerji tasarrufu gibi programlar yürütülmektedir (13,14).

Türkiye, Sağlığı Geliştiren Hastaneler Ağı'na üye değildir. Sağlığın geliştirilmesi son yıllarda üzerinde durulan önemli bir kavram olmasına rağmen sağlığı geliştiren hastaneler ile ilgili ülkemizde herhangi bir çalışma ya da proje yürütülmemiştir. Ülkemizde sağlığı geliştirme konusunda herhangi bir standart dahilinde olmadan hastanelerin kendi uygulamalarını oluşturduğu sınırlı çabalar görülmektedir (15). Tütün Kontrolüne ilişkin yasal düzenlemeler sonucu bazı kliniklerde sigara bırakma konusunda danışmanlık vermeye başlanması, birçok hastanede obeziteyle mücadele programı kapsamında çalışmalar yürütülmesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası'nın uygulanmaya başlanmasından sonra hastanelerin güvenli bir çalışma ortamı haline getirilmesi için çalışmalar başlatılması görülen girişimler arasındadır. Ancak bu ve benzer çalışmaların tümü hastanelerin kendi

girişimleri ve çabaları ile yürütülmekte, ülke genelinde belli bir düzeyi yakalama hedefinden uzakta kalmaktadır (15).

Sağlığın geliştirilmesi kavramı hastane çalışanları arasında çoğunluğu oluşturan ve önemli bir yere sahip olan hemşireler açısından önemli bir kavramdır. DSÖ 2000'li yıllarda herkes için sağlık hareketiyle açıkça hemşireleri sağlığın geliştirilmesinin liderleri olarak göstermiştir (16,17). Günümüzde DSÖ ve pek çok sağlık kuruluşu, sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerinin uygulanmasında temel insan gücü olarak hemşireleri önermektedir. Sağlık hizmetleri gelişmiş toplumlarda, sağlığı geliştirme programlarının planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarının profesyonel hemşireler tarafından gerçekleştirildiği görülmektedir. Sağlığın geliştirilmesi hemşirelerin etkin rollerinden biridir (17,18). Yıllardan beri bütüncül sağlık kavramı hemşireler açısından giderek daha önemli bir kavram haline gelmiştir (19). Bütüncül hemşirelik bakımı sağlığın geliştirilmesi üzerine bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönüyle bir bütün olarak ele alınmasını kolaylaştırır. Hemşireler genellikle hastaların sağlığı geliştirmelerine yönelik bütüncül yaklaşımla danışmanlık yaparlar (19). Hemşirelerin sağlığı geliştirme rol ve sorumlulukları literatürde; savunucu, lider, bakım yöneticisi, danışman, eğitici, iyileştirici, araştırmacı, rol model olma olarak belirtilmektedir (20,21).

Hemşireler hastane ortamında hastalarla en çok iletişim halinde olan sağlık çalışanlarıdır. Yaşanan hastalık deneyimlerinin etkisi ile hastalar ve hasta yakınları sağlık önerilerine karşı daha alıcı ve davranış değişiklikleri oluşturmaya daha eğilimli durumdadırlar. Bu dönem hastalar için eğitim ve danışmanlık almaya en uygun evredir (13,14). Bu nedenle klinik ortamda hemşirelerin hasta üzerine etkileri yüksektir. Hemşirelerden sağlığın geliştirilmesinde etkin geniş rol almaları beklenmekte ve eğer hemşirelerde farkındalık oluşursa daha etkin olacakları vurgulanmaktadır (16,22). Pender ve arkadaşlarına göre hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi ile ilgili görüşleri tanımlanmalıdır. Hemşireler önemli pozisyonda oldukları için onların bu konuyla ilgili bilgi düzeyleri ve görüşleri bilinmelidir (23,24). Hemşirelerin kendi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla topluma rol model olması beklenmektedir ancak bazı çalışmalar hemşirelerin sağlık davranışlarının toplumdan çok farklı olmadığını göstermiştir (25). Hastaneler fiziksel, kimyasal,

biyolojik ve psikolojik riskler açısından tehlikeli işyerleridir. Bu nedenle hastanede çalışan hemşirelerin sağlığı geliştirme konusuna gereken önemi vermeleri sağlıklı yaşam davranışlarını istendik düzeyde kendi yaşamlarında uygulamaları gerekmektedir. Böylece hemşirelerin işe devamsızlık oranlarının azalması ve iş yaşamında üretkenlik ve kalite artışı sağlanmış olması beklenmektedir (24,25).

Sağlık davranışı; bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranışı olarak tanımlanmaktadır (26). Sağlığı geliştirme davranışı ise; mevcut hastalık durumunun ilerlemesini önlemek ve sağlığı geliştirmek için yapılan eylemlerin tümünü kapsamaktadır. Bu davranışlar, bilişsel ve duyuşsal eylemleri, egzersiz, fiziksel aktivite, beslenme, düzenli yaşam tarzı, olumlu bir tutum sürdürme, sağlık sorumluluğu davranışları, kişilerarası destek alma ve arama gibi eylemleri içerebilir (26). Sağlıklı yaşam biçimi; bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (26,27). Sağlıklı yaşam biçimi, fiziksel aktivite, iyi beslenme alışkanlığı, sağlığı daha iyiye götürmek için katkıda bulunmayı içerir. Böylece koroner arter hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, hipertansiyon, diyabet ve osteoporoz gibi kronik hastalıklar riskini azaltır (27,28). Stratejilerin çoğunluğu olumlu yaşam biçimi değişikliğini geliştirmeye yöneliktir. Kronik hastalıkların ve ölümlerin başlıca sebebinin bireysel davranışlarla ve sağlıksız yaşam biçimiyle ilgili olması sağlığın geliştirilmesinde yaşam biçiminin önemle ele alınmasını gerekli kılmaktadır (29,30). Nightingale'in hemşirelikle ilgili notlarında belirtilmesinden itibaren hemşireliğin bütüncül bileşenlerinin önemli bir parçası olan öz bakım becerisi, yaşlanan hemşire nüfusunun ve hemşire eksikliğinin arttığı bu dönemde daha da önem kazanmaktadır (31,32). Amerikan Holistik Hemşireler Derneğinin uygulama standartları da hemşirelerin yaşamında yer alması gereken öz bakım, kişisel sorumluluk, maneviyat gibi ihtiyaçları belirlemiştir (33). Sağlığın geliştirilmesi, hemşireler ve öğrenci hemşireler için gerekli olan temel bir beceridir. Hemşirelerin bu konudaki önemi hemşirelik eğitim müfredatını da etkilemiştir (34,35). Öğrenci hemşireler üzerine yapılan araştırmalarda alınan eğitim seviyesinin artmasının öğrencilerin sağlık davranışlarını olumlu yönde artırdığını göstermiştir (34,35). Yapılan çalışmalar eğitim içeriğinin öğrencilerin uygulaması açısından

yetersiz kaldığını vurgulamaktadır (35). Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili klinik uygulamalar ve eğitim müfredatları hem ulusal hem de uluslararası farklılıklar göstermektedir (35,36).

Dünyada sağlığın geliştirilmesi ile ilgili yapılan bazı çalışmalara örnek olarak; Leuven ve Prion (2007) tarafından Amerika'da hastanede çalışan hemşirelerle yapılan hemşirelik bakımında sağlığın geliştirilmesi ile ilgili çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun sağlığın geliştirilmesinin önemini farkında olduğu fakat sağlığın geliştirilmesi uygulamalarında çok sayıda engelle karşılaştığı ortaya çıkmıştır (22). Cross (2005) tarafından İngiltere'de acil servis hemşirelerinin sağlığın geliştirilmesine yönelik tutumları üzerine yapılmış çalışmada ise hemşirelerin çoğunluğu sağlığın geliştirilmesinin hemşirelik bakımının içerisinde yer aldığını ve hemşirelerin sağlığın geliştirilmesinde önemli rolü olduğunu ifade etmiş fakat acil serviste çalışmanın aşırı stresli olduğu ve acil servis ortamının sağlığın geliştirilmesi için uygun olmadığını ifade ettikleri görülmüştür (37). Walthew ve Scott'un (2011) Yeni Zelanda'da dört hemşirelik okulunda okuyan öğrencilerin sağlığın geliştirilmesi ile ilgili görüşlerine ilişkin yaptıkları çalışmada öğrencilerin tamamının sağlığın geliştirilmesi kavramı ile ilgili çeşitli tanımlamalarda bulunduğu, fikir sahibi olduğu ancak sağlık eğitimi ile sağlığın geliştirilmesi kavramlarının arasındaki farkı açıkça belirtmekte zorluk çektikleri görülmüştür (38). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde ise Al-Kandari ve Vidal (2007) tarafından Kuveyt'te yaşayan hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmada öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde (ölçek puan ortalaması 128,16) olduğu bulunmuştur (39). Aynı şekilde Lee ve diğerlerinin (2005) Hong Kong'ta yaşayan hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada (ölçek puan ortalaması 119,78) ve Hawks ve diğerleri (2002) tarafından ABD'de kolejde okuyan Japonyalı öğrenciler ile yaptıkları çalışmada da (ölçek puan ortalaması 125,76) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu görülmüştür (40,41).

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde daha çok sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik çeşitli örneklerin olduğu ancak sağlığın geliştirilmesi ile ilgili çalışmaların çok yetersiz olduğu görülmektedir. Yalçınkaya ve diğerlerinin (2007) üniversite ve devlet hastanesinde çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmada

hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (ölçek puan ortalaması 122,4) orta düzey olduğu bulunmuştur (42). Benzer şekilde Cürcani ve diğerlerinin (2010) eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşireler ile yaptıkları çalışmada (ölçek puan ortalaması 121,2) ve Özkan ve Yılmaz'ın (2008) hastanede çalışan hemşireler ile yaptıkları çalışmada da hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları (ölçek puan ortalaması 125,9) orta düzey olarak saptanmıştır (43,44). Zaybak ve Fadilloğlu'nun (2004) üniversitede hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmada hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (ölçek puan ortalaması 121,8) orta düzey olduğu görülmüştür (45).

Sağlıklı ve hasta bireylere, ailelere ve topluma sağlık hizmeti sunan hemşirelerin verdikleri sağlık hizmetinde sağlığın geliştirilmesi önemli bir bileşen olarak yer almaktadır. Hemşirelerden hem bakım verdikleri grubun sağlığını hem de kendi sağlıklarını geliştirmeye yönelik çaba göstermeleri ve bu doğrultuda davranışlar sergilemeleri beklenmektedir. Bu kapsamda hemşirelerin hizmet verdikleri alanda sağlığın geliştirilmesine yönelik girişimleri ve kendi sağlıklarını geliştirme davranışlarını uygulayıp uygulamadıklarının araştırılması hizmet verdiği birey, aile ve topluma rol modeli olabilmesi açısından önemlidir. Bu çalışmada hastanede çalışan hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi ile ilgili görüşleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Araştırma, hastanede çalışan hemşirelerin sağlığın geliştirilmesine yönelik görüşlerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## **1.3. Araştırma Soruları**

1. Hemşirelerin sağlığı geliştirme kavramı ve uygulamalarına yönelik görüşleri nelerdir?
2. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek puan değeri nedir?
3. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puanı kişisel ve mesleki özelliklerine göre değişmekte midir?

## 2. GENELBİLGİLER

### 2.1. Sağlık Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanıma göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (46). Sağlık, soyut bir durumdan çok fonksiyonel terimlerle anlatılabilen bir sonuca ulaşma aracı olarak, insanların bireysel, sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşam sürmesine izin veren bir kaynak olarak düşünülmektedir. Sağlık, sosyal ve kişisel kaynakları ve fiziksel kapasiteyi öne çıkaran pozitif bir kavramdır (9).

Hemşireliğin kuramsal ve kavramsal çatısı 'sağlık' üzerine odaklanmıştır. Sağlık kavramı birçok hemşire kuramcı tarafından tanımlanmıştır. Örneğin; Martha E. Rogers sağlığı, pozitif enerji, Virginia Henderson bireyin bağımsız olması, Dorethea E. Orem de fiziksel, mental ve sosyal bütünlük içinde olma durumu olarak tanımlamıştır. Florance Nightingale ise sağlığın, çevresel faktörleri yönetmek olduğunu belirtmiştir (47,48,49).

### 2.2. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi kavramları çoğu kez birbiri yerine kullanılır ancak bu iki kavramın birbirinden farklı olduğu belirtilmektedir. Sağlığı koruma bir davranışı yapmama ve sakınmayı ifade etmektedir. Sağlığı geliştirme ise sağlığı olumlu yönde geliştirmeyi hedefleyen dinamik bir süreçtir. Bu iki kavram birbiri yerine kullanılamaz ama birbirlerini tamamlayan iki süreçtir (50,51).

### 2.3. Sağlığın Korunması

Hastalıkların oluşumunu engelleme, gelişmesini durdurma, ilerlemesini yavaşlatma ve daha fazla zarar verici etkilerden bireyin bedenini korumayı ifade eder. Sağlığın korunması, insan sağlığına olumsuz etkiler yapan (biyolojik, fiziksel, kimyasal) faktörlerin kontrol altına alınması ve aynı zamanda kişiye yönelik önlemlerin de ihmal edilmemesi sonucu sağlanabilir (52,53).

## 2.4. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlık kavramındaki anlayış ve sağlık bakım sistemi çevresel ve kültürel etkiler doğrultusunda bilimsel gelişmeler ve teknolojik ilerlemeler ışığında sürekli değişime uğramaktadır. Bu değişim tedaviden sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme yönüne doğru olmuştur (54). On yedinci yüzyıldan on dokuzuncu yüzyıla kadar veba, kolera, iek gibi salgın hastalıklarla mücadele edilmiştir. Sanayileşme ve hızlı kentleşme ile 19. yy da sağlık kavramı evre sanitasyonu, güvenli ve sağlıklı yaşam alanı oluşturma gibi tüm yönleriyle geniş bir vizyon kazandı (54). Aşılama, temiz içme suyu vb. uygulamalar sayesinde salgın hastalıklardan kaynaklı ölümler azaltılmıştır. 20. yy ın sonlarına gelindiğinde HIV/AIDS, kuş gribi, MRSA gibi yeni enfeksiyonel hastalıklar ortaya çıkmış, obezite, kalp damar hastalıkları, DM vb. kronik hastalıklar artmış bu da sağlık sektörünün ilgisini sağlığın geliştirilmesi yönüne kaydırmıştır (55).

Sağlığı geliştirme kavramının temelinde; bireyin potansiyelini ve enerjisini kullanma, doyurucu bir yaşam sürdürme, üretken olabilme, sağlık konusunda yeteneklerini sonuna kadar kullanabilme olanağına sahip olma durumu yer alır (56). Sağlığı geliştirmedeki amaç doğru sağlık davranışlarının geniş halk kitlelerine ulaşmasının sağlanmasıdır. Bu kapsamda sağlığı geliştirme uygulamaları ile kişilerin, kişisel seçim ve sosyal sorumluluklarını geliştirerek kendi sağlıklarını geliştirmelerini sağlayacak süreci ifade etmektedir (10).

Sağlığın geliştirilmesi farklı şekillerde tanımlanmıştır. Lalonde, (1974) sağlığın geliştirilmesini,” fiziksel ve ruhsal sağlığı etkileyen konularda kişilerin ve kuruluşların daha aktif rol ve sorumluluk almalarını sağlayacak şekilde bilgilendirme, etkileme ve yardımcı olmayı hedefleyen strateji” şeklinde tanımlamıştır (53,57).

Green, 1980 de, “sağlığı geliştirmeye yönelik davranışsal ve çevresel değişimleri kolaylaştıran sağlık eğitimi ve ilişkili örgütsel, politik ve ekonomik girişimlerin her türlü birleşimi” olarak tanımlamıştır (53,57).

Pender 1987 yılında sağlığın geliştirilmesini, “direkt iyilik düzeyini artırma ve birey, aile ve toplumun sağlık potansiyelini st düzeye çıkarma aktiviteleri” olarak tanımlamıştır (58).

Kar, 1989 da “Sağlığın davranışsal, toplumsal, çevresel ve biyomedikal belirleyicilerinin optimal düzeyde tutularak, sağlık risklerinin önlenmesi ve iyilik halinin geliştirilmesi” şeklinde tanımlamıştır (53,57).

DSÖ' nün tanımına göre ise sağlığın geliştirilmesi, insanların bireysel kontrollerini arttırma, bireysel ve sosyal sorumluluklarını geliştirmeyi amaçlayan bir süreçtir (8,9).

Sağlığın geliştirilmesi kavramı ile ilgili ilk yaklaşımların başlangıcı 1974 yılına dayanmaktadır. 1986 yılında Kanada Ottawa’da yapılan Birinci Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı konuya ilginin artmasını sağlamış ve tüm dünyada sağlığı geliştirme etkinliklerinin başlatılmasında öncü olmuştur (6,10). Bu süreçte çeşitli örgütler tarafından, dünyanın çeşitli yerlerinde çok uluslu konferanslar düzenlenmiş; bu konuda birçok bildirge yayınlanmıştır (6,10).

- 1986 yılında Ottawa Şartı ile sağlık hizmetlerine ilişkin olarak ortaya çıkan sorumlulukların sadece sağlık sektörüne yüklenemeyeceği ve bu konuda ortaya çıkan ihtiyaçlar konusunda diğer sektörlerin de sorumlu olduğu kabul edilmiştir.

- 1988 yılında Adelaide Tavsiyeleri’nde sağlıklı toplum ve halk stratejilerinin oluşturulması benimsenmiştir.

- 1994 yılında Amsterdam Bildirgesi’nde hasta hakları; sağlık bakımında insan haklarının önemi ve değerleri; bilgilendirmenin önemi, mahremiyet ve özel hayata karşı saygının tesisi gibi ilkeler kabul edilmiştir.

- 1994 yılında Kopenhag Bildirgesi’nde sağlık hizmetlerinin geleceğinin şekillendirilmesi üzerinde durulmuştur.

- 1997 de Jakarta Bildirgesi’ de 21. Yüzyılda Sağlığı Geliştirme Eylem Planları geliştirilmiş ve bu kapsamda sağlık önceliklerine yer verilmiştir

- 2000 yılında Fikirlerden Eyleme Meksika Bakanlık Bildirgesi yayınlanmıştır.

- 2005 de ise Küreselleşen Dünyada Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine yönelik Bankok Şartı yayınlanmıştır

Sağlığı geliştirme programlarının uygulanabilmesi için birçok model geliştirilmiştir. Bu modeller arasında en önemlilerinden birisi de Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (Health Promotion Model)'dir (58,59).

#### **2.4.1. Sağlığı Geliştirme Modeli**

Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM), 1980'lerin başında Pender tarafından geliştirilmiştir. Sosyal öğrenme teorisinden kaynaklanan model, bireyin sağlığı geliştiren davranışlarını etkileyen bilişsel süreçlerin önemini açıklamaya çalışır (58,59,60).

SGM, 1996 yılında Pender ve arkadaşları tarafından tekrar gözden geçirilerek yenilenmiştir. Modelin son halinde sağlığı değiştiren davranışları etkileyen bileşenler; "bireysel özellikler ve deneyimler", "davranış-özel bilişsel süreçler" ve "davranış sonuçları" şeklinde tanımlanmıştır (59,60).

Modelin ana fikri, bireylere olumlu sağlık davranışları kazandırılarak sağlıklı yaşam biçimi oluşturulmasıdır. Sağlık ulaşılması gereken bir hedefdir. Model bireylere sağlığı geliştirici davranışların nasıl kazandırılacağı konusunda yol gösterici olmaktadır. Bireyin sağlık aktivitelerinde aktif olarak rol almasının gerekliliği üzerinde duran model aynı zamanda toplumun geneli için planlanmış ve test edilmiştir (47,58). Modelde sağlığı geliştirici davranışı etkileyen faktörler üç grupta sınıflandırılmıştır (60,61).

