

Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Öz Yeterlilik Algılarının ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi

* Hülya KULAKÇI ** Tülay KUZLU AYYILDIZ *** Oya Nuran EMİROĞLU **** Esra KÖROĞLU

Özet

Giriş: Öz yeterlilik algısı yaşlıların bireysel bakımlarına ve sağlığı geliştirici uygulamalara katılımlarını etkileyen en önemli faktördür. **Amaç:** Çalışma, huzurevinde yaşayan yaşlıların öz yeterlilik algılarını ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Çalışma, 01 Ekim 2009 – 30 Ocak 2010 tarihleri arasında Seyranbağları ve Keçiören Huzurevlerinde yaşayan 118 yaşlı ile yürütülmüştür. Çalışmanın yapılabilmesi için ilgili kurumlardan yazılı izin, yaşlılardan da sözel onam alınmıştır. Verilerin toplanmasında yaşlıların sosyodemografik özelliklerini ve sağlık özelliklerini değerlendiren anket formu, Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılan yaşlıların öz yeterlilik puan ortalaması 75.84 ± 12.63 ; sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması ise, 123.74 ± 22.42 'dir. Sağlık algısının ve huzurevinde yaşanılan sürenin öz yeterlilik algısını etkilediği belirlenmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da yaşlıların yaşadıkları huzurevi, eğitim durumu, kronik hastalık sayısı, hastalık / hastalıkları hakkında bilgi alma durumu, hastalık / hastalıkları hakkında yeterli bilgisi olma durumu, yaşlılık hakkındaki düşüncesi ve sağlık algısından etkilendiği tespit edilmiştir ($p < .050$). Ayrıca, öz yeterlilik algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r = .15$). **Sonuç:** Sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırabilmeleri için, öncelikli olarak öz yeterlilik algılarını değerlendirmeleri ve sağlık bakım hizmetlerini yaşlıların bireysel özelliklerini göz önüne alarak planlamaları ve uygulamaları önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Yaşlı, Huzurevi, Öz Yeterlilik Algısı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı.

Evaluation of the Self-Efficacy Perceptions and Healthy Lifestyle Behaviors of Elderly People Living in Nursing Home

Background: Self-efficacy perception was the most important factor that affecting of individual participation in their care and health promoting practices of the elderly. **Objectives:** This study was carried out to evaluate the self-efficacy perceptions and healthy lifestyle behaviors of the elderly people living in nursing home. **Methods:** The study was conducted among 118 elderly people living in Seyranbağları and Keçiören Nursing Homes between October 1, 2009 - January 30, 2010. Written permission from the relevant institutions and verbal consent from the elders were obtained to conduct the study. A questionnaire form evaluating socio-demographic characteristics and health features of the elderly, Self-Efficacy Scale and Healthy Life-Style Behavior Scale II were used for data collection. Data were collected with face-to-face interview technique. **Results:** The mean self-efficacy score of elderly was 75.84 ± 12.63 ; the mean healthy lifestyle behaviors score of elderly was 123.74 ± 22.42 . It was determined that health perception and period of time in nursing home affect self-efficacy perception. It was determined that healthy lifestyle behaviors were affected by nursing home, education status, the number of chronic diseases, getting information about disease status, sufficient information about disease status, idea about old age and perceived health status of the elderly ($p < .050$). Furthermore, it was determined that there was a positive weak relationship between self-efficacy perception and healthy lifestyle behaviors of the elderly ($r = .15$). **Conclusion:** It is suggested that health professionals should evaluate the self-efficacy perceptions as a priority and should plan and implement health care services taking into consideration of the individual characteristics of elderly people for being able to gain a healthy lifestyle behaviors.

Key Words: Aged, Nursing Home, Self-efficacy Perception, Health Lifestyle Behavior.

Geliş tarihi: 16.11.2011 **Kabul tarihi: 01.04.2012**

Yaşın ilerlemesi ile meydana gelen fiziksel, ruhsal ve sosyal değişimler yaşlı bireylerin fonksiyonel kapasitelerinin azalmasına neden olurken, yardıma gereksinimlerini de arttırmaktadır (Altay ve Aydın, 2009; Bayık ve ark., 2002). Artan gereksinimler çoğunlukla yaşlı bireylerin akrabaları, komşuları ve çevrelerindeki diğer kişiler tarafından karşılanmakla birlikte, daha uzun süreli, düzenli yardımlar ve planlı hizmetler ancak sağlık ve sosyal hizmet kurumlarınca sağlanabilmekte ve bu desteğin maliyetinin tümüyle karşılanabilmesi pek az yaşlı birey ya da ailesi tarafından mümkün olabilmektedir (Munch ve Schmitz, 2006, 2007; Neill ve Piercy, 2003). Bu nedenle, yaşlılık döneminde ortaya çıkabilecek sorunların, yaşlıların günlük yaşamları üzerindeki etkilerini en aza indirilebilmek ve yaşamlarını daha bağımsız bir şekilde sürdürebilmelerini sağlamak için, yaşlıların yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik uygulamaların belirlenmesi ve bu uygulamalara yaşlı bireylerin de

katılımlarının sağlanmasına yönelik yöntemlerin geliştirilmesine gereksinim duyulmaktadır. Bu amaç doğrultusunda, yaşlı sağlığı hizmetleri kapsamında, daha kaliteli bir yaşam sürdürülmesini ve yaşamdan doyum alınmasını sağlamak olan hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesine yönelik uygulamalara son yıllarda tüm disiplinler tarafından öncelik verilmeye başlanmıştır.

Sağlığın geliştirilmesine yönelik uygulamalardan 65 yaş ve üzerindeki orta yaş grubundakiler oranla daha fazla yarar sağlamalarına rağmen, yaşlı bireylerin sadece küçük bir yüzdesi bu tür aktivitelere katılmaktadır (özellikle bu durum 90 yaş ve üzeri grupta daha fazla görülmektedir) (Bloom, 2001). Sağlığın geliştirilmesine yönelik uygulamaların yararlı olmasına rağmen, yaşlı bireyler tarafından bu uygulamalara katılımın neden az olduğuna dair çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Konuyla ilgili yapılmış çalışmalarda da, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici aktivitelere katılımlarının; cinsiyet (Gallant ve Dorn, 2001), yaş ve medeni durum (Gallant ve Dorn, 2001; Messer, 2000; Resnick, 2003; Resnick ve Spellbring, 2000) gibi sosyodemografik özelliklerden; kendilerinin ve sağlık hizmeti verenlerin inanç ve tutumlarından (Resnick, 2003), sağlık personeli tarafından cesaretlendirilip cesaretlendirilmemelerinden (Sims, Kesse, Naccarella ve Long, 2000), özel motivasyon gereksinimlerinden (Resnick, 2003), kaynaklara ulaşabilme ulaşamama durumlarından (Gallant ve Dorn, 2001; Tishler, McCarthy, Rind ve Hamel, 2000), kronik hastalık sayılarından, mental, fiziksel ve bilişsel durumlarından

*Yrd. Doç. Dr., Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Zonguldak Sağlık Yüksekokulu, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, ZONGULDAE-posta: hulyakulak@yahoo.com ** Yrd. Doç. Dr., Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Zonguldak Sağlık Yüksekokulu, ZONGULDAK*** Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, ANKARA**** Arş. Gör., Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, ANKARA

(Gallant ve Dorn, 2001; Messecar, 2000; Resnick, 2003; Resnick ve Spellbring, 2000) etkilendiği tespit edilmiştir. Bireysel faktörlerin yanı sıra, bakımdaki modellerin ve yaklaşımların (Berg, Hedelin ve Sarvimaki, 2005; Resnick, 2003), sağlık harcamalarının (Lucas, Orshan ve Cook 2000), prosedür ve süreçlerdeki eksikliklerin (Resnick, 2003), personel yetersizliklerinin ve sosyal dışlamaların (Toofany, 2008), hemşirelerin bakımı ve uygulamaları tıbbi yönüyle ele almalarının (Berg ve ark., 2005) da yaşlı bireylerin sağlıklarını geliştirmelerine engel olan ana unsurlar olduğu vurgulanmıştır.

