

69643

T.C.
İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı
Tez Yöneticisi
Doç.Dr.Nevin KANAN

HEMŞİRELERİN FİZİKSEL SAĞLIKLARINI ALGILAMA DURUMLARI

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

HÜLYA TORUK ÜSTÜNDAĞ

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

İstanbul – 1998

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
GİRİŞ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
ARAŞTIRMANIN AMACI.....	34
GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
BULGULAR.....	37
TARTIŞMA.....	54
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	66
ÖZET.....	69
SUMMARY.....	70
KAYNAKLAR.....	71
EK-1.....	79
ÖZGEÇMİŞ.....	87

GİRİŞ

Bilimsel bir bilgi ya da bir düşünceden yola çıkarak eyleme geçmeyi ya da fonksiyone olmayı sağlayıcı bir beden dili olarak algılanan sağlık, bireylerin kendilerine özgü bir sağlık kavramı oluşturmaları ve bu doğrultuda eylemlerini gerçekleştirmeleri anlamında ele alınabilir.

Bireyin sağlığının en yüksek düzeyden en düşük düzeye doğru uzanan bir çizelge üzerinde bulunduğu gözönünde tutulduğunda günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede yeterliliği ve çalışma alanındaki ileri performansı sağlıklı olduğunun göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bu bağlamda sağlık düzeyi ile iş verimi arasında doğrudan bir ilişkinin varlığının sağlık düzeyinin yükselmesine paralel iş veriminin de yükseleceğinin ele alındığı varsayımını doğrulamaktadır(1,23,34,52,56,58).

Günümüz sağlık anlayışı birey, aile ve toplum sağlığını sürdürme, koruma ve geliştirmeye ilişkin davranışların kazandırılmasının yanısıra bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili doğru kararlar almalarını ve bu kararlarını uygulamalarını amaçlamaktadır.

Bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak bilinen sağlığın korunmasında,sürdürülmesinde sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşirenin en önemli rolü üstlendiği yadsınamaz. Henderson, bireyin sağlığına ve bağımsızlığına kavuşma sürecinde hemşirenin dinamik güç olarak düşünülmesi gereğinden söz etmiştir. Ayrıca hemşirenin temel işlevini vurgulayarak sağlam ve hasta bireylere sağlıklarını korumalarında, tedavi sırasında ya da huzur için-

de ölmelerini gerçekleştirmede yardım edici, destekleyici olarak görev üstlenmelerinin önemini gözler önüne sermiştir(23,67,80,87,88).

Hasta/sağlıklı bireylerin sağlık düzeylerini geliştirmeyi ve doyurucu bir yaşam sürmeleri için sağlık bilincini güçlendirmeyi amaçlayan hemşirelerin, görev kapsamı içine giren çok yönlü işlevlerini yerine getirmeleri, fiziksel sağlıklarının olabilecek en üst düzeyde olması ile olasıdır(34,90).

Klinik alanların yanısıra özellikle yoğun bakım, ameliyathane, acil birim, reanimasyon gibi sürekli fiziksel performans gerektiren ve ağır çalışma koşullarının var olduğu üniteler, hemşirelik mesleğinin özelliği olan yirmidört saat sürekli bakımın sürdürülmesinin gerekli olduğu alanlardır. Bakım verecek sağlık elemanlarının kendi fiziksel sağlığına verdiği önem, onun görevini tam ve kusursuz yerine getirmesinde en doğru ölçüt olacaktır(27,33,34,36,37,58).

Çalışma istek ve temposunu arttırıcı bir faktör olan optimal fiziksel sağlık, kendi sağlıklarına verdikleri önemi sergileyerek iyi bir model oluşturmalarına ve çevresindeki insanların da sağlıklarına aynı ölçüde duyarlı duruma gelmelerinde geçerli ve doğru bir yaklaşım olarak düşünülebilir(62,78).

I. GENEL BİLGİLER

I.1. SAĞLIK KAVRAMINA GENEL BAKIŞ

Sağlık anlayışı zaman akımı içinde bireyden bireye, toplumdan topluma değişiklikler göstermiştir. Çağlar boyu sağlık, insanların bedensel ve ruhsal durumlarına göre algılanmış ve tanımlanmıştır. Beden ve ruh sağlığının bozulması önceleri doğaüstü güçlere bağlanmıştır. Daha sonraları biyolojik fiziksel etmenlerin sağlık üzerindeki etkileri bilimsel çalışmalarla desteklenmiş ve bu görüş günümüze dek sürmüştür. Çağımızda bu görüşe yeni bir boyut eklenmiş, sosyal ve kültürel nedenlerde sağlığı etkileyen etmenler arasında yer almıştır. 20.yüzyıl başlarında sağlık ve hastalık biri var ise diğeri yoktur anlayışı ile iki üç kavram olarak kabul görmüştür(2,12,52,62,83,86,89).

İkinci Dünya savaşı sürerken bireylerin yoğun strese maruz kalmaları sonucu psikosomatik sağlık sorunları görülmüştür. Yanısıra, çevresel faktörlerinde bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde önemli etkileri bulunduğu ortaya konulmuştur(40,45,62).

Sağlık subjektif ve objektif boyutları kapsar. Sağlıklı insan, yaşam ve güç dolu fiziksel ve zihinsel üretkenliğini kullanabilen insandır.

Sağlık anlayışı zaman akımı içinde bireyden bireye, toplumdan topluma, değişiklikler göstermiştir. Yüzyıllar boyu insanların önceleri yalnız bedensel daha sonraları ruhsal bakımdan iyilik durumu olarak algılamışlardır. 20.yüzyıl ortalarında bu görüşe yeni bir boyut eklenmiş ve sosyal nedenler de sağlığı etkileyen faktörler arasında yer almıştır. Bu gelişmeyle birlikte sağlıkla

ilgili olgulara holistik bir görüş eklenerek insan biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleriyle bir bütün olarak ele alınmıştır(45,75,78,79).

1974 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı; “yalnız hastalık ya da sakatlık durumunun olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır. Günümüzde sağlık ve hastalıktan sapma kavramları geçmişe göre büyük değişikliğe uğramıştır. Sağlığı hastalığın olmayışı, hastalığı ise sağlıktan sapma biçimindeki geleneksel tanımlamaların yerine, sağlık ve hastalığa çeşitli düzey ve ağırlıkta bir çizelgede ve çeşitli nedenlere dayandırılan tanımlar getirilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1990 yılında sağlığı; bireylerin kendi sözcükleri kendi ifadeleri ile kendilerini tanılama durumu olarak ele almaktadır(12,32,35,58,62,64).

Sağlığın genelde her bilim dalına özgün bir anlam ifade etmekte olduğundan söz edilmektedir. Tıp bilimine göre; hücre bütünlüğü, bedenin her hücresinin optimal düzeyde işlev yapması ve hastalığın olmayışı, psikolojik açıdan, bireyin beklenmedik bir durumla karşılaştığında çevresine ve duruma duygularıyla gösterdiği uyum yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Sosyolojik açıdan sağlık, bireyin toplumsal rollerinin büyüme gelişme düzeyine göre uygunluğudur. Hemşireliğe göre ise, birey ve grupların çevreleri ile olan etkileşimleri sonucu bütünsel fonksiyonlarını sürdürme yetenekleri olarak tanımlanmaktadır(23,28,62,78).

Bireyin sağlığı en yüksek düzeyden en düşük düzeye doğru uzanan bir çizelge üzerinde bulunduğu gözönünde tutularak günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilme ve çalışma yeteneği ile sağlığı arasında bir orantının varlığı kabul edilmiştir. Yani bireyin sağlık düzeyinin yüksekliği, iş veriminin yüksekliği ile orantılıdır. Birey ne kadar sağlıklı ise yaptığı işte başarı ve doyum oranı o oranda yüksektir.

Bazı kùltùrlerde ve toplumlarsa sağlıklı olma ya da sağlıklı sayılma ölçùtlerinden bir bireyin kendinden beklenen işi yapıp yapmamasıdır(1,23,27,52,56,58,84,87).

I.2. HEMŞİRE KURAMCILARIN SAĞLIK TANIMLARI

Florence Nightingale

Florence Nightingale, sağlığı iyi olma ve kişinin varolan potansiyelini mümkün olduğu en üst düzeyde kullanma olarak tanımlamıştır. Sağlık, çevre faktörlerini yönetme yoluyla hastalığın önlenmesidir. Sağlık hemşireliği olarak adlandırdığı bu grubu hastalık hemşireliğinden ayırır.

Florence Nightingale, ilk yazılı eseri olan “Hemşirelik Üzerine Notlar” isimli kitabında hemşirelik anlayışını dile getirmiştir. Kitabında sağlıklı bireylerin bakımının hasta bakımından, koruyucu hijyenin de tıptan daha önemli olduğunu vurgulamıştır. Florence Nightingale’in 18. yüzyılda geliştirdiği bu felsefe, ancak 20. yüzyılın sonlarında temel sağlık hizmetleri kavramıyla güncellik kazanmıştır(11,33,59,62,86).

Virginia Henderson

Henderson’ın açık olarak ifade ettiği bir sağlık tanımı yoktur. Ancak eserlerinde sağlığı bağımsızlıkla eş tuttuğu görölmektedir. Sağlığı, bireyin işlevlerini ondört bileşenle ilgili olarak bağımsızca yapabilme yeteneği olarak görür. Çünkü sağlıklı olma, bireyler için amaçtır. Henderson bireyin sağlığını etkileyen yaş, kùltürel geçmiş, fiziksel ve entellektüel kapasite ve duygusal denge faktörlerinden söz etmiştir (11,59,62,86).

Hildegard E. Peplau

Peplau, sağlık ile hastalığı aynı platformda ele alır. Sağlık sözcüğü; insanın kişilik gelişimi, yaratıcılık, yapıcılık, üretkenlik, tek başına ya da toplu

yaşama gibi unsurları kapsar. İnsanların sağlık derecesi, yaşanan anksiyetenin azalmasına dayanır ve anksiyeteyi yapıcı ve asemptomatik davranışlara dönüştürme yeteneği ile ilişkilidir. Sağlık birincil olarak anksiyetenin azalmasına dayanır ve anksiyeteyi de azaltan iletişimdir. Hemşire-hasta ilişkisi anksiyetenin şiddetini azaltmak amacına yönelik olmalıdır(11,59,86).

Faye G.Abdellah

Abdellah, sağlığı tanımını tam olarak yapmamıştır. Ancak sağlığı günlük yaşamda bireylerin iç ve dış streslere adaptasyonu ve beden fonksiyonlarının dinamik bir durumu olarak açıklamıştır(11,59,62).

Dorethea E.Orem

Sağlık, bireyin bedensel ve işlevsel olarak bir bütünlük içinde olma durumudur. Orem, sağlığı, kişinin bedensel biyolojik ve sosyal çevresi içinde potansiyelini belli ölçüde kullanarak bir yaşam kapasitesi olduğuna işaret eder. Bu sağlık kavramı, hastanın kendi bütünlüğü ve sağlığı için sorumluluğu olduğunu varsayar(11,30,59).

Martha E.Rogers

Rogers, pozitif sağlık terimini sağlıklı olma, rahatsızlığın bulunmaması olarak sembolize eder. Rogers'in pozitif sağlık kavramı sağlığın devamı için insanlara yardım etmeyi içerir. Pozitif sağlık ölçüleri, çevrenin getirdikleriyle savaşım vermektense onlara uygun yaşama şekillerini geliştirmek için insanlara yardım etmeye yöneliktir(11,59,62).

Imagine King

Sağlık, yaşam boyu organizmanın dinamik bir durumudur. Bu durum, günlük yaşamda bireyin iç ve dış streslere karşı, tüm kaynaklarını başarılı bir biçimde kullanarak devamlı uyum sağlaması ile gerçekleşir(11,59).

Sister Callista Roy

Sağlık, bireyin değişikliklere sürekli olarak uyum fiziksel, psikolojik ve sosyal bütünlüğü devam ettirme sürecidir. Roy'a göre sağlık, en üst düzeyde sağlıktan ölüme kadar uzanan bir süreç boyunca ele alınmaktadır. Bireyin dengesi bunlar arasında değişir ve birey üst düzeylere doğru uyum yapmaya çalışır.

Sağlık ve hastalık, bireyin tüm yaşamı boyunca kaçınılmaz bir durumdur. Başa çıkma mekanizmaları yetersiz olursa, sonuç hastalıktır. Birey sürekli olarak uyum yapıyorsa sonuç sağlıktır. Birey bir uyarana uyum yaptıkça, bir başka uyarana karşı daima cevap vermeye hazırdır(11,51,59).

Joyce Travelbee

Travelbee, sağlığı subjektif ve objektif sağlık kriterleriyle tanımlamıştır. Bir kişinin subjektif sağlık durumu, bireyin kendi sağlığını nasıl algıladığıdır. Objektif sağlık, fizik, muayene, laboratuvar testleri, rehberlik uzmanı veya psikolojik danışman tarafından değerlendirme ile ölçülmüş görülebilir bir hastalık, yetersizlik ya da bir bozukluğun yokluğudur(11,59).

II. SAĞLIK DÜZEYLERİ

Günümüzde iyilik, göreceli olarak ve sağlık kavramlarının genişleyen sınırları ile açıklanmaktadır. Bu bağlamda hastalıkların önlenmesi, sağlığın sürdürülmesi özbakım ve sağlıklı yaşam biçimi, yaşam kalitesi, sağlığın geliştirilmesi gibi kavramlar ağırlıkla ele alınmaktadır. Anlam ve amaç farkı çok az olan bu kavramlar uzun yıllar ortak kullanım alanı içinde yer almıştır. Son yıllarda, sağlığı sürdüren, hastalıkları önleyen ve sağlığı geliştiren faaliyetler farklı sağlık sınırları ile açıklanmaktadır;

- Negatif Sağlık; tedavi rehabilitasyonu gerektiren sağlık durumu ifade eder.

- Nötral sağlık; herhangi bir hastalık durumu olmaksızın, dengeli bir sağlık kavramını ifade eder. Sağlığı sürdürmek ve hastalıkları önlemekte amaç, nötral sağlık durumunu korumaktır.

- Pozitif sağlık; sağlığın geliştirilmesi iyilik düzeyinin arttırılması ile ilgilidir. Nötral (stabil-dengeli) bir sağlık durumundan sonra ulaşılan, yaşam kalitesini geliştiren potansiyel sağlığı geliştiren sağlık davranışlarını ifade eder(22,24,28,31,56,58,66,67,77).

Nötral sağlık ılımlı-değişmeyen bir sağlık kavramıdır. Sağlığın negatif yönünü ya da olumlu yöndeki gelişmesini ifade etmez. Bu kavram kapsamında; sağlığı korumak, hastalık risklerini azaltan faaliyetlerle sağlığı sürdürmek, hastalıkların erken tanı ve tedavisi yer alır. Oysa sağlığı geliştirme kavramıyla eş anlamlı olan pozitif sağlık, iyiliğin en yüksek düzeyi ile ilgilidir. Bireyin iyilik durumlarını kendi kendilerine gerçekleştirebilecekleri davranışları ve bireyin içinde yaşadığı çevrenin değişimini içerir. Gelişme odaklanmıştır. Bireyi en üst düzeyli sağlığa cesaretlendirme faaliyetleridir(73,75,77,78).

III. SAĞLIĞI KORUMA, SÜRDÜRME VE GELİŞTİRME

Sağlık bakım sistemi, çevresel ve kültürel etkiler doğrultusunda sürekli değişime uğramaktadır. Son yıllarda bu değişim sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme yönünde etki göstermektedir.

Sağlığı sürdürme ve sağlığı geliştirme kavramları zaman zaman birbiri yerine kullanılsa da farklı kavramlar olduğu belirtilmektedir(10,13,17,24,28,31,33,64,66,77).

Sağlığı sürdürme, hastalıklardan korunma, hastalık risklerini azaltmak hastalığı tedavi etmek erken tanılama için sağlık taramaları yapmak ve nötral (stabil, dengeli) sağlık olmasını mümkün kılan davranışlardır.

Sağlığı sürdürme, sağlığı koruma ve hastalıklardan korunma amacındadır. Sağlığı geliştirme sağlığı sürdürmenin ötesinde yaşam kalitesini ve iyilik düzeyini arttırmak için çaba sarfetmektir(22,24,55,77).

Sağlığı geliştirme Pender'e göre bireylerin ailelerin ve toplumun potansiyel sağlığını gerçekleştiren ve iyilik hali düzeyini arttırmaya yönelik aktivitelerini oluşturulması olarak tanımlamıştır(55,73,77).

III.1.SAĞLIĞI KORUMA DÜZEYLERİ

Sağlığı koruma 3 düzeylidir;

III.1.1. Birincil koruma: Bireyleri, aileyi ve toplumu olası hastalık/sakatlık durumlarından korumak ve çeşitli stresörlere karşı stres yönetimini öğretmek amacıyla uygulanan aktivitelerdir(22,24,28,33,56,58,75).

III.1.2. İkincil koruma: Erken tanı ile hastalığın patolojik sürece girmesini engellemek eğer hastalık oluşmuşsa komplikasyonlarından ve yetersizliklerden bireyi korumak amacıyla uygulanan aktiviteleri içerir. İleri koruma ile bireyin fonksiyonlarını geri kazanmasını amaçlar. Tüberküloz için PPD testi, servikal Ca için smear almak gibi işlemler ikincil korumaya örnektir.

Klinik belirtiler olmasa bile bir hastalıktan sonra ya da hastalık esnasında sekonder (ikincil) koruma başlar(22,24,28,33,56,58,75).

III.1.3. Üçüncül Koruma: Bir hastalık sonucu oluşan kalıcı yetmezlik durumlarında fonksiyon kapasitesini en yüksek düzeye ulaştırmayı amaçlayan rehabilitatif aktiviteleri içerir(22,24,28,33,56,58,75).

