



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Sağlık Yönetimi

Yüksek Lisans Tezi

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ**

Hüseyin DEMİR
ORCID: 0000-0002-3667-3827

Danışman
Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ
ORCID: 0000-0003-2107-0350

Konya – 2024

ÖN SÖZ

Tez çalışmamın başlangıcından sonuna kadar her an desteğini hissettiğim, bilgi ve ilgisiyle beni sürekli motive eden ve değerli vaktinden zaman ayırıp bu çalışmada büyük emeği olan kıymetli danışmanım Sayın Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ'a sonsuz şükranlarımı sunuyorum.

Araştırma sürecimde ve yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgi ve tecrübelerini bizimle paylaşan saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Yusuf Yalçın İLERİ, Doç. Dr. Şerife Didem KAYA, Doç. Dr. Aydan YÜCELER, Dr. Öğr. Üyesi Aysun YEŞİLTAŞ ve Dr. Öğr. Üyesi Lütfiye TEKPINAR' a teşekkürü bir borç bilirim.

Bu tez çalışmasının oluşmasına tüm iş yoğunluğuna rağmen mesailerinden vakit ayırarak büyük katkı sağlayan kıymetli katılımcılarıma ve desteklerini hep hissettiğim sevgili mesai arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Son olarak her zaman olduğu gibi araştırma ve eğitimim süresince de en büyük dayanağım olan ve desteğini esirgemeyen sevgili eşim Ayşen DEMİR'e, yoğun çalışmalarım esnasında bana gereken sabrı gösteren ve oyun vaktinden feragat eden canım oğlum Yavuz Selim DEMİR'e teşekkürlerimi sunuyorum.

Hüseyin DEMİR

Ocak 2024

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ	ii
TEZ ONAY SAYFASI	vi
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	vii
BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ	viii
KISALTMALAR LİSTESİ	ix
TABLolar LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sağlık.....	3
2.2. Sağlık Çalışanları	4
2.3. Sağlık Hizmetleri.....	6
2.3.1. Koruyucu sağlık hizmetleri	8
2.3.2. Tedavi amaçlı sağlık hizmetleri	8
2.3.2.1. Birinci basamak sağlık hizmetleri	8
2.3.2.2. İkinci basamak sağlık hizmetleri	9
2.3.2.3. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri.....	10
2.3.3. Rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri	10
2.4. Sağlıklı Yaşam	12
2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	13
2.5.1. Fiziksel aktivite	14
2.5.2. Dengeli ve yeterli beslenme	16
2.5.3. Manevi gelişim.....	18
2.5.4. Stres yönetimi.....	19
2.5.5. Sağlık sorumluluğu	21
2.5.6. Kişilerarası ilişkiler	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	25

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.3. Veri Toplama Araçları.....	25
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1).....	26
3.3.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek-2).....	26
3.4. Verilerin Toplanması.....	27
3.5. Verilerin Analizi.....	27
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	27
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
3.8. Araştırmanın Soruları	28
4. BULGULAR	29
4.1. Sağlık Meslek Mensubu Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri	29
4.2. Sağlık Meslek Mensubu Bireylerin SYBD Düzeyine İlişkin Bulgular.....	30
4.2.1. SYBDÖ II ile tanımlayıcı özellikler arasındaki ilişkiler	32
4.2.2. SYBDÖ-II alt faktörleri ile tanımlayıcı özellikler arasındaki ilişkiler.....	34
5. TARTIŞMA	43
5.1. Katılımcıların SYBDÖ-II Maddelerinin ve Toplam Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	43
5.2. Katılımcıların SYBDÖ-II Alt Faktörlerinin Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	45
5.3. Katılımcıların SYBDÖ-II Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	46
5.3.1. Katılımcıların yaş grupları ile SYBDÖ-II ve alt faktörlerinin ilişkisinin değerlendirilmesi.....	46
5.3.2. Katılımcıların cinsiyetleri ile SYBDÖ-II ve alt faktörlerinin ilişkisinin değerlendirilmesi.....	47
5.3.3. Katılımcıların medeni durumları ile SYBDÖ-II ve alt faktörlerinin ilişkisinin değerlendirilmesi.....	48
5.3.4. Katılımcıların meslekte çalışma süreleri ile SYBDÖ-II ve alt faktörlerinin ilişkisinin değerlendirilmesi.....	49
5.3.5. Katılımcıların öğrenim durumu ile SYBDÖ-II ve alt faktörlerinin ilişkisinin değerlendirilmesi.....	50
5.3.6. Katılımcıların görev yerleri ile SYBDÖ-II ve alt faktörlerinin ilişkisinin değerlendirilmesi.....	51
5.3.7. Katılımcıların aylık nöbet sayıları ile SYBDÖ-II ve alt faktörlerinin ilişkisinin değerlendirilmesi.....	52

5.3.8. Katılımcıların kronik hastalık durumu ile SYBDÖ-II ve alt faktörlerinin ilişkisinin değerlendirilmesi	52
5.3.9. Katılımcıların sürekli ilaç kullanma durumu ile SYBDÖ-II ve alt faktörlerinin ilişkisinin değerlendirilmesi	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
6.1. Sonuç	55
6.2. Öneriler.....	56
7. KAYNAKLAR.....	59
8. EKLER.....	65



TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **Hüseyin DEMİR**' in “**Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi**” başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya / 03.01.2024

Tez Danışmanı	Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ Necmettin Erbakan Üniversitesi N.K. Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Handan ERTAŞ Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Lütfiye TEKPINAR Necmettin Erbakan Üniversitesi N.K. Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 10/01/2024 tarih ve 01/05 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasibe VURAL

Enstitü Müdürü

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi başlıklı tez çalışmamın toplam **87** sayfalık kısmına ilişkin, 05.01.2024 tarihinde tez danışmanım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı **%21** olarak belirlenmiştir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Tez kabul sayfası hariç
2. Tez çalışması orijinallik raporu sayfası hariç
3. Bilimsel etik beyannamesi sayfası hariç
4. Önsöz hariç
5. İçindekiler hariç
6. Simgeler ve kısaltmalar hariç
7. Materyal ve metot hariç
8. Kaynaklar hariç
9. Alıntılar dahil
10. 7 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tez Çalışması Orijinallik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve tez çalışmamın, bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranının (%30) altında olduğunu ve intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

05.01.2024

Hüseyin DEMİR

Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ

BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez hazırlama kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını ve bu kaynakların kaynaklar listesine eklendiğini beyan ederim.

03.01.2024

Hüseyin DEMİR

KISALTMALAR LİSTESİ

ADSM: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

BMGK : Birleşmiş Milletler Genel Kurulu

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GSMH : Gayri Safi Milli Hasıla

GSYH : Gayri Safi Yurtiçi Hasıla

KETEM : Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi

SB : Sağlık Bakanlığı

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

SYBD : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı

SYBDÖ II : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği II

TBMM : Türkiye Büyük Millet Meclisi

TSM : Toplum Sağlığı Merkezi

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

WHO : World Health Organization

TABLULAR LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. SYBDÖ-II ve alt faktörlerinin Cronbach's Alpha değerleri.....	27
Tablo 3.2. SYBDÖ-II'nin alt faktör ve toplam potansiyel puan dağılımı.....	27
Tablo 4.1. Sağlık meslek mensubu bireylerin tanımlayıcı özellikleri.....	29
Tablo 4.2. SYBDÖ-II ve alt faktörlerinin ortalama, standart sapma, minimum-maksimum değerleri.....	30
Tablo 4.3. SYBDÖ-II maddelerinin puan ortalamaları (min:1-max:4).	31
Tablo 4.4. SYBDÖ-II ile tanımlayıcı özellikler arasındaki ilişkiler.	32
Tablo 4.5. SYBDÖ-II ile öğrenim durumu ve yaş değişkenleri arasındaki korelasyona ilişkin istatistikî analiz sonuçları.	34
Tablo 4.6. Stres yönetimi alt faktörünün tanımlayıcı özellikler açısından incelenmesi.....	34
Tablo 4.7. Sağlık sorumluluğu alt faktörünün tanımlayıcı özellikler açısından incelenmesi. .	36
Tablo 4.8. Fiziksel aktivite alt faktörünün tanımlayıcı özellikler açısından incelenmesi.	37
Tablo 4.9. Beslenme alt faktörünün tanımlayıcı özellikler açısından incelenmesi.....	38
Tablo 4.10. Kişilerarası ilişkiler alt faktörünün tanımlayıcı özellikler açısından incelenmesi.....	39
Tablo 4.11. Manevî gelişim alt faktörünün tanımlayıcı özellikler açısından incelenmesi.....	40

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Yıllara göre 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı, tüm sektörler	5
Şekil 2.2. 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısının uluslararası karşılaştırması.....	6
Şekil 2.3. Sağlık hizmetleri sınıflandırması	11
Şekil 2.4. Türkiye’de DSÖ sağlık için fiziksel aktivite önerilerini karşılamayanların yaş gruplarına göre dağılım durumu.....	16
Şekil 2.5. Besin gruplarına göre sağlıklı beslenme tabağı	18



ÖZET

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi
Yüksek Lisans Tezi

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

Hüseyin DEMİR

Konya-2024

Yaşamın tüm evrelerinde, sağlıklı bir hayata sahip olmaya yönelik davranışlar bir toplumun bireyleri açısından oldukça elzemdir. Topluma sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarının kendi sağlıklı yaşam biçimi davranışları da önem arz etmektedir. Yoğun iş temposuyla çalışan sağlık profesyonellerinin kendilerine zaman ayırmakta güçlük çektikleri bilinmektedir. Tanımlayıcı tipte gerçekleştirilen bu araştırmada, sağlık meslek mensubu bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını tespit etmek ve incelemek amaçlanmıştır.

Çalışmanın örneklemini Karaman il merkezinde bulunan sağlık bakanlığına bağlı kamu kuruluşlarında görev yapan 334 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Çalışmada verilerin toplanması amacıyla sağlık profesyonellerine “Sosyo-demografik Bilgi Formu” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II)” ölçeklerinden oluşan 2 bölümlük anket uygulanmıştır. Anketlerden elde edilen verilerin istatistiksel analizlerini gerçekleştirmek amacıyla SPSS Statistics 26.0 programından yararlanılmıştır.

Katılımcıların %64,7’si kadın, %59,9’u lisans mezunu ve %65,9’u evlidir. Çalışmaya katılan bireylerin yaşları 21-64 değer aralığındadır. Çalışmaya sağlık meslek mensubu bireyler arasında %34,1 oranı ile en çok hemşireler katılım sağlamıştır ayrıca çalışmaya katılanların %73,4’ü hastanede görev almaktadır. Tez çalışmasında sağlık meslek mensubu bireylerin SYBDÖ-II puan ortalaması 131,56±20,62 olarak saptanmıştır. Alt faktörlerin puan ortalamasına bakıldığında fiziksel aktivite (16,96±4,85) en az, manevi gelişim (26,58±4,57) ise en fazla puana sahip alt faktörler olmuşlardır. Katılımcıların SYBDÖ-II toplam puanı ortalamaları ile öğrenim durumu ve görev yeri değişkenleri arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı çıkmıştır ($p<0,05$). Öğrenim durumu düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının yükseldiği görülmüştür. Görev yerine göre en düşük puan ortalamasına ise Toplum Sağlığı Merkezi çalışanları sahip olmuştur. Katılımcıların SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları ile diğer değişkenler arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Bu araştırma ölçek toplam puanı açısından değerlendirildiğinde sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyinin orta seviyede olduğu görülmüştür. Sağlık profesyonellerinin manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler davranışlarında başarılı oldukları, fiziksel aktivite davranışlarında ise yeterince başarılı olamadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri yapılan birçok çalışmayla benzerlik göstermektedir. Elde edilen verilerin bu çalışmada kullanılan ölçekle yapılacak çalışmalar için literatüre katkı sunacağı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sağlıklı yaşam, Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, Sağlık çalışanları.

ABSTRACT

Necmettin Erbakan University, Graduate School of Health Sciences
Health Management Department
Health Management
Master Thesis

EXAMINATION OF HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS

Hüseyin DEMİR

Konya-2024

At all stages of life, behaviors aimed at having a healthy life are essential for the members of a society. Healthy lifestyle behaviors of healthcare professionals who provide healthcare services to the community are also important. It is known that healthcare professionals who work with a busy work schedule have difficulty in making time for themselves. This descriptive study aimed to identify and examine the healthy lifestyle behaviors of healthcare professionals.

The sample of the study consists of 334 health workers working in public institutions affiliated with the Ministry of Health in Karaman city center. In order to collect data in the study, a 2-part questionnaire consisting of "Socio-demographic Information Form" and "Healthy Lifestyle Behaviors Scale-II (HYBDÖ-II)" scales was applied to health professionals. SPSS Statistics 26.0 program was used to perform statistical analysis of the data obtained from the surveys.

64,7% of the participants are women, 59,9% have a undergraduate degree and 65.9% are married. The ages of the individuals participating in the study range from 21 to 64. Among healthcare professionals, nurses participated the most in the study with a rate of 34,1%, and 73,4% of the participants worked in the hospital. In thesis work, the mean score of the healthcare professionals' HLBS-II was determined as $131,56 \pm 20,62$. Considering the average score of the sub-factors, physical activity ($16,96 \pm 4,85$) was the sub-factor with the least score and spiritual development ($26,58 \pm 4,57$) was the sub-factor with the highest score. The difference between the participants' HLBS-II total mean score and the variables of education level and place of duty was statistically significant ($p < 0,05$). As the level of education increases, it was observed that the healthy lifestyle behavior score increased. Community Health Center employees had the lowest average score according to their place of duty. The difference between the total HLB scale total mean score and other parameters was not found to be statistically significant. When this research was evaluated in terms of the total score of the scale, it was seen that the healthy lifestyle behavior level of health professionals was at a medium level. It was concluded that health professionals were successful in spiritual development and interpersonal relations behaviors, but they were not successful enough in physical activity behaviors.

Based on the results of the research, the healthy lifestyle behavior levels of healthcare professionals are similar to many studies. It is thought that the data obtained will contribute to the literature for studies to be conducted with the scale used in this study.

Keywords: Healthy lifestyle, Healthy lifestyle behaviors, Health professionals.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık, insanlığın varoluşundan beri en çok önem verilen, üzerinde en çok durulan kavramlardan birisi olmuştur. İnsanlar henüz hayata gelmeden sağlığa yönelik hizmet almakta ve yaşam süresince bu hizmet devam etmektedir. Yaşamın sürdürülebilmesi, korunması ve yaşam kalitesinin oluşturulmasında sağlığın önemi büyüktür (Caymaz, 2015). Sağlığını geliştirmek isteyen kişiler veya herhangi bir sağlık problemi yaşayan hastalar başta doktorlar olmak üzere sağlık çalışanlarına başvurumaktadırlar.

Hem ülke sağlık sistemlerinin işleyişini ve yapısını hem de kişi sağlığını etkileyen unsurların en önemlileri; ülkede uygulanan resmi sağlık politikası, bireylerin sağlıklarına yönelik farkındalıkları, ekonomik olanaklar olarak sayılabilir (Sargutan, 2005a). Ekonomik gelişmişlik ile sağlık arasında karşılıklı, yakın bir ilişki söz konusudur. Hastalık nedeniyle insanların ve ülkelerin gelirleri azalmakta, sağlık harcamalarına daha fazla kaynak aktarılmakta, gelecek nesiller bile bundan etkilenmektedir (Woodward ve Smith, 2006). Özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere sağlık harcamalarının giderek arttığı gözlenmiş, bunun nedeni olarak da nüfusun giderek yaşlanması, teknolojinin sağlık alanında sağladığı yenilikler neticesinde sağlık hizmetlerine yönelik arz ve talebin giderek yoğunlaşması ve süregelen hastalıkların bazılarında artış olması gösterilmiştir (Daştan ve Çetinkaya, 2015).

Dünyanın birçok ülkesinde 1970'lerin sonundan itibaren hem artan sağlık masraflarını azaltabilmek hem de sağlık sorunlarına çözüm bulabilmek amacıyla sağlık eğitimi birimleri oluşturulmuş, daha sonra ise sağlık eğitimini de içine alan ve daha bütüncül bir alan olan "sağlığı geliştirme" yaklaşımına önem vermeye başlanmıştır. Sağlık eğitimi bireysel veya grup olarak kişilerin öz denetim sağlayabilecekleri ve gönüllü olarak yaptığı davranışlarla ilgiliyken, sağlığı geliştirme çalışmalarının başkalarının sağlığı için tehlike arz eden davranışları değiştirmeye yönelik ekonomik, yapısal ve yasal bazı düzenlemeleri içermektedir. Son yıllara kadar sağlığı muhafaza etme ve olumlu yönde ilerletme kavramları kişilerin aklında öncelikle sağlık çalışanlarını ve hastaneleri çağrıştırmış fakat daha sonra insanların sağlıklarının yaşam biçimleriyle, sosyal ve fiziki çevreleriyle çok fazla ilişkili olduğu gözlenmiştir. Böylece sağlığı geliştirme kavramıyla, toplumsal sağlığı geliştirmek için "sağlıklı yaşam biçimlerini" sağlamaya yönelik yalnızca kişiye yönelmenin aksine etkileşimde bulunan ortamların da iyileştirilmesinin zorunlu olduğu anlaşılmıştır (Grossmann ve Scala, 1996; Özvarış, 2011).

Sağlık eğitiminin en önemli amaçlarından birisi insanların uygun sağlık davranışlarına sahip olmasını sağlamaktır. Bireylerin sağlıkla ilgili algılamaları ve tutumları sağlık davranışı ile yakından ilişkilidir (Moscovici, 1988). Sağlıklı olmaya yönelik eylemleri artırmak amacıyla yerine getirilen tutum, faaliyet ve bilgilerin hepsini kapsayacak şekilde betimlenen sağlık davranışı; pozitif gerçekleştiğinde sağlığın ilerlemesine, negatif gerçekleştiğinde ise hastalığa yol açabilen faktörlerden biri olabilmektedir (Ferguson, 1998). Kişilerin sağlığı tanımlama şekli ve sağlıklı olmayla ilişkilendirdiği davranışlar, sağlıklı bir yaşam sürüp sürmedikleri hakkında fikir verecektir. Buna bağlı olarak bir topluma ait sağlık davranışlarının ve inançlarının farkında olunması; sağlığa yönelik faaliyetlerin gerçekleştirilmesi, bu yönde eğitimlerin verilmesi ve yol gösterici tedbirler açısından oldukça önemlidir (Araz ve ark., 2007).

Sağlık çalışanları, sağlık eğitiminde, topluma sağlık davranışlarını kazandırmada, sağlığı koruma ve geliştirme hizmetlerinde aktif rol almakta ve önemli görevler üstlenmektedir. Bunun yanında, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği yaşam tarzlarıyla hizmet verdikleri topluma örnek teşkil edebilmektedir (Willis ve ark., 1994).

Bu çalışmanın amacı, emek yoğun çalışan ve sağlık alanında çalıştığı için genel olarak topluma rol model konumunda olan sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası, 19 Haziran-22 Temmuz 1946 tarihleri arasında New York'ta düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı'nda kabul edilmiş, 22 Temmuz 1946'da 61 devletin temsilcisi tarafından imzalanmış ve 7 Nisan 1948'de yürürlüğe girerek sağlığın tanımını şu şekilde yapmıştır: “Sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir ve ulaşılabilir en yüksek standarttaki sağlık seviyesine ulaşmak, ırk, siyasi görüş, ekonomik ve sosyal konumu ne olursa olsun tüm bireylerin temel hakkıdır.” (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006; DSÖ 1948).

Sağlık bütün ülkelerde insanların ulaşabilmesi ve yararlanabilmesi gereken en önemli hizmettir ve bir “insan hakkı” olarak ele alınan sağlık hakkına İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde şu şekilde yer verilmiştir: “Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.” Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi'nde ise “Herkes, ulusal yasalar ve uygulamalarda belirtilen şartlar çerçevesinde koruyucu sağlık hizmetlerinden ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahiptir. Bütün birlik politikaları ve faaliyetlerinin tanımlanmasında ve uygulanmasında yüksek düzeyde bir insan sağlığı koruması sağlanmalıdır.” olarak tanımlanmıştır (Sönmez, 2011).

Ülkemizde ise sağlık hakkına, Anayasamızda yer alan Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması Başlığı'ndaki 56. maddede “*Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.*” yer verilmiştir (www5.tbmm.gov.tr, 20 Kasım 2022).

Sağlık sektörü, organize kamu ve özel sağlık hizmetleri, sağlık bakanlıkları ve dairelerinin faaliyet ve politikaları, profesyonel dernekler ve sağlıkla alakalı sivil toplum

kuruluşlarından oluşmaktadır (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2011). Sağlık sektöründe verilen hizmetin arzu edilen nitelik ve formda olabilmesi için; personel sunumu, hizmet sunumu, hukuki düzenlemeler, finans desteği ve teknoloji tarzında destekleyici unsurların sunumu gibi koşulların sağlanması gerekmektedir (Sargutan, 2005b).

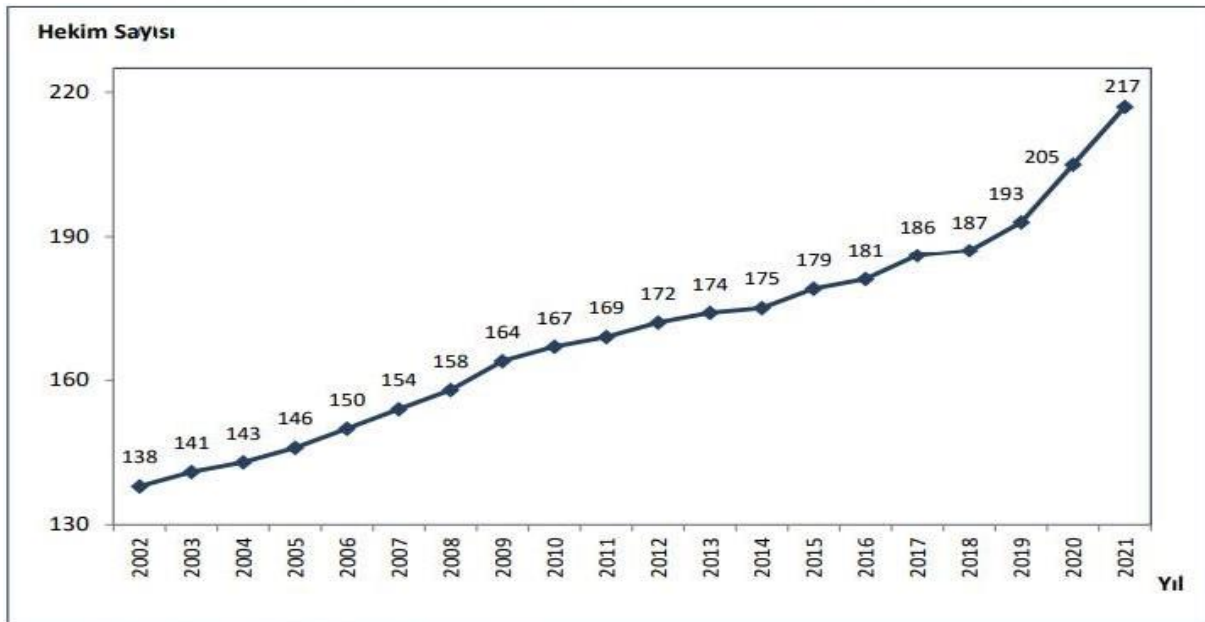
2.2. Sağlık Çalışanları

Birçok çalışmada sağlık çalışanı kavramı çok geniş tutularak sağlık meslek mensubu olmayan ama sağlık alanında çalışan diğer meslek grupları da sağlık çalışanı olarak tanımlanmıştır. Ayrıca sağlık profesyonelleri, sağlık personeli, sağlık görevlisi, sağlık meslek mensubu bireyler benzeri isimler de ‘sağlık çalışanı’ kavramı olarak tercih edilebilmektedir. Bu çalışmada sağlık çalışanı başlığı altında sadece sağlık meslek mensubu bireyler yani doktor, diş hekimi, eczacı, fizyoterapist, hemşire, ebe, sağlık memuru gibi profesyonel sağlık çalışanları kastedilmiştir.