Sağlığı geliştirici davranışlara uyum ve sağlığı geliştirici davranışları sürdürülebilir bir bireyin değişim sürecine bağlı olup, bilinçli çabasını gerektirir (Stockert, 2000). Sağlığı geliştirmeye yönelik bireylerin davranış değişim sürecini ve sağlıklıyla ilgili davranışlarını değiştirmede nasıl motive edilebileceklerini anlamaya yönelik çalışmalar yapılmış olup, bu çalışma sonuçları "öz yeterlilik algısı" kavramının ortaya çıkmasına katkı sağlamıştır (Hollaway ve Watson, 2002; Sohng, Sohng ve Yeom, 2002). Bireyin sağlığını geliştirmeye yönelik davranışı başarıyla yapabileceğine inanması olarak tanımlanan öz yeterlilik algısının, yaşlı bireylerin bireysel bakımlarına ve sağlığı geliştirici uygulamalara katılımlarını etkileyen en önemli ve başlatıcı bir faktör olduğu belirtilmiştir (Dwyer, 2001; Resnick, 2003; Sohng ve ark., 2002; Toofany, 2008). Öz yeterlilik algısı yüksek olan bireylerin, zor yetenekleri kaçınılması gereken tehditler yerine, başa çıkılması gereken meydan okumalar olarak gördükleri (Coffman, Shellman ve Bernal, 2004; Keskin ve Orgun, 2006; Resnick, 1998); herhangi bir problem karşısında ise, öz yeterlilik algısı düşük olan bireylere göre karar almaya ve gerçekleştirmeye daha yatkın oldukları belirtilmiştir (Bandura, 2004; Bandura, Adams ve Beyer, 1977; Clark ve Dodge, 1999; Gözüm, 1999; Tokat ve Okumuş, 2008). Öz yeterlilik algısı ve sağlıklı yaşam biçim davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar da, öz yeterlilik algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu, öz yeterlilik algısı yüksek olan bireylerin daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilediğini bildirmektedir (Berg ve ark., 2005; Chang, Crogan ve Wung, 2007; Conn, 1998; McCloskey, 2004; Owens, 2006; Sohng ve ark., 2002).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında önemli bir belirleyici olan öz yeterlilik algısının yaştan bağımsız olarak arttırılabileceği ve yaşlı bireylerdeki öz yeterlilik ile ilgili sorunların kendi yeteneklerinin farkına varmalarından kaynaklandığı, yaşlı bireylere verilecek eğitimlerde, sözel cesaretlendirmelerde, danışmanlık hizmetlerinde ve diğer sağlık hizmeti modellerinde yaşlı bireylerin kendi yeteneklerinin farkına vardırılması gerektiği vurgulanmaktadır (Resnick, 1998). Bu nedenle, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici aktivitelere katılımlarını sağlayabilmek ve yaşlı bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırabilmek için planlama ve girişimlerde bulunulurken, öz yeterlilik algısının önemli bir değişken olarak göz önüne alınması gereklidir (Kelley, Zyzanski ve Alemagno, 1991). Böylece, hemşireler hem yaşlı bireylerin öz yeterlilik algıları üzerinde olumlu değişimler yapabilir hem de sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılması sürecinde bireysel katılımlarını sağlamış olur (Easom, 2003).

Ülkemizde yaşlı bakımı açısından tercihler incelendiğinde, yaşlılar ev ortamını tercih etmelerine rağmen, günümüzdeki sosyoekonomik ve kültürel değişimler huzur-velelerinin kullanımını arttırmaktadır (Atıla, 2006; Üresin,

2005). Huzurevlerinde yapılmış olan çalışmalar değerlendirildiğinde; çalışmalarda daha çok yaşlı bireylerin genel sağlık durumlarının, öz bakım güçlerinin, günlük yaşam aktivitelerinin, beslenme alışkanlıklarının, ruhsal sağlık durumlarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği (Akyıldızlar, 2007; Bahar, 2005; Çuhadar, 2005; İlhan, 2003; Özer, 2001); huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerin hem sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hem de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının temelini oluşturduğu belirtilen öz yeterlilik algılarının değerlendirildiği çalışmaların yapılmadığı belirlenmiştir. Bu nedenle, bu araştırma, huzurevinde yaşayan yaşlıların öz yeterlilik algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma, huzurevinde yaşayan yaşlıların öz yeterlilik algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla karşılaştırmalı tanımlayıcı-ilişkili arayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu çalışma, huzurevinde yaşayan yaşlıların özellikleri dikkate alınarak Ankara İli Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi ile Ankara İli Keçiören Belediyesi'ne bağlı Keçiören Huzurevi ve Sosyal Yardımlaşma Kurumu'nda yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni / Örnekleme

Seyranbağları (209 yaşlı) ve Keçiören Huzurevlerinde (78 yaşlı) yaşayan toplam 287 yaşlı araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise, 01 Ekim 2009 – 30 Ocak 2010 tarihleri arasında kurumda bulunan, iletişime engel oluşturabilecek ileri derecede işitme ve algılama güçlüğü olmayan ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede bağımsız olan (Seyranbağlarında 100 yaşlı, Keçiörende 40 yaşlı) toplam 140 yaşlı oluşturmuştur. Araştırma kriterlerine uygun yaşlıların belirlenmesinde, kurumlarda hizmet veren uzmanlardan görüş ve öneri alınmıştır. Seyranbağları Huzurevi'nde araştırma kriterlerine uygunluğu belirlenen 100 yaşlının 14'ü; Keçiören Huzurevi'nde ise, 40 yaşlının 8'i araştırmaya katılmayı kabul etmediği için araştırma 118 (%84.3) yaşlı ile yürütülmüştür.

Araştırmaya katılan yaşlıların yaş ortalaması 75.63 ± 7.29 'dur. Yaşlıların %72.9'u (n = 86) Seyranbağları Huzurevinde yaşamakta iken; %60.2'si (n = 71) erkek; %36.4'ü (n=43) 74 ve altı, %53.4'ü (n = 63) 75-84, %10.2'si (n = 12) ise 85 yaş ve üzeri grupta; %65.3'ü (n = 77) dul; %30.6'sı (n = 36) ilkökul mezunu; %33.0'mın (n=39) sosyal güvencesi emekli sandığı ve %49.2'si (n=58) huzurevine gelmeden önce yalnız yaşamıştır.

Yaşlıların %34.7'si (n = 41) 7 yıl ve daha uzun süredir huzurevinde yaşamaktayken; %59.3'ünün (n=70) birden fazla kronik hastalığı bulunduğu, %51.0'mın (n=53) kronik hastalığı/hastalıkları hakkında bilgi aldığı ve %57.7'sinin (n=60) kronik hastalığı / hastalıkları ile ilgili yapması gerekenleri bildiği belirlenmiştir. Ayrıca, yaşlıların %76.3'ü (n=90) günde birden fazla ilaç kullanmakta olup, %72.1'i (n=76) ilaç saati geldiğinde ilacı kendisi almakta, %65.3'ü (n=7) yaşlılık dönemi ile ilgili olumlu düşünmekte ve %9.3'ü (n=11) sağlığını çok kötü / kötü olarak algılamaktadır.

Veri Toplama Araçları

Veri toplamak amacıyla yaşlıların sosyodemografik özelliklerini ve sağlık öykülerini değerlendiren anket formu, Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) kullanılmıştır.

