



Tıp Fakültesi

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**TOPLUMDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
GELİŞTİRMESİ BEKLENEN SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ BU KONUDAKİ
TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

Dr. RABİA MÜBERRA BADUR BEY

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2023



Tıp Fakültesi

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**TOPLUMDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
GELİŞTİRMESİ BEKLENEN SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ BU KONUDAKİ
TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

Dr. RABİA MÜBERRA BADUR BEY

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. GÜLRU PEMRA CÖBEK ÜNALAN

İSTANBUL 2023

ÖN SÖZ

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecimde bana rehberlik eden, her katkısıyla tezimi değerli kılan değerli danışman hocam Prof. Dr. Pemra Cöbek Ünal'ın, rehberlikleri ve destekleri için anabilim dalımızın değerli öğretim üyeleri Prof. Dr. Arzu Uzuner, Prof. Dr. Mehmet Akman, Prof. Dr. Serap Çifçili, Prof. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya, Dr. Öğr. Üyesi Ülkü Sur Ünal ve Dr. Öğr. Üyesi Buğuşanma Koban'a;

Pandemi döneminde başladığımız asistanlık sürecini birlikte omuzladığımız ve birlikte çalıştığımız son günlerin tadını çıkardığım eş kıdemlerim başta olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma ve kliniğimizin sevgili personellerine,

Çalışma saatleri içinde, dar vakitlerine rağmen benim için zaman ayırıp çalışmama katılım gösteren meslektaşlarıma ve geleceğin diyetisyenlerine,

Akademik hayatımın bu noktasına gelene kadar dualarıyla ve destekleriyle her daim yanımda hissettiğim canım aileme,

Hayatıma girdiği andan beri beni yalnız bırakmayan kıymetli eşime en içten sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Rabia Müberra BADUR BEY

ÖZET

Toplumda Sağlıklı Yaşam Biçimi Geliştirmesi Beklenen Sağlık Çalışanlarının Bu Konudaki Tutumlarının İncelenmesi

Amaç: Bu çalışmada; klinik pratiğinde ve eğitimi süresince sağlıklı yaşam tarzı değişikliği ile ilgili konuların yer aldığı Aile Hekimliği, Halk Sağlığı, İç Hastalıkları ve Kardiyoloji branş hekimleri ile Beslenme ve Diyetetik bölümü lisans öğrencilerinin bu konularda farkındalıklarının geliştiği varsayılarak, bu kişilerin kendi sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkındaki tutumlarının ortaya koyulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Şubat 2023 ve Ekim 2023 tarihleri arasında yürütülen tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Çalışmanın evreni Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesinde Aile Hekimliği, Halk Sağlığı, İç Hastalıkları ve Kardiyoloji Anabilim Dallarında çalışan, uzmanlık eğitimlerinin ilk yılında ve son yılında olan 356 asistan hekim ve Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde eğitim gören birinci ve dördüncü sınıf öğrencisi 194 kişi olmak üzere toplam 550 kişiden oluşmaktadır. Evreni temsil edecek örneklem büyüklüğü, sağlıklı davranış geliştirme sıklığı %50 alındığında %95 güven aralığı ve %5 hata payıyla en az 227 kişi olarak hesaplanmıştır. 148 asistan ve 156 öğrenci olmak üzere toplam 304 kişiye ulaşılmıştır. Çalışmaya dahil edilen her klinik bir küme kabul edilerek asistanlar küme tipi örneklem yöntemiyle seçilmiştir. Öğrenciler için ilgili fakülteden gerekli izin alınarak, ders saatlerinden önce sınıf ortamında elektronik olarak ölçek uygulanmıştır. Katılımcılara 52 sorudan oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-2 (SYBD-2) ve sosyodemografik özellikleri belirleyen Katılımcı Değerlendirme Formu uygulanmıştır. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 28.0 kullanılmıştır. Sonuçlar değerlendirilirken $p<0,05$ düzeyi anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan 156 öğrenci ve 148 hekimin yaş ortalaması $24,4\pm4,5$ 'tir. SYBDÖ-2 toplam puan ortalaması $125,91\pm20,6$ olarak hesaplandı. Alt boyutlar içerisinde en yüksek puan kişiler arası ilişki ($2,80\pm0,52$), en düşük puan fiziksel aktivitedir ($2,05\pm0,58$). Çalışmamızda öğrenci olan, eğitiminin son yılında olan ve

sağlığı teşvik edici uygulamalarla karşılaşanların SYBDÖ-2 toplam puanları anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Düzenli egzersiz yapma, yeterli sıvı tüketme, enerji içeceği içmeme, bölümünden memnun olma ve bölümüne isteyerek başlama parametrelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili sağlık eğitimi alan ve mesleki uygulamaları sırasında hastalarına ya da danışanlarına sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmayı hedefleyen disiplinlerde çalışanların, kendi sağlıklı yaşam davranışlarına yönelik tutumlarının orta düzeyde olduğu ancak eğitiminin son yılında olanların, öğrenci olanların ve eğitimleri süresince sağlığı iyileştirici ve sağlığı teşvik edici uygulamalarla karşılaşanların sağlıklı yaşam biçimi tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır. Eğitim sürecinin fark yarattığını ve bu farkın nedenlerinden birinin de uygulamaya dönük eğitimler olduğunu düşündüren bu bulgular doğrultusunda sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda etkin eğitimler verilmeli ve sağlık çalışanlarında yetkinlik geliştirilmelidir.

Anahtar kelime: SYBD, SYBDÖ-2, sağlıklı yaşam biçimi, davranış, asistan hekimler, beslenme ve diyetetik öğrencileri, eğitim süresi, sağlık eğitimi

İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT)

Assessment of the Attitudes of Health Professionals Regarding the Promotion and Development of a Healthy Lifestyle in the Community

Purpose: In this study through assuming that, the physicians in family medicine, public health, internal medicine, cardiology disciplines and nutrition and dietetics undergraduate students develop awareness related to healthy lifestyle changes during their education, we aimed to show their own attitudes about healthy lifestyle behaviors.

Methods: The study was conducted between February 2023 and October 2023 as a descriptive and cross-sectional study. The population of the study consists of a total of 550 individuals, including 356 resident physicians in their first and final years of specialization training working in the Departments of Family Medicine, Public Health, Internal Medicine, and Cardiology at Marmara University Pendik Training and Research Hospital, and 194 first year and fourth year undergraduate students in the Department of Nutrition and Dietetics at Marmara University Faculty of Health Sciences. The sample size representing the population was calculated as a minimum of 227 individuals with a confidence level of 95% and a margin of error of 5%, assuming a frequency of 50% healthy behavior development. A total of 304 individuals who met the inclusion criteria were reached, consisting of 148 residents and 156 students. Each clinic included in the study was considered a cluster, and residents were selected using the cluster sampling method. For students, with the necessary permission obtained from the relevant faculty, the electronic scale was applied in the classroom setting before class hours. Participants were administered the Health Promoting Lifestyle Profile-2 (HPLP-2) scale, consisting of 52 questions, and the Participant Assessment Form determining sociodemographic characteristics. IBM SPSS Statistics 28.0 was used for statistical analysis and calculations. A significance level of $p < 0.05$ was accepted in the evaluation of the results.

Results: The mean age of the 156 participating students and 148 physicians in the study is 24.4 ± 4.5 . The total score average of the HPLP-2 was calculated as 125.91 ± 20.6 . Among the sub-dimensions, the highest score is interpersonal

relationships (2.80 ± 0.52), while the lowest score is for physical activity (2.05 ± 0.58). In our study, students, those in their final year of education, and those encountering health-promoting practices were found to have significantly higher total scores on HPLP-2 ($p < 0.05$). Regular exercise, adequate fluid intake, abstaining from energy drinks, satisfaction with the department, and willingly starting the department were found to have a statistically significant effect on healthy lifestyle behaviors.

Conclusion: It has been observed that the health professionals in the disciplines receiving health education and aiming to improve healthy lifestyle behaviors to their patients or applicants during their practices have a moderate level of attitudes relating self-healthy lifestyle behaviors however the individuals in their final year of education, those who are students, and those encountering health-improving and health-promoting practices throughout their education have been found to exhibit more positive attitudes towards a healthy lifestyle. Depending on the findings, which suggest that the education process makes a difference and that one of the reasons for this difference is training in practice, effective training on healthy lifestyle behaviors should be provided and competency of healthcare professionals should be developed.

Keywords: Health promoting Lifestyle Profile, HPLP-2, residents, students of nutrition and diet undergraduate program, training period, practice-based education.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖN SÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT).....	iv
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ	viii
TABLO VE ŞEKİL DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sağlık Kavramı.....	4
2.2.Sağlığın Korunması.....	5
2.3. Sağlığın Geliştirilmesi	6
2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	9
2.4.1. Sağlık sorumluluğu	9
2.4.2. Beslenme	10
2.4.3. Fiziksel aktivite	11
2.4.4. Manevi gelişim – Kendini gerçekleştirme	12
2.4.5. Kişiler arası ilişki	13
2.4.6. Stres yönetimi	14
2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Nasıl Geliştirilebilir?	14
2.6. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Önemi	15
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı.....	16
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	16
3.3. Veri Toplama Araçları	17
3.3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	17
3.3.2. Katılımcı değerlendirme formu.....	18
3.4. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	19

3.5. Etik Kurul Onayı	19
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analiz	19
4.BULGULAR	21
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	21
4.2. Katılımcıların Alışkanlıkları ve Öz Değerlendirmelerine Ait Bulgular...	22
4.3. Katılımcıların Alan Seçimi, Memnuniyet ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Konusunda Aldıkları Eğitimlerle İlgili Düşünceleri	25
4.4. Katılımcıların Periyodik Sağlık Muayeneleri Hakkındaki Değerlendirmeleri	26
4.5. Katılımcıların SYBDÖ-2 Toplam ve Alt Boyut Puanları.....	27
4.6. SYBDÖ-2 Toplam Puanı ile Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılmalı Analizleri.....	28
4.7. SYBDÖ-2 Alt Boyut Puanları ile Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılmalı Analizleri.....	30
4.8. Katılımcıların SYBDÖ-2 Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Korelasyon Analizi.....	33
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44
6.1. Araştırmanın Kısıtlılıkları	47
6.2. Çıkar Çatışması.....	47
7. KAYNAKÇA	48
8. EKLER.....	62

KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

BKİ	: Beden kütle indeksi
ÇAG	: Çeyrekler arası genişlik
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HPLP	: Health Promoting Lifestyle Profile
min	: Minimum değer
max	: Maksimum değer
SGM	: Sağlığı Geliştirme Modeli
SS	: Standart sapma
SYBD	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WONCA	: World Organization of Family Doctors
$\bar{x}$	: Aritmetik ortalama

TABLO VE ŞEKİL DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1. Katılımcıların demografik özellikleri.....	21
Tablo 2. Katılımcıların sigara kullanım durumlarının demografik özelliklerine göre ilişkilendirilmesi.....	23
Tablo 3. Katılımcıların sıvı tüketim alışkanlıkları.	24
Tablo 4. Katılımcıların aldıkları sağlık eğitimine dair değerlendirmelerinin karşılaştırılması.	26
Tablo 5. Katılımcıların SYBDÖ-2'nin toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi.....	27
Tablo 6. SYBDÖ-2'nin toplam puanının diğer parametrelerle karşılaştırılması.	29
Tablo 7. SYBDÖ-2 alt boyut puanlarının diğer parametrelerle karşılaştırılması.....	32
Tablo 8. SYBDÖ-2 toplam ve alt boyut puanlarının kendi aralarındaki korelasyon analizi.	33
Tablo 9. Katılımcıların periyodik muayene yaptırma sıklığı ve hedefe ulaşma öz değerlendirme yanıtlarıyla SYBDÖ-2 puanlarının korelasyon analizi.	34
Şekil 1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli.....	8
Şekil 2. Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi.	12
Şekil 3. Katılımcıların beden kütle indeksine göre dağılımı.....	22
Şekil 4. Katılımcıların yaptırdığı periyodik sağlık muayenelerin dağılımı.	27
Şekil 5. Katılımcıların periyodik muayene yaptırma sıklığıyla SYBDÖ-2 sağlık sorumluluğu alt boyut puanlarının korelasyon grafiği.	35

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlıklı yaşam biçimi, kişinin sağlığını etkileyebilecek her türlü davranışı kontrol edebilmesi ve günlük aktivitelerini şekillendirirken kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçebilmesidir¹. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının temeli aile ve toplumda atılmakta olup eğitimle gelişmesi beklenmektedir². Her bireyin kendi kişisel gelişim sürecinde dahil olduğu, ailesinden veya çevresinden aldığı sağlık öğretileri farklıdır.

Yaşamını insanlığın hizmetine adamaya ant içen hekimler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanları, aldıkları eğitimle insan ve toplum sağlığını iyileştirme ve iyilik halini sürdürme açısından dahil oldukları topluma karşı sorumludurlar. Yakın zamanda tüm dünyayı sarsan bir pandemi dalgasının en önünde duran sağlık çalışanlarının meslek hayatları boyunca aldıkları risklerin daha fazla farkına varılmıştır. Mevcut çalışma koşullarının zorluğu karşısında sağlık çalışanlarının kendi sağlık problemlerini görmezden gelme, periyodik sağlık muayenelerini erteleme, boş zamanlarında aktif dinlenme yerine sedanter davranışlar gösterme eğilimde oldukları görülmektedir.

Yapılan literatür taramasında çalışmamızın amacına uygun bir değerlendirme sağlayan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin, sağlık çalışanlarının yanında birçok farklı popülasyona uygulandığı çalışmalar mevcuttur¹⁻¹⁸. Çalışmamızın hipotezi; profesyonel hayatında hastalarında veya danışanlarında sağlıklı yaşam biçimi geliştirmesi beklenen sağlık çalışanlarının, kendi yaşam biçimi davranışlarını oluştururken de hem eğitimleri hem de uygulamaları sırasında gündemlerinde olan bu yaklaşımlardan etkilenmiş olacaklarıydı. Bu gruptaki sağlık profesyonellerinin gerek mezuniyet öncesi gerekse mezuniyet sonrası eğitimleri sırasında bu konuyu didaktik, uygulamalı ve deneyimsel öğrenme yöntemleri ile gözden geçirmiş olduklarını ve günlük pratikleri sırasında da danışanlarına veya hastalarına yaşam şekli değişikliğini tavsiye ettiklerinde bu konudaki tutumları ile ilgili kişisel farkındalıklarının yükselmiş olabileceğini düşündük. Söz ettiğimiz alanda çalışan sağlık profesyonellerini belirleyerek bu konudaki tavsiyeleri kendi hayatlarına ne düzeyde uyguladıklarını değerlendirmek istedik.

Tıp fakültesi müfredatına bakıldığında hastalıkların tanısı, patolojisi ve tedavi yöntemleri gibi konuların çerçevesinde değişen başlıklar görmekteyiz. Fakat tıp eğitimi boyunca sağlıklı yaşam biçimi adına verilen eğitimler ve kazanımlar oldukça kısıtlı kalmaktadır¹⁹. Benzer şekilde tıpta uzmanlık eğitiminde, her branşın hastalıktan koruyucu ve önleyici bakış açısı aynı değildir. Yaşam tarzı değişikliklerini tavsiye etme, mevcut hastalığın seyriyle ilgili tedbirleri vurgulama, hasta kişinin veya toplumun risk faktörlerine göre önlemler alma gibi koruyucu hekimlik bakış açısının daha ön planda olduğu uzmanlık dallarında çalışan hekimler, günlük pratiklerinde bu tavsiyeleri sık sık hastalarına hatırlatmaktadır.

Aile Hekimliği, Halk Sağlığı, İç Hastalıkları ve Kardiyoloji bölümlerinin hastalarına sağlıklı yaşam biçimi davranışı kazandırma konusundaki rolleri, Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sisteminin (TUKMOS) müfredatlarında belirtilmektedir²⁰⁻²³. Bu müfredatların, ilgili anabilim dallarının akademisyenleri tarafından yapılan geniş toplantılarla oluşturulduğu ve güncellemelere de açık olduğu bilinmektedir. Söz konusu bölümlerde uzmanlığını almış ve almakta olan hekimlerin, hastalarına veya danışanlarına sağlıklı yaşam biçimi davranışı kazandırma konusunda görevleri olduğu ve bu görevleri yerine getirmek için kazanılması gereken becerilerin de tanımlandığı açıktır.

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi temel yaklaşımlarla birlikte, klinik beceri, tutum ve davranışların yanında sağlık eğitimi verme becerisi, araştırmacılık ve yöneticilik özelliklerini kazanması için uygun imkanları sağlamayı içerir. Hedefleri arasında; toplumu oluşturan bireylerin sağlığının iyileştirilmesi, sağlığın geliştirilmesi ve korunması, bireylerin sağlık anlayışının ve toplumun sağlık bilincinin geliştirilmesi gibi kavramlar yer almaktadır²⁰.

Halk Sağlığı uzmanlık eğitiminin amacı, hekime hizmet verdiği toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve iyileştirmeye yönelik bilgi ve beceri kazandırmaktır. Bu doğrultuda afet yönetimi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, çevre sağlığı, çocuk ve ergen sağlığı, epidemiyoloji, erişkin sağlığı, yaşlı sağlığı, iş sağlığı, kadın sağlığı, üreme sağlığı, kronik hastalıklar, sağlık eğitimi, sağlığın geliştirilmesi, sağlık ekonomisi, sağlık yönetimi ve toplum beslenmesi gibi konularda gerekli bilgi ve becerilerin kazandırılması amaçlanmıştır²².

İç Hastalıkları uzmanlık eğitiminin amacı, günümüzde ve gelecekteki sağlık ortamının gerekliliklerine uygun asgari bilimsel bilgi, beceri ve profesyonel değerlerle yetişmiş ve bu bilgi, beceri ve değerleri hasta bakımında kullanabilen uzman hekimler yetiştirmektir. Uzmanlık eğitiminde öğrencilerin hata merkezli, bütüncül bir yaklaşım kazanması, çok boyutlu tanı ve ayırıcı tanı yeteneklerinin gelişmesi, hastayı sadece tıbbi değil psikososyal yönüyle de ele alabilen hekimler olarak yetişmeleri için ‘Genel Dahiliye bakış açısı’ öğretilmeli ve gösterilmelidir. Yetkinlikler 7 temel başlıkta toplanmış olup her bir yetkinlik alanı, uzmanın ayrı birer rolünü temsil etmektedir. Bu yetkinliklerden biri de ‘Sağlık Koruyuculuğu’ şeklinde tanımlanmıştır²¹.