Üç koruma düzeyinde uygulanacak çeşitli aktiviteler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1 : Koruma Düzeyleri

Birincil koruma	İkincil koruma	Üçüncül koruma
<ul style="list-style-type: none"> • Sağlığı geliştirme • Sağlık eğitimi • Yaşam dönemlerine uygun beslenme • Kişilik gelişiminin desteklenmesi • İş koşullarının iyileştirilmesi • Ev koşullarının iyileştirilmesi • Boş zaman aktiviteleri planlama • Evlilik danışmanlığı, cinsel eğitim • Genetik değerlendirme • Periyodik muayeneler • Aşılama • Risk durumlarında aşılama • Kişisel hijyen • Çevre sanitasyonu • İşyeri zararlarına karşı koruma • Risk durumlarında özel beslenme • Karsinojen maddelerden korunma • Allerjenlerden korunma 	<ul style="list-style-type: none"> • Erken tanı ve uygun tedavi • Birey ve toplumlarda görülen hastalıkların belirlenmesi • Risk gruplarını belirleme tara- maları • Hastalık süresince koruma ve tedavi • Bulaşıcı hastalıklardan korunma • Hastalığın komplikasyon ve sekellerinden koruma • Yetmezlik süresini kısaltma • Yetmezliği sınırlama • Komplikasyon ve sekellerin tedavisi • Ölümü engelleme 	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitasyon • Bireyin kapasitesini en üst düzeye çıkarmak • Halkın ve işverenlerin eğitimi • İşe uyum çalışmaları

Potter, P.A., Perry, A.G.; Basic Nursing (58).

III.2. Sağlığı Geliştirme

Sağlığı geliştirme, bireylerin sağlığını en yüksek düzeye ulaştırmaları ve bunu sürdürmeleri için kişisel yeteneklerini geliştirmeye ve sağlık davranışlarını değiştirmeye yönelik aktiviteleri içerir.

Sağlığı sürdürme ve hastalıklardan korunma sağlığı geliştirmenin bir bölümüdür. Sağlığı geliştirme, sağlık bakımı için daha pozitif bir yönelmeyi sağlamalıdır.

Sağlığı geliştirmenin amacı olumlu davranışların kazandırılması ve sürdürülmesini sağlamaktır.

Sağlığı geliştirme aktiviteleri iki bölümde incelenmektedir.

- Bireye, sağlıklı yaşam biçimi kazandırılması ve sürdürülmesine yönelik davranışların kazandırılması,
- Kazanılan davranışın sürdürülmesini destekleyen aktiviteler(6, 10,13,17,66,67,69,77).

III.2.1. Sağlığı Koruyan ve Geliştiren Davranışlar

Sağlığı koruyan ve geliştiren davranışların kavramsal tanımları Tablo 2'de, Sağlığı koruyan ve geliştiren davranış örnekleri de Tablo 3'de gösterilmiştir(24,77).

Tablo 2 : Sağlığı Koruyan ve Geliştiren Davranışların Tanımları

Sağlığı Koruyan davranışlar	Sağlığı Geliştiren Davranışlar
<ul style="list-style-type: none"> - Bireyin amacı, hastalıklar ve yetersizliklerden sakınmak sağlığı korumaktır. - Bireyin aktiviteleri, ılımlı, dengeli sağlık durumunu tekrar kazanmaya ve sürdürmeye yöneliktir. - Birey hastalık veya yetmezlik durumlarını önlemede, hastalık bulgu ve semptomlarını kontrol etmede, sağlığını tanımada, sürdürmede uzman hemşirenin yardımına ihtiyaç duyar. - Birey sağlığını uzman bir hemşirenin yardımı ile kontrol eder. - Birey, bilgi yetersizliğini, değerleri sağlıkla ilgili kaynaklara ulaşmama gibi durumlardan dolayı başkalarının yardımları olmaksızın ılımlı dengeli, sağlık durumunu sürdürmede yetersizlik gösterir. - Birey ve aile; toplumsal ya da gelişimsel olaylardan önce hazırlık ve planlama yapmaz. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bireyin amacı, en üst düzeyde fiziksel sağlık ve iyilik haline ulaşmak, sağlığını geliştirmektir. - Bireyin aktiviteleri, ılımlı, dengeli sağlık durumunun ötesinde pozitif sağlık durumunu kazanmaya yöneliktir. - Birey, sağlık davranışlarını geliştiren kaynakları arar, iyilik durumunu geliştirmek için çevresel kaynakları bulur. Hemşirenin rehberliğine ihtiyaç duyar. - Birey iyilik halini ve sağlığını geliştirmek için kendisi çaba harcar. - Birey hastalıkların tanınmasında semptom ve bulguları kontrol etmede yaşına uygun sağlık sorunlarını belirleyerek sağlığını kontrol etmede yeterlidir. - Önemli gelişimsel durumlar, aile ve birey tarafından planlanır.

Tripp,S.L., Stachowiak,B.: Health maintenance, health promotion: Is there a difference(77).

Tablo 3 : Sağlığı Koruyan ve Geliştiren Davranış Örnekleri

Sağlığı Koruyan Davranışlar	Sağlığı Geliştiren Davranışlar
<ul style="list-style-type: none"> - Düzenli yapılması gereken uygulamalar • Pap-Smear, TA kontrolü gibi periyodik muayeneler • 40 yaşından sonra yılda bir kez dışkıda gizli kan aranması • 2 yılda bir göz muayenesi • 6-12 ayda bir diş muayenesi • 50 yaşından sonra yılda bir kez mamografi • Yaşa uyan aşılama • Tıbbi tedavi ile ilgili şikayetlerin değerlendirilmesi - Zararlı alışkanlıklara yönelik uygulamalar • Sigara, alkol kullanılmaması • Kolesterolde ve yağdan düşük diyet alınması • Lifli gıda seçimi • Düşük veya orta düzeyde tuz alımı • Kafein alınmaması ya da sınırlı oranda alınması -Egzersize yönelik uygulamalar • Haftada 3 kez 20 dk egzersiz yapmak • Gecede 6-8 st. uyumak • Boş zamanlarını değerlendirmek - Diğer uygulamalar • Kendi kendine meme muayenesi • Emniyet kemeri kullanma • Güneş ışınlarından korunma • Günlük hijyenik uygulamalar • Olumlu kişilerarası ilişkiler 	<ul style="list-style-type: none"> - Kişinin kendi kendine gerçekleştirdiği uygulamalar • Büyüme değişikliklerini izleme • Uzun dönemli hedefler geliştirme • Gerçek hedeflerini belirleme • Yaşamın amacını bilme • Mutluluğu ve hoşnutluğu hissetme • Güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olma - Sağlık sorumlulukları • Şikayetlerini sağlık sorumlularına rapor etme • Sağlık ile ilgili tartışmalara girme • Sağlıkla ilgili yayın okuma • Çevre sağlığı programlarına katılma - Egzersiz • Nabız kontrolü ile birlikte egzersiz yapma • Haftada 3 kez etkili ve düzenli egzersiz yapma • Yeni aktiviteler yaratma - Beslenme • Katkı içeren besin kullanmama • Günde 3 öğün 4 besin grubunu tüketme • Vücut fonksiyonlarını destekleyen koruyan yiyecekler (lifli, düşük toksik madde içeren yiyecekler vb) tüketme • Besin sanitasyonunu uygulama

Tripp,S.L., Stachowiak,B.: Health maintenance, health promotion: Is there a difference(77).

IV. SAĞLIK VE HASTALIK MODELLERİ

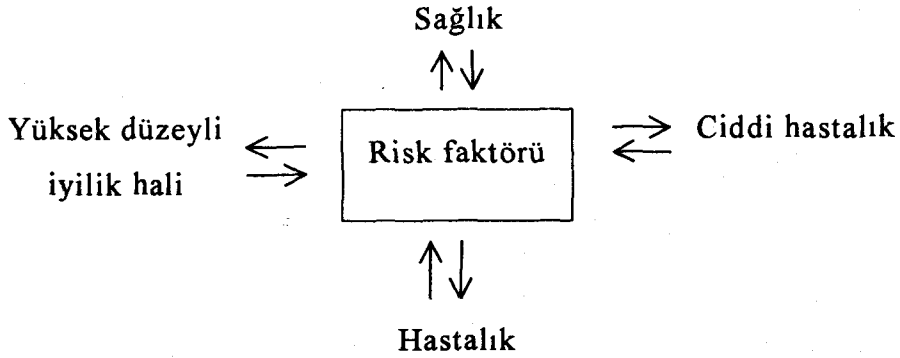
Model, kavram ya da düşüncenin kuramsal olarak açıklanma şeklidir. Bir davranış konusunda bilimsel ve gerçekçi değerlendirme yapabilmeyi sağlayan modeller, bireyin sağlık tutum ve davranışları ile kavramlar arasındaki ilişkileri anlamak için kullanılabilirler.

Sağlık inançları bireyin sağlık ve hastalık hakkındaki tutum ve davranışlarıdır. Sağlık inançlarının sonucu gelişen sağlık davranışları, sağlığı pozitif ya da negatif etkileyebilmektedir. Davranış sürecini değerlendiren birçok model geliştirilmiştir(32,53,56,58,67,70,75).

Hemşireler etkili sağlık bakımı sağlayabilmeleri için, bireylerin sağlık davranış ve inançlarını modelleri izleyerek takip edebilirler. Bu modeller, sağlık-hastalık süreklilik modeli (Health-Illness Continuum Model), yüksek düzeyde iyilik hali modeli (High-Level Wellness Model) ajan-organizma-çevre modeli (Agent-Host-Environment model), sağlık inanç modeli (Health Belief Model), evrimsel model (Evolutionary-Based Model), sağlığı geliştirme modeli (Health Promotion Model)'dir(32,33,58,67).

IV.1. Sağlık-Hastalık Süreklilik Modeli (1975-1990)

Bu modelde sağlık, iyilik halini sürdürmek için değişen iç ve dış çevreye kişinin uyum sağlamasıyla oluşan dinamik bir süreçtir. Sağlık ve hastalık çeşitli derece ve niteliktedir(58).



Şekil 1 : Sağlık-Hastalık Süreklilik Modeli

Yüksek düzeyli iyilik hali ve ciddi hastalık karşıt sonlarıdır. Neuman'a göre (1990) bu model de sağlık, elde edilebilir maximum enerji ile optimal iyilik hali durumunda zamanın herhangi bir noktasında bulunan bireyin iyilik hali derecesidir. Tüm enerjinin tükenmesi ölümdür. Hemşire sağlık-hastalık süreklilik modelinde bireyin sağlık düzeyini herhangi bir noktada belirleyebilir. Bireyin risk faktörleri sağlık düzeyini belirlemede önemlidir. Risk faktörleri yaş, yaşam tarzı ve çevre gibi genetik ve fizyolojik değişkenleri içerir(56,58,67,73,75).

Bireyin sağlık düzeyi sağlık tutumuna, değerlerine, inançlarına ve iyilik halini algılama durumuna bağlıdır. Hemşire optimal sağlık amacına ulaşmada bireye yardım eder(Meleis ,1990). Bireyin sağlık düzeyi iki uç nokta arasında tanımlanması zordur.

Sağlık hastalık süreklilik modeli bireyin şimdiki sağlık düzeyi ile önceki sağlık düzeyini karşılaştırmada kullanıldığı zaman daha etkilidir(58,75).

IV.2. Yüksek Düzeyli İyilik Hali Modeli

Yüksek düzeyli iyilik hali modeli Dunn tarafından geliştirmiştir (1977). Bireyin, ailenin, toplumun potansiyel sağlığını en yükseğe çıkarmaya odaklanmıştır. Bireyin çevre ile sürekli uyum içinde, dengede olmayı sürdürmesi gereklidir(58).

Bireyin kendi sağlığını etkileyen davranışlarını geliştirmeye, yaşam biçimini değiştirmeye ve geliştirmeye yönelik faaliyetleri içerir (Dunn 1959, 1977, Pender 1987). Hemşireler risk grubundaki bireylere yardım eden hemşirelik işlevlerini yaparlar.

Sağlık bakım aktiviteleri tedaviden çok hastalıklardan korumayı ve sağlığı geliştirmeyi vurgular ve yüksek düzeyli iyilik halini başarmayı amaçlar. Yüksek düzeyli iyilik hali dinamik bir süreçtir. Pasif statik bir durum değildir(56,58,75).

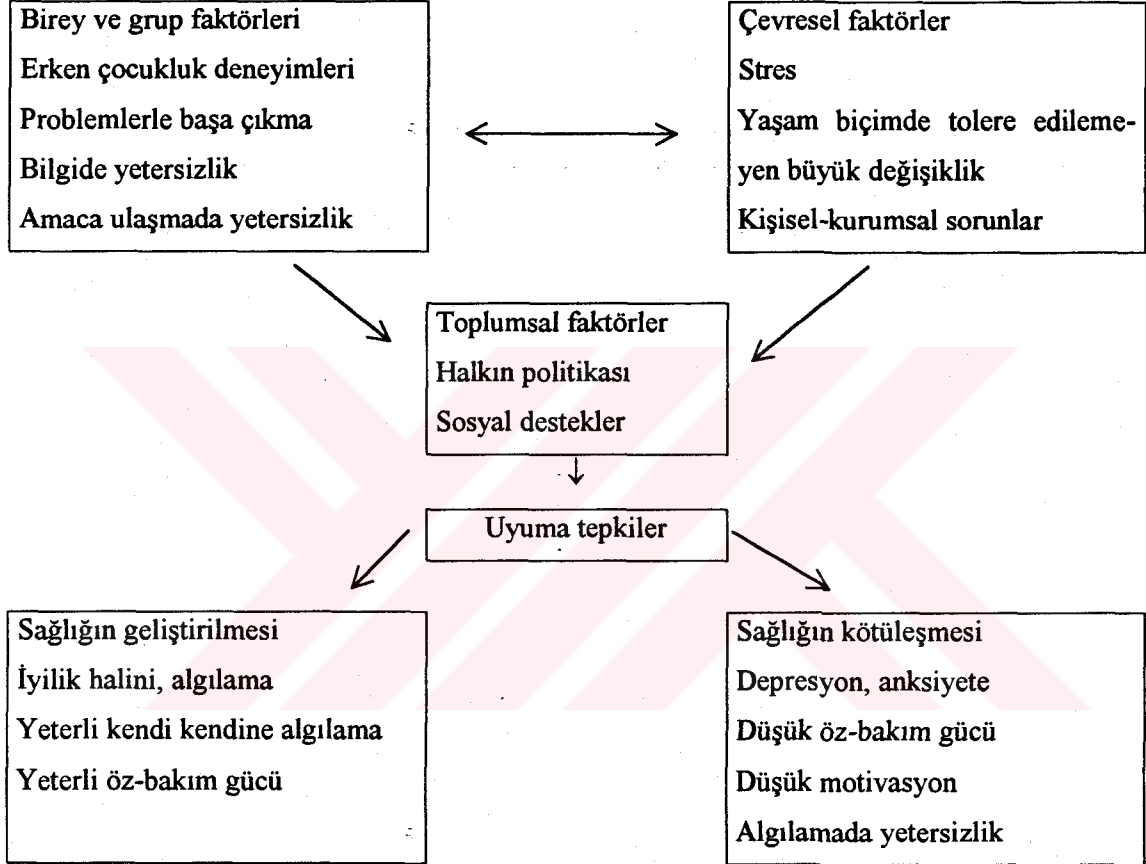
IV.3. AJAN-ORGANİZMA-ÇEVRE MODELİ

Ajan-organizma-çevre modeli 1965'de Leavell'in toplum sağlığı çalışmalarıyla başladı ve bütün sağlık alanlarında hastalıkların sebebini tanımlayan bir model olarak geliştirildi. Bu kurama göre birey ve grupların sağlık/hastalık düzey durumları, hastalığı başlatabilen internal ve external faktörlere, hastalıktan çabuk etkilenen gruplara, hastalık riski içeren çevre faktörlerine, ajanla dinamik ilişkisine bağlıdır. Ajanlar biyolojik, kimyasal, fiziksel ve psikososyal olabilirler. Organizma faktörleri risk gruplarının fiziksel, psikososyal durum ve konumudur. Çevre hastalık faktörlerini bulundurup bulundurmamasını ya da ne oranda bulundurmasına göre değerlendirilir.

Sağlık ve hastalığı vurgulayan ajan – organizma - çevre modeli bu üç değişkenin dinamik etkileşimine bağlıdır. Bu model 1984 yılında Pesznecker ta-

rafından geliştirilmiş ve 1990 yılında sağlığın gelişimi/kötüleşmesi birey/grup-çevre arasında etkileşimle nasıl şekillendiği hazırlanarak Berne tarafından sunulmuştur(56,58,75).

Modelin kavramsal yapısı Tablo 4’de gösterilmiştir.

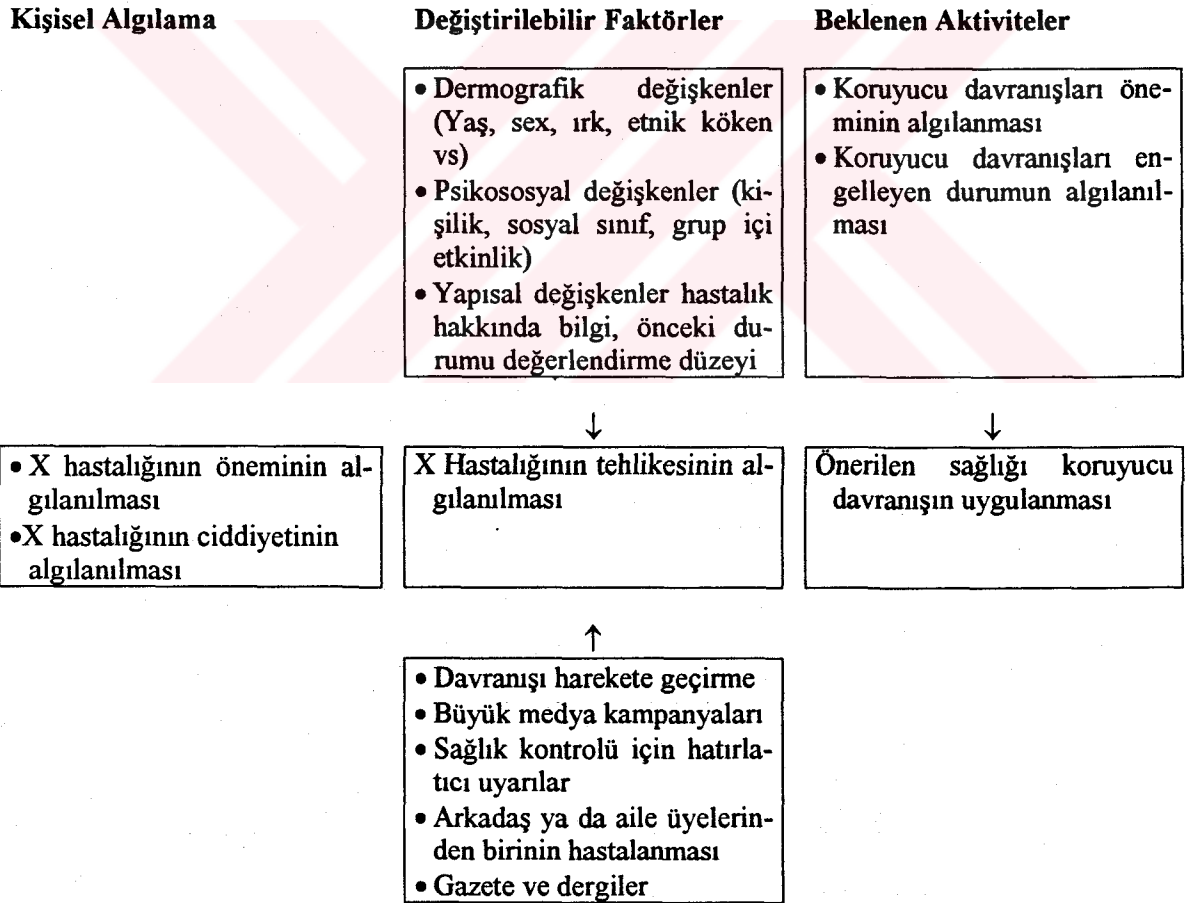


Tablo 4 : Ajan-Organizma-Çevre Modeli (58,75)

IV.4. SAĞLIK İNANÇ MODELİ

Sağlık inanç modelini, Rosentock (1974), Becker ve Maiman (1975) tanımlamışlardır. Model, bireyin hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklar. Ayrıca bireyin inanç ve davranışlar arasındaki ilişkiyi tanımlar(32,42,56,58,66,75).