ÖEYÖ; Sherer ve arkadaşları tarafından 1982 yılında geliştirilen ve daha sonra revize edilen Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği 1999 yılında Gözüm ve Aksayan (Gözüm ve Aksayan, 1999), 2006 yılında da Keskin ve Orgun (Keskin ve Orgun, 2006) tarafından yapılmıştır. Gözüm ve Aksayan (1999)'ın çalışmasında alfa değeri .81, test-tekrar test güvenilirliği .92; Keskin ve Orgun (2006)'un çalışmasında .71, bu çalışmada da .79 bulunmuştur. 5'li likert tipi olan bu ölçek, toplam 23 madde ve dört alt faktörden (davranışa başlama, davranış sürdürme, davranış tamamlama, engellerle mücadele) oluşmakta olup, ölçekten en düşük 23, en yüksek 115 puan alınabilmektedir. Ölçekte her bir madde için; (1) beni hiç tanımlamıyor, (2) beni biraz tanımlıyor, (3) kararsızım, (4) beni iyi tanımlıyor, (5) beni çok iyi tanımlıyor, seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Ancak 2., 4., 5., 6., 7., 10., 11., 12., 14., 16., 17., 18., 20., 22. maddeler ters yönde puanlanır. Alınan toplam puanın yüksek olması, genel öz etkililik-yeterlilik algısının yüksek olduğunu göstermektedir (Gözüm ve Aksayan, 1999; Keskin ve Orgun, 2006).

SYBDÖ; Walker ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, 1996 yılında revize edilerek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmıştır. Toplam 52 maddesi ve 6 alt faktörü (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi) bulunan ölçeğin alfa değeri .94 olarak belirlenmiştir. Alfa değeri üç hafta ara ile test tekrar test yapılarak .89 olarak saptanmıştır. Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından ölçeğin 52 maddelik olan ikinci versiyonu kullanılmış, alfa

değeri .92 bulunmuştur. Bu çalışmada ise alfa değeri .79 olarak belirlenmiştir. Ölçekte her bir madde için; (1) hiçbir zaman, (2) bazen, (3) sık sık, (4) düzenli olarak, seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmekte ve ölçekten en düşük 52, en yüksek 208 puan alınabilmektedir. Alınan toplam puanın yüksek olması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fazla olduğunu göstermektedir (Bahar ve ark., 2008).

Verilerin Değerlendirilmesi

Veri analizi SPSS 16.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Veri toplama formundan elde edilen veriler bağımsız değişkenler; ölçek puanları bağımlı değişkenler olarak belirlenmiştir. Bağımsız değişkenler sayı ve yüzde değerleri ile; ölçek puanları ise, Student t ve Kruskal Wallis testleri ile değerlendirilmiştir. Kruskal Wallis testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı çıkan bulgulardaki farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için de Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U (MW-U) analizi yapılmıştır. Ölçekler arası ilişkinin yönü ise, pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma kriterlerine uygunluğu belirlenen sekiz yaşlının araştırmaya katılmaması çalışmanın sınırlılığıdır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için ilgili kurumlardan yazılı izin; yaşlılardan ise, sözel onam alınmıştır.

BULGULAR

Tablo 1'de araştırmaya katılan yaşlıların öz yeterlilik algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ait puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, araştırmaya katılan yaşlıların ÖEYÖ puan ortalamasının 75.84 ± 12.63 , sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamasının ise 123.74 ± 22.42 olduğu görülmektedir.

Tablo 1. Yaşlıların Öz Etkililik-Yeterlilik ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları

	Ortalama \pm SS	Minimum	Maksimum
ÖEYÖ*	75.84\pm12.63	39.00	106.00
Davranışa Başlama	28.06 \pm 5.24	16.00	38.00
Davranış Sürdürme	23.9 \pm 5.19	11.00	35.00
Davranış Tamamlama	16.76 \pm 3.90	6.00	25.00
Engellerle Mücadele	7.09 \pm 2.54	3.00	13.00
SYBDÖ**	123.74\pm22.42	78.00	178.00
Sağlık Sorumluluğu	22.28 \pm 5.06	10.00	35.00
Fiziksel Aktivite	14.97 \pm 4.87	8.00	27.00
Beslenme	20.24 \pm 5.05	9.00	32.00
Manevi Gelişim	22.83 \pm 5.20	13.00	34.00
Kişilerarası İlişki	24.01 \pm 5.01	12.00	35.00
Stres Yönetimi	19.41 \pm 4.01	10.00	29.00

*Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği

**Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Tablo 2’de yaşlıların öz yeterlilik algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bulgular yer almaktadır. Yaşlıların öz yeterlilik algıları ile manevi gelişim ve kişilerarası ilişki; davranış tamamlama ve

engellerle mücadele ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Arasındaki İlişki

		SYBDÖ****	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişki	Stres Yönetimi
ÖEYÖ****	r***	0.15	0.07	0.04	-0.01	0.28**	0.26**	0.02
	p	0.118	0.473	0.663	0.879	0.002	0.005	0.874
Davranışa Başlama	r***	-0.05	-0.02	-0.17	-0.16	0.08	0.16	-0.15
	p	0.592	0.811	0.073	0.078	0.409	0.079	0.113
Davranışı Sürdürme	r***	-0.10	-0.14	-0.04	-0.21*	0.025	0.07	-0.18
	p	0.308	0.136	0.697	0.026	0.792	0.423	0.055
Davranışı Tamamlama	r***	0.43**	0.28**	0.27**	0.29**	0.45**	0.34**	0.33**
	p	0.000	0.002	0.004	0.001	0.000	0.000	0.000
Engellerle Mücadele	r***	0.36**	0.24*	0.21*	0.23*	0.49**	0.26**	0.23*
	p	0.000	0.011	0.024	0.011	0.000	0.005	0.013

* .050 düzeyinde anlamlı ** .010 düzeyinde anlamlı

*** (r = .00 - .25 zayıf ilişki, r = .26 - .49 zayıf ilişki, r = .50 - .69 orta düzeyde ilişki, r = .70 - .89 yüksek düzeyde ilişki, r = .90 - 1.00 çok yüksek düzeyde ilişki) (Akgül, 2005)

**** Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği ***** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Tablo 3 incelendiğinde, öz yeterlilik algısının yaşanılan kurum, cinsiyet ve yaş özelliklerinden etkilenmediği ($p > 0.050$); ancak, yaşlıların eğitim durumlarına göre engellerle mücadele ($p = .019$), medeni durumlarına göre de davranışa başlama ($p = .043$) puan ortalamaları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir. Farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli MW-U analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre, eğitim grupları arasındaki farklılığın okur yazar olmayan ile üniversite mezunu yaşlılar ($p = .003$; medeni durum açısından farklılığın ise, dul ile boşanmış yaşlılar ($p = .030$) arasında olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4’de yaşlıların huzurevinde kalma ve sağlık özelliklerine göre ÖEYÖ ve ölçeğin alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırıldığı bulgular yer