Sağlık çalışanları, hizmet verdikleri toplumun gereksinimlerine göre insanların sağlığını korumasına ve geliştirmesine yardımcı olan, sağlığa yönelik olumsuz durumları inceleyen, bertaraf eden, teşhisini koyan ve tedavisini gerçekleştiren alanında uzman bireylerdir (Joseph ve Joseph, 2016). Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 4. Maddesinin c bendinde sağlık personeli *“hizmetin, resmi veya özel sağlık kurumlarında ve kuruluşlarında veya serbest olarak sunulmasına bakılmaksızın, sağlık hizmetinin verilmesine iştirak eden bütün sağlık meslekleri mensuplarını ve sağlık meslekleri mensubu olmasa bile sağlık hizmetinin verilmesine sorumlu olarak iştirak eden kimseler”* şeklinde tanımlanmıştır (T.C. Resmi Gazete, 1 Ağustos 1998, Sayı: 23420). Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik’te ise sağlık çalışanlarında; sağlık meslek mensupları ve sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensupları şeklinde bir ayırıma gidilmiştir. İlgili yönetmeliğin 4. Maddesinde *“sağlık meslek mensupları; tabip, diş tabibi, eczacı, hemşire, ebe ve optisyen ile 1219 sayılı Kanununun ek 13. Maddesinde tanımlanan diğer meslek mensupları”* olarak tanımlanmıştır. Bu yönetmeliğin Ek-1 kısmında iş ve görev tanımları yapılan sağlık meslek mensupları şu şekildedir; tabip ve uzman tabip, diş tabibi ve uzman diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire, klinik psikolog, fizyoterapist, fizyoterapi teknikeri, odyolog, odyometri teknikeri, diyetisyen, dil ve konuşma terapisti, pedolog, sağlık fizikçisi, radyoterapi teknikeri, anestezi teknisyeni/teknikeri, tıbbi laboratuvar teknisyeni, tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri, tıbbi görüntüleme teknisyeni/teknikeri, ağız ve diş sağlığı teknikeri, diş protez teknikeri, tıbbi

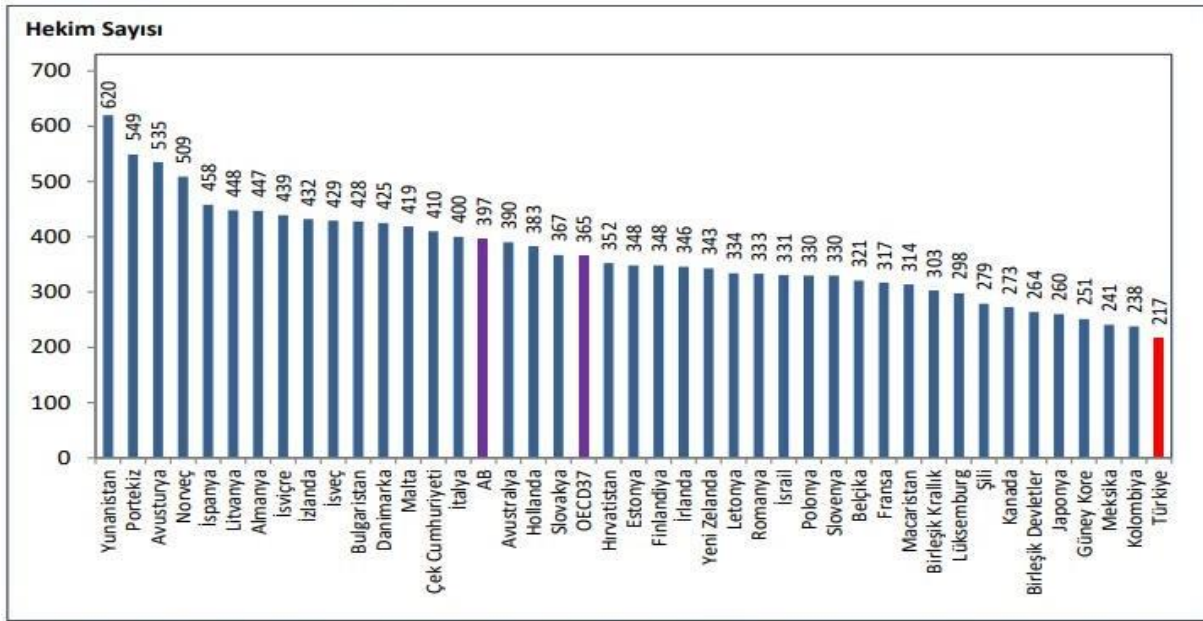
protez ve ortez teknisyeni/teknikeri, ameliyathane teknikeri, adli tıp teknikeri, diyaliz teknikeri, perfüzyonist, eczane teknikeri, iş ve uğraşı terapisti (ergoterapist), iş ve uğraşı teknikeri (ergoterapi teknikeri), elektronörofizyoloji teknikeri, mamografi teknikeri, optisyen ve acil tıp teknikeridir (T.C. Resmi Gazete, 22 Mayıs 2014, Sayı: 29007).

Bazı sağlık göstergeleri, ülkelerin sağlık hizmetlerinin mevcut durumunu ve verilen sağlık hizmetinin kalitesi ve verimliliği hakkında daha ön planda değerlendirilmektedir. Bunlara örnek verecek olursak; bebek ölüm oranları, anne ölümleri, yaşam standartları, GSMH ve GSYH'den sağlığa ayrılan pay, hekim ve sağlık personeli başına düşen nüfus, doğuştan beklenen yaşam süresi, kişi başına ortalama sağlık harcaması, yatak başına nüfus, ortalama yaşam süresi temel ve koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi hizmetlerine ayrılan kaynakların kıyaslanmasıdır (Sargutan, 2005a). Kaliteli bir sağlık hizmetinin verilebilmesi için sağlık meslek mensubu bireylerinin sayısı ve niteliği de önem arz etmektedir. Ülkemizde en son 2021 yılında yayınlanan Sağlık İstatikleri Yıllığı'na göre sağlık meslek mensubu bireylerin sayısı 770.611 kişidir (Başara ve ark., 2023). Sağlık alanında önemli bir parametre olan kişi başına düşen hekim sayısında son yıllarda artış gözlenirse de diğer ülkelerle kıyaslandığında bunun yeterli bir artış olmadığı gözlenmektedir. Aşağıda Şekil 2.1.'de ülkemizde yıllara göre her 100.000 kişiye düşen hekim sayısının dağılımı verilmiştir.



Şekil 2.1. Yıllara göre 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı, tüm sektörler (Başara ve ark., 2023).

Ülkemizin her 100.000 kişiye düşen hekim sayısında diğer ülkelerle olan kıyaslaması ise Şekil 2.2.'de gösterilmiştir.



Şekil 2.2. 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısının uluslararası karşılaştırması (Başara ve ark., 2023).

Not: Türkiye verisi 2021 yılına aittir. Ülke verileri 2020 yılına veya en yakın yıla aittir.

Sağlık mesleği mensubu bireyler, vardiyalı ve nöbet usulü çalışma, hayatının son dönemlerinde olan hastalara bakım verme, iş yerinde kişiler arası ilişkiler ve görev paylaşımında yaşanan sıkıntılar gibi strese neden olan birçok sorunla karşı karşıyadır (Khamisa ve ark., 2013). Sağlık çalışanlarının mesleklerinin getirdiği yoğun iş yükü ve stres, fizyolojik, psikolojik ve kimyasal riskler gibi nedenlerden dolayı mevcut sağlık durumlarını sürdürebilmeleri ve daha da ilerletmeleri gerekmektedir, bunu sağlayabilmenin yolu da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını edinmeleri ve hayat tarzı haline getirmeleri halinde mümkün olabilecektir.

2.3. Sağlık Hizmetleri

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunu'na (1961) göre sağlık hizmeti; “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler” olarak tanımlanmaktadır (T.C. Resmi Gazete, 12 Ocak 1961, Sayı:10705). DSÖ sağlık hizmetlerini; insan sağlığına zarar veren çok sayıda farklı etmenlerin yok edilmesi, hastalıklara tanı konulması için muayene ve tedavi, bedensel, akılsal becerilerin kaybedilmesi ya da azalması durumunda bunların yeniden yerine getirilmesi konusundaki tıbbi bakım faaliyetleri olarak tanımlamaktadır (Gençoğlu, 2018).

Sağlık mal ve hizmetleri, farklı özelliklere sahip olması sebebiyle diğer mal ve hizmetlerden ayrılmaktadır. Bu farklı temel özellikler şu şekilde sıralanabilir (Gençoğlu, 2018);

- Sağlık hizmetleri yarı kamusal mal niteliği taşımaktadır.
- Sağlık hizmetlerinde dışsallık mevcuttur.
- Sağlık hizmetleri erdemli mal niteliği taşır.
- Devlet müdahalesi vardır.
- Sağlık hizmetleri tüketimi öngörülemez ve belirsizdir.
- Sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur.
- Sağlık hizmetleri ertelenmemelidir.
- Sağlık hizmetinin kapsamı ve boyutu, hizmeti kullanana değil hizmeti verene bağlıdır.
- Sağlık hizmetlerinin çıktısı doğrudan parasal olarak ölçülememektedir.
- Sağlık hizmetlerinde hizmetin bedeli pazarlığa konu olamaz.
- Sağlık hizmetlerinde fiyat, hizmet maliyetine göre belirlenmiş olmayabilir.
- Sağlık hizmetlerinde asimetrik bilgi durumu söz konusudur.

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve düzeyi, ülkeler arasında farklılık göstermektedir hatta bir ülkenin şehirleri arasında da farklıdır. Bu farklılığın temel nedenleri sosyal ve ekonomik gelişmişlik düzeyidir (Başol, 2015). Hemen hemen tüm devletlerin sağlık hizmetlerinde önde gelen hedefleri arasında sağlıklı olma durumunun korunması, sağlığa uygun bir çevrenin oluşturulması ve toplumun sağlık durumunun iyileştirilmesi bulunmaktadır (Değirmenci, 2021).

Sağlık hizmetine yönelik faaliyetlerin hedefleri sıralanacak olursa (Alu, 2017);

- Birey ve içinde bulunduğu topluma sağlıklı bir hayat isteği, bilinci, bilgisi ve tutumu aşlamak,
- Toplumdaki bütün bireylere ihtiyaç duyacağı sağlık faaliyetlerini fiziksel, çevresel, ekonomik ve benzer olanaklardan bağımsız adil, nitelikli ve yeterli miktarda ulaştırmak,
- Bireysel, çevresel ve kamusal sağlıklı alanlar oluşturmak,
- Bireylerin sağlığı kazanmasını, muhafaza etmesini ve ilerletmesini sağlayarak toplumsal sağlığın oluşturulmasıdır.

Sağlık hizmetleri ilgili kaynaklarda çoğunlukla; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi amaçlı sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri olarak üç başlık altında incelenmektedir.

2.3.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Sağlığa yönelik hizmetlerin gerçekleştirilmesinde, hastalıkları tedavi etmenin maliyetinin onları oluşmadan önlemeye göre daha fazla olması nedeniyle tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden koruyucu sağlık hizmetleri daha önceliklidir. Bu hizmetlerin etkinliği ülkelerin gelişmişlik seviyesine göre de değişikliklik göstermektedir (Altay, 2007).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsadığı hizmetler; sağlık evleri, sağlık ocakları, ana-çocuk sağlığı merkezleri, revir, çevre sağlığı birimi, halk sağlığı merkezleri, okul sağlığı, gezici sağlık birimleri ve aile hekimliği merkezleridir (Başol, 2015).

Koruyucu sağlık hizmetleri amaçlarına göre çevresel koruyucu sağlık hizmetleri (temiz su sağlanması, katı ve sıvı atıkların zararsızlaştırılması, konut sağlığı, sanayi/endüstri sağlığı, haşerelerle mücadele, hava kirliliğiyle mücadele, radyasyonla mücadele, gürültü kirliliğiyle mücadele) ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri (erken teşhis, doğru tedavi, aşılama, ilaçla koruma, sağlıklı beslenme, sağlık eğitimi) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde sağlık sektörü daha çok danışmanlık ve denetim faaliyetlerini yürütürken, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri doğrudan sağlık sektörü tarafından sağlık personelleri vasıtasıyla yürütülen sağlık hizmetleridir (Dağlı, 2006).

2.3.2. Tedavi amaçlı sağlık hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst kademesini oluşturmaktadır (Gençoğlu, 2018) ve hastalık ortaya çıktıktan sonra muayene ve tedavi hizmetlerini kapsar. Tedavi edici sağlık hizmetleri; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olmak üzere üç basamakta ele alınmaktadır (Başol, 2015).

2.3.2.1. Birinci basamak sağlık hizmetleri

“Birinci basamak sağlık hizmet sunucuları, ilgili mevzuatında tanımlanan, hastaların ayaktan veya yataklı teşhis ve tedavilerinin yapıldığı sağlık kuruluşlarıdır. Birinci basamak ayaktan teşhis ve tedavi hizmeti sunan sağlık hizmet sunucuları şunlardır (T.C. Resmi Gazete, 10 Şubat 2022, Sayı:31746):

- a) Bünyesinde birinci basamak sağlık kuruluşu bulunan ilçe sağlık müdürlüğü,

- b) Toplum sağlığı merkezi (TSM),
- c) Aile sağlığı merkezi (ASM),
- d) Halk sağlığı laboratuvarı (L1 ve L2),
- e) Kurum tabipliği,
- f) 112 Acil sağlık hizmeti birimleri,
- g) Evde bakım merkezleri veya birimler,
- h) İşyeri sağlık ve güvenlik hizmeti sunulan birimler,
- i) Belediyelere ait poliklinikler,
- j) zel poliklinikler,
- k) Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları,
- l) niversiteler bünyesindeki mediko-sosyal birimler,
- m)Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri,
- n) 18.12.1953 tarihli ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun kapsamında serbest faaliyet gösteren eczaneler,
- o) Muayenehaneler.”

“Birinci basamak ayaktan ve yataklı teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti sunan sağlık hizmet sunucuları entegre ile devlet hastaneleridir. Birinci basamak sağlık hizmet sunucularının faaliyet izin belgelerine; ilgili birim tarafından onayı alınmış çocuk, ergen, kadın ve üreme sağlığı birimi, enfeksiyon kontrol birimi, entegre sağlık hizmeti birimi, evde sağlık hizmeti birimi, kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi, sıtma savaş dispanseri, verem savaşı dispanseri, sağlıklı hayat merkezi, göçmen sağlığı merkezi, iş sağlığı ve güvenliği birimi, yetkilendirilmiş aile hekimliği birimi, sağlık evi, ilgili mevzuatı kapsamında açılacak benzer birimler bağlı birim olarak eklenir” (T.C. Resmi Gazete, 10 şubat 2022, Sayı:31746).

2.3.2.2. İkinci basamak sağlık hizmetleri

“İkinci basamak sağlık hizmet sunucuları, ilgili mevzuatında tanımlanan ayaktan veya yataklı teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti verilen sağlık kurumlarıdır. İkinci basamak sağlık hizmet sunucuları şunlardır (T.C. Resmi Gazete, 10 şubat 2022, Sayı:31746):

- a) Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri,
- b) Entegre ile hastanesi (E1),
- c) Bakanlığa bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri,

- d) Kamu kurumlarına ait olup Bakanlıkça ruhsatlandırılmış olan hastaneler, tıp merkezleri ve dal merkezleri,
- e) Özel hastaneler,
- f) Özel tıp merkezleri ve dal merkezleri,
- g) Ağız ve diş sağlığı hastaneleri,
- h) Diyaliz merkezleri, üremeye yardımcı tedavi merkezleri, hiperbarik oksijen tedavi merkezleri, tıbbi laboratuvarlar gibi müstakil olarak ruhsatlandırılan tanı ve tedavi merkezleri.”

“İkinci basamak sağlık hizmet sunucularına ait faaliyet izin belgelerine; ilgili birim tarafından açılış onayı alınmış, alkol ve madde bağımlılığı tedavi ve eğitim merkezi, çocuk ergen madde bağımlılığı tedavi merkezi, diyaliz merkezi, gebe okulu, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama birimi, obezite merkezi, toplum ruh sağlığı merkezi, üremeye yardımcı tedavi merkezi, semt poliklinikleri, ek hizmet binaları ve benzeri birimler bağlı birim olarak eklenir” (T.C. Resmi Gazete, 10 Şubat 2022, Sayı:31746).

2.3.2.3. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri

“Üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları, ilgili mevzuatında tanımlanan ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için yüksek teknoloji içeren ve/veya eğitim ve araştırma hizmetlerinin verilebileceği altyapıya sahip üst düzey hastanelerdir. Üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları, kurum harici veya il dışından üçüncü basamak sağlık hizmeti ihtiyacı için sevkle gelen hastaların kabulünü yapar ve sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılar. Üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularına ait faaliyet izin belgelerine; ilgili mevzuatı ve Bakanlık planlama ilkeleri çerçevesinde açılış onayı alınmış, bağımlılık arındırma merkezi, bağımlılık rehabilitasyon merkezi, çocuk izlem merkezi, toplum ruh sağlığı merkezi, diyaliz merkezi, gebe okulu, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama merkezi, obezite merkezi, üremeye yardımcı tedavi merkezi, semt poliklinikleri, ek hizmet binaları ve benzeri birimler ilgili mevzuat çerçevesinde bağlı birim olarak eklenebilir. Bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile devlet ve vakıf üniversitelerine ait hastaneler doğrudan üçüncü basamak olarak basamaklandırılır” (T.C. Resmi Gazete, 10 Şubat 2022, Sayı:31746).

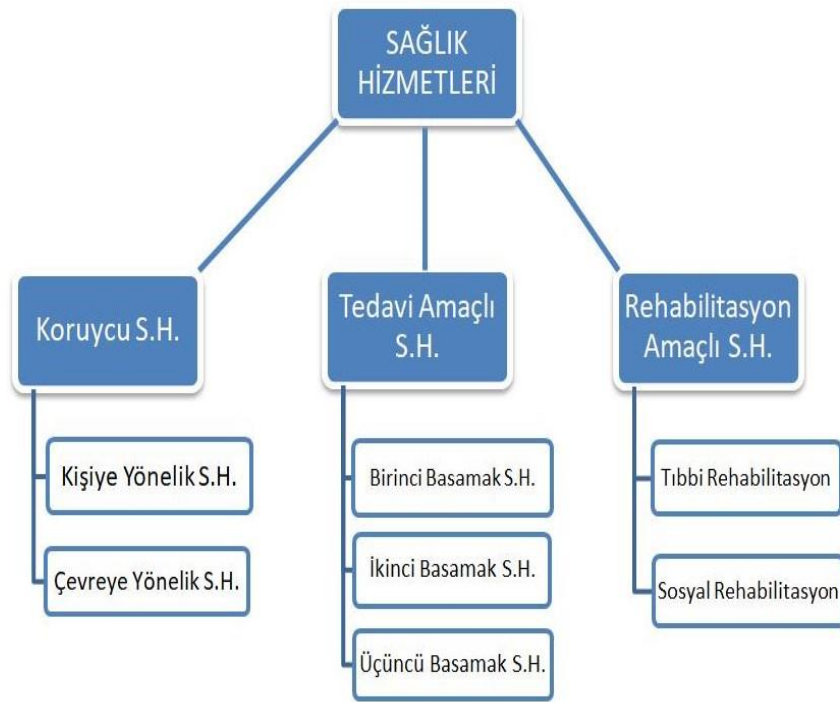
2.3.3. Rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri

Yangın, deprem, trafik kazası, iş kazasına benzer şekilde ansızın meydana gelen olumsuz durumlar neticesinde bedensel veya ruhsal bakımdan sakatlığa uğramış kişilerin

yeniden topluma kazandırılmalarını sağlayabilmek için motivasyon ve destek çalışmalarını kapsayan sağlık hizmeti çeşididir (Özkara, 2006).

Sosyal rehabilitasyon ve tıbbi rehabilitasyon olarak ikiye ayrılan rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetlerinde; sosyal rehabilitasyon ile fiziksel ve psikolojik olarak kısıtlı olan bireylerin tekrar içinde bulunduğu toplum ve çevresiyle bütünleşebilmesi ve ekonomik hayata kazandırılması hedeflenmektedir. Tıbbi rehabilitasyon ile de iş görebilme yeteneğini kısmen veya tamamen kaybeden bireylere ihtiyaç duyduğu yardımcı cihazlarla bu yeteneklerini yeniden kazandırmak amaçlanmaktadır. (Çelikay ve Gümüş, 2010).

Amaçlarına göre sağlık hizmetleri sınıflandırmasının şema halinde gösterimi aşağıda yer almaktadır.



Şekil 2.3. Sağlık hizmetleri sınıflandırması (Kök ve Sayım, 2009)

Ülkemizde kişilerin sağlığını korumasına ve geliştirmesine yönelik çalışmalar ve eğitimler birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan ilgili sağlık profesyoneli tarafından yürütülmektedir. Daha çok ev ziyaretleri ve aile sağlığı merkezlerinde doğrudan öğretim şeklinde gerçekleşen sağlık eğitiminde görevli sağlık çalışanlarının kendilerinin de

model olma açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemesi ve göstermesi gerekir (Pasinlioğlu ve Gözüm, 1998).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) ilk aşamasında birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu için Aile Hekimliği Türkiye Modeli geliştirilerek bütün illerde hayata geçirilmiştir. Daha sonraki dönemde ise toplum sağlığı merkezlerine bağlı olarak faaliyet gösteren sağlıklı hayat merkezleri faaliyete geçirilmiştir. Sağlıklı hayat merkezleri; sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak, sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak amacıyla kurulan çok amaçlı yapılardır. Sağlıklı hayat merkezlerinde bulunduğu yerin fiziksel yapısı da göz önünde bulundurularak beslenme danışmanlığı, kronik hastalıklar ve fiziksel aktivite danışmanlığı, kadın ve üreme sağlığı danışmanlığı, kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezi (KETEM), ruh sağlığı danışmanlığı, çocuk ve ergen sağlığı danışmanlığı, tütün ve madde bağımlılığı danışmanlığı, enfeksiyon kontrol hizmetleri, koruyucu ağız ve diş sağlığı danışmanlığı, tıbbi hizmetler ve idari hizmetler yer almaktadır (Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Dairesi Başkanlığı, 2023).