Bireyin bir hastalıktan korunmak için kendisine önerilen davranışı yapmasını etkileyen çeşitli faktörler vardır. Öncelikle bireyin hastalığı algılaması önemlidir. Birey hastalığa karşı duyarlı ise önerilen sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını kolaylıkla uygulayabilir. Birey hastalığa karşı duyarlı değilse medya, sempozyum, çeşitli toplumsal kampanyalarla duyarlılık sağlanabilir. Bunun sonucunda birey hastalığı kendisi açısından değerlendirmeye başlar ve önemini, ciddiyetini algılar. Bu süreci bireyin, demografik, psikososyal ve hastalıkla ilgili bilgi ya da hastalığı önceden geçirmiş olma düzeyi gibi değiştirilebilir faktörler etkiler. Değiştirilebilir faktörler, bireyin önerilen davranışı algılamasını, uygulayıp uygulamamasını etkiler(6,58,75).

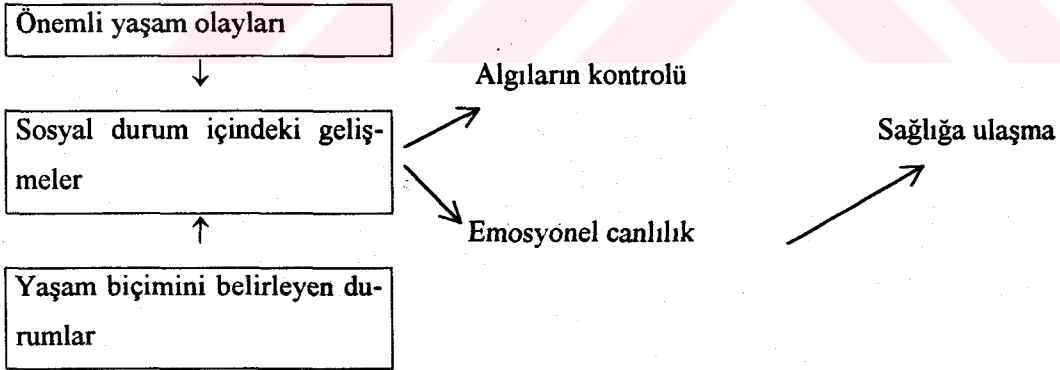


Tablo 5 : Sağlık İnanç Modeli (58,75)

IV.5. EVRİM TEORİSİ (EVRİMSEL TEMEL MODEL)

1984 yılında Dixon JK, Dixon JP tarafından tanımlanmış olan evrim teorisi yaşamda önemli değişiklikler yapan olaylarla ilgilenir. Hastalık ve ölümlü konu alır. Modelin ilişkili olduğu altı elementi vardır:

1. Hastalık ile ilgili değişkenleri, kazalar gibi yaşamda değişiklik yapan önemli olaylar,
2. Yaşam biçimi değişikliklerinde bireysel stratejileri,
3. Bireyi iyiliğe ulaştıran fonksiyonları sahiplenme durumları,
4. Bireyin yaşamını kontrol etmesi (etkilenme, duygusal reaksiyonlar)
5. Çeşitli yaşam olaylarına etkili reaksiyon verebilen emosyonel canlılık,
6. Model içindeki diğer faktörler ve emosyonel canlılığın sonucunda psikolojik durum, fizyolojik davranışların sağlık amacına ulaşmış olması(28,58,75).



Tablo 6 : Evrim Teorisi(58)

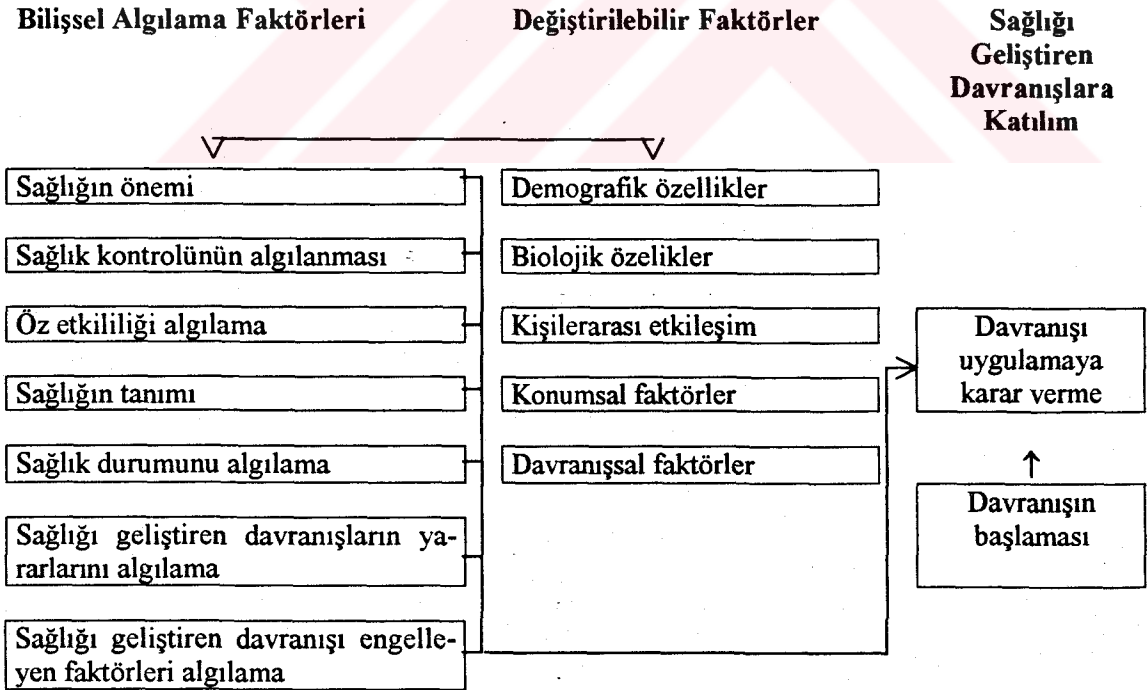
IV.6. SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ

Pender tarafından 1982-1984 yıllarında geliştirilmiştir. Model, bireylerin sağlığı geliştiren davranışlarını etkileyen, bilişsel süreçlerin önemini açıklamaktadır.

Modelde sağlığı geliştiren davranışları etkileyen bileşenler, bilişsel algılama faktörleri, değiştirilebilir faktörler ve davranışın oluşmasını etkileyen değişkenler olarak açıklanmaktadır(56,58,75).

Sağlığı geliştirme aktivitelerini azaltan ya da arttıran faktörler tanımlanmıştır. Bireyden beklenen sağlığı geliştirici davranışlar Pender tarafından 1990 yılında örneklerle açıklanarak organize edilmiştir. Model pek çok toplum grubu üzerinde test edilmiş ve geçerliliği kanıtlanmıştır(32,56,58).

Modelin kavramsal yapısı Tablo 7'de gösterilmiştir.



Tablo 7 : Sağlığı Geliştirme Modeli(58)

V.1. HEMŞİRELİK KAVRAMINA GENEL BAKIŞ

Hemşireliğin bir yüzyıl kadar önce, Florence Nightingale tarafından yapılan ilk tanımından bu yana pek çok tanımı yapılmış ve hemşirelikle ilgili düşünceler dile getirilmiştir(11,62,81).

İlgi merkezi insan olan hemşireliğin amacı kendi sağlık gereksinimlerini karşılamada güç, istek ve bilgiden yoksun bireye bakım vermektir(5,81,82).

Sağlık gereksinimlerindeki değişimler ve sağlık bakımı yeni yönelimleri bağlamında, hemşireliğin rolünü sağlık bakımını tüm kurumlarda birincil, ikincil ve üçüncül bakımı kapsayacak biçimde genişlemiştir(3,5,59,62).

V.2. HEMŞİRE KURAMCILARIN HEMŞİRELİK TANIMLARI

1859 yılında Nightingale "Hemşirelik Üzerine Notlar" adlı kitabında "Hemşirelik, doğan birey üzerindeki olumsuz etkilerini olumlu ve zararsız hale getirebilmek için bireyi en iyi hale getirmektir, hemşirenin hastaya temiz hava, iyi ışık, yeterli ısı, temizlik, sessizlik ve iyi seçilmiş bir diyet sağlaması ona yaşama gücü verir" demektedir(11,32,59,62,86).

Florence Nightingale'den bu yana birçok kuramcı hemşireliğe kuramsal bir çatı oluşturmuş ve hemşireliğin yapısını ve kaliteli bakımı tanımlamaya çalışmıştır.

Virginia Henderson'a göre hemşirelik, bütün sosyal hizmetler gibi temel hemşirelik bakımı da insan gereksinimlerinden doğmaktadır. Hemşirenin temel işlevi, sağlam bireye sağlığını korumak, hastaya sağlığını kazandırmak konusunda yardımcı olmak, hastanın kendi kendine yapmaya gücü, arzusu ve

bilgisi yetmediği işlerde yardım elini uzatmak, onun ölüm anında huzur içinde olmasını sağlayacak telkinde bulunmaktadır. Hemşire bütün bunları hastayı en kısa zamanda kendi kendine yetecek hale getirecek şekilde yapmalıdır(11,32,33,59,62,81,86).

Hildegard E. Peplau hemşireliği; anlamlı tedavi edici kişilerarası süreç, bir iyileşme sanatı, hasta ya da sağlık hizmetine gereksinimi olan bir birey ile bu gereksinimlerini tanımak ve gidermek için özel olarak eğitilmiş hemşire arasındaki bir insan ilişkisi ve hasta ya da sağlık bakım gereksinimi olan bireylere yardım etme biçimindeki bir tedavi olarak tanımlar.

Peplau hemşireliği kişilerarası süreç olarak görür, çünkü ortak amaçlı iki ya da fazla birey arasında bir iletişimi gerektirir. Bu iletişim sonucunda hemşire ve hastada bir öğrenme ve olumlu yönde gelişme meydana gelir. Bu nedenle Peplau hemşireliği bir olgunlaştırıcı güç ve bir eğitim aracı olarak görmüştür(11,51,59).

Kuramcı hemşirelerin öncülerinden olan Ernestine Wiedenbach'a göre hemşirelik, bilgilerin uygulanması, deneyim ve becerilerin yardıma gereksinimi olan hastanın bu gereksiniminin karşılanmasında kullanılmasıdır. Hemşirelik bir yardım sanatı ve yardım sürecidir. Bu nedenle hemşireliğin amacı, hastaya gereksinimlerin karşılanması için yardım etmektir. Bu yardım amaca yönelik ve hasta merkezlidir ve bilgi, beceri, karar verme ve iletişim ilkelerinin bilinmesini öngörür(11,59,62).

Ida Jean Orlando'ya göre hemşirelik, bireyin farkına vardığı, fakat kendi kendine karşılayamadığı gereksinimleri karşılayarak onun fiziksel ve psikolojik olarak rahatlatılmasıdır. Orlando hastanın o andaki gereksinimini saptayabilmesi için hemşirenin, iyi bir gözlemci olması gerektiğini vurgulamaktadır. Orlando için hemşirelik durumu, belirli bir zaman ve yerde hasta-hemşire arasındaki etkileşimden kaynaklanır(11,51,59).

Hemşire kuramcılardan Martha E.Rogers'a göre hemşirelik bireylere bütüncül yaklaşımı savunan, insanın gelişim ve doğasını inceleyen hümanist bir bilimdir. Hemşirelerin bakım amacıyla yaptıkları aktiviteler, pozitif klinik değişim için birer alt yapıdır. Hemşirelik aktiviteleri, terapötik ortamın yaratıcısıdır. Roger'a göre hemşireliğin amacı, bireyin sağlığına ulaşılabilen en iyi duruma getirmek ve onun çevresi ile uyumunu sağlamaktır(11,59).

Bir başka kuramcı Dorethea Orem, hemşireliği bir toplum hizmeti bir sanat ve teknoloji olarak görmüş ve insanın kendine yeterli olmadığı durumlar varolduğu için geliştiğini öne sürmüştür. Orem'e göre hemşirelik, hastaya sağlığını düzeltmede yardım ve destek sağlamaktır. Ayrıca hastanın kendi bakımını desteklemek için dışarıdan düzenleyici güç sağlanmasıdır. Amaç bireyin kendi özbakımını gerçekleştirinceye kadar yardımcı olmak ve en kısa zamanda onun kendi öz bakımını üstlenmesini sağlamaktır(11,30).

Faye G. Abdellah'a göre bireye, aileye ve dolayısıyla topluma hizmet vermek olan hemşirelik bilim ve sanat üzerine temellenmiştir. Abdellah'ın hemşirelik kuramı sağlık gereksinimleri ile ilgili hemşirelik problemlerine, problem çözümüyle yöntemi ile yaklaşımıdır(11,62).

Imogine King hemşireliği her yaşta ve sosyo-ekonomik gruptaki bireylere, sağlık ve hastalık durumlarında günlük yaşamlarını sürdürebilmeleri için, temel gereksinimlerini karşılayabilmelerinde yardımcı olmaktır diye tanımlar. Bu yardımın hemşire ve bireyler arasında etki-tepki, etkileşim ve faaliyetler yoluyla gerçekleştiğini savunur(11,51).

Sister Callista Roy hemşireliği sağlığı olumlu yönde etkilemek amacıyla yönelik adaptasyon sağlayan bir bilim ve sanat olarak nitelemiştir. Roy'un hemşirelik modelinde, hemşirelik uygulamaları uyumu kolaylaştırmayı amaçlar. Hemşire hastanın uyumunu kolaylaştırmak için, bireyin sağlık ve hastalık du-

rumunu iyi tanımalı, bu durum ile başedebilme mekanizmalarının etkinliğini iyi değerlendirebilmeli ve gerekli hemşirelik girişimlerini bu bilgiler ışığında planlayarak uygulamalıdır(33,59).

Joyce Travelbee'ye göre hemşirelik, kişilerarası bir süreçtir. Hemşire ise birey, aile ve toplumun deneyimlediği hastalık ve acıdan korumak, ya da bunlarla başa çıkmak ve gerekirse bu deneyimlerinde anlam bulmalarına yardımcı olan kişidir diye tanımlamıştır(11,51,59,62).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün tanımına göre, hemşirelik, sağlık bakım sisteminin bir parçası olarak, bütün sağlık kuruluşlarında ve toplumda, her yaştaki insanların sağlığının ilerletilmesini, hastalıkların önlenmesini ve fiziksel, mental hastalığı olanların ya da yetersizliği olanların bakımını kapsar(62,84).

Türk Hemşireler Derneği (THD)'nin hemşirelik tanımı ise şöyledir: "Hemşirelik bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini(62,84,85).

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN)'nin hemşirelik tanımına göre, hemşirelik bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur(62).

Türk Hemşireler Derneği 1981 yılında hemşireliğin işlevleri, standartları ve niteliklerini saptamak üzere kurduğu komisyonda hemşireliği; "Bireyin, ailenin, toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek

kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini” ve hemşireyi de “temel bir hemşirelik eğitim programını tamamlamış olan ve ülkende toplumun katkısını alarak, hastalığın önlenmesi, hastanın bakımı ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için hemşirelik alanında sorumluluk almaya yeterli ve yetkili kişi” olarak tanımlamıştır(3,41,62,78,81,82,84).

VI. HEMŞİRELİK İŞLEVLERİ VE ÇAĞDAŞ ROLLERİ

Çeşitli kuramcılar ve kurumlar tarafından tanımı yapılan hemşireliğin geçmişten günümüze taşıdığı ve günümüzde kabul edilen çağdaş rollerini şöyle sıralayabiliriz:

Uygulayıcı rolü: İşbirlikçi, yarı bağımlı, destekleyici, bağımlı ve bağımsız rolleridir. Geleneksel bakım rolü ağırlıktadır.

Eğitici rolü: Hemşireler, esas rollerinden olan eğitici rolü ile ilgili eğitim işlevlerini başlıca iki ana amaca yoğunlaştırmaktadır .Bunlardan biri hemşirelik mesleği aday ve mensupları, diğeri ise sağlıklı ya da hasta birey aile ve toplumdur(3,41,44,47,61,62,74,76).

Araştırmacı rolü: Daha iyi bir bakım için hasta haklarına saygılı, bağımsız araştırmalar yapan, yeni bakım ve etkin sağlık eğitimi yöntemlerini saptayan hemşirelik rolüdür.

Yönetici rolü: Sağlık hizmeti alanlarında, sağlık eğitimi kurumlarında yöneticilik rolüdür.

Profesyonel rolü: Hemşireliğe pozisyon, bağımsızlık, statü, prestij, yetki ve güç kazandıracak, sosyal hukuki çalışmalara, mesleki kuruluşlar yolu ile katkı sağlar.

Ayrıca hemşireliğin koordinatörlük, hasta haklarının savunucusu, rehberlik, danışman gibi rolleri de vardır(36,37,47,61,81,86).