1. Bireysel özellikler ve deneyimler
2. Davranışa özel algılar ve etki
3. Davranış sonucu

#### **1. Bireysel Özellikler ve Deneyimler**

**Önceki İlgili Davranış:** Çoğunlukla geçmişteki davranışla benzerdir. Doğrudan ve dolaylı sağlığı geliştirme davranışlarının çekici olması etkilidir.

**Bireysel Faktörler:** Bireysel faktörler biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel olarak sınıflandırılır.

a. Bireysel Biyolojik Faktörler: Yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi, puberta durumu, aerobik kapasitesi, ağırlık, çeviklik ya da uyum gibi değişkenleri içerir.

b. Bireysel Psikolojik Faktörler: Kendine saygı, kendini güdüleme, bireysel yeteneği algılama gibi değişkenleri içerir.

c. Bireysel Sosyokültürel Faktörler: Etnik köken, kültür, eğitim ve sosyoekonomik durum gibi değişkenleri içerir (61,62).

## 2. Davranışa Özel Algılar ve Etki

**Davranışın yararlarını algılama:** Bireyin sergilediği sağlık davranışının, onun sağlığı üzerindeki olumlu ve güçlendirici sonuçlarının farkında olması davranışı üzerinde etkilidir. Bireyin davranışın yararını algılaması davranışa başlama ve sürdürme üzerinde olumlu etkilidir.

**Davranışın önündeki engelleri algılama:** Bireyin yeni bir sağlık davranışını sergilemesinde birçok engel, davranışa başlanma ve bu davranışı sürdürmeyi olumsuz etkiler. En sık karşılaşılan engeller sıkılma, zaman ayıramama, ekonomik yetersizlikler, davranışın güç olması, davranışın çevre tarafından desteklenmemesi gibi engellerdir. Bireyin bu engelleri algılaması davranışa başlama ve sürdürme üzerinde olumlu etkilidir.

**Davranış ile ilgili tepkiler:** Bireyin davranışa yönelik olumlu duygular taşıması ve pozitif bakış açısı geliştirmesi önemlidir. Davranışa ilişkin bireyde oluşan duygular, davranışı tekrarlayıp tekrarlamayacağı veya uzun vadede davranışı koruyup koruyamayacağını etkiler. Davranışa yönelik pozitif duygular davranışın tekrarlanma olasılığını arttırırken, negatif duygular davranışın tekrar oluşmasına engel olabilmektedir.

**Öz etkililiği algılama:** Bireyin yeni bir sağlık davranışını gerçekleştirmedeki kararı özellikle bu davranış başarı ile başlayıp sürdürebileceğine dair algısı davranışa başlama ve sürdürme üzerinde etkilidir.

**Kişilerarası Etkiler:** Kavrama davranışları, inanışlar ya da diğerlerinin davranışları ile ilgilidir. Normlar, sosyal destek ve modeller etkileri içerir. Sağlık sağlayıcıları, akranlar ve aileler kişilerarası ilişkilerin birincil kaynağıdır.

**Durumsal Etkiler:** Bireysel algılar ve kavramalar, herhangi bir durum ve şartlar davranışı kolaylaştırır veya engel olur. Durumsal etkiler doğrudan veya dolaylı olarak sağlık davranışını etkileyebilir (62,63).

### 3. Davranış Sonucu

Bireyin bilgi, bireysel yeterlilik ve beceri düzeyi gibi faktörler sağlık davranışını desteklemektedir. Sağlığı geliştirici davranışın ya da bu davranışın kazanılmasındaki hazırlık ve karar vermenin sonucudur (61,62).

#### 2.4.2. Revize Edilen SGM, Ek Kavramlar ve Tanımlar

1. Davranış ile İlgili Öncelik: Önceki davranışın başarı ya da başarısızlığı, sonraki davranışın sonucunu etkiler.

2. Davranış İle İlgili Etki: Davranışın performansını direkt, öz-etkililiği ise indirekt etkileyen, özel bir davranış sonucu ortaya çıkan, negatif ya da pozitif duygulardan oluşur.

3. Bir Girişim Planı İçin Karar: Bireyin kendisi ya da bir başkasının kararıyla şekillendirilen planlı bir strateji için girişime başlamasını içerir.

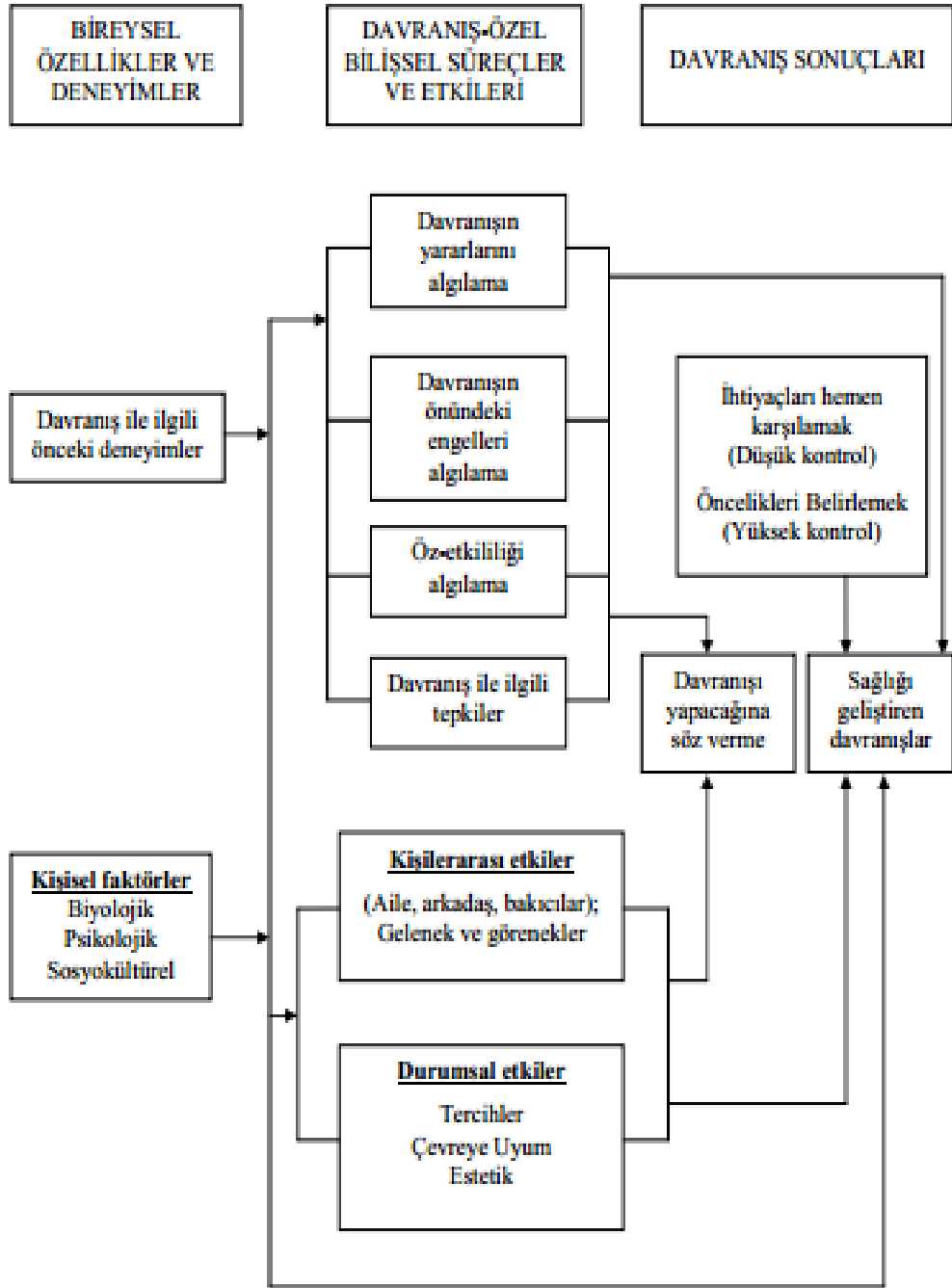
4. Birbiriyle Yarış İçinde Olan Acil İstek ve Tercihler: Davranışa karar vermeden önce var olan planlı davranış için bu alternatifler görüşülerek “yarar ve engel” kavramları belirlenir. Kontrollü davranışların oranı arttıkça, doğru davranışlar birbirini izler (59,60).

“Bilişsel-algılama” olarak belirtilen faktörler sağlığı geliştirme davranışlarının kazanılması ve devam ettirilmesinde başlıca motive edici faktörler olarak belirtilmektedir. Bu faktörler;

1. Sağlığın önemi,
2. Sağlık kontrolünü algılama,

3. Öz yeterliliği algılama,
4. Sağlığın bireysel tanımı,
5. Sağlık durumunu algılama,
6. Sağlığı geliştirici davranışların yararını algılama,
7. Sağlığı geliştirici davranışları engelleyen faktörleri algılamadır (60,64).





Şekil 2.1. Revize Edilen Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (61)

Sağlığı koruma ve geliştirme kavramlarından ve modellerinden sonra bu kavramı gerçekleştirmeye yönelik davranışlar ön plana çıkmaktadır. Sağlığı geliştiren davranışlar bireyin iyilik düzeyini arttırmayı sağlayan davranışları içerir. Yaşam biçimi sağlık davranışlarının sergilendiği bir kavramdır. Bu nedenle sağlık davranışları ile ilgili çalışmalar yaşam biçimi kavramı üzerine odaklanmaktadır (27,64).

## 2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı olmak ya da sağlıklı olduğu zaman hastalıktan korunmak için gerçekleştirdiği davranıştır. Sağlık davranışı gerçekte sağlıklı yaşam biçimlerinin geliştirilmesi ve hastalıklardan korunmanın temelidir. Doğrudan gözlenebilen davranışları değil, dolaylı olarak ölçülebilen zihinsel ve duygusal durumları da içermektedir. Bireyin inançlarını, beklentilerini, değerlerini, algılarını, bireysel tavırlarını, duygusal, psikolojik özelliklerini ve alışkanlıklarını da kapsadığı belirtilmektedir (28,65). Egzersiz ve sağlıklı beslenme gibi sağlığın sürdürülmesine yönelik, aşılama, güvenli cinsel ilişki, taramaların yaptırılması gibi sağlığı korumaya yönelik ya da sağlığa zarar veren davranışların önlenmesi ve tıbbi tedaviye uyum sağlamaya yönelik davranışlardır (26,28).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireylerin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol etmeleri, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlıklarını yükseltmeye yönelik davranışları seçmeleri olarak tanımlanmıştır. Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir düzeye getirebilir (26,28). Pender 1982 yılında sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu belirtmiştir. Pender, Murdaugh ve Parsons'a göre sağlığı geliştirme ve sağlığı koruma arasındaki en önemli fark, bireysel davranış için motivasyonu temel almasıdır (61). Pek çok ülkede ulusal düzeyde yapılan çalışmalarda, sağlık risklerinin bireysel yaşam biçimi ile ilişkili olduğuna dikkat çekilmektedir. Bu bağlamda, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli ilke olarak yaşam biçiminin değiştirilmesine yönelik uygulamalar benimsenmiştir (66,67). Çalışmalar, yaşam biçimi ile sağlık durumu, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık hizmeti sistemleri arasında ilişki olduğunu göstermektedir (68,69). Bireyler, sağlıklı davranışlar geliştirmede kendi sorumluluklarını almalı ve

sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını (SYBD) günlük yaşam alışkanlıkları haline dönüştürmelidirler. Hastalıklardan korunmada, erken tanıda bulunmada ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların kullanılması temeldir (68,69).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi başlıklarını içerir.

### 2.5.1. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesi, kendi sağlığına özen göstermesi, sağlıkla ilgili konularda bilgi arayışına girmesi, gerekli olduğunda da profesyonel bir yardıma başvurabilmesi olarak tanımlanmaktadır (70,71). Sağlık sorumluluğun, bireyin kendi sağlığıyla ilgili olarak koruyucu, önleyici ve sağlığı geliştirici davranışlar ile tutum ve davranış değişikliği göstermesi anlamını taşıdığı ifade edilmektedir. Bireyin davranışlarının ve yaşam biçiminin sağlığını nasıl etkilediğini anlamasını sağlayarak riskli davranışlardan (sigara içmek, riskli seksüel deneyimler, alkol almak vb.) uzak durmasını sağlar. Bireyin sağlığı üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğine inandığı davranışları geliştirmesinde sorumluluk almasına katkı verir (70,71). Kişinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyip uygulayabilmesi kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk duymasına bağlıdır. Bireyin içsel kontrolü kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıtmaktadır.

Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi;

- Vücudunu ve kendini tanıması, sağlık ile ilgili değişiklikler ve sapmalar olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna başvurması,
- Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklık ve düzenine özen göstermesi,
- Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi,
- Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi,
- Sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi,

- Sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması,
- Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi ile belirlenir (72).

### **2.5.2. Fiziksel Aktivite**

Fiziksel aktivite, enerji tüketimi ile sonuçlanan herhangi bir vücut hareketi olup büyük kas gruplarının belli bir düzeyde hareket ettirilmesi, kas performansının geliştirilmesi ve kardiovasküler direncin artırılması olarak tanımlanır (73,74). Günümüzde toplum fiziksel aktivite konusunda yetersiz bilgiye sahip olup, fiziksel aktivitenin sağlık için öneminin yeterince farkında değildir. Bunun yanı sıra yaşam tarzında hareketsizliğin artmış olması bireylerde, kalp-damar hastalıkları, DM, hipertansiyon, obezite gibi kronik hastalıkların görülme sıklığının artmasına neden olmuştur (74).

Bireyin bir amaca yönelik, çevrede yer değiştirebilmesi, kas gruplarının kasılıp gevşemesi yalnız fizyolojik olarak değil, psikolojik olarak da bireyin sağlıklı olması ve sağlığın sürdürülmesi için gereklidir. Yürümek, koşmak, sıçramak, yüzmek, bisiklete binmek, çömelmek, kalkmak, kol ve bacak hareketleri, baş ve gövde hareketleri gibi temel vücut hareketlerinin tümünü ya da bir kısmını içeren çeşitli spor dalları, dans, egzersiz, oyun ve gün içerisindeki aktiviteler fiziksel aktivite olarak kabul edilebilirler (75).

### **2.5.3. Beslenme**

Beslenme, insanın, büyümesi, gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan besin öğelerini yeterli miktarda ve dengeli şekilde alıp bu besinlerin vücutta kullanılmasıdır. Beslenme, bireyin öğünlerini seçme, düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler (76). Beslenme, büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için zorunludur. Günlük olarak alınan besinler 6 temel besin grubundan oluşur. Bu gruplar, su, karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve mineraldir. Vücudun büyümesi, hücrelerin yenilenmesi, fonksiyonlarını sürdürmesi için gerekli olan temel besin öğelerinin yeterli miktarda ve dengeli olarak alınması zorunludur (76,77). Bu öğelerin vücut ihtiyacından az alınması yetersiz beslenme sorununa yol açar, tek tip besin öğesi ile beslenme ise dengesiz beslenme

problemlerine neden olur. Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için yeterli ve dengeli beslenilmesi ve bu davranışın kazanılması gerekmektedir (76,77).

#### **2.5.4. Manevi Gelişim**

Manevi gelişim; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini gerçekleştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler (78). Makhija (2002), maneviyatı amaç ve değerlerle çevrili geniş bir kavram olarak tanımlarken; Oldnall (1996), her bireyin içerisinde hissettiği ruh olarak tanımlamış ve insanın yaşamına anlam kazandıran ve kişinin yaşamını etkileyen inanç ve değerler düzenini yaratmasında bireye yardım eden itici bir güç olarak ifade etmiştir (79,80).

Manevi gelişim, bireyin kendisinin ve varoluşunun ötesindeki güçtür. Başka bir tanımda ise, hem fiziksel boyutu kapsayan hem de onun ötesindeki kişisel farkındalıktır. Literatürde manevi değerlerin anksiyetenin azalmasını, bireyin pozitif yaşam biçimini destekleyerek kendisini üst düzeyde ortaya koymasını, umutlu, güçlü ve barış içerisinde olmasını sağladığı için hastalık ve sağlık üzerinde olumlu etkiler oluşturduğu bildirilmektedir (78,81).

#### **2.5.5. Kişilerarası İlişkiler**

Kişiler arası ilişkiler, bireyin başkaları ile olan nedensel gereklilikler dışında anlamlı ilişkiler kurmasını, sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşüncelerini ve duygularını paylaşmasını içerir (82,83). Pender bireylerin kişiler arası ilişki sistemini; kendine yakın arkadaşları ile birlikte olmak için zaman ayırma, insanlarla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurma, başkalarının başarılarını övme, yakın bulunduğu (aile, arkadaş, v.b) bireylere dokunmaktan hoşlanma, fikir alışverişinde bulunma, tartışma ve uzlaşma yolu ile sorunları çözme olarak tanımlamıştır (60).

Bireylerin çeşitli dönemlerde yaşadıkları olumsuz durumlarda (hastalık, ekonomik yetersizlikler, boşanma, sevdiklerini kaybetme vb.), rollerinde, ilişkilerinde, yaşam biçimlerinde farklılıklar ortaya çıkmakta ve ailelerinden veya yakın çevrelerinden destek görmeleri var olan durumun daha kolay algılanmasına ve sorunların çözümünde başarılı olmalarına yardımcı ve katkı sağlayıcı

gösterilmektedir. Kişilerarası desteği iyi olan bir birey sorunlarıyla daha iyi baş edebilir ve bunun sonucunda üretkenliği ve yaşam kalitesi artar (83,84).

### **2.5.6. Stres Yönetimi**

Stres, bireyin gerek kendisi gerekse çevresiyle olan etkileşimlerini içine alan gelişim süresi içerisinde, çevresel uyanları tehdit olarak algıladığı, kendisinin sahip olduğu özelliklerin ve beklentilerin hoş olmayan durumu olarak tanımlanmaktadır (85).

Stres fizyolojik (travma, sıcak, soğuk gibi), psikolojik (duygusal gerilimler, iç ve dış çatışmalar, eş problemleri) ya da sosyal (çevre etkenleri, kültürel değişim v.b.) faktörlere bağlı olarak çıkabilmektedir. Stres, olumlu sağlık davranışlarını azaltarak, olumsuz sağlık davranışlarını ise artırarak sağlığı etkiler (85,86).

Stres yönetimi, gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir. Stres yönetimi, bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler. Stres yönetimi sağlığın geliştirilmesinin çok önemli hedeflerinden biridir. Stresin azaltılması bireyin güçlerinin iyi bir biçimde yönetilmesini de geliştirir (86).

### **2.6. Sağlığın Geliştirilmesi ve Hemşirelik**

Sağlığı geliştirme kavramı bireyin potansiyelini ve enerjisini kullanabilme, doyurucu ve etkin bir yaşam sürdürebilme, üretken olabilme ve sağlık konusunda yeteneklerini sonuna kadar kullanabilme olanağına sahip olma durumlarını içerir (8,9). Sağlığı geliştirme sadece hastalıkların önlenmesine odaklanmayıp, bireyin iyilik halinin korunmasını, sürdürülmesini, geliştirilmesini ve bireylerin kendi sağlığı ilgili kararların sorumluluğunu almasını içermektedir (8,9). Sağlığın geliştirilmesi insanların bireysel kontrollerini arttırma, bireysel ve sosyal sorumluluklarını geliştirmeyi hedefleyen bir süreçtir (9,10). Sağlığın geliştirilmesinde doğru sağlık davranışlarının geniş toplum kitlelerine ulaşması amaçlanmıştır. Bu bağlamda sağlığı geliştirme uygulamaları ile bireylerin bireysel seçim ve sosyal sorumluluklarını geliştirerek kendi sağlıklarını geliştirmelerini sağlayacak süreç ifade edilmektedir

(10,11). Sağlığı geliştirme, birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlık potansiyelinin gelişmesi ve iyilik düzeyinin artmasına yönelik aktiviteleri ifade etmektedir (9).