2.4. Sağlıklı Yaşam

Sağlıklı yaşam, bireyin etkili olarak çalışmasına, topluma katkıda bulunmasına ve hayat kalitesini destekleyen zihinsel, duygusal, sosyal ve fiziksel birçok farklı unsurun birleşimi şeklinde ifade edilebilmektedir. Bireyin hayatı ile alakalı fonksiyonlarını aktif bir şekilde yapabilme becerisini ve yaşamında nasıl hissettiğini yansıtan sağlıklı yaşam, hastalığın aksine sağlığın olumlu bir bileşeni olarak tanımlanmaktadır (Corbin ve ark., 2008).

Sağlıklı bir yaşam sürmek toplumdaki bütün kişiler açısından oldukça değerli hak niteliğindedir. Nitekim 1948'de Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen ve TBMM tarafından 1949'da Resmi Gazete'de yayınlanan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde "herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkının olduğu" şeklinde belirtilerek (T.C. Resmi Gazete, 27 Mayıs 1949, Sayı:7217) sağlıklı yaşama vurgu yapılmıştır.

Bireylerin ortaya koyduğu neredeyse bütün faaliyet ve davranışların sağlık durumları üzerinde bir etkisi olduğu öne sürülebilir (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2011). Bireylerin hayatlarının erken dönemlerinde sağlıklı yaşama dair alışkanlıklara sahip olup

olmaması durumu, yaşamın sonraki dönemlerinde yaşam biçimini ve hastalık risklerini etkilemektedir (Karakuş ve Çakır, 2020).

2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlığa yönelik olumlu tutumları oluşturma ve günlük aktiviteleri düzenlemede sağlığı geliştirmeye yönelik davranışları tercih etme alışkanlığının kazanılması sağlıklı yaşam biçimi olarak adlandırılır (Pender ve ark., 1987). Sağlığın olumlu bir şekilde ilerlemesindeki amaç kişinin kendi sağlığını geliştirmesi ve kontrolünü düzenli olarak gerçekleştirmesidir. Böylece hastalıklardan korunmak, hastalıkları erken teşhis etmek ve mevcut sağlık durumunun devamını sağlamak gibi sağlığı geliştirici davranışlar önem arz etmektedir (Owens, 2006). DSÖ'nün yaptığı bir araştırmaya göre bireylerin davranış ve yaşam tarzları onların sağlık kalitelerinin %60'ını etkilemektedir (WHO, 2004).

Temeli aile ve bireyin içinde bulunduğu toplumda atılan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi eğitim ile olur ve sürekli değişime uğrar (Türkol ve Güneş, 2012). Sağlıklı bireylerin bir toplumda sayıca fazla olması, o toplumun sağlık düzeyini belirler. Sağlıklı olmak; mevcut sağlığın muhafaza edilmesi ve sürdürülmesi, sağlığın iyileştirilmesine dayanan esas bir haktır. Bireyler sorumluluk alarak gündelik yaşamında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeli ve alışkanlık haline getirmelidirler (Komduur ve ark., 2009). Özellikle günümüz tüketim dünyasında bireyleri sağlıklı olmayan davranışlara zorlayan ve keyif verici olan eğlence, beslenme ve teknoloji gibi alanlarda artan cazibeli çeşitliliklerin olduğu da bir gerçektir (Veenhoven, 2008). Bu nedenle günümüzde bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmanın ve sağlıklı olmayan alışkanlıklarından uzaklaştırmanın zorlu bir süreç olduğu söylenebilir (Kayın, 2021).

Yaşam biçiminin yol açtığı olumsuzlukların önlenmesi bireylerin sağlıklı bir hayat tarzına sahip olmalarına bağlıdır. Süreğen hastalıkların önlenmesi, hayat standardının artırılması ve aktif bir yaşlılık dönemine sahip olunmasında bu davranışların kazanılması oldukça önemlidir (Cindaş, 2001; Aksoy ve Uçar, 2014).

Herbir ferдин kendi iyilik düzeyini devam ettirmesine ve geliştirmesine yönelik tutumlar “sağlıklı yaşam biçimi davranışları” şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; stres yönetimi, fiziksel aktivite, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler ve dengeli ve yeterli beslenmeden oluşmaktadır (Pender ve ark., 1992).

2.5.1. Fiziksel aktivite

Günümüzde teknolojik gelişmelerin ve ilerlemenin hayatımızı kolaylaştırdığı yadsınamaz bir gerçektir. Ancak hayatımızı kolaylaştırmasının yanında günlük yaşamımızda daha az hareket etmemize ve böylece daha az enerji harcamamıza da neden olmaktadır. Hareketsiz yaşam sağlığımızı olumsuz olarak etkilemekte ve bazı hastalıklara yakalanma riskini de artırmaktadır. Fiziksel aktivitenin düzenli bir şekilde yapılması insanları bu tarz risklere ve hareketsiz yaşamın getireceği olumsuzluklara karşı korumaktadır.

Dünyada toplam sağlık harcamalarının ortalama %2'sinin, hareketsiz yaşam ve sağlıksız beslenmenin yol açtığı sağlık problemlerinden kaynaklanan harcamalar olduğu bilinmektedir. İnaktif yaşamın maliyetinin Avrupa ülkelerinde herbir birey için ortalama 150-300 € olabileceği şeklinde görüş bildirilmiştir. Sağlık harcamalarının yol açtığı ekonomik giderlerin düşürülmesinde aktif yaşamın teşvik edilmesi etkili bir yöntemdir. DSÖ'nün 2008 yılı raporunda dünya genelinde 15 yaş ve üzeri yetişkinlerin %31'inin yeterince hareketli olmadığı bildirilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yapılan "Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması"na göre ise Türkiye genelinde kadınların %87'si, erkeklerin ise %77'sinin yeterli ölçüde fiziksel aktivite yapmadığı belirlenmiştir. Bu durum hareketsiz yaşam tarzının ülkemiz için ciddi boyutlarda olduğunu ortaya koymaktadır (Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı , 2022).

Günelik hayatta hareket etmemizi sağlayan vücut sistemleri vasıtasıyla güç sarf etmemizi sağlayan ve değişik seviyelerde bitkinlikle sonuçlanan aktiviteler fiziksel aktivite olarak adlandırılır (World Health Organization, 2016).

- Yürüyüş yapmak
- Hafif veya tempolu koşu
- Yüzmek
- Zıplamak
- Bisiklet sürmek
- Çömelmek
- Üst ve alt ekstremiteler hareketleri

benzeri ana bedensel aktivitelerin hepsini veya bir bölümünü kapsayan sportif faaliyetler, egzersiz, oyun ve günlük yaşam becerilerinin gerçekleşmesini sağlayan faaliyetler fiziksel aktivite sayılabilirler (Bek, 2012).

Fiziksel aktivite; hafif, orta ve şiddetli egzersizleri düzenli olarak yapmayı içerir ve planlı olarak günlük yaşamın bir parçası olarak yürütülür (Bahar ve ark., 2008). Haftada 3-4 kere yapılan, 30-60 dakikalık orta şiddette fiziksel aktivite bile genellikle sağlığımız üzerinde olumlu etkileri açığa çıkarmaya yeterlidir. Fiziksel aktivite programı kişiye özeldir. Oluşturulan fiziksel aktivite programlarında, kişinin fiziksel aktiviteyi yapma sıklığı, süresi ve yoğunluğu dikkate alınarak ilerleme basamakları belirlenmelidir. Böylece fiziksel aktivitenin sağlık üzerindeki olumlu etkileri artırılmış ve kalıcı hale getirilmiş olur. İnsan sağlığı açısından egzersizin başlıca etkileri sınıflandırılacak olursa (SB Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2022);

1. Beden sağlığımız üzerine olan etkileri,

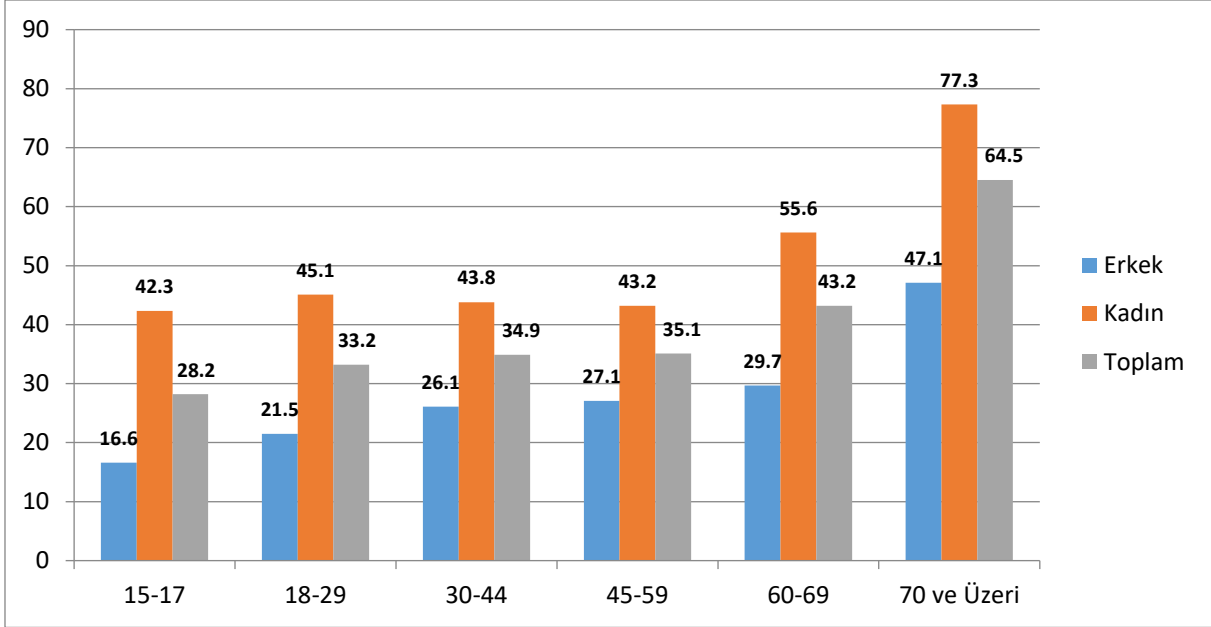
- Kas kuvvetinin korunması ve geliştirilmesi,
- Vücut düzgünlüğünün ve postürün korunması,
- Yorgunluğun azaltılması,
- Kalp ritminin düzenlenmesi,
- Kalbi güçlendirerek kalbe olan kan akışını artırması ve kalp krizi geçirme riskini azaltması,
- Solunum kapasitesinde artış oluşturması,
- Düzenli fiziksel aktivite yapan bireyler sigara bağımlılığından kurtulma konusunda inaktif bireylere göre daha başarılıdırlar,
- Düzenli fiziksel aktivite insülin aktivitesinin kontrolünü sağlayarak şeker hastalığının ve kan şekerinin kontrolüne yardımcı olur,
- Vücudun su, tuz, mineral dengesine katkı sağlar,
- Vücudun yağlanması ve kilo artışının önüne geçer,
- Beyin damar hastalıkları gelişme riskini azaltır.

2. Ruhsal ve sosyal sağlığımız üzerine olan etkileri,

- Sağlıklı kas, kemik ve eklem yapısı üzerine olumlu etkileri nedeniyle vücut düzgünlüğü ve farkındalığını geliştirerek bedeni ile barışık, özgüvenli bireyler yaratır,
- Olumlu düşünme ve stresle başa çıkabilme yeteneğini geliştirir,
- Kendini iyi hissetme ve mutluluk oluşturur.

Yedi coğrafik bölgeden seçilen 7 ilde 30 yaş üstü 15 468 bireyde yapılan “Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım (SBKK)” çalışmasında (SB, 2004) bireylerin fiziksel aktivite alışkanlığı sorgulanmış ve bireylerin sadece %3.5'i düzenli (haftada en az 3 gün, 30

dakika orta şiddette) fiziksel aktivite yaptıklarını beyan etmişlerdir. Ulusal Hanehalkı Araştırmasına (SB, 2006) göre (beş bölge 18 yaş üstü 11 481 bireyde) ise bireylerin %20.32'sinin hareketsiz yaşadığı, %15.99'unun yetersiz düzeyde fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır.



Şekil 2.4. Türkiye’de DSÖ sağlık için fiziksel aktivite önerilerini karşılamayanların yaş gruplarına göre dağılım durumu (Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, 2017).

Düzenli fiziksel aktivite, bireyin tüm hayatı süresince yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir yer edinmektedir ve fiziksel sağlığın, psikolojik iyiliğin korunması, kalp hastalıkları, diyabet, yüksek tansiyon ve kanser gibi kronik hastalıkların ortaya çıkma riskinin azaltılması, yaşam kalitesinin ve süresinin artırılması gibi durumları etkilemektedir (Yeşilkaya, 2018; Çalışkan, 2019).

Fiziksel aktivite programının bu alanda uzman kişiler tarafından yapılan değerlendirme sonucu kişiye özel olarak planlanması hem beklenen faydayı en üst seviyeye çıkarmaya yardımcı olur hem de meydana gelebilecek tehditler bertaraf edilebilir (İrmak ve ark., 2022).

2.5.2. Dengeli ve yeterli beslenme

Hayatın en temel ihtiyaçlarından birisi olan beslenme, anne karnında bulunan bir bebeğin sağlığından yaşlılık döneminde bulunan bir bireyin sağlığına kadar bütün yaş gruplarını etkileyen çok önemli bir konudur. Beslenme; mevcut sağlığı muhafaza etmek, iyileştirmek ve hayat kalitesinin sürdürülmesi adına vücuda ihtiyaç duyulan gıda maddelerinin gereken zamanlarda alınmasıdır (Keskinçilic ve Yardım, 2017).

Yeterli ve dengeli beslenme ise; insanın gelişimi, değişimi, aktif bir şekilde yaşlanması ve vücut sıhhatini koruması için ihtiyaç duyduğu gıda maddelerinin her birinin gerektiği kadarının alınıp uygun şekilde yararlanılmasıdır. Bu besin maddelerinin alımında doğru miktarın ayarlanamaması ya da hiç alınmaması sağlığı olumsuz etkilemekte, vücut gelişimini durdurabilmektedir (Toprak ve ark., 2002). Erken ölümlerin oluşmasında ve hastalıkların ortaya çıkmasında eksik veya ölçsüz beslenmenin payı oldukça fazladır. Çünkü kişisel ve toplumsal sağlığın müdahale edilebilir ve kontrol altında tutulabilir hayat tarzı faktörü beslenmedir (Şanlıer ve ark., 2011).

İnsan vücudunun ihtiyaç duyduğu enerji miktarının dengede tutulması ve hareketsiz yaşamdan uzak durulması ile vücut ağırlığı kontrol edilebilir. 5 temel besin grubunda bulunan besinlerin diyetisyen tarafından bireye özgü bir şekilde belirlenen miktarlarda tüketilmesi gıda alımının düzenli olması açısından önemlidir. Dikkat çekilen temel gıda grupları;

- A. Süt ve Süt Ürünleri** (Her gün 3-4 porsiyon)
 - B. Et-Yumurta- Kuru Baklagiller Grubu** (Her gün 2-3 porsiyon)
 - C. Sebze Grubu** (En az günde 3-4 tabak)
 - D. Meyve Grubu** (En az günde 3-4 tabak)
 - E. Ekmek ve Tahıl Grubu** (Her gün tam tahıl ürünleri için 3-5 porsiyon)
- (Keskinkılıç ve Yardım, 2017).

Besin gruplarında bulunan besinlerden uygun ve sağlıklı bir tercih yapılabilmesi için bireylerin yaş, sağlık hali, fizyolojik özellikleri ve cinsiyetleri göz önünde bulundurularak, yiyecek ve içeceklerin yapısal özelliklerine, renk çeşitliliğine, tuz, posa, eklenmiş şeker ile yağ içerip içermediklerine özen gösterilerek seçimde bulunulmalıdır. Amaç her öğünde bütün besin gruplarından bir besinin seçilerek tüketilmesi olmalıdır (Keskinkılıç ve Yardım, 2017). Aşağıdaki şekilde sağlıklı bir yemek tabağının nasıl olması gerektiği gösterilmiştir;



Şekil 2.5. Besin gruplarına göre sağlıklı beslenme tabağı (<https://www.saglik.gov.tr/> ,20 Eylül 2022).

Günümüzde beslenme açısından iyilik halinin; küreselleşme, serbest ticaret, ekonomik gelişme, besin üretim ve dağıtım koşulları, kültürel etmenler, gıda sanayisinde ve teknolojisindeki değişimler ile bireysel tercihlerde değişim, kentleşme, iklim değişikliği ve beslenmede geçiş gibi birçok etmenin etkisi altında olduğu bilinmektedir. Bu değişimler birçok ülkede diyeti, beslenme ve sağlık durumunu etkilemekte, ülkelerin ve bireylerin beslenme alışkanlıklarında ve örüntüsünde önemli değişikliklere neden olmaktadır (Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, 2019).

2.5.3. Manevi gelişim

İnsanlar şifa arayışına başladıklarından beri maddi olanakların yanında manevi güçlerin de etkisine inanmışlardır. 20. yüzyılın başlarından itibaren rasyonel yaklaşımlardan dolayı tıp alanı ile manevi alanın ilişkisi kesilse de 1990’larda sağlıkta manevi yaklaşım önem kazanmaya başlamış ve tedavi sürecindeki bireylerin fiziksel, sosyal, duygusal, ekonomik, kültürel yönlerinin yanında manevi yönden de değerlendirilmesi gerektiği fikri ortaya çıkmıştır (Boztilki ve Ardıç, 2017).

Kişinin manevi değerleri, tedavi sürecinde kendisine bir güç ve umut kaynağı olabilmesi ve kendisine yapılacak müdahaleler konusunda belirleyici olabilmesi bakımından sağlık hizmetlerinde önemli görülmektedir. Maneviyatın sağlıkla olan ilişkisini araştıran

çalışmalara bakıldığında genellikle manevi pratiklerin insanların kötü alışkanlıklarını engellediği ve doğal olarak onları sağlıklı bir yaşama yönlendirdiği, manevi yönü güçlü olanların fiziksel, duygusal, sosyal yönden daha sağlıklı oldukları görülmüştür (Levin ve Schiller, 1987).

İlişki kurma, gelişme ve aşılma ile gerçekleşen ve öz becerilerin ilerlemesine odaklanan kavram manevi gelişimdir. Kendi iç huzurumuzu gerçekleştiren, kim olduğumuzla ilgili olan ve yaptıklarımızın haricinde farklı deneyimlere olanak tanıyan şey “aşılma”dır. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Gelişme, hayattaki amaçlar için gayret gösterme ve iyilik durumu için bireylerin gücünü en üst seviyeye çıkarmasıdır (Walker ve ark., 1996; Bahar ve ark., 2008).

2.5.4. Stres yönetimi

Stres günlük hayatımızda sıkça duyduğumuz ve giderek de yaygınlaşan bir kelime olmuştur. Bilhassa ekonomik ve sosyal yönden belirli bir ilerleme kaydetmiş ve kaydetmekte olan bölgelerde bireylerin bedensel veya ruhsal şikayetlerinin birçoğu stres ile ilişkilendirilmektedir (Kırel, 1993). Hemen her birey hayatının belli bir döneminde strese maruz kalmakta, strese uzun süre maruz kalanlarda veya stresle başa çıkamayan kişilerde çeşitli sağlık problemleri ortaya çıkmaktadır.

Stres Latince “estricia” kelimesinden türemiştir ve sıkıştırmak, zorlanma, dert, keder, gerilim, baskı gibi anlamları ifade etmektedir. Aynı zamanda insan fizyolojisini tehdit eden etmenler ve bu tehditlere karşı insan bedeninde oluşan istenmeyen değişiklikler olarak tanımlanmaktadır (Cufta, 2016). Selye (1956) ise; “vücuda yüklenen herhangi bir özel olamayan isteme karşı vücudun tepkisi” şeklinde stres kelimesinin tasvirini yapmıştır (Johnstone, 1989 akt; Güçlü, 2001).

İnsan vücudu stres ile karşılaştığında 3 aşamadan geçer. Strese neden olan faktörün keşfedildiği ve vücudun tepki vererek önlem almaya başladığı evre “alarm aşaması”, strese karşı uygun bir ortamda vücudun meydana getirdiği direnç evresi “direnme aşaması”, stresle baş edilemediği ve organizmanın hastalıklara karşı açık duruma geldiği evre “tükenme aşaması” olarak isimlendirilir (Aytaç, 2009).

Stres belirtileri, stresin şiddeti ve süresine göre değişen, halsizlik tarzında zayıf belirtilerden hayati fonksiyonları etkileyebilecek kritik belirtilere kadar kapsamlı bir

çerçeve de hissedilebilir. Genel olarak stres belirtileri fiziksel, psikolojik ve davranışsal olarak sınıflandırılır (Özel ve Bay Karabulut, 2018). *Stresin fiziksel belirtileri*; hızlı ve yüzeysel solunum, uyuşukluk, yorgunluk, mide yanması, aşırı terleme, kas gerginliği ve ağrıları, ağız kuruluğu, kaşıntı, deri döküntüleri, çarpıntı, diyare, tırnak yeme, kalp hastalıkları, iştah kaybı veya aşırı yeme iteği, sık idrara çıkma, baş ağrısı olarak sayılabilir (Yıldırım, 1991). *Stresin psikolojik belirtileri*; uyku bozukluğu, huzursuzluk, öfke, gerilim, üzüntü, sinirlilik, panik, kaygı, sabırsızlık, endişe, cinsel yaşamda sorunlar, aşırı hassasiyet, ölüm ve intihar düşünceleri, sık sık hayal kurma, aşırı hassasiyet, hafıza zayıflığı, alkol ve madde kullanımında artış, depresyon, benlik saygısında azalmadır (Güçlü, 2001). *Stresin davranışsal belirtileri*; öfke patlamaları, konsantrasyon sorunu, aşırı hareketlilik veya aşırı durağanlık, ağlama krizi, huzursuzluk, tartışmaya yatkınlık ve dinleme yeteneğinde bozulmadır (Aytaç, 2009).