Kardiyoloji, erişkin yaşta tüm dünyada en sık rastlanan ve en fazla ölüme sebep olan koroner arter hastalığı ve komplikasyonları açısından yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin yaygınlaştırılması, klinik ve epidemiyolojik araştırmaların yapılması, risk faktörü ve komplikasyonları önlemek adına sıkı tedbirlerin alınması ile ilgilenen bir disiplindir. Kardiyoloji uzmanlık eğitiminde amaç, kalp hastalıklarının görülme sıklığını artıran risk faktörleri ile etkin mücadele eden kardiyologlar yetiştirmektir²³.

Beslenme ve Diyetetik Bölümünün klinik misyonu; yaşam boyu toplumun yeterli ve dengeli beslenme ile sağlığının korunması, iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla diyetisyen yetiştirmek ve bu diyetisyenlerin araştırma, eğitim ve hizmet alanındaki üretimini topluma faydalı olacak şekilde hazırlamaktır²⁴⁻²⁶. Dolayısıyla bu bölümün mezunlarına kazandırmayı hedeflediği bilgi, beceri ve tutumlar çalışmamızın konusunu tam olarak içermektedir.

Bu çalışmada; sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilgili eğitimler alan ve günlük pratikleri sırasında hastalarına ya da danışanlarına bu davranışları kazandırmayı hedefleyen disiplinlerin bu konudaki farkındalıklarının geliştiğini varsayarak, mezuniyet öncesi veya sonrası eğitim döneminde olan söz konusu sağlık hizmet sunucularının kendi yaşam biçimleri ile ilgili tutumlarını ortaya koymayı amaçlıyoruz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı tarih boyunca ‘Kişinin yaşamını idame ettirebilmesi’, ‘Kişinin gündelik ihtiyaçlarını karşılayabilmesi’, ‘Hastalığın olmaması’, ‘Kişinin mutlu ve tatminkâr bir duygu durum içinde olması’ gibi birçok farklı şekilde tanımlanmıştır. Robinson ve Elkan ‘Kişinin hayata katılma yeteneği’ olarak tanımlarken Bowling ‘Stres anında ayakta kalabilme, sosyal desteğin güçlü olması, psikolojik iyilik hali ve bedensel uyum yeteneği’ şeklinde tanımlamıştır^{27,28}.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), toplumların sosyal sağlığının gündemde olduğu bir dönemde, II. Dünya Savaşı'ndan sonra sağlık tanımını düzenledi ve 1948 tüzüğünde ‘Sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bireylerin fiziksel, ruhsal ve psikolojik yönden tam iyilik halidir’ şeklinde tanımlamıştır^{29,30}. Her geçen gün gelişen bilim ve teknolojiyle birlikte tıp alanındaki gelişmeler, toplumun refah seviyesini yükseltmiş olup sağlık kavramı sadece hastalık, sakatlık ve ölüm olmamasından ibaret olmayıp insanların hayat boyu kazanmaya ve devam ettirmeye çalıştığı fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan bütüncül bir iyilik hali şeklini almıştır³¹.

Bireyin sağlıklı olma ya da olmama durumunu değerlendirmede kullanılan medikal yöntemler, bu kararı vermek için tek başına yeterli değildir. Bu sebeple sağlık kavramı objektif ve sübjektif olarak iki pencerede değerlendirilebilir³². Sübjektif sağlık, kişinin fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan kendini algılama biçimidir. Objektif sağlık ise medikal açıdan yapılan muayene, tetkik ve tanı testlerinin sonuçlarına bağlı değerlendirme şeklidir. Yani bir bireye sağlıklı demek, hem kişinin kendini sübjektif olarak sağlıklı algılaması hem de objektif olarak sağlıklı olmasıdır^{32,33}. Yani kişinin sübjektif sağlık algısı, sağlık durumunu değerlendirirken ön planda tutulmalı ve kişi bu algıyı oluşturan yaşam şartları, sosyal çevresi ve dönemin koşullarına göre değerlendirilmelidir. Bireyin sağlıklı olmasının bir parçası olan kendi sağlığından sorumlu hissetme algısı, iyilik halinin devamı için gereklidir.

2.2.Sağlığın Korunması

Dünya çapında en çok ölüme neden olan hastalıklar sıralamasında bulaşıcı olan hastalıkların yerini bulaşıcı olmayan hastalıklar almıştır. DSÖ'nün Sağlık İstatistikleri raporunda belirtildiği üzere 2000 ve 2019 yılları arasında bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin sayısı 31 milyondan 41 milyona çıkmıştır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar genetik, fizyolojik, çevresel ve davranışsal birçok etmenin sonucudur. Risk faktörlerinin büyük bir kısmı değiştirebilir olan kronik hastalıkların önlenmesi veya mortalitesinin azaltılması, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir görevidir. Odaklanması gereken değiştirilebilir risk faktörleri olmakla birlikte bunlardan alkol kullanımı, tütün kullanımı, fiziksel aktivite azlığı ve sağlıksız beslenme en sık görülen etmenlerdendir. Metabolik risk faktörlerinde ise yüksek kan basıncı, aşırı kilo ve obezite, hiperglisemi ve hiperlipidemi bulunur³⁴.

Bulaşıcı olmayan hastalıkları önlemenin ve kontrol etmenin en önemli yolu olarak, ilişkili risk faktörlerini azaltmaya yönelik koruyucu hekimlik hizmetlerine odaklanması önerilmiştir. Korumanın geniş anlamı, hastalığı eradike etmek, elimine etmek, hastalık ve engel durumunun etkilerini en aza indirmek ya da ilerleyişini ertelemek gibi eylemlerin bütünü şeklinde tanımlanır³⁵.

Koruyucu sağlık hizmetleri, aile hekimlerinin temel sorumlulukları arasındadır. Leavell ve Clark, 1965 yılında sağlığın korunma düzeylerini üç sınıfa ayırarak tanımlamışlardır. Daha sonra buna dördüncül koruma ve primordiyal koruma kavramları da eklenmiştir. Tıbbın 'Önce zarar verme' ilkesini esas alan dördüncül koruma kavramı ilk olarak Belçikalı aile hekimi Marc Jamouille tarafından kullanılmış ve 15. WONCA Avrupa Konferansında değerlendirilmiştir³⁶. Primordial koruma kavramı ise 1978 yılında Strasser tarafından önerilmiştir. Primordial koruma, hastalığın nedenselliğine yol açabilen sosyal ve çevresel durumlara yatkınlığın önlenmesini, risk faktörlerinin ortaya çıkmasının azaltılmasını veya ortadan kaldırılmasını hedefleyen önlem ve eylemler bütünü olarak tanımlanmaktadır³⁶. Basamaklandırılmış koruma düzeyleri aşağıdaki gibidir.

Birincil koruma; bireyde veya toplumda bir sağlık probleminin nedenini oluşmadan önce önlemek veya ortadan kaldırmak amacıyla yapılan eylemlerdir. Bireylerin veya toplumun sağlıklı yaşam biçimi geliştirilmesi, koruyucu sağlık

hizmetlerinden yararlanmalarının teşviki, hastalıklara yol açabilecek etmenlere maruziyetlerinin önlenmesi, bağışıklama, genetik hastalıkların tespiti ve gelecek kuşaklara aktarılmasının önlenmesi, sosyoekonomik koşulların iyileştirilmesi birincil koruma kapsamında değerlendirilebilir³⁵⁻³⁸.

İkincil koruma; bireyde veya toplumda meydana gelen bir sağlık problemini semptom göstermeden yakalamak, yayılmasını önlemek, kronik dönemdeki etkilerini sınırlamak veya azaltmak için yapılan eylemlerdir. Kanser taramaları ve düzenli kan basıncı ölçümleri ikincil korumaya örnek verilebilir^{35,36,38}.

Üçüncül koruma; bireyde veya toplumda bir sağlık problemine bağlı erken ya da geç dönemdeki işlevsel bozulmayı en aza indirmek için yapılan eylemlerdir. Doğru tedavi yöntemini seçme, rehabilite etme, kronik bir hastalığın komplikasyonlarını önleme bu başlıkta değerlendirilir^{36,38,39}.

Dördüncül koruma; tanı koyulmuş veya tedavi altında olan hastalarda tanı ve tedavi yöntemlerinin aşırı kullanımının önüne geçilmesi için yapılan eylemlerdir. Aşırı medikalizasyon riski altındaki hastaların tespit edilmesi, yeni tıbbi müdahalelerden korunması ve etik açıdan makul müdahalelerin kişiye önerilmesini kapsar³⁵⁻³⁹.

Sağlığın korunması, bireylere ve topluma ulaşılabilir en iyi sağlık düzeyine erişilmesi için eşit olanaklar sunmalıdır. Toplumun her kesimine eşit olanaklar sunmak; halk sağlığının geliştirilmesi, topluma ve bireye yönelik olumlu sağlık davranışlarını geliştirmeye yönelik eğitimler sunulması, çevre sağlığının korunması, sağlıklı yaşamı teşvik edici programlar ve aktiviteler düzenlenmesi ve toplum sağlığının yasalarla desteklenmesi ile mümkün olur¹⁸. Değiştirilebilir risk faktörlerini kontrol altına almak için hükümetler, düşük maliyetli çözümler üretmeli ve sunmalıdır. Bu çözümler, olabildiğince yaygınlaştırılmalı ve ulaşılabilir olmalıdır. Söz konusu hastalıkların tespit edilmesi, taranması ve tedavi edilmesinin yanında ihtiyaç durumunda palyatif bakım imkânı sunulmalıdır³⁴.

2.3. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığı geliştirme, bireylerin veya toplumun kendi üzerlerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını iyileştirmelerini sağlayan bir süreçtir⁴⁰. Bireylerin

hastalanma riskini azaltıp, iyilik halini devam ettirecek davranış ve tutumları kazanma ve sürdürme amacıyla eğitimsel, sosyal ve çevresel kaynakların harekete geçirilmesi, sağlığı geliştirmenin hedeflerindendir⁴¹. Sağlığı geliştirme girişimlerinin sağlıklı bir toplum oluşumuna sağladığı katkıyı, erken dönemde sağlığa ilişkin risk faktörlerinin azalmasıyla görürken uzun vadede pozitif sağlık davranışlarının gelişmesi, yaşam şeklinin düzenlenmesi, çevre sağlığının iyileşmesi şeklinde gözleyebiliriz⁴².

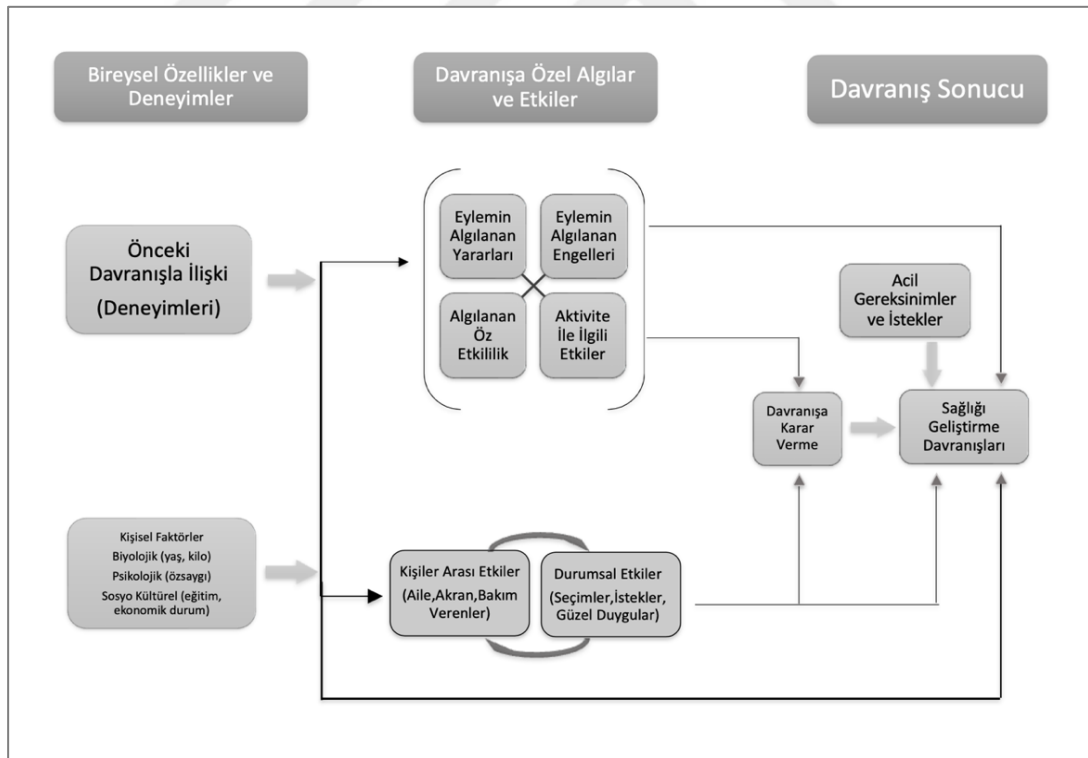
Uluslararası alanda halk sağlığı adına artan beklentilerden sonra 1986 yılında Ottawa Şart Bildirgesi ile sağlık kavramı temel insan haklarından biri olarak ele alınmış, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve etkinliğinin sadece sağlık sektörünün sorumluluğunda değil tüm sektörlerin sorumluluğunda olduğu kabul edilmiştir. 2000 yılı ve sonrasına kadar ‘Herkes için sağlık’ sloganı hedeflenmiş ve bu hedefe ulaşmak için gerekli faaliyetler üzerinde durulmuştur. Ayrıca mevcut sağlık hizmeti koşullarının hedefi; tüm bireyler için farklılıkları gidermek, eşit imkân ve kaynak sağlamak şeklinde düzenlenmiştir^{40,42,43}.

Sağlığın teşvik edilmesi ve geliştirilmesi uygulamaları, bireylerin kendi sağlıklarını yönetme ve düzenleme fırsatı sunar. Böylece bu bilinci kazanan bireyler sağlıklarını koruma konusunda daha fazla sorumluluk alacak, riskli davranışları tercih etmeyerek sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlara katkı sağlayacaklardır⁴⁴. Sağlığın teşvik edilmesi bireylerin ve toplumun refah düzeyini artırmak, yüksek morbidite ve mortaliteye sahip bulaşıcı veya bulaşıcı olmayan hastalıklara ilişkin riskleri azaltmak için temel bir yaklaşımdır.

Sağlığın geliştirilmesi, bireylerin sağlıklarını pozitif anlamda iyileştirecek davranışları yaşam biçimi haline getirmeleri, sigara, alkol, madde kullanımı, sağlıksız beslenme, düşük fiziksel aktivite, ailesiyle veya çevresiyle iletişim problemleri, uygun olmayan stres yönetimi, şiddete meyil gibi riskli davranış ve tutumlardan kaçınılması ile mümkün olur².

Nola J. Pender tarafından 1982 yılında geliştirilen Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM), 1996 yılında revize edilmiştir. SGM, sağlığı geliştiren ve sağlığın gelişmesini engelleyen etmenleri kapsar⁴⁵. Yaşam şekliyle ilişkili sağlığı geliştirme davranışlarının bileşenlerini açıklamak, bireyin tecrübelerini ve sağlık davranışına ilişkin algılarını etkileyebilecek unsurları değerlendirmek üzere sağlık çalışanlarına yardımcı olmak modelin temel hedeflerindendir^{46,47}. Birçok teorinin tersine davranış

Pender, modeldeki bilişsel algı unsurlarını sağlığı geliştirici bir davranışın elde edilmesi ve devamının sağlanmasında temel motivasyon kaynağı olarak görmektedir⁴⁵. Modelin çekirdeğini oluşturan öz-yeterlilik algısının sağlığı geliştiren davranışın, en önemli belirleyicisi olduğu vurgulanmaktadır ve modeli bu algı üzerine temellendirmiştir^{45,51}. Pender, SGM’de sağlığı geliştiren yaşam biçimi davranışlarını; kişinin kendini gerçekleştirebilmesi, sağlık sorumluluğunu alabilmesi, fiziksel aktivite-egzersiz kapasitesi, beslenme şekli, sosyal destek ve stres yönetimi yapabilmesi olarak tanımlamıştır^{45,49}. Bu modele göre sağlık davranışını etkileyen bileşenler Şekil 1’de tanımlanmıştır⁴⁷.



8

2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlık davranışı, Gochman'a göre; sağlık düzeyinin korunması, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesi ile ilgili davranışlar bütünü olarak tanımlanmıştır. Bu davranışları belirleyen faktörleri de bireyin inancı, hayattan beklentisi, kişisel değer yargıları ve algıları, kendine davranışı olarak belirtmiştir^{6,52}. Kişilerin sağlık algıları ve tutumları sağlık davranışlarıyla yakından ilişkilidir. Kişinin sağlıklıyken sağlığı koruyucu davranışları tercihi, hastalık durumunda sağlığını iyileştirici yöndeki davranışları kendi sağlık algılarıyla sağlık davranışını belirler^{9,53,54}. Sağlık davranışının günlük hayata entegre edilmesi, kişinin bu alışkanlıkları rutin haline getirebilmesi ile mümkün olur⁵⁵.

Sağlıklı yaşam biçimi, bireylerin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol etmesi, gündelik aktivitelerini kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır¹. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ise; bireyin doğuştan gelen sağlığını koruma, hastalıklardan kaçınma ve sağlıklarını geliştirme amacıyla yaptığı davranışlar bütünüdür. Bu davranışlar cinsiyet, yaş, yaşanılan yer, gelir düzeyi, sosyal güvencenin olup olmayışı, sosyal aktivitelerin çeşitliliği gibi pek çok unsurdan etkilenir^{5,10,13}. Sağlığın geliştirilebilir bir unsur olması, sağlık hizmetlerinin gelişmesini ve böylece bireylerin veya toplumların buna yönelik hareket etmesini teşvik etmektedir⁵⁴. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları altında değerlendirilen temel başlıklar sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler, manevi gelişim/kendini gerçekleştirme ve stres yönetimidir^{47,56}.