Hemşirenin bu rollerinin yanı sıra profesyonel hizmetin gereklerini yerine getirmek için çeşitli sorumlulukları da vardır. Hemşire tüm profesyonel işlevlerinden sorumludur. Hemşire mesleğinde verdiği bakım hizmetlerinden sorumluluk taşıyan bağımsız bir uygulayıcıdır. Hemşire, bireye, aileye ve topluma doğrudan hemşirelik bakımının verilmesinden sorumludur. Yönetim eğitimi, klinik uygulama ve araştırmalarda da ileri meslek eğitimi kazanmak ve kendini yenilemek için gereksinimlerini değerlendirme sorumluluğu taşır(5,36,37,38,41,43,46,47,62).

Hemşirelikte çağdaş rol ve işlevler Şekil 2’de gösterilmiştir.

ESAS ROLLERİ	İŞLEVLERİ	ÇAĞDAŞ ROLLERİ
- Uygulayıcı rolü →	-Bakım + Tedavi + Koordinasyon	- Koordinatörlük
- Eğitici rolü →	-Meslek aday ve mensuplarına	- Hasta haklarının savunucusu
	-Sağlıklı/hasta birey + aile + toplum	- Rehber, danışman rolü
- Araştırmacı rolü →	-Daha iyi bir hemşirelik bakımı vb. vermek	- Psikolog
- Yönetici rolü →	-Sağlık hizmeti alanları	- Ekonomist vb.
	YÖNETİM İŞLEVLERİ	
	-Sağlık eğitim kurumları	
-Profesyonel rolü →	-Hemşirelik disiplinini geliştirme	

Şekil 2 : Hemşirelikte Çağdaş Rol ve İşlevler(62)

Hemşirelik işlevleri ülkenin sağlık bakım sistemine büyük ölçüde dayalı olmakla beraber son eğilimlerin, hemşirelik mesleğinin daha yararlı hale getirilmesi amacıyla olduğu görülmektedir. Çeşitli sağlık kurumlarında hasta bakımı, rehabilitasyonu, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesini içeren sağlık bakımındaki işlevleri giderek daha çeşitlilik sergilemektedir.

- Çok geniş hizmet alanı olan hemşireliğin görev alanları ve işlevleri;
- Tedavi edici sağlık hizmetleri
 - Koruyucu sağlık hizmetleri
 - Eğitim ve yönetim hizmetleri olarak gruplandırılabilir(41, 44, 57, 63).

VII. SAĞLIĞI ETKİLEYEN BİREYSEL ETMENLER

Bireyin, ailenin ve toplumun birinci amacı olan sağlıklı ve üretken olma, bio-psiko-sosyal yönden iyi gelişmiş bir vücut yapısı ve bu yapının bozulmadan uzun süre işlemesi ile olmaktadır. Sağlığı etkileyen çevresel etmenlerin başında beslenme, barınma, yeterli uyku, giyim, fiziksel çevre, hijyen, eğitim ve kültürel olanaklar gelir. Tüm bu etmenler bireyin yaşamını yönlendirir. Çevresel etmenlerin herhangi birinin yetersizliği, bireyin, dolayısıyla toplumun sağlık durumu üzerinde olumsuz etki yapar(62,64).

Beslenme; büyüme - gelişme, vücudun fizyolojik görevlerini sürdürebilmesi ve sağlığın korunması için gıda maddelerinin kullanılmasıdır. Hiçbir zaman karın doyurmak anlamına gelmeyen beslenmedeki amaç; bireyin yaşı, cinsiyeti ve içinde bulunduğu fizyolojik duruma göre gereksinimi olan bütün besin öğelerini yeterli miktarda sağlayabilmesidir. Biz bunu yeterli ve dengeli beslenme olarak isimlendiriyoruz. Yeterli beslenme vücudun yaşamı ve çalışmasını sürdürebilmesi için gerekli enerjinin sağlanması anlamına gelir. Dengeli beslenme ise, enerji yanında bütün besin öğelerinin gereksinimi kadar sağlanmasıdır. Gereğinden çok besin alarak vücut ağırlığının istenenin çok üzerinde çıkarılması da sağlık bozukluklarına neden olduğundan dengesiz beslenmedir. Beslenme yetersizliği ve dengesizliği bazı hastalıkların oluşmasında doğrudan bazılarında ise dolaylı nedendir. Yetersiz ve dengesiz beslenme vücut direncini azaltarak enfeksiyonlara zemin hazırlamaktadır.

Yemek yeme bir günlük yaşam aktivitesidir. Yiyeceklerin seçimi ve alışkanlıkların oluşmasında rol oynayan etmenler çeşitlidir(10,17,19,31).

Sağlığı sürdürme ve geliştirme beslenmeyle çok yakın ilişkili durumdur. Beslenme yalnızca yaşama kapasitesi olmakla kalmaz aynı zamanda yeterli beslenme, üretkenlik ve yaşama zevki için önemlidir. Beslenmede; katkı içeren besin kullanılmaması, günde 3 öğün 4 besin grubu tüketilmesi, vücut fonksiyonlarını destekleyen koruyan lifli yiyecek tüketilmesi, besin sanitasyonuna dikkat edilmesi gereklidir(19,31,73).

Sağlığı etkileyen etmenlerden bir diğeri olan uyku, bireyin gerek fiziksel gerekse ruhsal sağlığı yönünden önemli bir gereksinimdir. Fiziksel yönden ele alınacak olursa böbreklerden fosfat atılmasının, büyüme hormonu ve adrenal hormonlarının salgılanmasına, vitamin kullanımının, deri onarımının gece uykuda meydana geldiği anlaşılmıştır. Bebeklerin büyümesi, yaraların kapanması, vücut içinde onarım gece uykuda gerçekleşmektedir. Uyku en büyük etkisini merkezi sinir sisteminde gösterir. Sinir sisteminde yorgunluk, kompütürün fazla yüklenmesinde görüldüğü gibidir. Uyanıklık halinde bazı nöronların fazla kullanılması, nöron yorgunluğuna ve işlerliğin kaybolmasına neden olur. Bu durum gerek beyinde, gerekse periferde dengesizliğe yol açar. Sonuçta uykusuzluk; yorgunluk, bezginlik, dikkatte zorluk, ağrıya karşı duyarlılığın artması, sinirlilik ve ileri hallerde halüsinasyon, iştahsızlık, boşaltımda zorluk gibi olgulara neden olur. Deri kendini yenileyemez, dermisteki kollagen fibriller esnekliğini kaybeder ve renkleri kararır. Bunun içindir ki uykusuzlukta deri sarkar, rengi koyulaşır ve bu durum en açık bir biçimde gözlerin altında görülür(4,14,15).

Beyin, psikolojik ve günlük problemleri uykuda çözümler. Uyku insanın ruhsal olarak gerginlikten kurtulduğu ve günün muhasebesi ile durum değerlendirmesi yaptığı zamandır.

Literatüre göre bireyin günde 7.5-8 saat uyuması gereklidir. Bu süre uyunmadığı zaman uyku borcu biriktiği açıklanmıştır. Hafta içinde iş, okul ya da aile düzeni nedeniyle eksik (6 saat ya da daha az) uyunan uyku, hafta sonunda 9-10 saat uyunarak uyku borcu ödenir. 24 saat uyumayan kişi EEG ile takip edildiğinde, birçok 2-3 saniyelik uyku episoduna girdiği görülmüştür. O halde uyanırken bile gözü açık olarak, kısa aralıklarla uyumak mümkündür. Böylece uyku borcu ödenir(4,14,15).

Kişisel hijyen, bireylerin kendi sağlıklarını korudukları ve devam ettirdikleri bir bakım olarak tanımlanır. Kişisel hijyen bireye sadece iyi olma duygusunu kazandırmak için değil, aynı zamanda sağlığın sürdürülmesi için de gereklidir. Sağlıklı bir yaşam için, vücudun deri, saç, el, ayak, ağız ve diş gibi bölümlerinin bakım ve temizliğine önem verilmesi gerekir(19,62,65).

Sigara ve alkol alışkanlığının sağlık üzerine olumsuz etkileri oldukça fazladır. Sigara içmek, geçmişi çok eskilere dayanan bir alışkanlıktır; başlangıçta farkında olmadan, son yıllarda tüm uyarılara rağmen kendilerine ve çevresindeki insanları pasif içici konumuna dönüşerek sağlıklarına zarar vermişlerdir. Bugün sigaranın sağlık üzerindeki zararlı etkileri ile ilgili yapılan çalışmaları sonucunda elde edilen çarpıcı istatistiksel veriler bulunmaktadır. İngiltere ve İskoçya'da yapılan bir araştırmada sigara içen her dört kişiden birisinin sadece bu nedenle ölümü beklediği belirlenmiştir. Tütünün yanmasıyla ortaya çıkan en önemli dört toksik madde, nikotin, katran, karbon monokist ve irritanlardır. Tütün dumanlarındaki toksik maddeler en çok oral kavite ve solunum yollarında etkisini gösterir. Akciğer kanseri, kronik bronşit ve kalp hastalıkları, sigaranın neden olduğu hastalıkların başında gelir(8,9,18,20,25).

Fiziksel aktiviteler; bireysel motivasyonu gerektirir. Egzersizler kasların gelişmesini ve kas tonisitesinin artmasını sağlar. Bu durum, kan ve lenf dolaşımını hızlandırır. Hızlanan kan dolaşımını, vücuttaki artık maddelerin bõb-

rekler ve deri yoluyla dışarı atılmasını sağlar, metabolizma hızlanır, bağırsak peristaltizmi artar(19).

Tablo 8 : Düzenli Fiziksel Aktivite Programlarının Etkileri

- **Kan Damarları ve Biokimyası**
 - Kan volümünü ve oksijen miktarını artırır
 - Fibrinolitik aktivite artar
 - Perifer dolaşımı ve kan dönüşünü artırır
 - Kaslara gelen kanı artırır
 - Serum trigliseridlerini ve kolesterol seviyesini azaltır
 - Kan basıncını azaltır
- **Kalp**
 - Kalp kontraksiyonlarının gücünü artırır
 - Kalbe gelen kollateral kanı artırır
 - Kalp kasının ve koroner arterlerin kapasitesini artırır.
 - Her kalp atımındaki stroke volümü artırır.
- **Akciğerler**
 - Akciğerlere gelen kan miktarını artırır
 - O₂ ve CO₂ diffuzyonunu artırır.
 - Egzersiz esnasında fonksiyonel kapasiteyi artırır
 - Nonfonksiyonel hacmi azaltır
- **Endokrin ve metabolik fonksiyonlar**
 - Strese karşı toleransı artırır
 - Glikoz toleransı, tiroid fonksiyonları, büyüme hormonu üretimini artırır
 - Kas hücrelerinde enzimatik fonksiyonları artırır
 - Vücut yağ miktarını azaltır.
- **Neural ve psikolojik**
 - Psikolojik stresten oluşan gerginliği azaltır

- Depresyona eğilimi azaltır
- Yaşamdan zevk almayı sağlar(22)

Tablo 9 : Yaşam Biçimine Bağlı Oluşması Muhtemel Hastalıklar

	Uygun Olmayan Beslenme	Aşırı Alkol Alımı	Sigara	Hareketsizlik	Stres	Çevre kirliliği
1- Kalp-Damar H.						
- Kalp Hastalığı	√√		√√	√√	√√	
- Felç	√√	√√	√	√√	√√	
- Hipertansiyon	√√	√√	√	√√	√√	
2- Kanserler						
-Kolo-rektal	√√					
- Akciğerler			√√			√
- Ağız		√	√√			
- Mide	√					
3- Solunum sistemi hastalıkları			√√			√√
4-Siroz		√√				
5-Diabet	√√	√√		√√	√√	
6-Osteoporoz	√√	√√	√	√√		
7- Beslenme bozukluğu*	√√	√		√√		
8- Mide ülserleri	√√	√√	√√		√√	
9- Fötal zedelenme		√√	√√			√

* Malnütrisyon, şişmanlık, temel besin maddeleri yetersizliği

√√ : Yüksek risk

√: Risk

Dirican,R., Bilgel,N.: Halk Sağlığı(19).

Aşağıda sağlığı koruma ve sürdürme amacıyla yapılan rutin tanılama testleri verilmiştir.

Göz	: 35 yaşından sonra her 3 yılda bir glokom, her 1-5 yıl görme fonksiyonları kontrolü
Kulak	: 35 yaşından sonra her 3-5 yılda bir işitme, kulak kontrolü
Genel fiziksel tanılama	: Beslenme durumu, kilo takibi
Kan Basıncı	: ?
Diş kontrolü	: Her 6-12 ayda bir
Üriner sistem	: 5 yılda bir
Kan	
Kolesterol	: Yüksek risk grubunda değilse beş yılda bir. Risk grubunda ise sık sık takip edilmeli
Glukoz	: Risk grubunda ise sık sık, risk grubunda değilse 10 yılda bir.
Hematokrit	: Kadınlarda 3-5 yılda bir. Erkeklerde 5-10 yılda bir
Dışkıda gizli kan	: 35 yaşından sonra her yıl
Sigmoidoskopi	: 50 yaşından sonra her 5 yılda bir
EKG	: 40 yaş ve sonrasında riskli grupta ise sık aralarla
Tuberculosis	: Şüpheli her durumda
Kadınlarda;	
Cervix	: Pap smear iki normal rapordan sonra her yıl
Meme	: Her ay kendi kendine meme muayenesi Yılda bir profesyonel kişiye meme muayenesi 39 yaşından sonra 1-2 yılda bir mamografi

Erkeklerde;

Testisler

: Her ay kendi kendine muayene
Yılda bir profesyonele muayene

Prostat

: Kanda PSA bakılması
Risk grubunda değilse 50 yaşından sonra risk grubunda ise daha erken her 1-2 yılda bir muayene(21,28)

Sağlığı sürdüren sağlığı geliştiren davranışlarda bulunma konusunda Pender, sağlığı geliştirici davranışları, bireylerin yaşam biçimlerini olumlu yönde destekleyen sürekli aktiviteler olarak açıklamaktadır(24).

Bireyler sağlığı geliştirici davranışları gerçekleştirme ve karar verme için gerekli bilgi, tutum ve becerileri geliştirme yeteneğine sahip olmalıdırlar(24).

ÇALIŞMANIN AMACI

Günümüz sağlık anlayışı, birey, aile ve toplumun sağlığını sürdüren, koruyan ve geliştiren davranışların kazandırılması ve bireylerin kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almalarını ve uygulamalarını amaçlar.

Bakım verecek olan bireyin fiziksel sağlığına verdiği önem, kendi sağlığını optimal düzeyde sürdürmesinin yanı sıra tam olarak yerine getirmesinde en doğru ölçüt olacaktır.

Bu çalışma yataklı tedavi kurumlarında görev üstlenen hemşirelerin kendi fiziksel sağlık düzeylerine verdikleri önemi belirleme, yetersizliklerin giderilmesi açısından kurumla işbirliği içinde belirli sağlığı yükseltici programlar geliştirilmesini önermek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi farklı bölümlerinde çalışan hemşirelerin kendi fiziksel sağlıklarını algılama durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evren ve örneklem grubunu İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinin Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim dalı (15 kişi), Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı (13 kişi), Genel Cerrahi Anabilim Dalı (65 kişi), Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı (7 kişi), Göz Hastalıkları Anabilim Dalı (28 kişi), Hekimlikte Acil Vakalar Anabilim Dalı (18 kişi), Jinekolojik Onkoloji Bilim Dalı (16 kişi), Kulak-Burun-Boğaz Anabilim Dalı (16 kişi), Nöroşirürji Anabilim Dalı (15 kişi), Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı (18 kişi), Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı (8 kişi), Üroloji Anabilim Dalı (8 kişi), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı (64 kişi), Nöroloji Anabilim dalı (9 kişi), bölümlerinde görev yapan ve rastgele örneklem yöntemi ile seçilen toplam 300 hemşire oluşturmuştur.

VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler, Aralık 96- Kasım 97 tarihleri arasında araştırmacı tarafından literatür bilgisi ışığında hazırlanan ve toplam 34 sorudan oluşan anket formu ile toplanmıştır (Ek 1).

Anket formları, gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra hemşirelerin çalıştıkları birimlerde, uygun ortamda yeterli süre verilerek aynı zamanda uygulanmıştır.

Anket formunun birinci bölümünde; hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine yaşı, öğrenim durumu, medeni durumu, nerede oturduğu, çocuk sahibi olma durumu, ikinci bölümde, çalışma düzeni ve mesleki özelliklerini, kaç yıldır hangi görevle çalıştığı, çalışma biçimi ve mesleğini sevme, çalışma saatlerinin sorun olup olmaması, gündüz-gece kaç hemşire ile çalıştığı, bakım verdiği hasta sayısı, üçüncü bölümde; fiziksel sağlığını etkileyen bireysel alışkanlıkları ve uygulamaları; yeterli uyku, dengeli yeterli beslenmesi, hijyeni, alışkanlıkları, sağlığı nasıl algıladığı, kronik hastalığı, sağlık kontrollerine gidişi ve sağlığını koruyucu geliştirici davranışlarda bulunup bulunmadığına ilişkin bilgileri elde etmeyi sağlayıcı sorulara yer verilmiştir.

VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma sonucu elde edilen verilerin analizi SPSS (Statistical Package Of Social Science) paket programı ile değerlendirilmiştir.

Anket sonuçlarından elde edilen veriler yüzdeler ve Chi-square (χ^2 testi) ile değerlendirilmiştir(71).

BULGULAR

Araştırma, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinin çeşitli Anabilim Dallarında çalışan 300 hemşirenin kendi fiziksel sağlıklarını algılama durumlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Çalışmamızdan elde edilen bulgular istatistiksel olarak değerlendirilmiş ve tablolar halinde verilmiştir.

Tablo 1 : Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı
(N:300)

Bireysel özellikler		n	%
Yaş	19-25	83	27.7
	26-32	138	46.1
	33-39	57	18.9
	40-46	15	4.9
	47-55	7	2.3
Öğrenim düzeyi	SML	54	18
	Ön lisans	180	60
	Lisans	54	18
	Lisansüstü	12	4
Medeni Durum	Evli	160	53.3
	Bekar	134	44.7
	Dul	6	2
Oturduğu konut	Kira	104	34.7
	Kendi evi	127	42.3
Çocuk sahibi olma durumu*	Yok	35	11.7
	Var	131	43.7

*Bu soruya 134 hemşire bekar olduğu için cevap vermemiş.