Günlük yaşamımızda stresin ve onun oluşturduğu olumsuzlukların tamamen engellenmesi mümkün olmamaktadır. Bundan dolayı stresin meydana getirdiği olumsuz etkilerin ortadan kaldırılması için kişilerin stresi iyi yönetebilmesi ve stresle başa çıkmayı öğrenmesi gerekmektedir (Sürme, 2019). Stresin üstesinden gelmek için kişisel gerçekleştirilen yöntemler bulunmaktadır. Bunlar; egzersiz, meditasyon, biyo feedback, solunum egzersizleri, gevşeme, beslenme ve diyet, masaj, toplumsal destek alma, sosyal, kültürel ve sportif faaliyetlere katılma, dua ve ibadet, zaman yönetimi gibi tekniklerdir (Güçlü, 2001).

Stresi en aza indirmek ya da kontrol altında tutmak amacıyla kişinin fizyolojik ve psikolojik faktörleri tanımlayabilmesi, bunları kullanabilmesi stres yönetimi olarak tanımlanabilir (Walker ve ark., 1996). Diğer bir deyişle; stresi yenmek, hayat kalitesini yükseltmek için mevcut vaziyeti veya ona yönelik reaksiyonları değiştirmektir (Güçlü, 2001). Stres yönetiminde başarı sağlayabilmek için bedensel ve zihinsel değişimlerin farkında olunmalıdır. Aynı zamanda strese neden olan düşünce kalıplarını kullanmaktan olabildiğince kaçınmak ya da hiç kullanmamak da yararlı olacaktır. Stres yönetimi için aşağıdakiler önerilmektedir (Kaba, 2019);

- Aşırı mükemmeliyetçi olmamak,
- “Hayır” diyebilmek,
- Spora ve sağlıklı beslenmeye önem vermek,
- Bedenine iyi bakmak,

- Hobi edinmek, kendine zaman ayırmak,
- Paylaşmak, biriktirmemek,
- Nefes egzersizini ve gevşemeyi öğrenmek,
- Planlı olmak,
- Dinlenmeyi ihmal etmemek,
- Sevdiklerine zaman ayırmak,
- Ertelememek.

2.5.5. Sağlık sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu; kişinin bireysel sağlığına yönelik etkin bir yükümlülük duygusu hissetmesidir. Sağlığına yönelik otokontrol gerçekleştirilmesi, sağlık konusunda kendini eğitmesi ve zorunlu durumlarda ilgili kişilere başvurabilmesidir (Bahar ve ark., 2008). Bir başka tanıma göre de sağlığın sürdürülmesi amacıyla bireylerin kilo kontrolünü sağlama, fiziksel aktivite yapma ve sigara içmeme gibi davranışlarda bulunarak, sağlığa yönelik kontrollerini vaktinde gerçekleştirerek, doktor görüşlerini dikkate alarak her zamankinden daha zinde olması ve daha düşük maliyetlerle sağlığını devam ettirmesidir (Steinbrook, 2006).

Avcı (2016), sağlık sorumluluğu ile sağlığın geliştirilmesinin birbiriyle ilişkili olduğunu ve sağlığının geliştirilmesi için çaba sarf eden bireylerin sorumluluklarının farkında olduğunu belirtmiştir. Sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar kişilerin yaşam biçimlerinin vazgeçilmez bir parçasıdır ve sağlık statüsünün belirleyicisi olan faaliyetler olarak ifade edilmektedir. Bu faaliyetler fiziksel aktivitelere katılmayı, düzenli beslenme alışkanlıklarını sürdürmeyi ve kişisel sağlık sorumluluklarını üstlenmeyi içermektedir (Lee ve Loke, 2005).

Kişinin gerektiği zaman sağlığıyla ilgili üstleneceği sorumluluk seviyesi;

- Sağlığıyla alakalı herhangi bir değişiklik oluştuğunda vücudunu tanıyarak ilgili sağlık profesyonellerine başvurması,
- Belirli zamanlarda tıbbi kontrollerine ve gereken tetkiklere önem vererek gerçekleştirilmesi,
- Sağlık alanında güncel konulara ilgi duyması,
- Tartışmaya girdiği konular arasına sağlığı da dahil etmesi,
- Sağlık alanındaki eserlerden yararlanması,
- Sağlığını kontrol etmesi, iyilik halini idrak etmesi,

•Sağlığına yönelik sıradan sayılabilecek farklılıklar gerçekleştiğinde bile tedbirli davranarak gereken davranışı göstermesiyle ortaya çıkar (Güngörmüş, 2001).

Kişilerin sağlık sorumluluğunu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlardan bazıları;

Yaş: Yaş sağlık sorumluluğunu etkileyen önemli faktörlerden birisidir. Yaşın artmasıyla insanların kendi sağlıklarına yönelik daha hassas davrandıkları, sağlıkla ilgili yükümlülüklerini gerçekleştirmede istekli oldukları ortaya çıkmıştır.

Cinsiyet: Kadın bireylerin sağlıkla alakalı durumlarda erkek bireylere göre olumlu sağlık davranışı sergiledikleri gözlenmiştir.

Eğitim düzeyi: Kişilerin öğrenim düzeyi yükseldikçe sağlıklarıyla alakalı sorumluluk alma seviyeleri artmaktadır.

Medeni durum: Eşinden ayrılmış kişilerin sorumluluklarını paylaşacak bir kişi olmaması, kendi sağlıklarını ilgilendiren durumları daha fazla önemsemelerine sebep olmakta ve böylece sağlık sorumluluk düzeyleri evli olanlara göre daha yüksek çıkmaktadır.

Sigara ve alkol kullanmak: Sigara ve alkol alışkanlığı bireylerde düşük sağlık sorumluluğuna neden olmaktadır.

Beslenme: Düzenli beslenme alışkanlığı olanların oldukça güçlü sağlık sorumluluklarının gerçekleştiği ortaya çıkmıştır.

Kültür: İnsanların yaşadığı kültür sağlığı ilerletme ve sağlık sorumluluğu davranışlarını etkilemektedir.

Gelir düzeyi: İnsanların gelir düzeyinin yükselmesi sağlıklarıyla ilgili harcamaları yapabileme imkanlarını artırmakta ve bu durum da sağlık sorumluluk düzeylerinin daha fazla olmasını sağlamaktadır.

Sağlık politikaları: İnsanların hayatını idame ettirdikleri devletlerde sağlık yükümlülüğünü artıran yaklaşımların varlığı, kişisel sağlık sorumluluğunu artırıcı etki yapabilmektedir (Avcı 2016).

Thirlaway ve Davies (2013) sağlık sorumluluğu kavramının geliştirilmesi için bazı öneriler sunmuşlardır;

1) Bireylerin kendi sağlıklarına yönelik sorumluluklarının oluşturulması ve yaşam biçiminde yapılması gerekli olan değişiklikler bütünüyle kişilerin kendi istekleri doğrultusunda gerçekteşmelidir.

2) Kişinin yaşam tarzının sağlık davranışına yön verdiği ve sağlığının bozulmasına neden olabileceği belirlenmelidir. Bu da sağlık davranışının bireysel olduğunu göstermektedir.

3) Kişisel sağlık sorumluluğunun, çevresel özellikler, genetik yatkınlık, kültür, sağlık eşsitsizlikleri, sağlık okuryazarlığı, kişilerin yaşam biçimi ve zihinsel kapasitelerinden etkilendiği bilinmelidir.

4) Sağlık sorumluluğu için alışkanlık ve bağımlılık durumları tanımlanmalı, gerekli bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir.

5) Düzenli güncellenen ve kontrol edilen internet sitelerinin oluşturulması kişilerin sağlık davranışı ve hastalık yönetimi için kullanılabilir.

6) Hastalık yönetimi ve sağlık davranışının olumlu olmasına yönelik bireylere eğitim verilmelidir.

2.5.6. Kişilerarası ilişkiler

Kişilerarası ilişki; bireylerin diğer kişilerle olan ilişkilerinde yaşadıkları duygu, düşünce ve davranış stillerini ifade etmektedir. Genel olarak iki ya da daha fazla insan arasında gelişen, farklı ihtiyaçlardan kaynaklanan, tanışıklıktan samimiyete kadar farklı yoğunlukta yaşanan karşılıklı duygusal etkileşim ve davranışlar olarak tanımlanabilmektedir (İmamoğlu, 2008).

Diğer insanlarla ilişkisi olmayan bir birey düşünülemez ve insan, ilişkileri içinde yeniden, sürekli tanımlanan varlıktır. Bireylerin gerçekteştirdikleri ilişkilerinin kalitesi onların hayatlarının kalitesinin de bir göstergesidir. Bir bireyin kendini sevmesi ve diğer bireylerle, aynı zamanda doğayla ilişki halinde olması, onun hayatına değer katmaktadır (Cüceloğlu, 2019).

Bir insanın başka insanlarla ne şekilde iletişim gerçekteştirdiği, kendisini anlatım biçimi ve onlara yaklaşım tarzı onun kişilerarası iletişim biçimini oluşturur (Doğan ve Sapmaz, 2012). İnsanların birbirleriyle olan iletişim biçimleri, ilişki esnasında ortaya çıkan etkileşimlerin neticesinde oluşmakta, ayrıca oldukça geniş kapsamda bireylerin hayatında iz bırakmaktadır (Erözkan, 2009). Kişilerarası ilişki tarzları farklı şekillerde sınıflandırılmıştır. Horowitz ve ark. (1988) aşırı kendini açmaya dayalı, sömürüye açık, duyarsız, aşırı duyarlı,

kindar, girişken olmayan, çekingen ve otoriter iletişim biçimleri şeklinde sınıflandırmışlardır. Şahin ve ark. (1994) ise benmerkezci, küçümseyici, açık ve saygılı iletişim biçimleri olarak sınıflandırmıştır. Açık ve saygılı iletişim biçimi besleyici, küçümseyici ve benmerkezci iletişim biçimi ise tam tersi etki yapan tarz olarak tarif edilmiştir. Diğer bir sınıflandırmada ise öfkeli, manipülatif, duyarsız, baskın, alaycı ve kaçınan şeklinde ayrıma gidilmiştir (Şahin ve ark., 2011).

İnsanlar kendilerine özgü kişilerarası ilişki şekli geliştirebilmektedir. Kişi bir yandan oluşturduğu ilişki biçimine yönelik tavır sergilemekte, diğer yandan da etkilendiği kişilerin ilişki tarzlarına göre davranabilmektedir. Kişilerin eş zamanlı olarak başka insanlarla olan etkileşimlerinde ayrı ilişki biçimlerini benimsedikleri ve farkında olmadan karşılıklı bir şekilde bütüncü etkileşim içinde buldukları ortaya çıkabilmektedir (Yılmaz, 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, sağlık meslek mensubu bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını tespit etmek ve incelemek amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Karaman merkezde yer alan sağlık bakanlığına bağlı kamu kuruluşları olan hastane, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (ADSM), Toplum Sağlığı Merkezi ve bağlı kurumlarda görev yapan sağlık meslek mensubu bireyler oluşturmaktadır. Karaman İl Sağlık Müdürlüğü Personel Hizmetleri Biriminden 2021 yılı sonunda alınan verilere göre Karaman merkezde yer alan ilgili kamuya bağlı sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık meslek mensubu kişilerin sayısının 1412 olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Aşağıdaki formüle (İslamoğlu, 2009) göre yapılan hesaplamada 1412 kişilik evrenden ulaşılması gereken en az örneklem sayısının, %5 esneme payı ile %95 güven aralığında 302 olması gerektiği anlaşılmıştır.

$$n = \frac{z^2 PQ}{E^2 + \frac{z^2 PQ}{N}} = \frac{1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2 + \frac{1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{1412}} = 302$$

Formülde verilen parametrelerin anlamları ise şunlardır:

Z: 1,96 (Standart normal değişken = %95 güven düzeyinde)

N: Evren büyüklüğü

P: Anakütle oranı = (%50) 0,5 sapma payı (Maksimum hata olarak alındı),

Q: 1-P = 0,5

E: Varsayılan hata (%5) = 0,05

Toplamda 337 kişiye ulaşılmış ancak araştırmaya katılan 3 anket uygun olmadığı gerekçesi ile çalışmadan çıkarılmış ve 334 kişi ile çalışma gerçekleştirilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Tez çalışmasında veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket formu, sosyo-demografik özellikleri belirleyen 11 soru ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin (SYBDÖ-II) içerdiği 52 sorudan oluşmaktadır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu, sağlık çalışanlarının yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumu, medeni durumu, mesleği, meslekteki toplam çalışma süresi, görev yeri, çalıştığı birim/klinik, aylık nöbet sayısı, herhangi bir kronik hastalığının olup olmadığı ve sürekli kullandığı ilaçlar ile alakalı toplam 11 sorudan oluşmaktadır.

3.3.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek-2)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ), bireylerin sağlıklı yaşam biçimiyle ilgili sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek amacıyla 1987 yılında Walker ve ark. tarafından geliştirilmiş, 1996 yılında tekrar revize edilerek ‘Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II’ adını almıştır. Ölçeğin ilk versiyonunun ülkemizdeki geçerlilik güvenilirlik çalışmasını Esin (1997), ikinci versiyonunun geçerlilik güvenilirlik çalışmasını Akça (1998) yapmıştır. Geçerlilik güvenilirlik çalışmalarının üzerinden uzun zaman geçmesi nedeniyle en son Bahar ve ark. (2008) ölçeğin uyarlama çalışmalarını tekrarlamış, Cronbach Alpha değerini 0.92 olarak bulmuştur ve alt faktörlerinin güvenilirlik katsayıları ise; stres yönetimi 0.64, sağlık sorumluluğu 0.77, beslenme 0.68, fiziksel aktivite 0.79, kişilerarası ilişkiler 0.80 ve manevi gelişim 0.79 olarak saptanmıştır. Ölçek toplam 52 madde ve 6 alt faktörü olan 4’lü likert şeklindedir. Alt faktörler 8 maddelik stres yönetimi (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47), 9 maddelik sağlık sorumluluğu (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51), 9 maddelik beslenme (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50), 8 maddelik fiziksel aktivite (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46), 9 maddelik kişilerarası ilişkiler (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49) ve 9 maddelik manevi gelişimden (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52) oluşmaktadır. Ölçekte bulunan maddeler “hiçbir zaman” ve “düzenli olarak” ifadelerine denk gelecek şekilde 1-4 değerleri arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin tamamından alınacak en düşük puan 52, en yüksek puan ise 208’dir. Ölçeğin tamamından elde edilen puanın yüksek olması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olumlu olduğunu, düşük olması ise sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olumsuz olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada, ölçeğin Bahar ve ark. (2008) tarafından uyarlanan şeklinden faydalanılmıştır.

Bu çalışmada kullanılan SYBDÖ-II ve ölçek alt faktörlerinin Cronbach’s alpha değeri Tablo 3.1’de gösterilmiştir:

Tablo 3.1. SYBDÖ-II ve alt faktörlerinin Cronbach's Alpha değerleri.

	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
Stres Yönetimi	8	0,726
Sağlık Sorumluluğu	9	0,807
Beslenme	9	0,652
Fiziksel Aktivite	8	0,865
Kişilerarası İlişkiler	9	0,797
Manevi Gelişim	9	0,816
SYBDÖ II	52	0,937

Tablo 3.2. SYBDÖ-II'nin alt faktör ve toplam potansiyel puan dağılımı.

Alt Boyutlar	Minimum	Maksimum
Stres Yönetimi	8	32
Sağlık Sorumluluğu	9	36
Beslenme	9	36
Fiziksel Aktivite	8	32
Kişilerarası İlişkiler	9	36
Manevi Gelişim	9	36
Toplam	52	208

3.4. Verilerin Toplanması

Nicel bir araştırma olan bu çalışmada katılımcılardan bilgiler soru formları kullanılarak elde edilmiştir. Veriler, hem yüz yüze görüşme gerçekleştirerek elden hem de veri araçlarının “Google Forms” sanal platformuna yüklenerek çevrimiçi anket şeklinde katılımcılara sosyal medya platformları üzerinden gönderilmesi yoluyla toplanmıştır. Yüzyüze yapılan görüşmeler hastanede çalışan, çevrimiçi anket görüşmeleri ise TSM ve ADSM’de çalışan sağlık meslek mensuplarıyla gerçekleştirilmiştir.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırmada veriler toplandıktan sonra bilgisayar ortamına aktarılmıştır. İstatistik programından yararlanarak verilerin analizi yapılmıştır. Ölçek ve ölçek alt boyutlarının kategorik değişkenlerle ilişkisinde “Bağımsız Gruplarda T Testi” ve “Oneway Anova” tekniklerinden yararlanılmıştır. Korelasyon analizlerinde ise “Pearson” korelasyon analizinden faydalanılmıştır. Anket formlarındaki bilgiler, tanımlayıcı istatistikler ile değişkenlerin dağılımları dikkate alınarak aritmetik ortalama, standart sapma ve yüzde değerlerinden yararlanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

• Çalışmanın yürütülebilmesi için Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan 02.02.2022 tarihli ve 2022/19-130 sayılı kararı ile etik kurul izni alınmıştır.

• Verilerin toplanması için Karaman İl Sağlık Müdürlüğünden ve anketlerin uygulandığı sağlık kurumlarından gerekli izinler alınmıştır.

• Araştırmada kullanılan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin kullanım izni için Prof. Dr. Ayşe BEŞER'den 07.12.2021 tarihinde elektronik posta aracılığıyla izin alınmıştır.

• Veri toplama formunun giriş kısmında katılımcılara araştırma ile ilgili bilgilendirmeler belirtilmiş ve sözel onam alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın tek bir ildeki kamuya bağlı sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık meslek mensubu kişilerde yapılmış olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.8. Araştırmanın Soruları

Araştırmanın amacına yönelik sorular şunlardır;

1. Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ne düzeydedir?
2. Sağlık meslek mensubu bireyler sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından hangilerinde başarılıdırlar?
3. Yaş değişkeni sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı açısından etkili midir?
4. Görev yapılan yer ve aylık nöbet sayısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasında bir ilişki var mıdır?
5. Cinsiyet ve medeni durum değişkenleri sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam biçimini etkilemekte midir?
6. Öğrenim durumu yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışı da gelişmekte midir?
7. Meslekte çalışma süresi sağlıklı yaşam biçimi açısından etkili bir faktör müdür?
8. Kronik hastalığı olan veya sürekli ilaç kullanan sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları bu durumdan etkilenmekte midir?

4. BULGULAR

4.1. Sağlık Meslek Mensubu Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri

Bu kısımda sağlık meslek mensubu bireylerin tanımlayıcı özelliklerine dair sonuçlar yer almaktadır.

Tablo 4.1. Sağlık meslek mensubu bireylerin tanımlayıcı özellikleri.

Cinsiyet	N	%
Kadın	216	64,7
Erkek	118	35,3
Yaş	N	%
21-30	143	42,8
31-40	116	34,7
41-50	63	18,9
50 ve üstü	12	3,6
Öğrenim Durumu	N	%
Lise	7	2,1
Önlisans	35	10,5
Lisans	200	59,9
Lisans Üstü	92	27,5
Medeni Durumu	N	%
Evli	220	65,9
Bekar	114	34,1
Mesleği	N	%
Doktor	51	15,3
Hemşire	114	34,1
Sağlık Teknikeri	28	8,4
Ebe	26	7,8
Sağlık Memuru	52	15,6
Diyetisyen	4	1,2
Fizyoterapist	11	3,3
Acil Tıp Teknikeri	3	0,9
Psikolog	12	3,6
Eczacı	5	1,5
Diş Hekimi	22	6,6
Sosyal Hizmet Uzmanı	2	0,6
Çocuk Gelişimcisi	1	0,3
Ergoterapist	1	0,3
Sosyolog	2	0,6
Meslekteki Çalışma Süresi	N	%
1-4 yıl	99	29,6
5-9 yıl	95	28,4
10-14 yıl	62	18,6
15-19 yıl	33	9,9
20 yıl ve üzeri	45	13,5
Görev Yeri	N	%
Hastane	245	73,4
Toplum Sağlığı Merkezi	59	17,7
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	30	9,0
Kronik Hastalığın Varlığı	N	%
Evet	63	18,9
Hayır	271	81,1
Sürekli Kullanılan İlaç	N	%
Evet	54	16,2
Hayır	280	83,8

Katılımcıların %64,7'si kadındır. Çalışmaya katılan bireylerin yaşları 21-64 değer aralığındadır, bireylerin yaş değerleri yaş aralığı şeklinde sınıflandırılmıştır. Çalışmaya en çok

katılımın 21-30 yaş grubunda (%42,8) olduğu görülmektedir. Katılımcıların %59,9'u lisans mezunudur ve %65,9'u evlidir. Çalışmaya sağlık meslek mensubu bireyler arasında %34,1 oranı ile en çok hemşireler katılım sağlamıştır ayrıca çalışmaya katılanların %73,4'ü hastanede görev almaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin meslekteki toplam çalışma süresi dikkate alındığında en çok 1-4 yıl çalışma süresi olanların (%29,6) katılım sağladığı görülmektedir. Katılımcıların %81,1'i kronik hastalığının olmadığını, %83,8'i sürekli ilaç kullanma durumunun olmadığını belirtmişlerdir.

4.2. Sağlık Meslek Mensubu Bireylerin SYBD Düzeyine İlişkin Bulgular

Bu kısımda sağlık meslek mensubu bireylerin SYBD ölçeği ve alt faktörlerine ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.2. SYBDÖ-II ve alt faktörlerinin ortalama, standart sapma, minimum-maksimum değerleri.

	\bar{X}	SS	Min.	Mak.
Stres Yönetimi	19,64	4,01	9	30
Sağlık Sorumluluğu	21,67	4,40	10	35
Beslenme	20,48	3,86	10	31
Fiziksel Aktivite	16,96	4,85	8	32
Kişilerarası İlişkiler	26,21	4,32	14	36
Manevi Gelişim	26,58	4,57	13	36
SYBDÖ-II	131,56	20,62	80	189

SYBDÖ-II'de alınabilecek puan aralığı 52-208 olarak belirlenmiştir ve ölçekten yüksek puan alınması sağlıklı yaşam biçimi davranışının olumlu olduğunu göstermektedir. Tablo 4.2'de görüldüğü üzere bu çalışmada sağlık meslek mensubu bireylerin ortalama puanı $131,56 \pm 20,62$ olarak belirlenmiştir. Buna göre çalışmaya katılanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta seviyede olduğu görülmüştür.

Ölçek alt faktörleri incelendiğinde çalışmaya katılanların “Stres Yönetimi” alt faktöründen aldığı ortalama puan 19,64; “Sağlık Sorumluluğu” alt faktöründen aldığı ortalama puan 21,67 olarak saptanmıştır. “Beslenme” alt faktöründen aldığı ortalama puan 20,48; “Fiziksel Aktivite” alt faktöründen aldığı ortalama puan 16,96 olarak bulunmuştur. “Kişilerarası İlişkiler” alt faktöründen aldığı ortalama puan 26,21; “Manevi Gelişim” alt faktöründen aldığı ortalama puan 26,58 olarak saptanmıştır. “Stres Yönetimi” alt faktöründeki sorularda katılımcılar minimum 9 puan ve maksimum 30 puan almışlardır. “Sağlık Sorumluluğu” alt faktöründeki sorularda minimum 10, maksimum 35 puan almışlardır. “Beslenme” alt faktörü sorularından minimum 10 maksimum 31 puan almışlardır. “Fiziksel Aktivite” alt faktöründeki sorulardan minimum 8 ve maksimum 32 puan almışlardır.