Sağlığın geliştirilmesi kavramı hemşireler için önemli bir kavramdır. Günümüzde DSÖ ve pek çok sağlık kuruluşu sağlığı geliştirme aktivitelerinin uygulanmasında temel insan gücü olarak hemşireleri önermekte ve hemşireleri sağlığın geliştirilmesinin liderleri olarak göstermektedir (17,18).

Hemşirelik, bireyin temel gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etme ile başlayan ve günümüzde bilimsel bilgiye dayalı olarak hizmet vermeyi ilke edinen; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubu olarak tanımlanmaktadır (87). Hızlı ve dinamik değişiklikler sağlık bakım sisteminde geleneksel hemşirelik sürecinden ziyade; daha kapsamlı, daha gcl ve bütüncül yaklaşımı kaçınılmaz kılmakta, dünya genelinde hemşirelerin sağlığı koruma ve geliştirmedeki rolü ve önemi giderek daha çok vurgulanmaktadır (88). Hemşirelik mesleğinin gelişimiyle birlikte hemşireliğin uygulama alanları genişlemiş ve yeni boyutlar kazanmıştır. Bu gelişimle birlikte hemşirelerin yetki ve sorumlulukları artmış birey, aile ve toplumun sağlığını koruma-geliştirme ve doğru sağlık davranışlarını kazandırma yönünde yeni rollere yönelmesine yol açmıştır (20). Hemşireler gerek hastane ortamında gerekse diğer sağlık hizmetleri kuruluşlarında birey, aile ve toplumla en çok vakit geçiren ve iletişim halinde olan sağlık çalışanlarıdır. Bu bağlamda hemşireler kendi sürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir (20,21). Hemşirelerin bireyleri, sağlığını geliştirme, stresle baş etme, beslenme ve kişilerarası etkin iletişim kurma vb. konularında desteklemesi beklenir. Hemşirelerin bu sorumlulukları yerine getirebilmesi için sağlığı koruma, geliştirme ve yaşam kalitesini yükseltme konularında öncelikle kendi inanç, tutum ve yaklaşımlarını geliştirmiş olmaları gerekir. Amerikan Hemşireler Birliği hemşirenin sağlığın geliştirilmesindeki rolünü, “hemşire, bireylerin ve grupların gerçek ve olası sağlık problemlerine uyumlarını, bireylerin sağlıklarını etkileyen çevreyi değerlendirme ve

sağlığı geliştirici hemşirelik girişimlerini yapmakla sorumludur” şeklinde belirlemiştir (21,89).

Hemşireler sağlığı geliştirmenin önemini kavrayarak toplumdaki bireylerin olumlu sağlık davranışı geliştirmesi için aktif ve katılımcı davranışlar sergilemelidir (20,21). Bu doğrultuda hemşirelerin sağlığın geliştirilmesine yönelik üstlenmeleri gereken roller kısaca şu şekilde özetlenebilir. Hemşire bireysel ve ailesel kaynaklı potansiyel risk faktörlerini belirler. Eldeki verilerle mevcut problem hakkında tanı koyar, problemin çözümü için plan yapar, hemşirelik girişimlerinde bulunur ve değerlendirme yapar. Bireyin kendi sağlığı ile ilgili sorumlulukları taşımasına ve sağlığı geliştiren aktivitelerin öneminin algılanması ve uygulanmasına yardımcı olur. Hemşire, bireyi fizik ve sosyal çevresi ile birlikte ele alarak yapılacak kişisel sağlığı geliştirme çabalarına uyumuna yardımcı olur ve bireyi aktiviteleri yapmaya cesaretlendirir. Birey ya da hasta kendi durumlarını, sağlık problemlerini ve tıbbi tanılarını bilme, yapılan bakımı ve tedavileri öğrenme, kabul veya reddetme, kendilerine sağlık hizmeti sunan bireyleri tanıma, hizmeti veren kuruluşların sağlık sistemleri hakkında haberdar olma hakkına sahiptir. Hemşirenin bu durumdaki bireylerin savunuculuğunu yapma ve hakları konusunda bilgilendirme sorumluluğu vardır. Hemşire vaka yönetiminden sorumludur. Mevcut durum hakkında bilgi sahibi olmak, veri toplamak izlemlerde bulunmak, holistik bir yaklaşım içinde tüm sağlığı geliştiren aktiviteleri yerine getirmek durumundadır. Yapılması gereken aktiviteleri bir istem ve program doğrultusunda gözden geçirir, öncelikleri belirler, konsülte eder, daha kolay ve daha yararlı olanlardan başlayarak girişimlerde bulunur. Hemşirenin, sağlığın geliştirilmesinde eğitici ve danışmanlık rolü bulunmaktadır. Hemşire bireylere, sağlık ve hastalık hakkında düzenli ve programlı bir şekilde gereksinim duyulan ve gerekli görülen durumlarda eğitim verir ve özellikle yaşam kalitesini ve iyilik halini doğrudan etkileyen kronik hastalıklar veya erken teşhis ve tedavinin öncelikle önem taşıdığı sağlıktan sapma durumlarında bireylere bilgi verir (20,21).

Sağlığı geliştirmede önemli rolü olan hemşirelerin bu rollerini ve sorumluluklarını yerine getirmesini etkileyen faktörler arasında; sağlık bakım sistemi,

hemşirelik rolleri, teknolojik gelişmeler, ekonomik çevre ve bireylerin davranışları yer almaktadır (89,90).

Sağlık bakım giderlerinin artmasına paralel olarak sağlık bakım sistemi de hızla değişmektedir. Bu bakış açısının bir sonucu olarak da hastaların mümkün olduğunca en kısa sürede hastaneden taburcu edilmeleri istenmekte ya da çok gerek duyulmadıkça hastaların hastanede yatmadan tedavi edilmeleri sağlanmaktadır. Bu durumda hemşireler hastalara verdikleri bakımın etkinliğini ölçememektedirler. Hemşirelerin bilgi birikimlerinin artması ve sağlık bakım sistemindeki değişimlere paralel olarak rollerinde de birtakım değişimler söz konusu olmuştur. Eskiden hekimin istemini uygulayan ve çoğunlukla hastanelerde çalışan hemşireler, günümüzde uzmanlaşarak daha farklı alanlarda çalışmaya başlamıştır. Artan bilgi birikimi ve onun getirdiği sorumluluklara bağlı olarak hemşireler sağlığı geliştirme faaliyetleri için liderlik rolünü üstlenmeye başlamışlardır. Teknolojik gelişmeler öğrenme ve bilginin paylaşılma hızını artırmakla kalmayıp aynı zamanda özel tanılama testleri ve tedavilerin de bulunmasına katkı sağlamıştır. Ayrıca, her evde bilgisayar ve televizyonun var olması ve medya, internet kullanımının artması da sağlığı geliştirmeyle ilgili eksik ya da sınırlı bilgilerin halka ulaşmasına neden olabilmektedir. Hemşireler, teknolojik ilerlemenin getirdiği kolaylıklardan yararlanarak hasta ve sağlıklı bireylere ulaşabilir, doğru bilgiyi ve sağlığı geliştirme programlarını daha hızlı ve etkili olarak aktarabilirler. Sağlığı sürdürme için yapılan harcamalar giderek artmaktadır. Nüfusun yaşlanması ve sağlık ihtiyaçlarının artması sağlık bakım maliyetlerini daha da artırmaktadır. Buna bağlı olarak da bireyler sağlık durumunu sürdürme zorlanmaktadır. Bu açıdan hemşirenin bireyleri sağlıklı yaşam biçimi konusunda bilgilendirmeleri ve davranış değişikliği için cesaretlendirmeleri gerekir. Her bireyin kendi sağlığı için sorumluluk alması gerekir. Bu anlamda bireyler kendi sağlıklarını korumak ve geliştirmek için gereken davranışları gösterebilirler de bazı durumlarda genetik yatkınlıklar sağlık durumunu etkileyebilir. Bu durumda hemşirenin bireyi genetik hastalıklar ve sağlığı sürdürme konusunda eğitmesi gerekir (89,90).

Sağlık çalışanları arasında önemli bir yere sahip olan hemşirelerin hastalara daha yararlı olabilmek ve iş yaşamında daha başarılı olabilmek için öncelikle kendi

sağlıklarını korumaları ve geliştirmeleri gerekmektedir. Yapılan bu çalışma hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörleri saptamak ve hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi ile ilgili görüşlerini belirlemek açısından gerekli görülmüştür. Hemşireler sağlığı geliştirmeyi ayrı bir uygulama olarak değil günlük yaşamın bir parçası olarak görmelidir. Sağlığı geliştirmeye yönelik politikaların uygulanması ve çevre üzerinde etkili olabilme potansiyeline sahip olan hemşireler, yasal uygulamalarda sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesine vurguda bulunarak, sağlık hizmetlerindeki değişimlere karşı duyarlı olmalı ve sağlığın geliştirilmesine yönelik uygun yaklaşımları belirlemelidir.



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi ile ilgili görüşleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışma tanımlayıcı araştırma türünde yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Erişkin Hastanesinde yapılmıştır. Hastanenin (Ağustos 2012) tüm birim ve bölümlerinde toplam 638 hemşire çalışmaktadır. Yönetim biçimi Hemşire Müdürlüğüdür. Hastanede hemşirelerin haftalık çalışma saati 40 saattir. 08:00-16:00, 16:00-24:00, 24:00-08:00 olarak 3 vardiya halinde çalışılmaktadır. Hemşirelerin çalışma yerleri, hemşire müdürlüğü, yoğun bakım, ameliyathane, acil servis, poliklinik, yataklı servis birimleridir.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın yürütüldüğü Hacettepe Üniversiteleri Hastanesi Erişkin Hastanesinde çalışan 638 hemşire evreni oluşturmaktadır (Ağustos 2012). Araştırma evreninden örneklem seçilmemiş çalışma evreninin tümü araştırma kapsamına alınmıştır. Ancak araştırma tarihleri (01.10.2012 – 23.11.2012) arasında doğum ve hastalığa bağlı raporlu olma, senelik izin kullanma ve araştırmaya katılmayı kabul etmeme nedenleriyle 260 hemşire araştırma kapsamına alınmamıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 378 hemşire çalışmanın örneklemini oluşturmuş ve evrenin % 59,247'sine ulaşılmıştır.

#### 3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile sağlığın geliştirilmesine ilişkin görüşlerini değerlendirmek için hazırlanan soru formu (Ek 1) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği -II (SYBDÖ-II) (Ek 2) kullanılmıştır.

### 3.4.1. Kişisel ve Mesleki Özellikler ile Sağlığın Geliştirilmesi ile İlgili Görüş formu (Ek 1)

Araştırmacı tarafından kişisel ve mesleki özellikleri belirlemek için oluşturulan formun 1. bölümü; hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleğindeki hizmet yılı, hastanedeki görev yaptığı birimi, idari görevi olup olmadığı, sağlığın geliştirilmesi ile ilgili daha önce bilgi alıp almadığı, almış ise nereden aldığı, aldığı bilginin yeterli olup olmadığı sorularından oluşmaktadır.

Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili görüşleri belirlemek için oluşturulan 2. bölümde; sağlığın geliştirilmesi kavramının ne ifade ettiği, sağlığın geliştirilebileceğine inanılıp inanılmadığı, sağlığın geliştirilmesi kapsamında nelerin yer aldığı, sağlığın geliştirilmesinde kimlerin sorumlu olduğu, hemşirenin rolünün olup olmadığı, bakım verilen hastaya sağlığın geliştirilmesi kapsamında nelerin yapılabileceği ve bakımda sağlığın geliştirilmesi kapsamında engelleyici faktörlerin neler olduğu soruları yer almıştır. Bu form ilgili literatüre (22,25,37,91,92,93,94,95,96) dayalı ve danışman görüşü doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

### 3.4.2. Sağlıklı Yaşama Biçimi Davranışları Ölçeği-II (Ek 2)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçüm aracı Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek için Walker ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 1996 yılında tekrar çalışılarak revize edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmıştır.

Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının sonucunda; cronbach alfa katsayısı tüm ölçekte 0,92 bulunmuştur. Çalışma sonuçlarına göre SYBD ölçeği II'nin Türkiye'de tüm alanlar için kullanılabilirliği belirtilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları ise; Sağlık Sorumluluğu 0.77, Fiziksel Aktivite 0,79, Beslenme 0,68, Manevi Gelişim 0,79, Kişilerarası İlişkiler 0,80, Stres Yönetimi 0,64 olarak saptanmıştır. Madde toplam puan korelasyonları 0,30 ile 0,59 arasında değişmekte olup, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır

( $p < 0.001$ ). Ölçeğin her bir alt boyutunda yer alan maddenin puanı ile yer aldığı alt boyutun toplam puanı arasındaki ilişki korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonuçlarına göre, Sağlık Sorumluluğu alt boyutunda  $r = ,51$ -,68 arasında, Fiziksel Aktivite alt boyutunda  $r = ,46$ -,77 arasında, Beslenme alt boyutunda  $r = ,42$ -,61 arasında, Manevi Gelişim alt boyutunda  $r = ,46$ -,72 arasında, Kişilerarası İlişkiler alt boyutunda  $r = ,51$ -,71 arasında, Stres Yönetimi alt boyutunda  $r = ,40$ -,62 arasında ve tüm maddeler için istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p < 0,001$ ) (97).

Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir.

**Sağlık sorumluluğu;** bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. (Sağlık sorumluluğu alt ölçeği madde numaraları: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51).

**Fiziksel aktivite:** sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir. (Fiziksel aktivite alt ölçeği madde numaraları: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46).

**Beslenme:** bireyin öğünlerini seçme, düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler. (Beslenme alt ölçeği madde numaraları: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50).

**Manevi gelişim:** bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini gerçekleştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler. (Manevi gelişim alt ölçeği madde numaraları: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52).

**Kişilerarası ilişkiler:** bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler. (Kişilerarası ilişkiler alt ölçeği madde numaraları: 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49).

**Stres yönetimi:** bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler. (Stres yönetimi alt ölçeği madde numaraları: 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47).

Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Ters madde yoktur. İşaretleme 4 likert tipli ölçek üzerine yapılır. “Hiçbir zaman” için 1, “Bazen” için 2, “Sık sık” için 3, “Düzenli olarak” için 4 puan verilir. En düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçekten alınan puanların artması, bireyin olumlu sağlık davranışları düzeyinin arttığını göstermektedir.

**Tablo 3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Maddeleri**

Alt Gruplar	Madde Sayısı	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
Sağlık Sorumluluğu	9	9	36
Fiziksel Aktivite	8	8	32
Beslenme	9	9	36
Manevi Gelişim	9	9	36
Kişiler Arası İlişkiler	9	9	36
Stres Yönetimi	8	8	32
<b>SYBDÖ Toplam</b>	<b>52</b>	<b>52</b>	<b>208</b>

### 3.5. Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulaması 12.09.2012 - 20.09.2012 tarihlerinde Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesinde çalışmakta olan ve evren büyüklüğünün % 10'unu oluşturan araştırmaya katılmayı kabul eden 60 hemşire ile yapılmıştır. Ön uygulama sonrası veri toplama formlarının anlaşılabilirliği ve uygunluğu değerlendirilerek gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Veriler 01.10.2012 – 23.11.2012 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde araştırmacı tarafından toplanmıştır. Tüm birim ve bölümlerde çalışan hemşirelerin dağılımını gösteren bir liste yardımıyla bütün servisler ziyaret edilmiştir. Evrenin tamamına ulaşabilmek için tüm çalışma saatlerinde (08:00-16:00, 16:00-24:00, 24:00-08:00) servisler ziyaret edilerek hemşirelerin araştırmaya katılması sağlanmıştır. Hemşireler ile görüşülerek araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Soru formu ve ölçek araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere araştırmacı tarafından dağıtılmış ve hemşirelerin soru formu ve ölçeği kendi kendilerine doldurmaları sağlanmıştır. Hemşirelerin konu ile ilgili tüm soruları yanıtlanmıştır. Soru formu ve ölçeğin doldurulma süreleri ortalama 25 dakika olmuştur.

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırma için Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Erişkin Hastanesi Hemşire Müdürlüğü'nden (Ek 3) ve ön uygulama için Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Başhekimliği'nden (Ek 4) yazılı izin alınmıştır. Hemşirelere araştırma konusunda bilgi verilerek bu bilgilerin sadece araştırma için kullanılacağı ve gizli kalacağı bildirilmiştir. Yanıtların doğru ya da yanlış değil kendi düşüncelerini ifade edeceği vurgulanmıştır. Araştırmaya katılma konusunda yazılı (Ek 5) onamları alınmıştır. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek 6) araştırma için etik izni alınmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Veri toplama araçlarının yanıtlanma oranının öngörülemeyen ve müdahale edilemeyen nedenlerle 638 den 378 de kalması sınırlılık olarak ifade edilebilir.

### **3.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile sağlığın geliştirilmesi ile ilgili görüş soruları bağımsız değişken, hemşirelerin SBYDÖ-II puan ortalamaları ise bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Açık uçlu sorulara

verilen yanıtlar danışman görüşü dorultusunda araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Açık uçlu soru yanıtları ilgili başlıklar altında gruplandırılmıştır (Ek 7, Ek 8, Ek 9, Ek 10, EK 11). Araştırma verileri tanımlayıcı istatistiksel metodlar (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma, Ortanca) kullanılarak gösterilmiştir. Araştırmadan elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Kolmogrov-Smirnov Normal Dağılım testi uygulanmıştır. Verilerin normal dağılmadıkları tespit edilmiştir. 378 sayıdan 1 kişinin bağımlı değişken SYBDÖ-II puan ortalamasının uç değer (outlier) olduğu görölmüştür. Evreni temsil etmediği için analizler 377 sayı üzerinden yapılmıştır. Verilerin analizleri yapılırken normal dağılım göstermediği için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 20.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Bağımlı değişken SYBDÖ-II ve alt gruplarının puanları ile bağımsız değişkenlerin özelliklerinin karşılaştırılmasında; bağımsız iki grup karşılaştırılırken Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Araştırmada bağımsız değişken olan kişisel ve mesleki özelliklerinden cinsiyet, eğitim durumu ve idari görev durumu istatistiksel olarak yeterli sayı oranına sahip olmadığı için karşılaştırma yapılmamıştır. İstatistiklerin anlamlılığı için önemlilik düzeyi 0,05 kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi ile ilgili görüşleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında ele alınmıştır.