Hemşirelerin bireysel özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; %46.1'inin (138 hemşire) 26-32 yaş grubunda; %60'ının (180 hemşire) ön lisans mezunu; %53.3'ünün (160 hemşire) evli olduğu; %42.3'ün (127 hemşire) kendi evinde oturduğu; %43.7'sinin (131 hemşire) çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2 : Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı

(N:300)

Özellikleri		n	%
Çalışma süreleri	0-5 yıl	86	28.7
	6-10 yıl	95	31.7
	11-15 yıl	71	23.7
	16-20 yıl	33	11.0
	20 ve üzeri	15	5.0
Çalıştıkları bölüm	Anesteziyoloji ve Rean	15	5.0
	Çocuk Cerrahisi	13	4.3
	Genel Cerrahi	65	21.7
	Gög.Kalp-Dam.Cer.	7	2.3
	Göz Hastalıkları	28	9.3
	Hekimlikte Acil Vak.	18	6
	Jinekolojik-Onkoloji	16	5.3
	Kulak-Burun-Boğaz	16	5.3
	Nöroşirürji	15	5.0
	Ortopedi ve Travmato.	18	6.0
	Plastik ve rekons.Cer.	8	2.7
	Üroloji	8	2.7
	Çocuk Sağlığı ve Has.	64	21.3
	Nöroloji	9	3.0

Görevleri	Servis Hemşiresi	147	49.0
	Sorumlu hemşire	34	11.3
	Başhemşire	10	3.3
	Ameliyathane hem.	60	20.3
	Yoğun bakım hem.	36	12.3
	Poliklinik hemşiresi	13	4.3
Çalışma şekli	Vardia	146	48.7
	Nöbet	51	17.0
	Gündüz	103	34.3
Haftalık çalışma süresi	40 saat	280	93.3
	50 saat	18	6.0
	50 saatten fazla	2	0.7
Ayakta kalış süresi (8 saatlik süre içinde)	2-4 saat	22	7.3
	5-7 saat	174	58
	8 saat	104	34.7
Ayakta kalış şekli*	Merdiven inip-çıkma	40	13.3
	Hareket etme	257	85.7
	Sabit ayakta durma	89	29.7
Çalışma Süresi Bitiminde Kendine dinlenme için zaman ayırma	Evet	41	13.7
	Hayır	69	23
	Bazen	190	63.3

* Bu soruda birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; %31.7'sinin (95 hemşire) 6-10 yıl arasında çalıştıkları, %21.7 (65 hemşire) ve %21.3 gibi birbirine yakın oranlarda Genel Cerrahi ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı servislerinde çalışmakta oldukları, %49'unun (147 hemşire) yatak başı hemşiresi olarak ve %48.7 gibi (146 hemşire) bir oranla yine çoğunluğun vardia biçiminde çalıştıkları gözlenmiştir (Tablo 2).

Yine, araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun (%93.3) (280 hemşire) haftada 40 saat çalışırken %58'inin (174 hemşire) günlük çalışma süresi içinde ortalama 5-7 saat ayakta kaldıkları ve bunu daha çok (%85.7 oranında) sürekli hareket ederek tamamladıkları ve %63.3'ünde (190 hemşire) çalışma süresi sonunda kendilerine dinlenme için bazen zaman ayırabildikleri saptanmıştır (Tablo 2).

Hemşirelerin %64'ü (192 hemşire) çalışma düzenlerinin fiziksel sağlıklarını etkilediğini ifade etmişlerdir. Çalışma düzenlerinin hemşirelerin sağlıklarını etkileme şekillerine ifade etmelerinin dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3 : Hemşirelerin Çalışma Düzeninin Fiziksel Sağlıkları Üzerine Etkilerinin Dağılımı

Hemşirelerin ifadesi	n	%	
Vardiyalı çalışmanın getirdi sorunlar*	Uyku düzeni bozuluyor	159	53
	Beslenme durumu bozuluyor	137	45.7
	Yorgunluk, hissetme	106	35.3
	Vücut direnci düşüyor. Hastalıklara yakalanma kolaylaşıyor	95	31.7
	Aile yaşantısı etkileniyor	84	28
Gece nöbetinin sağlık üzerine olumsuz etkileri*	Yorgunluk, uykusuzluk	174	58
	Sosyal yaşam kısıtlılığı	142	47.3
	Sinirlilik, ajitasyon	138	46
	Beslenme bozukluğu	129	43
	Algılama bozukluğu	71	23.7
Gündüz çalıştıkları hemşire sayısı	Yalnız	57	19
	Birden fazla	243	81
Gece çalıştıkları hemşire sayısı	Yalnız	113	37.7
	Birden fazla	89	29.6
Gündüz bakımından bireysel olarak sorumlu oldukları hasta sayısı	1-10 hasta	119	39.7
	10 hastadan fazla	181	60.4
Gece bakımından bireysel olarak sorumlu oldukları hasta sayısı	1-10 hasta	69	23
	10 hastadan fazla	131	44
Bakım verilen hasta sayısı	Memnun olan	106	35.3
	Memnun olmayan	194	64.7

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Hemşirelerin çalışma düzeninin fiziksel sağlıkları üzerine etkilerinin dağılımı incelendiğinde; vardiyalı sistemin getirdiği sorunlarda %53'ünün (159 hemşire) uyku düzeni bozulduğunu; gece nöbetlerinin sağlık üzerine olumsuz etkilerinde %58'inin (174 hemşire) yorgunluk, uykusuzluk hissettikleri, %81 (243 hemşire) gündüz yanında en az bir hemşire ile birlikte çalıştıkları, %37.7'sinin (113 hemşire) gece vardiyasında yalnız çalıştıklarını, %60.4 (181 hemşire) gündüz bireysel olarak bakımından sorumlu oldukları hasta sayısının 10'dan fazla olduğunu, %44 (132 hemşire) gece bireysel olarak 10 hastadan fazla sayıda hastanın bakımından sorumlu olduklarını, %64.7 (194 hemşire) bakım verdikleri hasta sayısından memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 3).

Hemşirelerin %64.7 (194 hemşire) bireysel olarak bakımından sorumlu olduğu hasta sayısından memnun olmadığı belirlenmiştir. Bakımından sorumlu olduğu hasta sayısında memnun olmayan hemşirelerin memnuniyetsizlik nedenleri Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4 : Hemşirelerin Bakım Vermede Memnuniyetsizlik Nedenlerinin Dağılımı

(N:194)

Memnuniyetsizlik nedenleri	n	%
Fazla hareket nedeniyle ayak, bacak, bel sırt boyun ve baş ağrıları çekme	138	71.2
Diğer	56	28.8
Toplam	194	100

Hemşirelerin %71.2 oranı ile çoğunluğu fazla sayıda hastaya bakım verildiğinde etkileyen faktörleri memnuniyetsizlik nedeni olarak göstermiştir (Tablo 4).

Tablo 5: Hemşirelerin Sağlığı Tanımlayabilmeleri, Sağlığı Koruyucu ve Geliştirici Davranışlarda Bulunma Durumlarının Dağılımı

(N:300)

Sağlığı Tanımlayabilme ve Sağlık Davranışları		n	%
Sağlığın Tanımı	Biliyor	109	36.3
	Yetersiz biliyor	123	41
	Bilmiyor	23	7.7
	Cevapsız	45	15
Sağlığı Koruyucu ve Geliştirici Davranışlarda bulunma	Bulunmuyor	116	38.7
	Bulunuyor	184	61.3

Hemşirelerin sağlığı tanımlayabilmeleri, sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlarda bulunma durumlarının dağılımı incelendiğinde %41'inin (123 hemşire) yetersiz biliyor olduğu; %61.3'ünün (184 hemşire) de sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlarda bulunduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 6: Hemşirelerin Fiziksel Sağlıklarını Etkileyen Kişisel Alışkanlıkları, Uygulamaları ve Özgeçmiş Bulgularının Dağılımı

(N:300)

Alışkanlıkları, Uygulamaları, Özgeçmiş Bulguları		n	%	
Bireysel Alışkanlıkları	Yeterli ve Dengeli Beslenme Durumu	Yeterli	86	28.7
		Yeterli Değil	214	71.3
	Uyku süresi	Yeterli	133	44.3
		Yeterli Değil	167	55.7
	Çalışma Sonunda Banyo Yapma Durumu	Evet	81	27
		Hayır	219	73
	Sağlığa Zararlı Alışkanlıkları	Sigara kullanma	137	45.7
		Sigara kullanmama	163	54.3
		Alkollü içki içme	3	1
		Alkollü içki içmeme	297	99
Özgeçmiş	Ailesinde Kronik Hastalık Durumu	Yok	169	56.3
		Var	131	43.7
	Kendisinde Kronik Hastalık Durumu	Yok	227	75.7
		Var	73	24.3

Hemşirelerin fiziksel sağlıklarını etkileyen kişisel alışkanlıkları, uygulamaları ve özgeçmiş bulgularının dağılımına bakıldığında %71.3'ünün (214 hemşire) yeterli ve dengeli beslenemediği; %55.7'inin (167 hemşire) yeterli uyku uyuyamadığı; %73'ünün (219 hemşire) çalışma saati sonunda banyo yapmadığı, %54.3'ünün (163 hemşire) sigara ve %99'unun (297 hemşire) alkol kullanmadığı; %56.3'ünün (169 hemşire) ailesinde, %75.7 (227 hemşire) kendisinde kronik hastalık olmadığı saptanmıştır (Tablo 6).

Hemşirelerin %97.7'sinin (293 hemşire) çalıştığı ortamda fiziksel sağlığı tehdit eden faktörlerin bulunduğunu ifade etmişlerdir. Fiziksel sağlığı tehdit eden bu faktörlerin dağılımı Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7: Hemşirelerin Çalıştığı Ortamda Sağlığı Tehdit Eden Faktörlerin Dağılımı

(N:293)

Sağlığı Tehdit Eden Faktörler*	n	%
Enfeksiyon	283	94.3
Gürültü	179	59.7
Toksik Maddeler	158	52.7
X ışınları	103	34.3

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Fiziksel sağlığı tehdit eden faktörlerin dağılımı incelendiğinde, hemşirelerin %94.3'ünün (283 hemşire) enfeksiyonu, sağlıklarını tehdit eden birinci faktör olarak ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 7).

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin %61.3 (184 hemşire) sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlarda bulunduğunu ifade etmişlerdir. Sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlarda bulunduğunu ifade eden hemşirelerin buldukları davranışların dağılımı Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8: Hemşirelerin Sağlıklarını Koruyucu ve Geliştirici Davranışlarının Dağılımı

(N:184)

Sağlığı Koruyucu ve Geliştirici Davranışlar*	n	%
Genel Muayene	109	36.3
Diş Muayenesi	45	15
Kendi Kendine Meme Muayenesi	80	26.7
Aşılama	124	41.3
Kan Basıncı Takibi	75	25
Pop-Smear	19	6.3
Akciğer grafisi	40	13.3
Düzenli egzersiz	19	6.3
Kan tetkikleri	19	6.3

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 8 incelendiğinde, Hemşirelerin %41.3’ünün (124 hemşire) aşılanma ve %36.3’ünün de (109 hemşire) genel muayene ile sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlarla ilk iki sırada bulunduğu gözlenmiştir.

Tablo 9: Eğitim Durumu İle Sağlığı Tanımlama Arasındaki İlişkinin Dağılımı

(N:255)

Eğitim Durumu	SAĞLIĞIN TANIMI						Total		
	Biliyor		Eksik biliyor		Bilmiyor				
	n	Beklenen değer	n	Beklenen değer	n	Beklenen değer	n	%	
SML	14	19.2	26	21.7	5	4.1	45	17.6	
Ön lisans	52	62.0	77	69.9	16	13.1	145	56.9	
Lisans	32	22.7	20	25.6	1	4.8	53	20.8	
Lisans üstü	11	5.1	0	5.8	1	1.1	12	4.7	
		χ^2 26.03		Sd=6		p<0.001			

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sağlığı tanımlaması ile eğitim düzeyleri arasında yapılan istatistikî değerlendirilmede ileri derecede anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 9).

Lisans ve lisansüstü mezunlarının tanımlar konusunda diğer eğitim düzeyi mezunlarına göre daha bilinçli yaklaştıkları istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0.001$).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş grupları ile alışkanlıklarının karşılaştırılmasına bakıldığında; yaş grupları ile uyku süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 10).

Yaş grupları ile yeterli dengeli beslenme karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2= 14.78$, $p<0.05$). Yaş ilerledikçe yeterli ve dengeli beslenmeye dikkat edildiği gözlenmiştir.

Yaş grupları ile çalışma süresi bitiminde kendine dinlenme için zaman ayırma karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir. Yaş küçüldükçe kendine dinlenme zaman ayırma oranı fazlaşmış olduğu saptanmıştır ($\chi^2= 21.47$ $p<0.05$, Tablo 10).

Yaş grupları ile banyo yapma sıklığı karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Yaş grupları ile zararlı alışkanlıklar karşılaştırıldığında (sigara, alkol) aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir. En küçük yaş grubu olan 19-25 yaş grubu ile 40 yaşından büyük yaş gruplarında sigara kullanımı beklenen değer altındadır ($\chi^2= 14.44$, $p<0.05$). Alkollü içki kullanımı 39-46 yaş grubunda yok, diğer gruplarda da beklenen değer altındadır (χ^2 ; 13.34, $p<0.05$) (Tablo 10).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin Eğitim Durumları ile Alışkanlıklarının karşılaştırılmasına bakıldığında; Eğitim durumu ile uyku süresini arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Lisans ve lisansüstü mezunlarının diğer mezunlara göre uyku süresi yeterli olarak bulunmuştur ($\chi^2=8$, $p<0.05$) (Tablo 11).

Eğitim durumu ile yeterli dengeli beslenme, çalışma süresi bitiminde kendine dinlenme zamanı ayırma, banyo yapma sıklığı ve zararlı alışkanlıklar karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 11).



Tablo 12: Hemşirelerin Çalıştığı Bölüm Ve Sağlık Kontrollerine Gitme Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Çalıştığı Bölüm	Sağlık kontrollerine gitme				Total	
	Evet		Hayır		n	%
	n	b.değer	n	b.değer		
Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD	1	5.5	14	9.6	15	5
Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı	4	4.7	9	8.3	13	4.3
Genel Cerrahi Anabilim Dalı	15	23.6	50	41.4	65	21.7
Göğüs-Kalp-Damar Cerrahisi ABD	1	2.5	6	4.5	7	2.3
Göz Hastalıkları Anabilim Dalı	15	10.2	13	17.8	28	9.3
Hekimlikte Acil Vakalar ABD	9	6.5	9	11.5	18	6
Jinekolojik-Onkoloji BD	3	5.8	13	10.2	16	5.3
Kulak-Burun-Boğaz ABD	4	5.8	12	10.2	16	5.3
Nöroşirürji Anabilim Dalı	8	5.5	7	9.6	15	5
Ortopedi ve Travmatoloji ABD	7	6.5	11	11.5	18	6
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ABD	4	2.9	4	5.1	8	2.7
Üroloji Anabilim Dalı	4	2.9	4	5.1	8	2.7
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD	27	23.3	37	40.7	64	21.3
Nöroloji Anabilim Dalı	7	3.3	2	5.7	9	3

$$\chi^2 = 31.21, Sd:13, p < 0.05$$

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalıştığı bölüm ve sağlık kontrollerine gitmeleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=31.21, p<0.05$).

Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Hekimlikte Acil vakalar Anabilim Dalı, Nöroşirürji Anabilim Dalı, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Üroloji Anabilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Nöroloji Anabilim Dalı'nda çalışan hemşireler diğer bölümlerde çalışanlara göre sağlık kontrollerine daha fazla gittikleri belirlenmiştir (Tablo 12).

Tablo 13: Hemşirelerin Kendilerinde/Ailesinde Kronik Hastalığı Olanların Sağlık Kontrollerine Düzenli Gitmeleri Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Kronik Hastalık Durumu		Sağlık Kontrollerine Gitme				Total		Anlam Derecesi
		Evet		Hayır		n	%	
		n	bd	n	bd			
Kardiyovasküler	Yok	101	104.3	186	182.7	287	95.7	p>0.05
	Var	8	4.7	5	8.3	13	4.3	
Hipertansiyon	Yok	105	105	184	184	289	96.3	p>0.05
	Var	4	4	7	7	11	3.7	
Kanser	Yok	109	108.6	190	190.4	299	99.7	p>0.05
	Var	0	0.4	1	0.6	1	0.3	
Diabet	Yok	107	106.1	185	185.9	292	97.3	p>0.05
	Var	2	2.9	6	5.1	8	2.7	
Alkol/ilâç bağımlılığı	Yok	109	108.6	190	190.4	299	99.7	p>0.05
	Var	0	0.4	1	0.6	1	0.3	
Ailede kronik Hastalık Durumu								
Kardiyovasküler	Yok	78	88.3	165	154.7	243	81.4	$\chi^2= 9.91$ Sd= 1, p<0.05
	Var	31	20.7	26	36.3	57	19	
Hipertansiyon	Yok	68	71.6	129	125.4	197	65.7	p>0.05
	Var	41	37.4	62	65.6	103	34.3	
Kanser	Yok	96	96.6	170	169.4	266	88.7	p>0.05
	Var	13	12.4	21	21.6	34	11.3	
Diabet	Yok	87	89	158	156	245	81.7	p>0.05
	Var	22	20	33	35	55	18.3	
Alkol/ilâç bağımlılığı	Yok	108	108.3	190	189.7	298	99.3	p>0.05
	Var	1	0.7	1	1.3	2	0.7	

Tablo 13’de görüldüğü gibi, hemşirelerin kendilerinde kronik hastalığı olanların, sağlık kontrollerine düzenli gitmeleri ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin ailelerinde kronik hastalığı olanların, sağlık kontrollerine düzenli gitmeleri arasındaki ilişkinin dağılımına göre; Ailesinde kardiyovasküler hastalık olanların sağlık kontrollerine gitmeleri istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı olduğu görülmüştür ($\chi^2= 9.91$, p<0.05).