2.4.1. Sağlık sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, bireyin mevcut sağlığını koruması, hastalıklara neden olabilecek risk faktörlerinden kaçınması ve iyileşmek için gerekli tutum ve davranışlarını şekillendirmesidir. Kişinin kendi iyilik hali adına aktif sorumluluk hissetmesi, sağlığıyla ilgili bilgi sahibi olması ve gerektiği hallerde profesyonel olarak yardım istemesi şeklinde de tanımlanabilir⁵⁷.

Kişinin sağlığını iyileştirici davranışları kazanabilmesi için; kendisini kontrol etmesi, davranış geliştirme konusunda hevesli olması, olumlu sağlık davranışlarını edinmesi ve sürdürmesi gerekmektedir⁷.

Bireyin kendini sağlığına karşı sorumlu hissetmesi, sağlıklı olma durumuna ne düzeyde katıldığını gösteren belirleyicidir. Davranışlarının ve yaşam şeklinin sağlığını ne düzeyde etkilediğini fark edip sigara ve alkol kullanmak gibi riskli davranışlardan kaçınması, aile öyküsünde mevcut bir hastalığın ortaya çıkmasını kolaylaştıran risk faktörlerinden uzak durması veya bu hastalıklara yönelik gerekli periyodik sağlık muayenelerini yaptırması kendi sağlığı hakkında aldığı sorumluluğu gösterir¹⁴. Bireylerin bu konudaki bilinçli hareketleri, toplum sağlığını iyileştirip, sağlık maliyetlerinin de azalmasına fayda sağlamaktadır^{4,58}.

2.4.2. Beslenme

Yeterli ve dengeli beslenme; büyüme ve gelişmenin devamı, hayatın sürdürülebilmesi, mevcut sağlığın korunması için gerekli besin öğelerini uygun miktarda, besin değerini kaybetmeden, sağlığı bozmadan en ekonomik biçimde alınması ve vücutta kullanılması olarak tanımlanır⁵⁹. Enerji ve besin öğelerinin yeterli ve dengeli olması kişinin sağlıklı kalabilmesi açısından gereklidir. İnsanın en temel ihtiyaçlarından olan beslenmenin karşılanması, diğer ihtiyaçların giderilebilmesi için güven oluşturan bir unsur kabul edilir^{58,59}.

Kişinin yaşına, cinsiyetine, çalışma şartlarına veya sağlık durumuna uygun gerekli enerji ve besin öğelerini alması mevcut sağlığın korunması açısından önemlidir⁶⁰. Bireylerin ve toplumun sağlıklı yaşam biçimi farkındalığının artması ve beslenme hedeflerinin kolay anlaşılması için Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) tarafından Tabak Modeli geliştirilmiştir⁶¹. Bu model üzerinden, beş farklı besin grubunu içeren dengeli beslenme, bol su tüketimi, zeytinyağı kullanımı ve aktif yaşamı destek önerileri yapılmaktadır. Kişinin sağlıklı beslenme hedefi için temel yaklaşımları özetleyen bu modelin avantajları kolay anlaşılabilir olması ve poliklinik sırasında verilen kısa eğitimle bile kişiye aktarılabilmesidir.

Pek çok hastalığın meydana gelmesinde veya seyrinde beslenme alışkanlıklarının önemi büyüktür. Kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, obezite, malignite, allerjik hatalıklar, osteoporoz gibi hastalıkların önlenmesinde kişilerin beslenme alışkanlıkları önemli rol oynamaktadır^{62,63}.

Günümüzün temel beslenme problemi, günlük enerji tüketiminin az olmasına rağmen rafine gıdalardan alınan enerjinin fazla olmasıdır⁶⁴. Sağlık bakanlığı tarafından, yetişkin periyodik sağlık muayenesi olarak önerilen obezite taraması; yıllık boy, kilo, vücut kütle indeksi ve bel çevresi ölçümlerini içermektedir⁶⁵. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre yetişkinlerde bakılan vücut kütle indeksi ölçümlerinde, obez bireylerin oranı 2019 yılında %21,1 olup 2022 yılında %20,2'ye gerilemiş olarak saptanmıştır⁶⁶.

2.4.3. Fiziksel aktivite

Haftada en az 3 kez ve en az 30 dakika yapılan fiziksel aktivitenin sağlık üzerine olumlu etkileri bilinmektedir. Düzenli fiziksel aktivitenin, kardiyovasküler hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar, diyabet, meme ve kolon kanseri gibi kronik hastalıklardan kaçınmaya ve tedavi etmeye fayda sağladığı kanıtlanmıştır^{67,68}. DSÖ tarafından 18-64 yaş arası yetişkinler için, haftada en az 150 dakika orta şiddetli veya 75 dakika yüksek şiddetli veya orta-yüksek şiddetli fiziksel aktivite kombinasyonu önerilmektedir⁶⁷.

Ülkelerin gelişmişlik seviyesi arttıkça fiziksel aktivite düzeyinin azaldığı ve bunun sebebinin gelişen ulaşım alternatifleri, teknoloji kullanımının artışı ve şehirleşme nedeniyle oluşan hareketsizlik olduğu belirtilmiştir⁶⁷. Avrupa ülkeleri arasında bakılan düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı istatistiklerinde Danimarka, Almanya, Finlandiya gibi ülke nüfuslarının %70'ten fazlası haftada en az bir defa spor yaparken, Romanya, Türkiye gibi ülkelerde bu oran nüfusun %10'unun altındadır⁶⁹.

Sedanter yaşam pek çok kronik hastalığın gelişiminde risk faktörü olarak tanımlanır. Oysaki düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı düşük maliyetli ve yüksek verimli bir kazanım sağlayarak hem toplum sağlığını korumada hem de giderek artan sağlık harcamalarını azaltmada etkili bir araç olarak kullanılabilir. Koruyucu sağlık

hizmetlerinin daha düşük maliyetli ve ulaşılabilir olması, bu alışkanlığı kazandırmayı kolaylaştırabilir⁷⁰⁻⁷³.

2.4.4. Manevi gelişim – Kendini gerçekleştirme

Tinsellik (manevi gelişim), bireyin kendi benliğinin ve varoluşunun ötesindeki güç olarak tanımlanır. Kişinin; yaşamını anlamlandırdığı, amacını aradığı, bireysel farkındalık oluşturabildiği yer tinsel alanıdır. Bireyin; sağlık veya hastalık davranışı geliştirmek, değişen durumlara adapte olabilmek, problemlerin üstesinden gelebilmek, iyileşmek için çabalayabilmek ve umut etmek gibi konularda manevi yönünün güçlü olmasının önemi bilinmektedir^{4,74-77}. Bireylerin kendini ne kadar tanıdığı ve hayat amacını bilip bilmemesi, manevi gelişimiyle ilgilidir⁷⁶.



Şekil 2. Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi.

Kişinin asıl motivasyonunu, dış faktörlerden ziyade kendi içindeki ihtiyaçlara dayandıran Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisine bakıldığında (Şekil 2) üst basamakta olan kendini gerçekleştirme, alt basamaklarda bulunan fizyolojik ihtiyaçları karşıladıktan sonra ortaya çıkan, bireylerin psikososyal gereksinimleridir. Kendini

gerçekleştirme konusunda sağlıklı bireyler; gerçekçi olma, kendini ve başkalarını kabullenme, sorunların çözümüne odaklanma, otonomi sahibi olma, çevresine karşı empati, sempati gibi farklı duygular geliştirmeye açık olma, günlük yaşamda yeniliklere açık olma gibi niteliklere sahiptir. Bu bireyler kendi güçlü ve zayıf yönlerini bilir, belli bir amaca yönelik yaşam sürer^{47,78}.

Sağlık çalışanlarının, bireylere destek olma hususunda stresle baş edebilmenin bir yolu olan maneviyatın önemi hakkında farkındalık kazanması, önemli kabul edilir⁷⁹. Aynı zamanda hizmet verdikleri bireylere kendilerini geliştirme konusunda destek olmadan önce, kendi öz benliklerini gerçekleştirebilme adına çabalamaları beklenmektedir⁶.

2.4.5. Kişiler arası ilişki

Birey, toplumun parçası olup devamlı kendiyile ve toplumdaki diğer bireylerle etkileşim halindedir. Bireylerin karşılıklı olarak etkileşim içinde oldukları, bir ilişkinin veya bir olayın meydana gelmesi, sürdürülmesi, çözülmesi, algılanması veya sonlandıktan sonraki sürecin etkilerinin hissedilmesi, kişiler arası ilişkilerin birer parçasıdır⁸⁰. Bireyin çevresiyle güçlü bir etkileşim içinde olması; şu anda ya da gelecekte yaşamını etkileyen, sağlığını iyi anlamda geliştiren, stresle başa çıkabilme veya sorunlarını çözebilme gibi kazanımları kolaylaştıran bir gereksinimdir^{8,81}.

Kişiler arası ilişkileri iyi olmayan bireylerin sorunlarla baş etmede yeterli olamadıkları, kendilerine veya çevrelerindeki diğer bireylere daha az güvendikleri ve kaygı düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir^{8,82}. Kişilerin zor dönemlerinde ailelerinden veya yakın çevrelerinden destek almaları, yaşadıkları olumsuz deneyimlerin daha kolay aşılmasına ve problemlerinin çözülmesine katkı sağlamaktadır. Bu desteği yeterli olan bireyler problemleriyle daha kolay ve etkili bir biçimde başa çıkabilir ve böylece hayat kalitesini ve üretkenliğini artırabilir^{12,83,84}.

2.4.6. Stres yönetimi

Stres faktörünün temelini, bireyin mevcut algısı oluşturmaktadır. Kişinin eski deneyimleri sonucu oluşan çıkarımları, yaptığı veya yapacağı tercihleri, geleceğe ait kaygıları; stresini azaltmada veya artırmada etken olabilir⁸⁵. Kişi stresini iyi yönlendirdiği takdirde faydalı sonuçlar bile alabilirken, uygun yönlendirme yapamadığında bu stres birçok kronik hastalığa dahi sebep olabilir^{86,87}.

Stres yönetimi, bireyin stres oluşturan bir durumla karşı karşıya geldiğinde kendince tanımladığı veya çevreden gelen taleplerle başa çıkabilmek için geliştirdiği bilişsel veya davranışsal çaba olarak tanımlanmıştır⁸⁸. Bu yönetim sadece stresten kaçınmak değil, bireyin verdiği stres reaksiyonunu keşfederek tepkisinin kontrolünü öğrenmek ve geliştirmek üzerine olmalıdır^{9,89}.

Stres oluşturan durumun farkına varmak, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemek, kendine güvenmek, gevşeme tekniklerini öğrenmek, zamanı iyi kullanmak, etkili bir iletişim kurmak, hobi edinmek, destek kaynaklarından yardım almak gibi yöntemler stresle başa çıkmada yardımcı olabilir. Fakat stres nasıl bireye özgü bir durumsa, stresle başa çıkma konusu da kişiden kişiye farklılık gösterebildiğinden genel geçer bir yöntem bulunmamaktadır⁹⁰⁻⁹².

2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Nasıl Geliştirilebilir?

Bireyin sağlıklı yaşam algısını geliştirmesinde yaşam boyu etkili birçok etmen vardır. Kişi en temel kazanımlarını ailesinden öğrendikten sonra, eğitim ve çalışma hayatından aldığı olumlu veya olumsuz sağlık davranışlarıyla kendi sağlık tutumunu oluşturur. Sağlık sorumluluğu yüksek bireyler kendilerini yetersiz ve sağlıksız hissettikleri durumda, bir sağlık profesyoneline başvurur ya da farklı sağlıklı yaşam davranışları geliştirerek bunları hayatına katar.

Sağlıklı yaşam biçimi, önce bireyden başlar ve artarak çoğalıp sağlıklı yaşam standartları yüksek bir toplumun temelini oluşturur. Her türlü sağlık davranışını bireye kazandırmanın en temel yolu eğitimken, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının tutum haline gelmesini kolaylaştıran da bu eğitimin sürekliliğidir.

2.6. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Önemi

Eğitimin ana kazanımı, kişinin önce kendi hayatına kattığı değişimdir. Sağlık eğitiminin amacı da bireylerin kendi sağlıklarına ilişkin sorumluluk almalarına yardımcı olmaktır⁹³. Sağlık çalışanlarının aldıkları eğitimlerle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını karşı tarafa aktarabilmeleri için öncelikle kendi sağlıklarını koruma ve geliştirmenin önemini anlamaları, kendilerini motive etmeleri ve sağlık davranışlarını yaşam biçimi haline getirmeleri gerekmektedir⁹⁴.

Toplum sağlığını iyileştirmesi beklenen sağlık profesyonellerinin, bu konuda gerek mezuniyet öncesi gerekse mezuniyet sonrası aldıkları teorik ve pratik eğitimleri topluma aktarması ve rol model oldukları topluma karşı bu davranışları kendi hayatlarına uygulaması beklenmektedir.

Bazı çalışmalarda sahip oldukları tıbbi bilgilere güvenen sağlık çalışanlarında yalancı bir korunma hissi olduğu görülmüş olup, kendi sağlıkları yerine hastalarının sağlığına öncelik verme veya zamansızlık, yorgunluk, motive olamama gibi nedenlerle yetersiz sağlıklı yaşam tercihleri yapma eğiliminde oldukları belirtilmiştir⁹⁵⁻⁹⁹.

Topluma bu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırma sorumluluğunu üstlenen sağlık çalışanlarına verilecek eğitimin kalitesi, uygulanabilirliği ve sürekliliği önemlilik arz etmektedir. Hali hazırda sağlık çalışanlarına verilen eğitimin topluma nasıl yansıdığını ölçen ve değerlendiren halk sağlığı çalışmaları mevcuttur. Verilen bu eğitimleri sağlık çalışanlarının kendi hayatlarına ne düzeyde kattığını değerlendirmek içinse belirli ölçekler ve çeşitli değerlendirmeler kullanılmaktadır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, Marmara Üniversitesi Prof. Dr. Asaf Ataseven Ek Hizmet Binası ve Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde ilgili kişiler üzerinden yapılmıştır. Anket uygulama süreci Ocak 2023 itibariyle başlamıştır. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesinde ve Marmara Üniversitesi Prof. Dr. Asaf Ataseven Ek Hizmet Binasında çalışan hekimlere Katılımcı Değerlendirme Formu ve SYBD-2 ölçeği uygulanmıştır. Fakat 6 Şubat 2023 tarihinde meydana gelen, ülkece hepimizi etkileyen büyük depremde sonra, etkilenen depremzedeler için yurtların tahsis edilmesiyle üniversite öğrencileri için uzaktan eğitime geçilme kararı alınmıştır. Bu süreçte çalışmamıza dahil edilecek öğrencilere anket formu online olarak gönderilmiştir. Anketi online olarak dolduran öğrenci sayısı çalışmamız için yeterli olmadığından yüz yüze eğitim döneminin başlaması beklenmiştir. Ekim 2023 tarihinde yeni eğitim öğretim dönemine başlayan öğrencilere Katılımcı Değerlendirme Formu ve SYBD-2 ölçeği uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesinde Aile Hekimliği, Halk Sağlığı, İç Hastalıkları ve Kardiyoloji Anabilim Dallarında çalışan, uzmanlık eğitimlerinin ilk yılında ve son yılında olan 356 asistan hekim ve Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik bölümünde eğitim gören birinci ve dördüncü sınıf öğrencisi 194 kişi olmak üzere toplam 550 kişiden oluşmaktadır. Evreni temsil edecek örneklem büyüklüğü, sağlıklı davranış geliştirme sıklığı %50 alındığında %95 güven aralığı ve %5 hata payıyla en az 227 kişi olarak hesaplanmıştır¹⁰⁰. Toplam 227 kişilik örneklem büyüklüğünün 80'i öğrenci, 147'si

asistan olmalıdır. Çalışmamızda 148 asistan ve 156 öğrenci olmak üzere toplam 304 kişiye ulaşılmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmamız iki bölümden oluşmakta olup Katılımcı Değerlendirme Formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-2 (SYBD) ölçeği kullanılmıştır. SYBD araştırmanın bağımlı değişkenini oluştururken, Katılımcı Değerlendirme Formu ile bağımsız değişkenler belirlenmiştir.

3.3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promoting Lifestyle Profile), Walker ve arkadaşları tarafından 1987 yılında sağlığı geliştirme modelini test etme amacıyla geliştirilmiş olup, 48 madde ve 6 alt gruptan oluşmaktadır. 1996 yılında ölçek düzenlenerek 4 madde eklenmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-2 şeklinde adlandırılmıştır (EK-2). Ölçek altı faktör ve 52 maddeden oluşmaktadır. İlgili alt boyutlar ise şöyledir: Kişiler arası ilişki (interpersonal relations), Beslenme (nutrition), Sağlık sorumluluğu (health responsibility), Fiziksel aktivite (physical activity), Stres yönetimi (stress management), Manevi gelişim (spiritual growth). Ölçeğin güvenirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri alt faktörler için 0,79-0,87 arasında değişmekte olup toplam ölçek için değer 0,94'tür⁵⁶.

Ölçeğin tümü olumlu ifadelerden oluşmaktadır. Derecelendirilmesi hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3) ve düzenli olarak (4) şeklinde puanlandırılmış olup Likert ölçeği tipindedir. Her madde kişinin ilgili sağlığı teşvik eden davranışa ne düzeyde katıldığını gösterir. Ölçek sonunda her bir alt boyut ile ilgili maddeler toplanarak önce alt boyut puanı elde edilir. Daha sonra 6 alt boyut toplanarak katılımcının ölçek toplam puanı hesaplanır. Ölçek toplamında en düşük 52 puan, en yüksek 208 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması bireyin belirtilen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını

göstermektedir. Alt boyutların kapsadığı maddeler şu şekildedir: Kişiler arası ilişki (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49), Beslenme (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50), Sağlık sorumluluğu (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51), Fiziksel aktivite (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46), Stres yönetimi (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47), Manevi gelişim (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52).