4.1. Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özellikleri

4.2. Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi ile İlgili Görüşleri

4.3. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanının Kişisel ve Mesleki özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

#### 4.1. Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özellikleri

**Tablo 4.1.1. Hemşirelerin Kişisel-Mesleki Özellikleri (n=378)**

Kişisel-Mesleki Özellikler	n	%
<b>Yaş</b>		
23-27 yaş	160	42,3
28-35 yaş	172	45,5
36 yaş ve üstü	46	12,2
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	372	98,4
Erkek	6	1,6
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	217	57,4
Bekar	161	42,6
<b>Eğitim Durumu</b>		
Önlisans	12	3,2
Lisans	353	93,4
Lisansüstü	13	3,4
<b>Çalışma Süresi</b>		
1-5 yıl	172	45,5
6-10 yıl	131	34,7
11 yıl ve üstü	75	19,8
<b>Çalıştığı Birim</b>		
Poliklinik	72	19,05
Yataklı Servis	154	40,74
Ameliyathane	25	6,61
Acil Servis	30	7,94
Yoğun Bakım Ünitesi (ybü)	89	23,54
Müdüriyet	8	2,12
<b>İdari Görev</b>		
Hemşire	354	93,7
Sorumlu hemşire	16	4,2
Supervisor	4	1,05
Müdüriyet	4	1,05

Araştırmaya katılan hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.1. de sunulmaktadır. Tabloda görüldüğü gibi hemşirelerin % 45,5'nin 28-35 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Araştırmada yer alan hemşirelerin büyük çoğunluğunun (% 98,4) kadın olduğu ve hemşirelerin yarısından fazlasının (%57,4)

evli olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin büyük çoğunluğu (%93,4) lisans mezunudur. Hemşirelerin % 45,5'nin çalışma sürelerinin 1-5 yıl arasında olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin % 40,7'sinin yataklı servis, % 23,5'inin yoğun bakım ünitesinde görev yaptığı ve % 4,2'sinin ise sorumlu hemşire olarak idari görevde bulunduğu saptanmıştır.



## 4.2. Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi ile İlgili Görüşleri

### 4.2.1. Hemşirelerin Sağlığın geliştirilmesi ile İlgili Bilgi Alma Durumu (n=378)

<b>Sağlığın Geliştirilmesi İle İlgili Bilgi Alma Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Bilgi alan	299	79,1
Bilgi almayan	79	20,9
<b>Alınan Bilgiyi Yeterli Bulma Durumu</b>		
Yeterli	61	16,1
Yetersiz	238	63
Diğer*	79	20,9

\*Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bilgi alma durumu sorusuna hayır yanıtını verenler

Tablo 4.2.1. de hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bilgi alma durumlarının dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin % 79,1'i daha önce sağlığın geliştirilmesi konusunda bilgi aldığını, bilgi alanların % 16,1'inin ise aldığı bilgiyi yeterli bulduğunu ifade ettiği görülmüştür.

Tabloda belirtilmemekle birlikte sağlığın geliştirilmesine ilişkin bilgi alanların % 68,8'i bu bilgiyi temel eğitim sırasında (lisans dönemi) aldığı, diğerlerinin ise yüksek lisans, seminer-konferans, araştırma makaleleri, televizyon, gazete yoluyla bilgi edindiğini ifade ettiği saptanmıştır.

**Tablo 4.2.2. Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi Kavramına İlişkin Görüşleri (n =378)**

Sağlığın Geliştirilmesi Kavramına İlişkin Görüşler	n	%
Sağlık hizmetleri uygulamaları	87	23,0
Bireysel davranışlar	77	20,4
Yaşam kalitesinin yükseltilmesi	102	27,2
Sağlık eğitimi	31	8,2
Holistik bakım	46	12,2
Diğer*	35	9,0

\* Boş bırakılan ya da anlamsız olup herhangi bir kategoriye girmeyen yanıtlar

Tablo 4.2.2. de hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi kavramına ilişkin görüşlerinin dağılımı yer almaktadır.

Hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi kavramına ilişkin % 27,2'si yaşam kalitesinin yükseltilmesini, % 23'ü sağlık hizmetleri uygulamalarını, % 20,4'ü bireysel davranışları, % 12,2'si holistik bakımı ve % 8,2'si sağlık eğitimini ifade ettikleri saptanmıştır.

**Tablo 4.2.3. Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilebilir Olma Durumuna İlişkin Görüşleri (n=378)**

<b>Sağlığın Geliştirilebileceğine İlişkin Görüşler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Geliştirilebilir	359	95,0
Geliştirilemez	19	5,0

Tablo 4.2.3. de hemşirelerin sağlığın geliştirilebilir olma durumuna ilişkin görüşlerinin dağılımı yer almaktadır.

Hemşirelerin % 95'i sağlığın geliştirilebileceğini % 5'i ise geliştirilemeyeceğini ifade etmişlerdir.

**Tablo 4.2.4. Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi Kapsamına İlişkin Görüşleri (n=378)**

<b>Sağlığın Geliştirilmesi Kapsamına İlişkin Görüşler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Eğitim	109	28,8
Bireysel sağlık davranışları	169	44,7
Hastane hizmetleri	13	3,4
Sağlık ve diğer sektörlerin işbirliği, araştırma-geliştirme	59	15,6
Diğer*	28	7,5

\* Boş bırakılan ya da anlamsız olup herhangi bir kategoriye girmeyen yanıtlar

Tablo 4.2.4. de hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi kapsamına ilişkin görüşlerinin dağılımı yer almaktadır.

Hemşirelerin % 44,7'nin bireysel sağlık davranışlarının sağlığın geliştirilmesi kapsamında yer aldığı görüşünü ifade ettiği saptanmıştır. Hemşirelerin % 28,8'i eğitim, % 15,6'sı sağlık ve diğer sektörlerin işbirliği, araştırma-geliştirme, % 3,4'ü hastane hizmetlerinin sağlığın geliştirilmesi kapsamında yer aldığını ifade ettiği görülmüştür.

**Tablo 4.2.5. Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesinde Sorumlu Olma ile İlgili Görüşleri (n=378)**

<b>Sağlığın Geliştirilmesinde Sorumlular</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tüm bireyler	50	13,2
Tüm sağlık personeli	56	14,8
Hasta ve hasta yakınları	64	16,9
Sağlık kurumları, medya, devlet, toplum, eğitim kurumları	186	49,2
Diğer*	22	5,9

\* Boş bırakılan ya da anlamsız olup herhangi bir kategoriye girmeyen yanıtlar

Tablo 4.2.5. de hemşirelerin sağlığın geliştirilmesinde sorumlu olma ile ilgili görüşlerinin dağılımı yer almaktadır.

Hemşirelerin % 49,2'sinin sağlık kurumları, medya, devlet, toplum, eğitim kurumları, % 16,9'unun hasta ve hasta yakınları, % 14,8'inin tüm sağlık personeli, % 13,2'sinin ise tüm bireylerin sağlığın geliştirilmesinde sorumlu olduğu görüşünü ifade ettiği saptanmıştır.

**Tablo 4.2.6. Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirelerin Rolüne İlişkin Görüşleri (n=378)**

<b>Hemşirenin Sağlığın Geliştirilmesinde Rolü</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Var	375	99,2
Yok	3	0,8

Tablo 4.2.6. da hemşirelerin sağlığın geliştirilmesinde hemşirelerin rolüne ilişkin görüşlerinin dağılımı yer almaktadır.

Hemşirelerin % 99,2'sinin sağlığın geliştirilmesinde hemşirenin rolü olduğunu % 0,8'inin ise hemşirenin rolü olmadığını ifade ettikleri görülmektedir.

**Tablo 4.2.7. Hemşirelerin Bakım Verdikleri Hastalara Sağlığın Geliştirilmesi Kapsamında Yapabilecekleri ile ilgili Görüşleri (n=378)**

<b>Hemşirelerin Bakım Verdikleri Hastalara Sağlığın Geliştirilmesi Kapsamında Yapabilecekleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Eğitim	226	59,8
Hasta otonomisi sağlama	68	18,0
Eğitim, danışmanlık, rehberlik	56	14,8
Diğer*	28	7,4

\* Boş bırakılan ya da anlamsız olup herhangi bir kategoriye girmeyen yanıtlar

Tablo 4.2.7. de hemşirelerin bakım verdikleri hastalara sağlığın geliştirilmesi kapsamında yapabilecekleri ile ilgili görüşlerinin dağılımı yer almaktadır.

Hemşirelerin % 59,8'i eğitim, % 18'i hasta otonomisi sağlama, % 14,8'i eğitim, danışmanlık, rehberlik görüşleri ile sağlığın geliştirilmesi kapsamında yapabileceklerini ifade ettikleri görülmüştür.

**Tablo 4.2.8. Hemşirelerin Hemşirelik Bakımında Sağlığın Geliştirilmesini Ele Almada Kendilerine Engel Olan Faktörlere İlişkin Görüşleri (n=378)**

<b>Hemşirelik Bakımında Sağlığın Geliştirilmesini Ele Almada Engel Olan Faktörler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Personel, malzeme eksikliği	203	53,7
Politika ve prosedürler	30	7,9
Tükenmişlik sendromu	35	9,3
Bilgi eksikliği	28	7,4
Hastalarla ilgili sorunlar	49	13,0
Diğer*	33	8,7

\* Boş bırakılan ya da anlamsız olup herhangi bir kategoriye girmeyen yanıtlar

Tablo 4.2.8. de hemşirelerin hemşirelik bakımında sağlığın geliştirilmesini ele almada kendilerine engel olan faktörlere ilişkin görüşlerinin dağılımı yer almaktadır.

Hemşirelerin % 53,7'si personel, malzeme eksikliği, % 13'ü hastalarla ilgili sorunlar, % 9,3'ü tükenmişlik sendromu, % 7,9'u politika ve prosedürler, % 7,4'ü bilgi eksikliği biçiminde sağlığın geliştirilmesini ele almada engellerle karşılaştıklarını ifade ettikleri görülmektedir.

### 4.3. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanının Kişisel ve Mesleki özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

**Tablo 4.3.1. Hemşirelerin SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=378)**

Alt Gruplar	Ölçekten Alınabilecek Alt-Üst Puan	Elde Edilen Alt-Üst Puan	$\bar{x}$	SS
Sağlık Sorumluluğu	9-36	9-34	19,55	4,12
Fiziksel Aktivite	8-32	8-32	14,54	3,96
Beslenme	9-36	12-33	19,65	4,02
Manevi Gelişim	9-36	15-35	25,31	4,39
Kişiler Arası İlişkiler	9-36	14-36	24,92	3,76
Stres Yönetimi	8-32	8-31	16,70	3,13
SYBDÖ Toplam Puan	52-208	76-195	120,69	17,62

Tablo 4.3.1. de araştırmaya katılan hemşirelerin SYBD ölçeği II ve alt gruplarının puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Ölçekten alınan puanların en yüksekten en düşüğe sırasıyla; manevi gelişim  $25,31 \pm 4,39$ , kişilerarası ilişkiler  $24,92 \pm 3,76$ , beslenme  $19,65 \pm 4,02$ , sağlık sorumluluğu  $19,55 \pm 4,12$ , stres yönetimi  $16,70 \pm 3,13$ , fiziksel aktivite  $14,54 \pm 3,96$ , olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin SYBD ölçeği II toplam puan ortalamasının ise  $120,69 \pm 17,62$  olduğu görülmüştür.

Tabloda görüldüğü gibi hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları orta düzeyde bulunmuştur. Hemşirelerin manevi gelişim ile ilgili davranışları en yüksek, fiziksel aktivite ile ilgili davranışları ise en düşük düzey olarak saptanmıştır.

**Tablo 4.3.2. Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=377)**

Alt Gruplar	Yaş Grubu	$\bar{x}$	SS	Ortanca	KW	P
Sağlık Sorumluluğu	23-27 yaş	19,63	3,83	19	39,59	<0,001
	28-35 yaş	18,74	3,62	18		
	36 yaş ve üstü	22,07	5,38	22		
Fiziksel Aktivite	23-27 yaş	14,23	3,13	14	22,18	<0,001
	28-35 yaş	14,15	4,39	13		
	36 yaş ve üstü	16,65	3,33	17		
Beslenme	23-27 yaş	19,06	3,70	19	27,05	<0,001
	28-35 yaş	19,43	4,08	19		
	36 yaş ve üstü	22,20	3,38	21		
Manevi Gelişim	23-27 yaş	25,55	4,40	26	39,59	<0,001
	28-35 yaş	24,16	3,96	24		
	36 yaş ve üstü	28,59	3,95	28,5		
Kişiler Arası İlişkiler	23-27 yaş	24,96	3,86	25	26,23	<0,001
	28-35 yaş	24,21	3,51	24		
	36 yaş ve üstü	27,28	3,16	28		
Stres Yönetimi	23-27 yaş	16,50	2,78	16	40,89	<0,001
	28-35 yaş	16,15	3,10	16		
	36 yaş ve üstü	19,17	2,48	19		
SYBDÖ Toplam Puan	23-27 yaş	119,92	15,57	118	41,9	<0,001
	28-35 yaş	116,87	16,92	116		
	36 yaş ve üstü	135,96	15,58	135		

Tablo 4.3.2. de araştırmaya katılan hemşirelerin yaş gruplarına göre SYBD ölçeği II ve alt gruplarının puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde yaş grupları ile genel ölçek puan ortalaması ve alt gruplarının puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,001$ ).

Sağlık sorumluluğu alt grubu puan ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırıldığında, grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). En yüksek skorun 36 yaş ve üstü yaş grubuna, en düşük skorun ise 28-35 yaş grubuna ait olduğu görülmüştür. 36 yaş ve üstü yaş grubu hemşirelerinin sağlık sorumluluğu puanı, 23-27 ve 28-35 yaş grubu hemşirelerinin puanından yüksektir ( $p<0,05$ ); fakat 23-27 yaş grubu hemşirelerinin sağlık

sorumluluğu puanı ile 28-35 yaş grubu hemşirelerinin sağlık sorumluluğu puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Fiziksel aktivite alt grubu puan ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırıldığında, grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). En yüksek skorun 36 yaş ve üstü yaş grubuna, en düşük skorun ise 28-35 yaş grubuna ait olduğu görülmüştür. 36 yaş ve üstü yaş grubu hemşirelerinin fiziksel aktivite puanı, 23-27 ve 28-35 yaş grubu hemşirelerinin puanından yüksektir ( $p<0,05$ ); fakat 23-27 yaş grubu hemşirelerinin fiziksel aktivite puanı ile 28-35 yaş grubu hemşirelerinin fiziksel aktivite puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Beslenme alt grubu puan ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırıldığında, grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). En yüksek skorun 36 yaş ve üstü yaş grubuna, en düşük skorun ise 28-35 yaş grubuna ait olduğu saptanmıştır. 36 yaş ve üstü yaş grubu hemşirelerinin beslenme puanı, 23-27 ve 28-35 yaş grubu hemşirelerinin puanından yüksektir ( $p<0,05$ ); fakat 23-27 yaş grubu hemşirelerinin beslenme puanı ile 28-35 yaş grubu hemşirelerinin beslenme puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Manevi gelişim alt grubu puan ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırıldığında, grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). En yüksek skorun 36 yaş ve üstü yaş grubuna, en düşük skorun ise 28-35 yaş grubuna ait olduğu görülmüştür. 36 yaş ve üstü yaş grubu hemşirelerinin manevi gelişim puanı, 23-27 ve 28-35 yaş grubu hemşirelerinin puanından yüksek ( $p<0,05$ ); 23-27 yaş grubu hemşirelerinin manevi gelişim puanı, 28-35 yaş grubu hemşirelerinin puanından yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Kişilerarası ilişkiler alt grubu puan ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırıldığında, grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). En yüksek skorun 36 yaş ve üstü yaş grubuna, en düşük skorun ise 28-35 yaş grubuna ait olduğu görülmüştür. 36 yaş ve üstü yaş grubu hemşirelerinin kişilerarası ilişkiler puanı, 23-27 ve 28-35 yaş grubu hemşirelerinin puanından yüksek ( $p<0,05$ ), 23-27 yaş grubu hemşirelerinin kişilerarası ilişkiler

puanı ile 28-35 yaş grubu hemşirelerinin kişilerarası puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Stres yönetimi alt grubu puan ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırıldığında grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). En yüksek skor 36 yaş ve üstü yaş grubuna aittir. En düşük skor ise 28-35 yaş grubuna aittir. 36 yaş ve üstü yaş grubu hemşirelerinin stres yönetimi puanı, 23-27 ve 28-35 yaş grubu hemşirelerinin puanından yüksek ( $p<0,05$ ) bulunmuştur. Diğer iki grup puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Genel ölçek puan ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırıldığında, grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). En yüksek skor 36 yaş ve üstü yaş grubuna aittir. En düşük skor ise 28-35 yaş grubuna aittir. 36 yaş ve üstü yaş grubu hemşirelerinin genel ölçek puanı, 23-27 ve 28-35 yaş grubu hemşirelerinin puanından yüksek ( $p<0,05$ ); 23-27 yaş grubu hemşirelerinin genel ölçek puanı, 28-35 yaş grubu hemşirelerinin puanından yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Yaşları 36 ve üstü olan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) yaşları 23-27 ve 28-35 aralığında olan hemşirelere göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Yaşları 23-27 aralığında olan hemşirelerin manevi gelişim davranışları yaşları 28-35 aralığında olan hemşirelere göre daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur.

**Tablo 4.3.3. Hemşirelerin Medeni Durumuna Göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=377)**

Alt Gruplar	Medeni Durumu	$\bar{x}$	SS	Ortanca	MW	P
Sağlık Sorumluluğu	Evli	19,75	3,93	19	16,13	0,225
	Bekar	19,22	4,27	19		
Fiziksel Aktivite	Evli	14,83	3,80	14,5	15,14	0,031
	Bekar	14,04	3,90	13		
Beslenme	Evli	20,07	4,01	20	15,01	0,022
	Bekar	18,99	3,82	19		
Manevi Gelişim	Evli	25,38	4,57	25	16,96	0,679
	Bekar	25,17	4,10	25		
Kişiler Arası İlişkiler	Evli	25,08	3,89	25	15,71	0,108
	Bekar	24,66	3,52	25		
Stres Yönetimi	Evli	16,89	3,00	17	15,81	0,129
	Bekar	16,36	3,08	16		
SYBDÖ Toplam Puan	Evli	122,02	17,38	119	15,64	0,096
	Bekar	118,43	16,84	117		

Tablo 4.3.3. de araştırmaya katılan hemşirelerin medeni durumlarına göre SYBD ölçeği II ve alt gruplarının puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde medeni durum ile sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt grupları ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin fiziksel aktivite alt grubu puan ortalaması ile medeni durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Evli hemşirelerin fiziksel aktivite puanının, bekar hemşirelerin fiziksel aktivite puanından yüksek olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin beslenme alt grubu puan ortalaması ile medeni durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Evli hemşirelerin beslenme puanının, bekar hemşirelerin beslenme puanından yüksek olduğu bulunmuştur.

Evli olan hemşirelerin fiziksel aktivite ve beslenme ile ilgili davranışlarının bekar olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu diğer sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 4.3.4. Hemşirelerin Çalışma Süresine Göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=377)**

Alt Gruplar	Çalışma Süresi	$\bar{x}$	SS	Ortanca	KW	P
Sağlık Sorumluluğu	1-5 yıl	19,42	3,84	19	12,61	0,002
	6-10 yıl	18,72	3,51	18		
	11 yıl ve üstü	21,15	5,02	21		
Fiziksel Aktivite	1-5 yıl	14,33	3,16	14	63,77	<0,001
	6-10 yıl	13,15	4,13	13		
	11 yıl ve üstü	17,21	3,45	17		
Beslenme	1-5 yıl	18,88	3,66	19	35,9	<0,001
	6-10 yıl	19,21	4,02	19		
	11 yıl ve üstü	21,99	3,64	20		
Manevi Gelişim	1-5 yıl	25,27	4,43	26	26,04	<0,001
	6-10 yıl	24,13	4,20	24		
	11 yıl ve üstü	27,35	3,76	27		
Kişiler Arası İlişkiler	1-5 yıl	24,87	3,78	25	11,45	0,003
	6-10 yıl	24,21	3,72	24		
	11 yıl ve üstü	26,19	3,36	26		
Stres Yönetimi	1-5 yıl	16,49	2,76	16	58,02	<0,001
	6-10 yıl	15,64	3,14	16		
	11 yıl ve üstü	18,85	2,32	19		
SYBDÖ Toplam Puan	1-5 yıl	119,25	15,66	117	50,08	<0,001
	6-10 yıl	115,05	16,65	114		
	11 yıl ve üstü	132,80	15,72	132		

Tablo 4.3.4. de araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma süresi gruplarına göre SYBD ölçeği II ve alt gruplarının puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde çalışma süresi grupları ile genel ölçek puan ortalaması ve alt gruplarının puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Sağlık sorumluluğu alt grubu puan ortalamaları ile çalışma süresi grupları karşılaştırıldığında, grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). En yüksek skor 11 yıl ve üstü çalışma süresi grubuna aittir.

