

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/331385176>

# KORUYUCU VE GELİŞTİRİCİ SAĞLIK BAKIM MODELLERİ

Chapter · September 2014

CITATIONS

0

READS

3

2 authors, including:



**Ayfer Öztürk**

Bartın University

12 PUBLICATIONS 4 CITATIONS

SEE PROFILE

Ünite X

**KORUYUCU VE  
GELİŞTİRİCİ SAĞLIK  
BAKIM MODELLERİ**

*Ayfer Öztürk, Hediye Arslan Özkan*

## HEDEFLER

*Bu bölümün sonunda okuyucu aşağıdaki bilgi, beceri, tutum ve becerileri kazanır;*

- Sağlık bakım sistemini kavrar.
- Sağlığı geliştirme ve koruma amaçlı bakım hizmetlerini irdeler.
- Sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda hemşirenin önemini vurgular.
- Sağlık davranışı ve sağlığı geliştirme kavramlarını tartışır.
- Koruyucu ve geliştirici sağlık bakım modellerini kavrar.

## BAŞLIKLAR

- Sağlık Bakım Sistemi
- Sağlık Bakım Hizmetleri
  - Primer Koruma (Sağlığı Önleme ve Geliştirme)
  - Sekonder Koruma (Tanı ve Tedavi)
  - Tersiyer Koruma (İyileştirme, Rehabilitasyon)
- Sağlığı ve Sağlık Davranışını Geliştirme
- Sağlığı ve Sağlık Davranışını Geliştirme Modelleri
  - Sosyal Bilişsel Teori
  - Sağlık İnanç Modeli
  - Sağlığı Koruma ve Geliştirme Modeli
  - Üst Düzey Esenlik Modeli
  - Ajan-Konakçı - Çevre Modeli
  - Neuman Sistemler Modeli

## ANAHTAR KELİMELER

- Sağlığı koruma, Sağlığı geliştirme
- Sağlık bakım sistemi, Primer koruma
- Sekonder koruma, Tersiyer koruma
- Model, Sağlık davranışı
- Öz-yeterlilik, Algılanan yarar
- Algılanan engel, Ajan - çevre - konakçı

## SAĞLIK BAKIM SİSTEMİ

Sağlık bakım sistemi kısaca insanların sağlık gereksinimlerinin karşılanması için hizmet sağlama yol ve yöntemleri olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinin sunumunda gerekli olan tüm süreçleri kapsar. Tıp ve hemşirelik literatüründe "sağlık bakım sistemi" yerine, "sağlık sistemi", "sağlık sektörü" ve "sağlık hizmetleri" gibi ifadeler birbirinin yerine kullanılabilir.

Sağlık sistemi, sosyal sistemler içerisinde belki de en karmaşık sistem özelliğini taşımaktadır. Yüzeysel bir bakış açısıyla sağlık sistemi incelendiğinde, birbirinden çok farklı yönetime sahip kurum ve kişilerin karmaşık ilişkileri ile karşılaşılır. Ancak derinlemesine bir analiz yapıldığında, çok sayıda meslek grubundan kişi ve kurumun belirli bir düzen içerisinde etkileşimde bulunduğu gözlenebilir (Tengilimoğlu ve ark., 2009).

Sağlık bakım sistemi denildiğinde ilk aklı gelen genellikle hastaneler, klinikler ve hekim muayenehaneleri vb. yerlerde hastalara sunulan sağlık hizmetleri anlaşılmaktadır. Oysaki sağlık sistemi, insanların kendi sağlıklarına ve sağlık bakımlarına katkıda bulunabilmeleri için hastane ve kliniklerin yanı sıra evde, okulda, iş yerinde, dispanser ve tanı merkezlerinde, yaşlı bakım kurumlarında, aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezleri gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarında sunulan tüm hizmetleri kapsar.

Son yıllarda pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de sağlık bakım sistemi değişim ve dönüşüm içindedir. Önceleri en büyük amacı hasta ve yaralıları hizmet sunmak olan sağlık bakım sistemi, günümüzde hastahıkları önleme, sağlığı geliştirme ve iyilik düzeylerine olan farkındalığın artmasıyla birlikte değişimler geçirmektedir.

Günümüzde; teknoloji ve sağlık alanındaki gelişmeler, ekonomi, kentleşme, sanayileşme ve yaşam biçimleri gibi faktörlerin birbirleri ile etkileşimleri sonucu tüm toplumlarda, bireylerin sağlık bakım gereksinimleri günden güne değişiklik göstermektedir. Sağlık bakım, insanın temel haklarından biri olmasına karşın dünyada tüm insanların sağlık bakım gereksinimlerinin istedik düzeyde olmadığı bilinen bir gerçektir. Temel sağlık hizmetlerinin başarısı, sağlık bakım sistemindeki değişikliklerin hastanın bakım standardını arttıracak şekilde kullanılmasına ve bakım verecek hemşire ve diğer sağlık personelinin iyi yetiştirilmesine bağlıdır. Hemşireliğin genel amaçları yüzyıllar boyunca aynı kalmış ancak hemşirelik uygulamalarının kapsamı ve niteliği toplum-

ların değişen gereksinimlerinden etkilenmiştir. Toplumlar, toplumsal dinamikler, sağlık bakım gereksinimleri ve sağlık politikaları değişirken hemşirelik de modern bir meslek haline gelmiş ve hemşirelik mesleğinin değerleri de çağdaş sağlık hizmetlerinin anlayışına uygun olarak hastaların önlenmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bireye yardıma temellenmiştir (Karadağ ve Uçan, 2006; Nahcıvan, 2012).

Sağlık bakım sisteminin bir parçası olan hemşirelik, uygulama alanında birçok konuda hasta (alıcı) için en doğru kararı vermeyi gerektirir. Hemşireler genişleyen rol ve fonksiyonları ile öncesine göre daha karmaşık kararlar verme ve bu kararların sorumluluğunu üstlenmek durumundadır. Hemşireler sağlık bakım sisteminin vazgeçilmez ve önemli sağlık profesyonelleri olmaları nedeniyle, sürekli değişen ve gelişen yapı içerisinde rollerini iyi bilmeli ve sağlık sisteminin aktif bir çalışan olarak görevlerini sürdürmelidirler (Potter ve Perry, 2009).

#### SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ

Sağlık bakım hizmetleri, birey, aile ve toplumun sağlığını korumak, hastalık durumunda tedavi etmek, iyileşmeyenlerin ya da sakat kalarların bağkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve sağlık düzeylerini geliştirmek amacıyla yapılan planlı çalışmalar olarak tanımlanır.

Diğer bir ifade ile sağlık hizmeti, bireylerin sağlıkla ilgili beklentilerini karşılamak amacı ile sağlık profesyonelleri tarafından yürütülen hizmetlerdir.

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge'ye göre ise sağlık hizmeti;

*"İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir."* (Somunoğlu, 2012).

Tanımlar incelendiğinde, sağlık hizmetlerinin çok boyutlu olduğu ve birbiri ile ilişkili birçok faaliyetten meydana geldiği görülmektedir. Bunun temelinde yatan neden, gerek bireyin gerekse toplumun sağlığının birçok faktörden etkilenmesidir. Ayrıca, toplumun sağlık hizmetlerine yönelik olarak farklı beklentilere sahip olması ve zaman içinde yeni beklentilerin ortaya çıkması da, sağlık hizmetlerinin kapsamını arttırmaktadır.

Sağlık bakımı profesyonelleri içinde önemli bir yere sahip olan hemşirelerin sağlık bakım hizmetlerindeki payı ve katkısı büyüktür. Bu katkı, hemşirelik rolleri olarak belirtilen davranışların oluşturduğu işlevler ve bu işlevleri gerçekleştiren yöntemlerle sağlanır. Hemşire, sağlık bakımında rollerini, uygulayıcı, yönetici, eğitici, araştırmacı ve profesyonel olarak gerçekleştirir.

Sağlık bakım hizmetlerini, primer koruma, sekonder koruma ve tersiyer koruma olmak üzere olmak üzere üç başlık altında incelemek mümkündür. Tablo-1 de sağlık bakım hizmet tipleri gösterilmiştir.

Tablo 1: Sağlık Bakım Hizmet Tipleri

Bakım Tipi	Tanımlı	Örnekler
Primer Koruma	Amaç Hastalık ya da işlev bozukluğuna yol açabilecek (bireysel ya da toplumsal düzeyde) • Genel Sağlık Geliştirme • Belli Hastalıklara Karşı Koruma	• Öğretim • Sağlık yaşam biçimi değişiklikleri (sigara bırakma, beslenme davranışları vb.) • Servis • Bağışlama • Güvenli çevre sağlama (hiyen, toksik ajanlardan koruma)
Sekonder Koruma	Amaç hastalığı yatıştırmak ve daha fazla yetersizlik gelişmesini önlemek için erken tanı ve girişimi sağlamak • Erken tanı ve girişim	• Taramalar/Erken tanı (Hipertansiyon taraması, PAP smear, streptokokal faranjitin antibiyotik tedavisi gibi) • Akut bakım • Cerrahi
Tersiyer Koruma	Amaç Kronik ya da geriye dönüşümsüz durumların etkilerini ve kalıcı yetersizlikleri azaltmak. Optimal işlev düzeyi kazandırmak için düzeltici ve rehabilitatif aktiviteler.	Eğitim ve yeniden eğitim Doğrudan bakım sağlama Çevre düzenlemeleri Amfitemli kişilere yönelik sigara bırakma programları

(Atabek Ağı ve Karadağ, 2012; Hemşirelik Esasları, Hemşirelik Bilim ve Sanatı kitabından uyarlanmıştır)

#### **Primer Koruma (Hastalıkları Önleme ve Sağlığı Geliştirme)**

Bu kapsamda sunulan hizmetler, hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için verilen kişisel ya da toplumsal düzeyde tüm hizmetleri kapsar. Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında "bağışıklama, ilaçla koruma (kemoprolifaksi), aile planlaması, yeterli ve dengeli beslenme, sağlık eğitimi vb hizmetler" yer alır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise çevredeki olumsuz biyolojik, fiziksel ve kimyasal faktörleri yok ederek, düzelterek ya da insanların etkilemelerini önleyerek bireylerin sağlığını korumayı, hastalık ya da yetersizlikleri azaltmayı amaçlar. Bu hizmetler kapsamında "besin kontrolü ve güvenliği, yeterli ve temiz su sağlanması, atıkların zararsız duruma getirilmesi, vektörlerin kontrolü, çevre kirliliğinin önlenmesi ve kontrolü vb." yer alır.