Ölçeğin Türkiye'deki geçerlik ve güvenirlik çalışması Esin (1997), Akça (1998) ve Bahar (2008) tarafından yapılmıştır. Bahar ve arkadaşlarının çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,92 olup, güvenirlik derecesi yüksek bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının güvenirlik katsayıları ise; Sağlık sorumluluğu 0,77, Fiziksel aktivite 0,79, Beslenme 0,68, Manevi gelişim 0,79, Kişiler arası ilişkiler 0,80, Stres yönetimi 0,64 olarak saptanmıştır⁵⁷.

3.3.2. Katılımcı değerlendirme formu

Katılımcı Değerlendirme Formu 37 maddeden oluşmuş olup açık uçlu olan demografik bilgilerin haricinde, bazı soruların seçenekler üzerinden bazı soruların Likert ölçeği üzerinden cevaplanması istenmiştir (EK-1). İlk kısmında katılımcıların; yaş, cinsiyet, boy, kilo, medeni durum, görev, çalışma yılı ve bölüm gibi demografik özellikleri sorulmuştur. Daha sonra katılımcıların alışkanlıklarını öğrenmek amacıyla sigara kullanımı, alkol kullanımı, egzersiz düzeni, sıvı tüketimi ve çay-kahve tüketim miktarı sorulmuştur.

Katılımcıların çalışma koşullarını öğrenmek için bölüme isteyerek başlamaları, bölümden memnuniyetleri, çalışma arkadaşlarıyla ilişkileri, haftalık çalışma süreleri ve aylık nöbet sayıları sorulmuştur. Katılımcıların sağlık sorumlulukları ile ilgili tutumlarını öğrenmek amacıyla periyodik muayene sıklıkları, günlük işlerdeki aktivite düzeyleri, sağlık güvenceleri ve birlikte yaşadıkları kişiler sorulmuştur. Son kısımda katılımcıların kurumlarında sağlığı iyileştirici ve sağlığın sürdürülmesini teşvik edici eğitimlerin veya uygulamaların olup olmadığı ve bu eğitimlerin pratiğe ne kadar yönelik olduğuna dair yöneltilen soruların Likert ölçeği üzerinden cevaplanması istenmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Çalışmaya dahil edilen her klinik bir küme kabul edilerek asistanlar küme tipi örneklem yöntemiyle seçilmiştir. Mesai saatleri içerisinde ilgili branş hekimlerinin çalıştığı servis ve polikliniklere gidilerek anket bırakılmıştır. Elden anket ulaştırılamayan veya anketi kaybeden katılımcılara Google Form üzerinden anket elektronik biçimde iletilmiştir.

Öğrenciler için ilgili fakülteden gerekli izin alınarak, ders saatlerinden önce öğrencilere gerekli bilgiler aktararak sınıf ortamında elektronik olarak Google Form ile ölçek uygulanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara 52 sorudan oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-2 ve sosyodemografik özellikleri belirleyen Katılımcı Değerlendirme Formu uygulanmıştır.

3.5. Etik Kurul Onayı

Araştırma için, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 09.2023.176 protokol koduyla 06.01.2023 tarihinde onay alınmıştır. Ek olarak Sağlık Bilimleri Fakültesi dekanlığından yazılı izin alınmıştır. Her katılımcıya araştırma hakkında bilgilendirme yapılmış olup onamları alınmıştır (EK-4 / EK-5). Etik kurul onayı EK-3'te gösterilmiştir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analiz

Yüz yüze ve elektronik ortamda Google Form üzerinden toplanan veriler alınıp girişi MS Excel 16'ya yapılmıştır. İstatistiksel analiz için IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences) 28.0 kullanılmıştır. Kullanılan tablolar ve şekiller SPSS MS Word ve Meta Chart üzerinden hazırlanmıştır.

Cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, görev yeri, alkol-sigara kullanımı, egzersiz yapma durumu, memnuniyet durumu, periyodik muayene yaptırma gibi demografik

bilgilerin yer aldığı sorulara verilen cevaplarda, bireylerin dağılımını göstermek için sayı (n) ve yüzde (%) değerleri kullanıldı.

Katılımcıların boy ve kilo verileri Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'nin Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzunda yer alan beden kütle indeksi değerleri dikkate alınarak kategorize edildi¹⁰¹. İstatistiksel anlamlılığı sağlamak için, katılımcıların yaş dağılımındaki kümülatif yüzde dikkate alınarak, 25-31 ve 32-38 yaş aralıkları birleştirilip, yaş grubu dikotomize edilmiştir. Benzer şekilde alkol kullanımı sorusunda, düzenli kullanıcı ve sosyal içici şeklinde cevaplanan kategoriler birleştirilip istatistiksel analiz iki grup üzerinden yapılmıştır.

Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu için normallik testi (Kolmogrov-Smirnov), histogram ve olasılık grafiklerine bakılmıştır. Tanımlayıcı analizler normal dağılıma uygun değişkenler için ortalama ($\bar{x}$) ve standart sapma (ss) değerleri, normal dağılıma uygun olmayan değişkenler için ortanca ve çeyrekler arası genişlik (çag) değerleri kullanılarak verilmiştir.

Kategorik değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson Chi-Square ve Fisher-Freeman-Halton testi kullanılmıştır. İki bağımsız grubun bağımlı değişkenler ile ilişkisi normal dağılıma uyuyorsa Student-t testi, uymuyorsa Mann Whitney U testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Üç ve üzeri bağımsız grubun bağımlı değişkenler ile ilişkisi normal dağılıma uyuyorsa One-Way ANOVA ile, uymuyorsa Kruskal Wallis varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Anlamlı çıkan sonuçlar için yapılan post-hoc testler ve ikili karşılaştırmalarda bonferroni düzeltmesi yapılarak analiz sonuçları verildi.

En az biri normal dağılmayan veya ordinal değişkenler arası ilişkinin değerlendirilmesi için korelasyon katsayıları ve istatistiksel anlamlılık düzeyleri Spearman rho korelasyon testi ile hesaplanmıştır. Sonuçlar değerlendirilirken $p < 0,05$ düzeyi anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

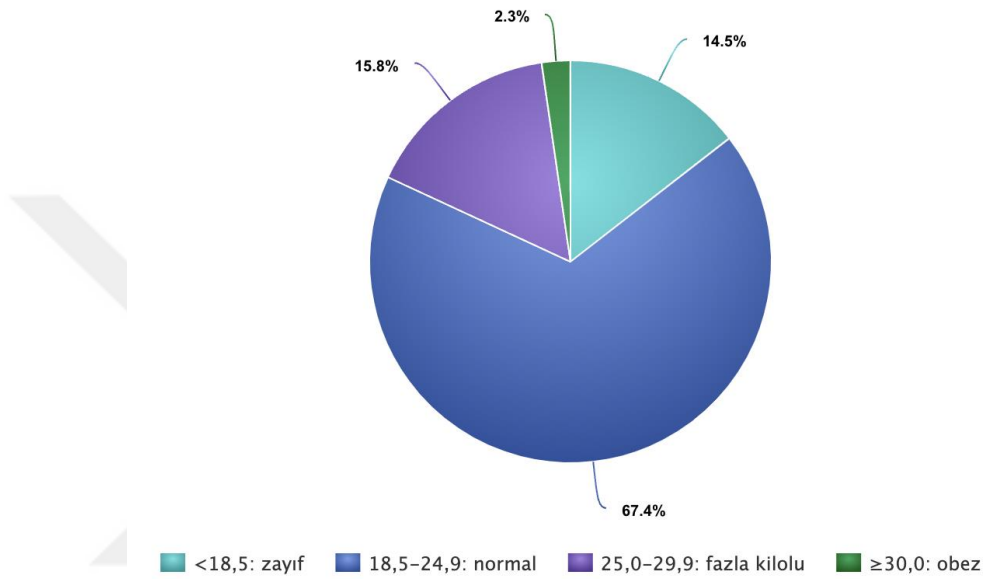
4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Çalışmamıza katılan toplam 304 katılımcının %82,2'si (n=250) kadın, %17,8'i (n=54) erkek bireylerden oluşmaktadır. Katılımcıların %51,3'ü (n=156) öğrenci, %48,7'si (n=148) asistan doktor olmak üzere, bunların %55,9'u (n=170) ilk yılında, %44,1'i (n=134) son yılında eğitim görmektedir. Ayrıca bireylerin %20,1'i (n=61) evli iken %79,9'u (n=243) bekaardır. 'Kimlerle beraber yaşıyorsunuz?' sorusunda cevaben katılımcıların %45,1'i (n=137) anne/baba/kardeş/akraba gibi ailesiyle, %20,1'i (n=61) tek başına, %14,8'i (n=45) arkadaşıyla veya yurttta, %14,1'i (n=43) eş/partner ile ve %5,9'u (n=18) eşi ve çocuk/çocuklarıyla yaşamaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 24,4±4,5 olup, öğrencilerin yaş ortalaması 20,6±2,4, asistanların yaş ortalaması 28,3±2,5 şeklinde hesaplanmıştır. Tablo 1'de katılımcıların görev tanımlarına göre demografik özellikleri gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların demografik özellikleri.

		Katılımcının görev tanımı			
		Öğrenci		Asistan	
		n	%	n	%
Cinsiyet	kadın	147	94.2	103	69.6
	erkek	9	5.8	45	30.4
Yaş	18-24	148	94.9	1	0.7
	25-31	7	4.5	132	89.2
	32-38	1	0.6	15	10.1
Medeni hal	evli	1	0.6	60	40.5
	bekar	155	99.4	88	59.5
Eğitim yılı	ilk yılında	89	57.1	81	54.7
	son yılında	67	42.9	67	45.3
Birlikte yaşadığı kişiler	eş/partner	0	0	43	29.1
	eş ve çocuk	0	0	18	12.2
	tek	6	3.8	55	37.2
	anne, baba, kardeş	111	71.2	26	17.6
	arkadaş/yurt	39	25	6	4.1

Kadın katılımcıların boy ortalaması 165 ± 6 cm, kilo ortalaması 58 ± 9 kg (min:43 max:93) şeklindedir. Erkek katılımcıların boy ortalaması 180 ± 7 cm, kilo ortalaması 82 ± 13 kg (min:41 max:123) şeklindedir. Katılımcıların yaş ve boy verilerinden yola çıkarak hesaplanan beden kütle indeksinin (BKİ) ortalaması kadınlarda 21,32 iken erkeklerde 25,34 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %67,4'ü (n=205) normal kilolu kategorisinde yer almaktadır (Şekil 3).



Şekil 3. Katılımcıların beden kütle indeksine göre dağılımı.

4.2. Katılımcıların Alışkanlıkları ve Öz Değerlendirmelerine Ait Bulgular

Katılımcıların alkol kullanım değerlendirmesine bakıldığında %60,9'u (n=185) hiç kullanmamış, %2,3'ü (n=7) düzenli kullanıcı, %36,8'i (n=112) sosyal içici olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların sigara kullanım alışkanlıkları değerlendirildiğinde hiç kullanmayanlar %78'ini (n=237), düzenli kullanıcılar %13,5'ini (n=41) ve eski kullanıcı olanlar %8,6'sını (n=26) oluşturmaktadır.

Düzenli sigara kullanan katılımcılara sorulan 'Ne kadar süredir kullanıyorsunuz?' sorusuna verilen cevap ortalaması 5,2 yıl (medyan:5 mod:5 min:1 max:12) olmakla beraber 'Günde kaç paket sigara kullanıyorsunuz?' sorusuna verilen

cevap ortalaması $0,8 \pm 0,4$ paket şeklindedir. Sigara kullanmayı bırakmış katılımcılara yöneltilen ‘Ne kadar süre kullandınız?’ sorusuna verilen cevap ortalaması 3,5 yıl (medyan:2 mod:0,5 min:0,5 max:13) şeklindedir. Daha önce sigara kullanmış ve halen kullanıyor olan katılımcıların sigara kullanım miktarı ortalama 4 paket/yıl (min: 0,1 max:24) olarak hesaplanmıştır. Ayrıca eski sigara kullanıcılarına yöneltilen ‘Sigarayı bırakırken yardım aldınız mı?’ sorusuna 2 kişi evet yanıtını vermiştir. Tablo 2’de katılımcıların sigara kullanım durumları ve demografik özellikleri karşılaştırılmıştır.

Düzenli sigara kullanan katılımcılar arasında erkek cinsiyetinde olmak (%31,5 n=17) kadın cinsiyete göre (%9,6 n=24) anlamlı bulunmuştur ($\chi^2:29,975$ $p<.001$ / Tablo 2). Kadınların %6,4’ü (n=16) erkeklerin %18,5’i (n=10) eski sigara kullanıcısı olup aralarındaki ilişki anlamlı olarak yorumlanmıştır.

Tablo 2. Katılımcıların sigara kullanım durumlarının demografik özelliklerine göre ilişkilendirilmesi.

		Sigara Kullanımı			χ^2 p
		Kullanmıyor n (%)	Düzenli kullanıcı n (%)	Eski kullanıcı n (%)	
Cinsiyet	kadın	210 (84)	24 (9.6)	16 (6.4)	29.975 <.001*
	erkek	27 (50)	17 (31.5)	10 (18.5)	
Görev	öğrenci	129 (82.7)	16 (10.3)	11 (7.1)	4.244 .120*
	asistan	108 (73)	25 (16.9)	15 (10.1)	
Eğitim yılı	ilk yılında	131 (77.1)	25 (14.7)	14 (8.2)	.511 .775*
	son yılında	106 (79.1)	16 (11.9)	12 (9)	
Medeni hal	evli	43 (70.5)	9 (14.8)	9 (14.8)	4.068 .131*
	bekar	194 (79.8)	32 (13.2)	17 (7)	
Bölüm	aile hekimliği	42 (73.7)	4 (7)	11 (19.3)	15.510 .008**
	iç hastalıkları	53 (70.7)	18 (24)	4 (5.3)	
	halk sağlığı	8 (100)	0	0	
	kardiyoloji	5 (62.5)	3 (37.5)	0	
Alkol kullanımı	kullanmıyor	168 (90.8)	12 (6.5)	5 (2.7)	46.093 <.001*
	kullanıyor	69 (58)	29 (24.4)	21 (17.6)	

* Pearson Chi-Square Testi ** Fisher-Freeman-Halton Exact Test $p<.05$

Alkol kullanmayan katılımcıların (%6,5 n=12), alkol kullanan katılımcılara (%24,4 n=29) göre düzenli sigara kullanımı anlamlı biçimde düşük bulunmuştur (χ^2 :46,093 p:<.001 / Tablo 2).

Eğitim yılı, görev, medeni durum ve bölüme isteyerek başlama parametrelerinin sigara kullanımı ile karşılaştırmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 2).

‘Günlük sıvı alımına dikkat ediyor musunuz?’ sorusuna katılımcıların %65,1’i (n=198) evet, %34,9’u (n=106) hayır cevabını vermiştir. Günlük sıvı tüketimine dikkat eden katılımcıların su tüketimi ortalama 2,2lt, dikkat etmediğini söyleyen katılımcıların ortalaması 1,5lt’dir (p<.001). Günlük kabul edilebilir kafein tüketimi olan 400mg’ı (yaklaşık 2 fincan espresso) aştığı düşünülen günde 3 bardak veya daha fazla kahve tüketen 49 (%18,4) katılımcı, günde 5 bardak veya daha fazla çay tüketen 50 (%18,6) katılımcı mevcuttur. Katılımcıların su, çay ve kahve tüketim alışkanlıklarına dair veriler Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların sıvı tüketim alışkanlıkları.

	$\bar{x}$	SS	min	max
Günde ortalama kaç litre su içiyorsunuz?	2.0 litre	.9	.5	5.0
Günde ortalama kaç bardak çay içiyorsunuz?	2.9 fincan	2.1	.5	10.0
Günde ortalama kaç bardak kahve içiyorsunuz?	1.8 fincan	1.1	.5	6.0

‘Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?’ sorusuna katılımcıların %10,5’i (n=32) evet, %23’ü (n=70) hayır, %28,9’u (n=88) daha önce yaptım şimdi ara verdim, %37,5’i (n=114) ara sıra yaparım şeklinde yanıtlamıştır. Soruya hayır cevabını vermeyen 234 katılımcıya sorulan ‘Ne kadar süredir egzersiz yapıyorsunuz/yaptınız?’ sorusuna verilen yanıtların ortalaması 1,9 yıl (medyan:1 mod:0,5 min:0,5 max:15) şeklinde hesaplanmıştır. Bu katılımcılara aynı zamanda yaptıkları egzersizin türü sorulmuş olup %36,8’i (n=86) fitness, pilates, yoga gibi güç-denge egzersizi, %38,5’i (n=90) koşu, kardiyo, bisiklet, yüzme gibi aerobik egzersiz yaptığını ifade etmiştir. 9 katılımcı profesyonel bir sporla ilgilenmektedir.

Düzenli egzersiz yapma durumuyla karşılaştırılan cinsiyet, yaş, bki, medeni hal, görev tanımı, eğitim yılı, bölümü, sigara kullanımı, alkol kullanımı, isteyerek başlama ve memnuniyet gibi parametrelerle istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

‘Daha önce kilo alma ya da verme amaçlı özel bir diyet yaptınız mı?’ sorusuna katılımcıların %41,4’ü (n=126) evet, %58,6’sı (n=178) hayır cevabını vermiştir. Evet cevabını veren katılımcılara yöneltilen ‘Hedefinize ne kadar yaklaştınız?’ sorusunun 10’lu vizüel algı skalası ile değerlendirilmesi istediğinde, katılımcıların verdiği yanıtların ortalaması $6,5 \pm 2,7$ şeklindedir.

‘Günlük işleriniz sırasında yürüme, merdiven kullanma gibi fırsatları ne kadar tercih edersiniz?’ sorusuna Likert ölçeği üzerinden verilen cevabın ortalaması $3,42 \pm 1,2$ (min:0 max:5) olarak hesaplanmıştır.