“Kişilerarası İlişkiler” alt faktöründe bulunan sorulardan minimum 14, maksimum 36 puan almışlardır. “Manevi Gelişim” alt faktöründeki sorulardan minimum 13 ve maksimum 36 puan almışlardır. Alt faktörlerin ortalama değerleri incelendiğinde en düşük ortalamanın fiziksel aktivite (16,96) alt faktöründe olduğu ve en yüksek ortalamanın da manevi gelişim (26,58) alt faktöründe olduğu saptanmıştır. Alt faktörler arasında en düşük minimum değer fiziksel aktivite (8) alt faktöründe, en yüksek maksimum değer ise kişilerarası ilişkiler (36) ve manevi gelişim (36) alt faktörlerinde olduğu görülmüştür.

Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gösteren ölçeğin madde bazında incelenmesi aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 4.3. SYBDÖ-II maddelerinin puan ortalamaları (min:1-max:4).

İfadeler	Ort ± SS
Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım	2,75±0,78
Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim	2,33±0,83
Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım	2,79±0,81
Düzenli bir egzersiz programı yaparım	2,01±0,77
Yeterince uyurum	2,68±0,88
Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim	2,72±0,78
İnsanları başarıları için takdir ederim	3,33±0,67
Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım	2,30±0,93
Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum	2,01±0,75
Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)	2,22±0,87
Her gün rahatlamak için zaman ayırırım	2,40±0,84
Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım	3,22±0,84
İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm	3,11±0,72
Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim	1,54±0,71
Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım	2,61±0,72
Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm	2,28±0,88
Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim	2,72±0,83
Geleceğe umutla bakarım	2,81±0,88
Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım	3,02±0,77
Her gün 2-4 öğün meyve yerim	2,18±0,74
Her zaman gittiğim sağlık profesyonellerin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım	2,36±0,73
Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım	2,00±0,86
Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm	2,49±0,85
Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim	2,84±0,83
Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır	2,96±0,81
Her gün 3-5 öğün sebze yerim	2,10±0,69
Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım	2,79±0,74
Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım	1,76±0,79
Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım	2,33±0,80
Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım	2,88±0,85
Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım	3,07±0,78
Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim	2,43±0,86
Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim	2,27±0,88

Tablo 4.3. SYBDÖ-II maddelerinin puan ortalamaları (min:1-max:4) (Devamı).

İfadeler	Ort ± SS
Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)	2,51±0,87
İş ve eğlence zamanımı dengelerim	2,60±0,88
Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum	2,22±0,76
Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım	2,33±0,86
Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim	2,12±0,75
Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım	2,33±0,77
Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim	2,24±0,90
Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım	2,09±0,87
Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım	3,07±0,78
Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım	2,57±0,79
Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum	2,37±0,99
Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım	1,83±0,75
Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım	1,94±0,80
Yorulmaktan kendimi korurum	2,34±0,88
İlahi bir gücün varlığına inanırım	3,67±0,65
Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim	3,07±0,77
Kahvaltı yaparım	3,11±0,94
Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım	2,69±0,84
Yeni deneyimlere ve durumlara açığım	3,15±0,77

Tablo 4.3'e göre ölçekte en yüksek puan ortalamasına sahip maddeler sırasıyla "İlahi bir gücün varlığına inanırım" (3,67±0,65), "İnsanları başarıları için takdir ederim" (3,33±0,67) ve "Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım" (3,22±0,84) ifadeleri olmuştur. En düşük puan ortalamasına sahip maddeler ise "Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim" (1,54±0,71), "Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım" (1,76±0,79) ve "Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım" (1,83±0,75) olarak bulunmuştur.

4.2.1. SYBDÖ II ile tanımlayıcı özellikler arasındaki ilişkiler

Sağlık meslek mensubu bireylerin SYBDÖ-II'den elde ettiği puanlar ile tanımlayıcı özellikleri arasındaki ilişkileri değerlendirmek için yapılan analizlerin sonuçları aşağıdaki tablolarda belirtilmiştir:

Tablo 4.4. SYBDÖ-II ile tanımlayıcı özellikler arasındaki ilişkiler.

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	p
**Yaş Aralığı (Yıl)				
21-30	143	132,89	21,43	0,561
31-40	116	130,23	18,62	
41-50	63	130,09	22,13	
50 ve üstü	12	136,41	21,76	
*Cinsiyet				
Kadın	216	131,32	21,37	0,77
Erkek	118	132,01	19,24	

Tablo 4.4. SYBDÖ-II ile tanımlayıcı özellikler arasındaki ilişkiler (Devamı).

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	p
**Öğrenim Durumu				
Lise	7	108,42	16,12	0,009
Önlisans	35	129,80	26,16	
Lisans	200	131,18	19,95	
Lisansüstü	92	134,83	18,93	
*Medeni Durum				
Evli	220	130,14	19,91	0,079
Bekar	114	134,32	21,73	
**Meslekte Çalışma Süresi				
1-4 yıl	99	133,75	18,63	0,105
5-9 yıl	95	128,89	23,76	
10-14 yıl	62	132,17	19,64	
15-19 yıl	33	137,57	17,30	
20 yıl ve üzeri	45	127,15	20,29	
**Görev Yeri				
Hastane	245	133,24	20,91	0,002
TSM	59	123,13	18,69	
ADSM	30	134,50	18,07	
**Aylık Nöbet Sayısı				
0	194	131,01	21,06	0,584
1-3	20	137,65	19,43	
4-6	81	131,11	20,75	
7 ve üstü	39	132,17	18,85	
*Kronik Hastalık Varlığı				
Evet	63	128,87	21,15	0,25
Hayır	271	132,19	20,48	
*Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı				
Evet	54	127,07	20,43	0,080
Hayır	280	132,43	20,57	

*Bağımsız Örneklerde T Testi **Oneway ANOVA Testi

Tablo 4.4'e göre SYBDÖ-II puan ortalamaları ile cinsiyet değişkeni arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Kadınların puan ortalaması 131,32 ve erkeklerin puan ortalaması 132,01 olarak saptanmıştır. Buna göre kadınlar ve erkekler benzer sağlıklı yaşam biçimi davranışı göstermektedirler. SYBDÖ-II puan ortalamaları ile medeni durum değişkeni arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı tespit edilememiştir ($p>0,05$). Evli olanların puan ortalaması 130,14 ve bekar olanların puan ortalaması 134,32 olarak saptanmıştır. Cinsiyet faktörü kadar puan ortalamaları yakın olmasa da medeni durumlarına göre bakıldığında evli olanlarla bekar olanlar benzer sağlıklı yaşam biçimi davranışı göstermektedirler.

SYBDÖ-II puan ortalamaları ile öğrenim durumu değişkeni arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir ($p<0,05$). En düşük puan ortalaması lise mezunlarında (108,42), en yüksek puan ortalaması ise lisansüstü mezunlarında (134,83) bulunmuştur. Buna göre öğrenim durumu seviyesi yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi

davranışı puanı da yükselmektedir. Lisans ve lisansüstü mezunları lise mezunlarına göre daha olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışı göstermektedirler.

Ankete katılanların SYBDÖ-II puan ortalamaları ile görev yeri değişkeni arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı çıkmıştır ($p<0,05$). En düşük puan ortalaması TSM çalışanlarında (123,13) elde edilmiştir. Buna göre hastane ve ADSM’de görev yapanlar TSM’de görev yapanlara göre daha olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışı göstermektedirler.

Tabloda; SYBDÖ-II puan ortalaması ile yaş, meslekte çalışma süresi, aylık nöbet sayısı, kronik hastalık durumu ve kullanılan ilaç durumu değişkenleri arasındaki ilişkiye bakıldığında ise istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Katılımcıların SYBDÖ-II puan ortalamalarının hem öğrenim durumu hem de yaş değişkenleri ile korelasyonuna yönelik istatistiksel analizlerine aşağıdaki tabloda yer verilmiştir;

Tablo 4.5. SYBDÖ-II ile öğrenim durumu ve yaş değişkenleri arasındaki korelasyona ilişkin istatistiksel analiz sonuçları.

	R	p
SYBDÖ-II&Öğrenim Durumu*	0,15	0,006
SYBDÖ-II&Yaş*	-0,03	0,6

*Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 4.5’e göre SYBDÖ-II ile öğrenim durumu arasında istatistiksel olarak zayıf düzeyde (0,15) pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). SYBDÖ-II ile yaş değişkeni arasındaki ilişki anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$).

4.2.2. SYBDÖ-II alt faktörleri ile tanımlayıcı özellikler arasındaki ilişkiler

Bu kısımda sağlık meslek mensubu bireylerin SYBDÖ-II alt faktörlerinden elde ettiği puan ortalamaları ile tanımlayıcı özelliklerinin ilişkilerine yönelik gerçekleştirilen istatistiksel analizlerin sonuçları yer almaktadır. Ankete katılanların tanımlayıcı özellikleri ile “Stres Yönetimi” alt faktöründen elde ettikleri puan ortalamaları arasındaki ilişki aşağıdaki tabloda yer almaktadır;

Tablo 4.6. Stres yönetimi alt faktörünün tanımlayıcı özellikler açısından incelenmesi.

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	p
**Yaş Aralığı (Yıl)				
21-30	143	19,88	4,08	0,484
31-40	116	19,57	3,72	
41-50	63	19,04	4,14	
50 ve üstü	12	20,50	5,28	

Tablo 4.6. Stres yönetimi alt faktörünün tanımlayıcı özellikler açısından incelenmesi (Devamı).

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	p
*Cinsiyet				
Kadın	216	19,46	3,99	0,29
Erkek	118	19,95	4,06	
**Öğrenim Durumu				
Lise	7	16,14	2,47	0,10
Önlisans	35	19,77	4,70	
Lisans	200	19,56	3,90	
Lisansüstü	92	20,02	4,00	
*Medeni Durum				
Evli	220	19,25	3,99	0,016
Bekar	114	20,37	3,98	
**Meslekte Çalışma Süresi				
1-4 yıl	99	20,17	3,55	0,05
5-9 yıl	95	19,30	4,58	
10-14 yıl	62	19,50	3,64	
15-19 yıl	33	20,87	3,62	
20 yıl ve üzeri	45	18,46	4,21	
**Görev Yeri				
Hastane	245	19,86	4,09	0,046
TSM	59	18,47	3,76	
ADSM	30	20,10	3,54	
**Aylık Nöbet Sayısı				
0	194	19,58	4,07	0,686
1-3	20	20,70	4,43	
4-6	81	19,53	4,12	
7 ve üstü	39	19,61	3,33	
*Kronik Hastalık Varlığı				
Evet	63	19,20	4,06	0,348
Hayır	271	19,74	4,01	
*Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı				
Evet	54	18,50	3,78	0,023
Hayır	280	19,86	4,03	

*Bağımsız Örneklerde T Testi **Oneway ANOVA Testi

Tablo 4.6 incelendiğinde katılımcıların “Stres Yönetimi” alt faktörü puan ortalamaları ile medeni durumları arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Evli olanların puan ortalaması (19,25) bekar olanların puan ortalamasından (20,37) daha düşük çıkmıştır. Bekar olanlar evli olanlara göre daha olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışı göstermektedirler. Meslekte çalışma süresine göre en yüksek puan ortalaması 15-19 yıl arası çalışanlarda (20,87) bulunmuştur. Katılımcıların meslekte çalışma süresi ile “Stres Yönetimi” alt faktörü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Meslekte 1-4 yıl ve 15-19 yıl arası çalışma süresi olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları 20 yıl ve üzeri çalışma süresi olanlarla kıyaslandığında daha pozitif çıkmıştır. “Stres Yönetimi” alt faktörü puan ortalamaları ile görev yeri değişkeni anlamlı bir şekilde farklılaşmıştır ($p < 0,05$). Katılımcılardan görev yeri TSM olanların puan ortalaması (18,47) görev yeri hastane (19,86) ve ADSM (20,10) olanlardan daha düşük çıkmıştır. Buna göre

görev yeri hastane ve ADSM olanların, görev yeri TSM olanlara göre sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri daha yüksektir. Sürekli ilaç kullanma durumuna göre “Stres Yönetimi” alt faktörü puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sürekli ilaç kullananların puan ortalaması (18,50) sürekli ilaç kullanma durumu olmayanların ortalamasından (19,86) daha düşük çıkmıştır.

Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ile “Sağlık Sorumluluğu” alt faktöründen elde ettikleri puan ortalamaları arasındaki ilişki aşağıdaki tabloda yer almaktadır;

Tablo 4.7. Sağlık sorumluluğu alt faktörünün tanımlayıcı özellikler açısından incelenmesi.

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	p
**Yaş Aralığı (Yıl)				
21-30	143	21,88	4,60	0,898
31-40	116	21,52	4,20	
41-50	63	21,47	4,10	
50 ve üstü	12	21,66	5,72	
*Cinsiyet				
Kadın	216	21,80	4,48	0,46
Erkek	118	21,44	4,27	
**Öğrenim Durumu				
Lise	7	17,00	4,72	0,037
Önlisans	35	21,82	4,86	
Lisans	200	21,66	4,31	
Lisansüstü	92	22,01	4,27	
*Medeni Durum				
Evli	220	21,39	4,25	0,10
Bekar	114	22,22	4,65	
**Meslekte Çalışma Süresi				
1-4 yıl	99	21,91	4,07	0,693
5-9 yıl	95	21,42	4,87	
10-14 yıl	62	21,77	4,76	
15-19 yıl	33	22,33	3,78	
20 yıl ve üzeri	45	21,06	4,03	
**Görev Yeri				
Hastane	245	21,91	4,52	0,013
TSM	59	20,20	3,87	
ADSM	30	22,60	3,90	
**Aylık Nöbet Sayısı				
0	194	21,69	4,49	0,883
1-3	20	21,30	4,25	
4-6	81	21,51	4,29	
7 ve üstü	39	22,12	4,40	
*Kronik Hastalık Varlığı				
Evet	63	21,25	5,03	0,399
Hayır	271	21,77	4,25	
*Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı				
Evet	54	21,00	4,69	0,218
Hayır	280	21,80	4,34	

*Bağımsız Örneklerde T Testi **Oneway ANOVA Testi

Tablo 4.7'ye göre "Sağlık Sorumluluğu" alt faktörü puan ortalamaları öğrenim durumu değişkeni açısından incelendiğinde aralarındaki farkın istatistiksel yönden anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Ankete katılanlardan lise mezunu olanların puan ortalaması (17,00) önlisans, lisans ve lisansüstü mezunlarına göre daha düşük çıkmıştır. "Sağlık Sorumluluğu" alt faktöründen alınan puan ortalamaları ile görev yeri değişkeni arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Görev yeri TSM olanların puan ortalaması (20,20) görev yeri hastane (21,91) ve ADSM (21,67) olanlardan daha düşük çıkmıştır. Buna göre görev yeri hastane ve ADSM olanlar görev yeri TSM olanlara göre daha olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışı göstermektedirler.

Katılımcıların "Fiziksel Aktivite" alt faktöründen elde ettikleri puan ortalamalarının tanımlayıcı özellikler açısından incelenmesi aşağıda yer almaktadır;

Tablo 4.8. Fiziksel aktivite alt faktörünün tanımlayıcı özellikler açısından incelenmesi.

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	p
**Yaş Aralığı (Yıl)				
21-30	143	17,51	4,56	0,315
31-40	116	16,61	4,74	
41-50	63	16,33	5,73	
50 ve üstü	12	17,16	4,08	
*Cinsiyet				
Kadın	216	16,70	4,74	0,188
Erkek	118	17,44	5,03	
**Öğrenim Durumu				
Lise	7	13,28	2,56	0,009
Önlisans	35	16,77	5,96	
Lisans	200	16,98	4,87	
Lisansüstü	92	17,29	4,42	
*Medeni Durum				
Evli	220	16,64	4,84	0,093
Bekar	114	17,58	4,84	
**Meslekte Çalışma Süresi				
1-4 yıl	99	17,75	4,07	0,016
5-9 yıl	95	16,29	5,12	
10-14 yıl	62	17,17	4,80	
15-19 yıl	33	18,33	4,76	
20 yıl ve üzeri	45	15,35	5,50	
**Görev Yeri				
Hastane	245	17,31	4,90	0,001
TSM	59	14,94	4,69	
ADSM	30	18,06	3,75	
**Aylık Nöbet Sayısı				
0	194	16,88	4,94	0,636
1-3	20	18,10	5,06	
4-6	81	16,67	4,96	
7 ve üstü	39	17,38	4,04	
*Kronik Hastalık Varlığı				
Evet	63	16,22	4,87	0,177
Hayır	271	17,14	4,84	

Tablo 4.8. Fiziksel aktivite alt faktörünün tanımlayıcı özellikler açısından incelenmesi (Devamı).

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	p
*Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı				
Evet	54	15,72	4,45	0,039
Hayır	280	17,20	4,90	

***Bağımsız Örneklerde T Testi **Oneway ANOVA Testi**

Tablo 4.8'e bakıldığında öğrenim durumuna göre "Fiziksel Aktivite" alt faktörü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Çalışmaya katılanlardan öğrenim durumu lise olanların puan ortalaması (13,28), öğrenim durumu önlisans, lisans ve lisans üstü olanlara göre düşük çıkmıştır. Öğrenim durumu önlisans, lisans ve lisansüstü mezunu olanlar lise mezunlarına göre daha olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışı göstermektedirler. "Fiziksel Aktivite" alt faktöründen alınan puan ortalamaları ile meslekte çalışma süresi değişkeni arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Meslekte 20 yıl ve daha fazla süre çalışan katılımcıların puan ortalaması (15,35) diğerlerine göre daha düşük çıkmıştır. "Fiziksel Aktivite" alt faktöründen alınan puan ortalamaları ile görev yeri değişkeni arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Görev yeri TSM olanların puan ortalaması (14,94), görev yeri hastane (17,31) ve ADSM (18,06) olanlardan belirgin şekilde daha düşük çıkmıştır. Buna göre hastane ve ADSM'de çalışanların sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyi TSM'de çalışanlara göre daha yüksektir. Katılımcılardan sürekli ilaç kullananların "Fiziksel Aktivite" alt faktörü puan ortalamaları ile ilaç kullanmayanların arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Sürekli ilaç kullananların puan ortalaması (15,72) sürekli ilaç kullanma durumu olmayanlara (17,20) göre daha düşük çıkmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışı açısından sürekli ilaç kullanma durumu olmayanlar sürekli ilaç kullananlara göre daha olumlu davranış sergilemektedirler.

Tablo 4.9. Beslenme alt faktörünün tanımlayıcı özellikler açısından incelenmesi.

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	p
**Yaş Aralığı (Yıl)				
21-30	143	20,48	3,84	0,818
31-40	116	20,44	3,76	
41-50	63	20,33	4,14	
50 ve üstü	12	21,50	3,94	
*Cinsiyet				
Kadın	216	20,62	3,84	0,377
Erkek	118	20,22	3,90	
**Öğrenim Durumu				
Lise	7	18,42	2,37	0,376
Önlisans	35	19,97	4,15	
Lisans	200	20,51	3,78	
Lisansüstü	92	20,77	4,00	

Tablo 4.9. Beslenme alt faktörünün tanımlayıcı özellikler açısından incelenmesi (Devamı).

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	p
*Medeni Durum				
Evli	220	20,53	3,82	0,722
Bekar	114	20,37	3,95	
**Meslekte Çalışma Süresi				
1-4 yıl	99	20,32	3,63	0,729
5-9 yıl	95	20,40	4,18	
10-14 yıl	62	20,85	3,86	
15-19 yıl	33	21,06	3,61	
20 yıl ve üzeri	45	20,06	3,91	
**Görev Yeri				
Hastane	245	20,67	4,03	0,246
TSM	59	19,74	3,09	
ADSM	30	20,33	3,77	
**Aylık Nöbet Sayısı				
0	194	20,42	3,95	0,674
1-3	20	21,45	4,22	
4-6	81	20,29	3,86	
7 ve üstü	39	20,64	3,25	
*Kronik Hastalık Varlığı				
Evet	63	19,84	3,93	0,144
Hayır	271	20,63	3,83	
*Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı				
Evet	54	19,64	3,61	0,083
Hayır	280	20,64	3,89	

***Bağımsız Örneklerde T Testi **Oneway ANOVA Testi**

Tablo 4.9'a bakıldığında öğrenim durumu, meslekte çalışma süresi, görev yeri, cinsiyet, sürekli ilaç kullanma durumu, aylık nöbet sayısı, medeni durum, kronik hastalık varlığı, ve yaş aralığı değişkenlerinin "Beslenme" alt faktörüyle ilişkisinde anlamlılığın olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Katılımcıların "Kişilerarası İlişkiler" alt faktöründen aldığı puan ortalamalarının tanımlayıcı özellikler açısından incelenmesi aşağıda yer almaktadır;

Tablo 4.10. Kişilerarası ilişkiler alt faktörünün tanımlayıcı özellikler açısından incelenmesi.

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	p
**Yaş Aralığı (Yıl)				
21-30	143	26,51	4,56	0,481
31-40	116	25,75	3,90	
41-50	63	26,19	4,36	
50 ve üstü	12	27,08	5,03	
*Cinsiyet				
Kadın	216	26,25	4,42	0,810
Erkek	118	26,13	4,14	
**Öğrenim Durumu				
Lise	7	22,71	4,19	0,066
Önlisans	35	25,54	5,55	
Lisans	200	26,18	4,15	
Lisansüstü	92	26,80	4,05	

Tablo 4.10. Kişilerarası ilişkiler alt faktörünün tanımlayıcı özellikler açısından incelenmesi (Devamı).