Tablo 14: Hemşirelerin Görev Biçimlerinin Sağlık Kontrollerine Düzenli Gitmeleri, Sağlığı Koruyucu Geliştirme Davranışlarında Bulunmaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Görev Biçimi	Sağlık Kontrollerine Düzenli Gitme Durumu				Sağlığı Koruyucu Geliştirici Davranışlarda Bulunma				Total		
	Evet		Hayır		Evet		Hayır				
	n	bd	n	bd	n	bd	n	bd	n	%	
Servis Hem.	51	53.4	96	93.6	93	90.2	54	56.8	147	49	
Sorumlu Hem.	13	12.4	21	21.6	21	20.9	13	13.1	34	11.3	
Baş hemşire	3	3.6	7	6.4	6	6.1	4	3.9	10	3.3	
Ameliyathane hemşiresi	21	21.8	39	38.2	30	36.4	30	23.2	60	20	
Yoğun bakım hemşiresi	14	13.1	22	22.9	25	22.1	11	13.9	36	12	
Poliklinik hemşiresi	7	4.7	6	8.3	9	8	4	5	13	4.3	
$\chi^2=2.26$, Sd:5, $p>0.05$					$\chi^2=4.83$, Sd:5, $p>0.05$					300	100

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin görev biçimleri ile sağlık kontrollerine düzenli gitmeleri, sağlığı koruyucu geliştirici davranışlarda bulunmaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 14).

Tablo 15: Hemşirelerin Sağlığın Tanımını Yapabilmenin Sağlık Kontrollerine Düzenli Gitmeleri, Sağlığı Koruyucu Geliştirme Davranışlarında Bulunmaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Sağlığın tanımı	Sağlık Kontrollerine Düzenli Gitme Durumu				Sağlığı Koruyucu Geliştirici Davranışlarda Bulunma				Total		
	Evet		Hayır		Evet		Hayır				
	n	bd	n	bd	n	bd	n	bd	n	%	
Biliyor	41	38.9	68	70.1	77	70.5	32	38.5	109	42.7	
Eksik biliyor	40	43.9	83	79.1	73	79.6	50	43.4	123	48.2	
Bilmiyor	10	8.2	13	14.8	15	14.9	8	8.1	23	9	
$\chi^2=1.32$, Sd:2, $p>0.05$				$\chi^2=3.22$, Sd:2, $p>0.05$				255		100	

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sağlığın tanımını yapanlar ile sağlık kontrollerine düzenli gitmeleri, sağlığı koruyucu geliştirici davranışlarda bulunmaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 15).

TARTIŞMA

Sağlık bakım sisteminin yürütülmesinde sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşirelerin önemli sorumluluklar üstlendikleri açıktır. Hemşirelerin sağlıklı/hasta bireye sundukları bakım hizmetinin niteliğinin kendi fiziksel sağlık düzeyleri ile bir paralellik göstereceği yadsınamaz.

Bu bağlamda, araştırmamız hemşirelerin fiziksel sağlıklarını algılama durumlarını ve bu konuya verdikleri önemi belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %73.8'inin (221 hemşire) 19-32 yaş grubunda yer aldığı görülmektedir (Tablo 1). Yaş ilerledikçe çalışan hemşirelerin sayısının azalmasında hemşirelerin çalışma koşullarının ve iş yükünün fazla olmasının etken olduğu düşünülebilir. Bu sonuç, Şeremet, Özcan ve Çavdar'ın çalışma bulgularına da uyum göstermektedir(16,51,72).

Araştırmaya alınan hemşirelerin %60 oranı ile (180 hemşire) çoğunluğu ön lisans mezunları oluşturmuştur. Şeremet, Özcan ve Özabacı'nın çalışmalarında ise hemşirelerin çoğunluğunun sağlık meslek lisesi çıkışlı oldukları gözlenmektedir(16,49,51). Çalışmamızda ön lisans mezunlarının yüksek oranda olması, son yıllarda ön lisans mezunu sayısındaki artışın doğal bir sonucu olarak ele alınabilir.

Araştırmamızda hemşirelerin %53.3'ünün (160 hemşire) evli olduğu, %42.3'ünün (127 hemşire) kendi evinde oturduğu, %43.7'sinin (131 hemşire) çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine bakıldığında %31.7'lik bir oranla (95 hemşire) çalışma sürelerinin 6-10 yıl arasında yoğunlaştığı belirlenmiştir (Tablo 2). Çalışan hemşirelere ilişkin araştırmalarda da benzer sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Mesleki deneyim süresi ile çalışan hemşire sayısı arasındaki ters orantı, meslek üyelerinin sayısal yetersizliğinin yanısıra yoğun çalışma temposu, gece nöbetlerinin olması, evlilik ve çocuk sahip olmanın getirdiği sorumluluklar nedeniyle genç yaşta mesleği terk etme ile yakından ilgilidir(9,16,49,51).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %21.7'sinin cerrahi, %21.3'ünün çocuk kliniklerinde görev üstlendikleri görülmektedir. Özellikle fiziksel bakım girişimlerinin yoğun olduğu yoğun bakım, çocuk acil, prematüre gibi servislerde hemşire sayısının yüksek olmasının oranlar üzerinde etkin olduğu kanısındayız.

Nitekim Sever ve Özcan'ın çalışmasında da benzer sonuçların elde edildiği gözlenmektedir(51,68).

Araştırmaya alınan hemşirelerin %49'unu (147 hemşire) servis hemşirelerinin oluşturduğu, %48.7'sinin (146 hemşire) vardiyalı olarak çalıştığı saptanmıştır (Tablo 2). Araştırmanın yapıldığı kurumun yataklı tedavi kurumu olması ve vardiyalı sistemi ile çalışması servis hemşirelerinin çoğunlukta olmasına neden olmuştur.

Hemşirelerin %93.3'ünün (280 hemşire) haftalık çalışma sürelerinin 40 saat olduğu, sekiz saatlik çalışma süresi içinde %58'inin (174 hemşire) 5-7 saat, %34.7'sinin (104 hemşire) 8 saat ayakta kaldıkları, %87.7'sinin (257 hemşire) sürekli hareket etme şeklinde ayakta kaldıkları belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalışma sürelerinde ayakta, sürekli hareket halinde olmaları ve görevleri kapsamı içine giren çok yönlü işlevlerini yerine getirmeleri fiziksel sağlıklarının olabilecek en üst düzeyde olmasını zorunlu kılmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %63.3'ünün (190 hemşire) çalışma süresi bitiminde kendine dinlenme için bazen zaman ayırdığı, %23'ünün ise (69 hemşire) hiç zaman ayıramadıkları belirlenmiştir. Araştırmamızdaki hemşirelerin çoğunluğunun evli ve çocuk sahibi olmaları, aile sorumluluklarının fazla olması kendilerine dinlenme için zaman ayıramamalarının başlıca nedeni olmaktadır.

Çeşitli araştırmalar, gece ve nöbet şeklinde çalışmanın hemşirelerde işten ayrılma, stres, beslenme ve uyku düzensizlikleri gibi fiziksel, sosyal ve ruhsal sorunlara yol açtığını vurgulamaktadır(4,15,39,49,50,68,72).

Çalışmamızda da hemşirelerin ifadelerinde vardiyalı çalışmanın ve gece nöbetlerinin fiziksel sağlıkları üzerinde olumsuz etkiler yaptığı saptanmıştır. Hemşirelerin %53'ünün (159 hemşire) uyku düzeninin, %45.7'sinin (137 hemşire) beslenmesinin bozulduğunu, %35.3'ünün de (106 hemşire) sürekli yorgunluk hissettiğini, %31.7'si (95 hemşire) vücut direncinin düştüğünü ve sık hasta olduklarını, %28'inin ise (84 hemşire) aile yaşantısının etkilendiğini ifade ettikleri belirlenmiştir.

Bu bulgu Sever'in çalışmasındaki hemşirelerin gece çalışmak istememelerine neden olarak uyku düzenlerinin bozulması, fiziksel ve psikolojik açıdan olumsuz etkilendiklerini, bu şekilde çalışmalarının biyolojik dengeyi bozduğunu ifade ettiklerini belirten bulgusuyla, Özabacı'nın çalışmasında vardiya ve gece nöbetlerinin hemşireler üzerinde fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden olumsuz etkiler doğmasına yol açtığını vurgulamaları çalışmamıza paralellik göstermektedir(49,68).

Nitelikli hasta bakımının gerçekleştirilmesinde, hasta bakım gereksinimlerinin karşılanabilmesinde hemşire sayısının yeterli düzeyde olması gereği yadsınamaz(48,49,50,68).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %19'unun (57 hemşire) gündüz, %37.7'sinin de gece yalnız çalıştıkları, gündüz çalışan hemşirelerin %60.4'ünün (181 hemşire) gece çalışanlarında %44'ünün (131 hemşire) 10'dan fazla hastanın bakımından bireysel olarak sorumlu oldukları gözlenmiştir. Ayrıca, hemşirelerin %64.7'sinin (194 hemşire) bakım verdikleri hasta sayısının yüksek olmasından yakındıkları belirlenmiştir. Bu durum, hemşirelerin sayısal yetersizliğini ve iş yükünün fazla olduğunu vurgulayan araştırma sonuçlarına paralellik göstermektedir(48,49,50,68,72).

Bireyin kendi değerler sistemine göre sağlığa bakış açısı sağlık davranışlarını doğrudan etkilemektedir. Bireyin sağlığını yalnızca hastalık durumunun olmaması olarak görmesi, olumlu sağlık davranışı kazanmasını güçleştirmektedir. İnsan yakın, uzak ve evrensel çevresi ile etkileşimi sonucu fiziksel, ruhsal sosyal ve kültürel boyutları ile gelişen ve değişen, dinamik biyo-psikososyal bir varlıktır. Bu bağlamda sağlığın tanımlanmasında Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımının esas alınması ile sağlık bireyin sadece hastalık ve yetersizliğin yokluğu değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal, sosyal yönden tam bir iyilik halini içeren durum olarak tanımlanması en geçerli yoldur(23,62,75,78,79,80).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sağlık tanımlarında bedensel, ruhsal, sosyal yönleri tümüyle tanımlamaları beklenmiş ve bu üçlüden birinin ele alınmamış olması yetersiz olarak kabul edilmiştir.

Hemşirelerin %41'inin (123 hemşire) sağlığın tanımını yetersiz, %36.3'ünün (109 hemşire) bildiği, %7.7'si (23 hemşire) bilmediği ve %15'inin (45 hemşire) ise yanıtı bıraktığı %61.3'ünün sağlığı geliştirme konusunda duyarlı oldukları eğitim ve bilgi düzeyi arasındaki doğru orantı ele alındığında,

sağlığın tanımını bilenlerin oranındaki yükseklik önlisans, lisans ve yüksek lisans mezunları hemşirelerin genel toplamın %82'sini (216 hemşire) oluşturması ile direkt ilişkili olduğu düşünülebilir (Tablo 5).

Pender 1982 yılında, sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu belirtmiştir. Ayrıca alışkanlıkların bireyin iyilik düzeyini olumlu ya da olumsuz etkileyeceği, bu nedenle de bireyin alışkanlıkları ve yaşam biçiminin, iyilik düzeyini arttıran davranışları göstermesi gereğini vurgulamıştır(17,33,55,58,77). Sağlıklı yaşam biçiminin yeterli dengeli beslenme, yeterli uyku, stres yönetimi, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu ve hijyenik önlemlerin içerdiği literatürde sağlık yaşam biçimini oluşturan parametreler içinde ele alınmaktadır(10,17,22,26,28,29,31,54,66,67,73).

Sağlıklı bir insan için normal olan günde 6-8 saatlik uyku süresi hemşirelik gibi çalışma saatleri sürekli değişebilen bir meslek üyesi için uyku ritmindeki değişimi getirmekte ve bunu dengeleme güclüğü nedeniyle yeterli ve düzenli uyku gereksiniminin karşılanması mümkün görülmemektedir(4,14,15).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin bireysel alışkanlıkları incelendiğinde; %55.7'sinin (167 hemşire) uyku süresinin yeterli olmadığı belirlenmiştir.

Hastane yemeklerinin lezzet, görüntü ve içerik açısından yetersiz olması, hemşirelerin çalışma süresi içinde yemek yeme için ayrılan bir zaman olmaması, çalışma saatlerinin sürekli değişmesi sonucu yemek saatlerinin de değişmesi, acil girişimler sırasında öğün kaçırma, yeterli ve dengeli beslenmeyi olumsuz yönde etkileyecektir.

Araştırmamızda da hemşirelerin %71.3'ünün yeterli dengeli beslenemediği görülmüştür. Özabacı'nın ve Özabacı Pektekin'in çalışmalarında da

hemşirelerin vardiyalı çalışmalarının beslenme düzenini bozması sonucu yeterli ve dengeli beslenememeleri sonucunu elde etmesi bizim bulgumuzla paralellik göstermektedir(49,50).

Vücudun genel temizliği anlamına gelen bir sağlık gereksinimi olduğu kadar, dış görünüm, bireylerin sosyal kabulü açısından da önemlidir. Ayrıca enfeksiyon oluşumunda etkin bir kaynak olduğu kanıtlanan sağlık çalışanlarının enfeksiyon zincirinde bir halka sorumluluğunu üstlenmemelerinde de temizlik temeli oluşturur(62,65,67).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %73'ünün (219 hemşire) çalışma sonunda banyo yapmadığı, %53'ünün de (159 hemşire) haftada ancak üç kez banyo yaptıklarını ifade etmeleri sağlıklarını korumada banyo olanağı elde edememelerine ya da alışkanlıklarına bağlanabilir. Sefit'in çalışmasında meslek yüksek okulu öğrencilerinin %51.8 (111 kişi)'inin haftada iki kez banyo yaptıkları vurgulanmıştır(65).

Hemşirelerin topluma rol modeli olarak sigara ve alkollü içki kullanmada duyarlı olmaları beklenir. Araştırmaya alınan hemşirelerin %54.3'ünün (163 hemşire) sigara içmediği, %99'unun da (297 hemşire) alkollü içki kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 6). Sigara içen ve içmeyenlerin oranının birbirine oldukça yakın olduğu görülmüştür. Bayık, Erefe, Altuğ'un araştırmasında da sigara içen hemşire oranının %52.3 (123 hemşire) İnanç ve Yurt'unda çalışmasında da aynı oranın %56.6 (103 hemşire) olduğunu bildirdikleri gözlenmiştir(9,35).

Ayrıca Baş ve Tuncel, bir sağlık meslek lisesinde çalışan meslek dersi öğretmenlerinin tümünde yaptığı çalışmasında öğretmen hemşirelerden %46.5'inin sigara içtiğini saptamıştır(8).

Dedeoğlu, Antalya kent merkezinde çeşitli sağlık kuruluşlarında görev yapmakta olan 1590 sağlık personeline sigara içme davranışlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada sigara içme oranının kadınlarda %46, hemşirelerde %51 olarak saptadığını belirtmiştir(18).

Durna ve Memiş'in yaptıkları bir çalışmada, sağlık ekibi üyelerinin %57.3'nün sigarayı sağlığa zararlı bulduklarını ifade ettikleri belirlenmiştir(20).

Barcott ve Schwartz'ın ABD'de birlikte yaptıkları bir çalışmada da hemşirelerin %30.5'inin sigara kullandıkları belirlenmiştir(7). Sağlığa zararlı olduğunun bilinmesine karşın sigara içme oranının hala belirlenen düzeylerde olmasının nedenleri üzerinde durulması gerektiği kanısındayız. Günümüzdeki en önemli toplum sağlığı sorunlarından birini oluşturmaya devam eden sigaranın zararlarından korunmada başlatılan kampanyaların sürekli olmasının önemli olduğunu düşünürüz.

Hemşirelerin %75.7'sinin (227 hemşire) kronik bir hastalığı olmadığı ve ailelerinde de bu oranın %56.3 olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Şeremet çalışmasında da hemşirelerde %91 oranında ruh hastalıklarına eğilimli olmadıkları, ailelerinde %78 oranında fizyolojik, %92 oranında psikiyatrik hastalık olmadığı belirtilmesi bizim bulgumuzla paralellik göstermektedir(72).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %97.7'si (293 hemşire) çalıştıkları ortamda fiziksel sağlığı tehdit eden faktörlerden söz etmişlerdir. Hemşirelerin %94.3'ü (283 hemşire) enfeksiyon, %59.7'sinin (179 hemşire) gürültü, %52.7'sinin (158 hemşire) toksik maddeler ve %34.3'ünün (103 hemşire) x-ray ışınlarına maruz kalmalarından yakındıkları gözlenmiştir.

Enfeksiyon riskinin birinci sırada yer alması, tüm önlemlere karşın, günümüzde bireylerin mikroorganizmalarından tümüyle arındırılmamasına bağlanabilir.

Bayık, Erefe, Altuğ'un çalışması ile Özabacı ve Pektekin'in beraber yaptıkları çalışmalarında da hemşirelerin benzer tehditlere maruz kaldığının gösterilmesi bizim bu bulgumuzu desteklemektedir(9,50).

Hemşirelerin tedavi edici sağlık hizmetleri gibi çalışma koşullarının ağır olduğu bir ortamda çalışmaları ve fiziksel sağlığı tehdit eden birçok faktörlerle karşı karşıya olduklarını ifade etmeleri bu konunun farkında olduklarını ve önem verdiklerini düşündürmektedir.

Pender, sağlığı geliştirici davranışları, bireylerin yaşam biçimlerini olumlu yönde destekleyen sürekli aktiviteler olarak açıklamaktadır(24,55).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %61.3'ünün (184 hemşire) sağlıklarını koruyucu ve geliştirici davranışlarda bulduklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.

Hemşirelerin %41.3'ünün (124 hemşire) aşılama, %36.3'ünün yılda bir kez genel muayeneden geçtiği, %26.7'sinin (80 hemşire) her ay kendi kendine meme muayenesi yaptığı, %25'inin (75 hemşire) sık aralarla kan basıncı takibi yaptırdıkları, %15'inin (45 hemşire) altı ayda bir diş muayenesi, %13.37'ünün (40 hemşire) yılda bir kez akciğer grafisi çektiği, %6,3'ünün (19 hemşire) yılda bir kez pap-smear yaptırdıkları, %6.3'ünün (19 hemşire) haftada 2 ya da 3 kez düzenli egzersiz yaptıkları, %6.3'ünün (19 hemşire) yılda bir kez kan tetkikleri yaptırdığı belirlenmiştir.

Bayık, Erefe, Altuğ'un birlikte yaptıkları çalışmalarında da hemşirelerin düşük oranda sağlığı koruyucu davranışlarda bulunuyor olmaları bizim

bulgularımızı desteklemektedir. Bu durum, hemşirelerin sağlığı koruyucu geliştirici davranışları kazandırmak amacıyla hizmetiçi eğitim programlarına gereksinim olduğunu düşündürmektedir(8).

Hemşirelerin eğitim düzeyleri ile sağlığı tanımlamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı farklılık olduğu lisans ve lisansüstü mezunlarının sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunlarına göre daha doğru ve geçerli olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$, Tablo 9).