#### **Sekonder Koruma (Tanı ve Tedavi)**

Sekonder koruma gerçek ya da olası sağlık sorunlarının erken belirlenmesini, hastalık belirtilerini gösteren bireyin sonraki tanı ve tedavisine yönelik hizmetleri kapsar. Dolayısıyla hastalığın erken tanı ve tedavisini işaret eder. Sağlığın bozulma olasılığı karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınmasını kapsar. Bu tip bakım ve hizmetler genellikle hastanelerde, birinci basamak hizmet sunan kurumlarda ve hekim muayenehanelerinde verilir.

#### **Tersiyer Koruma (İyileştirme, Rehabilitasyon ve Palyatif Bakım)**

Tersiyer koruma, daha karmaşık bir bakım düzeyi olup tanınmış bir hastalığın ilerlemesini yavaşlatma, daha fazla yetersizlik gelişmesini önleme ve bireyin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme becerisini sağlamaya ve rehabilite etmeye yöneliktir. Hastalık ya da yetersizlikler bireyin yaşamı için tehdit edici olabilir, bu sebeple tersiyer koruma hizmetleri ileri düzeyde tanı ve tedavi olanakları olan üniversite hastaneleri gibi gelişmiş tıbbi olanakların bulunduğu sağlık kuruluşlarında verilir.

#### **SAĞLIĞI ve SAĞLIK DAVRANIŞINI GELİŞTİRME**

**Sağlık Davranışı:** Kişinin, sağlıklı olmak için inandığı ve gerçekleştirdiği ya da sağlıklı olduğu zaman, hastalığın ortaya çıkmasını önlemeye yönelik olarak uyguladığı davranışlar olmakla birlikte, doğrudan gözlenebilen davranışları değil, dolaylı olarak ölçülebilen zihinsel ve duygusal durumları da içermektedir (Özer, 2002; Tokgöç, 2002).

Geniş anlamda sağlık davranışı ise, bireylerin, grupların ve örgütlerin eylemleri, sosyal değişim, politika geliştirme, baş etme becerilerinin geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin sürdürülmesi ile ilişkilidir.

Sağlık davranışı sağlıklı yaşam biçiminin geliştirilmesi ve hastalıklardan korunmanın temelidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirme ilk adımları toplum ve ailede atılır, daha sonra da eğitimle gelişir ve değişir. Bu davranışların geliştirilmesi ve devam ettirilmesinde tüm sağlık çalışanlarının hekim, hemşire-ebe- sağlık memuru, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı gibi önemli rol ve sorumlulukları vardır. Bu yüzden öncelikle sağlık çalışanları kendi yaşam biçimlerini düzelterek hizmet sunumunda karşılaştığı insanlara örnek davranış sergilemelidir.

Sağlık davranışları egzersiz ve sağlıklı beslenme gibi sağlığın sürdürülmesine yönelik davranışlar olduğu gibi aşılama, kondom kullanımı, taramaların yapılması gibi koruyucu sağlık davranışları, sağlığa zarar veren davranışların önlenmesi ve tıbbi tedaviye uyumla ilgili olan hasta rolü davranışlarıdır. Sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini etkileyen çeşitli etmenler vardır. Bunlar demografik etmenler, sosyal etmenler, duygusal etmenler, kişinin hastalıkla ilgili algıladığı semptomlar (ele gelen kitle, ani kilo kaybı, geçmeyen ateş gibi), sağlık hizmetlerine ulaşılması, kültürel etmenler, kişilik ve bilişsel etmenlerdir (Norman ve Conner, 2001).

Sağlık davranışı konusunda en yoğun ve günümüzde kullanılan çalışmalar ve eserler (Kasl ve Cobb, 1966) tarafından ortaya konmuştur. Daha sonra Gochman (1988) tarafından Sağlık Davranışı ile ilgili kitap yazılmıştır. Kasl ve Cobb sağlık davranışını üç başlık altında ele almaktadır;

**I. Koruyucu Sağlık Davranışı (Preventive health behaviour):** Sağlıklı olduğunu düşünen kişinin semptomsuz dönemde hastalığı önlemek veya erken tanı amacıyla gerçekleştirdiği davranışlardır.

**II. Hastalık Davranışı (Illness behaviour):** Hasta olduğunu algılayan kişinin, sağlık durumunu tanımlamak ve yapılması gerekeni uygulamak için gerçekleştirdiği davranışlardır.

**III. Hasta Rolü Davranışı (Sick-role behaviour):** Hasta olduğunu düşünen kişinin iyileşmek için gerçekleştirdiği davranışlardır.

**Sağlığı Geliştirme:** "Sağlığı geliştirme" koruyucu ve sağalıcı sağlık hizmetleri alanında çalışanların son yirmi yıldır sık kullandıkları bir

kavram olduğu halde; tanımı konusunda henüz bir uzlaşma sağlanamamıştır. Öte yandan "sağlığı geliştirme" düşüncesi yakın dönemlere ilişkin yeni bir düşünce de değildir.

Sağlığın geliştirilmesi (Health Promotion), Dünya Sağlık Örgütü (D.S.Ö) tarafından insanların kendi sağlıklarını üzerindeki kontrollerini artırma ve sağlık düzeylerini daha da iyiye götürme sürecinin bütünü olarak tanımlanmıştır (WHO, 1986). Bunu izleyen tanımlar ise daha çok bir strateji niteliğindedir. Bu tanımlar sağlığı geliştirmeyi, sağlıkla ilgili yaşam koşulları ve faaliyetlerin eğitim ve çevre işbirliği ile desteklenme süreci olarak ifade etmişlerdir. Daha açık bir ifade ile sağlığın geliştirilmesi, bireylerin fiziksel ve mental sağlıklarını optimum düzeye yükseltmek, fiziksel ve sosyal çevresini geliştirebilmeleri için bilinçli karar vermelerine yardımcı olma sürecidir. Sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıklarını düzelterek, kontrol ederek ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşarak sağlanabilir (Eser 2006; Yalçınkaya ve ark., 2007).

Sağlığı geliştirme, başta sağlık eğitimi olmak üzere yönetsel, yapısal ve kaynak düzenlemeleri şeklinde sağlanan destekleyici çalışmalarla içeren sağlığı geliştirme müdahaleleri, güdüleme teknikleri ve pekiştirmeyi kullanarak sağlıklı olmayı hazırlayan, olanaklı kılan ve güçlendiren davranış biçimlerini hedeflemektedir. Bu nedenle sağlığın en önemli belirleyicilerinden biri, davranışlardır (Özvarış, 2001).

Bu hedefe ulaşılabilmesi için sigara içme, alkol ve madde kullanımı, beslenme davranışları, fiziksel aktivite, şiddet davranışları, cinsel davranışlar, sağlıksız kilo kontrolü, aile ile iletişim sorunları ve stres yönetimi gibi riskli davranışlardan kaçınılması gerekir. Sağlığı geliştirme, insanların kendi sağlıklarını düzeltmede ve tam bir sağlık potansiyeline ulaşmada yeterli kılmayı amaçlamaktadır. Kişilerin kendi sağlıklarını algılayışları ve sağlıklarını için uygulamaları kendi sosyal ve kültürel özelliklerinden etkilenir. Koruyucu hizmetlerin planlanmasında toplumdaki kişilerin özelliklerinin belirlenmesi bu açıdan önem taşımaktadır (Turgul ve ark., 2002; Aydoğdu ve Bahar, 2011).

*Sağlığı geliştirmenin üç temel bileşeni*, Butler, (2001) tarafından şöyle sıralanmıştır.

Sağlık eğitimi (health education),  
Sağlığı koruma (health protection)  
Korunma (prevention)'dir

174

Sağlığı geliştirmenin bileşenleri 1978'de Alma-Ata Bildirgesi'nde vurgulanmıştır. Bu bildiri, herkes için sağlık hedeflerini ve önceliklerini içermektedir ve 1986 yılındaki Ottawa Şart'ında da belirtilmiştir (Katz ve Feberdy, 1997). Bu bileşenler;

I. Sağlık eğitimi kişinin davranışlarını değiştirmek için eğitim verilmesi olarak tanımlanmıştır.

II. Farkındalığın artırılması, potansiyelin geliştirilmesini, tanımlanan sağlık gereksinimlerine yanıt verilmesini kapsamaktadır. Bu, sağlığı geliştirme kavramını bireylerin öz sorumluluğuna bırakmıştır.

III. Sağlıklı toplum politikalarının oluşturulmasıdır.

Sağlığın geliştirilmesi ve hastanın sağlıklı davranışlar konusunda bilgilendirilmesini ve yönlendirilmesini sağlayacak grup, sağlık kurumlarında profesyonelce bakım veren hemşirelerdir. Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir. Bundan dolayı sağlığı geliştirme aktivitelerinde hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Hemşirelerin sağlığı geliştirme eylemleri arasında; sağlığı olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkların toplumdaki yaygınlığının tespit edilmesi, topluma sağlıklı yaşam bilincinin kazandırılması ve sağlıksız davranışların sağlığı geliştirme davranışlarıyla yer değiştirmesi sayılabilir. Bu eylemleri yapabilmeleri için öncelikle sağlığı geliştiriminin önemini kavramaları, daha sonra bireylerin davranışlarını olumlu yönde değiştirmeleri için gerekli olan motivasyon yöntemlerini öğrenmeleri yararlı olacaktır (Özkan ve Yılmaz, 2008; Ayaz ve ark., 2005).