En düşük skor ise 6-10 yıl çalışma süresi grubuna aittir. 11 yıl ve üstü çalışma süresi grubu hemşirelerinin sağlık sorumluluğu puanı, 1-5 yıl ve 6-10 yıl çalışma süresi grubu hemşirelerinin puanından yüksektir ( $p<0,05$ ). Fakat 1-5 yıl çalışma süresi grubu hemşirelerinin sağlık sorumluluğu puanı ile 6-10 yıl çalışma süresi grubu hemşirelerinin sağlık sorumluluğu puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Fiziksel aktivite alt grubu puan ortalamaları ile çalışma süresi grupları karşılaştırıldığında, grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). En yüksek skor 11 yıl ve üstü çalışma süresi grubuna aittir. En düşük skor ise 6-10 yıl çalışma süresi grubuna aittir. 11 yıl ve üstü çalışma süresi grubu hemşirelerinin fiziksel aktivite puanı, 1-5 yıl ve 6-10 yıl çalışma süresi grubu hemşirelerinin puanından yüksektir ( $p<0,05$ ). 1-5 yıl çalışma süresi grubu hemşirelerinin fiziksel aktivite puanı, 6-10 yıl çalışma süresi grubu hemşirelerinin puanından yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Beslenme alt grubu puan ortalamaları ile çalışma süresi grupları karşılaştırıldığında, grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). En yüksek skor 11 yıl ve üstü çalışma süresi grubuna aittir. En düşük skor ise 6-10 yıl çalışma süresi grubuna aittir. 11 yıl ve üstü çalışma süresi grubu hemşirelerinin beslenme puanı, 1-5 yıl ve 6-10 yıl çalışma süresi grubu hemşirelerinin puanından yüksektir ( $p<0,05$ ). Fakat 1-5 yıl çalışma süresi grubu hemşirelerinin beslenme puanı ile 6-10 yıl çalışma süresi grubu hemşirelerinin beslenme puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Manevi gelişim alt grubu puan ortalamaları ile çalışma süresi grupları karşılaştırıldığında, grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). En yüksek skor 11 yıl ve üstü çalışma süresi grubuna aittir. En düşük skor ise 6-10 yıl çalışma süresi grubuna aittir. 11 yıl ve üstü çalışma süresi grubu hemşirelerinin manevi gelişim puanı, 1-5 yıl ve 6-10 yıl çalışma süresi grubu hemşirelerinin puanından yüksektir ( $p<0,05$ ). Fakat 1-5 yıl çalışma süresi grubu hemşirelerinin manevi gelişim puanı ile 6-10 yıl çalışma süresi grubu hemşirelerinin manevi gelişim puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Kişilerarası ilişkiler alt grubu puan ortalamaları ile çalışma süresi grupları karşılaştırıldığında, grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). En yüksek skor 11 yıl ve üstü çalışma süresi grubuna aittir. En düşük skor ise 6-10 yıl çalışma süresi grubuna aittir. 11 yıl ve üstü çalışma süresi grubu hemşirelerinin kişilerarası ilişkiler puanı, 1-5 yıl ve 6-10 yıl çalışma süresi grubu hemşirelerinin puanından yüksektir ( $p<0,05$ ). Fakat 1-5 yıl çalışma süresi grubu hemşirelerinin kişilerarası ilişkiler puanı ile 6-10 yıl çalışma süresi grubu hemşirelerinin kişilerarası ilişkiler puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Stres yönetimi alt grubu puan ortalamaları ile çalışma süresi grupları karşılaştırıldığında, grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). En yüksek skor 11 yıl ve üstü çalışma süresi grubuna aittir. En düşük skor ise 6-10 yıl çalışma süresi grubuna aittir. 11 yıl ve üstü çalışma süresi grubu hemşirelerinin stres yönetimi puanı, 1-5 yıl ve 6-10 yıl çalışma süresi grubu hemşirelerinin puanından yüksektir ( $p<0,05$ ). Fakat 1-5 yıl çalışma süresi grubu hemşirelerinin stres yönetimi puanı ile 6-10 yıl çalışma süresi grubu hemşirelerinin stres yönetimi puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Genel ölçek puan ortalamaları ile çalışma süresi grupları karşılaştırıldığında, grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). En yüksek skor 11 yıl ve üstü çalışma süresi grubuna aittir. En düşük skor ise 6-10 yıl çalışma süresi grubuna aittir. 11 yıl ve üstü çalışma süresi grubu hemşirelerinin genel ölçek puanı, 1-5 yıl ve 6-10 yıl çalışma süresi grubu hemşirelerinin puanından yüksektir ( $p<0,05$ ). 1-5 yıl çalışma süresi grubu hemşirelerinin genel ölçek puanı, 6-10 yıl çalışma süresi grubu hemşirelerinin genel ölçek puanından yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Çalışma süresi 11 yıl ve üstü olan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) çalışma süresi 1-5 yıl ve 6-10 yıl aralığında olan hemşirelerden daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Çalışma süresi 1-5 yıl aralığında olan hemşirelerin fiziksel aktivite davranışları çalışma süresi 6-10 yıl aralığında olan hemşirelere göre daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur.

**Tablo 4.3.5. Hemşirelerin Çalıştığı Birime Göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının puan Ortalamalarının Dağılımı (n=377)**

Alt Gruplar	Çalıştığı Birim	$\bar{x}$	SS	Ortanca	KW	P
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	Poliklinik	21,13	4,79	21	13,840	0,017
	Yataklı Servis	19,28	3,99	18		
	Ameliyathane	18,52	3,68	20		
	Acil Servis	19,27	3,92	18,5		
	ybü	19,17	3,61	19		
	Müdüriyet	17,63	2,07	18		
<b>Fiziksel Aktivite</b>	Poliklinik	17,35	3,89	17	56,25	<0,001
	Yataklı Servis	13,39	3,40	13		
	Ameliyathane	15,08	3,43	14		
	Acil Servis	14,70	3,02	14,5		
	ybü	13,99	3,82	14		
	Müdüriyet	12,88	3,87	12		
<b>Beslenme</b>	Poliklinik	22,35	3,54	21	53,29	<0,001
	Yataklı Servis	19,15	3,85	19		
	Ameliyathane	19,12	2,99	19		
	Acil Servis	20,20	4,21	20,5		
	ybü	18,17	3,65	18		
	Müdüriyet	19,13	3,23	18,5		
<b>Manevi Gelişim</b>	Poliklinik	27,17	3,53	26	16,84	0,005
	Yataklı Servis	25,04	4,58	25		
	Ameliyathane	24,56	4,26	25		
	Acil Servis	25,57	4,40	25,5		
	ybü	24,34	4,28	24		
	Müdüriyet	24,88	4,32	25,5		
<b>Kişiler Arası İlişkiler</b>	Poliklinik	26,19	3,18	26	12,71	0,026
	Yataklı Servis	24,73	4,01	25		
	Ameliyathane	25,32	3,24	25		
	Acil Servis	24,53	4,22	25		
	ybü	24,29	3,48	25		
	Müdüriyet	23,50	3,07	23,5		
<b>Stres Yönetimi</b>	Poliklinik	18,63	2,23	19	41,23	<0,001
	Yataklı Servis	16,11	3,29	16		
	Ameliyathane	16,92	2,45	17		
	Acil Servis	16,40	2,36	16		
	ybü	16,12	2,83	16		
	Müdüriyet	15,88	4,05	14,5		
<b>SYBDÖ Toplam Puan</b>	Poliklinik	132,88	14,80	133	46	<0,001
	Yataklı Servis	117,69	17,28	117		
	Ameliyathane	119,52	12,86	118		
	Acil Servis	120,67	16,20	117,5		
	ybü	116,08	16,21	114		
	Müdüriyet	113,88	14,55	112,5		

Tablo 4.3.5. de araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştığı birime göre SYBD leği II ve alt gruplarının puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde hemşirelerin çalıştığı birim ile genel ölçek puan ortalaması ve alt gruplarının puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Hemşirelerin sağlık sorumluluğu alt grubu puan ortalaması ile çalıştığı birim arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Poliklinikte alışan hemşirelerin sağlık sorumluluğu puanının, yataklı serviste çalışan hemşirelerin sağlık sorumluluğu puanından yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Diğer birimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin fiziksel aktivite alt grubu puan ortalaması ile çalıştığı birim arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Poliklinikte alışan hemşirelerin fiziksel aktivite puanının, yataklı serviste, acil serviste, ybü de ve müdüriyette çalışan hemşirelerin fiziksel aktivite puanından yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Diğer birimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin beslenme alt grubu puan ortalaması ile çalıştığı birim arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Poliklinikte alışan hemşirelerin beslenme puanının, yataklı serviste, ameliyathanede ve ybü de çalışan hemşirelerin beslenme puanından yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Diğer birimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin manevi gelişim alt grubu puan ortalaması ile çalıştığı birim arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Poliklinikte alışan hemşirelerin manevi gelişim puanının, yataklı serviste ve ybü de çalışan hemşirelerin manevi gelişim puanından yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Diğer birimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin kişilerarası ilişkiler alt grubu puan ortalaması ile çalıştığı birim arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Poliklinikte alışan hemşirelerin kişilerarası ilişkiler puanının, ybü de çalışan hemşirelerin kişilerarası

ilişkiler puanından yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Diğer birimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin stres yönetimi alt grubu puan ortalaması ile çalıştığı birim arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Poliklinikte çalışan hemşirelerin stres yönetimi puanının, yataklı serviste, acil serviste ve ybü de çalışan hemşirelerin stres yönetimi puanından yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Diğer birimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin genel ölçek puan ortalaması ile çalıştığı birim arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Poliklinikte çalışan hemşirelerin genel ölçek puanının, yataklı serviste, ameliyathanede, acil serviste ve ybü de, çalışan hemşirelerin genel ölçek puanından yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Diğer birimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Poliklinikte çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur.

**Tablo 4.3.6. Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi ile İlgili Bilgi Alma Durumuna Göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=377)**

Alt Gruplar	Bilgi Alma Durumu	$\bar{x}$	SS	Ortanca	MW	P
Sağlık Sorumluluğu	Evet	19,70	4,01	19	9,72	0,017
	Hayır	18,85	4,30	18		
Fiziksel Aktivite	Evet	14,72	3,94	14	9,99	0,038
	Hayır	13,62	3,39	14		
Beslenme	Evet	19,72	4,14	20	11,35	0,621
	Hayır	19,20	3,17	20		
Manevi Gelişim	Evet	25,34	4,19	25	11,43	0,688
	Hayır	25,08	4,99	25		
Kişiler Arası İlişkiler	Evet	25,02	3,59	25	10,82	0,267
	Hayır	24,44	3,73	24		
Stres Yönetimi	Evet	16,73	2,81	17	11,7	0,937
	Hayır	16,43	3,04	17		
SYBDÖ Toplam Puan	Evet	121,25	16,85	119	10,6	0,173
	Hayır	117,62	18,37	117		

Tablo 4.3.6. da araştırmaya katılan hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bilgi alma durumuna göre SYBD ölçeği II ve alt gruplarının puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bilgi alma durumu ile beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt grupları ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin sağlık sorumluluğu alt grubu puan ortalaması ile bilgi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili daha önce bilgi alanların sağlık sorumluluğu puanının, bilgi almayanların sağlık sorumluluğu puanından yüksek olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin fiziksel aktivite alt grubu puan ortalaması ile bilgi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili daha önce bilgi alanların fiziksel aktivite puanının, bilgi almayanların fiziksel aktivite puanından yüksek olduğu bulunmuştur.

Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili daha önce bilgi almış olan hemşirelerin sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite davranışları bilgi almayan hemşirelere göre daha yüksek düzeyde olduğu diğer sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.



**Tablo 4.3.7. Hemşirelerin Aldığı Bilgiyi Yeterli Bulma Durumuna göre SYBD Ölçeği II ve Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=377)**

Alt Gruplar	Alınan Bilgi		$\bar{x}$	SS	Ortanca	MW	P
	Yeterli Mi						
Sağlık Sorumluluğu	Evet		21,66	4,94	20	5,27	0,001
	Hayır		19,19	3,57	19		
Fiziksel Aktivite	Evet		14,75	4,48	14	7,54	0,608
	Hayır		14,71	3,81	15		
Beslenme	Evet		20,26	4,69	19	7,12	0,852
	Hayır		19,58	3,99	20		
Manevi Gelişim	Evet		25,80	4,72	25	6,85	0,530
	Hayır		25,22	4,05	25		
Kişiler Arası İlişkiler	Evet		25,00	4,33	25	7,16	0,906
	Hayır		24,94	3,38	25		
Stres Yönetimi	Evet		16,33	2,76	15	8,19	0,106
	Hayır		16,83	2,82	17		
SYBDÖ Toplam Puan	Evet		124,15	19,19	121	6,54	0,253
	Hayır		120,50	16,16	120,5		

Tablo 4.3.7. de araştırmaya katılan hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi ile ilgili aldığı bilgiyi yeterli bulma durumuna göre SYBD ölçeği II ve alt gruplarının puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde sağlığın geliştirilmesi ile ilgili aldığı bilgiyi yeterli bulma durumu ile fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt grupları ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin sağlık sorumluluğu alt grubu puan ortalaması ile aldığı bilgiyi yeterli bulma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili aldığı bilgiyi yeterli bulan hemşirelerin sağlık sorumluluğu puanının, yeterli bulmayan hemşirelerin sağlık sorumluluğu puanından yüksek olduğu saptanmıştır.

Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili daha önce bilgi almış olup aldığı bilgiyi yeterli bulan hemşirelerin sağlık sorumluluğu davranışlarının aldığı bilgiyi yeterli bulmayan

hemşirelere göre daha yüksek düzeyde olduğu diğer sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında ise anlamlı fark olmadığı saptamıştır.



## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi ile ilgili görüşleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan **hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi kavramı ile ilgili** belirttikleri görüşlere bakıldığında sağlığın geliştirilmesini daha çok (% 27,2) yaşam kalitesinin artırılması (sağlık seviyesinin en üst düzeye çıkarılması) şeklinde ifade ettikleri görülmüştür. Bunun yanı sıra hemşirelerin sağlığın geliştirilmesini; sağlık hizmetleri uygulamaları (% 23), bireysel davranışlar (% 20,4), holistik bakım (% 12,2) ve sağlık eğitimi (% 8,2) şeklinde tanımladıkları görülmüştür (Tablo 4.2.2.). Walthew ve Scott'un (2012) Yeni Zelanda'da dört hemşirelik okulunda okuyan öğrencilerin sağlığın geliştirilmesi ile ilgili görüşlerine ilişkin yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlar çıkmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin büyük çoğunluğu sağlığın geliştirilmesini mevcut sağlığı sürdürmek için kolaylaştırıcı bir süreç ve en yüksek sağlık seviyesine ulaşmak olarak tanımlamışlardır. Bu tanımlamalarla birlikte toplumda hastalıklar için risk faktörlerini azaltma, sağlıklı yaşam tarzı geliştirme, hastalık yönetimi, bireylere sağlık eğitimi verme şeklinde ifadeler kullanmışlardır. Birkaç öğrenci de sağlığı geliştirmenin bireysel düzeyden ziyade hükümet politikalarını ve sağlık eğitimini içeren toplum odaklı yaklaşım olarak ifade etmişlerdir (38). Cross (2005) tarafından İngiltere'de acil servis hemşirelerinin sağlığın geliştirilmesine yönelik tutumları üzerine yapılmış çalışmada ise hemşirelerin çoğunluğu sağlığın geliştirilmesinin hemşirelik bakımının içerisinde yer aldığını, bütüncül bakım, hastaları güçlendirme, otonomilerini sağlama, eğitim verme ifadelerini kullandıkları görülmüştür (37).

Sağlığın geliştirilmesi DSÖ tarafından bireyin kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü artırma gücünü kazanması olarak tanımlanmıştır (8,9). Sağlığı geliştirme, birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlık potansiyelinin gelişmesi ve iyilik düzeyinin artmasına yönelik aktiviteleri ifade etmekte ve var olan sağlık davranışlarının en üst düzeye çıkarılmasını hedeflemektedir. (8,9). Hemşirelerin ifadeleri incelendiğinde ise hiçbir hemşirenin sağlığın geliştirilmesini tam ve eksiksiz şekilde tanımlayamadığı ancak benzer ve

yakın ifadelerde buldukları görülmektedir. Bu durumun sağlığın geliştirilmesi kavramının hemşirelik okullarında ve hizmet içi eğitimlerde gereken önemin verilmemiş olma ya da yeterince ele alınmamış olma ihtimali ve eğitim farklılıklarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

**Hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi kapsamında nelerin yer aldığına ilişkin** ifadelerine bakıldığında hemşirelerin yarısına yakınının (% 44,7) bireysel sağlık davranışları (egzersiz, beslenme, uyku alışkanlığı, stres yönetimi, kişisel bakım vb.) şeklinde ifade buldukları görülmüştür. Bunun yanı sıra sağlık ve diğer sektörlerin işbirliği, araştırma-geliştirme (% 15,6), eğitim (% 28,8), şeklinde ifadeler kullandıkları görülmüştür (Tablo 4.2.4.). Cross (2005) tarafından İngiltere’de acil servis hemşirelerinin sağlığın geliştirilmesine yönelik tutumları üzerine yapılmış çalışmada hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi ile hastaları güçlendirme, otonomilerini sağlama, eğitim/bilgi verme, soysal, ekonomik, politik ve çevresel alanlarda sağlığı içeren faktör yaklaşımı ifadelerini kullandıkları görülmüştür (37). Reeve ve diğerlerinin (2004) Texas’ da çalışan hemşirelerin sağlığın geliştirilmesine ilişkin tutum ve uygulamalarını belirleme amacıyla yaptıkları çalışmada hemşireler sağlığın geliştirilmesinde olumlu sağlık davranışlarının (alkol-sigara bırakma, rutin sağlık kontrolleri vb) bulunduğunu belirttikleri görülmüştür (91).

Literatürde sağlığın geliştirilmesi ve iyilik düzeyinin artırılması için sağlığın geliştirilmesinin her türlü aktiviteyi kapsadığı ve bu aktivitelerin sağlığı geliştirme davranışı olarak ifade edildiği bilinmektedir. Sağlığı geliştirme davranışı bilişsel ve duyuşsal eylemleri, egzersiz, fiziksel aktivite, beslenme, düzenli yaşam tarzı, olumlu bir tutum sürdürme, sağlık sorumluluğu davranışları, kişilerarası destek alma ve arama gibi aktiviteleri içermektedir (26,27). Hemşirelerin ifadeleri incelendiğinde çoğunluğun sağlığın geliştirilmesi kapsamında orantılı ifadelerde buldukları ancak hemşirelerin, sağlığın geliştirilmesini kapsamı dar ve bireysel düzeyde ele aldıkları görülmektedir.