Lisans ve lisansüstü hemşirelerin bilgi düzeyinin yüksek olması beklenilendir. Nitekim hemşirelerin farklı konularda bilgi düzeyini belirlemek amacı ile yapılan birçok araştırmada yüksekokul mezunlarının bilgi düzeylerinin diğerlerine oranla daha yüksek bulunduğu gözlenmiştir(16,49,68).

Hemşirelerin yaş grupları ile alışkanlıkları karşılaştırıldığında; uyku süresi, banyo sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Yaş grupları ile yeterli dengeli beslenmeleri aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş ($p<0.05$), yaş ilerledikçe yeterli ve dengeli beslenmeye özen gösterme oranı yükselmiştir (Tablo 10).

Yaşın yükselmesi ile yeterli dengeli beslenmeye dikkat edilmesi, hemşirelerin yanlış beslenme ile oluşan hastalıklar konusunda bilgili oldukları ve bu nedenle sağlıklarına özen gösterdiklerini düşündürmektedir.

Hemşirelerin yaş grupları ile iş bitiminde kendine dinlenme zamanı ayırmaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş ($p<0.05$) yaş küçüldükçe kendine dinlenme zamanı ayırma oranının arttığı belirlenmiş, ileri yaşta dinlenmeye zaman ayıramamaları evlilik ve çocuk sahibi olmanın getirdiği sorumluluğa bağlanabilir.

Yaş grupları ile banyo yapma sıklığı karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 10).

Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler aynı zamanda bir sağlık eğitimcisi ve rol model olduğunun sorumluluğunu taşımalıdır. Sigara ve alkolün sağlığa zararlı olduğu araştırmalarla da belirlenmiştir(8,18,20,25).

Araştırmamızda da yaş grupları ile sigara alışkanlığı karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. 26-39 yaş grubunda sigara içme oranının beklenen değer üstünde, 19-25 yaş grubu ve 40 ve üzeri yaş grubunda sigara içme oranının beklenen değer altında olduğu görülmüştür ($\chi^2=14.44$, $p<0.05$, Tablo 10).

Bu durumun, hemşirelerde sigara alışkanlığının erken yaşta başlamadığını, ileri yaşlarda da sigaranın zararlarının hissedilmeye başlanması nedeniyle alışkanlıklarını bırakmalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Bayık, Erefe, Altuğ'un yaptığı çalışmada hemşirelerin yaş gruplarına göre sigara içme davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır(9).

Yaş grupları ile alkol alışkanlığı karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Yaş gruplarının tümünde alkol kullanma oranı hiç yok denecek kadar az olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=13.234$, $p<0.05$, Tablo 10).

Fiziksel yorgunluğun yoğun yaşandığı bir meslek olan hemşirelikte, uykunun dinlenmenin sağlanmasında en önemli fonksiyonlardan biri olduğu yadsınamaz. Lisans ve lisansüstü mezunu hemşirelerin sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunlarına göre uyku sürelerinin yeterli olduğu eğitim durumu yükseldikçe uykuya ayrılan zamanın da arttığı bunun istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=8$, $p<0.05$, Tablo 11).

Bu bulgu, araştırma kapsamındaki lisans ve lisansüstü mezunu hemşirelerin yönetici kadrolarda yer aldığını ve çalışma saatlerinin düzenli olarak sadece gündüz olduğunu düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin eğitim durumlarına göre yeterli dengeli beslenme, çalışma bitiminde kendine dinlenme zamanı ayırma, banyo yapma sıklığı ve zararlı alışkanlıklar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 11).

Bayık Erefe ve Altuğ'un yaptığı bir çalışmada hemşirelerin mezun olduğu okul ile sigara içme davranışı arasında anlamlı bir farklılık bulunduğunu, yüksekokul mezunu hemşirelerde sigara içmenin daha fazla olduğunu saptamışlardır(9).

Hemşirelerin çalıştığı bölümlere göre sağlık kontrollerine gitmeleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş ($\chi^2=31.21$, $p<0.05$, Tablo 12). Göz Hastalıkları, Hekimlikte Acil vakalar, Nöroşirürji, Ortopedi ve Travmatoloji, Plastik ve rekonstrüktif Cerrahi, Üroloji, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Nöroloji Anabilim Dalı'nda görev yapan hemşirelerin diğer bölümlerde görev yapan hemşirelere göre daha düzenli sağlık kontrollerine gittikleri saptanmıştır. Bu durumun yaşamı önemli ölçüde tehdit eden hastalıkların bulunduğu ya da klinik ortamı daha sakin ve sağlık kontrollerine olanak tanıyan servislerde çalışan hemşireler ya hastalıklardan etkilendikleri için ya da kontrollere zaman ayırabildikleri için gittiklerini düşündürmektedir.

Araştırmaya alınan hemşirelerin kendilerinde kronik hastalık olma durumuna göre sağlık kontrollerine düzenli gitme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 13).

Hemşirelerin ailelerinde kronik hastalık olma durumuna göre sağlık kontrollerine düzenli gitmelerine bakıldığında; ailesinde kardiyovasküler hastalık olan hemşirelerin düzenli sağlık kontrollerine gittikleri görülmüş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=9.91$, $p<0.05$, Tablo 13).

Literatürde belirtildiği gibi, hemşirelerin özellikle risk gruplarında olduklarının bilincinde olmalarının gerekliliğini ortaya çıkardığı görülmekte ve bulgularımıza paralellik göstermemektedir(21,28,33,45,58,60,75,87).

Sağlığı geliştirme, sağlığı olumlu yönde geliştirmeyi amaçlayan dinamik bir süreç olarak tanımlanırken, koruma, sağlık durumunun patolojik sürece geçmesini önleyen aktiviteleri içermektedir. Sağlığı geliştirmenin amacının olumlu davranışların kazanılması ve sürdürülmesini öngördüğü bilinmektedir(24,55,58,73,77).

Araştırmaya alınan hemşirelerin görev biçimleri ile sağlık kontrollerine gitmeleri, sağlığı koruyucu geliştirici davranışlarda bulunmaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo14).

Bu bulgu hemşirelerin görev biçimleri farklı olsa da çalışma yoğunluğu arasında fark olmadığını ve hemşirelerin kendilerine yeterince zaman ayıramadıklarını düşündürmektedir.

Hemşirelerin sağlığın tanımını yapabilmeleri ile sağlık kontrollerine düzenli gitmeleri, sağlığı koruyucu geliştirici davranışlarda bulunmaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 15).

Bu durum hemşirelerin sağlığın tanımını doğru yapmış olsalar da sağlık kontrollerine düzenli gitmeye, sağlığı koruyucu geliştirici davranışlarda bulunmaya yeterli ilgi göstermediklerini, bu konuda tam olarak bilinçlenmediklerini düşündürmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinin çeşitli birimlerinde çalışan 300 hemşirenin kendi fiziksel sağlıklarını algılama durumları araştırılmış ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırma kapsamına giren hemşirelerin %46.1'inin (138 hemşire) 26-32 yaş grubunda yoğunlaştığı, %60'ünün (180 hemşire) ön lisans mezunu, %53.3'ünün (160 hemşire) evli olduğu %42.3'ünün (127 hemşire) kendi evinde oturduğu ve %43.7'sinin de çocuk sahibi olduğu görülmüştür.

- Hemşirelerin %60.4'ünün (181 hemşire) 1-10 yıl arasında çalıştıkları belirlenmiş olup çalışma süreleri arttıkça çalışan hemşire sayısının azaldığı saptanmıştır.

- Araştırmaya alınan hemşirelerin %21.7'sinin (65 hemşire) Genel Cerrahide, %49'unun (147 hemşire) servis hemşiresi olarak, %48.7'sinin (146 hemşire) vardiya sisteminde, %93.3'ünün de haftada 40 saat çalıştığı belirlenmiştir.

- Hemşirelerin vardiyalı olarak çalışmaları sonucu %53'ünün (159 hemşire) uyku düzeni bozulduğu, gece nöbetlerinin %58'i (174 hemşire) üzerinde yorgunluk, uykusuzluk etki ettiği belirlenmiştir.

- Hemşirelerin bakımından bireysel olarak sorumlu olduğu hasta sayısının, gündüz çalışanların %60.4'ünün (181 hemşire) gece %44'ünün (131 hemşire) 10 hastadan fazla olduğu görülmüştür.

- Bireysel olarak bakımından sorumlu olduğu hasta sayısından memnun olmayan hemşirelerin %71.2'si (138 hemşire) neden olarak fazla hareket nedeniyle ayak, bacak, bel, sırt, boyun ve baş ağrıları çekmeyi gösterdikleri saptanmıştır.

- Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %77.3'ünün (232 hemşire) sağlığı tanımlayabildiği, %61'inin de sağlığını koruyucu geliştirici davranışlarda bulunduğu belirlenmiştir.

- Hemşirelerin %71.3'ünün (214 hemşire) yeterli ve dengeli beslenmediği %55.7'sinin (167 hemşire) uyku süresinin kendisi için yeterli olmadığı, %73'ünün (219 hemşire) iş bitiminde banyo yapmadığı, %54.3'ünün (163 hemşire) sigara kullanmadığı, %99'unun (297 hemşire) alkollü içki içmediği saptanmıştır.

- Hemşirelerin %56.3'ünün (169 hemşire) ailesinde %75.7'sinin (227 hemşire) ise kendisinde kronik hastalık olmadığı belirlenmiştir.

- Hemşirelerin %97.7'sinin (293 hemşire) çalıştığı ortamda fiziksel sağlığı tehdit eden faktörler olduğu, %94.3'ünün (283 hemşire) en önemli faktörün enfeksiyon olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir.

- Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %41.3'ünün aşılama ile korundukları gözlenmiştir.

- Lisans ve lisansüstü mezunlarının sağlığı tanımlamaları diğer mezunlara göre ileri derecede anlamlı bulunmuştur.

- Yaş ile uyku süresinin yeterliliği arasında anlamlı ilişki olmadığı ($p>0.05$), yaş ile beslenme arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Yaş ilerledikçe ve dengeli beslenme oranı fazlaşmıştır ($\chi^2=21.47$, $p<0.05$). Yaş ile çalışma sonunda kendine dinlenme zamanı ayırma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Yaş küçüldükçe kendine dinlenme zamanı ayırma oranı yükselmiştir ($\chi^2=21.7$,

$p<0.05$). Yaş ile banyo yapma arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Yaş ile sigara kullanma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. 19-25 yaş ile 40 ve üzerinde sigara içme oranı azalmıştır ($\chi^2=14.44$, $p<0.05$). Yaş ile alkollü içki içme arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bütün yaş gruplarında alkollü içki içme oranı düşüktür ($\chi^2=13.34$, $p<0.05$).

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin sağlık kontrollerini yaptırabilmeleri için gerekli politikaların saptanması ve uygulanmasının denetlenmesi,
- Çalışma alanlarının özellikleri gözönüne alınıp çalışma şartlarına ilişkin düzenlemelerin yapılması,
- Hasta yükü analiz edilerek hemşire sayısının yeterli düzeyde olacak şekilde ayarlanması,
- Alanda çalışanların fiziksel sağlığını koruyucu her türlü ekipmanın kullanıma hazır bulundurulması,
- Hemşirelerin nitelikli bakım hizmeti verebilmeleri için birime özgü standartların belirlenmesi,
- Hemşirelerin özellikle trafiği yoğun birimlerde kendilerine dinlenme ve beslenme zamanı ayırabilmeleri için fırsat verilmesi
- Hemşirelerin kendi sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen faktörlerin saptanması ve giderilmesi ile ilgili çalışmaların yürütülmesinde katkıların sağlanması,
- Kurumun vardiyalı çalışmayı dikkate alarak çalışanları dört besin grubunu içeren dengeli menüler ile desteklemesi,
- Sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlara ilişkin hizmetiçi eğitim programlarının planlanması ve uygulanması, hemşirelerin katılımının sağlanması önerilebilir.

ÖZET

Bu araştırma, yataklı tedavi kurumlarında görev üstlenen hemşirelerin fiziksel sağlıklarını algılama durumlarını ve verdikleri önemi belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi hastanesi çeşitli anabilim dallarında çalışan 300 hemşire rastgele örnekleme yöntemi yoluyla seçilerek araştırma kapsamına alınmıştır.

Verilerin elde edilmesinde, hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerinin yanısıra çalışma düzeni ve fiziksel sağlıklarına yönelik hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Hemşireler tarafından doldurulan bu anket formu SPSS (Statistical Package of Social Science) paket programı ile değerlendirilerek bulgular yüzdeler ve χ^2 testleriyle değerlendirilmiştir.

Sonuç olarak; hemşirelerin çoğunluğu bakım verdiği hasta sayısının fazla olması nedeniyle çalışma koşullarının yetersiz, iş yükünün fazla olduğunu, vardiyalı çalışmanın uyku düzensizliği, beslenme bozukluğu, kendini sürekli yorgun hissetme gibi sağlıklarının olumsuz yönde etkilendiğini, yine hemşirelerin büyük çoğunluğunun sağlığın tanımını yapabildiklerini buna karşın çalışma temposunun yoğun olması nedeniyle sağlık kontrollerine gitmedikleri sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlarda yeterince bulunmadığı belirlenmiştir.

SUMMARY

This research was conducted on the hospital nurses to determine their perception of their own physical health and how seriously they took it.

Randomly selected 300 nurses working in various divisions of Cerrahpaşa Medical sciences Faculty at Istanbul University were involved in this research.

A questionnaire form, aimed at finding out the working conditions and physical health of these nurses in addition to their personal and professional profiles, was used for data collection. Data from the questionnaires filled out forms was transferred to the computer media by SPSS (Statistical Package for Social Sciences) software package, and the outcomes were evaluated by the percentage and χ^2 tests.

Consequently, most of the nurses stated that they worked in inadequate conditions due to excessive number of patients and heavy work load, and pointed out that working in relays affected their health in negative ways such as sleep deprivation, nutritional disorders, and fatigue, etc. Moreover, it was determined that the great majority of the nurses did neither have regular check-ups nor take enough precautions for the prevention and improvement of their health due to heavy work load although they knew about health and its definition.

KAYNAKLAR

1. Akbulut,T.: İşçi Sağlığı Prensipleri ve Uygulamaları. Sistem Yayıncılık Mat. San. ve Tic.A.Ş., İstanbul, 1996.
2. Akbulut,T., Sabuncu,H.: Epidemiyoloji. Sistem Yayıncılık Mat.San. ve Tic.A.Ş., İstanbul 1993.
3. Aksoy,G.: Cerrahi hemşireliği, Uluslararası Cerrahi Kongresi 30 Mayıs – 1 Haziran, İstanbul, 1990.
4. Arslantürk,G.: Hemşirelik mesleğinde uyku sorunları, Türk Hemşireler Derg, 2:42, 1986.
5. Babadağ,K.: Daha iyi bir hemşireliğe yönelim, Hemşirelik Bülteni, 21:1, 1991.
6. Baldwin,J.H.: Are we implementing community health promotion in nursing? Public Health Nursing, 3:159, 1995.
7. Barcott,D.S., Schwartz,T.P.: Are nurses healthier and happier than the general public? Nursing Forum, 4:19, 1990.
8. Baş,A, Tuncel,Ş.: Hemşirelik eğitiminde rol alan hemşirelerin sigara içmeye ilişkin tutum ve davranışları, s:7, Sigara İle Savaş, I. Ulusal Hemşirelik Simpozyumu, 28 Mayıs, İzmir, 1993.
9. Bayık,A., Erefe,İ, Altuğ,S.Ö.: Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin koruyucu sağlık davranışları, sağlık sorunları ve karşılaştıkları mesleki riskler, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, 12-14 Eylül, İzmir, 1990.

10. Bigbee, J.L., Jansa, N.: Strategies for promoting health protection, The Nursing Clinics of North America, 26.4, 1991.
11. Birol, L.: Hemşirelik Süreci. Etki Matb. Yayıncılık Ltd. Şti., İzmir, 1997.
12. Birol, L., Akdemir, N., Bedük, T.: İç Hastalıkları Hemşireliği. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, Ankara, 1993.
13. Burgel, B.J.: Occupational health nursing in the workplace, Nurs Clinics of North America, 3:431, 1994.
14. Çağlayan, Ş.: Yaşam Bilimi Fizyoloji. panel Matbaacılık Ltd. Şti., İstanbul, 1995.
15. Çağlayan Ş., Pektekin, Ç.: Uyku tipi ile vardiya sisteminde çalışma verimliliği. İ.Ü. Tıp Fakültesi dergisi, 53:50, İstanbul, 1990.
16. Çavdar, D.Ş.: Hemşirelerin Üriner Katetirazasyona İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Uygulamalarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1997.
17. Domrosch, S.: General strategies for motivating people to change their behavior, Nurs Clinics of North America, 4:833, 1991.
18. Dedeoğlu, N.: Antalya'da sağlık personelinin sigara içme ile ilgili davranışları. Sigara ile Savaş. I. Ulusal Hemşirelik Simpozyumu, 28 Mayıs, İzmir, 1993.
19. Dirican, R., Bilgel, N.: Halk sağlığı. Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1993.
20. Durna, Z., Memiş, S.: Sigara içmeyen, hekim, hemşire ve öğretmenlerin duyarlılıklarının ve önlem önerilerinin değerlendirilmesi, Hemşirelik Bülteni, 29.20, 1993.
21. Edge, V., Miller, M.: Women's Health Care. Mosby-Year Book, Inc, Philadelphia, 1994.

22. Edmunds, M.W.: Strategies for promoting physical fitness, Nursing Clinics of North America, 4:855, 1991.
23. Erdal, E.: Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar. Dağışan Ofset, İzmir, 1993.
24. Erdoğan, S., Nahcıvan, N., Esin, N., İbrikçi, S.: Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde hemşirelik, Hemşirelik Bülteni, 32.28, 1994.
25. Ergin K.: Sigaranın sağlık üzerine etkileri, E.Ü.Hemşirelik Y.O.Dergisi, 1:65, 1988.
26. Ergun, N.: Fiziksel yönleri ile sağlıklı yaşlanma, Sağlıklı Yaşlanma Uluslararası Hemşireler Birliği Sempozyum Kitabı, Ankara, 1992.
27. Fadıllıoğlu, Ç.: Sağlıklı gençlik, E.Ü.Hemşirelik Y.O. Dergisi, 2:69, 1993.
28. Fuller, J., Schaller-Ayers, J.: Health Assesment, A Nursing Approach, J.B.Lippincott Comp. Philadelphia, 1994.
29. Gillis, A.: Exploring nursing outcomes for health promotion, Nursing Forum, 2:5, 1995.
30. Göksel, Y.E.: Orem'in kendine bakım modeli, II.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 1992.
31. Herron, D.G.: Strategies for promoting a healthy dietary intake, The Nursing Clinics of North America, 4:875, 1991.
32. Inगतavicius, D.D., Bayne, M.V.: Medical Surgical Nursing, A Nursing Process Approach. W.B.Saunders Company, Philadelphia, 1991.
33. Inगतavicus, D.D., Workman, M.L., Mishler, M.A.: Medical-Surgical Nursing. W.B.Saunders Company, Philadelpiha, 1995.
34. İnanç, N.: Hemşirelik Esasları. Gata Basımevi, Yayın no:5, Ankara, 1994.