almaktadır. Huzurevinde yaşanan sürenin ÖEYÖ ($p = .033$) ve davranış sürdürme ($p = .004$) puan ortalamalarını etkilediği belirlenmiştir. Bonferroni düzeltilmeli MW-U analiz sonucuna göre; farklılıkların huzurevinde 1-3 yıldır kalan yaşlılar ile 7 yıl ve üzeri yıl kalan yaşlılar arasında ($p < .008$) olduğu; huzurevinde 1-3 yıldır yaşayan yaşlıların ÖEYÖ ve davranış sürdürme puan ortalamalarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kronik hastalık durumuna göre engellerle mücadele puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p = .005$). Bonferroni düzeltilmeli MW-U analiz sonucuna göre; farklılığın bir kronik hastalığı bulunan yaşlılar ile 1’den fazla kronik hastalığı bulunan yaşlılar arasında ($p < .0167$) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 3. Yaşlıların Bazı Özelliklerine Göre Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ) ve Ölçeğin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	ÖEYÖ	Davranışa Başlama	Davranışı Sürdürme	Davranışı Tamamlama	Engellerle Mücadele
Kurum					
Seyranbağları	76.5±11.6	28.1±5.2	23.9±4.9	17.2±3.5	7.3±2.5
Keçiören	74.0±15.1	27.9±5.3	23.9±6.0	15.7±4.7	6.5±2.4
p**	0.337	0.878	0.982	0.060	0.121
t	0.964	0.153	0.022	1.902	1.560
Cinsiyet					
Erkek	74.7±12.7	27.6±5.4	23.5±5.4	16.4±3.6	7.3±2.6
Kadın	77.5±12.4	28.8±4.9	24.6±4.8	17.3±4.2	6.8±2.5
p**	0.242	0.212	0.260	0.223	0.361
t	-1.171	-1.230	-1.109	-1.265	0.918
Yaş Grubu					
74 yaş ve altı	76.5±13.6	28.2±5.2	24.1±5.8	16.5±4.0	7.6±2.4
75-84 yaş	75.4±11.8	27.9±5.2	23.9±4.8	16.9±3.7	6.7±2.5
85 yaş ve üzeri	77.0±28.3	29.5±10.6	21.5±6.4	16.0±8.5	10.0±2.8
p	0.697	0.940	0.697	0.945	0.058
KW	0.723	0.123	0.723	0.114	5.704
Medeni Durum					
Evli	80.7±9.4	32.2±4.6	24.7±3.6	16.5±2.1	7.3±2.7
Dul	75.3±11.3	27.3±5.1	23.9±4.8	17.1±3.6	7.0±2.5
Bekar	73.5±16.6	27.9±5.1	23.1±6.3	15.2±5.2	7.3±3.0
Boşanmış	80.3±13.9	30.7±5.2	24.9±6.3	17.5±3.5	7.2±2.1
p*	0.402	0.043	0.859	0.483	0.892
KW	2.935	8.126	0.759	2.456	0.620
Eğitimi					
OYD	73.6±14.9	28.7±5.5	23.4±5.9	15.5±4.7	6.0±2.6
OY	76.0±11.4	27.3±5.6	23.5±4.8	17.4±3.0	7.8±2.6
İlkokul	76.0±13.5	27.9±5.6	24.4±5.5	16.6±3.9	7.0±2.2
Ortaokul	76.9±9.8	28.5±3.9	24.9±4.0	16.6±4.2	6.9±2.9
Lise	75.7±9.2	27.2±5.0	22.9±3.3	18.0±2.9	7.7±2.2
Üniversite	82.3±10.7	29.0±3.9	24.9±6.4	19.0±2.6	9.4±1.6
p*	0.794	0.894	0.823	0.179	0.019
KW	2.383	1.663	2.188	7.609	13.549

* Kruskal-Wallis testi ** Student t testi

Kronik hastalığı/hastalıkları hakkında bilgi alan yaşlıların engellerle mücadele (p=.044), kronik hastalığı/hastalıkları ile ilgili yapması gerekenleri bildiğini belirten yaşlıların davranışı tamamlama (p=.005) ve engellerle mücadele (p=.014), yaşlılık dönemi hakkında olumlu düşünceleri olan yaşlıların da davranışı tamamlama (p=.026) puan ortalamasının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).

Sağlık algısının da, ÖEYÖ (p = .008) ve ölçeğin alt boyutunu oluşturan davranışa başlama (p =

.020), davranışı tamamlama (p = .003) ve engellerle mücadele (p = .003) puan ortalamalarını etkilediği tespit edilmiştir. Analiz sonucuna göre; sağlığını “orta” ile “iyi / çok iyi” algılayan yaşlıların ÖEYÖ ve davranışa başlama puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıkların olduğu (p<.016) belirlenmiştir. Ayrıca, davranışı tamamlama ve engellerle mücadele puan ortalamaları arasındaki anlamlı farklılıkların ise sağlığını “iyi / çok iyi” algılayan yaşlılardan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Yaşlıların Huzurevinde Kalma ve Sağlık Özelliklerine Göre Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ) ve Ölçeğin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişken	ÖEYÖ	Davranışa Başlama	Davranışı Sürdürme	Davranışı Tamamlama	Engellerle Mücadele
Huzurevinde Yaşadığı Süre					
1 yıldan az	77.1±11.0	28.9±5.1	24.4±4.4	16.5±3.5	7.4±2.5
1-3 yıl	80.1±13.4	29.1±5.5	26.6±5.3	17.2±4.0	7.2±2.5
4-6 yıl	76.3±13.2	28.3±5.4	23.7±5.7	17.0±3.7	7.4±2.6
7 yıl ve üzeri	72.0±11.7	26.8±4.9	22.1±4.4	16.4±4.3	6.7±2.6
p*	0.033	0.279	0.004	0.878	0.620
KW	8.723	3.840	13.536	0.678	1.775
Kronik Hastalık Durumu					
Kronik hastalığı yok	78.7±15.3	28.7±6.6	24.8±6.2	17.3±3.8	7.9±2.4
1 tane	76.6±10.4	27.6±5.4	23.2±4.7	17.8±3.1	8.1±2.3
1'den fazla	74.9±13.1	28.1±5.0	24.1±5.2	16.2±4.2	6.4±2.5
p*	0.468	0.766	0.461	0.137	0.005
KW	1.518	0.532	1.547	3.981	10.698
Kronik Hastalığı / Hastalıkları Hakkında Bilgi Alma Durumu					
Bilgi almadı	75.0±13.1	28.9±4.9	23.7±5.1	16.0±4.2	6.5±2.6
Bilgi aldı	75.9±11.5	27.1±5.1	23.9±5.1	17.4±3.6	7.5±2.4
p**	0.714	0.066	0.782	0.062	0.044
t	0.367	1.859	0.277	1.889	2.034
Kronik Hastalığı / Hastalıkları İle İlgili Yapması Gerekenleri Bilme Durumu					
Bilmiyor	74.6±13.4	28.8±4.9	24.0±5.5	15.5±4.0	6.3±2.5
Biliyor	76.1±11.4	27.4±5.1	23.6±4.8	17.6±3.6	7.5±2.5
p**	0.532	0.157	0.684	0.005	0.014
t	0.628	1.427	0.408	2.850	2.489
Yaşlılıkla Düşüncesi					
Olumlu	76.9±13.0	28.1±5.3	23.6±5.4	17.8±4.0	7.3±2.3
Olumsuz	75.3±12.5	28.0±5.3	24.1±5.1	16.2±3.7	7.0±2.6
p**	0.507	0.954	0.660	0.026	0.486
t	0.667	0.058	0.441	2.257	0.698
Sağlık Algısı					
Kötü / çok kötü	73.5±14.2	30.2±6.3	23.6±3.7	14.4±3.8	5.4±2.6
Orta	72.2±11.4	26.4±5.03	23.4±4.3	15.9±3.9	6.5±2.2
İyi / çok iyi	78.8±12.6	28.8±5.0	24.3±5.9	17.8±3.6	7.8±2.5
p*	0.008	0.020	0.512	0.003	0.003
KW	9.699	7.816	1.340	11.734	11.923

* Kruskal-Wallis testi ** Student t testi

Tablo 5 incelendiğinde, Seyranbağları Huzurevi'nde yaşayan yaşlıların SYBDÖ (p=.000), sağlık sorumluluğu (p=.017), fiziksel aktivite (p = .003), beslenme (p = .000), manevi gelişim (p = .000) ve stres yönetimi (p = .000); erkek yaşlıların da manevi gelişim (p=.024) ve stres yönetimi (p = .048) puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca, yaşlıların yaş grup özelliklerinin de SYBDÖ (p = .049) ve manevi gelişim (p = .010) puan ortalamalarını etkilediği belirlenmiştir. Bonferroni düzeltmeli MW-U analizine göre, farklılıkların 75-84 yaş grubu ile 85 yaş ve üzeri yaşlılar arasında olduğu belirlenmiştir (p<.016). Eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde ise,

eğitim durumunun SYBDÖ (p=.001), fiziksel aktivite (p=.007), beslenme (p= .009), manevi gelişim (p=.000) ve stres yönetimi (p=.003) puan ortalamalarını etkilediği tespit edilmiştir. Analiz sonucunda; okur yazar olmayan ile üniversite mezunu olan yaşlıların SYBDÖ ve fiziksel aktivite (p<.003); okur yazar olmayan ile lise mezunu yaşlıların beslenme (p=.004); okur yazar olmayan ile okur yazar, ilkokul ve üniversite mezunu yaşlıların manevi gelişim (p<.003) puan ortalamaları arasındaki farklılıkların anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Ayrıca, medeni durumun yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği saptanmıştır (p > .050).