**Hemşirelerin sağlığın geliştirilmesinde sorumlu olma ile ilgili** görüşlerine bakıldığında hemşirelerin yarısının (% 49,2) sağlığın geliştirilmesinde sağlık kurumları, medya, devlet, toplum ve eğitim kurumlarını sorumlu tuttıkları görülmüştür. Bununla birlikte hemşirelerin % 16,9’u hasta ve hasta yakınlarını, %

14,8'i tüm sağlık personelini, % 13,2'sinin ise tüm bireyleri sorumlu bulduğu görülmüştür (Tablo 4.2.5.). Haddad ve Umlauf (2010) tarafından Ürdün'de ebe ve hemşirelerin sağlığın geliştirilmesine ilişkin görüşlerine yönelik yapılan çalışmada katılımcıların çoğunluğu sağlığın geliştirilmesinde sağlık çalışanlarının ve hükümetin sorumluluğu olduğunu ifade ettikleri görülmüştür (92).

Ottawa Şartı ile sağlık hizmetlerine ilişkin olarak ortaya çıkan sorumlulukların sadece sağlık sektörüne yüklenemeyeceği ve bu konuda ortaya çıkan ihtiyaçlar konusunda diğer sektörlerin de sorumlu olduğu kabul edilmiştir. Ottawa Sözleşmesinde sağlığın tüm sektörlerde ve hükümetin her düzeyinde gündeme alınması gerektiği vurgulanmaktadır (8,9). Hemşirelerin görüşleri incelendiğinde büyük çoğunluğunun bu doğrultuda ifadelerde bulunduğu görülmektedir.

Hemşirelerin neredeyse tamamının (% 99,2) **sağlığın geliştirilmesinde hemşirenin rolü** olduğunu ifade ettikleri görülmüştür (Tablo 4.2.6.). Steptoe ve diğerlerinin (1999) İngiltere'de sağlık çalışanlarının kalp-damar hastalıklarında sağlığın geliştirilmesine ilişkin tutumlarına yönelik yaptıkları çalışmada hemşire ve doktorların büyük çoğunluğu hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi için daha uygun olduğu ve daha çok rolleri olduğunu ifade ettikleri görülmüştür (93).

DSÖ 2000'li yıllarda herkes için sağlık hareketiyle açıkça hemşireleri sağlığın geliştirilmesinin liderleri olarak göstermiştir (16,17). Günümüzde DSÖ ve pek çok sağlık kuruluşu, sağlığı geliştirme aktivitelerinin uygulanmasında temel insan gücü olarak hemşireleri önermektedir (17,18). Bu açıdan bakıldığında hemşirelerin sağlığın geliştirilmesinde kendilerinin rolleri olduğunun ve önemli bir yer tuttuklarının farkında olduğu görülmektedir.

**Hemşirelerin bakım verdikleri hastalara sağlığın geliştirilmesi kapsamında yapabildikleri** ile ilgili belirttikleri görüşlere bakıldığında hemşirelerin çoğunluğunun eğitim (% 59,8), bir kısmının ise hasta otonomisi (% 18) ve eğitim-danışmanlık-rehberlik (% 14,8) ifadelerinde bulunduğu görülmüştür (Tablo 4.2.7.). Reeve ve diğerlerinin (2004) Texas' da çalışan hemşirelerin sağlığın geliştirilmesine ilişkin tutum ve uygulamalarını belirleme amacıyla yaptıkları çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun sağlığın geliştirilmesinde uygulama olarak olumlu sağlık

davranışlarının (alkol-sigara bırakma, rutin sağlık kontrolleri vb) eğitim, danışmanlık ifadelerinde bulunduğu görülmüştür (91).

Hemşirelerin sağlığı geliştirme rol ve sorumlulukları literatürde; savunucu, lider, bakım yöneticisi, danışman, eğitici, iyileştirici, araştırmacı, rol model olma olarak belirtilmektedir (20,21). Sağlığın geliştirilmesi kapsamında hemşirelerin yapması gereken uygulama ve aktiviteler olarak bakıldığında hemşirelerin belirttikleri uygulamalarının yeterli düzeyde olmadığı, eksik ve sınırlı kaldığı görülmektedir. Bu durumun sağlık politikalarında ve hastane yönetiminde hasta bakımında sağlığın geliştirilmesinden çok tedavi odaklı bakımın ön planda olması, hemşirelerin bakım planı ve uygulamalarını doğrudan hastalığa yönelik yapmaları ve buna bağlı sağlığın geliştirilmesini geri plana atmalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

**Hemşirelerin, hemşirelik bakımında sağlığın geliştirilmesini ele almada kendilerine engel olan faktörlere ilişkin görüşlerine** bakıldığında hemşirelerin çoğunluğunun personel ve malzeme eksikliğini (% 53,7) diğerlerinin ise hastalarla ilgili sorunları (% 13), tükenmişlik sendromu (% 9,3), politika ve prosedürler (% 7,9) ve bilgi eksikliğini (% 7,4) engelleyici faktör olarak ifade ettiği görülmüştür (Tablo 4.2.8.). Personel ve malzeme eksikliği kategorisinde aynı zamanda personel eksikliğine bağlı aşırı iş yükü ve zaman yetersizliği, hastalara yeterli vakit ayıramama, iş yoğunluğu, ağır çalışma koşulları, malzeme ve materyal eksiliğine bağlı hastalara etkin bakım sağlayamama, uygun ortamın her zaman sağlanamaması şeklinde ifadeler yer almaktadır. Wilhelmsson ve Lindberg (2009) tarafından İsveç'te bölge hemşirelerinin sağlığın geliştirilmesinde kolaylaştırıcı ve engelleyici faktörlere ilişkin algılarına yönelik yapılan çalışmada hemşirelerin çoğunluğu engelleyici olarak eksiklik ve belirsizlik kaynaklı durumları ifade etmişlerdir. Zaman yetersizliği, kaynak sınırlılığı, destek azlığı, bilgi eksikliği, görev ve önceliklerle ilgili belirsizlikler şeklinde ifadeler kullandıkları görülmüştür (94). Leuven ve Prion (2007) tarafından Amerika'da hastanede çalışan hemşirelerle yapılan hemşirelik bakımında sağlığın geliştirilmesi ile ilgili çalışmada, hemşireler zaman yetersizliği, karmaşık hasta bakımı, uygulama kapsamına yönelik sınırlılıklar şeklinde kendilerine engel olan faktörleri ifade etmişlerdir (22). Brotons ve diğerlerinin (2004) Avrupa'da sağlık çalışanlarının klinik uygulamalarda sağlığın geliştirilmesi ile ilgili görüşlerine

ilişkin yaptıkları çalışmada, katılımcılar aşırı iş yükünü ve zaman yetersizliğini engelleyici olarak belirtmişlerdir (96).

Kullanılan ifadeler incelendiğinde hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi ile ilgili çok sayıda engel tanımladığı ve bu engellerin çalışma ortamı, mesleki belirsizlikler ve hemşirelerin kendileri ile ilgili olduğu görülmektedir. Bu durumun ülke politikasında ve hastane yönetiminde sağlığın geliştirilmesi kavramına gereken önemin verilmemesi ve kaynak aktarımının yapılmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Aynı zamanda sağlığın geliştirilmesi kavram ve önemi ile ilgili eğitim farklılıkları, eğitim yetersizliği, hemşirelerin motivasyon veya iletişim problemleri, görev tanımlarındaki belirsizlikler vb. durumlarında rol oynadığı düşünülmektedir.

**SYBD Ölçeği II den** alınabilecek en üst puan 208'dir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin ölçek puan ortalaması  $120,69 \pm 17,62$  olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, hemşirelerin SYBD Ö II ye ait toplam puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu görülmektedir (Tablo 4.3.1.). Aynı şekilde sağlık personeli ile yapılan bazı çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir. Yalçinkaya ve diğerleri (2007) üniversite ve devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin SYBD ölçeği II puan ortalamalarını  $121,85 \pm 18,05$  (42), Cürçani ve diğerleri (2010) eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşireler ile yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin ölçek puan ortalamalarını  $121,20 \pm 18,30$  olarak saptamıştır (43). Özkan ve Yılmaz ise (2008) hastanede çalışan hemşireler ile yaptıkları çalışmalarında, hemşirelerin ölçek puan ortalamalarını  $125,96 \pm 16,99$  olarak belirlemiştir (44). Pasinlioğlu ve Gözüm de (1998) birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeli ile yaptıkları çalışmalarında, sağlık personelinin ölçek puan ortalamalarını 117,5 olarak bulmuştur (98).

Toplumun sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması adına sağlık ekibinin en önemli üyesi olarak kabul edilen ve bu doğrultuda eğitim alan hemşirelerin kendi sağlıklarını geliştirecek sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarının daha yüksek olması beklenirken sonuçta elde edilen puanların istendik değerde olmaması dikkat çekicidir. Bu sonuç, hemşirelerin sahip oldukları bilgi ve deneyimlerini kendi yaşamlarına çok fazla yansıtamadıklarını düşündürmektedir. Bu durumun

hemşirelerin ağır çalışma koşulları, yoğun iş stresi, vardiyalı veya nöbetli çalışmaya bağlı düzensiz hayat tarzı gibi nedenlerden de kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda hemşireler için olanakların, yaşam tarzı ve kültürel yönden özelliklerin toplumla benzer olmasıyla da ilişkilendirilebilir.

SYBD Ö II nin alt grupları ele alındığında; hemşirelerin aldıkları puan ortalamaları arasında en yüksek puan ortalaması  $25,31 \pm 4,39$  ile manevi gelişim bulunmuştur. Bunu sırasıyla; kişilerarası ilişkiler  $24,92 \pm 3,76$ , beslenme  $19,65 \pm 4,02$ , sağlık sorumluluğu  $19,55 \pm 4,12$ , stres yönetimi  $16,70 \pm 3,13$ 'nin izlediği görülmektedir. En düşük puan ortalamasının ise  $14,54 \pm 3,96$  ile fiziksel aktivite alt grubuna ait olduğu görülmektedir (Tablo 4.3.1.).

Cürcani ve arkadaşları (2010) ile Bostan'ın (2013) hemşirelerle yapmış olduğu çalışmada da SYBD Ö II nin alt grupları puan ortalamalarının çalışmamızla benzerlik gösterdiği anlaşılmıştır (43,99). Özkan ve Yılmaz'ın (2008) çalışmalarında beslenme ve stres yönetimi alt gruplarının benzer puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür (44).

McElligott ve diğerlerinin (2009) Amerika'da hastanede çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmada da benzer şekilde en yüksek puan ortalamasının manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler olduğu, en düşük puan ortalamasının ise fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt grupları olduğu görülmüştür (25).

Aynı şekilde yapılan pek çok çalışmada “manevi gelişim” puan ortalamaları en yüksek alt grup olarak bulunurken, “fiziksel aktivite” puan ortalamaları en düşük alt grup olarak saptanmıştır. Yurt içinde ve yurt dışında yapılmış birçok çalışmada “fiziksel aktivite” puan ortalaması en düşük alt grup olarak bulunmuştur (39,42,98,100,101). Elde edilen bu bulgular gerek toplumların gerekse onlara rol model olması gereken hemşirelerin fiziksel aktivite yapma alışkanlığının olmadığını düşündürmektedir.

Hemşirelerin **yaş gruplarına** göre SYBD ölçeği II ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde; yaş grupları ile ölçek alt grupları puan ortalamaları ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo 4.3.2.).

Genel ölçek puan ortalaması ve tüm alt gruplarda en yüksek puan ortalaması 36 yaş ve üstü yaş grubuna aittir. Özkan ve Yılmaz'ın (2008) hemşirelerde yaptığı çalışmada 34 yaş ve üstünde olan hemşirelerin sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, beslenme, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (44). Yalçınkaya ve arkadaşlarının (2007) sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmalarında ise 40 yaş ve üzerindeki sağlık çalışanlarının beslenme ve fiziksel aktivite puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (42). Ayrıca Al-Kandari ve arkadaşının (2007) hemşirelik öğrencilerinde yaptıkları çalışmada ise yaş arttıkça öğrencilerin manevi gelişim puan ortalamasının arttığı bulunmuştur (39). Erci ve diğerleri (2000) koruyucu sağlık hizmetlerinde görev yapan hemşire ve ebeler ile yaptıkları çalışmalarında da, hemşire ve ebelerin yaş arttıkça sağlık sorumluluğu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı artış olduğu belirtilmiştir (102).

Elde edilen bulgular, yaşla birlikte sağlıklı yaşam biçimi davranışının kazanılmasında artış olabileceğinin bir göstergesi olabilir. Ayrıca yaşla birlikte SYBDÖ puan ortalamasının artması, bireylerin sağlık alanında daha fazla bilgi ve deneyim sahibi olmalarına, ilerleyen yıllarda hemşirelerin nöbetli ve vardiyalı çalışma şeklinden sürekli gündüz çalışma sistemine geçmesi ile daha düzenli ve dengeli bir hayat tarzı sürdürmelerine, ilerleyen yaşa bağlı ortaya çıkan sağlık problemleri ve bunların sonucunda yaşanan kayıplara bağlı bireylerin sağlıklarına daha fazla önem vermeleri gibi nedenlere bağlanabilir.

Hemşirelerin **medeni durumlarına** göre SYBD ölçeği II ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde; medeni durum ile fiziksel aktivite ve beslenme alt grupları arasında anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.3.3.). Evli hemşirelerin fiziksel aktivite ve beslenme puan ortalamaları bekar hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur.

Benzer şekilde Özkan ve Yılmaz'ın (2008) hastanede çalışan hemşireler ile yaptıkları çalışmaları ile Kılıç'ın (2012) ameliyathanede çalışan hemşireler ile yaptığı çalışmada da beslenme alt grubu puan ortalaması evlilerde daha yüksek bulunmuştur (44,103). Ayrıca Esin'in (1997) yaptığı çalışmada da evlilerin beslenme ve fiziksel aktivite puanı daha yüksek bulunmuştur (104).

Evlilik sağlıklı yaşam biçimi düzeyini olumlu yönde etkilemektedir. Evli hemşirelerin birlikte yaşadığı diğer kişilerin de sağlığını düşündükleri, kadın ve anne rolünden dolayı daha düzenli ve planlı bir yaşam biçimine sahip olmaları beklendiğinden, beslenmelerine bekarlara oranla daha fazla önem verdikleri düşünülmektedir.

Hemşirelerin **çalışma süresi gruplarına** göre SYBD ölçeği II ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde; çalışma süresi grupları ile genel ölçek puan ortalamaları ve ölçek alt grupları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.3.4.).

Genel ölçek puan ortalaması ve tüm alt gruplarda en yüksek puan ortalaması 11 yıl ve üstü çalışma süresi grubuna aittir. Yaş grubu ile benzerlik göstermektedir. Yaş ve çalışma yılı doğru orantılı olarak artmaktadır.

Yalçınkaya ve arkadaşlarının (2007) sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmalarında, 20 yıl ve üzerinde çalışanların beslenme ve fiziksel aktivite puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (42). Esin'in (1997) yaptığı çalışmada çalışma yılı fazla olanların genel ölçek, sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (104). Kılıç'ın (2012) ameliyathanede çalışan hemşireler ile yaptığı çalışmada da beslenme alt grubu puan ortalaması çalışma süresi 11 yıl ve üstü olanlarda daha yüksek bulunmuştur (103).

Bu durum çalışma süresinin artmasıyla birlikte hemşirelerin sağlık alanında bilgi ve tecrübelerinin artması ve zaman içerisinde yaşanmış olması muhtemel sağlık sorunlarının kazandırmış olduğu bilince bağlı hemşirelerin sağlıklı yaşam davranışlarına daha fazla önem vermesi gibi etmenlerle ilişkilendirilebilir.

Hemşirelerin **çalıştığı birime** göre SYBD ölçeği II ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde; hemşirelerin çalıştığı birim ile genel ölçek puan ortalaması ve alt gruplarının puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 4.3.5.).

Poliklinikte çalışan hemşirelerin genel ölçek ve alt gruplarının puan ortalaması diğer birimlerde çalışan hemşirelerden daha yüksektir. Diğer birimlerin

kendi aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Yalçinkaya ve arkadaşlarının (2007) sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmalarında, tanı birimlerinde çalışan hemşirelerin manevi gelişim puanının daha yüksek olduğu görülmüştür (42). Bostan'ın (2013) hemşirelerle yapmış olduğu çalışmada da tanı birimlerinde çalışan hemşirelerin fiziksel aktivite puanı daha yüksek bulunmuştur (99). Özkan ve Yılmaz (2008) hastanede çalışan hemşireler ile yaptıkları çalışmalarında sürekli gündüz çalışan hemşirelerin sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamalarını daha yüksek bulmuşlardır (44). McElligott ve diğerlerinin (2009) Amerika'da hemşirelerle yapmış oldukları çalışmada dahiliye, cerrahi servisleri ve tanı birimlerinde çalışan hemşirelerin genel ölçek ve alt gruplarının puan ortalaması yoğun bakımda çalışan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur (25).

Poliklinikte çalışan hemşireler daha çok sürekli gündüz çalışan, nöbetli ve vardiyalı çalışmayan gruplardır. Poliklinikler aynı zamanda tanı birimleridir. Nöbet tutarak çalışıyor olmak hemşirelerin günlük yaşamlarını, aile hayatlarını, uyku ve beslenme düzenlerini olumsuz yönde etkileyerek stres düzeyini artırır. Nöbet stresinin olmaması, düzenli ve dengeli bir hayat tarzına sahip olmaları aynı zamanda tanı biriminde çalışmalarına bağlı sağlık kontrollerine daha çok önem vermeleri poliklinikte çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam davranışlarının yüksek olmasının nedeni olabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin **sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bilgi alma durumuna** göre SYBD ölçeği II ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde; bilgi alma durumu ile sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt grupları arasında anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.3.6.).

Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili daha önce bilgi alanların sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite puanı daha yüksektir. Kılıç'ın (2012) ameliyathanede çalışan hemşireler ile yaptığı çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili hizmet içi eğitim alanların sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite puanı almayanlardan daha yüksek bulunmuştur (103). Ayaz ve diğerlerinin (2005) hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili ders alanların sağlık sorumluluğu, beslenme ve genel ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur

(105). McElligott, Capitulo ve diğerklerinin (2010) Amerika' da yaptıkları deneysel çalışmada üniversitede çalışan hemşirelere sağlığın geliştirilmesini içeren bütüncül sağlık işbirlikçi bakım modeli (collaborative care model) programı uygulanarak öncesi ve sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelenmiştir. Program uygulanan deney grubu hemşirelerin manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme ve genel ölçek puan ortalamalarında artış olduğu görülmüştür (106).

Eğitim alma durumunun doğru sağlık davranışlarının kazanılmasına olumlu yönde katkı sağladığı düşünöldüğünde sağlık sorumluluğı ve fiziksel aktivite puanının yüksek olması beklenen sonuçtur. Fakat diğerk gruplarda fark olmaması düşöndürücüdür.