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

#### SAĞLIK DAVRANIŞI VE SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELLERİ

Sağlık ve kişinin sağlıkla ilgili davranışları gerçekleştirip gerçekleştirmediğini etkileyen davranışlar, artan bir şekilde sağlık psikolojisi tarafından çalışılmaktadır. Sağlık davranışlarının açıklanmasında, sıklıkla "Sosyal Bilişsel Kuramlar" kullanılmaktadır. Bu kuramlara dayanan Sosyal Bilişsel Mo-

175



deller, kişinin sosyal çevresiyle ilgili algısını ön plana çıkarmaktadır. Sağlık davranışı ve ona rehberlik eden fikirler, son derece karmaşık olduğu için tek bir model ile açıklanamaz. Model, spesifik bir sorunu anlamak için birden fazla teori içermektedir. Kişi, grup ve toplumlar için farklı modellerin kullanılması gerekir. Sağlık davranışı, tek bir kuram ile açıklanamaz. Modeller, bir ya da birden fazla kurama dayanarak davranışın belirli bir sistematik içinde anlaşılmasını sağlamakta; sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi çalışmalarının planlanmasında kullanılmaktadır (Glanz, Rimer ve Lewis, 2002).

Hemşirelik disiplini birçok kavramsal modelle zenginleşmiştir. Hemşire araştırmacılar, araştırmalarında bu kavramsal modellerden yararlanarak araştırmalarını daha güçlü bir şekilde planlayabilir ve gelecek çalışmalarına ışık tutabilirler.

#### Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramı

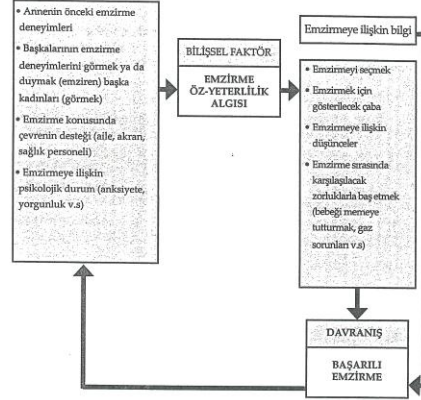
Bir sosyal bilimci olan Bandura 1986 yılında "Sosyal Bilişsel Kuramını" geliştirmiştir. Bandura Sosyal Bilişsel Kuramında öz-yeterlilik kavramına yer vermiştir. Bandura'ya göre, birey bilişsel ve çevresel faktörlerden etkilenecek bir davranışı ortaya koyar. Bilişsel faktörlerden biri de bireyin davranışına ilişkin algıladığı öz-yeterlilik algısıdır (Aluş ve Okumuş, 2008).

Modelin bileşenleri, Karşılıklı belirleyicilik, görerek öğrenme, öngörü yeteneği, kendini düzenleme becerisi, kendini yansıtmaya yeteneğidir ve kendini yansıtmaya özelliğinin en önemli biçimi öz yeterliliklerdir. Öz yeterlilik algısı, bireyin istenilen davranışları başarıyla yerine getirebilmede kendisine olan inancıdır. Bu algı ne kadar güçlü olursa, birey amaca ulaşmak için o kadar çok çaba sarf eder (Aluş Tokat ve Okumuş, 2008).

Öz yeterlilik algısı güçlü olmayan insanlar, olayların görüldüğünden zor olduğunu düşünür, her şeye dar bir bakış açısıyla bakar ve karşılaştığı problemlere çözüm bulamaz. Diğer taraftan öz yeterlilik algısı güçlü olan insanlar zor işlerde ve olaylarda daha rahat, güvenli ve güçlü olurlar (Bandura 1998).

Bireyin, bir davranışı gösterebilmesi için yalnız davranış konusunda yeterli bilgiye sahip olması değil, davranışa ilişkin öz-yeterlilik algısının da yeterli olması gerekmektedir. Örneğin: Annenin bebeğinin meme ucunu doğru bir şekilde tutması ile meme ucu çatlaklarının gelişmesinin önlenilebileceği konusunda bilgisi olabilir, ancak kendisi bunu yeterince iyi uygulamadığını hissedebilir. Bu duygu, annenin bebeğini memeye doğru bir şekilde tutturmasında bir engel oluşturacak, annenin kendisini yetersiz hissetmesine yol açacak ve doğru emzirme davranışı

başarısızlıkla sonuçlanacaktır. Oysa davranışın başını ile sonuçlanması için annenin emzirme konusunda kendini yeterli hissetmesi gereklidir (Bkz Şekil 1). Bandura'nın sosyal bilişsel kuramı bize öz yeterlilik kavramını etkileyen faktörler konusunda önermeler vererek, öz yeterliliğin geliştirilmesinde, problemi çözmeye ele almamız gereken noktaları göstermektedir. Diğer bir deyişle annenin emzirme konusunda öz yeterlilik algısının hangi faktörlerden etkilendiğini bilmemizi sağlamaktadır (Aluş Tokat ve Okumuş, 2008).



Şekil 1: Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramı'na Göre Emzirme Davranışı (Aluş Tokat ve Okumuş, 2008).

### Sağlık İnanç Modeli (SİM)

Sağlık İnanç Modeli, son elli yıldır sağlık davranışının kavramsal çerçevesinin oluşturulmasında en sık kullanılan modeldir. Model, 1950'lerin başında, hastalıkların önlenmesi ve erken tanısında yer alan tarama programlarına katılmanın yeterliliğini açıklamak için Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir. Bu dönemde önemli bir halk sağlığı sorunu, bireylerin tüberküloz taramalarından, servikal kanser erken tanısı için PAP smear testine, bağışıklama programlarından ücretsiz veya çok düşük ücretle sağlanan diğer erken tanı yöntemlerini kullanmamalarıydı. Bu nedenle model koruyucu sağlık davranışlarının belirleyicilerinin öngörülmesi amacıyla geliştirilmiştir (Aydoğdu ve Bahar, 2011; Bahar ve Ersin, 2012).

Model sağlıkla ilgili davranış değişikliğinin açıklanması, sağlığın sürdürülmesi ve koruyucu sağlık davranışı ile ilgili müdahale araştırmalarının planlanmasında kullanılmaktadır. SİM'nin anahtar kavramları, eğer bireyler hastalığı kendileri için hassasiyet olarak algılıyorsa, hastalığın ciddiyeti ile ilgili sonuçlara inanıyorsa, taramaların hem yararının hem de engellerinin farkındaysa ve tarama ile ilgili eyleme geçme de pozitif eyleme geçiriciler (eğitim, medya, sağlık kontrolünü hatırlatan uyarılar, arkadaş ya da aile üyelerinden birinin hastalanması, başkalarından bilgi gibi) varsa ilgili sağlık davranışının ortaya çıkacağını öne sürmektedir. Modelin en güçlü ayrılcımları algılanan engeller olduğu belirtilmektedir (Bahar ve Ersin, 2012).

### Sağlık İnanç Model'inin Bileşenleri

#### Bireysel Özellikler

Sosyo-Demografik Faktörler, yaş, cinsiyet, etnik köken ve gelir gibi demografik verilerden bazılarıdır. Bu özellikler sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını bilişsel-algsal faktörler üzerinden dolaylı olarak etkilemektedir. Yaş, gelir, eğitim durumu gibi faktörlerin artması sağlığı koruma davranışlarında bulunma olasılığını arttırmaktadır.

#### A.Algılar

Algılar; "algılanan duyarlılık", "algılanan yarar", "algılanan ciddiyet", "algılanan engeller" "algılanan öz-etkililik" olmak üzere 5 bölüm altında ele alınmaktadır (Glanz, Rimer ve Viswanath 2008; Ersin ve Bahar, 2012; Aydoğdu ve Bahar, 2011).

### Algılanan Duyarlılık

Bireyin herhangi bir hastalığa yakalanma ya da sağlık ile ilgili bir etkiye maruz kalma olasılığı konusunda inancıdır. Sağlıklı davranışların benimsenmede insanlar üzerinde etkili olan güçlü algılardan bir tanesidir. Birey öncelikle problem gelişme olasılığını değerlendirir. Bu, tarunun kabulünü, hastalığa yakalanma olasılığını içermektedir. Beklenen sağlık davranışının gerçekleşmesinde, bireyin hastalıkları önleme ve sağlığı sürdürmeye ilişkin konularda kendini nasıl algıladığı önemlidir. Bu algı, bireyin birincil korunmaya olan isteğini yansıtır. Yapılan çalışmalarda uyarılılık algısının artırılmasında eğitimin önemli olduğu görülmektedir. Ayrıca duyarlılık algısı ile davranış arasındaki ilişkiye bakıldığında duyarlılık arttıkça davranışın gerçekleşme olasılığı da artmaktadır.

### Algılanan Yarar

Algılanan duyarlılık ve ciddiyet, ilgili davranışın gerçekleştirilmesine yönelik baskı oluşturmaktadır. Hastalık tehdidini azaltması için gerçekleştirilecek davranışın etkili olacağı ile ilgili inanç, algılanan yarar olarak tanımlanmaktadır. Kişi etkili olduğunu düşünmedikçe eyleme geçmemektedir. Başka bir ifade ile algılanan yarar; bir kişinin davranış değişikliğini ne kadar faydalı algıladığı, o davranış değişikliğini gerçekleştirirse hastalık riskini önleyebileceğine ne kadar inandığıdır.