Tablo 5. Yaşlıların Bazı Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) ve Ölçeğin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	SYBDÖ	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi
Kurum							
Seyranbağları	129.3±22.5	23.0±5.1	15.8±5.1	22.1±4.4	23.9±5.2	24.5±5.1	20.0±4.2
Keçiören	108.8±14.0	20.5±4.5	12.8±.5	15.2±2.8	20.0±3.9	22.6±4.4	17.7±2.6
p*	0.000	0.017	0.003	0.000	0.000	0.055	0.000
t	5.923	2.421	3.042	9.910	3.813	1.937	3.624
Cinsiyet							
Erkek	126.3±22.8	22.5±4.9	15.5±05.1	20.3±5.5	23.7±5.0	24.3±4.8	20.0±4.2
Kadın	119.9±21.6	22.0±5.3	14.2±4.4	20.2±4.3	21.5±5.1	23.5±5.3	18.5±3.6
p*	0.135	0.627	0.156	0.902	0.024	0.424	0.048
t	1.506	0.487	1.426	0.123	2.285	0.803	1.999
Yaş Grubu							
74 yaş ve altı	124.4±20.0	22.0±4.7	15.4±4.5	19.5±4.5	23.7±4.9	24.0±4.8	19.7±4.3
75-84 yaş	120.5±23.0	21.9±4.9	14.1±4.8	20.2±5.3	21.6±5.1	23.9±5.2	18.8±3.8
85 yaş ve üzeri	138.4±23.7	25.3±6.3	17.9±5.6	23.0±4.8	26.3±5.0	24.4±4.9	21.6±3.5
p**	0.049	0.175	0.055	0.156	0.010	0.952	0.089
KW	6.029	3.490	5.805	3.713	9.313	0.099	4.847
Medeni Durum							
Evli	119±18.0	23.3±3.7	11.5±3.7	20.0±2.5	20.3±3.7	26.2±5.4	18.3±4.2
Dul	124±23.6	22.1±5.2	15.1±5.3	20.6±5.1	22.9±5.3	24.1±5.1	19.8±4.1
Bekar	123.1±22.0	22.7±5.4	15.8±3.4	19.5±5.9	22.9±5.5	23.7±5.0	18.5±3.6
Boşanmış	120.7±19.5	22.3±4.4	14.5±4.6	19.4±4.0	23.1±4.6	22.6±4.6	18.8±4.2
p*	0.941	0.932	0.194	0.748	0.627	0.356	0.336
KW	0.397	0.439	4.712	1.221	1.743	3.238	3.388
Eğitim Durumu							
OYD	108.9±16.7	20.3±3.8	12.2±3.7	18.3±4.3	19.1±4.1	22.0±5.7	17.1±3.4
OY	129.4±23.0	23.2±5.1	15.7±5.4	20.8±6.2	24.1±4.7	25.1±4.4	20.5±4.2
İlkokul	123.8±18.8	22.3±4.9	15.2±4.2	19.3±4.6	23.5±4.7	24.1±4.0	19.4±3.5
Ortaokul	127.9±26.6	21.5±5.5	15.9±5.2	22.8±4.4	24.1±6.4	24.0±5.3	19.5±4.3
Lise	134.7±24.3	25.1±5.4	16.6±5.8	23.1±4.7	23.6±5.3	24.8±5.6	21.5±4.3
Üniversite	143.7±18.0	24.3±7.0	19.1±3.9	23.0±3.4	28.0±2.8	27.3±5.2	22.0±3.1
p**	0.001	0.061	0.007	0.009	0.000	0.153	0.003
KW	22.001	10.536	16.010	15.452	25.485	8.052	17.721

* Student t testi ** Kruskal-Wallis testi

Tablo 6 incelendiğinde, huzurevinde yaşanan sürenin yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği ($p > .050$), ancak yaşlıların kronik hastalık durumlarının SYBDÖ ($p = .001$), sağlık sorumluluğu ($p = .016$), fiziksel aktivite ($p = .023$), beslenme ($p = .006$), manevi gelişim ($p = .001$), kişilerarası ilişkiler ($p = .038$) ve stres yönetimini ($p = .003$) etkilediği tespit edilmiştir. Analiz sonucuna göre; bir ile birden fazla kronik hastalığı olan yaşlıların SYBDÖ, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puan ortalamaları arasındaki farklılıkların anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < .016$).

Kronik hastalığı/hastalıkları hakkında bilgi aldığını belirten yaşlıların SYBDÖ ($p = .001$), sağlık sorumluluğu ($p = .001$), fiziksel aktivite ($p = .013$),

beslenme ($p = .002$), manevi gelişim ($p = .001$) ve stres yönetimi ($p = .012$); kronik hastalığı/hastalıkları ile ilgili yapması gerekenleri bildiğini belirten yaşlıların SYBDÖ ($p = .000$), sağlık sorumluluğu ($p = .003$), fiziksel aktivite ($p = .000$), beslenme ($p = .000$), manevi gelişim ($p = .000$), kişilerarası ilişkiler ($p = .014$) ve stres yönetimi ($p = .000$) puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca, yaşlılık dönemi hakkında olumlu düşünceleri olan yaşlıların da SYBDÖ ($p = .003$), fiziksel aktivite ($p = .026$), manevi gelişim ($p = .000$) ve stres yönetimi ($p = .011$) puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6).

Sağlık algısı yönünden değerlendirildiğinde ise, sağlık algısının SYBDÖ ($p = .002$), fiziksel aktivite ($p = .012$), manevi gelişim ($p = .000$) ve stres yönetimini ($p = .001$) etkilediği belirlenmiştir. Analiz

sonucuna göre de; kendisini “kötü/çok kötü” hissedenden yaşlılar ile kendisini “iyi/çok iyi” hissedenden yaşlıların SYBDÖ ve fiziksel aktivite ($p<.016$) puan ortalamaları arasındaki farklılıkların anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, kendisini “iyi/çok