Hemşirelerin **sağlığın geliştirilmesi ile ilgili aldıkları bilgiyi yeterli bulma durumuna** göre SYBD ölçeğı II ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde; alınan bilgiyi yeterli bulup bulmama durumu ile sağlık sorumluluğı arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.3.7.). Aldığı bilgiyi yeterli bulanların sağlık sorumluluğı puanı daha yüksektir.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi ile ilgili görüşleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi kavramına ilişkin görüşlerinin büyük oranda yaşam kalitesi (% 27,2) ile tanımlandığı (Tablo 4.2.2.)
- Hemşirelerin % 95'inin sağlığın geliştirilebileceğine inandıkları (Tablo 4.2.3.)
- Hemşirelerin yarısına yakınının (% 44,7) sağlığın geliştirilmesi kapsamında bireysel sağlık davranışlarını belirttikleri (Tablo 4.2.4.)
- Hemşirelerin yarısının (% 49,2) sağlığın geliştirilmesinde sağlık kurumları, medya, devlet, toplum ve eğitim kurumlarını sorumlu bulduğu (Tablo 4.2.5.)
- Hemşirelerin tamamına yakınının (% 99,2) sağlığın geliştirilmesinde hemşirenin rolü olduğunu ifade ettiği (Tablo 4.2.6.)
- Hemşirelerin % 59,8'inin bakım verdikleri hastalara sağlığın geliştirilmesi kapsamında eğitim yapabileceklerini ifade ettiği (Tablo 4.2.7.)
- Hemşirelerin % 53,7'inin hemşirelik bakımında sağlığın geliştirilmesini ele almada kendilerine engel olan faktör olarak personel, malzeme eksikliğini belirttiği (Tablo 4.2.8.)

sonucu bulunmuştur.

- Hemşirelerin SYBD ölçeği II toplam puan ortalamasının orta düzeyde ( $120,69 \pm 17,62$ ) olduğu (Tablo 4.3.1.), SYBD ölçeği II alt grupları arasında en yüksek puan ortalamasının manevi gelişim ( $25,31 \pm 4,39$ ), en düşük puan ortalamasının ise fiziksel aktivite ( $14,54 \pm 3,96$ ) olduğu (Tablo 4.3.1.)
- 36 ve üstü yaş grubu hemşirelerinin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamalarının 23-27 yaş ve 28-35 yaş grubu hemşirelerinden yüksek

olduğu ( $p<0,001$ ) (Tablo 4.3.2.), 23-27 yaş grubu hemşirelerinin manevi gelişim ve genel ölçek puan ortalamalarının 28-35 yaş grubu hemşirelerinin puanından yüksek olduğu ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.3.2.)

- Araştırmaya katılan evli hemşirelerin fiziksel aktivite ve beslenme alt grubu puan ortalamalarının bekar hemşirelerden yüksek olduğu ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.3.3.)
- Çalışma süresi 11 yıl ve üstü olan hemşirelerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamalarının çalışma süresi 1-5 yıl ve 6-10 yıl olan hemşirelerin puanından yüksek olduğu ( $p<0,001$ ) (Tablo 4.3.4.), Çalışma süresi 1-5 yıl olan hemşirelerin ise fiziksel aktivite ve genel ölçek puan ortalamalarının çalışma süresi 6-10 yıl olan hemşirelerin puanından yüksek olduğu ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.3.4.)
- Poliklinikte çalışan hemşirelerin genel ölçek puan ortalamalarının yataklı serviste, ameliyathanede, acil serviste ve ybü de, çalışan hemşirelerin genel ölçek puanından yüksek olduğu ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.3.5.), yataklı servis, ameliyathane, acil servis, ybü ve müdüriyette çalışan hemşirelerin genel ölçek ve alt grupları puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.3.5.)
- Poliklinikte çalışan hemşirelerin sağlık sorumluluğu puanının, yataklı serviste çalışan hemşirelere göre yüksek olduğu ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.3.5.), fiziksel aktivite puanının, yataklı serviste, acil serviste, ybü de ve müdüriyette çalışan hemşirelere göre yüksek olduğu ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.3.5.), beslenme puanının ise yataklı serviste, ameliyathanede ve ybü de çalışan hemşirelere göre yüksek olduğu ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.3.5.)
- Poliklinikte çalışan hemşirelerin manevi gelişim ve stres yönetimi puanının yataklı serviste, acil serviste ve ybü de çalışan hemşirelere göre yüksek olduğu ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.3.5.), kişilerarası ilişkiler puanının ise ybü de çalışan hemşirelere göre yüksek olduğu ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.3.5.)

- Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili daha önce bilgi alan hemşirelerin sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite puanının, bilgi almayan hemşirelerin puanından yüksek olduğu ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.3.6.)
- Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili aldığı bilgiyi yeterli bulan hemşirelerin sağlık sorumluluğu puanının, yeterli bulmayan hemşirelerin sağlık sorumluluğu puanından yüksek olduğu ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.3.7.)

sonucu bulunmuştur.

## 6.2. neriler

Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi ile ilgili görüşleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Hemşirelerin sağlığın geliştirilmesine ilişkin görüşlerini tamamlayıcı konu ile ilgili hizmet içi eğitimlerin yapılması
- Hastanelerde hemşirelerin sağlığını geliştirici düzenlemelerin yapılması
- Hemşirelerin hastaların bakımında sağlığın geliştirilmesini ele alma yönünde desteklenmesi
- Sağlığın geliştirilmesinde eğitim programı ve düzenlemelerinin hemşirelerin grş ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkilerinin araştırılması

## KAYNAKLAR

1. Kong, R. (1995). Building Community Capacity For Health Promotion: A Challenge For Public Health Nurses. *Public Health Nursing*, 12(5), 312-318.
2. Lundy, K.S. and Sharyn, J. (2001). *Clients in Home Health. Hospice and Long-Term Care Settings: Community Health Nursing Caring for the Public's Health*. Jones and Barlett Publishers, Boston, Toronto, London, Singapore.
3. Lowenberg, N.S. (1995). Health Promotion and İdeology of Choice. *Public Health Nursing*, 12(5), 319-323.
4. Gorin, S.S. and Arnold, J.H. (2006). *Health Promotion in Practice*. Jossey-Bass, San Francisco, CA, USA.
5. Downie, R.S., Tannahill, C. and Tannahill, A. (1996). *Health Promotion: Models and Values*, 2nd Edition, Oxford, Oxford University Press.
6. Aktan Can, C. ve Işık, K.A. Sağlıkın Koruması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bakış. (Erişim tarihi 21.04.2014) <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sagligin-korunmasi.pdf>
7. Primary Health Care (1978). Report of the International Conference on Primary Health Care. WHO, Alma Ata, USSR. Geneva. (Erişim tarihi 21.04.2014) <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/1/9241800011.pdf>
8. Ottawa Charter For Health Promotion (1986). First International Conference on Health Promotion Ottawa. (Erişim tarihi 21.04.2014). WHO/HPR/HEP/95.1 [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp)
9. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü (2011). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, T.C. Sağlık Bakanlığı, 1. Baskı, Ankara.
10. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları (2011). Global Konferanslardan Bildiriler, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, T.C. Sağlık Bakanlığı, 1. Baskı, Ankara.
11. Yardım, N. Göğen, S. ve Mohallioğlu, S. (2009). Sağlıkın Geliştirilmesi (Health Promotion): Dünyada ve Türkiye'de Mevcut Durum. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 72, 29-35.
12. The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating Health Promotion into Hospitals and Health Services. (Erişim tarihi 22.04.2014). [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf/0009/99801/E90777.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf/0009/99801/E90777.pdf)
13. The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services (2007). Integrating Health Promotion into Hospitals and Health Services Concept, Framework and Organization. WHO Regional Office for

- Europe, Copenhagen. (Erişim tarihi 22.04.2014)  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/99801/E90777.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/99801/E90777.pdf)
14. Hastanelerde Sağlık Geliştirilmesi. Kanıt ve Kalite Yönetimi. (Erişim tarihi 22.04.2014)  
[http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar\\_yeni/kanit\\_kalite.pdf](http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar_yeni/kanit_kalite.pdf)
  15. Türkiye sağlık raporu. (Erişim tarihi 22.12.2014)  
[http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com\\_booklibrary/ebooks/TSR2014T.PDF](http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/TSR2014T.PDF)
  16. Benson, A. and Latter, S. (1998). Implementing Health Promotion Nursing: The Integration of Interpersonal Skills and Health Promotion. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 100-1007.
  17. World Health Organisation (1989) *Nursing Leadership for Health for All*. World Health Organisation Division of Health Manpower Development, Geneva
  18. Whitehead, D. (2003). The Health Promoting Nurse as a Health Policy Expert and Entrepreneur. *Nurse Education Today*, 23, 585-592
  19. Povlsen, L. and Broup, K.I. (2011). Holism in Nursing and Health Promotion: Distinct or Related Perspectives? – A Literature Review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 798-805.
  20. Whitehead, D. (2005). Health Promoting Hospitals: The Role and Function of Nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 20-27.
  21. Erdemir, F. (1998). Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(1), 59-63.
  22. Leuven Van, K. and Prion, S. (2007). Health Promotion in Care Directed by Nurse Practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners - JNP*, 456-461.
  23. Pender, N.J., Murdaugh, C. and Parsons, M. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. Upper Saddle River, 4th Edition, N.J: Prentice Hall.
  24. Pender, N.J., Barkauskas, V.H., Haymen, L., Rice V.H. and Anderson, E.T. (1992). *Health Promotion and Disease Prevention: Toward Excellence in Nursing Practice and Education*, *Nursing Outlook*, 40(3), 106-112.
  25. McElligott, D., Siemers, S., Thomas, L. and Kohn, N. (2009). Health Promotion in Nurses: Is There a Healthy Nurse in the House? *Applied Nursing Research*, 22, 211–215.
  26. Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, N. ve İbrikçi, S. (1994). Sağlık Sürdürme, Sağlık Geliştirme ve Hemşirelik. *Hemşirelik Bülteni*, 3(8), 28-36.
  27. Walker, S.N., Sechrist, K.R., and Pender, N.J. (1987). The Health Promoting Lifestyle Profile Development and Psychometric Characteristics. *Nurse Research*, 36(2), 76-80.
  28. Ferguson, K.J. (1998). *Health Behaviour*. Wallace, R.B. *Public Health and Preventive Medicine*. 14. Edition, Stamford: Appleton and Lange, 811-816.

29. Wilkinson, J.M. and Van Leuven, K. (2007). *Fundamentals of Nursing: Theory, Concepts, and Applications*. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
30. Allender, J.A. and Spradley, W.B. (2001). *Health Promotion and Wellness. Community Health Nursing Concept and Practice*, 5th Edition, USA, Lippincott Williams and Wilkins.
31. Marilyn, E.P. and Marlaine, C.S. (2010). *Nursing Theories Nursing Practice*. Third Edition, Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
32. Nightingale, F. (1859, 1992). *Notes on Nursing (commemorative ed.)*. Philadelphia: Lippincott.
33. American Holistic Nurses Association. (2007). *Holistic Nursing Scope and Standards of Practice*. Silver Springs, MD: ANA.
34. Mooney, B., Timmins, F., Byrne, G. and Corroon, A.M. (2011). Nursing Students' Attitudes to Health Promotion to: Implications for Teaching Practice. *Nurse Education Today*, 31, 841-848.
35. Holt, M. and Warne, T. (2007). The Educational and Practice Tensions in Preparing Pre-registration Nurses to Become Future Health Promoters: A Small Scale Explorative Study. *Nurse Education in Practice*, 7, 373-380.
36. Alpar, Ş.E., Şenturan, L., Karabacak, Ü. and Sabuncu, N. (2008). Change in the Health Promoting Lifestyle Behaviour of Turkish University Nursing Students From Beginning to End of Nurse Training. *Nurse Education in Practice*, 8, 382-388.
37. Cross, R. (2005). Accident and Emergency Nurses' Attitudes Towards Health Promotion. *Journal of Advanced Nursing*, 51(5), 474-483.
38. Walthew, P. and Scott, H. (2012). Conceptions of Health Promotion Held by Pre-registration Student Nurses in Four Schools of Nursing in New Zealand. *Nurse Education Today*, 32, 229-234.
39. Al-Kandari, F. and Vidal, V.L. (2007). Correlation of the Health-Promoting Lifestyle, Enrollment Level and Academic Performance of College of Nursing Students in Kuwait. *Nursing and Health Science*, 9, 112-119.
40. Lee, R.L. and Loke, A.J. (2005). Health-Promoting Behaviours and Psychosocial Well-Being of University Students in Hong Kong. *Public Health Nursing*, 22(3), 209-220.
41. Hawks, R.S., Madanat, H.N., Merrill, R.M., Goudy, M.B. and Miyagwa, T. (2002). A Cross-Cultural Comparison of Health promoting Behaviours Among College Students. *The Journal of Health Education*, 5, 84-92.
42. Yalçınkaya, M., Özer, F.G. ve Karamanoğlu, A.Y. (2007). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 409-420.
43. Cürçani, M., Tan, M. ve Özdelikara, A. (2010). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5), 487-492.
44. Özkan, S. ve Yılmaz, E. (2008). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7), 90.

45. Zaybak, A. ve Fadiloğlu, Ç. (2004). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 20(1), 77-95.
46. World Health Organization. WHO Definition of Health. (Erişim tarihi: 03.04.2014). <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
47. Ay, A.F., Ertem, T.Ü., Özcan, K.N., Ören, G.B., Işık, D.R. ve Sarvan, Z.S. (2008). Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler ve Uygulamalar. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul.
48. Öz, F. (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret.
49. Potter, P. and Perry, A. (2009). Fundamentals of Nursing. Mosby Elsevers Publishing.
50. Palank, C. (1991). Determinant of Health Promotive Behavior; a Preview of Current Research. Nursing Clinic North America, 26(4), 815- 832.
51. T.C. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (t.y.). Sağlık , 21. Yüzyılda Herkes için Sağlık. Ankara: BMS Matbaacılık, 10-25.
52. Jones, R., Britten, N., Culpepper, L., Gass, D., Grol, R., Mant, D. and Silagy, C. (2004). Prevention and Health Promotion. Oxford Textbook of Primary Medical Care, New York, Oxford University Pres.
53. Özvarış, Ş.B. (2001). Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı.
54. Oliver, S. and Peersman, G. (2001). Using Research for Effective Health Promotion. Open Univeristy Press, First Published, Buckingham – Philadelphia.
55. Fertman, I.C., Allensworth, D.D. and Auld, M.A. What Are Health Promotion Programs? Chapter One. Foundations Of Health Promotion Programs, Part One.
56. Edelman, C. L., Mandle, C.L. (2002). Health Promotion. Toronto: Mosby Company.
57. Glanz, K., Rimer, B.K. and Lewis, F.M. (2002). Health Behaviors and Health Education: Theory, Research and Practice. 3. Baskı, USA: Jossey-Bass.
58. Pender, N. J. (1987). Health Promotion in Nursing Practice. Appleton, NY: Century Crofts.
59. Pender, N. (1996). Health Promotion in Nursing Practice. Third Edition, Stamford, CT: Appleton and Lange.
60. Pender, N., Murdaugh, C., and Parsons, M. (2006). Health Promotion in Nursing Practice. 5. Edition, Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
61. Pender, N., Murdaugh, C., Parsons, M. A. (2011). Health Promotion in Nursing Practise. USA: Pearson Publishing.
62. Nursing Theories a Companion to Nursing Theories and Models. (Erişim tarihi 21.04.2014).  
[http://nursingplanet.com/health\\_promotion\\_model.html](http://nursingplanet.com/health_promotion_model.html)

63. Galloway, R.D. (2003). Health Promotin: Causes, Beliefs and Measurements. *Clinical Medicine and Research*, 1(3), 249-258.
64. Tomey, A. and Alligood, M. (1998). *Nursing Theorists and Their Work*. 4th Edition, Mosby, 529-537.
65. Gochman, D.S. (1988). *Health Behavior Emerging Research Perspectives*. New York: Plenum Pres.
66. Timmerman, M.G. (2007). Addressing Barriers to Health Promotion in Underserved Women. *Family Community Health Supplement*, 30, 34-42.
67. Lee, W.T., Ko, S. and Lee, J.K. (2005). Health Promotion Behaviors and Quality of Life Among Community-dwelling Elderly in Korea: A Cross-sectional Survy. *International Journal Of Nursing Studies*, 43, 293-300.
68. Adams, H.M., Bowden, G.A., Humphrey, S.D. and McAdams, B.L. (2000). Social Support and Health Promotion Lifestyles of Rural Women. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 1(1), 28-40.
69. Fleming, P. and Marshall, G. (2008). Lifestyle Interventions in Primary Care. Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Can Fam Physician*, 54, 1706-1713.
70. Smaltzer, S.C. and Bare, B.G. (1996). *Medical Surgical Nursing*. USA, Lipincott Company.
71. Fişek, N.H. Günümüzde Halk Sağlığı Anlayışı. (Erişim tarihi 02.05.2014). <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3020.doc>
72. Bottorf, J.L. and Johnson, J.L. (1996). The Effects of Cognitive-Persceptual Factors on Health Promotion Behavior Maintanence. *Nursing Research*, 45 (1), 30-36.
73. Griffith, H.W. (2002). *Spor Sakatlıkları Rehberi*. İstanbul, Birol Yayınevi.
74. Speck, R.N. (2002). Exercise and Physical Activity. *Holistic Nursing Practice*, 17(1), 24-31.
75. Bek, N. (2008). *Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız*. 1. Basım, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730.
76. Baysal, A. (2002). *Genel Beslenme*. Ankara, Hatipoğlu Yayıncılık.
77. Tayar, M. ve Korkmaz, N.H. (2007). *Beslenme Sağlıklı Yaşam*. 2.Baskı, Ankara, Nobel Yayın.
78. Çetinkaya, B., Altundağ, S. ve Azak, A. (2007). Spirütüel Bakım ve Hemşirelik. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 8(1), 47-50.
79. Makhija, N. (2002). Spiritual Nursing. *Nursing Journal of India*, 93, 129-130.
80. Oldnall, A. (1996). A Critical Analysis of Nursing: Meeting the Spiritual Needs of Patients. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 138-144.
81. Yılmaz, M. ve Okyay, N. (2009). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 3, 41-52.
82. Barg, F. and Heard, L. (1996). "Psikososyal Destek". *Hemşireler İçin Kanser El Kitabı*. Ankara, IV. Aksam Sanat Okulu Matbaası.
83. Özcan, A. (2006). *Hasta Hemşire İlişkisi ve İletişim*. Ankara, Sistem Ofset.
84. Hovardaoğlu, S. (1995). Kişiler Arası İlişkiler ve Davranış Bozuklukları. *Kriz Dergisi*, 3(1), 7-12.
85. Baltaş, A. ve Baltaş, Z. (1996). *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. İstanbul, Remzi Kitabevi, 20-27.