4.3. Katılımcıların Alan Seçimi, Memnuniyet ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Konusunda Aldıkları Eğitimlerle İlgili Düşünceleri

Çalışmaya dahil edilen hekimlerin %18,8’i (n=57) aile hekimliği, %24,7’si (n=75) iç hastalıkları, %2,6’sı (n=8) kardiyoloji ve %2,6’sı (n=8) halk sağlığı branşlarında çalışmaktadır. Asistan hekimlere haftalık çalışma saatleri sorulduğunda, ortalama süre 52,7 saat, aylık tutulan nöbet sayısı ise ortalama 3,4 gün olarak hesaplanmıştır.

‘Çalışma arkadaşlarınızla olan ilişkinizi nasıl tanımlarsınız?’ sorusuna Likert ölçeği üzerinden verilen cevabın ortalaması $7,18 \pm 2,1$ (min:0 max:10) şeklindedir. Öğrencilerin ortalaması $6,5 \pm 2,3$ iken asistanların ortalaması $7,9 \pm 1,6$ olarak hesaplanmıştır ($p < .001$).

‘Bölümünüze isteyerek mi başladınız?’ sorusuna katılımcıların %83,9’u (n=255) evet, %16,1’i (n=49) hayır cevabını vermiştir. Bölümüne isteyerek başlayanların %91’i (n=232), isteyerek başlamayanların %59,2’si (n=29) çalıştıkları yerden memnun olduğunu ifade etmiştir ve aralarındaki ilişki anlamlı olarak bulunmuştur ($\chi^2:5,413$ p:020). Benzer şekilde karşılaştırılan cinsiyet, eğitim yılı, medeni durum, bölüm, egzersiz durumu, sigara ve alkol kullanımı gibi parametrelerle memnuniyet arasında ilişki bulunmamıştır.

Katılımcıların ‘Çalıştığınız veya okuduğunuz bölümden memnun musunuz?’ sorusuna katılımcıların %85,9’u (n=261) evet, %14,1’i (n=43) hayır cevabını vermiştir. Öğrencilerin %90,4’ü (n=141) ve asistanların %81,1’i (n=120) memnun olduklarını söylemiştir (χ^2 :5,413 p:.020).

‘Mesleki eğitiminiz sırasında sağlığı iyileştirici ve sürdürülmesini teşvik edici uygulamalara yer verildi mi/veriliyor mu?’ sorusuna katılımcıların %65,1’i (n=198) evet, %34,9’u (n=106) hayır cevabını vermiştir. Bu eğitimlere yönelik sorulan soruların cevaplarına ait veriler Tablo 4’te gösterilmiştir. Yapılan karşılaştırmalarda aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur.

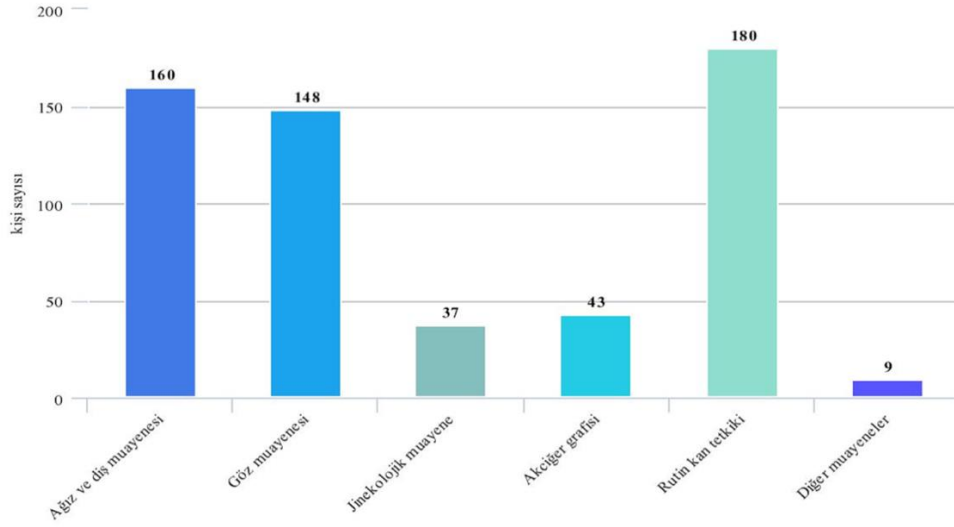
Tablo 4. Katılımcıların aldıkları sağlık eğitimine dair değerlendirmelerinin karşılaştırılması.

	Öğrenci	Asistan	Toplam	p
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Kurumunuzda sağlığı iyileştirici ve sürdürülmesini teşvik edici uygulamalar /etkinlikler var mı?	2.35±1.5	1.64±1.5	2.00±1.5	<.001*
Bu eğitimlerin ne kadar pratiğe yönelik olduğunu düşünüyorsunuz?	2.80±1.3	1.92±1.4	2.37±1.4	<.001*
Bu eğitimlerin pratiğinizi ne kadar etkilediğini/ etkileyeceğinizi düşünüyorsunuz?	3.00±1.3	2.04±1.5	2.53±1.5	<.001*

*Mann Whitney U Test $p < .05$

4.4. Katılımcıların Periyodik Sağlık Muayeneleri Hakkındaki Değerlendirmeleri

Katılımcıların sağlık sorumlulukları ile ilgili tutumlarını öğrenmek amacıyla sorulan ‘Periyodik sağlık muayenelerinizi ne kadar düzenli yaptırırsınız?’ sorusuna Likert ölçeği üzerinden verilen cevabın ortalaması 2,86±1,8 (min:0 max:10) şeklindedir. Eğitiminin ilk yılında olan katılımcıların ortalaması 2,9 iken, son yılında olanların ortalaması 2,8’dir. ‘Aşağıdaki periyodik sağlık muayenelerinden hangisini düzenli olarak yaptırıyorsunuz?’ sorusuna verilen cevaplar Şekil 4’te gösterilmiştir. Diğer cevabını işaretleyen katılımcıların yaptırdığı periyodik muayeneler tiroid ve meme USG, beyin MR şeklindedir.



Şekil 4. Katılımcıların yaptırdığı periyodik sağlık muayenelerin dağılımı.

4.5. Katılımcıların SYBDÖ-2 Toplam ve Alt Boyut Puanları

Katılımcıların SYBD ölçeğinden aldıkları toplam puan $125,99 \pm 20,88$ (min:52 max:208) şeklindedir. Katılımcıların toplam puanlarının cevap ortalaması $2,42 \pm 0,39$ şeklindedir. Alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek puanın kişiler arası ilişki ($2,80 \pm 0,52$), en düşük puanın fiziksel aktivite ($2,05 \pm 0,58$) alt boyutunda olduğu görülmektedir. Ölçek toplam ve alt boyutlarının ortalama puanı ve diğer değerleri Tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların SYBDÖ-2’nin toplam ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi.

	soru sayısı	$\bar{x}$	SS	ortanca	min	max
Fiziksel aktivite	8	16.46	4.6	16	8	32
Stres yönetimi	8	18.41	3.8	18	9	32
Beslenme	9	20.44	4.2	20	10	34
Sağlık sorumluluğu	9	20.50	4.9	20	9	36
Manevi gelişim	9	24.84	4.8	25	11	36
Kişiler arası ilişki	9	25.26	4.7	25	13	36
Toplam	52	125.99	20.6	124	67	197

4.6. SYBDÖ-2 Toplam Puanı ile Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılmalı Analizleri

Katılımcıların SYBDÖ-2 toplam puanları görev tanımlarına göre incelendiğinde öğrencilerin ve asistanların puanları arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Aynı şekilde ölçek toplam puanları, eğitim yıllarına göre karşılaştırıldığında eğitiminin son yılındaki katılımcıların puanının eğitiminin ilk yılındaki katılımcılara göre anlamlı biçimde yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 6).

Düzenli egzersiz yapma durumuna göre katılımcıların toplam puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Farkı oluşturan parametreleri bulma amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalarda, hayır – ara sıra yaparım ve evet – hayır cevapları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<.001$ Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır / Tablo 6).

SYBDÖ toplam puanları ile günlük yeterli sıvı alımına dikkat etme ve enerji içeceği tüketme değişkenleri karşılaştırıldığında, günlük sıvı alımına dikkat eden ve enerji içeceği tüketmeyen kullanıcıların SYBDÖ toplam puanlarının anlamlı biçimde yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalıştığı ya da okuduğu bölüme isteyerek başlayan katılımcıların istemeyerek başlayan katılımcılara göre SYBDÖ toplam puanlarının anlamlı biçimde yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalıştığı ya da okuduğu bölümden memnun olan katılımcıların memnun olmayan katılımcılara göre SYBDÖ toplam puanlarının anlamlı biçimde yüksek olduğu bulunmuştur.

‘Mesleki eğitiminiz sırasında sağlığı iyileştirici ve sağlığın sürdürülmesini teşvik edici eğitimler / uygulamalar var mı?’ sorusuna evet diyenlerin SYBDÖ toplam puanının anlamlı biçimde hayır diyenlerden yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 6).

Cinsiyet, medeni durum, yaş, beden kütle indeksi, kilo alma veya verme amaçlı özel bir diyet yapma, sigara kullanımı, alkol kullanımı ve birlikte yaşanan kişiler parametreleriyle karşılaştırılan toplam puan değerleriyle gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 6. SYBDÖ-2'nin toplam puanının diğer parametrelerle karşılaştırılması.

		Toplam			
		n	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (ÇAG)	p
Cinsiyet	kadın	250	126.41±20.7	125 (28)	.364 ^a
	erkek	54	123.59±20.3	122 (35)	
Görev	öğrenci	156	128.74±20.8	126 (30)	.027 ^b
	asistan	148	122.93±20.1	122 (28)	
Eğitim yılı	ilk yılında	170	123.39±19.9	121 (28)	.016 ^a
	son yılında	134	129.10±21.1	128 (27)	
BKİ	zayıf	44	125.27±16.9	122 (23)	.214 ^d
	normal	205	127.06±22.0	126 (30)	
	fazla kilolu	48	123.38±17.0	122 (29)	
	obez	7	113.43±19.0	110 (20)	
Düzenli egzersiz yapma	evet	32	133.63±21.5	136 (26)	<.001 ^c
	hayır	70	116.10±19.0	116 (24)	
	ara sıra yaparım	114	130.38±20.9	129 (34)	
	daha önce yaptım, ara verdim	88	125.11±18.3	124 (23)	
Yeterli sıvı alımı	evet	198	130.19±19.3	131 (27)	<.001 ^b
	hayır	106	117.92±20.8	116 (22)	
Enerji içeceği	evet	38	119.71±18.6	119 (27)	.047 ^a
	hayır	266	126.79±20.8	125 (30)	
İsteyerek başlama	evet	255	126.99±21.2	125 (30)	.036 ^a
	hayır	49	120.27±16.5	121 (24)	
Memnuniyet	evet	261	127.98±20.5	126 (28)	<.001 ^b
	hayır	43	113.30±16.8	112 (17)	
Sağlık eğitimi	evet	198	128.82±20.5	127 (29)	.001 ^b
	hayır	106	120.47±19.9	120 (28)	

^a Independent Samples T Testi ^b Mann Whitney U Testi ^c Kruskal Wallis Varyans Analizi ^d One-Way ANOVA $p < .05$

4.7. SYBDÖ-2 Alt Boyut Puanları ile Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılmalı Analizleri

Katılımcıların ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlara bakıldığında, görev tanımlarına göre öğrencilerin beslenme ve sağlık sorumluluğu alt boyut puanlarında anlamlı biçimde asistanlardan yüksek bulunmuştur. Eğitiminin son yılında olan katılımcıların beslenme, sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyut puanlarının anlamlı biçimde eğitimin ilk yılında olandan yüksek olduğu görülmüştür. Mesleki eğitimi sırasında sağlığı iyileştirici ve sağlığın sürdürülmesini teşvik edici eğitimler veya uygulamalar olduğunu söyleyen katılımcıların beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyut puanları anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur (Tablo 7).

Bölümüne isteyerek başlayan katılımcıların kişiler arası ilişki, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyut puanlarının anlamlı biçimde yüksek olduğu görülmüştür ($p<.05$). Çalıştığı ya da okuduğu bölümden memnun olan katılımcıların fiziksel aktivite alt boyutu hariç diğer alt boyut puanları memnun olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur (Tablo 7).

Kadın katılımcıların sağlık sorumluluğu alt boyut puanı erkek katılımcılara göre anlamlı biçimde yüksek iken erkek katılımcıların fiziksel aktivite alt boyut puanları anlamlı biçimde yüksektir. ($p<.05$). Bekar katılımcıların sağlık sorumluluğu alt boyut puanlarıyla evli katılımcılara göre anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur ($p<.05$).

Birlikte yaşanan kişiler parametresinin sağlık sorumluluğu alt boyut puanlarında anlamlı fark bulunmuş olup bakılan ikili karşılaştırmalarda ailesi ile yaşayanların puanları anlamlı biçimde tek yaşayanlara göre anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur. ($p<.05$ Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır). Aynı değişkenin beslenme alt boyut puanlarında anlamlı farklılık bulunmasına rağmen bakılan ikili karşılaştırmalarda anlamlı fark saptanmamıştır ($p>.05$ Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır).

Düzenli egzersiz yapma durumunda katılımcıların beslenme, sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 7). Bu değişkenlerin post-hoc analizler yapıldığında; beslenme alt boyutunda hayır ile diğer seçenekler arasında, sağlık sorumluluğu alt boyutunda hayır ile ara sıra yaparım seçenekleri arasında ve fiziksel aktivite alt boyutunda tüm egzersiz seçenekleri arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<.001$ Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır / Tablo 7).

Kilo alma ya da verme amaçlı daha önce diyet yapan katılımcıların sadece fiziksel aktivite alt boyut puanları diyet yapmayanlara göre anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur ($p=.023$). Beden kütle indeksine göre bakılan sağlık sorumluluğu alt boyut puanları arasında anlamlı fark çıkmasına rağmen bakılan post-hoc analizlerde herhangi bir ikili arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.05$ Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır).

Katılımcıların sigara kullanım durumları beslenme, sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalarda alt boyutların tümündeki farkın hiç kullanmamış - düzenli kullanıcı olan katılımcılar arasında olduğu bulunmuştur ($p<.05$ Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır). Alkol kullanma durumuna bakıldığında sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve manevi gelişim alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 7).

Yeterli sıvı alımına dikkat eden kullanıcıların tüm alt boyut puan ortalamaları yüksek olup kişiler arası ilişki hariç diğer alt boyut puanları arasındaki fark anlamlı olarak değerlendirilmiştir (Tablo 7). Enerji içeceği içemeyen katılımcıların beslenme ve sağlık sorumluluğu alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$). İlgili sonuçlar ve diğer alt boyut puanlarının istatistiksel verileri Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. SYBDÖ-2 alt boyut puanlarının diğer parametrelerle karşılaştırılması.

		Kişiler Arası İlişki		Beslenme		Sağlık Sorumluluğu		Fiziksel Aktivite		Stres Yönetimi		Manevi Gelişim	
		$\bar{x} \pm SS$	p	Ortanca (ÇAG)	p	Ortanca (ÇAG)	p	Ortanca (ÇAG)	p	Ortanca (ÇAG)	p	Ortanca (ÇAG)	p
Görev	öğrenci	25.23±4.6	.922 ^a	21 (6)	.003 ^b	21 (6)	<.001 ^b	17 (5)	.338 ^b	19 (5)	.095 ^b	26 (7)	.126 ^b
	asistan	25.28±4.8		20 (5)		19 (6)		16 (8)		18 (6)		25 (7)	
Eğitim yılı	ilk yılında	25.16±4.6	.682 ^a	19 (5)	<.001 ^b	19 (6)	.014 ^b	16 (6)	.016 ^b	18 (5)	.242 ^b	25 (7)	.445 ^b
	son yılında	25.38±4.8		22 (5)		21 (6)		17 (6)		19 (5)		25 (6)	
Düzenli egzersiz yapma durumu	evet	24.72±4.5	.435 ^d	21 (6)	<.001 ^c	21 (7)	<.001 ^c	23 (7)	<.001 ^c	19 (5)	.341 ^c	25 (6)	.745 ^c
	hayır	24.86±4.6		18 (6)		18 (7)		12 (4)		18 (5)		25 (7)	
	ara sıra yaparım	25.82±5.0		21 (6)		21 (7)		18 (4)		19 (5)		25 (8)	
	daha önce yaptım, ara verdim	25.05±4.4		20 (5)		20 (5)		16 (4)		18 (6)		26 (6)	
Sigara kullanımı	hiç kullanmamış	25.47±4.6	.244 ^d	21 (6)	.004 ^c	20 (6)	.036 ^c	16 (6)	.148 ^c	18 (5)	.160 ^c	26 (6)	.004 ^c
	düzenli kullanıcı	24.15±5.1		18 (4)		18 (5)		17 (5)		17 (6)		23 (7)	
	eski kullanıcı	25.08±5.0		20 (6)		19 (5)		17 (5)		19 (5)		24 (7)	
Alkol kullanımı	kullanmıyor	25.43±4.6	.415 ^a	20 (6)	.352 ^b	21 (6)	.015 ^b	16 (5)	.031 ^b	18 (5)	.280 ^b	26 (6)	<.001 ^b
	kullanıyor	24.98±4.8		25 (6)		19 (7)		17 (6)		18 (6)		24 (8)	
Yeterli sıvı alımı	evet	25.54±4.5	.149 ^a	21 (6)	<.001 ^b	21 (6)	<.001 ^b	17 (6)	<.001 ^b	19 (4)	<.001 ^b	26 (6)	.041 ^b
	hayır	24.73±5.0		18 (5)		18 (6)		14 (6)		17 (6)		24 (7)	
Memnuniyet	evet	25.66±4.6	<.001 ^a	20 (6)	.030 ^b	20 (6)	<.001 ^b	16 (5)	.410 ^b	19 (5)	<.001 ^b	26 (6)	<.001 ^b
	hayır	22.81±4.7		19 (6)		18 (6)		15 (8)		16 (6)		22 (5)	
Sağlık eğitimi	evet	25.46±4.5	.290 ^a	20 (6)	.001 ^b	21 (6)	<.001 ^b	17 (6)	.118 ^b	19 (5)	<.001 ^b	26 (6)	<.002 ^b
	hayır	24.87±4.8		19 (5)		19 (6)		16 (6)		17 (5)		24 (7)	

^a Independent Samples T Testi ^b Mann Whitney U Testi ^c Kruskal Wallis Varyans Analizi ^d One-Way ANOVA p<.05

4.8. Katılımcıların SYBDÖ-2 Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Korelasyon Analizi

Katılımcıların SYBDÖ-2 alt grup puanlarının kendi aralarındaki korelasyon analizinde ölçek toplam puanı ile tüm alt boyutlar arasında pozitif yönlü yüksek derecede ilişkili korelasyon saptanmıştır. Tüm alt boyutlar ise birbirleriyle korele bulunmakla birlikte; sadece kişiler arası ilişki ve manevi gelişim / kendini gerçekleştirme arasında anlamlı ve pozitif yönlü yüksek derecede ilişkili korelasyon saptanmıştır (Tablo 8).