Kişi, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinin yarar sağlayacağını düşünmektedir. Bu yarar, hastalığa yakalanma olasılığının azalacağı beklentisidir. Algılanan yarar, bireyin sağlık davranışını uygulamaya açık olup olmadığını belirler. Bu nedenle bireylerin olumlu sağlık davranışlarını uygulama ve sürdürmenin yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilerek, bireylerin sağlıkla ilgili tutum, davranışlar ve olumlu sağlık uygulamaları yapmanın yararı ile ilgili bilgilenmeleri sağlanabilir. Böylece bireyin kendi sağlığını kontrol etme olasılığı artar.

### Algılanan Ciddiyet

Hastalığın ciddiyeti ile ilgili algı ya da tedavi kabul edilmediğinde ortaya çıkacak sonuçlar ile ilgili değerlendirmelerdir. Diğer bir ifade ile Algılanan ciddiyet kavramı hastalığın ciddiyeti ile ilgili bireysel inançları ifade etmektedir. Ciddiyet algısı çoğunlukla tıbbi bilgi veya deneyime dayan- sa da aynı zamanda bir kişinin hastalığın yaratacağı zorluklar veya o kişi-



nin genel olarak hayatındaki etkileri ile ilgili sahip olduğu inançlardan da kaynaklanabilir. Örneğin çoğu birey solunum yolu enfeksiyonunu önemsememez ve birkaç gün dinlenme sonrasında iyileşeceğine inanır. Ancak bireyde aynı zamanda astım varsa grip algısı onun ciddi bir hastalık olabileceği yönündedir. Algılanan ciddiyet hastalığın ölümlü, sakatlık, ağrı, sosyal kayıplar gibi olası sonuçları ile ilgili değerlendirmelerini kapsamaktadır.

Modelde beklenen sağlık davranışları ile ciddiyet algısının önemi vurgulanmaktadır. Birçok toplumda kanserin ciddi bir hastalık olarak bilinmesi ve algılanması, bireyin meme kanserine yönelik davranışlarında ciddiyet algısının etkisini sınırlayabileceği belirtilmektedir (Aydoğdu ve Bahar, 2011).

#### **Algılanan Engeller**

Önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştıran engeller ya da davranışın olası olumsuz yönleri ile ilgili algıdır. Başka bir deyişle, sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algıdır. Kişi, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını tartar. Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişken, algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farktır, kişi, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını değerlendirir, bunun sonucunda davranışı eyleme geçirir ya da geçirmez. Algılanan yarar algılanan engelden fazla ise koruyucu sağlık davranışının gerçekleşme olasılığı o kadar fazladır. Kişi, çeşitli nedenlere bağlı olarak, koruyucu sağlık davranışlarını gerçekleştirirken bireysel ve toplumsal düzeyde, çeşitli engeller algılayabilir. Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişken, algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farktır (Çenesiz, 2007).

#### **Algılanan Öz - Etkliliklik**

Bireyin istenilen sonuca ulaşmak için gereken eylemleri yapabilme yeteneğine olan inancı, kararlılığı ve iradesidir. Algılanan öz-etkililik, 1988 yılında Rosenstock, Strecher, ve Becker tarafından modele eklenmiştir. Bu nedenle, davranış değişikliğinin başlatılması ve davranışın sürdürülmesinde öz etkililik önemli rol oynamaktadır. Yasam biçimi ile ilgili davranış değişikliği yapılırken, olumlu sonuçlar görülmeden ve yaşam biçimini değiştirmeden önce, sonucun iyi olacağına güvenmek gerekir (Glanz, Rimer ve Lewis, 2002).

Bir bireyin öz-etkililik algısını etkileyen dört faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerden en önemlisi gerçek performanstır. Birey tekrarlayan bir şe-

kilde bazı davranışları gerçekleştirebiliyorsa öz-etkililik algısı artmaktadır. Aynı şekilde bireyin tekrarlayan bir şekilde bir davranış göstermede başarısız olması, o davranışa yönelik öz-etkililik algısının azalmasına neden olmaktadır. Bireyin öz-etkililik algısının geliştirilmesi ile sonraki dönemlerde bireyin o davranışa özgü yaşadığı geçici başarısızlıklardan öz-etkililik algısının etkilenmeyeceği belirtilmektedir. İkinci olarak öz-etkililik başkalarının deneyimlerinden de etkilenmektedir. Bir kişi, başkalarının başarılı olduğu davranışları gözlemleyerek, o davranış kendisinin de yapabileceğine olan inancı geliştirmektedir. Bu durum özellikle bireyin diğerleri ile aynı yeteneğe sahip olduğunu düşündüğü durumlarda daha fazla etkili olmaktadır. Öz-etkililiği etkileyen diğer bir faktör sözel iknadır. Bir bireyi bir davranış gösterme konusunda cesaretlendirmek, kişinin davranış gösterme olasılığını arttırmasına neden olmaktadır. Bu şekilde sözel ikna kişinin zor yerine getirebileceği davranışlar üzerinde çok etkili olmasa da, başarı büyük ölçüde özel bir yetenekten çok bireyin çabasına bağlı olduğu için dışsal motivasyon davranış gerçekleştirilmede yardımcı olabilmektedir. Son olarak öz-etkililik fizyolojik özelliklere göre değerlendirilmektedir. Örneğin; yorgunluk durumunu birey davranış yerine getirmesinin zorlaşmaya başladığının bir göstergesi olarak yorumlayabilmektedir (Aydoğdu ve Bahar, 2011).

Yapılan çalışmalarda öz etkililik arttıkça meme kanseri erken tanı davranışlarını gerçekleştirme olasılığının da arttığı görülmektedir. Hemşireler tarafından yapılacak öz etkililiği arttırmaya yönelik müdahalelerin yer aldığı çalışmalar önemlidir (Ersin ve Bahar, 2012).

#### **B.Eylem**

##### **Eyleme Geçiriciler**

SİM geliştirilirken, davranış tetikleyen faktörler de tartışılmış ve davranış gerçekleştirilmek için gereken hazır bulunuşluğun (algılanan duyarlılık ve algılanan yararlar), ancak davranışın nedeni olan eyleme geçiriciler ile artabileceği belirtilmiştir. Eyleme geçiriciler davranış tetikleyen mekanizma olarak kabul edilmekte olup model, harekete geçmek için, hastalığın şiddetinin, algılanan duyarlılık ve algılanan tehdit ile ilgili hazır bulunuşluğun önemli olduğunu belirtmektedir. (Glanz ve ark. 2008; U.S. Department of Health And Human Services, 2005).

Sağlık İnanç Model'inde yer alan kavramlar ve tanımlar şekil 2'de sunulmuştur.

Şekil 2: Sağlık İnanç Modeli'nin Temel Kavramları ve Tanımları

Kavram	Tanım	Uygulama
Algılanan Duyarlılık	Sağlık tehdidi ile karşılaşma olasılığına ilişkin inanç	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risk altındaki toplumun ve risk düzeylerinin tanımlanması</li> <li>Kişinin davranışa ile ilgili olan riskin belirlenmesi</li> <li>Algılanan riskin gerçek riskle tutarlı hale getirilmesi</li> </ul>
Algılanan Ciddiyet	Durumun ve sonuçlarının ne denli ciddi olduğu ile ilgili inanç	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risk ve sonuçların özelleştirilmesi</li> </ul>
Algılanan Yarar	Tehdidi azaltmak için önerilen davranışın etkili olacağına ilişkin inanç	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yapılacak hareketin tanımlanması; belirlenen olumlu sonuçların açıklığa kavuşturulması</li> </ul>
Algılanan Engeller	Önerilen hareketin güde güdülebilmesi ve görülmemesiyle ilgili inanç	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pekleştirme, düzeltme ve yardım yoluyla, algılanan engeli azaltmak ve tanımlamak</li> </ul>
Eyleme Geçiriciler	Hazır buluruluşları aktive etme stratejileri	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bilgiye ulaşmayı sağlamak</li> <li>Farkındalık güçlendirmek</li> <li>Diğer sistemleri harekete geçirmek</li> </ul>
Öz Yeterlilik	Önerilen davranışa gayekleşime kapasitesine olan inanç	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hareketin gerçekleştirilmesi için yetiştirilme ve rehberlik</li> <li>İlerleyici hedeflerin korunması</li> <li>Sözünü pekiştirme</li> <li>İstenilen davranış gösterme</li> <li>Erilijeyi azaltma</li> </ul>

Glanz ve ark. 2002'den uyarılanarak alınmıştır.

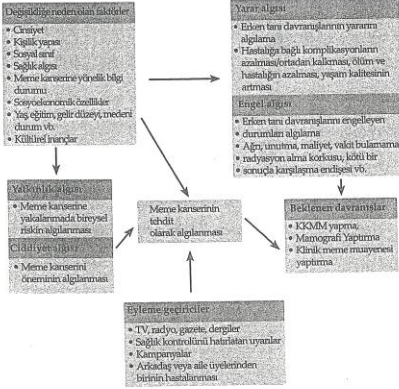
SİM, sağlığı korumada birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak adlandırılan sağlık davranışlarının uygulanmasında önemli bir yere sahiptir. Aynı zamanda, sağlık profesyonellerinden özellikle hemşirelerin davranışla ilgili eyleme geçiriciler konusunda bireyleri yardımcı olmasına olarak sağlamaktadır.