iyi” hissedenden yaşlıların manevi gelişim ($p<.016$), kendisini “kötü / çok kötü” hissedenden yaşlıların da ($p<.016$) stres yönetimi puan ortalamasının diğerlerine göre yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Yaşlıların Huzurevinde Kalma ve Sağlık Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) ve Ölçeğin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	SYBDÖ	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi
Huzurevinde Yaşadığı Süre							
1 yıldan az	125.9±21.7	23.5±5.3	14.9±4.3	19.5±4.9	22.5±4.6	26.2±4.2	19.3±3.6
1-3 yıl	119.4±19.4	21.5±4.5	14.3±4.9	20.4±4.8	21.5±5.4	22.9±4.8	18.9±4.4
4-6 yıl	123.6±20.1	22.0±4.6	14.7±4.4	18.9±5.6	23.4±4.6	24.9±4.0	19.8±4.0
7 yıl ve üzeri	125.8±26.3	22.5±5.6	15.7±5.4	21.5±4.7	23.5±4.7	23.1±5.8	19.5±4.0
p*	0.533	0.664	0.688	0.238	0.459	0.068	0.809
KW	2.196	1.580	1.476	4.227	2.593	7.131	0.968
Kronik Hastalık Durumu							
Kronik hastalığı yok	20.6±6.1	15.9±4.6	21.1±5.2	24.8±5.3	24.9±4.5	21.3±4.8	20.6±6.1
1 kronik hastalığı var	24.2±3.9	16.7±5.2	22.3±4.7	25.2±4.8	25.6±5.1	20.9±4.2	24.2±3.9
1’den fazla kronik hastalığı var	21.7±5.2	14.0±4.6	19.1±4.9	21.3±4.8	23.1±4.9	18.3±3.4	21.7±5.2
p*	0.016	0.023	0.006	0.001	0.038	0.003	0.016
KW	8.311	7.582	10.116	13.940	6.533	11.401	8.311
Kronik Hastalığı / Hastalıkları Hakkında Bilgi Alma Durumu							
Bilgi almadı	115.5±19.7	20.8±4.0	13.6±4.7	18.6±4.9	21.0±4.9	23.3±5.0	18.2±3.7
Bilgi aldı	130.1±23.0	23.9±5.1	16.0±4.9	21.5±4.7	24.1±5.0	24.5±5.2	20.0±3.8
p**	0.001	0.001	0.013	0.002	0.001	0.210	0.012
t	3.539	3.429	2.523	3.224	3.266	1.263	2.548
Kronik Hastalığı / Hastalıkları İle İlgili Yapması Gerekenleri Bilme Durumu							
Bilmiyor	110.8±16.0	20.8±4.0	12.5±3.6	17.5±4.0	19.9±4.4	22.5±5.0	17.6±3.3
Biliyor	132.1±22.5	23.7±5.1	16.6±5.0	22.1±4.8	24.5±4.8	24.9±4.9	20.3±3.8
p**	0.000	0.003	0.000	0.000	0.000	0.014	0.000
t	5.659	3.077	4.861	5.254	5.012	2.497	3.756
Yaşlılık Düşüncesi							
Olumlu	132.0±21.6	23.1±5.3	16.3±4.6	20.9±4.6	25.7±4.9	25.2±5.0	20.7±3.7
Olumsuz	119.4±21.7	21.8±4.9	14.2±4.9	19.9±5.3	21.3±4.7	23.4±4.9	18.7±4.0
p**	0.003	0.201	0.026	0.299	0.000	0.055	0.011
t	3.011	1.285	2.262	1.044	4.830	1.940	2.581
Sağlık Algısı							
Kötü / çok kötü	104.3±16.1	20.6±5.2	11.5±3.7	17.6±4.0	18.2±3.8	20.8±5.7	15.5±2.3
Orta	121.3±23.5	22.2±5.0	14.5±5.2	20.3±4.6	21.5±5.0	23.7±5.5	19.1±3.6
İyi / çok iyi	128.9±20.6	22.7±5.1	15.9±4.5	20.6±5.4	24.6±4.8	24.8±4.3	20.3±4.1
p*	0.002	0.546	0.012	0.164	0.000	0.102	0.001
KW	12.888	1.211	8.920	3.617	18.803	4.568	15.036

* Kruskal-Wallis testi ** Student t testi

Tartışma

Sağlık davranışı ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilen öz yeterlilik algısı, sağlık davranışının planlanması, uygulanması ve sürdürülmesine etki etmektedir (Oka ve Chaboyer, 2001). Birçok sağlık davranışı kuramında da, öz yeterlilik algısının sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olduğu (Gözüm, 1999; Gözüm ve Aksayan, 1999; Tokat ve Okumuş, 2008; Yardımcı, 2007) ve bireyin davranışını hem

kısa hem de uzun dönemde etkilediği belirtilmiştir (Clark ve Dodge, 1999; Gözüm, 1999; Gözüm ve Bağ, 1998; Hollaway ve Watson, 2002; McCloskey, 2004; Sohng ve ark., 2002; Tokat ve Okumuş, 2008). Bu çalışmada da, yaşlıların öz yeterlilik algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki değerlendirilmiş, değerlendirme sonrasında, yaşlıların öz yeterlilik algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde ilişki olduğu; öz yeterlilik algısı ile manevi gelişim

ve kişilerarası ilişki; davranışı tamamlama ve engellerle mücadele özellikleri ile de sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalarda da öz yeterlilik algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir (Berg ve ark., 2005; Chang ve ark., 2007; Conn, 1998; McCloskey, 2004; Owens, 2006; Sohng ve ark., 2002). Çalışma bulguları, öz yeterlilik algısının, yaşlılarda sağlıkla ilgili davranış değişikliği başlatabilme ve bu değişimi yaşam tarzı haline getirebilmelerini sağlamada önemli bir değişken olarak göz önüne alınması gerektiğini göstermesi açısından önemlilik arz etmektedir.

Yaşlıların öz yeterlilik algıları sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemekle birlikte, bu çalışmada ayrıca, yaşlıların bazı özelliklerine göre öz yeterlilik algıları değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda, öz yeterlilik algısının yaşanılan kurum, cinsiyet ve yaş özelliklerinden etkilenmediği ($p > .050$); ancak, eğitimin, medeni durumun, sağlık algısının ve huzurevinde yaşanılan sürenin yaşlıların öz yeterlilik algısını ve bazı alt boyutlarını etkilediği tespit edilmiştir ($p < .050$) (Tablo 3, Tablo 4). Çalışmadan elde edilen bulgular, konuyla ilgili yapılan diğer araştırma bulgularıyla benzerlik ve farklılıklar göstermektedir. Morowatisharifabad ve arkadaşlarının (2006) çalışmalarında, öz yeterlilik algısı ile cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu; erkeklerin, eşleriyle birlikte yaşayanların ve yüksek eğitim düzeyine sahip olanların öz yeterlilik algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yine, Sohng ve arkadaşlarının (2002) çalışmalarında da, yüksek eğitime sahip olan yaşlıların öz yeterlilik puan ortalamalarının diğer eğitim gruplarına göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Resnick (1998), Clark ve Dodge (1999)'un çalışmalarında ise, yaşlıların öz yeterlilik algıları üzerinde sosyodemografik özelliklerin önemli bir etkiye sahip olmadığı belirlenirken; Loeb ve arkadaşlarının (2010) çalışmalarında da, eğitim durumu ile öz yeterlilik arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Resnick (1998), öz yeterlilik algısının yaştan bağımsız olarak artırılabilceğini, yaşlılardaki öz yeterlilik ile ilgili sorunların yaşlıların kendi yeteneklerinin farkına varmamalarından kaynaklandığını, yaşlılara yönelik yapılacak eğitimlerde, sözel cesaretlendirmelerde, danışmanlık hizmetlerinde ve diğer sağlık hizmeti modellerinde yaşlıların kendi yeteneklerinin farkına vardırılması gerektiğini bildirmiştir. Chang ve arkadaşlarının (2007) huzurevinde yaşayan yaşlıların öz yeterlilik ve öz bakımlarını geliştirmeye yönelik yürüttükleri çalışmalarında, yaşlıların öz yeterlilik algılarında artış yönünde değişim olduğunu, bu değişimle birlikte yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yapabilmeye performanslarının da gelişim gösterdiğini bildirmiştir. Huzurevinde yaşayan yaşlılara verilen öz bakım öz yeterlilik geliştirme programının yaşlıların öz