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	p
*Medeni Durum				
Evli	220	25,91	4,28	0,079
Bekar	114	26,78	4,36	
**Meslekte Çalışma Süresi				
1-4 yıl	99	26,61	4,15	0,490
5-9 yıl	95	25,75	4,75	
10-14 yıl	62	26,14	4,31	
15-19 yıl	33	27,00	3,70	
20 yıl ve üzeri	45	25,80	4,16	
**Görev Yeri				
Hastane	245	26,64	4,20	0,002
TSM	59	24,42	4,27	
ADSM	30	26,20	4,59	
**Aylık Nöbet Sayısı				
0	194	26,04	4,48	0,437
1-3	20	27,60	4,45	
4-6	81	26,41	3,90	
7 ve üstü	39	25,92	4,28	
*Kronik Hastalık Varlığı				
Evet	63	26,19	4,11	0,964
Hayır	271	26,21	4,37	
*Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı				
Evet	54	26,18	4,41	0,960
Hayır	280	26,21	4,31	

*Bağımsız Örneklerde T Testi **Oneway ANOVA Testi

Tablo 4.10'a göre ankete katılanların "Kişilerarası İlişkiler" alt faktöründen alınan puan ortalamaları ile sadece görev yeri değişkeni arasındaki fark istatistik olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Görev yerine göre en az puan ortalamasına sahip grup TSM (24,42) olmuştur. Buna göre görev yeri hastane ve ADSM olanların görev yeri TSM olanlarla kıyaslandığında daha pozitif sağlıklı yaşam biçimine sahip oldukları görülmüştür. Tabloya göre görev yeri dışındaki tanımlayıcı özellikler ile "Kişilerarası İlişkiler" alt faktörü puan ortalamaları arasındaki fark istatistik açıdan anlamlı bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Katılımcıların "Manevi Gelişim" alt faktöründen elde ettiği puanlar ile tanımlayıcı özellikleri arasındaki ilişkileri gösteren tablo aşağıdaki gibidir;

Tablo 4.11. Manevi gelişim alt faktörünün tanımlayıcı özellikler açısından incelenmesi.

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	p
**Yaş Aralığı (Yıl)				
21-30	143	26,60	4,83	0,464
31-40	116	26,31	4,13	
41-50	63	26,71	4,82	
50 ve üstü	12	28,50	4,12	
*Cinsiyet				
Kadın	216	26,46	4,68	0,510
Erkek	118	26,81	4,36	

Tablo 4.11. Manevi gelişim alt faktörünün tanımlayıcı özellikler açısından incelenmesi (Devamı).

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	p
**Öğrenim Durumu				
Lise	7	20,85	3,76	0,000
Önlisans	35	25,91	5,92	
Lisans	200	26,29	4,41	
Lisansüstü	92	27,93	3,88	
*Medeni Durum				
Evli	220	26,39	4,44	0,281
Bekar	114	26,96	4,81	
**Meslekte Çalışma Süresi				
1-4 yıl	99	26,96	4,28	0,121
5-9 yıl	95	25,71	5,16	
10-14 yıl	62	26,72	4,28	
15-19 yıl	33	27,96	4,20	
20 yıl ve üzeri	45	26,40	4,32	
**Görev Yeri				
Hastane	245	26,81	4,61	0,062
TSM	59	25,33	4,61	
ADSM	30	27,20	3,85	
**Aylık Nöbet Sayısı				
0	194	26,38	4,49	0,269
1-3	20	28,50	4,22	
4-6	81	26,66	4,61	
7 ve üstü	39	26,48	4,98	
*Kronik Hastalık Varlığı				
Evet	63	26,15	4,78	0,407
Hayır	271	26,69	4,52	
*Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı				
Evet	54	26,01	4,67	0,317
Hayır	280	26,70	4,55	

***Bağımsız Örneklerde T Testi **Oneway ANOVA Testi**

Tablo 4.11'e bakıldığında çalışmaya katılanların istatistiki yönden "Manevi Gelişim" alt faktörü puan ortalamaları ile öğrenim durumu değişkeni arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Öğrenim durumu açısından elde edilen en düşük puan ortalamasına sahip grup lise (20,85), en yüksek puan ortalamasına sahip grup lisans üstü (27,93) olmuştur. Buna göre öğrenim durumu önlisans, lisans ve lisans üstü olanlar lise olanlara göre daha olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışı göstermektedirler. Tablo incelendiğinde istatistiki açıdan "Manevi Gelişim" alt faktörü puan ortalamaları ile öğrenim durumu dışındaki tanımlayıcı özellikler arasında anlamlılık oluşmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).



5. TARTIŞMA

Tez çalışmasında, sağlık meslek mensubu bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemek ve ne düzeyde olduğunu belirlemek amaçlanmıştır. Çalışmanın örneklemini %34,1'i hemşire, %15,6'sı sağlık memuru ve %15,3'ü doktor olmak üzere 334 kişi oluşturmaktadır.

Tez çalışmasında kullanılan SYBDÖ-II anketi 52 sorudan oluşmaktadır ve 48 soruluk SYBD ölçeğinin geliştirilmiş halidir. Literatür incelendiğinde sağlıklı yaşam biçim davranışı ile ilgili yapılmış olan araştırmalarda anketin her iki formunun da kullanıldığı çalışmaların olduğu görülmüştür. Bu araştırmada daha çok 52 soruluk anket formunun kullanıldığı çalışmalar benzer ya da farklı sonuçlar açısından incelenmiştir.

5.1. Katılımcıların SYBDÖ-II Maddelerinin ve Toplam Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Bu çalışmada ankete katılan 334 sağlık meslek mensubu bireyde SYBDÖ-II toplam puanı en az 80, en fazla ise 189 olarak tespit edilmiş, puan ortalaması ise $131,56 \pm 20,62$ olarak bulunmuştur. Davranışların ölçüldüğü anketten alınabilecek toplam puanın en düşük 52 ve en yüksek 208 olabileceği düşünüldüğünde araştırmaya katılanların orta seviyede sağlıklı yaşam biçimine sahip oldukları tespit edilmiştir.

Literatürdeki çalışmalar SYBDÖ-II toplam puanı açısından incelendiğinde; Yalçinkaya ve ark. (2007) sağlık çalışanlarında $121,85 \pm 18,05$; Çetin (2015) sağlık çalışanlarında $128,18 \pm 19,16$; Çetiner ve Ulupınar (2018) sağlık profesyoneli olan ve olmayan sağlık çalışanlarında $126,02 \pm 22,24$; Yanık ve Noğay (2017) sağlık çalışanlarında $130,22 \pm 19,12$; Ertürk (2022) asistan hekim ve hemşirelerde $124,35 \pm 20,63$; Topçu ve Zorlu (2021) sağlık profesyonellerinde $127,22 \pm 24,21$; Kızılgöz (2023) sağlık çalışanlarında $121,29 \pm 20,88$; Özçoban (2021) doktor ve hemşirelerde $121,15 \pm 23,52$; Topcu (2021) hekim, hemşire ve ebelerde $127,22 \pm 24,21$; Zoroğlu (2018) sağlık çalışanlarında $122,94 \pm 18,90$; Çakır ve ark. (2019) il sağlık müdürlüğü çalışanlarında $128,2 \pm 20,10$; Çalışkan ve Saykılı (2020) il sağlık müdürlüğü çalışanlarında $128,79 \pm 19,78$; Demir Saka ve ark. (2022) sağlık personellerinde $140,40 \pm 23,50$; Kaplan Serin ve ark. (2021) hekim ve hemşirelerde $121,95 \pm 19,65$ ve Yılmaz ve ark. (2022) ebe ve hemşirelerde $125,79 \pm 21,18$ olarak tespit etmiş ve tez çalışmasına benzer şekilde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta seviyelerde olduğunu bildirmişlerdir.

Sadece bir meslek grubuna yönelik çalışmalarda ise SYBDÖ-II toplam puanını; Altınok Biçer (2022) hemşirelerde $127,32 \pm 24,42$; Balliel (2009) hemşirelerde $122,62 \pm 19,47$; Bostan ve Beşer (2016) hemşirelerde $125,62 \pm 19,40$; Canpolat (2019) hekimlerde $119,97 \pm 20,02$; Cürcani ve ark. (2010) hemşirelerde $121,20 \pm 18,30$; Demir (2016) hemşirelerde $121,61 \pm 16,00$; Emeksiz (2018) hemşirelerde $120,66 \pm 23,81$; Geçgel Koç (2015) hemşirelerde $119,82 \pm 20,79$; Karagöz (2022) eczacılarda $131,00 \pm 17,30$; Maral (2023) hekimlerde $124,70 \pm 22,44$, On (2016) hemşirelerde $120,69 \pm 17,62$; Özdemir (2022) hemşirelerde $126,121 \pm 20,85$; Özkan ve Yılmaz (2008) hemşirelerde $125,96 \pm 16,99$; Taydaş (2020) hekimlerde $128,03 \pm 19,41$; Tekin (2015) hekimlerde $127,80 \pm 18,71$; Uçar (2021) eczacılarda $128,11 \pm 19,05$; Uncu ve Üstündağ (2018) hemşirelerde $119,96 \pm 17,21$; Uz ve Kitiş (2017) hemşirelerde $132,87 \pm 17,42$ olarak tespit etmişlerdir.

Akhuy (2023) asistan hekimlerde $117,25 \pm 21,01$; Gençgün (2018) hemşirelerde $118,24 \pm 17,15$; Türkol ve Güneş (2012) asistan hekimlerde $116,31 \pm 17,80$; Güvenç (2023) hemşirelerde $117,34 \pm 22,54$; Öksüz (2021) hemşirelerde $117,90 \pm 18,60$ ve Özbek (2019) hemşirelerde $114,08 \pm 21,10$ olarak bulduğu sonuçlarla diğer çalışmalara ve bu çalışmaya göre nispeten daha düşük puan ortalaması belirtmişlerdir.

Tez çalışmasında bulunan puan ortalaması ve literatürdeki diğer çalışmalarda bulunan sonuçlara bakıldığında genel olarak sağlık meslek mensubu bireylerin ölçek toplam puan ortalamalarının yakın bulunduğu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta seviyede olduğu görülmüştür. Toplum sağlığı kazandıran, mevcut sağlık durumunun korunmasını sağlayan ve toplumu sağlık açısından eğitip yönlendiren sağlık profesyonellerinin hemen hemen bütün çalışmalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta seviyelerde çıkması düşündürücüdür.

Ölçek maddelerinin puan ortalamasına bakıldığında bu araştırmada en düşük puan ortalamasına “Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim” ($1,54 \pm 0,71$), “Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım” ($1,76 \pm 0,79$) ve “Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım” ($1,83 \pm 0,75$) maddelerinin sahip olduğu görülmüştür. En yüksek puan ortalamasına ise “Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım” ($3,22 \pm 0,84$), “İnsanları başarıları için takdir ederim” ($3,33 \pm 0,67$) ve “İlahi bir gücün varlığına inanırım” ($3,67 \pm 0,65$) maddeleri sahip olmuştur. Literatür incelendiğinde Çetiner (2014), Aytekin (2019), Akhuy (2023), Canpolat (2019) ve Çetin (2015)’in bu çalışmayla benzer sonuçlar elde ettiği görülmüştür.

5.2. Katılımcıların SYBDÖ-II Alt Faktörlerinin Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

SYBDÖ-II alt faktörler açısından incelendiğinde araştırmada en düşük puan ortalamasına fiziksel aktivite (16,96±4,85) alt faktörünün, en yüksek puan ortalamasına ise kişilerarası ilişkiler (26,21±4,32) ve manevi gelişim (26,58±4,57) alt faktörlerinin sahip olduğu görülmüştür.

Literatür incelendiğinde bu çalışmayla benzer şekilde Gençgün (2018), Güvenç (2023), Karagöz (2022), Çetin (2015), On (2016), Öksüz (2021), Çetiner (2014), Özbek (2019), Özdemir (2022), Özkan ve Yılmaz (2008), Tekin (2015), Uçar (2021), Uncu ve Üstündağ (2018), Uz ve Kitiş (2017), Yanık ve Noğay (2017), Yılmaz ve ark. (2022), Kızılgöz (2023), Topçu ve Zorlu (2021), Zoroğlu (2018), Balliel (2009), Bostan ve Beşer (2016), Canpolat (2019), Cürcani ve ark. (2010), Çakır ve ark. (2019), Çalışkan ve Saykılı (2020), Demir (2016), Demir Saka ve ark. (2022), Emeksiz (2018) ve Geçgel Koç (2015) da en az değere sahip puan ortalamasının “fiziksel aktivite” alt faktöründen, en fazla değere sahip puan ortalamasının da “manevi gelişim” alt faktöründen alındığını bildirmişlerdir. Bu sonuç, çalışmadan elde edilen sonuçların birçok çalışma ile paralellik göstermesi açısından önemlidir.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlardan farklı olarak Ertürk (2022), Yalçınkaya (2007), Akhuy (2023), Özçoban (2021), Maral (2023), Taydaş (2020), Türkol ve Güneş (2012) ve Bahar ve ark. (2013) yapmış oldukları çalışmalarda en yüksek alt faktör puanının kişilerarası ilişkiler alt faktöründen alındığını bildirmişlerdir. Ayrıca incelenen çalışmalar içerisinde de sadece Altınok Biçer (2022) sağlık sorumluluğu alt faktörünün diğer faktörlerden daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Sağlık profesyonellerine yönelik yapılan çalışmalarda en yüksek puanın manevi gelişim alt faktöründen alınmasında sosyokültürel yapı, içinde bulunulan toplumun inanç sistemi ve çalışanların hizmet alanının etkisinin olabileceği düşünülmüştür. Literatür incelemesinde hemen hemen bütün çalışmalarda en düşük puanın fiziksel aktivite alt faktöründen alınması oldukça düşündürücüdür. Bu sonucun ortaya çıkmasında sağlık çalışanlarının emek yoğun bir şekilde çalışması, boş zamanlarını daha çok dinlenmek için ayırma isteği, spor yapmak için yeterli zamana sahip olmamaları, çalışma yerlerinde fiziksel aktivite yapılabilecek alanların olmaması veya yetersiz olması, mesai sonrası spor

yapılabilecek alanların ev ya da iş yerlerine uzak olması gibi faktörlerin etkisinin olabileceği düşünülmüştür.

5.3. Katılımcıların SYBDÖ-II Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

5.3.1. Katılımcıların yaş grupları ile SYBDÖ-II ve alt faktörlerinin ilişkisinin değerlendirilmesi

Bu çalışmada katılımcıların ölçek ve alt faktörleri puan ortalamaları ile yaş grupları değişkeni arasındaki ilişkinin anlamlı çıkmadığı görülmüştür. Tez çalışmasına benzer şekilde Çetiner ve Ulupınar (2018), Ezer (2022), Topçu ve Zorlu (2021), Balliel (2009), Cürcani ve ark. (2010), Çalışkan ve Saykılı (2020), Demir (2016), Emeksiz (2018), Öksüz (2021) ve Meşeli (2020) de gerçekleştirdiği çalışmalarda anlamlı bir ilişki tespit etmemişlerdir. Literatür incelendiğinde bu çalışmadan farklı olarak Aytekin (2019) hekim ve hemşirelerle yaptığı çalışmada stres yönetimi, sağlık sorumluluğu ve beslenme alt faktörlerinde, Yalçinkaya (2007) sağlık profesyonelleriyle gerçekleştirdiği çalışmada beslenme alt faktöründe anlamlı bir farklılık bulmuştur. Yine benzer şekilde Ertürk (2022) asistan hekim ve hemşirelerle yaptığı çalışmada ve Uçar (2021) eczacılarla gerçekleştirdiği çalışmada sadece beslenme alt faktöründe anlamlı fark tespit etmişlerdir. Güvenç'in (2023) hemşirelerle, Kızılgöz'ün (2023) sağlık çalışanlarıyla ve Özçoban'ın (2021) hekim ve hemşirelerle gerçekleştirdiği çalışmalarda ise yaş grupları ile sadece fiziksel aktivite alt faktörü arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Bu çalışmalardan farklı olarak Altınok Biçer (2022) yoğun bakım hemşireleriyle yaptığı çalışmada ve On (2016) üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerle gerçekleştirdiği çalışmada yaş grupları ile hem ölçek toplamında hem de bütün alt faktörlerinde anlamlı bir ilişki tespit etmişlerdir.

Bu çalışma ile diğer çalışmalar arasında yaş grubu açısından farklı sonuçların bulunması incelenen örneklemdeki toplam sayı, mesleki çeşitlilik, yaş aralığına, yaş sınıflandırmasındaki farklılıklara bağlı olabilir.

5.3.2. Katılımcıların cinsiyetleri ile SYBDÖ-II ve alt faktörlerinin ilişkisinin değerlendirilmesi

Tezin araştırmasında katılımcıların cinsiyetleri ile ölçek ve alt faktörleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Farkın çok az olmasıyla birlikte ölçek toplamında, stres yönetimi ve fiziksel aktivite alt faktörlerinde erkeklerin; sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası ilişkiler alt faktörlerinde ise kadınların puan ortalamasının daha fazla olduğu görülmüştür. Tez çalışmasıyla benzer şekilde Topçu ve Zorlu (2021), Altınok Biçer (2022), Çalışkan ve Saykılı (2020), Demir Saka ve ark. (2022), Güvenç (2023), Özbek (2019), Türkol ve Güneş (2012), Uçar (2021), Uncu ve Üstündağ (2018), Yanık ve Noğay (2017) da cinsiyet değişkeni ile ölçek ve alt faktörleri arasında anlamlı bir ilişki bulamadıklarını belirtmişlerdir.

Meşeli (2020) yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerle gerçekleştirdiği çalışmada cinsiyet ile ölçek toplamı ve “Sağlık Sorumluluğu”, “Beslenme”, “Manevi Gelişim”, “Kişilerarası İlişkiler” alt faktörleri arasında anlamlı bir ilişki tespit etmiş ve kadınların erkeklerden daha yüksek puan aldıklarını belirtmiştir. Yalçinkaya ve ark.’nın (2007) sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre “Sağlık Sorumluluğu” ve “Beslenme” alt faktörlerinden elde ettikleri puanın daha fazla olduğu, Taydaş’ın (2020) ve Maral’ın (2023) hekimlerle gerçekleştirdiği çalışmalarda “Kişilerarası İlişkiler” alt faktöründe kadınların erkeklerden daha yüksek ortalamaya sahip olduğu, Çakır ve ark.’nın (2019) hekimlerle, Öksüz’ün (2021) hemşirelerle, Bostan ve Beşer’in (2016) hemşirelerle yaptığı çalışmalarda “Beslenme” alt faktöründe kadınların anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Canpolat (2019) birinci basamak ve üniversite hastanesinde çalışan hekimlerle yaptığı çalışmada ölçek toplamında kadınların ortalama puanının erkeklerle göre anlamlı derecede yüksek olduğunu belirtmiştir. Emeksiz (2018) yoğun bakım hemşireleriyle gerçekleştirdiği çalışmada sadece “Sağlık Sorumluluğu” alt faktöründe cinsiyet değişkeni bakımından kadınların puan ortalamasının anlamlı olarak erkeklerin puan ortalamasından daha fazla olduğunu bildirmiştir.

Ezer (2022) sağlık çalışanlarıyla, Özçoban (2021) doktor ve hemşirelerle, Kızılgöz (2023) sağlık çalışanlarıyla ve Zoroğlu (2018) birinci basamak sağlık personelleri, hastanede çalışan hekim ve hemşirelerle yaptıkları çalışmalarda erkek katılımcıların fiziksel aktivite puanlarının kadın katılımcıların puanından anlamlı olarak daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır. Aynı şekilde incelenen çalışmalarda Ertürk (2022) fiziksel aktivite ve beslenme alt faktörlerinde, Çetin (2015) “Fiziksel aktivite” ve “Stres yönetimi” alt faktörlerinde, Geçgel

Koç (2015) “Fiziksel aktivite”, “Stres yönetimi” faktörleri ve ölçek toplamında, Yılmaz ve ark. (2022) “Fiziksel aktivite” ve “Stres yönetimi” alt faktörlerinde erkek katılımcıların aldıkları puanın kadın katılımcılara oranla anlamlı bir şekilde yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Cinsiyet değişkenine göre baktığımızda literatürde genellikle fiziksel aktivite alt faktöründe erkeklerin, beslenme alt faktöründe ise kadınların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

5.3.3. Katılımcıların medeni durumları ile SYBDÖ-II ve alt faktörlerinin ilişkisinin değerlendirilmesi

Tez çalışmasında katılımcıların medeni durumları ile ölçek ve alt faktörleri arasındaki ilişki incelendiğinde sadece stres yönetimi alt faktörü ile anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Stres yönetimine göre bekar olanların puan ortalaması evli olanlara göre anlamlı bir şekilde yüksek çıkmıştır. Bu araştırmayla benzer şekilde Cürcani ve ark. (2010) hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimini incelediği çalışmada, Çakır ve ark. (2019) sağlık müdürlüğü çalışanlarına yönelik çalışmada, Bostan ve Beşer (2016) hemşirelerle gerçekleştirdiği çalışmada, Emeksiz (2018) yoğun bakım ünitesi hemşireleri ile yaptığı araştırmada, Geçgel Koç (2015) hemşirelerle yaptığı çalışmada, Öksüz (2021) hemşireleri incelediği çalışmada, Yanık ve Noğay (2017) sağlık çalışanlarına yönelik çalışmada, Uncu ve Üstündağ (2018) hemşirelerle yaptığı çalışmada bekar katılımcıların aldığı puan ortalamasının evli katılımcıların aldığı puan ortalamasına göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Türköl ve Güneş'in (2012) asistan hekimleri incelediği çalışmada sağlık sorumluluğu alt faktöründe, On'un (2016) hemşirelerle yaptığı araştırmada fiziksel aktivite ve beslenme alt faktörlerinde, Canpolat'ın (2019) üniversite hastanesi ve birinci basamakta çalışan hekimlerle yaptığı çalışmada ölçek toplamında, Özkan ve Yılmaz'ın (2008) hastanede çalışan hemşirelere yönelik gerçekleştirdiği araştırmada beslenme alt faktöründe evli olanların puan ortalaması bekar olanlara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

İncelenen çalışmalardan farklı olarak Meşeli (2020), Özbek (2019), Taydaş (2020), Karagöz (2022), Demir (2016), Özçoban (2021), Altınok Biçer (2022), Topçu ve Zorlu (2021), Ertürk (2022), Ezer (2022) ve Uçar (2021) medeni durum değişkeni ile hem ölçek toplamı hem de alt faktörleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir.

Diğer alt faktörler açısından liteartürdeki çalışmalar incelendiğinde Yanık ve Noğay (2017) sağlık çalışanlarını incelediği araştırmada fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim alt faktörleri ve ölçek toplamında, Uncu ve Üstündağ (2018) hemşirelerle yaptığı çalışmada fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu alt faktörlerinde, Öksüz (2021) hemşirelerle gerçekleştirdiği çalışmada fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu alt faktörlerinde ve ölçek toplamında, Maral (2023) hekimlerle yaptığı çalışmada fiziksel aktivite, manevi gelişim alt faktörlerinde ve ölçek toplamında, Güvenç (2023) hemşirelerle gerçekleştirdiği çalışmada fiziksel aktivite alt faktöründe, Çalışkan ve Saykılı (2020) il sağlık müdürlüğü çalışanlarıyla yaptığı araştırmada fiziksel aktivite alt faktöründe, Kızılgöz (2023) sağlık çalışanlarını incelediği araştırmada fiziksel aktivite ve manevi gelişim alt faktörlerinde, Zoroğlu (2018) birinci basamak sağlık personeli ile üniversite hastanesinde çalışan hekim ve hemşireleri karşılaştırdığı çalışmada fiziksel aktivite alt faktöründe, Ballıel (2009) hemşirelerle yaptığı çalışmada fiziksel aktivite alt faktöründe ve Emeksiz (2018) yoğun bakım hemşirelerine yönelik gerçekleştirdiği çalışmada ölçek toplamında ve fiziksel aktivite ile manevi gelişim alt faktörlerinde bekar olanların puan ortalamalarının evli olanların puan ortalamasına göre anlamlı şekilde yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan çalışmaların çoğunda fiziksel aktivite alt faktöründe bekar olanların evli olanlara göre anlamlı bir şekilde farklılaşmasında bekar olanların kendilerine daha fazla zaman ayırabilme olanağına sahip olmalarından ve daha az sorumluluklarının olmasından oluşabileceği düşünülmüştür.