Sağlık İnanç Modeli'nin meme kanseri ve servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ve davranışlarına etkisine yönelik çalışmalar yapılmıştır (Ersin ve Bahar, 2012; Özmen ve Özsoy, 2009). Model meme kanserinin erken tanısına ilişkin davranışları anlamada bir rehber niteliğindedir. Modelin, meme kanserinde tarama programlarının uygulanmasında ve kadınların sağlık inançlarını anlamaya yönelik yapılan çok çeşitli çalışmada yararlılığı denenmiştir. Aynı zamanda bazı çalışmalarda kadınlarda erken tanıya yönelik davranışların geliştirilmesinin mümkün olabileceği gösterilmiştir. Nahcivan ve Seçginli (2003) yapmış oldukları çalışmada, Sağlık İnanç Modeli'ni meme kanserine uyarlamışlardır (Şekil 3).

Bireylerde olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesinde kilit insan gücü olan hemşirelerin Sağlık İnanç Modelini bilmesi ve çeşitli alanlarda kullanması önemlidir. Modelin belirtilen bazı sınırlılıklarına rağmen farklı yapı ve özelliği olan toplum gruplarında çalışılmasına ve test edilmesine gereksinim vardır.

Sağlık İnanç Modeli revize edilmeden önce Pender, modelde yer alan engel ve yarar algısının sağlığı koruma davranışlarını açıklamada veya davranış tahmin etmede en önemli kavramlar arasında olduğunu ayrıca algılanan ciddiyet ve duyarlılığın sağlığı koruma davranışlarını açıklamada belirleyici olduğunu belirtmiştir. Ancak davranışın oluşması için karar verme sürecini etkileyen kontrol algısı, öz-etkililik algısı, sağlığın tanımı ve sağlık algısı gibi bilişsel algısal değişkenlerin modelde yer alması gerektiğini belirterek, bu kavramları da içeren Sağlık Geliştirme Modeli'ni oluşturmuştur (Pender, 1987).

Şekil 3: Meme kanseri ve sağlık inanç modeli ilişkisi



\*Nalçinoğlu, N. ve Sağçıklı, S. (2003). Meme Kanseriyle Erken Tanıya Yönelik Tutum ve Davranışlar: Bir Rehber Olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı. C. Ü. Hıncal Sahibi Yüksek Okulu Dergisi, 7 (1): 33-38.

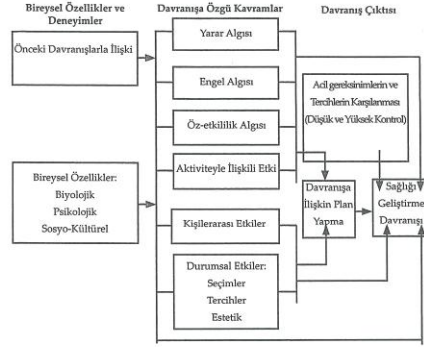
#### Pender'in Sağlık Geliştirme Modeli

N. Pender, hemşirelik ve davranış bilimlerinin bakış açılarını birleştirerek sağlık geliştirme modelini geliştiren hemşire kuramcıdır. Sağlık Geliştirme Modeli sağlık geliştirme alanındaki uygulamalara yol gösterecek niteliktedir ve model sağlık koruma modellerinin tamamlayıcısı olmayı amaçlamıştır. Modelin çekirdek kavramı öz-yeterlilik algısıdır. Modelde sağlık geliştirici unsurlar ve nedensel mekanizmalar açıklanmaktadır ve model üç önemli fonksiyona hizmet etmektedir (Pender, 1987).

- Sağlık geliştirici davranış oluşumunu açıklayabilecek kavramlar arası ilişkileri ortaya koymaktadır.

- Deneysel olarak test edilebilecek hipotez oluşturulmasını sağlamaktadır.
- Bağımsız araştırma sonuçlarını birbirleriyle ilişkili hale getirmektedir

Sağlık Geliştirme Modeli ile Sağlık İnanç Modeli'nin benzer kavramları arasında kişisel faktörler, algılanan engel ve algılanan yarar, öz-etkililik algısı ve kişiler arası ilişkiler bulunmaktadır. Model, SİM'ne benzer olarak algılanan yarar, algılanan engel, algılanan öz-etkililik gibi kavramların davranış oluşumunda önemli olduğunu açıklamaktadır. Pender'e göre davranışları en iyi tahmin etmede geçmişteki ayrı veya benzer davranışın sıklığı önemlidir. Önceki davranışlar sağlık davranışlarını hem doğrudan hem de dolaylı yoldan etkilemektedir. Şimdiki davranışlara önceki davranışların direkt etkisi, bireyi davranış hazırlayarak alışkanlık oluşumuna katkı sağlamasına bağlı olabileceği belirtilmektedir. Davranış her ortaya çıktığında alışkanlıkların gücü artmaktadır (Aydoğdu ve Bahar, 2011).



Şekil-4 Sağlık Geliştirme Modeli  
Erin, F., Bahar, Z. (2012). Sağlık Geliştirme Modelleri'nin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi: Bir Literatür Derlemesi

Bu modelde Pender sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen faktörleri 3 grupta toplamıştır. Bunlar; Bireysel davranış ve deneyimler, davranışa özgü durum ve etkiler (algılanan yarar, Algılanan engel, aktiviteye bağlı duygular kişilerarası etkileşim, durumsal etkiler ve davranış çıktıdır (Metz, 2012; Aluş Tokat ve Okumuş, 2008; Blyth et al., 2002).

**I. Bireysel Davranış ve Deneyimler:** Her bireyin Davranışlarını etkileyen kişisel özellikleri ve deneyimleri vardır. Bireyin kişisel faktörlerini biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler iğerir. Bu faktörlerin içerisinde yaş, medeni durum, evlenme yaşı, sağlık özeğenişi, öz motivasyonu, eğitimi ve Sosyo-ekonomik durum gibi faktörler yer almaktadır. Deneyim ve kişisel özellikler, sağlığı geliştirme davranışını (başarılı emzirme gibi) kazandırmayı etkileyen, ancak hemşirelik uygulamaları ile değiştirilemeyen alanlardır.

**II. Davranışa Özgü Durum ve Etkiler:** Davranışa özgü durumlar ve etkileri bireyin davranışa ilişkin algıladığı yararlar, engeller, öz-yeterlilik, duygular, kişiler arası ilişkileri iğerir.

**a. Algılanan Yarar:** Bir davranışı olumlu olarak algılamak, o davranışı kazanmayı hızlandırır. Kişi davranışın ne kadar yararlı olduğunu görürse o davranışı kazanmak için o kadar çaba gösterir. Örneğin, eğer anne emzirmeyi bebeği ve kendi sağlığı açısından olumlu bir davranış olarak algılıyorsa, emzirmeye ilişkin öz-yeterlilik algısı da olumlu etkileyecek ve anne emzirme davranışında başarılı olacaktır.

**b. Algılanan Engeller:** Bireyin o davranışı geręekleřtirmenin zor olduğunu düşünmesi, kültürel olarak kabul edilebilir olmadığını düşünmesi gibi engeller kişinin o davranışı geliştirmesini olumsuz etkilemektedir. Bu durum kişinin kendisinden ya da dış çevresinden kaynaklanabilir. Örneğin, Emzirme ile ilgili algılanan utanma, ağrı, sıkıntı yaşama gibi olumsuz duygular, annenin emzirme öz-yeterlilik algısını da olumsuz yönde etkileyerek başarılı emzirmeyi engellemektedir.

**c. Algılanan Öz Yeterlilik:** Daha önce SİM'de de ağkladığımız gibi, algılanan öz-yeterlilik; bireyin istenilen sonuca ulaşmak için gereken eylemleri yapabileceğine yeteneğine olan inancıdır. Örneğin, Emzirme öz yeterlilik algısı, emzirme davranışını başarı ile yerine getirmeyi sağlayan bir algıdır. Öz yeterlilik algısı yüksek olan annelerde de emzirme süresinin daha uzun olduğu saptanmıştır.

**d. Aktiviteye Bağlı Duygular:** Davranışa ilişkin duygulardır. Bu duygular, bireyin davranışını sürdürmesine ya da vazgeçmesine ne-

den olan duygulardır. Örneğin, emzirmeye ilişkin duygular gibi. Bu duygular, bireyin öz yeterlilik algısını ve emzirme davranışını sürdürmesini sağlayan duygulardır. Schmied ve Barclay (1999) yirmi beş Avustralyalı kadın ile yaptđı kalitatif bir çalışmada, bazı annelerin emzirmeyi zevk, bazı annelerin ise rahatsızlık verici ve işken- ce olarak ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Aktiviteye ilişkin duygular kişinin öz-yeterlilik algısını, davranışı sürdürmesi ya da bırakmasını etkileyebilir.

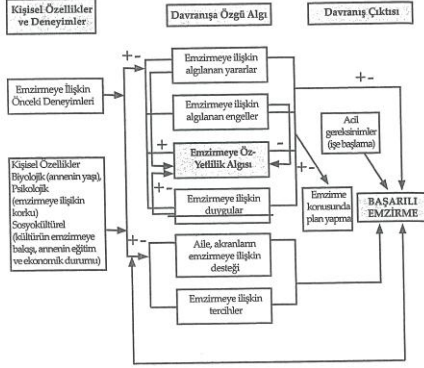
**e. Kişilerarası Etkileşim:** Davranışa ilişkin diğerlerinin düşünce, inanış ve tutumlarını kapsamaktadır. Çevredeki bireylerin bireye, davranışa ilişkin verdiği desteklerdir. Kişilerarası etkileşim normlar (diğerlerinin beklentilerinin önemi), sosyal destek (araşsal ve duygusal destek), model alma (bir davranışı kazanmada diğerlerini gözlemleyerek öğrenilenler) boyutlarından olmaktadır. Primer kişilerarası etkileşim kaynakları aile üyeleri, akrabalar ve sağlık personelleridir. Hemşire ve ebeler bilgilendirme ve duygusal destek sağlayarak annenin emzirme konusunda davranış kazanmasına yardımcı olabilir.