bakım ve günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisinin değerlendirildiği bir başka çalışmada da, programdan yararlanan yaşlıların bağımsızlık düzeylerinin öncesine göre arttığı ve bu doğrultuda yaşlıların beslenme, giyinme, temizlik ve banyo yapma gibi günlük yaşam aktivitelerinde de önemli gelişmeler olduğu belirlenmiştir (Chang, Wung ve Crogan, 2008). Hiltunen ve arkadaşlarının (2005) çalışmalarında ise, hemşirelik hizmetlerinin yaşlıların öz yeterlilik algıları ve yaşam kaliteleri üzerindeki etkisi değerlendirilmiş ve değerlendirme sonucunda, hemşirelik uygulamalarının yaşlıların öz yeterlilik algılarını arttırdığı, öz yeterlilik algılarının artması ile birlikte de, yaşlıların yaşam kalitelerinde olumlu anlamda değişimler yaşandığı ve iyileşme sürecinin kıaldığı belirlenmiştir. Benzer şekilde, Wong ve arkadaşlarının (2005) çalışmalarında da, hemşire tarafından verilen telefon takip-destek programının yaşlıların öz yeterlilik algılarında olumlu yönde değişim yaptığı ve yaşlıların öz bakım sorumluluklarını yerine getirmede daha fazla sorumluluk sahibi olduğu; bu değişimlerin sonucu olarak da, bireylerin acile başvuru sayılarında azalma olduğu ve sağlık harcamalarında önemli maliyet tasarrufu sağlandığı belirtilmiştir. Benzer şekilde, bu çalışmada da, kronik hastalığı/ hastalıkları hakkında bilgisi olan, kronik hastalığı / hastalıkları hakkındaki bilgisini yeterli bulan ve yaşlılık dönemi hakkında olumlu düşünceleri olan yaşlıların öz yeterlilik algısının bazı alt boyut özelliklerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir ($p < .050$) (Tablo 4). Araştırma sonuçlarından da görüldüğü üzere, yaşlıların öz yeterlilik algısının geliştirilebilmesi için, öz yeterlilik algısını etkileyebilecek olan risk faktörlerinin değerlendirilmesi, ayrıca, yaşlıların yaptığı uygulamaya sonucunda başarıya ulaştığını görmesi, çevresindeki insanları gözlemlemesi ve gözlemleri sonucunda olumlu gelişmeler gördüğünde bunu davranışa dönüştürmesi, sözel olarak cesaretlendirilmesi, kapasitesi doğrultusunda yapabileceği uygulamalar konusunda desteklenmesi ve buna inandırılması, durumla ilgili korku ve endişelerinin azaltılmaya çalışılması önemlilik arz etmektedir (Easom, 2003; Gözüm ve Aksayan, 1999).

Çalışmada yaşlıların bazı özellikleri açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutları değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda; yaşın, eğitimin, kronik hastalık durumunun ve sağlık algısının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bazı alt boyutlarını etkilediği ($p < .050$), ancak, medeni durumun ve huzurevinde yaşanılan sürenin etkilemediği tespit edilmiştir (Tablo 5, Tablo 6). Bunun yanı sıra, kronik hastalığı / hastalıkları hakkında bilgisi olan, kronik hastalığı / hastalıkları hakkındaki bilgisini yeterli bulan ve yaşlılık dönemi hakkında olumlu düşünceleri olan yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve sağlıklı yaşam biçimi davra-

nışlarının alt boyut özelliklerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir ($p < .050$) (Tablo 6). Tambağ (2010)'ın çalışmasında, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarındaki değişimin yaşlıların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, huzurevinde kalma yılı ve kronik hastalık durum özelliklerinden etkilenmediği saptanırken; Sohng ve arkadaşlarının (2002) çalışmalarında, lise ve üzeri eğitime sahip olan yaşlıların ilköğretim ve altı eğitime sahip olan yaşlılara göre sağlıklı yaşam biçimi puanlarının daha yüksek olduğu, eğitim durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutunu oluşturan kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz ve beslenme puan ortalamalarının da daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Owens (2006) da çalışmasında, eğitim durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutunu oluşturan, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler; yaş ile beslenme (yaş arttıkça sağlıklı beslenedikleri); ekonomik durum ile de sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Konuyla ilgili literatür incelendiğinde de; yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının; cinsiyet (Gallant ve Dorn, 2001), yaş ve medeni durum (Gallant ve Dorn, 2001; Messecar, 2000; Resnick, 2003; Resnick ve Spellbring, 2000;) gibi sosyodemografik özelliklerden ve kronik hastalık sayılarından (Gallant ve Dorn, 2001; Messecar, 2000; Resnick, 2003; Resnick ve Spellbring, 2000) etkilendiği tespit edilmiştir. Çalışma sonuçları yaşlı sağlığı koruma ve geliştirme amacı doğrultusunda, yaşlı bireylerin sağlığı geliştirici aktivitelere katılımlarını arttırabilmek ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmalarını sağlayabilmek için, yaşlı bireylerin gereksinimlerinin bütüncül açıdan değerlendirilmesi, hizmet sunumlarının ise, yaşlıların bireysel özelliklerinin göz önüne alınarak yapılması gerektiğini göstermesi açısından önemlilik arz etmektedir.

Çalışmadan elde edilen bir diğer önemli bulgu da, Seyranbağları huzurevinde yaşayan yaşlıların Keçiören huzurevinde yaşayan yaşlılara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla uyguladığıdır. Bu bulgu, yaşlıların bakım ve barınma gereksinimlerine yönelik oluşturulan huzurevlerinin aynı amaç doğrultusunda kurulmalarına rağmen, huzurevlerinde sunulan hizmetlerin çeşitliliğinin, huzurevlerinin tasarım ve donanımlarındaki farklılıkların yaşlıların farklı hizmetler alabilmesinde ve yaşam özelliklerinde farklılıkların oluşmasında etkili olabileceğini göstermesi açısından önemlilik arz etmektedir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Araştırmada, **öz yeterlilik algısının (eğitim, medeni durum, sağlık algısı ve huzurevinde yaşanılan süre, kronik hastalık durumu, kronik hastalığı / hastalıkları hakkında bilgi sahibi olma, kronik hastalığı / hastalıkları hakkındaki bilgisini yeterli bulma ve yaşlılık dönemi hakkında olumlu**

düşünme) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (yaş, eğitim, kronik hastalık varlığı, sağlık algısı, kronik hastalığı / hastalıkları hakkında bilgi sahibi olma, kronik hastalığı / hastalıkları hakkındaki bilgisini yeterli bulma, yaşlılık dönemi hakkında olumlu düşünme ve yaşının yaşamını sürdürdüğü yer) yaşlıların bazı özelliklerinden etkilendiği belirlenmiştir. Ayrıca, Seyranbağlarında yaşayan yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla uyguladığı tespit edilmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- ❖ Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların sağlığının geliştirilmesine yönelik olarak hemşirelerin yaşlıların öz yeterlilik algılarını ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmeleri ve sağlık bakım hizmetlerini yaşlıların yaşı, eğitim düzeyi, sağlık algısı, yaşlılık algısı ve kronik hastalık durumu gibi bireysel özellikleri ve yaşam alanı gibi çevresel faktörleri göz önüne alarak planlamaları ve uygulamaları önerilmektedir.
- ❖ Yaşının yaşayabileceği ortamların yaşlının sağlığını koruma ve geliştirmeye imkan sağlayacak şekilde düzenlenmesi, özellikle kurumsal bakım hizmetleri sunumunda hem mimari hem de hizmet çeşitliliğine önem verilmesi önerilmektedir.
- ❖ Ülkemizde bu konuyla ilgili çok fazla çalışma olmaması nedeniyle, hem bu çalışmada belirlenen faktörlerin hem de ülkemiz yaşlılarının öz yeterlilik algılarını ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyebilecek diğer faktörlerin belirlenebilmesi amacıyla yaşlıların yaşadığı çeşitli yaşam alanlarında ve büyük örneklem gruplarında benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Kaynaklar

- Akgül, A. (2005). *Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri "spss uygulamaları"* (3rd ed., pp. 384). Ankara: Emek Ofset.
- Akyıldızlar, E. (2007). Kocaeli'nde bulunan üç farklı huzurevindeki yaşlıların beslenme alışkanlıkları üzerine bir araştırma. *Besin Analizleri ve Beslenme Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, Türkiye.
- Altay, B., & Aydın, A. İ. (2009). Samsun huzurevinde yaşayan yaşlıların bazı özellikleri ile depresyon riski arasındaki ilişki. *Turkish Journal of Geriatrics*, 12 (3), 147-155.
- Atila, S. (2006). Toplumsal değişimin aile ve yaşlılar üzerine etkisi (İstanbul'daki beş huzurevinde inceleme). *Sosyoloji Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya, Türkiye.
- Bahar, A. (2005). Huzurevinde yaşayan yaşlıların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, Türkiye.

- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., & Kıssal, A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (1), 1-12.
- Bandura, A., Adams, N. E., Beyer, J. (1977). Cognitive Processes Mediating Behavioral Change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35 (3), 125-139.
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education and Behavior*, 31 (2), 143-164.
- Bayık, A., Özgür, G., Özsoy S. A., Erefe, İ., Emeç A. U., Özer, M., et al. (2002). Huzurevinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik ilaç kullanma davranışları. *Turkish Journal of Geriatrics*, 5 (2), 68-74.
- Berg, G. V., Hedelin, B., & Sarvimaki, A. (2005). A holistic approach to the promotion of older hospital patients' health. *International Nursing Review*, 52 (1), 73-80.
- Bloom, H. (2001). Preventive medicine: when to screen for disease in older patients. *Geriatrics*, 56 (4), 41-45.
- Chang, S. H., Crogan, N. L., & Wung, S. F. (2007). The self-care self-efficacy enhancement program for Chinese nursing home elders. *Geriatric Nursing*, 28 (1), 31-36.
- Chang, S. H., Wung, S. F., & Crogan, N. L. (2008). Improving Activities of Daily Living for Nursing Home Elder Persons in Taiwan. *Nursing Research*, 57 (3), 191-198.
- Clark, N., & Dodge, J. (1999). Exploring self-efficacy as a predictor of disease management. *Health Education and Behavior*, 26 (1), 72-89.
- Coffman, M. J., Shellman, J., & Bernal, H. (2004). An Integrative Review Of Amerikan Nurses Perceived Cultural Self-Efficacy. *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (2), 180-185.
- Conn, V. S. (1998). Older women: social cognitive theory correlates of health behavior. *Women & Health*, 26 (3), 71-85.
- Çuhadar, D. (2005). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda bilişsel işlevler ve günlük yaşam aktivitesi düzeyi. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, Türkiye.
- Dwyer, J. (2001). Chronic disease and dietary management in the elderly: alive and kicking. *Journal of Nutritional Health and Aging*, 5 (2), 103-107.
- Eason, L. R. (2003). Concepts in health promotion: perceived self-efficacy and barriers in older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 29 (5), 11-19.
- Gallant, M., & Dorn, G. (2001). Gender and race differences in the predictors of daily health practices among older adults. *Health Education Research*, 16 (1), 21-31.
- Gözüm, S., & Bağ, B. (1998). Etkin Sağlık Eğitiminde Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramının Kullanımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1 (2), 32-43.
- Gözüm, S. (1999). Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği'nin Türkçe Formunun Yapı Geçerliliği: Öz Etkililik-Yeterlilik İle Stresle Başa Çıkma Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2 (1), 35-43.
- Gözüm, S., & Aksayan, S. (1999). Öz-etkililik-yeterlilik ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2 (1), 21-34.
- Hiltunen, E. F., Winder, P. A., Rait, M. A., Buseli, E. F., Carroll, D. L., & Rankim, S. (2005). Implementation of Efficacy Enhancement Nursing Intervention with Cardia Elders. *Rehabilitation Nursing*, 30 (6), 221-229.
- Hollaway A., & Watson, H. E. (2002). Role of self-efficacy and behavior change. *International Journal of Nursing Practice*, 8(2), 106-115.
- İlhan, N. (2003). Huzurevinde kalan yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam doyumu. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, Türkiye.
- Kelley, R. B., Zyzanski, S. J., & Alemagno, S. A. (1991). Prediction of Motivation and Behavior Change Following Health Promotion: Role of Health Beliefs, Social Support and Self-Efficacy (Abstract). *Social Science in Medicine*, 32 (3), 311-320.
- Keskin, G. Ü., & Orgun, F. (2006). Öğrencilerin Öz Etkililik-Yeterlilik Düzeyleri İle Başa Çıkma Stratejilerinin İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7 (2), 92-99.
- Loeb, S. J., Steffensmeier, D., & Kassab, C. (2010). Predictors of self-efficacy and self-related health for older male inmates. *Journal of Advanced Nursing* 00(0), 000-00.doi: 010.1111/j.1365-2648.2010.05542.x.
- Lucas, J. A., Orshan, S. A., & Cook, F. (2000). Determinants of health promoting behavior among women aged 65 and above living in the community. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 14 (1), 77-100.
- McCloskey, R. (2004). Functional and self- efficacy changes of patients admitted to a geriatric rehabilitation unit. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (2), 186-193.
- Messeccar, D. C. (2000). Mammography screening for older women with and without cognitive impairment. *Journal of Gerontological Nursing*, 26 (4), 14-24.
- Morowatisharifabad, M. A., Ghofranipour, F., Heidamia, A., Ruchi, G. B., & Ehrampoush, M. H. (2006). Self-efficacy and health promotion behaviors of older adults in Iran. *Social Behavior and Personality*, 34 (7), 759-768.
- Oka, M., Chaboyer, C. (2001). Influence of Self-Efficacy and Other Factors on Dietary Behaviours in Japanese Haemodialysis Patients. *International Journal of Nursing Practice*, 7 (6), 431-439.
- Owens, L. (2006). The relationship of health locus of control, self-efficacy, health literacy, and health promoting behaviors in older adults. The Degree of Doctor of Philosophy, University of Memphis, United States.
- Özer, M. (2001). Huzurevinde ve aile ortamında yaşayan yaşlıların öz bakım gücü ve yaşam doyumunun incelenmesi. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir, Türkiye.
- Resnick, B. (1998). Efficacy beliefs in geriatric rehabilitation. *Journal of Gerontological Nursing*, 24 (7), 34-44.

- Resnick, B., & Spellbring, A. M. (2000). Understanding what motivates older adults to exercise. *Journal of Gerontological Nursing*, 26 (3), 34-42.
- Resnick, B. (2003). Health promotion practices of older adults: model testing. *Public Health Nursing*, 20 (1), 2-12.
- Sims, J., Kesre, N., Naccarella, L., & Long, H. (2000). Health promotion and older people: the role of the general practitioners in Australia in promoting healthy ageing. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24 (4), 356-359.
- Sohng, K. Y., Sohng, S., & Yeom, H. A. (2002). Health-promoting behaviors of elderly Korean immigrants in the United States. *Public Health Nursing*, 19 (4), 294-300.
- Stockert, P. A. (2000). The determinants of health-promoting lifestyle in older adults. The Degree of Doctor of Philosophy, University of Saint Louis, Saint Louis.
- Tambağ, H. (2010). Huzurevindeki yaşlılara sağlıklı yaşam biçimi ve yaşam doyumu geliştirmeye yönelik verilen psikoegitimin değerlendirilmesi. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye.
- Tishler, J., McCarthy, E., Rind, D., & Hamel, M. B. (2000). Breast cancer screening for older women in a primary care practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 961-966.
- Tokat, M. A., & Okumuş, H. (2008). Başarılı Emzirme İçin Kuram ve Modele Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Nasıl Geliştirilir. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 10 (3), 51-58.
- Toofany, S. (2008). How to promote a healthier tomorrow. *Nursing Older People*, 20 (2), 17-20.
- Üresin, Ş. (2005). Yaşlıların bakım ve barınma ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik mekansal organizasyonlar'da "ev" ortamının sağlanması: 75. yıl dinlenme ve bakımevi örneği. Mimarlık Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye.
- Wong, K. W., Wong, F. K. Y., & Chan, M. F. (2005). Effects of Nurse-Initiated Telephone Follow-Up on Self-Efficacy Among Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (2), 210-222.
- Yardımcı, F. K. (2007). İlköğretim öğrencilerinde algılanan sosyal destek ile öz-yeterlilik ilişkisi ve etkileyen değişkenlerin incelenmesi. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir, Türkiye.