Sağlık sorumluluğu ile kişiler arası ilişki, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyutları arasında ve stres yönetimi ile kişiler arası ilişki ve manevi gelişim alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif yönlü orta derecede ilişkili korelasyon saptanmıştır. Beslenme ile kişiler arası ilişki, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyutları arasında ve fiziksel aktivite ile stres yönetimi alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif yönlü orta derecede ilişkili korelasyon saptanmıştır. Fiziksel aktivite ile kişiler arası ilişki ve manevi gelişim alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif yönlü ancak zayıf derecede ilişkili korelasyon saptanmıştır.

Tablo 8. SYBDÖ-2 toplam ve alt boyut puanlarının kendi aralarındaki korelasyon analizi.

SYBDÖ-2 Alt Boyutlar	1	2	3	4	5	6
1. Kişiler Arası İlişki	-					
2. Beslenme	.421**	-				
3. Sağlık Sorumluluğu	.574**	.601**	-			
4. Fiziksel Aktivite	.294**	.477**	.493**	-		
5. Stres Yönetimi	.516**	.371**	.506**	.389**	-	
6. Manevi Gelişim	.709**	.430**	.533**	.318**	.659**	-
7. Toplam	.776**	.717**	.809**	.647**	.738**	.807**

*Spearman rho testi kullanılmıştır **p<.001*

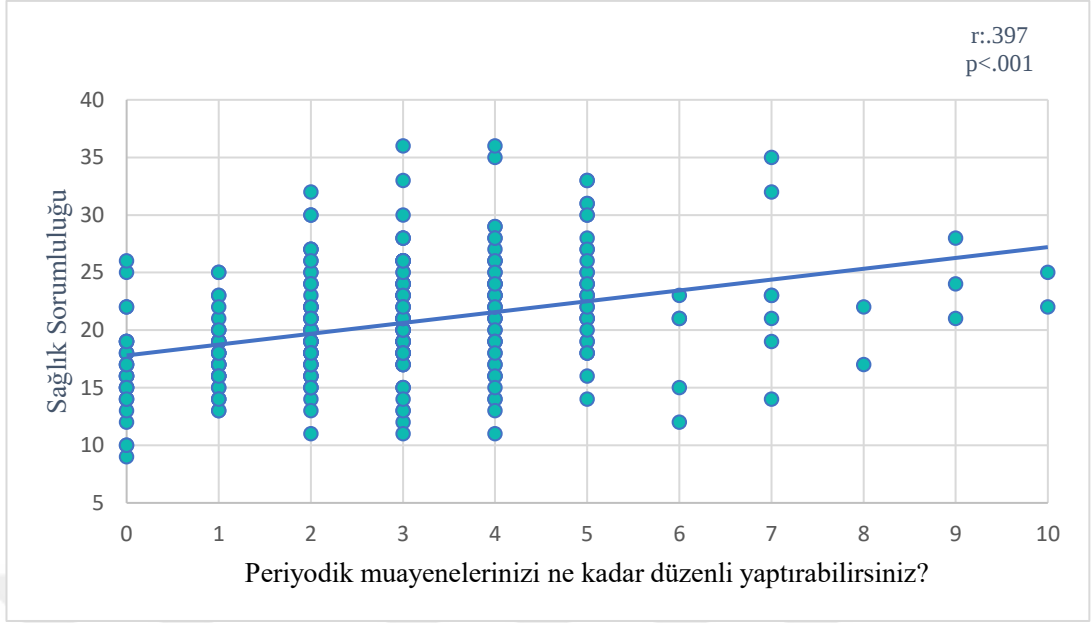
Katılımcılara sorulan ‘Periyodik sağlık muayenelerinizi ne kadar düzenli yaptırabilirsiniz?’ sorusuna Likert ölçeği üzerinden verilen cevaplarla (min:0 max:10) ölçek puanları arasındaki korelasyon incelenmiştir. Katılımcıların periyodik muayene yaptırma sıklığıyla ölçek toplam puanı, beslenme ve sağlık sorumluluğu alt boyut puanları arasında anlamlı ve pozitif yönde ve orta derecede ilişkili korelasyon olduğu görülmüştür (Tablo 9 – Şekil 5).

Tablo 9. Katılımcıların periyodik muayene yaptırma sıklığı ve hedefe ulaşma öz değerlendirme yanıtlarıyla SYBDÖ-2 puanlarının korelasyon analizi.

	Periyodik muayenelerinizi ne kadar düzenli yaptırırsınız?	Hedefinize ne kadar ulaştınız?
	r	r
Kişiler Arası İlişki	.287**	.163*
Beslenme	.348**	.307**
Sağlık Sorumluluğu	.397**	.345**
Fiziksel Aktivite	.238**	.284**
Stres Yönetimi	.145*	.227*
Manevi Gelişim	.257**	.217*
Toplam	.371**	.346**

*Spearman rho testi kullanılmıştır *p<.05 **p<.001*

Daha önce kilo alma ya da verme amaçlı diyet yapan 126 katılımcıya sorulan ‘Hedefinize ne kadar ulaştınız?’ sorusuna Likert ölçeği üzerinden verilen cevaplarla SYBDÖ-2 puanları karşılaştırılmıştır. Hedefe ulaşma puanı ile ölçek toplam ve sağlık sorumluluğu alt boyut puanları arasında anlamlı ve pozitif yönde orta derecede ilişkili korelasyon saptanmıştır (Tablo 9).



Şekil 5. Katılımcıların periyodik muayene yaptırma sıklığıyla SYBDÖ-2 sağlık sorumluluğu alt boyut puanlarının korelasyon grafiği.

‘Günlük işleriniz sırasında yürüme, merdiven kullanma gibi fırsatları ne kadar tercih edersiniz?’ sorusuna Likert ölçeği üzerinden verilen cevaplarla SYBDÖ-2 puanları karşılaştırılmış olup fiziksel aktivite ve beslenme alt boyut puanları arasında anlamlı ve pozitif yönde zayıf derecede ilişkili korelasyon saptanmıştır (fiziksel aktivite $r=.323$ $p<.001$ / beslenme $r=.319$ $p<.001$).

Katılımcıların günlük su tüketim miktarıyla (litre) fiziksel aktivite alt boyut puanları arasında anlamlı ve pozitif yönde zayıf derecede ilişkili korelasyon saptanmıştır ($r=.307$ $p<.001$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili sağlık eğitimi alan ve mesleki uygulamaları sırasında hastalarına ya da danışanlarına sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmayı hedefleyen disiplinler içinde, mezuniyet öncesi veya sonrası eğitim döneminde olan sağlık profesyonellerinin kendi yaşam biçimleri ile ilgili tutumlarını ortaya koymak amaçlanmıştır. Çalışma sonunda gerek mezuniyet öncesi gerekse mezuniyet sonrası dönemde; eğitiminin son yılında olanların ve eğitimleri süresince sağlığı iyileştirici ve sağlığı teşvik edici uygulamalarla karşılaştıklarını belirtenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır.

Sağlıklı yaşam biçimini ele alan çalışmaları incelemek amacıyla yapılan literatür taramasında SYBDÖ-2 ölçeğinin sağlık çalışanları ile yapıldığı birçok çalışmaya rastlanmıştır^{1,7,16-18}. Birçok farklı popülasyona da uygulanan ölçek, çalışmamızda daha özgün bir gruba uygulandı. Bu çalışmada katılımcıların %51,3'ünü Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencileri, %48,7'sini Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği, İç Hastalıkları, Halk Sağlığı ve Kardiyoloji Anabilim Dallarında çalışan asistan doktorlar oluşturmaktadır. Çalışmamızdaki hekimler günlük pratiklerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını aktaran kliniklerde çalışıyor olmalarına rağmen daha heterojen hekim grupları ile yapılmış olan benzer çalışmalardan farklı sonuçlar bulunmamıştır.

Çalışmamızda toplam puan ortalaması $125,91 \pm 20,6$ olarak hesaplanmış olup katılımcıların orta düzeyde sağlıklı yaşam tercihleri yaptıklarını söyleyebiliriz. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur^{4,8,44,102-104}. SYBDÖ-2 ölçeğinin uygulandığı sağlık çalışanları ve üniversite öğrencileri ile yapılan diğer çalışmalarda ortalama toplam puanlar 111,10-132,94 arasında değişmektedir^{6,8,94,105,106}. Çalışmamızda elde edilen SYBDÖ toplam puan ortalaması literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Bu da Türkçe ölçeğin güvenilirliği ile ilgili bir kanıt olmuştur.

Öğrenci olan katılımcıların ölçek toplam puan ortalaması (128,74) asistanlara göre (122,93) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ülkemizde lisans öğrencilerine yapılan diğer çalışmalarda beslenme ve diyetetik öğrencilerinin toplam puanının diğer

bölmelere göre yüksek olduğu görölmüştür⁹. Bunun nedeni, beslenme ve diyetetik öğrencilerinin eğitim müfredatının ağırlıklı olarak sağlıklı yaşam biçimi öğretileri içermesi olarak yorumlanabilir. Bu çalışmalarda beslenme ve diyetetik öğrencilerinin ölçek toplam puan ortalamasının 134-142,33 arasında değiştiğı görölmektedir^{9,107,108}. Hekimler üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde ise ölçek toplam puan ortalamalarının 114,37-128,03 arasında olduğu görölmektedir^{17,106,109-111}. Öğrencilerin puan ortalamasının hekimlerden daha yüksek olması, eğitimlerini asistanlara göre daha yakın zamanda aldıkları için daha iyi hatırlamaları, teorik açıdan daha güncel olmaları, kendilerine ayırabilecekleri zamanın daha fazla olması veya asistanların eğitim yıllarındaki müfredatın güncel eğitim müfredatına göre daha teorik ağırlıklı yöntemlerle oluşturulmuş olması, bu konudaki bilginin sınırlı olması, mevcut ekonomi ve hastanede çalışma koşullarının hekimler üzerinde stres oluşturması gibi nedenlere bağlı olabileceğı düşünölmüştür.

Eğitiminin son yılında olan katılımcıların ölçek toplam puan ortalaması eğitiminin ilk yılında olan katılımcılara göre yüksek bulunmuştur. Alınan eğitimle birlikte bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanının arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Uludağ'ın diyabetes mellitus ve Günay'ın hipertansiyon tanılı hastalar üzerinde yaptığı çalışmalarda, sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında verilen eğitim sonrası katılımcıların SYBD ölçek puanları arttığı ve ilgili hastalığın daha regüle hale geldiğı görölmektedir^{112,113}. Lisans düzeyi hemşirelik öğrencilerine yapılan çalışmalarda son sınıfların ilk sınıf öğrencilerine göre ölçek puanının yüksek bulunmasına rağmen diğer bölüm öğrencilerinin ölçek puanında anlamlı fark bulunmamıştır¹¹⁴. Çin'de üniversite hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada, toplam puan ve sağlık sorumluluğı hariç diğer alt boyut puanlarında 5.sınıf ve 2.sınıflar arasında anlamlı fark bulunmamıştır¹¹⁵. Ülkemizde yapılan sağlık alanında olan ve olmayan lisans öğrencilerin dahil edildiğı, eğitim yılı arttıkça öğrencilerin toplam puanında değişim olmayan çalışmalar da mevcuttur^{12,116}. Hekimler üzerinde yapılan çalışmalarda, mesleki deneyimi daha fazla olanların ölçek puanının anlamlı düzeyde yüksek olduğu görölmektedir^{15,106,111}. Bizim çalışmamız eğitim almamış olan bir katılımcı grubunu içermediğı için doğrudan eğitimin katkısından söz edemez ancak eğitiminin ilk yılında olanlar ile son yılında olanların kendi sağlıklı yaşam biçimi

davranışlarının olumlu yönde anlamlı biçimde değişmesi, bu durumun içinde bulundukları eğitim ortamının etkisiyle ortaya çıktığını düşündürmektedir.

Tıp fakültesi eğitim müfredatında sağlığı iyileştirme ve iyilik halini sürdürme ile ilgili verilen ders içeriğinin kısıtlı olması, daha yoğun bir eğitim içeriğine sahip olunması, öğrencilerin kalan boş vakitlerinde sağlıklı yaşam aktiviteleri yerine ders çalışmayı tercih etmesi gibi sebeplerden dolayı hekimlerin sağlıklı yaşam biçimi tutumunu mezuniyet öncesi olan eğitimle kazanamadığını düşünüyoruz. Ülkemizde tıp fakültesi öğrencileri üzerine yapılan çalışmalara bakıldığında son yılındaki öğrencilerin ölçek toplam puan ortalamalarının ilk yılındakilere göre anlamlı fark oluşturacak kadar düşük olduğu görülmektedir^{4,104,117-119}. Örnek çalışmalarda tıp fakültesi öğrencilerinde ve bizim çalışmamızda mezuniyet sonrası eğitim alan grupta da SYBDÖ-2 puan ortalamalarının sağlık eğitimi alan fakülte öğrencilerine göre daha düşük olduğunu görüyoruz. Bu farkın spesifik asistan gruplarının aldığı eğitimle bile kapanmaması, bize ilgili eğitimlerin ve uygulamaların tıp fakültesi müfredatının erken dönemlerine eklenmesinin daha faydalı olacağını gösteriyor diyebiliriz.

Çalışmaya katılan toplam 304 katılımcının %82,2'si kadın, %51,3'ü öğrenci, %55,9'u eğitiminin ilk yılında ve %79,9'u bekar. Katılımcıların yaş ortalaması 24,4±4,5 iken beden kütle indeksi ortalaması 23,33 şeklindedir. Katılımcıların %2,3'ü obez kategorisinde olup bu oran Türkiye Sağlık İstatistikleri verilerine kıyasla 15 yaş üstü bireylerin obez oranından daha düşüktür. TÜİK verilerinde, 15 yaş üstü bireylerin %3,6'sı zayıf iken çalışmamıza katılan popülasyonun %14,5'i zayıf kategorisinde yer almaktadır⁶⁶. Bu durum çalışmaya katılan popülasyonun genç yaşlarda olmasıyla ilişkilendirilmiştir.

Cinsiyet parametresi ölçek toplam puanında fark oluşturmazken, kadınların sağlık sorumluluğu alt boyut puanı erkek katılımcılara göre anlamlı biçimde yüksek saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda kadınların ölçek toplam puanı yüksek bulunmuştur^{110,120}. Ailesi ile yaşayan katılımcıların sağlık sorumluluğu alt boyut puanları; tek başına, yurtdışı veya arkadaşlarıyla yaşayanlara göre yüksek bulunmuş olup, benzer sonuçlara ulaşan çalışmalar literatürde mevcuttur¹²¹. Çalışmamızın da ortaya koyduğu gibi kişinin etrafında kendisini destekleyen aile üyelerinin bulunması, geliştirdiği sağlık tutumunu da pozitif yönde etkilemektedir.

Katılımcıların sigara ve alkol kullanım alışkanlıkları incelendiğinde; alkol kullanmayan katılımcıların %90'ının daha önce sigara da kullanmadığını görüyoruz. Buradan olumlu sağlık davranışlarının birbirini etkilediğini söyleyebiliriz. TÜİK verilerinde 15 yaş üstü bireylerin sigara kullanım oranı %32,1 iken çalışmamıza katılan bireylerin %13,5'i düzenli sigara kullanıcısı olduğunu ifade etmiş olup popülasyonun bu konuda topluma göre daha olumlu sağlık davranışları sergilediğini söyleyebiliriz. Katılımcıların %39,1'i alkol kullandığını söylerken bu oranın %16,7 olan mevcut TÜİK verilerinden yüksek olduğu görülmüştür⁶⁶. Sigarayı bırakmış katılımcıların, yalnızca %7,6'sı bırakırken yardım aldığını söylemiştir. Bu kişilerin sigara bırakma yardımı almaya toplumdaki diğer bireylerden daha yakın olduğunu düşünmemize rağmen bu oranın hayli düşük olduğunu söyleyebiliriz. Bunun sebebi sağlık personelinin yardım isteme konusundaki çekimserliği, alacağı yardımdan fayda beklentisinin düşüklüğü ya da ilgili sağlık hizmetine ulaşmaktaki güçlüğü olabilir. Sigarayı bırakma yardımına başvurma oranının sağlık personelleri arasındaki düşüklüğü, toplumun geri kalanının bu davranışı geliştirmesinin daha zor olduğunu düşündürmektedir.

Sigara kullanmayan katılımcıların beslenme, sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim alt boyutlarında anlamlı düzeyde yükseklik saptanmıştır. Fakat bu fark toplam puana yansımamış olup sonucu istatistiksel olarak etkilememiştir. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda beslenme alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur^{102,119,122}. Yapılan bir çalışmada sigara içenlerin fiziksel aktivite alt boyut puanları anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur¹⁸. Sigara kullanımının, sağlığına olan negatif etkisini doğru değerlendirip, bu olumsuz sağlık davranışından kaçınan sağlık sorumluluğu yüksek bireylerin alkol kullanmama gibi diğer olumsuz sağlık davranışlarından da kaçındığını fakat bu konudaki farkındalıklarının yüksek olmasına rağmen diğer olumlu sağlık davranışlarını kazanma konusunda sigara kullanan bireylerden farklı olmadıklarını söyleyebiliriz.