**f. Durumsal Etkiler:** Bireyin içinde yaşadığı çevre davranış oluşumunu etkilemektedir. Bireyin ya da grubun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik haline ulaşabilmesi için çevresiyile uyumlu yaşaması, çevresini değiştirebilmesi, isteklerini belirleyebilmesi tanyabilmesi ve doyum alması gerekmektedir. Durumsal etkiler, SCM kullanılarak yapılan çalışmaların %56'sında sağlık davranışının belirleyicisi olarak gösterilmektedir (Erçin ve Bahar, 2012).

**III. Davranış Çıktısı ( İstendik Davranışın Sergilenmesi):** Davranış değişikliğinin olup olmadığının sonucudur. Sağlığı geliştirme modelinde davranış çıktılarını iki önemli faktör etkilemektedir. Bunlar; farklı acil gereksinimlerin doğması ve bireyin davranışa özgü önceden plan yapmış olup olmamasıdır. Aktiviteyi geręekleřtirmeden hemen önce bireyin yerine getirmesi gereken başka acil durumların ortaya çıkması o aktiviteyi geręekleřtirmesini engelleyecektir. Örneğin, emziren bir anne, kontrolü dışında bir acil durum ile karşılaştığında (erken işe başlama gibi) istendik emzirme davranışının ortaya çıkması etkilenir. Aynı şekilde annenin emzirmeye ilişkin bir plan yapması (istediği emzirme süresi v.s gibi) istendik davranışın ortaya çıkmasını etkilemektedir. Eğer birey aktiviteyi ve nasıl geręekleřtireceđini planladırıysa sonuçları daha olumlu olacaktır (Metz, 2012).



Aliş Tokat ve Okumuş 2008 yılında yaptıkları çalışmada, emzirme öz-yeterlilik kavramını Pender'in Sağlık Geliştirme Modeli'ne uyarlamışlardır (Şekil, 5).



Şekil 5: Pender'in Sağlık Geliştirme Modeline Göre Emzirme Öz-Yeterlilik Kavramı (Aliş Tokat ve Okumuş, 2008).

Sağlığı geliştirme modeli kullanılarak yapılan çalışmalarda, bireylerin egzersiz davranışları, fiziksel aktivite, işitmeye yönelik koruyucuların kullanılması, kolorektal kanserden korunma davranışları, beslenme alışkanlıkları gibi konular ele alınmıştır. Sağlık inanç modeli kadınlarda meme kanseri öncelikli olmak üzere, serviks kanseri erken tanı davranışlarını açıklamada sıklıkla kullanılmasına rağmen Sağlık Geliştirme Modeli'nin bu konularla çalışılması sınırlı kalmıştır (Aydoğdu ve Bahar, 2011).

#### Üst Düzey Esenlik Modeli

İlk kez 1950'nin sonlarında geliştirilen ve Dunn (1977) tarafından revize edilen üst düzey esenlik modeli, bireyin sağlık potansiyelini en üst düzeye çıkarmaya odaklanmıştır. Bu model, bireyin çevre ile olan dengesinin sürekliliğini korumayı, fonksiyonların en üst düzeyde sürdürülmesini gerektirir. Bireyin sağlık uygulamaları, yaşam boyunca artarak daha üst düzeylerde devam eder. Bu modelde, esenliğe ulaşmada davranış değişikliğinin önemi vurgulanır. Burada davranış değişikliğinden bahsedilen, yüksek riskli davranışların değiştirilmesidir. Esenlik için davranış değişimi yaklaşımında, bireylerin belirlenen riskli davranışlarını düzeltmelerine yardım eden girişimler uygulanır. Bireye yardım ederek esenliğe sağlanması hedeflenir. Üst düzey esenlik modelinde, sağlık bakımı hastalığın tedavisinden çok bireyin sağlığını geliştirme ve hastalığı önleme aktivitelerini kapsar. Üst düzey esenlik, dinamik bir süreçtir, pasif ve statik bir durum değildir. Bu model, aynı zamanda aile ve toplum sağlığı için de uygundur (Akça Ay, 2011).

#### Ajan-Konakçı-Çevre Modeli

Toplum sağlığı çalışmalarından kaynağını alan bu model Leavell ve arkadaşları (1965) tarafından geliştirilmiştir. Bu yaklaşıma göre bireylerin ve grupların sağlık düzeyleri, ajan, konakçı ve çevrenin birbirleriyle sürekli değişim halinde olan ilişkisine bağlanmaktadır.

**Ajanlar**, biyolojik, kimyasal, fiziksel, mekanik veya psikososyal kaynaklı hastalığa neden olan iç ya da dış faktörlerdir.

**Konakçı**, belirli bir hastalık/rahatsızlıktan etkilenen veya hastalanma riski taşıyan kişidir. Hastalığın ortaya çıkmasında, konakçının ırkı, yaşı, cinsi, yaşam biçimi, soygeçmişi ve özgeçmişi etkili faktörlerdir.

**Çevre**, konakçı dışındaki tüm dış etkenleri kapsayan, fiziksel çevre, ekonomik düzey, iklim, yaşam şartları, ışık ve ses düzeyi, sosyal çevre, kişi veya gruplara ait stres, çatışma, ekonomik güçlükler, siyasi ortam ve yaşamla ilgili önemli krizleri kapsamaktadır.

Ajan-konakçı-çevre modeli, sağlık ve hastalığın bu üç değişkenin dinamik etkileşimine bağlı olduğunu vurgular. Bu model, hastalığın birden fazla nedeni olduğu teorisini geliştirmiştir. Toplum sağlığı hemşireliği için uygun olan bu model, sağlık ve hastalığın bu üç değişkenin dinamik etkileşimine bağlı olduğunu vurgular. Hastalıkların çoklu nedeni teorisi, tedavi ve bakım uygulamaları için önemlidir (Akça Ay, 2011).



Hastalıkların önlenmesi amacıyla ajan-konakçı-çevre etkileşimlerine yönelik uygulamalar, kronik ve bulaşıcı hastalıklar ile sakatlıklar ve gelişim bozukluklarının önlenmesi için gitgide daha fazla kullanılmaktadır. İyi genler ile dünyaya gelmek ve sağlık hizmetlerine erişim önemli faktörler olsa da bunlar tek başına iyilik halini garantilememektedir. Bireylerin ve toplumların sağlığı; biyolojik, psikolojik, sosyal, entelektüel ve ruhsal bileşenlerin yanı sıra içinde bulunduğumuz kültürel, ekonomik ve siyasi çevreden de etkilenmektedir. Yediğimiz yiyecekler, fiziksel aktivite düzeyleri, tütün dumanına maruziyet, sosyal etkileşimler, yaşadığımız çevre ve diğer birçok faktör sağlığımızı etkilemektedir. Ayrıca, Leavell ve Clark (1965) tarafından geliştirilen bu modelin kullanılmasına ile sağlığı geliştirme programları bir sağlık sorunu ile ilgili yeni vakaların (örneğin, yaşlılar arasında düşmelerin önlenmesi, ortaokul ve lise düzeyinde tütün ve uyuşturucu kullanımının önlenmesi veya yükseköğretim öğrencileri arasında riskli alkol tüketiminin önlenmesi) ortaya çıkmasını önleyebilmektedir. Birey ile çevre arasında meydana gelen sağlık etkileşiminin incelenmesi, bireyin ve daha geniş anlamda toplumun sağlığının geliştirilmesi ve iyileştirilmesi çalışmalarında önemli bir nokta olmuştur.

#### Betty Neuman Sistemler Modeli

Günümüzde sağlık bakım hizmetlerinin hedefi kaliteyi bakımı sağlamaktır. Bunun için hemşireler toplumdaki bireylerin sağlığını koruması ve geliştirilmesi, hastaların tedaviden yararlanması ve iyileşme sürecini hızlandırmak için hemşirelik teorilerine dayandırılmış çeşitli hemşirelik bakım modellerinden yararlanırlar. Bu modellerden birisi de Neuman Sistemler Modeli (NSM)'dir. Model, hastayı tüm çevresiyle açık bir sistem olarak tanımlamış, stres ve strese gösterilen tepkiler kavramları üzerine dayandırılmış bir modeldir (Uysal ve ark., 2009; Coşan Yılmaz, 2007).

Neuman Sistemler Modeli, sistemlere dayalı bütüncül bakış açısı sağlayan, iyilik haline yönelik çevresel stres faktörleri ve bu faktörlere karşı sistem dengesinin korunmasına dayanan dinamik bir yapıya sahiptir.

Neuman Sistemler Modeli'nin içeriği Gestalt, stres ve dinamik organize sistemler teorisi ile ilişkilidir. Modelin algılar üzerine olan majör odak noktası, hastanın tedavisinin yönetilmesi ve hastalığın yönünü etkileyebilecek hastanın inanç, tutum ve duygularıyla ilgili davranışları için son derece yararlıdır. Bu modelde yer alan üç düzey önleme girişimleri (primer, sekonder, tersiyer) hemşirenin her ortamda karşılaşılabileceği her birey için geçerlidir.

Neuman Sistemler Modeli'nin bileşenleri ve bağlantıları Şekil 6. da gösterilmektedir. Şekilde görüldüğü gibi model, stresörler, stresörlere karşı reaksiyonlar ve koruyucu girişimler ile ilgili kapsamlı, sistemlere dayalı, kavramsal bir çerçeve yapı göstermektedir.