5.3.4. Katılımcıların meslekte çalışma süreleri ile SYBDÖ-II ve alt faktörlerinin ilişkisinin değerlendirilmesi

Bu araştırmada katılımcıların meslekte çalışma sürelerinin, ölçek ve alt faktörleri ile ilişkisi incelendiğinde fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt faktörlerinde 15-19 yıl çalışma süresi olanların puan ortalaması diğerlerine göre anlamlı bir şekilde yüksek çıkmıştır. 1-4 yıl çalışma süresi olanların puanı da 15-19 yıl çalışma süresi olanlara yakın bir değerde bulunmuştur.

Emeksiz (2018) “Fiziksel aktivite”, “Stres yönetimi”, “Sağlık sorumluluğu”, “Manevi gelişim” ve “Kişilerarası ilişkiler” alt faktörlerinde ve ölçek toplamında 15 yıl ve üzeri çalışma süresi olanların, Yalçınkaya (2007) “Fiziksel aktivite” ve “Beslenme” alt faktörlerinde 20 yıl ve üzeri olanların, On (2016) ölçek toplamında ve tüm alt faktörlerde 11 yıl ve üzeri olanların, Ezer (2022) manevi gelişim alt faktöründe 6-10 yıl çalışma süresi olanların, Çetin (2015) ölçek toplamında, fiziksel aktivite ve beslenme alt faktörlerinde 31 yıl

ve üzeri olanların puan ortalamalarının diğerlerinden anlamlı bir şekilde yüksek olduğunu tespit etmişlerdir.

Kızılgöz (2023) fiziksel aktivite alt faktöründe 0-5 yıl aralığında olanların, Cürcani ve ark. (2010) ölçek toplamında, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve stres yönetimi alt faktörlerinde 1-5 yıl aralığında olanların, Öksüz (2021) ölçek toplamı, stres yönetimi, fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu alt faktörlerinde 1-5 yıl arasında olanların, Yanık ve Noğay (2017) fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt faktörlerinde çalışma süresi 1 yıldan az olanların puan ortalamalarının diğerlerinden anlamlı bir şekilde yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bu çalışmalardan farklılaşarak Balliel (2009), Maral (2023), Uçar (2021) ve Meşeli (2020) gerçekleştirdiği çalışmalarda hem ölçek toplamında hem de tüm alt faktörlerinde meslekte çalışma süresi açısından anlamlı bir farklılık bulamadıklarını belirtmişlerdir.

Çalışma süresi 5 yıldan az olanların ölçek toplamında ve alt faktörlerinde diğerlerine göre yüksek puan ortalamasına sahip olmasında henüz genç yaşta ve daha dinamik olmalarının, mesleki yıpranmışlığın olmamasının, yeniliklere daha açık olabilmelerinin ve kendilerine daha fazla vakit ayırabilmelerinin etkisinin olduğu düşünülebilir. Daha fazla yıl çalışanların yüksek puan ortalamasına sahip olmasının nedeni de ileri yaşlarda insanların kendine dönmesi, kendileriyle daha fazla ilgilenmeleri ve bakmaları olabilir.

5.3.5. Katılımcıların öğrenim durumu ile SYBDÖ-II ve alt faktörlerinin ilişkisinin değerlendirilmesi

Araştırmada katılımcıların öğrenim durumları ile ölçek toplamı, “sağlık sorumluluğu”, “fiziksel aktivite” ve “manevi gelişim” alt faktörleri arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuştur. Lisansüstü mezunu olanların puan ortalaması lise mezunlarına göre anlamlı bir şekilde yüksek çıkmıştır. Bu durum öğrenim durumlarına göre katılımcıların homojen dağılmamasından kaynaklanıyor olabilir. Çünkü lise mezunu katılımcıların sayısı diğerlerine göre oldukça düşük çıkmıştır. Tez çalışmasındaki sonuçlara paralel olarak Çetin (2015) “fiziksel aktivite” alt faktörü hariç diğer tüm alt faktörlerde ve ölçek toplamında, Çalışkan ve Saykılı (2020) ölçek toplamında, “sağlık sorumluluğu” ve “beslenme” alt faktörlerinde, Öksüz (2021) ölçek toplamı, “sağlık sorumluluğu”, “beslenme”, “manevi gelişim” ve “kişilerarası ilişkiler” alt faktörlerinde, Uncu ve Üstündağ (2018) ölçek toplamı, “sağlık sorumluluğu”, “fiziksel aktivite” ve “beslenme” alt faktörlerinde, Yılmaz ve ark. (2022) ölçek toplamı, “sağlık sorumluluğu”, “beslenme”, “manevi gelişim” ve “kişilerarası ilişkiler” alt

faktörlerinde, Çakır ve ark. (2019) ise sadece “kişilerarası ilişkiler” alt faktöründe lisansüstü mezunu olanların puan ortalamasının anlamlı bir şekilde farklılaştığını tespit etmişlerdir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlardan farklı olarak Yalçınkaya (2007) fiziksel aktivite alt faktörü hariç diğer tüm alt faktörlerde ve ölçek toplamında lisans mezunu olanların, Özbek (2019) ölçek toplamı, “sağlık sorumluluğu”, “fiziksel aktivite” ve “manevi gelişim” alt faktörlerinde lise mezunlarının, Uncu ve Üstündağ (2018) “kişilerarası ilişkiler” ve “stres yönetimi” alt faktörlerinde lise mezunlarının, Zoroğlu (2018) “sağlık sorumluluğu” alt faktöründe önlisans mezunlarının, Demir (2016) “manevi gelişim” ve “stres yönetimi” alt faktörlerinde lise ve önlisans mezunlarının puan ortalamasının diğerlerine göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Ayrıca Meşeli (2020), Yanık ve Noğay (2017), Güvenç (2021), Geçgel Koç (2015), Demir Saka ve ark. (2022), Ballıel (2009), Emeksiz (2018), Altınok Biçer (2022), Topçu ve Zorlu (2021) yaptıkları çalışmalarda ölçek toplamı ve alt faktörlerinde anlamlı bir ilişki bulamamıştır.

Ölçek maddelerinin içeriği açısından düşünüldüğünde belli bir eğitim ve yaşam standardı seviyesinde ve üzerinde olanların daha yüksek puanlar alması, beklenen bir durum olarak görünmektedir. Bu araştırma ve benzer çalışmalardan elde edilen sonuçların bu durumu doğrular nitelikte olduğu söylenebilir. Bazı çalışmalarda öğrenim durumu açısından anlamlı bir fark bulunmaması ya da lise mezunlarının diğerlerine göre anlamlı bir şekilde farklılaşması, üzerinde tekrar çalışılması gereken şaşırtıcı bir sonuç olarak düşünülebilir.

5.3.6. Katılımcıların görev yerleri ile SYBDÖ-II ve alt faktörlerinin ilişkisinin değerlendirilmesi

Tez çalışmasında katılımcıların görev yerleri ile ölçek toplamı, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve kişilerarası ilişkiler alt faktörleri arasındaki ilişkinin anlamlılık gösterdiği tespit edilmiştir. Görev yeri hastane ve ADSM olanların sağlıklı yaşam biçimi düzeyi görev yeri TSM olanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek çıkmıştır. Oysa ki TSM ve bağlı birimleri (Sağlıklı Hayat Merkezi gibi) toplumun mevcut sağlık durumunun korunmasına ve daha sağlıklı bir yaşam biçimi edinmesine yönelik çalışmaların yürütüldüğü, bu yönde eğitim ve hizmetlerin verildiği kuruluşlardır. Bu eğitimleri ve hizmetleri veren sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeylerinin anlamlı bir şekilde daha düşük çıkması oldukça düşündürücü ve şaşırtıcı bir durumdur. Bu sonucun çıkmasında

çalışmaya katılan TSM çalışanlarının sayısının diğerlerine göre az olması da yol açmış olabilir.

Canpolat (2019) üniversite hastanesinde ve birinci basamakta görev alan hekimlerle gerçekleştirdiği çalışmada görev yeri hastane, ASM ve TSM olanlar arasında anlamlı bir farka ulaşılmadığını belirtmiştir. Literatürde sağlık profesyonellerine yönelik çalışmalarda görev yeri ile SYBD ölçeğinin kıyaslamasının yapıldığı çok az çalışmanın olduğu görülmüştür. Bu durum çalışmalara dahil edilen katılımcıların daha çok aynı kurumlarda çalışanlardan oluşmasından kaynaklanıyor olabilir.

5.3.7. Katılımcıların aylık nöbet sayıları ile SYBDÖ-II ve alt faktörlerinin ilişkisinin değerlendirilmesi

Bu çalışmada katılımcıların aylık nöbet sayıları ile ölçek ve alt faktörleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Anlamlı bir fark oluşmamasına da aylık nöbet sayısı 1-3 olanların diğerlerine göre ölçek toplamı ve “stres yönetimi”, “fiziksel aktivite”, “beslenme”, “kişilerarası ilişkiler” ile “manevi gelişim” alt faktör puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Tez çalışmasından farklı olarak Öksüz (2021) gerçekleştirdiği çalışmada nöbet sayısı fazla olanların fiziksel aktivite alt faktöründen aldığı puanın nöbet sayısı az olanlara göre anlamlı bir şekilde farklılaştığını belirtmiştir. Maral (2023) yaptığı çalışmada nöbet sayısı 4-6 olanların diğerlerine göre ölçek toplamında ve kişilerarası ilişkiler alt faktöründe yüksek puan ortalamalarına sahip olduğuna işaret ederek aralarındaki farkın anlamlı bulunduğunu bildirmiştir. Türkol ve Güneş (2012) ise nöbeti olmayanların puan ortalamasının sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler, ölçek toplamı, stres yönetimi ve fiziksel aktivite alt faktörlerinde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Bazı çalışmalarda nöbeti olmayanların bazılarında ise nöbeti fazla olanların sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin yüksek çıkması bu konuda daha fazla çalışmanın yapılması gerektiğini göstermektedir.

5.3.8. Katılımcıların kronik hastalık durumu ile SYBDÖ-II ve alt faktörlerinin ilişkisinin değerlendirilmesi

Tez çalışmasında katılımcıların ölçek ve alt faktörleri puan ortalamaları ile kronik hastalık durumları arasındaki ilişkinin anlamlılık göstermediği tespit edilmiştir. Bu çalışmaya benzer şekilde Yanık ve Noğay (2017), Türkol ve Güneş (2012), Taydaş (2020), Maral (2023), Karagöz (2022), Demir (2016), Emeksiz (2018), Çakır ve ark. (2019), Canpolat

(2019), Zoroğlu (2018), Topçu ve Zorlu (2021), Ertürk (2022) kronik hastalığı olanların ve olmayanların puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit etmemişlerdir.

Bu araştırmadan farklı olarak Çetin (2015) fiziksel aktivite alt faktörünün, Uz ve Kitiş (2017) “fiziksel aktivite”, “manevi gelişim” ve “stres yönetimi” alt faktörlerinin, Özbek (2019) “fiziksel aktivite” ve “stres yönetimi” alt faktörlerinin, Özçoban (2021) “manevi gelişim” ve “stres yönetimi” alt faktörlerinin puan ortalamasının kronik hastalığı olmayanlarda kronik hastalığı bulunanlara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Öksüz (2021) beslenme alt faktöründe, Kızılgöz (2023) kişilerarası ilişkiler alt faktöründe tam tersi bir durum olarak kronik hastalığı olanların puan ortalamasını anlamlı bir şekilde yüksek bulmuşlardır. Bu durum araştırmalara katılım gösteren kronik hastalığı bulunanların diğer çalışmaların katılımcılarına göre sağlıklı yaşam biçimi açısından daha bilinçli ve dikkatli olduklarını gösteren bir sonuç olarak yorumlanabilir.

5.3.9. Katılımcıların sürekli ilaç kullanma durumu ile SYBDÖ-II ve alt faktörlerinin ilişkisinin değerlendirilmesi

Tez çalışmasında katılımcıların sürekli ilaç kullanma durumları ile ölçek ve alt faktörleri arasındaki ilişki “stres yönetimi” ve “fiziksel aktivite” alt faktörleri açısından anlamlılık göstermektedir. Sürekli ilaç kullanma durumu olmayanların sürekli ilaç kullananlara göre anlamlı bir şekilde yüksek puan aldığı görülmüştür.

Özçelik ve Sönmez (2015) aile hekimleri, sınıf öğretmenleri ve imamlarla gerçekleştirdiği çalışmada sürekli ilaç kullanmayanlarda fiziksel aktivite alt faktörü puan ortalamasını ilaç kullananlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek bulmuşlardır. Zoroğlu (2018) birinci basamak sağlık personeli ile üniversite hastanesinde çalışan asistan hekim ve hemşireleri incelediği çalışmada sürekli ilaç kullananların sağlık sorumluluğu alt faktöründe sürekli ilaç kullanma durumu olmayanlara göre anlamlı bir şekilde farklılaştığını belirtmiştir. Benzer şekilde Emeksiz (2018) yoğun bakım hemşireleri ile yaptığı çalışmada ölçek toplamında ve fiziksel aktivite, manevi gelişim ile kişilerarası ilişkiler alt faktörlerinde sürekli ilaç kullananların puan ortalamasını anlamlı bir şekilde yüksek bulmuştur.

Ertürk’ün (2022) asistan hekim ve hemşirelerle, Demir’in (2016) üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerle, Canpolat’ın (2019) üniversite hastanesinde ve birinci

basamakta görev alan hekimlerle, Maral'ın (2023) hekimlerle, Öksüz'ün (2021) hemşirelerle, Taydaş'ın hekimlerle (2020) ve Meşeli'nin (2020) yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmalarda sürekli ilaç kullanma durumu açısından ölçek toplamında ve alt faktörlerinin hiçbirinde anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Sağlık meslek mensubu bireylerin SYBDÖ-II ile sosyodemografik özelliklerinin ilişkisinin incelendiği bu araştırma ölçek toplam puanı açısından değerlendirildiğinde sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyinin orta seviyede olduğu görülmüştür.

Sağlık meslek mensubu bireyler alt faktör puan ortalamaları açısından incelendiğinde ise en fazla değer “manevi gelişim” alt faktöründen, en düşük değer ise “fiziksel aktivite” alt faktöründen alındığı ortaya çıkmıştır. Sağlık profesyonellerinin “manevi gelişim” ve “kişilerarası ilişkiler” davranışlarında başarılı oldukları, “fiziksel aktivite” davranışlarındaysa yeterince başarılı olamadıkları sonucu elde edilmiştir. İncelenen birçok çalışmada da bu sonucu destekler bulguların olduğu görülmüştür.

Yaş değişkeninin hem ölçek toplamıyla hem de tüm alt faktörleriyle olan ilişkisinde anlamlı olarak değerlendirilecek farklılığın oluşmadığı görülmüştür. Bireylerin yaşlarının sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır.

Görev yapılan yer ile ölçek toplamı arasındaki ilişkiye bakıldığında hastane ve ADŞM’de görev alanların TŞM’de çalışanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek düzeyde sağlıklı yaşam biçimi davranışı gösterdikleri saptanmıştır. “Stres yönetimi”, “sağlık sorumluluğu”, “fiziksel aktivite” ve “kişilerarası ilişkiler” alt faktörleriyle de görev yapılan yer değişkeni arasında benzer anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Aylık nöbet sayısı değişkeninin hem ölçek toplamı hem de tüm alt faktörleriyle olan ilişkisinde anlamlı olarak değerlendirilecek farklılığın oluşmadığı tespit edilmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına aylık nöbet sayısının bir etkisinin olmadığı görülmüştür.

Cinsiyet değişkeni ile ölçek toplamı ve alt faktörleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Erkek ve kadınların benzer sağlıklı yaşam biçimi davranışı gösterdikleri sonucuna varılmıştır. Medeni durum ile ölçek toplamı arasındaki fark anlamlı çıkmamıştır. Sadece “stres yönetimi” alt faktörüyle medeni durum değişkeni arasındaki farkın anlamlılık gösterdiği bulunmuştur. Bekar olanların evli olanlara göre stres yönetiminde daha başarılı oldukları görülmüştür.

Bireylerin öğrenim durumlarına göre ölçek toplamı ile “sağlık sorumluluğu”, “fiziksel aktivite” ve “manevi gelişim” alt faktörlerindeki farklılığın anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır. Lisansüstü mezunları, lise ve önlisans mezunlarına göre daha olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerine sahip olmuştur. Öğrenim durumu yükseldikçe sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları da gelişmektedir.

Meslekte çalışma süresi ölçek toplamı açısından sağlık çalışanlarında anlamlı bir etki yaratmamıştır. Stres yönetimi ve fiziksel aktivite alt faktörleri ile meslekte çalışma süresi arasında ise anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır. 15-19 yıl çalışma süresi olanlar daha olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışı göstermişlerdir.

Bireylerin kronik hastalık varlığı ile hem ölçek toplamı hem de tüm alt faktörleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Kronik hastalığı olan sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bu durumdan etkilenmediği görülmüştür. Sürekli ilaç kullanma durumuna göre ölçek toplamında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Stres yönetimi ve fiziksel aktivite alt faktörlerinde ise sürekli ilaç kullanma durumu olmayanların anlamlı bir şekilde farklılaştığı ve daha olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışı gösterdikleri görülmüştür.

Tez çalışmasında yaş grupları, cinsiyet, aylık nöbet sayısı ve kronik hastalık durumu değişkenlerinin ölçek toplamı ve tüm alt faktörleriyle olan ilişkilerinde anlamlılık saptanamaması ilginç çıkan bir veri olarak değerlendirilebilir. Ayrıca ölçek toplamı ve tüm alt faktörlerinde lisansüstü mezunlarının puan ortalaması diğerlerinden yüksek çıkmıştır. Yine meslekte çalışma süresi 15-19 yıl olanlar da ölçek toplamı ve tüm alt faktörlerde ilginç bir şekilde diğerlerine göre yüksek puan ortalamasına sahip olmuşlardır.

6.2. Öneriler

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda sağlık meslek mensubu bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili şu önerilerde bulunulabilir:

1. Topluma rol model olan sağlık profesyonellerinin mesai saatleri sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerini geliştirmek amacıyla ilgili eğitim ve uygulamalar için yeniden düzenlenebilir.
2. Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimini engelleyen etmenler belirlenerek bu aksaklıkları giderecek önlemler alınmalıdır.
3. Toplumda düzenli egzersiz ve spor alışkanlığının olmadığı birçok araştırmayla kanıtlanmıştır. Özellikle tez araştırmasında ve diğer çalışmalarda da görülen düşük fiziksel

aktivite düzeyini yükseltmek için sağlık profesyonellerinin görev yerlerinde bu aktiviteleri yapabileceği uygun alanlar tahsis edilmeli ve uygun zaman dilimi ayrılmalıdır.

4. Sağlık meslek mensubu bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerini ölçmek için daha geniş örneklemlerde ve daha detaylı sosyodemografik değişkenler içeren çalışmalar yapılmalıdır.

5. Sağlıklı yaşam biçimine yönelik davranışlarında dikkatli ve özenli olan sağlık çalışanları düzenli bir şekilde takip edilmeli ve bu çalışanlara teşvik amaçlı ödöl uygulaması yapılmalıdır.

6. Sağlık kurumları içerisinde sağlıklı yaşam biçimine yönelik profesyonel danışmanlık ve rehberlik hizmeti verilmelidir.

7. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları açasından sağlık meslek mensubu bireylere yönelik kamu ve özel sektör olmak üzere karşılaştırmalı çalışmalar yapılabilir.

8. Sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyinin tespiti açasından nitel araştırmalar, derinleme görüşme yöntemleri ile konunun daha detaylı irdelendiği çalışmalar gerçekleştirilebilir.



7. KAYNAKLAR

- Akça, Ş. (1998). Üniversite öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve bunu etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi. [Yüksek lisans tezi]. Ege Üniversitesi
- Akhuy, E. (2023). Asistan hekimlerde tükenmişlik düzeylerinin mesleki doyum ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisinin incelenmesi. [Uzmanlık tezi]. Trakya Üniversitesi.
- Aksoy, T., & Uçar, H. (2014). Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1(2), 53-67.
- Altınok Bıçer, E. (2022). Yoğun bakım hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. [Yüksek lisans tezi]. İstanbul Arel Üniversitesi.
- Alu, A. (2017). Sağlığın temel kavramları. Sağlık Yönetimi Dergisi, 1(2), 32-41.
- Altay, A. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. Sayıştay Dergisi, (64), 33-58.
- Araz, A., Harlak, H., Meşe, G. (2007). Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (2), 112-122.
- Avcı, Y. D. (2016). Kişisel sağlık sorumluluğu. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(3), 259-266.
- Aytaç, S. (2009). İş stresi: oluşumu, nedenleri, başa çıkma yolları, yönetimi. İş Stresi Yönetimi El Kitabı, 1- 34.
- Aytekin, H. (2019). Hekim ve hemşirelerin kişilik özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine bir çalışma. [Yüksek lisans tezi]. Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kıssal, A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1), 1-13.
- Bahar, Z., Beşer, A., Özbiçakçı, Ş., Haney, M.Ö. (2013). Health promotion behaviors of Turkish women. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 6 (1), 9-16.
- Balliel, N. (2009). Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi hemşirelerinde sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler. [Yüksek lisans tezi]. Ankara Üniversitesi.
- Başara, B. B., Çağlar, İ. S., Aygün, A., Özdemir, T. A., Kulali, B. (2022). Sağlık İstatikleri Yıllığı 2020. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Başara, B. B., Çağlar, İ. S., Aygün, A., Özdemir, T. A., Kulali, B. (2023). Sağlık İstatikleri Yıllığı 2021. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Başol, E. (2015). Gelişmekte olan ülkelerde strateji: Sağlık sisteminde sevk zinciri. Balkan Sosyal Bilimler Dergisi, 4(8), 128-140.
- Bek, N. (2012). Fiziksel aktivite ve sağlığımız. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Dairesi Başkanlığı, İkinci Basım, 9-12.
- Bostan, N., & Beşer, A. (2016). Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 14(1), 38-44.
- Boztılki, M., & Ardıç, E. (2017). Maneviyat ve sağlık. G.O.P Taksim E.A.H. JAREN, 3, 39-45.
- Canpolat, Y. (2019). Üniversite hastanesi ve birinci basamak hekimlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının karşılaştırılması; Edirne örneğinde. [Uzmanlık tezi]. Trakya Üniversitesi.
- Çaymaz, M. (2015). Sağlık personelinin tıbbi uygulama hataları üzerine bir araştırma. Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2(4), 1-14.
- Cindaş, A. (2001). Yaşlılarda egzersiz uygulamasının genel ilkeleri. Türkiye Geriatri Dergisi, 4(2), 77- 84.
- Corbin, C. B., Welk, G., Corbin, W. R., Welk, K. (2008). Concepts of fitness and wellness. Boston: McGraw-Hill.
- Cufta, M. (2016). Stres ve dini inanç. Pamukkale Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 3(5), 50-70.
- Cüceloğlu, D. (2019). İnsan ve davranış-Psikolojinin temel kavramları. Remzi Kitabevi, 28.Basım, İstanbul.