Katılımcıların %77'si hayatlarının bir bölümünde veya arada bile olsa egzersiz yaptığını ifade etmiştir. Fakat yine de ölçekten alınan en düşük alt boyut puanının fiziksel aktivite olması bunun yeterli olmadığını göstermektedir. Düzenli egzersiz yapanların fiziksel aktivite, beslenme ve sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarının yüksek olmasından dolayı olumlu sağlık davranışlarının birbirini takip

ettiğini ve bunun ölçek toplam puanını da etkilediği söyleyebiliriz. Yapılan bir çalışmada katılımcıların fiziksel aktivite düzeyini belirlemek için uygulanan IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) ölçeği ile katılımcıların MET (Metabolic Equivalent of Task) sınıfları SYBDÖ ile karşılaştırılmış ve fiziksel aktivite alt boyut puanı ile MET puanı arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Aynı çalışmada lisanslı spor yapan öğrencilerin SYBDÖ toplam ve tüm alt boyut puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur¹⁸. 15-49 yaş arası kadınların fiziksel aktivite düzeyi ve sağlıklı yaşam tercihlerinin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada, fiziksel aktivite düzeyi inaktif olan katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt boyut puanları düşük olup aradaki anlamlı fark bulunmuştur¹²³. İlgili literatürün çalışmamızın sonuçlarıyla örtüştüğünü ve düzenli egzersiz yapan ya da yapmak üzere tutum geliştirmiş olan kişilerin genel olarak sağlıklı yaşam biçimi geliştirmek konusunda da olumlu tutumları olduğunu söyleyebiliriz. Yani fiziksel aktivite yapmak, sağlıklı yaşam biçimi geliştirme açısından önemli bir belirleyicidir.

Yeterli sıvı alımına dikkat eden katılımcıların ölçek toplam puanı ve kişiler arası ilişki hariç diğer alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu sağlık davranışının diğer olumlu sağlık davranışlarını da beraberinde getirdiğini söyleyebiliriz. Günlük sıvı tüketimine dikkat eden katılımcıların su tüketim miktarı ortalaması 2,2lt iken dikkat etmeyen katılımcıların ortalaması 1,5lt olarak bulunmuştur. Yakın zamanda Amerika’da yapılmış bir çalışmada alınması önerilen günlük sıvı miktarı kadınlar için 2,6lt iken erkekler için 3,4lt şeklinde belirtilmiştir¹²⁴. Bu bilgiler doğrultusunda yeterli sıvı tükettiğini düşünen çoğu katılımcının günlük önerilen miktarın altında kaldığını görüyoruz. Uzun süre günlük su tüketiminin az olması durumunda karşılaşılabilecek sağlık problemleri hakkında bilgi sahibi olan sağlık çalışanlarının, yalnızca üçte birinden daha azının yeterli sıvı tüketimi olduğu görülmektedir. Yeterli sıvı tüketmenin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının çoğunu etkiliyor olması, bu davranış kazanmanın önemini göstermektedir.

Enerji içeceği içmeyen katılımcıların SYBDÖ toplam, beslenme ve sağlık sorumluluğu alt boyut puanlarında anlamlı fark bulunmuştur. Mevcut olguları içeren bir derlemeye; enerji içeceklerinin ağız ve diş sağlığı üzerine olan olumsuz etkilerinin yanı sıra nörobilişsel yan etkilerinin ortaya çıkmasını kolaylaştıran nedenlerin, bu tür içeceklerin fazla miktarda veya alkolle birlikte kullanımı olduğu belirtilmiştir¹²⁵.

Çalışmamızda enerji içeceği içtiğini söyleyen katılımcıların %50'si (n=19) aynı zamanda alkol kullandığını söylemiştir. Sağlık çalışanlarının söz konusu riskleri bilerek öncelikle kendi sağlıkları adına olumlu tutum sergilemeleri sonra da bu riskleri karşı tarafa aktarmaları beklenmektedir.

Katılımcıların ölçek alt boyut cevaplarının ortalaması en yüksek olan kişiler arası ilişki ($2,80 \pm 0,52$), en düşük olanı ise fiziksel aktivite ($2,05 \pm 0,58$) alt boyutlarından almıştır. Ülkemizde yapılan ilgili diğer çalışmalara bakıldığında benzer sonuçlar bulunduğu görülmüştür^{8,17}. Sağlık çalışanları ve öğrencilere uygulanan ölçek alt boyutlarından alınan en düşük puanın bizim çalışmamızda olduğu gibi çoğunlukla fiziksel aktivite alt boyutunda olduğu görülmektedir. Fiziksel aktivite alt boyutundaki bu düşüklüğün farklı popülasyonlarda uygulanan ölçek sonuçlarında da benzer bulunması, fiziksel aktifliği teşvik edecek ortamların ve uygulamaların yetersizliğini göstermektedir.

Çalışmamızda bölümüne isteyerek başlayan ve bölümünden memnun olan katılımcıların ölçek toplam puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bölümünden memnun olan katılımcıların fiziksel aktivite hariç diğer alt boyut puanlarının yüksekliği de anlamlı olarak değerlendirilmiştir. Ortanca'nın üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada da bölümüne isteyerek başlayan öğrencilerin ölçek toplam puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur¹²⁶. Türkol'un çalışmasında benzer şekilde isteyerek başlayan ve bölümünden memnun olan asistan hekimlerin ölçek puanları yüksek bulunmuş olup memnuniyet durumu kişiler arası ilişki, stres yönetimi ve kendini gerçekleştirme alt boyutlarında anlamlı farklılık oluşturmuştur¹. Hekimlerde mesleki tükenmişlik ölçeğinin uygulandığı çalışmalarda ise meslek seçimini isteyerek yapan kişilerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın daha az olduğu görülmüş ve mesleki tükenmişlik düzeyi ile mesleki doyum ve SYBDÖ arasında negatif yönlü korelasyon saptanmıştır^{120,127-133}. İlgili bölümleri seçen kişilerin, hastalarına veya danışanlarına yaşam biçimi davranışlarını anlatacaklarını ve bu konuyla ilgili uygulama yapacaklarını bildikleri için bu konudaki eğitime olan farkındalıkları yüksek olup çalışmamızın sonucu da bu bağlamda anlamlı bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, çalışma koşullarından memnun olan katılımcıların puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur¹¹¹. Maral'ın SYBDÖ ile iş yaşam kalitesini karşılaştırıldığı çalışmasında aralarında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur¹⁰⁹.

Çalışmamızda gösterildiği üzere SYBDÖ toplam puanıyla en yüksek korelasyonu olan alt boyutlar, kişinin psikososyal iyilik halini ön plana çıkartan kişiler arası ilişkiler, manevi gelişim ve stres yönetimidir. Çalışmamızla uyumlu olan bu sonuçların kişilerin çalışma koşullarından memnuniyetlerinin, kendi duygu durumlarını olumlu etkilediği bunun da kendi sağlıklı davranışlarını geliştirmek üzerine olumlu etkisi olduğunu söyleyebiliriz.

Kurumunda sağlığı iyileştirici ve sağlığın sürdürülmesini teşvik edici uygulamalara yer verildiğini söyleyen katılımcıların ölçek toplamı, beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyut puanları yüksek olup, aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Katılımcılara aldıkları sağlığı iyileştirici ve sağlığın sürdürülmesini teşvik edici eğitimlerin/uygulamaların sıklığı ve pratiğe etki düzeyi sorulduğunda öğrencilerin verdikleri cevap ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun sebebi teorik derslerinin güncel olması veya henüz çalışma hayatına başlamamış bu grubun daha pozitif düşünmesi olabilir. Bu tip eğitimlerin daha sık yapılması, bireylerin daha motive hissedip pratiklerinde bunları kullanmalarını teşvik etmesi açısından etkili olabilir. Türkol'un çalışmasında yıllık eğitimlerini alan asistanların ölçek puanları yüksek bulunmuştur¹. Fakat ilgili çalışmanın evreninin tüm branş hekimlerini kapsamaması ve yıllık eğitim sorusunun branşa özgü bir eğitim kavramı olarak değerlendirilmesi dolayısıyla çalışmamızdan farklılık göstermektedir. Bu konuda eğitim alan veya eğitimleri pratiğe yönelik olan kişilerin sonuçlarının daha anlamlı olmasıyla, sağlığı iyileştirici ve gelişmesini teşvik edici uygulamaların veya eğitimlerin amaçlanan etkiyi oluşturduğunu söyleyebiliriz.

SYBDÖ puanları arasında bakılan korelasyon analizinde en güçlü ilişki manevi gelişim ile kişiler arası ilişki ve stres yönetimi alt boyutları arasında bulunmuştur. İran'da sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada, çalışmamızla benzer olarak stres yönetimi, manevi gelişim ve kişiler arası ilişki alt boyutları arasında orta düzeyde pozitif anlamlı korelasyon saptanmıştır¹³⁴. Çin'de üniversite hemşirelik öğrencilerine yapılan çalışmada, kişiler arası ilişki ve stres yönetimi alt boyutları sağlık yönetimi (health management) başlığı altında birleştirilmiş olup manevi gelişim alt boyutuyla korele bulunmuştur¹¹⁵. Kişilerin karşılaştıkları zor durumlar ve günlük aktiviteleri sırasında yardım almak için başvuracakları destekçilerinin olması; zamanlarını iyi yönetebilmelerini, insanlarla tatmin edici ilişki kurabilmelerini ve kendilerini

gerçekleştirme konusunda daha motive olmalarını beraberinde getirir. Aynı şekilde kişinin manevi dayanağının güçlü olması veya kendini gerçekleştirme konusunda iyi bir noktaya gelebilmesi, kişinin çevresiyle iletişimini ve karşılaştığı güçlükleri yönetimini kolaylaştırır diyebiliriz.

Ölçeğin sağlık sorumluluğu alt boyutuna dahil olan kişinin sağlık problemiyle ilgili sağlık personeline danışmasını değerlendiren sorular mevcuttur. Katılımcıların uzmanlıklarına bağlı olarak bu soruların muhatabı olmasından dolayı, kendilerine yöneltilmesinin doğru olup olmadığını düşünerek beklenen şekilde yanıtlamadıkları düşünülebilir. Sağlık sorumluluğu alt boyut sorularının cevap ortalamasının çalışmamızda $2,27 \pm 0,54$ olup katılımcıların sağlık sorumluluğu alt boyut puanları ile ölçek toplam puanları arasında yüksek derecede korelasyon (Tablo 8) mevcuttur. Bu sonuçlar sorunun doğru anlaşıldığını ve katılımcıların klinik tecrübelerine rağmen sağlık problemlerini ilgili uzmana danışma konusunda yeterli bilince sahip olduklarını göstermektedir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin periyodik sağlık muayenelerini yaptırma düzeyi düşük bulunmuştur. Taydaş'ın asistan hekimler üzerinde yaptığı çalışmada, hekimlerin periyodik sağlık muayeneleri ve tarama rehberleri hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır¹⁷. Katılımcıların periyodik sağlık muayenelerini düzenli yaptırma sıklığıyla ölçek toplam puanı, sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyut puanları arasında korelasyon saptanmıştır. Bu ilişki, periyodik sağlık muayenelerini daha düzenli yaptıran bireylerin; hem kendi iyilik hallerinin devamı konusunda sorumlu hissettiği hem de beraberinde getirdiği olumlu sağlık davranışlarını geliştirebildiği anlamına gelmektedir.

Daha önce kilo alma ya da verme amaçlı diyet yapan kullanıcıların hedeflerine ulaşma miktarıyla ölçek toplam puanı ve sağlık sorumluluğu alt boyut puanı arasında saptanan pozitif yönlü ilişki, olumlu sağlık davranışı geliştiren kişilerin sağlıklı olma hedeflerine daha çok yaklaştığını gösteriyor diyebiliriz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili sağlık eğitimi alan ve mesleki uygulamaları sırasında hastalarına ya da danışanlarına sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmayı hedefleyen disiplinlerin sağlıklı yaşam davranışları incelenmiş olup, çalışmamıza katılan söz konusu sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam davranışlarının orta düzeyde olduğu görülmüştür.

Eğitiminin son yılında olanların, öğrenci olanların ve eğitimleri süresince sağlığı iyileştirici ve sağlığı teşvik edici uygulamalarla karşılaşanların sağlıklı yaşam biçimi tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusuna eğitimleri içinde yer verildiğini bildiğimiz disiplinlerde; mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim almakta olan sağlık çalışanlarının ölçek puanları “orta” olmasına rağmen eğitiminin son yılında olanların puan ortalamasının anlamlı biçimde ilk yılında olanlardan yüksek olması, bize eğitim sürecinin fark yarattığını ve bu farkın nedenlerinden birinin de eğitim olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenle bu konuda eğitimler geliştirilmeli ve bu eğitimlerin daha etkin olabilmesi için çalışılmalıdır. Alınan eğitimle geliştiğini gördüğümüz sağlıklı yaşam biçimi davranışları, başta bu konuda yetkin olması beklenen sağlık profesyonellerinin yanında, tüm sağlık hizmeti çalışanlarına kazandırılmalıdır.

Çalışmamızda kendi yaşamında sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirdiğini beyan edenlerin ölçek puanlarının yüksek olması, bu kişilerin başvuranlarına da bu konuda daha faydalı olacaklarını düşündürmektedir. Bu nedenle asıl hedef olan sağlıklı davranışları toplumda bir yaşam biçimi haline getirmenin yolu, öncelikle toplumu eğiten veya etkileyen kişilere, bu noktada sağlık çalışanlarına, bu davranışları kazandırmaktır.

Sağlığı iyileştirici ve sağlıklı yaşamı teşvik edici eğitimlerin veya uygulamaların kalitesi, bu eğitimleri veren eğiticinin niteliği, ilgili içeriğin uygulanabilirliği ve sürdürülebilirliği eğitimin karşı tarafa ne kadar aktarıldığını etkileyen belirleyicilerdir. Çalışmamızda katılımcılar bu eğitimlerin sık yapılmadığını ve yapılsa dahi bu eğitimleri pratiğe yönelik bulmadıklarını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin daha yoğun teorik eğitimlerinin olması ve bu konuda kendilerini güncel

tutuyor olmaları, asistanlara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla geliştirmiş olduklarını açıklamaktadır. İlgili eğitimler veya uygulamalarla sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sağlık çalışanlarına daha sık hatırlatılması ve özellikle katılımcıların eksik oldukları konulara yönelik planlamalar yapılması daha etkili olacaktır. Ayrıca bu eğitimlerin etkisi mezuniyet sonrası grupta yeteri kadar görülemediğinden, mezuniyet öncesi eğitimlere eklenmesi ya da mezuniyet sonrasında da tekrar edilmesi daha faydalı olabilir.

Kliniklerdeki personel sayısının yetersizliğine bağlı asistan doktorların iş yükünün fazlalığı, meşgul olunan hastaların veya hastalıkların doktorlarda oluşturduğu mental yükü, mevcut ekonomik koşulların asistan hekimleri zorlaması ve çalışma hayatının dışındaki boş zamanlarında aktif bir hayat seçiminin ihtiyaç olarak görülmemesi gibi sebepler; doktorların sağlık davranışı seçimini olumsuz etkilemektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek üzere uygulanan ölçek alt boyutlarından katılımcıların aldığı en yüksek puan kişiler arası ilişki iken en düşük puan fiziksel aktivitedir. Sağlık hizmetinin muhatabı olan insanlarla ilgilenen sağlık çalışanlarının, sosyal açıdan kendilerini geliştirdikleri ve insan ilişkileri konusunda başarılı oldukları söylenebilir. Sadece sağlık personelleri özelinde değil toplumun farklı kesimlerinde yapılan çalışmalarda da gösterilen fiziksel aktivite alt boyut puanındaki düşüklük, bu problemin daha fazla ciddiye alınması gerektiğini gösteriyor.

Toplumun fiziksel aktiviteye teşviki, öncelikli bir sağlık politikası haline getirilmelidir. Spor salonu kullanımının yaygınlaştırılması, aktif yaşamı hatırlatan etkinliklerin ve aktivitelerin daha sık düzenlenmesi, bisiklet kullanımına uygun güvenlik önlemlerinin devlet ve belediyeler aracılığıyla sağlanıp teşvik edilmesi toplum sağlığını geliştirmeye fayda sağlayabilecek fiziksel aktivite çalışmalarındandır. Bisiklet kullanımının yaygınlaştırılması hem karbon ayak izinin azaltılmasına fayda sağlarken hem de bireylerin fiziksel olarak aktif kalmasını kolaylaştırır.

Sağlıklı yaşamı teşvik eden uygulamaların sıklığının artırılması, bol su içilmesi gerektiğinin hatırlatılması, iş yerimizde sağlıklı beslenme olanaklarının oluşturulması, hastaneye yakın konumlara spor merkezlerinin açılması gibi olumlu sağlık davranışlarının teşvik edilmesi; poliklinik çalışanlarının aralıksız uzun süre oturması

veya tam tersi ameliyathane çalışanlarının uzun süre ayakta durması gibi sağlığı olumsuz etkileyen davranışların fark edilip gerekli önlemlerin alınması hastane yönetiminin de desteğiyle gerçekleştirilecek adımlar atılmalıdır.

Bireylerin çalışma temposunun artışıyla son zamanlarda toplumun çoğu kesiminde alışkanlık haline gelen dışarıdan yemek siparişi verme kültürü, daha çok tercih edilen karbonhidrat ağırlıklı beslenme şeklinin getirdiği obezite sıklığında artış ve ne yazık ki engellenemeyen zararlı içeriklere maruziyetle sonuçlanmaktadır. Temiz içerikli ve sağlıklı gıdaya ulaşım için gerekli denetimlerin yapılması ve kişilerin bu konuda daha dikkatli davranmalarını sağlayacak sağlık bilincine ulaşması gerekmektedir.