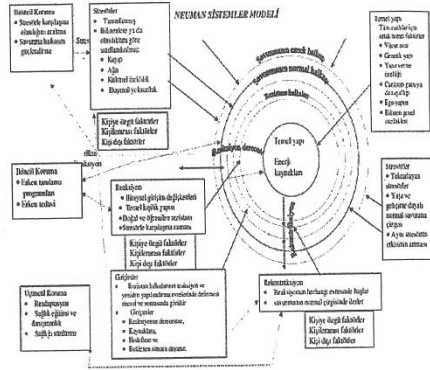
Neuman'a göre her insanda beş değişik alan vardır. Bunlar; fizyolojik alan, psikolojik alan, sosyo-kültürel alan, gelişimsel alan ve ruhsal alanlardır. Bu alanlar her insanda farklı derecelerde geliştiği için dolayısı ile insanlar farklı davranışlar sergilemektedirler. Şekil 6'da bu değişkenlerin hem birbirleri ile hem de iç ve dış çevresel stresörlerle ilişkisinin tüm sistemin dengesini etkilediği gösterilmektedir.

Neuman'ın kuramında tanımladığı kavramlar; stresörler, temel yapı, direnç çizgileri, savunma çizgileri, reaksiyon derecesi, girişim, önlem düzeyleri ve yeniden yapılandırma'dır. Kuramı ayrıca iç ve dış çevredeki güçlerden söz ederse de, bu güçlerin ne olduğunu açıklamaz ve yaratılmış çevre üzerinde durur (Feketekin, 2013).

Neuman'a göre, Neuman Sistemler Modeli'nin bileşenleri hemşireliğin dört temel kavramı olan insan, sağlık, çevre ve hemşirelik kavramları ile açıklanmaktadır (Neuman, 2002). İnsan, iç ve dış çevresiyle etkileşimde olan açık, tek bir sistem olmakla birlikte, bireyle sürekli etkileşim halinde olan iç ve dış çevreler, stresörleri algılayabilen birey için uyarı alanı kapsar. Stresörün etkisi sistem için olumlu ya da olumsuz yönde sonuçlanabilir. Bu durum hizmet alanın beklentisi, stresörlerin etkisini çözümlenerek aşma becerisine dayanmaktadır. Neuman Sistemler Modeli stresörlerin kendilerinin nötr olduğunu; hizmet alanın stresörlerden beklentisi ve beklenilmeyen anda karşılaşma sonucunun yararlı ya da zararlı olduğunu belirtmektedir. Stresörler kişisel, kişilerarası ve birey dışındaki olarak sınıflandırılmıştır.

Sistemin sınırlarını koruyan çeşitli direnç ve esnek savunma çizgileri vardır ve tüm savunma ve direnç halkaları birbirlerini etkilemektedir. Her halka sistemin beş değişkenini içermektedir. Yaşam biçimi, baş etme becerileri, hizmet alan beklentisi ve motivasyon tüm savunma ve direnç halkalarının yapısında bulunmakta ve dolayısıyla temel yapıyı korumaktadır. Her bir stresör, sistemin güvenliğini sağlayan direnç ve esnek savunma çizgilerine zarar vermek için bir potansiyeldir. Sağlık; iyilik hali, iyilik halinde sapmalar, hastalık ve yeniden yapılanma kavramlarıyla incelenmiştir. Hemşirelik, uygulamada koruma olarak; uygulamada birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olarak incelenmiştir (Neuman, 2002; Fawcett, 2005; Black ve ark., 1997).

Birincil korumada, sağlığın gelişimi önem taşır. Amaç esnek savunma çizgisini güçlü kılarak, normal savunma çizgisini korumaktır. İkincil korumada, birey stres yaşamaya başlamıştır. Hemşirenin amacı "esnek savunma çizgisini güçlendirmek" olmalıdır. Semptomlar görülme-ye başladığı için tedavi girişimi başlamıştır. Üçüncül korumada, ikincil önlemler alındıktan sonra yeniden uyum sağlamak için alınan önlemlerdir. Enerji kaynakları harekete geçirilir; risk faktörleri eğitim yolu ile öğretilir. Böylece uyumun sürekliliği sağlanmış olur.



Şekil-6 Neuman Sistemler Modeli  
Coşan-Yılmaz, D. Neuman ve Omaha Hemşirelik Sistem Modellerinin Bakım Sürekliliğinin Sağ-  
lanmasında Kullanımında Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,  
Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, 2007, ANKARA s:21

Neuman Sistemler Modeli'nde stresin birey üzerindeki olumsuz etkilerinden savunmanın esnek çizgisi, savunmanın normal çizgisi ve direnç çizgisinin korunmasından söz edilmektedir. Bu eşmerkezli halkalardan oluşan direnç çizgileri, temel yapıyı stresörlerin zararlarından koruyan mekanizmalardır. Savunmanın esnek çizgisi insan sisteminin dış sınırlarını belirler ve stresörlerin bireyin sistemine girmesini engeller, genel iyilik halini korur. Bedenin başsıkık tepki sistemi bunun bir örneğidir. Savunmanın normal çizgisi sisteminin normal veya genel iyilik halidir ve dinamikdir. Çünkü temel yapıyı ve sistem bütünlüğünü korumak için stresörlerle baş edebilme yeteneğini kazandırır ve devam ettirir. Direnç çizgisi temel yapıyı korur ve bireyin eski iyilik haline dönmeyi kolaylaştırır (Uysal ve ark., 2008).

Neuman hemşireliği hem bütün bir sistem hem de bütünü büyük bir parçası olarak tanımlamıştır. Neuman Sistemler Modeli'nin hemşirelik bileşeni, iyilik halinin ve sistem dengesinin en yüksek düzeyine, erişilmesi ya da bunun sürdürülmesi amacıyla uyum mekanizmalarını güçlendirme ve sisteme yönelik stresörlerin sayı ve etkisini azaltmayı amaçlayan girişimleri ile desteklemektedir. İyilik hali sistemin dengede olduğu en yüksek olası düzeyi temsil etmektedir. Hemşirelik uygulaması, hizmet alanın algıladığı gereksinime uygun ve hizmet alanın çevre koşulları içindeki fonksiyonel yeterliliği ile ilişkili olan kapsamlı verilerinin sentezine ve konu ile ilgili teoriye dayanmaktadır. Hemşire, sistemi dengede tutmak için üç koruma düzeyinde girişimlerini gerçekleştirilmektedir. Sistemi dengede tutarken hizmet alan, çevresi, sağlık ve hemşirelik arasında bağ oluşturmaktadır (Coşan Yılmaz, 2009).

Hemşire tanılamasını yapıp amacını saptadıktan sonra, hasta için uygun girişimleri hasta ile birlikte planlar. Eğer hemşire birincil korumaya yönelik önlemlere odaklanırsa, amaçlar, maladaptasyonu önleyici olmalıdır. İkincil önlemler öncelik kazanmışsa o zamanda adaptasyonu yeniden oluşturmaya; eğer üçüncül önlemler önemli ise adaptasyonu sürekli kılmaya odaklanmalıdır. Amaçlar, önem sırasına göre acil, ara ve gelecek için planlanmalıdır. Neuman'a göre sonuçlar gözlemlenebilir ve ölçülebilir (Pektetin, 2013).

Sonuç olarak, Neuman Sistemler Modeli hasta ile ilgili detaylı veri toplama, hastanın sorunlarına holistik yaklaşma, uygun hemşirelik tanımlarının konulup uygulanmasında ve sonuçların değerlendirilmesinde hemşireye kolaylık sağlar. Ayrıca model kavram ve süreçleri ile sağlık bakım disiplinine aynı şekilde aynı şekilde uygulanabilme özelliğine sahip olup hemşirelerce hasta bakımında kullanılması kolay olacaktır.

## ÖZET

Sağlık bakım sistemi kısaca insanların sağlık gereksinimlerinin karşılanması için hizmet sağlama yol ve yöntemleri olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinin sunumunda gerekli olan tüm süreçleri kapsar.

Sağlık bakım sistemi denildiğinde ilk akla gelen genellikle hastaneler, klinikler ve hekim muayenehaneleri vb. yerlerde hastalara sunulan sağlık hizmetleri anlaşılmaktadır. Oysaki sağlık sistemi, insanların kendi sağlıklarına ve sağlık bakımlarına katkıda bulunabilmeleri için hastane ve kliniklerin yanı sıra evde, okulda, iş yerinde, dispensar ve tanı merkezlerinde, yaşlı bakım kurumlarında, aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezleri gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarında sunulan tüm hizmetleri içermektedir.

Sağlık bakım sisteminin bir parçası olan hemşirelik, uygulama alanında birçok konuda hasta (alıcı) için en doğru kararı vermeyi gerektirir. Hemşireler genişleyen rol ve fonksiyonları ile öncesine göre daha karmaşık kararlar verme ve bu kararların sorumluluğunu üstlenmek durumundadır.

Hemşireler sağlık bakım sisteminin vazgeçilmez ve önemli sağlık profesyonelleri olmaları nedeniyle, sürekli değişen ve gelişen yapı içerisinde rollerini iyi bilmeli ve sağlık sisteminin aktif bir çalışanı olarak görevlerini sürdürmelidir.

Sağlık bakım hizmetleri, birey, aile ve toplumun sağlığını korumak, hastalık durumunda tedavi ve iyileşmelerini ya da sakat kalanları başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve sağlık düzeylerini geliştirmek amacıyla yapılan planlı çalışmalar olarak tanımlanır.

Sağlık bakımı profesyonelleri içinde önemli bir yere sahip olan hemşirelerin sağlık bakım hizmetlerindeki payı ve katkısı büyüktür. Bu katkı, hemşirelik rolleri olarak belirtilen davranışların oluşturduğu işlevler ve bu işlevleri gerçekleştiren yöntemlerle sağlanır. Hemşire, sağlık bakımında rollerini; uygulayıcı, yönetici, eğitmen, araştırmacı ve profesyonel olarak gerçekleştirir.