86. Özmen, M. ve Önen, B. (2005). Stresle Başa Çıkma Yolları. İÜ, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi, 47, 171-180.
87. International Council of Nurses. (Erişim tarihi: 26.04.2014).  
<http://www.icn.ch/about-icn/about-icn/>
88. Uçan, Ö., Taşcı, S, ve Ovayolu, N. (2008). Eleştirel Düşünme ve Hemşirelik. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(7), 17-28.
89. American Nurses Association. (Erişim tarihi: 27.04.2014).  
[www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/StudentNurses.aspx](http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/StudentNurses.aspx)
90. Taylor, C., Lillis, C., Lemone, P. and Lynn, P. (2008). Fundamentals of Nursing. USA:LWW Publishing.
91. Reeve, K., Byrd, T. and Quill, B.E. (2004). Health Promotion Attitudes and Practices of Texas Practitioners. Journal of The American Academy of Nurse Practitioners, 16(3), 125-133.
92. Haddad, G.L. and Umlauf, G.M. (2010). Views of Health Promotion Among Primary Health Care Nurses and Midwives in Jordan. Health Care For Women International, 19(6), 515-528.
93. Steptoe, A., Doherty, S., Kendrick, T., Rink, E. and Hilton, S. (1999). Attitudes to Cardiovascular Health Promotion Among GPs and Practice Nurses. Family Practice, 16(2), 158-163.
94. Wilhelmsson, S. and Lindberg, M. (2009). Health Promotion: Facilitators and Barriers Perceived by District Nurses. International Journal of Nursing Practise, 15, 156-163.
95. Piper, S. (2007). A Qualitative Study Exploring the Relationship Between Nursing and Health Promotion Language, Theory and Practice. Nurse Education Today, 28, 186-193.
96. Brotons, C., Björkelund, C., Bulc, M., Ciurana, R., Godycki-Cwirko, M., Jurgova, E., Kloppe, P., Lionis, C., Mierzecki, A., Pineiro, R., Pullerits, L., Sammut, M., Sheehan, M., Tataradze, R., Thireos, E.A. and Vuchak, J. (2005). Prevention and Health Promotion in Clinical Practice: The Views of General Practitioners in Europe. Preventive Medicine, 40, 595-601.
97. Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F. and Kıssal, A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1), 1-13.
98. Pasinoğlu, T. ve Gözüm, S. (1998). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(7).
99. Bostan, N. (2013). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi.
100. Choi Hui, W.H. (2002). The Health Promoting Lifestyles of Undergraduate Nurses in Hong Kong. Journal of Professional Nursing, 18(2), 101-111.

101. İlhan, N., Batmaz, M. ve Akhan, L.U. (2010) Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3, 34-44.
102. Erci, B., Aydın, İ., Tortumluoğlu, G. (2000). Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Tükenmişlik Düzeyleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 3(1), 10-15.
103. Kılıç, E. (2012). Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Haliç Üniversitesi.
104. Esin, N. (1997). Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. Doktora tezi İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
105. Ayaz, S., Tezcan, S. ve Akıncı, F. (2005). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(2), 26-34.
106. McElligott, D., Capitulo, K.L., Morris, D.L., and Click, E.R. (2010). The Effect of a Holistic Program on Health-Promoting Behaviours in Hospital Registered Nurses. Journal of Holistic Nursing, 20, 1-9.

## EKLER

### EK 1. Soru Formu

Bu çalışma; Hacettepe Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Kapsamında, "Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi İle İlgili Görüşleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları" nı belirlemek amacıyla tez çalışması olarak planlanmıştır. Araştırmanın güvenilirliği açısından soruların doğru ve eksiksiz yanıtlanması önem taşımaktadır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler kimliğiniz belirtilmeden bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler yazılı olarak alınmıştır. Katılımınız ve işbirliğiniz için teşekkür ederim.

Bahar TETİK

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Aşağıdaki form 3 bölümden oluşmaktadır. 1. bölümde kişisel ve mesleki alana ait sorular, 2. bölümde sağlığın geliştirilmesi ile ilgili görüşleri içeren sorular, 3. bölümde ise Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği bulunmaktadır.

### 1. Bölüm Kişisel ve Mesleki Alana Ait Sorular

1. Yaşınız:..... ( lütfen belirtiniz).      2. Cinsiyetiniz; ( ) Kadın ( ) Erkek

3. Medeni Durumunuz; ( ) Evli ( ) Bekâr

4. Mezun olduğunuz okul;

( ) Sağlık meslek lisesi ( ) Önlisans ( ) Lisans ( ) Lisans Üstü ( ) Doktora

5. Mesleğinizde hizmet yılınız:.....( lütfen belirtiniz).

6. Hastanenin hangi biriminde görev yapmaktasınız?

( ) Poliklinik ( ) Yataklı servis ( ) Ameliyathane ( ) Acil servis ( ) YBÜ

( )Diğer:..... ( lütfen belirtiniz).

7. İdari göreviniz var mı?

( ) Yok ( ) Baş hemşire ( ) Süpervisor ( ) Diğer.....( lütfen belirtiniz).

8. Sağlığın geliştirilmesi konusunda daha önce bilgi aldınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır

9. 8' inci soruya yanıtınız evet ise;

( ) Temel eğitim sırasında (Lisans/SML dönemi) ( ) Yüksek lisans ( ) Doktora

( ) Seminer – konferans ( ) Makale - araştırma makaleleri

( ) Diğer kaynaklar:.....(Medya, TV, Gazete, Dergi vb. Lütfen belirtiniz).

10. Size göre aldığımız bu bilgi yeterlimiydi?

( ) Evet ( ) Hayır

## 2. Bölüm Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi İle İlgili Görüşleri

1- Sağlığın geliştirilmesi kavramının size ne ifade ettiğini kısaca yazınız.

2- Sağlığın geliştirilebilceğine inanıyor musunuz?

Evet  Hayır

3- Sağlığın geliştirilmesi kapsamında neler yer almalıdır?

4- Sağlığın geliştirilmesinde kimler sorumludur?

5- Sizce hemşirenin sağlığın geliştirilmesinde rolü var mıdır?

Evet  Hayır

6- Bakım verdiğiniz hastalara sağlığın geliştirilmesi kapsamında neler yapabilir  
sınız ?

7- Hemşirelik bakımında sağlığın geliştirilmesini ele almada size engel olan  
faktörler nelerdir?

## EK 2. 3. BÖLÜM SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbirzaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağ, 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				

		HİÇBİR Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
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 kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	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 kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

## EK 3. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Erişkin Hastanesi Hemşire Müdürlüğü İzin Yazısı



HACETTEPE  
ÜNİVERSİTESİ  
HASTANELERİ

Erişkin Hastanesi  
İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi  
Onkoloji Hastanesi



B.30.2.HAC.0.HD.00.00/D- 1667

22.05.2012

**Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü'ne,**

*İlgi: 11.05.2012 tarih ve 378 sayılı yazınız.*

İlgi yazınız Erişkin Hastanesi Hemşire Müdürlüğü tarafından incelenerek cevap yazıları ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

  
Prof.Dr. Arzu TOPELİ İSKİT  
Erişkin Hastanesi Başhekimi

*Ek: 1 sayfa yazı,*

ATİ/fn



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
HASTANELERİ  
Erişkin Hastanesi  
Hemşire Müdürlüğü

B.30.2.HAC.0.70.10.09/963

21.05.2012

Erişkin Hastanesi Başhekimliği'ne;

İlgi: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nün 378 sayılı ve 11.05.2012 tarihli yazısı.

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Bahar TETİK'in " Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi ile ilgili Görüşleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları" konulu tezinin uygulamasını 01.10.2012- 23.11.2012 tarihleri arasında hastanemizde yapması müdürlüğümüzce uygundur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Gönül YILDIRIM  
Hemşire Müdürü

## EK 4. Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Başhekimliği İzin Yazısı



T.C  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
İbni Sina Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği



Sayı :B.30.2.ANK.0.H1.00.00 051-5225

11 Eylül 2012

Ankara

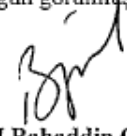
Konu :

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü Başkanlığına

İlgi: 04.09.2012 tarih ve 637 sayılı yazınız.

Yüksek Lisans öğrencisi Bahar TETİK'in "Bir Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi ile İlgili Görüşleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları" konulu tezinin uygulamasını, Hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

  
Prof. Dr. M. Bahaddin GÜZEL  
Başhekim

## **EK 5. ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

### **Araştırmacının Açıklaması:**

#### **Sayın Katılımcı**

“Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlık Geliştirilmesi İle İlgili Görüşleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” adlı bu araştırma hemşirelerin hizmet verdikleri alanda sağlığın geliştirilmesi yönünde çaba göstermeleri ve kendi sağlıklarını geliştirme davranışlarını uygulayıp uygulamadıklarının araştırılıp değerlendirilmesi hizmet verdiği birey ve topluma rol modeli olabilmesi açısından yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Çalışma için sizden, araştırmacı tarafından yüz yüze doldurulacak Kişisel ve Mesleki Özellikler ile Sağlık Geliştirilmesi ile İlgili Görüşlere ait Soru Formuna ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine eksiksiz cevap vermeniz beklenmektedir. Sorulara vereceğiniz yanıtların içtenlikle olması cevapların geçerliliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle formları boş bırakmadan doldurmanızı ve gerçeği yansıtan yanıtlar vermenizi rica ederim.

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde çalışan hemşireler ile yapılması planlanmıştır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu formu okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz lütfen formu imzalayınız.

Bu veriler bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılmasının dışında başka bir yerde kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. İmzalı bu formun bir kopyası size verilecektir.

Katkılarınız için teşekkürler ederim.

### **Katılımcının Beyanı:**

**“Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlık Geliştirilmesi ile İlgili Görüşleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”** adlı bu çalışma Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Bilim Uzmanlığı tez çalışması olarak yapılmaktadır.

Araştırmacı Bahar TETİK tarafından bu çalışmanın; hastanede çalışan hemşirelerin sağlığın geliştirilmesine yönelik görüşleri ve sağlıklı yaşam davranışlarının değerlendirilmesine yönelik olduğu açıklanmıştır. Vereceğim yanıtların çalışmanın gerçeği yansıtmasında ne denli önemli olduğu ve bu çalışmanın vereceğim katkılarla gerçekleşebileceği vurgulanmıştır.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir zen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırmaya katılmada zgr olduğum ve yapılan tüm açıklamaları kavramış olarak kendi zgr irademle çalışmaya katılıp katılmama kararı verebileceğim bildirilmiştir.

Bu bilgilerin açıklanması sonrasında araştırmaya katılıma davet edildim. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım.

Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı**

**Katılımcı ile Grşen Araştırmacı**

**Ad-Soyad:**

**Ad-Soyad:** Bahar TETİK

**Adres:**

**Adres:** Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi  
Bölüm 43 KBB 06100 Samanpazarı/ANKARA

**Telefon:**

**Telefon:** İş: 0312 305 1430 Cep: 0506 713 1100

**İmza:**

**İmza:**

## EK 6. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı



**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN**  
**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

06100 Sıhhiye-Ankara  
Telefon: 0 (312) 305 1062 - Faks: 0 (312) 310 0580  
E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

07 Kasım 2012

Sayı: B.30.2.HAC.0.05.07.00 /809

### ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

**Toplantı Tarihi** : 19 EKİM 2012 CUMA  
**Toplantı No** : 2012/11  
**Proje No** : LUT 12/104 (Değerlendirme Tarihi 28.08.2012)  
**Karar No** : LUT 12/104 – 08

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Oyan Nuran Emiroğlu'nun sorumlu araştırmacı olduğu, Bahar Tetik'in tezi olan LUT 12/104 kayıt numaralı ve "Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlık Geliştirilmesi ile İlgili Görüşleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları" başlıklı proje önerisi Kurulumuzda değerlendirilmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- |  |  |
|--|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu (Başkan)    | 9 Prof. Dr. Melahat Görduysus (Üye)        |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken (Üye)   | 10. Doç. Dr. R. Köksal Özgül (Üye)         |
| 3. Prof. Dr. Hakan S. Orer (Üye)       | 11. Doç. Dr. Cansın Saçkesen (Üye)         |
| 4. Prof. Dr. Sevda F. Müftüoğlu (Üye)  | KATILMADI                                  |
| KATILMADI                              | 12. Doç. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye)         |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmenster (Üye)     | KATILMADI                                  |
| KATILMADI                              | 13 Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye)        |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tuna (Üye) | 14. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Songül Vaizoğlu (Üye)     | 15. Av. Meltem Onurlu (Üye)                |
| KATILMADI                              |  |
| 8. Prof. Dr. Yılmaz Selim Erdal (Üye)  |  |

## Ek 7. Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi Kavramına İlişkin Görüşleri (Tablo 4.2.2.)

### Hemşirelerin gruplandırmalarda yer alan ifadeleri:

#### Sağlık hizmetleri uygulamaları:

- Mevcut sağlığın değerlendirilmesi ve iyilik halinin korunması, sürdürülmesidir. Bunun için gerekli önlemlerin alınması, risk faktörlerinin azaltılması.
- Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, ulaşılabilirliğinin artırılması
- Hasta bakımının daha kaliteli hale getirilmesi ve yeni tasarıların oluşturulmasıdır.

#### Bireysel davranışlar:

- Sağlıklı yaşam için gösterilen her türlü çaba ve faaliyetler
- Sağlıkla ilgili tüm faktörlerin iyi yönden geliştirilmesi
- Olumlu sağlık davranışlarının artırılması, olumsuz sağlık davranışlarının azaltılması, bu doğrultuda yaşam şekli edinme (egzersiz, diyet, uyku düzeni, stres yönetimi vb.)

#### Yaşam kalitesi:

- Yaşam kalitesinin artırılması
- Sağlık seviyesinin en üst düzeye çıkarılması

#### Sağlık eğitimi:

- Sağlıklı yaşamın sürdürülmesi için sağlık çalışanlarının ve toplumun eğitimi, bilinçlendirilmesi, farkındalığın artırılması

#### Holistik bakım:

- Sağlığın fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak tüm yönden devamının sağlanması
- Sağlığın bütüncül olarak ele alınıp değerlendirilmesi

**Ek 8. Hemşirelerin Sağlık Geliştirilmesi Kapsamına İlişkin Görüşleri (Tablo 4.2.4.)**

**Hemşirelerin gruplandırmalarda yer alan ifadeleri:**

**Eğitim:**

- Hastanede kalınan süreçte hastalara sağlık geliştirilmesi doğrultusunda eğitim vermek
- Hemşirelik hizmetlerinde sağlık geliştirilmesi konusuna yer vermek
- Sağlık personeline konuyla eğitimler yapmak

**Bireysel sağlık davranışları:**

- Egzersiz, beslenme, uyku alışkanlığı, stres yönetimi, kişisel bakım, hijyen, alkol, sigara, madde kullanımından uzak durmak, aşılar, erken tanı testleri, kendi kendine muayeneler, düzenli sağlık kontrolleri gibi sağlıklı yaşam için gerekli her türlü uygulamaları kapsar.

**Hastane hizmetleri:**

- Hastaneleri sağlık geliştirilmesine uygun dizayn etmek
- Hastane içerisinde sağlık geliştirilmesi ile ilgili birimler açmak
- Hastanelerde gerekli ekipman ve donanımı sağlamak ve yeterli finansman ayırmak gibi uygulamalar bu kapsamda yer almalıdır.

**Sağlık ve diğer sektörlerin işbirliği, araştırma-geliştirme:**

- Sağlık geliştirilmesi kapsamında sağlık çalışanları ve toplum işbirliği, disiplinler arası ve diğer sektörler arası işbirliğinin sağlanması, medyanın etkin kullanımı yer almalıdır.
- Sağlık geliştirilmesi ile ilgili araştırma, yayın, çalışma yapmak ve bu doğrultuda uygulamaya konulacak politika geliştirme gibi çabalar sarf edilmelidir.

**Ek 9. Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesinde Sorumlu Olma ile İlgili Görüşleri  
(Tablo 4.2.5.)**

**Hemşirelerin gruplandırmalarda yer alan ifadeleri:**

**Tüm bireyler:**

- Bütün bireyler
- Herkes
- Toplum

**Tüm sağlık personeli:**

- Sağlık çalışanları
- Sağlıkla ilgili her türlü meslek çalışanları
- Başta hemşireler olmak üzere bütün sağlık personeli

**Hasta ve hasta yakınları:**

- Hastalar, hasta yakınları
- Hasta bakımından sorumlu olanlar

**Sağlık kurumları, medya, devlet, toplum, eğitim kurumları:**

- Her türlü sağlık kurum ve kuruluşları
- Devlet ve sağlık yöneticileri
- Hastane yöneticileri
- Sağlık bakanlığı
- Eğitim kurumları, okullar ve eğitim personeli, sağlık eğitimcileri
- Bütün medya organları

**Ek 10. Hemşirelerin Bakım Verdikleri Hastalara Sağlığın Geliştirilmesi Kapsamında Yapabilecekleri ile ilgili Görüşleri (Tablo 4.2.7.)**

**Hemşirelerin gruplandırmalarda yer alan ifadeleri:**

**Eğitim:**

- Hastaların olumlu ve olumsuz sağlık davranışlarını değerlendirerek bu yönde eğitim veririm.
- Bakım ve tedavi sürecinde risk faktörlerini değerlendiririm, kazalar ve komplikasyonlara yönelik eğitim planı yaparım.
- Hastalara hastalığı konusunda bilgilendirme yaparım.
- Klinik tanıtımı, sağlık personeli ile iletişim kurma, enfeksiyonlardan korunma, belirti ve bulguları tanıma, diyet, ilaç kullanımı, stres yönetimi, ameliyat öncesi, ameliyat sonrası dönem, taburculuk, hijyen gibi konulara yönelik eğitimler yapılabilir.

**Eğitim, Danışmanlık, Rehberlik:**

- Hastalara yol gösterici ve rol model olmaya çalışırım.
- Gerekli bütün konularda eğitim, danışmanlık ve rehberlik sağlarım.
- Bu kapsama yönelik materyaller, broşürler kullanılabilir. Sosyal destek kuruluşlarıyla iletişime geçilebilir, ekipler arası işbirliği sağlanmalıdır.

**Hasta otonomisi:**

- Hastaların tedavi ve bakımlarına katılımını, kendi sağlıklarıyla ilgili sorumluluk almalarını sağlarım.
- Hasta merkezli ve yaşam kalitesini üst düzeyde tutacak hasta bakımını sağlarım.

**Ek 11. Hemşirelerin Hemşirelik Bakımında Sağlığın Geliştirilmesini Ele Almada Kendilerine Engel Olan Faktörlere İlişkin Görüşleri (Tablo 4.2.8.)**

**Hemşirelerin gruplandırmalarda yer alan ifadeleri:**

**Personel, malzeme eksikliği:**

- Personel yetersizliği ve buna bağlı iş yükü fazlalığı, iş yoğunluğu, ağır çalışma koşulları, zaman yetersizliği, hastalara yeterli vakit ayıramama
- Malzeme ve materyal eksikliği, buna bağlı hastalara tam ve etkin bakım sağlayamama, uygun ortamın her zaman sağlanamaması

**Politika ve prosedürler:**

- Hemşirelerle ilgili sağlığın geliştirilmesi konusunda görev tanımının eksikliği, bu konunun hemşirelik yönetiminde yer almaması, gündeme gelmemesi
- Devletin konuyla ilgili gerekli politika ve prosedürleri sağlayamaması ya da uygulamada yetersizlik, teşvikin olmaması

**Tükenmişlik sendromu:**

- Aşırı çalışma, fazla mesai, ağır çalışma koşulları, yoğun iş yükü gibi sebeplere bağlı ruhsal ve bedensel yorgunluk, motivasyon düşüklüğü, kaygı problemleri, tükenmişlik sendromu.

**Bilgi eksikliği:**

- Hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bilgi eksikliği, yetersizlik.

**Hastalarla ilgili sorunlar:**

- Hastaların yanlış inanışları, tutumları, tedaviyi reddi, uyum sağlayamaması
- Hastalarla işbirliğinin sağlanamaması
- İletişim problemleri, bilgi eksikliği, ön yargılar, ekip içi çatışmalar.

## ÖZGEÇMİŞ

### I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Bahar ON

Doğum tarihi ve yeri: 1987, Ankara

Uyruğu: T.C.

### II- Eğitimi

Yüksek Lisans: Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği (2016)

Lisans: Gazi Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu, Hemşirelik Bölümü (2009)

Lise: Silifke Yabancı Dil Ağırlıklı Lise (2005)

### III- Mesleki Deneyimi

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Erişkin Hastanesi (2009 Eylül-2013 Mart)

(Ortopedi Servis Hemşiresi, Göz Servis Hemşiresi, Kulak Burun Boğaz Hemşiresi)