35. İnanç,N., Yurt,V.: Gata'da çalışan doktor ve hemşirelerin sigara içme davranışına ilişkin özelliklerin incelenmesi, II.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, 12-14 Eylül, İzmir, 1990.
36. Kanan,N.: Bugünkü sağlık sisteminde hemşirenin sağlık ekibi içindeki rolü, Hemşirelik Bülteni, 13:33, 1989.
37. Kanan,N.: Hemşirelikte, eğitim, uygulama araştırma ve danışmanlık rollerinin bütünleştirilmesinde görev alan hemşireler, Hemşirelik Bülteni, 3:10, 1988.
38. Kanan,N, Aksoy,G., Akyolcu,N.: Ameliyathane hemşirelerinde iş doyumunu etkileyen faktörler, Hemşirelik Bülteni VIII:33, 1994 (Baskıda).
39. Kane,D.: Invest in yourself coping with multiple roles: Mtoher/Wife/Nurse, Nursing Forum, 4:17, 1993.
40. Kang,R.: Building community capacity for health promotion, Public Health Nursing, 5:312, 1995.
41. Karanisoğlu,H.: Hemşirenin gelenekselle değişen rolü içinde tedavi edici, koruyucu ve eğitici rolü, Hemşirelik Bülteni, 17:17, 1990.
42. Kemm,J., Close,A.: Health Prmotion, Theory and Practice. MacMillan Press Ltd., London, 1995.
43. Kocaman,G.: Herkese sağlık hedefine ulaşmada hemşirenin sorumlulukları ve eğitimi, II. Ulusal hemşirelik Eğitimi Simpozyumu, 8-9 Eylül İstanbul, 1988.
44. Kocaman,G.: Hemşireliğin günümüzdeki konumunun temel sağlık hizmetleri açısından incelenmesi, I.Ulusal Hemşirelik Kongresi, 13-14 Eylül, İzmir, 1985.

45. Lowenberg, J.S.: Health promotion and the ideology of choice, Public Health Nursing, 5:319, 1995.
46. Oktay, S.: Etkin sağlık hizmeti için disiplinlerarası ekip yaklaşımı, Hemşirelik Bülteni, 15:27, 1990.
47. Oktay, S.: "2000 yılında herkese sağlık" için hemşireliğin yükümlülüğü, ilkeleri ve rolü, Hemşirelik Bülteni, 17:11, 1990.
48. Okumuş, H.: Hastaların bakım gereksinimlerine göre hasta-hemşire oranının saptanması üzerine bir alışma, Hemşirelik Bülteni, 20:47, 1991.
49. Özabacı, M.N.: Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde alışan Hemşirelerde Görülen Meslek Hastalıkları ve Nedenlerinin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1990.
50. Özabacı, N., Pektekin, .: Hemşirelikte alışma koşullarına bağlı olarak oluşan fiziksel, ruhsal, sosyal sorunlar ve nedenleri, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, 12-14 Eylül İzmir, 1990.
51. Özcan, N.K.: Farklı Coğrafik Bölgelerde alışan Hemşirelerin Mesleki Sorunlarının ve Bunların Davranışlarına Olan Etkilerinin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1996.
52. Özden, M.: Sağlık Eğitimi. Ofset matbaacılık, Ankara, 1988.
53. Palank, C.L.: Determinants of health-promotive behavior, Nurs. Clinics of North America, 4:815, 1991.
54. Pencak, M.: Workplace health promotion programs, The nurs. Clinics of North America, 1:233, 1991.
55. Pender, N.J., Barkauskas, V.H., Heyman, L, et al.: Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education, Nurs. Outlook, 40:3, 1992.

56. Phipps,W.J., Long,B.C., Woods,N.F.: Shafer's Medical-Surgical Nursing. The C.V.Mosby Company, London, 1980.
57. Platin,N.: Anlamaya çalıştığım hemşirelik, Hemşirelik Bülteni, 17:57, 1990.
58. Potter,P.A., Perry,A.G.:Basic Nursing, Theory and Practice. Third Edition Mosby Company, Philadelphia, 1995.
59. Potter,P.A., Perry,A.G.: Fundamentals of Nursing, Concepts, Process of Practice. Mosby Year Book, Philadelpiha, 1992.
60. Rothrock,J.C.: Perioperative Nursing Care Planning. Mosby St.Louis, 1996.
61. Sabuncu,N...: Değişen sağlık kavramı sorunları, Hemşirelik Bülteni, 17:5, 1990.
62. Sabuncu,N., Babadağ,K., Taşocak,G., Atabek,T.: Hemşirelik Esasları. A.Ö.F.Yayınları, No.225, Etam A.Ş., Eskişehir 1991.
63. Salvage,J.: Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem. Çev: S.Ülker, T.C.Sağlık Bakanlığı, Aydoğdu Ofset, Ankara, 1995.
64. Savcier,K.A.: Prospectives in Family and Community Health. Coryright Mosby Year Book, Toronto, 1991.
65. Sefit,Ü.: Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Kişisel Hijyen ve Bilgilerinin Saptanması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1996.
66. Scherer,J.C., Timby,B.K. Introductory Medical-Surgical Nursing. J.B. Lippincott. Company, Philadelphia, 1995.
67. Seronson,K.C., Luckmann,J.: Basic Nursing. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1987.

68. Sever,A.: Tedavi Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin İşlevlerini Yerine Getirirken Karşılaştıkları Sorunlar Ve Yaşadıkları Stresin Araştırılması, İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1988.
69. Sines,D.: Community Health Care Nursing. Blackwell Science Ltd.London, 1995.
70. Spellbring,A.M.: Nursing's role in health promotion, Nursing Clinics of North America, 4:805, 1991.
71. Şenocak,M.: Temel Bioistatistik. Çağlayan Kitabevi, İstanbul, 1990.
72. Şeremet,S.: Çeşitli Hizmet Alanlarında Çalışan Hemşirelerde Ruh Hastalıklarına Eğilimin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1989.
73. Tanner,E.K.W.: Assessment of health promotive lifestyle, Nurs. Clinics of North America, 4:845, 1991.
74. Taşocak,G.: Sağlıklı bakım hizmetleri ve hastanelerin geleceği. Uluslararası Cerrahi Kongresi 30 Mayıs – 1 Haziran İstanbul, 1990.
75. Taylor,C., Lillis,C., LeMone,P.: Fundamentals of Nursing, The Art and Science of Nursing Care. J.B.Lippincott Company, Philadelphia, 1993.
76. Terakye,G.: Hasta-Hemşire İlişkileri. Aydoğdu Ofset, Ankara, 1994.
77. Tripp,S.L., Stachowiak,B.: Health maintenance, health promotion: Is there a difference?, Public Health Nursing, 3:155, 1992.
78. Tuncel,N., Şanlı,T., Perk,M.: Halk Sağlığı Hemşireliği. Açıköğretim Fak. Yayınları, No.266, Eskişehir, 1993.
79. Tümerdem,Y.: Halk Sağlığı I. İ.Ü.Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul, 1992.

80. Ulusoy,M.F., Görgülü,R.S.: Hemşirelik Esasları. 72TDFO Ltd.Şti., Ankara, 1996.
81. Uyer,G.: Hemşireliğe Genel Bakış. Ankara, 1992.
82. Veliöğlu,P...: Herkese sağlık amacında hemşirelik, Hemşirelik Bülteni ,15:1, 1990.
83. Veliöğlu,P.: Çağdaş sağlık kavramı, sağlık meslekleri eğitim programları, Hemşirelik Bülteni, 19:1, 1991.
84. Veliöğlu,P.: Hemşireliğin Düşünsel Temelleri. Alaş Ofset, İstanbul, 1994.
85. Veliöğlu,P.: Hemşirelikte Bilimselleşmeye Doğru. Bozak Matbaası, İstanbul, 1985.
86. Veliöğlu,P., Babadağ,K.: Hemşirelik Tarihi ve Deonolojisi. A.Ü.Web Ofset Tesisleri, Eskişehir, 1995.
87. Watson,J.E., Royle,J.R.: Watson's Medical Surgical Nursing and Related Physiology. Bailliare Tindall, London, 1987.
88. Whitman,N.I., Graham,B.A., Gleit,C.J., Boyd,M.D.: Teaching in Nursing Practice A Professional Model. Appleton & Lange, London, 1992.
89. _____.: Herkes İçin Sağlık Hedefleri, Kopenhag, 1986.
90. _____.: 2001 Ulusal Sağlık Politikası, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1993.

EK 1

Değerli Meslektaşım,

Bu anket formu, "Hemşirelerin kendi fiziksel sağlıklarını algılama durumlarını" incelemek amacıyla hazırlanmıştır.

İsim yazılmaması rica olunur. Katkılarınız için teşekkür ederim.

- X₁ 1-3 Anket No:
- X₂ 4-5 1) Çalıştığınız Klinik
- X₃ 6-7 2) Yaşınız
- X₄ 8 3) Eğitim Durumunuz
1 () Sağlık Koleji
2 () Ön lisans
3 () Lisans
4 () Y.Lisans
5 () Doktora
- X₅ 9 4) Medeni durumunuz
1 () Evli
2 () bekar
3 () Dul
- X₆ 10 5) bekar iseniz, kimlerle yaşıyorsunuz?
1 () Lojmanda kalıyorum
2 () Evde kalıyorum
3 () Akrabalarımın yanında kalıyorum
- X₇ 11 6) Oturduğunuz konuta kira veriyor musunuz?
1 () Evet
2 () Hayır

- X₈ 12 7) Çocuğunuz varsa nasıl bakıyorsunuz?
1() Çocuğum yok
2() Kreşeye veriyorum
3() Annem (aileden birisi) bakıyor
4() Bakıcı kadın bakıyor.
- X₉ 13 8) Kaç yıldır çalışıyorsunuz?
1() 0-5 yıl
2() 6-10 yıl
3() 11-15 yıl
4() 16-20 yıl
5() 20 yıl üstü
- X₁₀ 14 9) Göreviniz:
1() Yatak başı hemşiresi
2() Sorumlu hemşire
3() Başhemşire
4() Ameliyathane hemşiresi
5() Yoğun bakım hemşiresi
6() Poliklinik hemşiresi
- X₁₁ 15 10) Çalışma biçiminiz
1() Vardiya
2() Nöbet
3() Sadece gündüz
- X₁₂ 16 11) Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?
1() Haftada 40 saat
2() Haftada 40-50 saat
3() Haftada 50 saatten fazla

- X₁₃ 17 12) İşinizi seviyor musunuz?
1() Evet
2() Hayır
- X₁₄ 18-24 13 Çalışma saatleriniz (vardiya, nöbet) size sorun oluyorsa ne gibi sorunlar oluyor? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1() Sorun olmuyor
2() Uyku düzenim bozuluyor
3() Beslenme düzenim bozuluyor
4() Aşırı yorgunluk hissediyorum
5() Vücut direncim düşüyor, hastalıklara yakalanmam kolaylaşıyor
6() Sosyal yaşantım kısıtlanıyor
7() Aile yaşantım olumsuz etkileniyor
- X₁₅ 25 14) Gündüz kaç hemşireyle birlikte çalışıyorsunuz?
1() Yalnız
2() Bir hemşireyle
3() İki ve daha fazla hemşireyle
- X₁₆ 27 15) Gece kaç hemşireyle birlikte çalışıyorsunuz?
1() Yalnız
2() Bir hemşireyle
3() İki ve daha fazla hemşireyle
- X₁₇ 28 16) Gündüz bireysel olarak kaç hastanın bakımından sorumlusunuz?
1() 1-10 hasta
2() 11-20 hasta
3() 20 hastadan fazla

- X₁₈ 29 17) Gece bireysel olarak kaç hastanın bakımından sorumlusunuz?
1() 1-10 hasta
2() 11-20 hasta
3() 20 hastadan fazla
- X₁₉ 30 18) Bakım verdiğiniz hasta sayısından memnun musunuz?
1() Evet
2() Hayır
- X₂₀ 31-33 19) Cevabınız hayır ise bunun nedeni aşağıdakilerden hangisi olabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1() Çok fazla hareket ediyorum. Ayak, bacak, bel, sırt, boyun ve baş ağrıları çekiyorum.
2() Hasta sayısının fazla olması nedeniyle yeterli kapsamlı bakım veremiyorum
3() Çok fazla hastaya bakım verdiğim için kişilerarası ilişkilerim bozuluyor
- X₂₁ 34 20) Çalışma süreniz içerisinde ortalama kaç saat ayakta duruyorsunuz?
1() 0-1 saat
2() 2-4 saat
3() 5-7 saat
4() 8 saat
- X₂₂ 35-37 21) Ayakta kalış şekliniz nasıl? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1() Merdiven inip çıkıyorum
2() Hareket ediyorum
3() Uzun süre sabit olarak ayakta duruyorum.

- X₂₃ 38 22) Çalışma süreniz sonunda kendinize dinlenmek için zaman ayırabiliyormusunuz?
- 1() Evet
2() Hayır
3() Bazen
- X₂₄ 39 23) Düzenli bir yaşam için uyku süreniz size yeterli mi?
- 1() Yeterli
2() Yeterli değil
- X₂₅ 40-48 24) Gece nöbetlerinin sağlığınızd üzerinde ne gibi etkileri oluyor?
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- 1() Sağlığımı etkilemiyor
2() Baş ağrısı, baş dönmesi
3() Algılama bozuklukları
4() Uykusuzluk yorgunluk
5() Beslenme bozukluğu
6() Bulantı, kusma, diare
7() Sosyal yaşam kısıtlılığı
8() Sinirlilik, ajitasyon
- X₂₆ 49 25) Yeterli ve dengeli besleniyor musunuz?
- 1() Evet
2() Hayır

- X₂₇ 50-57 26) Yanıtınız hayır ise bunun nedeni aşağıdakilerden hangisi olabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- 1 () Yemek yemeyi sevmiyorum (iştahsızım)
- 2 () Yemek yeme alışkanlığım kötü (aralarda atıştırıyorum, tek yönlü besleniyorum, düzenli öğün yemiyorum)
- 3 () Vardiya değişimleri nedeni ile beslenme düzenim bozuluyor, uyumam gereken zamanlarda yemek yemem gerekiyor, yiyemiyorum.
- 4 () Hastane yemekleri görüntü, lezzet açısından yetersiz.
- 5 () Lojmanda kaldığım için yemek hazırlama olanağı bulamıyorum
- 6 () Servis işlerinin çokluğu, yorgunluk zaman kısıtlılığı nedeniyle tost, hamburger gibi hazır yiyecekler yiyorum
- 7 () Servisteki fizik çevre iştahımı etkiliyor
- X₂₈ 58 27) Çalışma süresi bitiminde banyo yaparsınız cevabınız evet ise ne sıklıkta yaparsınız
- 1 () İş bitiminde banyo yapıyorum
- 2 () Haftada bir kez
- 3 () Haftada iki kez
- 4 () Haftada üç kez
- X₂₉ 59 28) Sağlığı nasıl tanımlarsınız
- 1 () Biliyor
- 2 () Eksik biliyor
- 3 () Bilmiyor

- X₃₀ 60-66 29) Kronik bir hastalığınız varsa aşağıdakilerden hangisidir?
- 1() Hastalığım yok
 - 2() Kardiovasküler
 - 3() Hipertansiyon
 - 4() Kanser
 - 5() Diabet
 - 6() Alkol veya ilaç bağımlılığı
 - 7() Diğer
- X₃₁ 67-73 30) Ailenizde kronik hastalık var mı?
- 1() Kronik hastalık yok
 - 2() Kardiovasküler
 - 3() Hipertansiyon
 - 4() Kanser
 - 5() Diabet
 - 6() Alkol ve ilaç bağımlılığı
 - 7() Diğer
- X₃₂ 74-77 31) Bireysel alışkanlıklarınız nelerdir?
- 1() Alışkanlığım yok
 - 2() Sigara
 - 3() Alkol
 - 4() İlaç bağımlılığı
- X₃₃ 78 32) Kapsamlı sağlık kontrollerine gider misiniz?
- 1() Evet
 - 2() Hayır

X₃₄ 79-84 33) Çalıştığınız ortamda sağlığını tehdit eden ne gibi faktörler var?
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1 () Tehdit eden herhangi bir faktör yok
- 2 () Enfeksiyon
- 3 () Gürültü
- 4 () Toksik maddeler
- 5 () X-ışınları
- 6 () Diğer

X₃₅ 85-94 34) Sağlığınızı koruyucu ve geliştirici davranışlarda bulunuyor musunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1 () Bulunmuyorum
- 2 () Yılda bir genel muayene
- 3 () Altı ayda bir diş muayenesi
- 4 () Her ay kendi kendime meme muayenesi yapma
- 5 () Aşılama
- 6 () Sık aralarla kan basıncı takibi
- 7 () Yılda bir kez smear kontrolü
- 8 () Yılda bir kez akciğer grafisi kontrolü
- 9 () Düzenli egzersiz yapma (Haftada 2-3 defa)
- 10 () Kan tahlilleri

ÖZGEÇMİŞ

1964 yılında İstanbul'da doğan Hülya Toruk Üstündağ, ilk, orta ve lise öğrenimini İstanbul'da tamamladı.

1982-1983 akademik ders yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'na girmiş, 1985-1986 akademik ders yılında mezun olmuştur. Aynı yıl İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Gastroenteroloji-Hematoloji bölümünde servis sorumlu hemşiresi olarak göreve başlamış, 1986-1996 yılları arasında bu görevi sürdürmüştür. 1996 yılında İstanbul Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda göreve atanmış ve halen bu görevi sürdürmektedir.

Hemşirelikle ilgili birçok kongre, simpozyum ve seminerlere katılmıştır. Evli olup, İngilizce bilmektedir.

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