Sağlık davranışı sağlıklı yaşam biçiminin geliştirilmesi ve hastalıklardan korunmanın temelidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmenin ilk adımları toplum ve ailede atılır, daha sonra da eğitimle gelişir ve değişir. Bu davranışların geliştirilmesi ve devam ettirilmesinde sağlık çalışanlarının (Hekim, hemşire-ebe- sağlık memuru, diyetisyen,

fizyoterapist, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı gibi) önemli rol ve sorumlulukları vardır. Bu yüzden öncelikle sağlık çalışanları kendi yaşam biçimlerini düzenlemelidir.

Sağlığı geliştirme, insanların kendi sağlıklarını düzeltmede ve tam bir sağlık potansiyeline ulaşmada yeterli kalmayı amaçlamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi ve hastanın sağlıklı davranışlar konusunda bilgilendirilmesini ve yönlendirilmesini sağlayacak grup, sağlık kurumlarında profesyonelce bakım veren hemşirelerdir. Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri gruba etkileme özelliğine sahiptir. Bundan dolayı sağlığı geliştirme aktivitelerinde hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir.

Sağlık ve kişinin sağlıkla ilgili davranışları gerçekleştirip gerçekleştirmemesini etkileyen davranışlar, artan bir şekilde sağlık psikolojisi tarafından çalışılmaktadır. Sağlık davranışlarının açıklanmasında, sıklıkla "Sosyal Bilişsel Kuramlar" kullanılmaktadır. Bu kuramlara dayanan Sosyal Bilişsel Modeller, kişinin sosyal çevresiyle ilgili algısını ön plana çıkarmaktadır. Sağlık davranışı ve ona rehberlik eden fikirler, son derece karmaşık olduğu için tek bir model ile açıklanamaz. Model, spesifik bir sorunu anlamak için birden fazla teori içermektedir. Kişi, grup ve toplumlar için farklı modellerin kullanılması gerekir.

## KAYNAKLAR

- Aluş Tokat M, Okumuş H. (2003). Başarılı emzirme için kuram ve modele dayalı hemşirelik uygulamaları nasıl geliştirilir, *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 3: 52-58.
- Akça Ay F. (2011). Mesleki Temel Kavramlar. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Ed: F Akça Ay. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi Ltd. Şti. 2:25.
- Ayaz, S., Tezcan, S., Akıncı, F. (2005). Hemşirelik Yükseköğretim Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. *C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9(2):26-34.
- Aydoğdu, N.G., Bahar, Z. (2011). Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli Ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme Ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi. *DEUHYO ED*, 4(1), 34-40.
- Bandura A (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health* 13, 623-649.
- Black P, Deeny P, McKenna H (1997). Sencoristrait: an exploration of nursing interventions in the context of the Neuman systems theory. *Intensive and Critical Care Nursing* 13:249-258.
- Blyth, R., Creed, D., ve Dennis, C.L. (2002). Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth* 29, 4, 278-284.
- Butler, J. T. (2001). *Principles of Health Education & Health Promotion*, USA, 3rd Edition, Wadsworth Thomson Learning.

Çayan-Yılmaz, D. (2007) Neuman ve Omaha Hemşirelik Sistem Modellerinin Balamın Sürekliliğinin Sağlanmasında Kullanımında Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, ANKARA s: 21

Çenesiz E. (2007). Türkiye'de yapılmış sağlık inanc modeli ile ilgili çalışmaların değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Ezerici Alpar Ş, Sabuncu N, Şenturhan L. (2003). Hemşirelik yüksekokulu Lisans öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. 2.Uluslararası-9.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı. s: 70.

Ersin, F., Bahar, Z. (2012). Sağlığı Geliştirme Modellerinin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi: Bir Literatür Derlemesi. DEUHYO ED. 5 (1), 28-38.

Eser, E. Temel Sağlık Hizmetleri ve Sağlığın Geliştirilmesi. I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı. s:28 Erişim tarihi:10.04.2013  
http://www.waccmu.edu.tr/ozet kitabi.pdf.

Fawcett, J., & Giggliotti, E. (2001). Using conceptual models of nursing to guide nursing research: the case of the Neuman Systems Model. *Nursing Science Quarterly*, 14(4), 339-345.

Fawcett J (2005). *Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*, Second Ed., F.A. Davis Company, Philadelphia.

Glanz, K., Rimer, B.K, Lewis F.M. (2002). *Health Behavior and Health Education*. Jossey-Boss CO: San Francisco.

Glanz, K., Yang, H. (1996). Communication about risk of infectious diseases. *Journal of the American Medical Association*, 275(3): 253-256.

Glanz, K., Rimer, B. K., Viswanath, K., (Eds.), (2008). *Health behavior and health education theory, research, and practice*. San Francisco, CA: Jossey Bass.

Karadağ, G., Uçan, Ö. (2006). Hemşirelik Eğitimi ve Kalite. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt.1, Sayı.3 s: 43-51.

Karabüz S. (2000). Cerrahi Hemşireliği ve Etik. C.Ü. Hemşirelik-Yüksekokulu Dergisi, 4 (1): 1-15.

Kaai, S. V., Cobb, S. (1966). Health Behavior, Illness Behavior and Sick-Role Behavior: II. Sick-Role Behavior. *Archives and Environmental Health*, 12(4): 531-541.

Katz, J., Peberdy, A. (1997). *Promoting Health Knowledge and Practice*. United Kingdom: The Open University.

Kavuncubası, S. Kısacık, A. (2003). Sağlık Kurumları Yönetimi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıkoğretim Fakültesi Yayınları.

Kaya, F., Ünüvar, R., Beşik, A., Yorgano E., Çınar, B., Öz, F., Kankaya, F.C. (2008). Öğretimin Elemanlarının Sağlık Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerinin İncelenmesi. TSK Koryucu Hekimlik Bülteni. 7(1):59-64.

Meşe, S. (2012). Hemşirelik Esasları, Hemşirelik Bilim ve Sanatı. (Editörler: Türkinaz ATABEK AŞTI, Ayişe KARADAG). Akademi Basın ve Yayıncılık. ISBN: 978-975-01795-7-0. 569.

Nahçıvan, N., ve Seçginli, S. (2003). Meme Kanseri Erken Tanıya Yönelik Tutum Ve Davranışları Bir Rehber Olarak Sağlık İnanc Modelinin Kullanımı. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (1): 33-38.

Nahçıvan N. (2012). Sağlık Bakım Sistemi, Hemşirelik Esasları, Hemşirelik Bilim ve Sanatı. (Editörler: Türkinaz ATABEK AŞTI, Ayişe KARADAG). Akademi Basın ve Yayıncılık. ISBN: 978-975-01795-7-0. 528.

Neuman, B., Fawcett, J. (2002). *The Neuman Systems Model*, 4th Edition. Prentice Hall.

Norman, P., Conner, M. (2001). *Predicting Health Behavior Research and Practice*. Philadelphia: Open University Press.

OECD ve Dünya Bankası Yayını (2008). OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye. Erişim Tarihi:09.04.2013. http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslararasi\_ acilimler\_2011/upsem/OECD\_Kitap.pdf.

Özer, S. (2002). Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Özkan, S., Yılmaz, E. (2008). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7): 90-105.

Özmen D, Özsoy S. (2009). Sağlık İnanc Modeli Yaklaşımı ile servikal kanserin erken tanınma yönelik tutum ölçüğü geliştirilmesi, E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.1(1): 51-69.

Parkerson, G., And Others (1993). Disease-Specific Versus Generic Measurement of Health-Related Quality of Life in Insulin-Dependent Diabetic Patients. *Medical Care*, 31(5): 629-637.

Pektekin, C. (2013). HEMŞİRELİK FELSEFESİ, Kuramlar, Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar. İstanbul Tıp Kitabevi, Ss: 119-123.

Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). Norwalk, CT: Appleton&Lange.

Piryalı, B. (2006). Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi: Kavramsal ve Kuramsal Yaklaşım. I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı. s: 26.

Potter, P., Perry, A.G. (2009). *Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice*. (7th Ed.), St. Louis: Mosby Year Book, p: 15-31.

Schmid V & Barcla L (1999). Connection and pleasure, disruption and distress: Women experience of breastfeeding. *Journal of Human Lactation* 15, 4, 325-333.

Somunoglu, S. (2012). Sağlık Kurumları Yönetimi- I. (Editör: Mehtap Tatar). ISBN:978-975-06-1299-2. I. Baskı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Tekin, S. (2010). Sağlık Bakım Sistemi İçinde Sağlık Ekip Hizmetleri Ve Hemşirenin Rollerini Üzerine Bir Çalışma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi, İstanbul.

Tengilimoğlu, D., İnk, O. ve Akbolat, M. (2009). Sağlık İşletmeleri Yönetimi (2. Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Tokgöz, E. (2002). Kadın Öğretim Elemanlarının Sağlık Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Turgul, Ö., Doğan, F., Mandırançoğlu, A., Lüleci, E. (2002). Sağlığı Geliştirici Davranışların Değerlendirilmesi. Amasya Gök Boyutu Sağlık Anketi (Çsa)/Nin Bauseil Ölçeği İle Birlikte Uygulanması. *Ege Tıp Dergisi* 41 (2): 91 - 95.

U.S. Department Of Health And Human Services. (2005). *Theory at a glance. A guide for health promotion practice* (2 nd edition, 13-15). NIH Publication No. 05-3896, USA.

Uysal, N., Khorshid, L., Eger, I. (2008). Neuman Sistemler Modeline Göre Bir Vaka Çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12: 3

Yalçınkaya, M., Gök Özer, F. (2007). Yavuz Karamanoğlu, A., Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. TSK Koryucu Hekimlik Bülteni 6 (6): 409-420.

World Health Organization, Health and Welfare Canada, & Canadian Public Health Association. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Canadian Journal of Public Health, 77(6), 425-430.