- Cürcani, M., Tan, M., Özdelikara, A. (2010). Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5):487-492.
- Çakır, M., Demirhan, F., Akalan, A., Yılmaz, N., Ergüney, Ş. (2019). Sağlık müdürlüğü çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Abant Tıp Dergisi*, 8(3), 104-112.
- Çalışkan, L. (2019). Gestasyonel diyabetli gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler. [Yüksek lisans tezi]. Marmara Üniversitesi.
- Çalışkan, Z., & Saykılı, S. (2020). İl sağlık müdürlüğü çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve antropometrik ölçümlerinin belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 1-12 .
- Çelikay, F., & Gümü, E. (2010). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.
- Çetin, F. E. (2015). Ankara halk sağlığı müdürlüğü ve merkez ilçelerin toplum sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. [Uzmanlık tezi]. Gazi Üniversitesi.
- Çetiner, H. (2014). Hastane çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. [Yüksek lisans tezi]. Marmara Üniversitesi.
- Çetiner, H., & Ulupınar, S. (2018). Sağlık profesyoneli olan ve olmayan hastane çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(1), 1-10.
- Dağlı, H. G. (2006). Türkiye’ de sağlık sektörünün yapısı. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Ankara Üniversitesi.
- Daştan, İ., & Çetinkaya, V. (2015). OECD ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Değirmenci, S. D. (2021). Sağlık hizmetlerinde reform: Temel sağlık hizmetleri üzerine bir inceleme. [Doktora tezi]. Ankara Üniversitesi.
- Demir, S. (2016). Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi’nde çalışan hemşirelerin çalışan güvenliği konusundaki farkındalıkları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları. [Yüksek lisans tezi]. Gaziosmanpaşa Üniversitesi.
- Demir Saka, S., Gözüm, S., Demir Avcı Y. (2022). Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıklı davranış geliştirme niyetlerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 16(2): 403-411.
- Doğan, T., & Sapmaz, F. (2012). Kişiler arası ilişki tarzları ve öznel iyi oluş. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 10(3), 585-601.
- Emeksiz, B. (2018). Yoğun bakım ünitesi hemşirelerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. [Yüksek lisans tezi]. Okan Üniversitesi.
- Erözkan, A. (2009). Lise öğrencilerinde kişilerarası ilişki tarzlarının yordayıcıları. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 21, 543- 551.
- Ertürk, M. (2022). Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan asistan hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sosyodemografik özellikleri ile ilişkisi. [Uzmanlık tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Esin, M. N. (1997). Endüstriyel alanında çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. [Doktora tezi]. İstanbul Üniversitesi.
- Ezer, S. (2022). Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *EGEHFD*, 38(1), 29-42.
- Ferguson, K. J. (1998). *Health behaviour*. Wallace RB. *Public Health & Preventive Medicine*. Fourteenth Edition, Stamford, CT: Appleton&Lange, Pages 811-816.
- Geçgel Koç, H. (2015). Turgut Özal Tıp Merkezi hemşirelerinin zayıflama amaçlı diyet ürünü kullanma durumları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. [Yüksek lisans tezi]. İnönü Üniversitesi.
- Gençgün, F. (2018). Ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. [Yüksek lisans tezi]. Okan Üniversitesi.

- Gençoğlu, P. (2018). Türkiye’de illerin gelişmişlik düzeyi dikkate alınarak sağlık hizmetlerinin kümeleme analizi aracılığıyla değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, (52), 301-324.
- Grossmann, R., & Scala, K. (1996). Health promotion and organizational development. WHO Regional Office for Europe, Health Promotion Unit, Lifestyles and Health Department, IFF Health and Organizational Development, Vienna.
- Güçlü, N. (2001). Stres yönetimi. G. Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 21(1), 91-109.
- Güngörmüş, Z. (2001). Bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanımı ile sağlık sorumluluğu arasındaki ilişki. [Yüksek lisans tezi]. Atatürk Üniversitesi.
- Güvenç, S. (2023). Covid-19 pandemisinde hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. [Yüksek lisans tezi]. Çankırı Karatekin Üniversitesi.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56(6), 885-892.
- https://www5.tbmm.gov.tr/develop/owa/tc_anayasasi.maddeler?p3=56
- İrmak, H., Yardım, N., Keklik, K., Temel, F. (2022). Toplumda fiziksel aktivitenin desteklenmesi. Fiziksel Aktivite Takip Sistemleri ve Teşvik, Fiziksel Aktivite Bilim Komisyonu Raporu, 1.Basım, Ankara.
- İmamoğlu, S. (2008). Genç yetişkinlikte kişilerarası ilişkilerin cinsiyet, cinsiyet rolleri ve yalnızlık algısı açısından incelenmesi. [Doktora tezi] Marmara Üniversitesi.
- İslamoğlu, A. H. (2009). Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri. Beta Basım.İzmit.
- Johnstone, M. (1989). Stress in Teaching. An Overview of Research. Scottish Council for Research in Education, SCRE Publication, 3-58.
- Joseph, B., Joseph, M. (2016). The health of the healthcare workers. Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine, 20(2), 71–72.
- Kaba, İ. (2019). Stres, ruh sağlığı ve stres yönetimi: güncel bir gözden geçirme. Akademikbakış Dergisi, 73, 63-81.
- Kaplan Serin, E., Işık, K., Özdemir, A. (2021). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam tarzı davranışları ile Tip 2 diyabet riski arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi, 5(2), 118-123.
- Karagöz, Ş. (2022). Kayseri ili serbest eczacılarında sağlık okuryazarlığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi. [Yüksek lisans tezi]. Erciyes Üniversitesi.
- Karakuş, B., & Çakır, E. (2020). Fiziksel aktivite ve sağlıklı yaşam. Ankara, Akademisyen Kitabevi.
- Kayın, S. (2021). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sağlıklı tüketim davranışlarıyla ilişkisi. [Yüksek lisans tezi]. Bahçeşehir Üniversitesi.
- Kesgin, C., Topuzoğlu, A. (2006). Sağlığın tanımı; başa çıkma. Journal of İstanbul Kültür University, 3, 47-49.
- Keskinkılıç, B., & Yardım, N. (2017). Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Birinci basamak sağlık kurumları için obezite ve diyabet klinik rehberi. Ankara.
- Khamisa, N., Peltzer, K., Oldenburg, B. (2013). Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: A Systematic Review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 10(6), 2214-2240.
- Kırel, Ç. (1993). Örgütsel stres yönetimi. Eskişehir Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fak. Dergisi, 11(1-2), 159-173.
- Kızılgöz, B. (2023). Kafkas üniversitesi sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. [Uzmanlık tezi]. Kafkas Üniversitesi.
- Komduur, R. H., Korthals, M., Molder, H. (2009). The good life: living for health and a life without risks? On a prominent script of nutrigenomics. British Journal of Nutrition, 101(3), 307-316.
- Kök, M., & Sayım, F. (2009). Sağlık hizmetlerinde yerel yönetim yatırımları. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, 276-292.

- Lee, R. L., & Loke, A. J. (2005). Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public Health Nursing*, 22(3), 209-220.
- Levin, J. S., & Schiller, F. L. (1987). Is There a Religious Factor in Health. *Journal of Religion and Health*, 26(1), 9-36.
- Maral, A. (2023). Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hekimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. [Uzmanlık tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Meşeli, N. (2020). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm kaygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. [Yüksek lisans tezi]. İstanbul Okan Üniversitesi.
- Moscovici, M. (1988). Notes towards a description of social representations. *European Journal of Social Psychology*, 18, 211-250.
- On, B. (2016). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi ile ilgili görüşleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. [Yüksek lisans tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Owens, L. (2006). The relationship of health locus of control, self efficacy, health literacy and health promoting behaviors in older adults. A dissertation presented for the doctor of philosophy degree The University of Memphis.
- Öksüz, A. M. (2021). Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi'nde çalışmakta olan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve psikososyal risk faktörleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. [Yüksek lisans tezi]. Karadeniz Teknik Üniversitesi.
- Özbek, Z. (2019) Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. [Yüksek lisans tezi]. Gaziantep Üniversitesi.
- Özçelik, H., & Sönmez, Y. (2015). Isparta il merkezinde görev yapan toplum lideri bazı meslek gruplarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 22(4), 115-125.
- Özçoban, K. (2021). Covid-19 pandemisinde doktor ve hemşirelerin tükenmişlik ve stres düzeylerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. [Yüksek lisans tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Özdemir, Ü. (2022). Hemşirelerde premenstrual sendrom ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisinin incelenmesi. [Yüksek lisans tezi]. Üsküdar Üniversitesi.
- Özel, Y., & Bay Karabulut, A. (2018). Günlük yaşam ve stres yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 48-56.
- Özkan, S., Yılmaz, E. (2008). Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7), 89-105.
- Özkara, Y. (2006). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin sağlık ekonomisindeki yeri ve önemi: Bir uygulama. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Akdeniz Üniversitesi.
- Özvarış, Ş. B. (2011). Sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Birinci Baskı, Ankara.
- Pasinlioğlu, T., & Gözümlü, S. (1998). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2), 60-68.
- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. *Nursing Research* 36(2), 76-81.
- Pender, N. J., Barkauskas, V. H., Hayman, L., Rice, V. H., Anderson, E. T. (1992). Health promotion and disease prevention: Toward excellence in nursing practice and education. *Nursing Outlook*, 40(3), 106-112.
- Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü (2011). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları No:814, 1.Baskı, Ankara, Türkiye, 8-12.
- Sargutan, A. E. (2005a). Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428.
- Sargutan, E. (2005b). Sağlık teknolojisi yönetimi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 113-144.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill Book Co.

- Sönmez, M. (2011). Paran kadar sağlık: Türkiye’de sağlığın ticarileşmesi. Yordam Kitap Basım ve Yayın Tic. Ltd. Şti, 1. Basım, İstanbul, Türkiye. 13-16.
- Steinbrook, R. (2006). Healthcare reform in Massachusetts a work in progress. N Engl J Med. 354(20), 2095-2098.
- Sürme, Y. (2019). Stres, stresle ilişkili hastalıklar ve stres yönetimi. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 12(64), 525-529.
- Şahin, N. H., Durak, A., Yasak, Y. (1994). Kişilerarası ilişkiler ölçeği: Psikometrik özellikleri. VIII. Ulusal Psikoloji Kongresinde Sunulmuş Bildiri.
- Şahin, N. H., Batıgün, A. D., Koç, V. (2011). Kişilerarası tarz, kendilik algısı, öfke ve depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi, 22(1), 17-25.
- Şanlıer, N., Köksal, E., Bilici, S. (2011). Sağlık çalışanlarında obezite (şişmanlık) ve zayıflık durumunun belirlenmesi araştırma raporu. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Taydaş, O. (2020). Hekimlerin periyodik sağlık muayeneleri hakkındaki bilgi düzeyi ve davranışları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının birlikte değerlendirilmesi. [Uzmanlık tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Tekin, M. (2015). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kamu hastanelerinde çalışan hekimler açısından incelenmesi: Denizli il merkezi örneği. [Yüksek lisans tezi]. Beykent Üniversitesi.
- The WHO cross-national study of health behavior in school-aged children from 35 countries: Findings from 2001-2002. J Sch Health, 2004; 74, 204-6.
- Thirlaway, K., & Davies, L. (2013). Personal responsibility for lifestyle behaviors and health. John Wiley & Sons Ltd, Chichester.
- Topçu, M., & Zorlu, S. (2021). Sağlık çalışanlarının nargile içme profilleri, nargilenin sağlığa olan etkilerine yönelik algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Bağımlılık Dergisi, 22(4), 432-446.
- Toprak, İ., Şentürk, Ş., Yüksel, B., Özer, H., Çakır, B., Bideci, A. E. (2002). Saha beslenmesi için toplum beslenmesi programı eğitim materyali. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, Türkiye.
- Türkol, E., & Güneş, G. (2012). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 19(3):159-166.
- T.C. Resmi Gazete, 27 Mayıs 1949, Sayı: 7217
- T.C. Resmi Gazete, 12 Ocak.1961, Sayı: 10705
- T.C. Resmi Gazete, 1 Ağustos 1998, Sayı: 23420
- T.C. Resmi Gazete, 22 Mayıs 2014, Sayı: 29007
- T.C. Resmi Gazete, 10 Şubat 2022, Sayı: 31746
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, Ankara, 2017.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, Ankara, 2019.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/fiziksel-aktivite/ulkemizde-durum.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı. <https://www.saglik.gov.tr/TR,22550/saglikli-yemek-tabagim.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Dairesi Başkanlığı. <https://shm.saglik.gov.tr/shm-nedir.html>
- Uçar, B. (2021). Eczacıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Güncel Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, 1(2), 68-79.
- Uncu, B., Üstündağ, H. (2018). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 5(3), 306-315.
- Uz, D., & Kitiş, Y. (2017). Bir hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz etkililik düzeylerinin belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(3), 27-39.

- Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, 9(3), 449-469.
- Yalçınkaya, M., Gök Özer, F., Yavuz Karamanoğlu A. (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 409-420.
- Yanık, A., & Noğay, N. H. (2017). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 22(4), 167-176.
- Yeşilkaya, H. (2018). Gebe kadınların uyku sorunları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. [Yüksek lisans tezi]. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi.
- Yıldırım, İ. (1991). Stres ve stresle başa çıkmada gevşeme teknikleri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6, 175-189.
- Yılmaz, M. (2010). Üniversite öğrencilerinin kişilerarası ilişki tarzları ve kendini açma düzeyleri arasındaki ilişki. [Yüksek lisans tezi]. Muğla Üniversitesi.
- Yılmaz, C., Dağlar, G., Bilgiç, D. (2022). Ebe ve hemşirelerde meme kanseri korkusunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 31(3), 355-361.
- Zoroğlu, G. (2018). Düzce merkez ilçedeki birinci basamakta çalışan sağlık personeli ile üniversite hastanesi asistan hekim ve hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. [Uzmanlık tezi]. Düzce Üniversitesi.
- Walker, S. N., Hill-Polerecky, D. M. (1996). Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript. University of Nebraska Medical Center.
- Willis, M. S., Williams, R. D., Rozel, B. R. (1994). Teaching health promotion: motivating students through collaboration. *Journal of Nursing Education*, 33, 281-282.
- Woodward, D., Smith, R. D. (2006). Global public goods and health: Concepts and Issues. WHO.
- World Health Organization. (2016). Regional office for Europe, DSÖ Avrupa bölgesi için fiziksel aktivite stratejisi 2016-2025. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi UN City, Marmorvej 51 DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.

8. EKLER

EK 1. Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemeyi konu edinen bu çalışma, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans tez çalışması olarak yürütülmektedir.

Çalışmamız bir anket formu ile gerçekleştirildiğinden, herhangi bir risk taşımamaktadır.

Anketi doldururken adınızı belirtmenize gerek yoktur.

Çalışmanın sonuçları bilime ve hayatımıza önemli katkılar sağlayabileceğinden dolayı anket formunda yer alan tüm maddeleri dikkatle okumanız, her madde için size en yakın gelen seçeneği işaretlemeniz, bütün maddeleri eksiksiz bir şekilde doldurmanız bizi memnun edecektir.

Araştırmaya yaptığınız katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

Hüseyin DEMİR

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Yönetimi A.B.D.

Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Yönetimi Bölümü

1- Yaşınız?

2- Cinsiyetiniz?

1.Kadın () 2.Erkek ()

3- Öğrenim Durumunuz?

1.Lise () 2.Önlisans () 3.Lisans () 4.Lisans üstü ()

4- Medeni durumunuz?

1.Evli () 2.Bekar ()

- 5- Mesleğiniz?
- 6- Meslekteki toplam çalışma süreniz? yıl
- 7- Görev yeriniz? (Hastane, İl Sağlık Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Merkezi vb.)
Belirtiniz
- 8- Çalıştığınız birim/klinik?
- 9- Aylık nöbet sayınız? Nöbet Süresi saat (Nöbet usulü çalışanlar için)
- 10- Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
1.Evet () 2.Hayır ()
- 11- Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?
1.Evet () 2.Hayır ()

EK 2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Healthy Lifestyle Behaviors Scale II)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II				
Bu ankette şuan ki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneğe "X" işareti koyarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 şeklinde değerlendirilmektedir.				
	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1. Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2. Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3. Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4. Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5. Yeterince uyurum				
6. Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7. İnsanları başarıları için takdir ederim				
8. Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9. Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10. Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11. Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12. Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13. İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14. Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15. Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16. Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
17. Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18. Geleceğe umutla bakarım				
19. Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20. Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21. Her zaman gittiğim sağlık profesyonellerin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22. Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23. Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24. Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25. Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26. Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28. Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29. Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30. Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31. Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32. Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33. Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34. Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35. İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36. Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37. Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
38. Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39. Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40. Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41. Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42. Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43. Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44. Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45. Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46. Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47. Yorulmaktan kendimi korurum				
48. İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49. Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50. Kahvaltı yaparım				
51. Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52. Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

EK 3. Karaman İl Sağlık Müdürlüğü Komisyon Kararı



T.C.
KARAMAN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

KARAMAN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KARAMAN
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ
30.03.2022 13:33 / 13048354 / 774 99 / 99-583



00162207531

Sayı : E-13048354-774.99
Konu : Bilimsel Araştırma İzinimiz Hk.
(Hüseyin DEMİR)

Sayın Hüseyin DEMİR

Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Karaman Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ve Merkez Toplum Sağlığı Merkezinde "Sağlık Çalışanlarının Sağlık Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi" konulu tez çalışmanız kapsamında yürütmeyi planladığımız çalışmanıza Müdürlüğümüzün izni dışında ilan edilmemesi kaydıyla izin verilmiş olup; Komisyon Kararı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Adnan KURŞUN
İl Sağlık Müdürü

Ek: Komisyon Kararı

Hamidiye Mah. 703 Nolu Sok. Emniyet Karşısı, 70100 Karaman

Telefon: Faks No: 0338 226 50 55

e-Posta:

İnternet Adresi: <http://karaman.ism.saglik.gov.tr>

Bilgi için: Nusret UYAR

HEMŞİRE

Telefon No: (0338) 226 50 58

Belge Doğrulama Kodu: 240319a6-548c-473d-8c8b-75036059c604 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 4. Ölçek İzni

The screenshot shows the Outlook web interface. The top navigation bar includes the Outlook logo, a search bar, and various utility icons. The left sidebar displays the 'Klasörler' (Folders) section with the following items: Gelen Kutusu (3), Gereklessiz E-posta (9), Taslaklar (2), Gönderilmiş Öğe..., Silinmiş Öğeler (66), Arşiv, Notlar, Conversation His..., GARANTİ, İŞBANKASI, and ÖZEL. The main content area shows an email titled 'RE: Hocam acil !!!Ölçek Kullanım İzni-Hüseyin DEMİR'. The email header indicates it was received on 8.12.2021 at 16:24. The sender is Ayşe Beşer, and the recipient is Hüseyin DEMİR. The email body contains a PDF attachment named 'HPLP II.pdf' (133 KB) and a message in Turkish: 'Merhaba, Çalışmanızda ölçeğimizi kullanabilirsiniz, kolaylıklar dilerim'. Below the message, the email metadata is displayed: 'From: hüseyin demir', 'Sent: Tuesday, December 7, 2021 3:39 PM', 'To: Ayşe Beşer', and 'Subject: Hocam acil !!!Ölçek Kullanım İzni-Hüseyin DEMİR'. The email concludes with 'Merhaba Sayın Ayşe BEŞER,' and a request for permission to use the 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' scale, signed by Hüseyin DEMİR.

Outlook

Ara

Şimdi Toplantı Yapın

Yeni ileti Yanıtla Sil Arşivle Gereksiz Süpür Taşı Kategorilere Ayır Ertele

← RE: Hocam acil !!!Ölçek Kullanım İzni-Hüseyin DEMİR

Bu iletiyi 8.12.2021 Çar 16:24 tarihinde iletiniz

Ayşe Beşer <AB>
7.12.2021 Sal 15:41
Kime: Siz

HPLP II.pdf
133 KB

Merhaba,
Çalışmanızda ölçeğimizi kullanabilirsiniz, kolaylıklar dilerim

From: hüseyin demir <>
Sent: Tuesday, December 7, 2021 3:39 PM
To: Ayşe Beşer <>
Subject: Hocam acil !!!Ölçek Kullanım İzni-Hüseyin DEMİR

Merhaba Sayın Ayşe BEŞER,

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Yönetimi alanında yüksek lisans tez dönemi öğrencisiyim. Danışman hocam Doç.Dr.Ayhan ULUDAĞ ile planladığımız "Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışının incelenmesi" isimli tez çalışmamızda sizin geliştirmiş olduğunuz "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" den faydalanmak için izninizi rica ediyorum.

Saygılarımla,

Hüseyin DEMİR

Microsoft 365'e yükselt premium Outlook özellikleri



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 19-130

02.02.2022

Sayın Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ

Sorumlu araştırmacı olarak yürüteceğiniz “Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi” başlıklı proje ile ilgili kurulumuza yaptığımız etik kurul başvurusu görüşüldü. Kurulumuzun 02.02.2022 tarih ve 2022/19-130 sayılı kararıyla, çalışmanın bilimsel etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verildi.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacıya aittir.
Yardımcı Araştırmacılar : Yüksek Lisans Öğrencisi Hüseyin DEMİR

Prof. Dr. Emine GEÇKİL

Sağlık Bilimleri Bilimsel
Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK 5. Etik Kurulu İzni (Devamı)



NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES SCIENTIFIC RESEARCH ETHICS BOARD
ETHICS BOARD DECISION FORM

Ethics Committee Date and Decision Number	Date: 02.02.2022 Decision Number: 19/130
Title of the Study	Examination of Healthy Lifestyle Behaviors of Healthcare Professionals
Responsible Researcher	Associate Professor Ayhan ULUDAĞ
Assistant Researchers	Master Degree Student Hüseyin DEMİR
Ethics Committee Decision	Majority of votes <input type="checkbox"/> Consensus <input checked="" type="checkbox"/> Approval <input checked="" type="checkbox"/> Correction * <input type="checkbox"/> Rejection** <input type="checkbox"/>
Corrections Requested by the Ethics Committee During Re-Application*	
If rejected, reasons **	

Prof. Dr. Emine GEÇKİL
Head of Ethics Committee