Sağlık çalışanlarının periyodik sağlık muayenelerini düzenli yaptırmamaları, zorunlu hale getirilen iş sağlığı güvenliği kapsamındaki muayenelerin önemini artırmaktadır. Sağlık profesyonelleri arasında bile sigarayı bırakanların yardım alma oranının düşüklüğü, düzenli sigara kullanıcısı olan sağlık çalışanlarına her periyodik sağlık muayenesi sırasında bu konuda alabilecekleri desteğin varlığı hakkında daha açık bilgi verilmesi gerektiğini gösteriyor. Aile hekimleri ve iş yeri hekimlerinin bu muayeneleri formalite olarak değerlendirmeyip çalışanların eksik sağlık taramalarını yapmaları ve sağlık çalışanlarına kendi sağlıklarına karşı olan sorumluluklarını hatırlatmaları gerekmektedir.

Ailesi ile yaşayan katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları tek başına, yurttan veya arkadaşlarıyla kalanlara göre daha olumlu bulunmuştur. Kişilerin sağlık davranışlarını geliştirirken ailelerinden aldıkları sosyal desteğin önemi oldukça büyüktür. Bu konuda kendini eksik hisseden bireylere gerekli psikolojik ve sosyal desteğin, dahil oldukları toplumun diğer bireylerinin de desteğiyle verilmesi gerekmektedir. Üniversite kampüslerinde veya hastanelerde sosyal etkinliklerin ve sağlıklı yaşama teşvik edici uygulamaların artırılması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını hatırlatması ve bu bilincin topluma yerleşmesi açısından faydalı olabilir.

Sonuçta sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirebilmek yani sağlıklı olmak ve sağlıklı kalmak kavramı sadece bedensel değil mutlaka ruhsal ve sosyal iyilik halini ve bunu sağlayacak olumlu koşulları da gerektirmektedir. Bugün “tek sağlık” olarak adlandırılan bu kavram biz sağlık çalışanlarına sağlığı etkileyen tüm müdahalelerin takipçisi olma sorumluluğunu da yüklemektedir.

6.1. Araştırmanın Kısıtlılıkları

- 6 Şubat depreminden sonra online eğitime geçen öğrencilere ulaşamadığından araştırmanın süresi uzatılmıştır.
- Beslenme ve diyetetik bölüm öğrencilerinin çoğunluğunun kadın olması katılımcıların cinsiyet dağılım eşitliğini bozmaktadır.
- Mesai saatleri içerisinde anket formu dağıtılan asistan hekimlerin zaman yetersizliklerine bağlı olarak soruları cevaplarken acele etmeleri yanıtların doğruluğunu etkilemiş olabilir.
- Bazı katılımcılarla anket formu elektronik ortamda paylaşılırken bazı katılımcılara anketin yüz yüze dağıtılarak toplanması kişisel etkileşimlerden dolayı katılımcıların cevaplarını etkilemiş olabilir.

6.2. Çıkar Çatışması

Tez yazarı, tez danışmanı ve teze katkıda bulunanların herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

7. KAYNAKÇA

1. Türkol E, Güneş G. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Ruhsal Sağlık Durumu*. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2012.
2. Özer FG, Yalçınkaya M, Yavuz Karamanoğlu A. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007;6(6):409-420. Accessed September 25, 2023. <http://search/yayin/detay/71954>
3. Savucu Y, Üniversitesi F, Fakültesi SB. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Journal of Sport and Recreation Researches*. 2020;2(1):34-43.
4. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. *Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi*. 2010. Accessed October 1, 2023. http://www.tjfmpe.gen.tr/2012_1/2012_1_3.pdf
5. Uçum EY, Karaağaç Ö, Karadeniz G, Dedeli Ö. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2008;7(6):497-502. Accessed September 30, 2023. <http://search/yayin/detay/87758>
6. Kuşdemir CD, Sunal N. *Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi*. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015. Accessed September 28, 2023. <http://acikerisim.medipol.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12511/6814>
7. Gürsel N, Özbey S, Güzel P. Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi. *Int J Soc Sci Res*. 2016;5(2):10-25. Accessed October 1, 2023. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ijssresearch/issue/32884/365324>
8. Gömleksiz M, Yakar B, Pirinççi E. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler. *Dicle Med J*. 2020;47(2):347-358. doi:10.5798/dicletip.755736
9. Akgül B, Şensoy F. *Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutum ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Saptanması*. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri

- Enstitüsü; 2017. Accessed September 29, 2023. <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/672604>
10. Yıldırım N, Bekar M. *Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi*. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ; 2005. Accessed September 30, 2023. <https://avesis.cumhuriyet.edu.tr/yonetilen-tez/e8fc9182-f7da-41b9-bfe7-34b4ca3fe9d2/universite-ogrencilerinin-bazi-sosyo-demografik-ozelliklerinin-saglikli-yasam-bicimi-davranislarina-etkisi>
 11. Tanriverdi H, Işık S. Sağlık Profesyonellerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İş Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Sosyal Bilimler Dergisi*. Published online 2014.
 12. Arıkan A. *Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi: Üniversite Öğrencileri Arasında Bir Araştırma*. 2020. doi:10.2/JQUERY.MIN.JS
 13. Açıkgöz Çepni S, Kitiş Y. *Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sağlık Kontrol Odağı ve Sağlık Özyeterliliği İlişkisi*. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ; 2010. Accessed September 30, 2023. <https://avesis.gazi.edu.tr/yonetilen-tez/02584dda-aa6a-4edb-8249-5672af043278/universite-ogrencilerinde-saglikli-yasam-bicimi-davranislari-ile-saglik-kontrol-odagi-ve-saglik-oz-yeterligi-ilskisi>
 14. Sönmez Y, Özçelik H. Isparta İl Merkezinde Görev Yapan Toplum Lideri Bazı Meslek Gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2015;22(4):115-125. Accessed October 1, 2023. <http://search/yayin/detay/234433>
 15. Gündoğdu NA, Güler G. *Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Etkililik Düzeyleri*. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ; 2016. Accessed September 28, 2023. <https://acikerisim.cumhuriyet.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12418/4153>
 16. Gündoğdu NA, Güler G. *Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Etkililik Düzeyleri*.

- Published online 2016. Accessed September 28, 2023.
<https://acikerisim.cumhuriyet.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12418/4153>
17. Taydaş O, Eğici MT. *Hekimlerin Periyodik Sağlık Muayeneleri Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Davranışları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Birlikte Değerlendirilmesi*. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ; 2020. Accessed September 24, 2023.
<https://ulusalaile.tahud.org.tr/foyer/article/21d12229-5838-4194-898e-b94eea325ddb>
 18. Söyleyici ZS, Zorba E. *Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Fiziksel Aktivite Düzeylerine Göre İrdelenmesi*. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.
 19. YÖK. *Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı* .; 2008.
 20. TUKMOS. *Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı*.; 2019.
 21. TUKMOS. *İç Hastalıkları Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı*.; 2022.
 22. TUKMOS. *Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı*.; 2019.
 23. TUKMOS. *Kardiyoloji Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı*.; 2021.
 24. Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Müfredatı. Published online 2020. Accessed October 11, 2023.
<https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5709&eD=BSL5364FJ0&eS=53366>
 25. *Beslenme ve Diyetetik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı*.; 2016. Accessed October 11, 2023.
https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Ulusal-cekirdek-egitimi-programlari/beslenme_ve_diyetetik.pdf
 26. Beslenme Bölüm Hedefleri. Published online 2022. Accessed October 12, 2023.
<https://sbf.marmara.edu.tr/bolumler/beslenme-ve-diyetetik-bolumu/beslenme-bolum-hedefleri>
 27. Bowling Ann. *Measuring Health : A Review of Quality of Life Measurement Scales*. 2nd ed. Open University Press; 1997. Accessed September 22, 2023.
https://books.google.com/books/about/Measuring_Health.html?hl=it&id=Mj0CHg0glMgC
 28. Robinson JE, Elkan R. *Health Needs Assessment : Theory and Practice*. 1st ed. Churchill Livingstone; 1996.

29. Larson JS. The World Health Organization's Definition of Health: Social Versus Spiritual Health. *Soc Indic Res.* 1996;38(2):181-192. doi:10.1007/BF00300458/METRICS
30. Constitution of the World Health Organization. Published 2023. Accessed September 22, 2023. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
31. Epp J. Achieving Health for all. A Framework for Health Promotion. *Health Promot.* 1986;1(4):419-428. doi:10.1093/HEAPRO/1.4.419
32. Birol L. *Hemşirelik Süreci*. 10th ed. Akademisyen Kitabevi; 2016. Accessed September 22, 2023. <https://www.nobelkitabevi.com.tr/hemsirelik-genel-hemsirelik/11798-hemsirelik-suereci-9786052580462.html>
33. Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık Hastalık ve Kültür Etkileşimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010;9(3):78-87. Accessed September 22, 2023. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/2634/33892>
34. World Health Statistics 2023: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Published 2023. Accessed September 23, 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>
35. Hancock T. Lifetime Prevention Schedule: a BC Initiative. *Canadian Family Physician.* 2016;62(6):475. Accessed September 23, 2023. [/pmc/articles/PMC4907553/](https://pmc/articles/PMC4907553/)
36. Akdeniz M, KAVUKÇU E. Dördüncül Koruma: Önce Zarar Verme. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2017;21(2):74-81. doi:10.15511/TAHD.17.00274
37. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Reviewing the Concept: Quaternary Prevention Aims to Protect Patients from Medical Harm. *Eur J Gen Pract.* 2018;24(1):106. doi:10.1080/13814788.2017.1422177
38. Bentzen N. Wonca International Dictionary for General / Family Practice. *Wonca International Classification Committee Contents*. Published online 2016.
39. Yumrutaş M. Sağlığın Korunması, Teşviki ve Geliştirilmesi. *Ankara Üniversitesi*. Published online 2019.
40. Health promotion / WHO. Published 2023. Accessed September 24, 2023. https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1

41. Geçkil E, Yıldız S. Adolesanlara Yönelik Beslenme ve Stresle Başetme Eğitiminin Sağlığı Geliştirmeye Etkisi. *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2006;10(2):19-28. Accessed October 11, 2023.
<https://docplayer.biz.tr/10453269-Adolesanlara-yonelik-beslenme-ve-stresle-basetme-egitiminin-sagligi-gelistirmeye-etkisi-emine-geckil-suzan-yildiz.html>
42. Özvarış ŞB. *Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2016. Accessed September 24, 2023.
<https://library.hacettepe.edu.tr/books/sgvse.html>
43. Madenoğlu Kıvanç M. Universal Declarations of Health and Health Reforms in Turkey. *İstanbul Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2015;3(2):162-166. doi:10.5222/SHYD.2015.162
44. Ayaz S, Tezcan S, Eker F. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005;9(2):26-34. Accessed September 24, 2023.
<https://avesis.gazi.edu.tr/yayin/11566628-2304-40e8-aa19-ae55d9c1755b/hemsirelik-yuksekokulu-ogrencilerinin-sagligi-gelistirme-davranislari>
45. Avçin E. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (Health Promotion Model). In: Aslan FE, ed. *Güncel Hemşirelik Çalışmaları III*. Akademisyen Kitabevi; 2022:113-125.
46. Çalık A, Kapucu S. Diyabetli Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017;4(2):62-75.
47. Pender NJ, Barkauskas VH, Hayman L, Rice VH, Anderson ET. Health Promotion and Disease Prevention: Toward Excellence in Nursing Practice and Education. *Nurs Outlook*. 1992;40(3):106-112; 120. Accessed September 25, 2023.
https://www.unboundmedicine.com/medline/citation/1614893/Health_promotion_and_disease_prevention:_toward_excellence_in_nursing_practice_and_education_

48. Bhandari P, Kim M. Predictors of the Health-Promoting Behaviors of Nepalese Migrant Workers. *J Nurs Res.* 2016;24(3):232-239. doi:10.1097/JNR.0000000000000120
49. O'Donnell MP. Definition of Health Promotion 2.0: Embracing Passion, Enhancing Motivation, Recognizing Dynamic Balance and Creating Opportunities. *Am J Health Promot.* 2009;24(1). doi:10.4278/AJHP.24.1.IV
50. Khaw KT, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, Day N. Combined Impact of Health Behaviors and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PLoS Med.* 2008;5(1):0039-0047. doi:10.1371/JOURNAL.PMED.0050012
51. Ronis DL, Hong OS, Lusk SL. Comparison of the Original and Revised Structures of the Health Promotion Model in Predicting Construction Workers' Use of Hearing Protection. *Res Nurs Health.* 2006;29(1):3-17. doi:10.1002/NUR.20111
52. Gochman DS. Health Behavior. *Health Behavior.* Published online 1998. doi:10.1007/978-1-4899-0833-9
53. Harlak H, Araz A, Meşe G. Sağlık Davranışları ve Alternatif Tedavi Kullanımı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni.* 2007;6(2):112-122. Accessed September 29, 2023. <http://search/yayin/detay/67375>
54. Çelebi E, Gündoğdu C, Kızılkaya A. Determination of Healthy Lifestyle Behaviors of High School Students. *Universal Journal of Educational Research.* 2017;5(8):1279-1287. doi:10.13189/UJER.2017.050801
55. Edleman C, Kudzma E, Mandle C. Health Promotion Throughout the Life Span. Published online 2018:704. Accessed September 29, 2023. https://books.google.com/books/about/Health_Promotion_Throughout_the_Life_Spa.html?hl=tr&id=OZR5AAAAQBAJ
56. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nurs Res.* 1987;36(2):76-81. doi:10.1097/00006199-198703000-00002
57. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Erşdn F, Kissal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2008;12(1).

58. Açıkgoz Serap, Civeir PÜ. *Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ile Özyetkinlik ve İyimserlik İlişkisi: Ankara Üniversitesi Örneği*. 2006.
59. Ermiş E, Doğan E, Alp N, Satıcı A. Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Örneği. *Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi*. 2015;6(1):30-40. doi:10.17155/spd.67561
60. Akça RP, Arslan R, Demirbaş EA. Farklı Üniversitelerde Eğitim Gören Çocuk Gelişim Lisans ve Ön Lisans Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları. *Akademik Bakış*. 2013;1(38). doi:10.2/JQUERY-UI.MIN.JS
61. TÜBER. *Türkiye Beslenme Rehberi* .; 2015. Accessed November 30, 2023. https://okulsagligi.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2017_01/27102535_tyrkiye_beslenme_rehberi.pdf
62. *Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi*.; 2015.
63. Fitzgerald N, Morgan KT, Slawson DL. Practice Paper of the Academy of Nutrition and Dietetics Abstract: The Role of Nutrition in Health Promotion and Chronic Disease Prevention. *J Acad Nutr Diet*. 2013;113(7):983. doi:10.1016/J.JAND.2013.05.007
64. Esen F, Turgut A, Erdal M, et al. *Sağlıklı Yaşam*.; 2013.
65. Öz Ö, Tekiner S. *Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri*.; 2015.
66. *Türkiye Sağlık Araştırması*.; 2022. Accessed November 23, 2023. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>
67. Physical Activity. Published 2018. Accessed September 30, 2023. https://www.who.int/health-topics/physical-activity#tab=tab_1
68. *Fiziksel Aktivite Ülkemizde Durum*.; 2016. Accessed September 30, 2023. <https://hsgmdstek.saglik.gov.tr/tr/fiziksel-aktivite/ulkemizde-durum.html>
69. The EU in the World. Published online 1995. doi:10.2785/64273
70. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. Published online 2014. Accessed October 1, 2023. www.fizikselaktivite.gov.tr
71. Fiziksel Aktivite Rehberi. Published 2016. Accessed October 1, 2023. <https://www.saglikliturekiye.org/yayinlar/fiziksel-aktivite-rehberi/>

72. Hij T, Bulut S. A Social Determinants of Health, Physical Activity. *Den Biyol Derg.* 2013;70(4):205-214. doi:10.5505/TurkHijyen.2013.67442
73. Hancock C, Kumar S. C3 Collaborating for Health | Review: Benefits of Physical Activity. Published 2011. Accessed September 30, 2023. <https://www.c3health.org/blog/review-benefits-physical-activity/>
74. O'Neill DP, Kenny EK. Spirituality and Chronic Illness. *The Journal of Nursing Scholarship.* 1998;30(3):275-280. doi:10.1111/J.1547-5069.1998.TB01305.X
75. Tuncay T. Spirituality in Coping with HIV/AIDS. *HIV and AIDS Review.* 2007;6(3):10-15. doi:10.1016/S1730-1270(10)60073-2
76. Çetinkaya B, Altundağ Sebahat, Azak A. Spiritüel Bakım ve Hemşirelik. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi.* 2007;8(1):47-50. Accessed October 1, 2023. http://members.tripod.com/~Marg_Hutchison/nurse-
77. Dedeli Ö, Karadeniz G. Kanser Ağrısının Kontrolü ile Psikososyal-Spiritüel Modelin Birleştirilmesi. *Ağrı.* 2009;21(2):45-53.
78. Güngör DrA, Açıkgöz ProfDrKÜ. İşbirlikli Öğrenme ve Geleneksel Öğretimin Okuduğunu Anlama Üzerinde Etkileri ve Cinsiyet ile İlişkileri. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi.* 2005;43(43):355-378. Accessed October 1, 2023. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kuey/issue/10354/126784>
79. Hiçdurmaz D, Öz F. Stresle Baş Etmenin Bir Boyutu Olarak Spiritüelite. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2013;16(1):50-56. Accessed October 1, 2023. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/2660/34281>
80. Cobb S. Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosom Med.* 1976;38(5):300-314. doi:10.1097/00006842-197609000-00003
81. House JS. Social Support and Social Structure. *Sociological Forum.* 1987;2(1):135-146. doi:10.1007/BF01107897/METRICS
82. Erözkan A. Üniversite Öğrencilerinin Kişiler Arası İlişki Tarzları ve Mizah Tarzları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi.* 2009;(26):56-66. Accessed October 1, 2023. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/deubefd/issue/25438/268407>
83. Hovardaoğlu S. Kişilerarası İlişkiler ve Davranış Bozuklukları. *Kriz Dergisi.* 1995;3(1):004-009. doi:10.1501/KRIZ_0000000106

84. Hapçıoğlu B. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri. Published online 2015. Accessed October 1, 2023. <https://docplayer.biz.tr/56330329-Sagligin-sosyal-belirleyicileri-prof-dr-bilge-hapcioglu.html>
85. Kaya M, Genç Metin, Pehlivan E, Kaya B. Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresif Belirti Yaygınlığı, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Etkileyen Faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(2):137-146. Accessed October 1, 2023. <http://search/yayin/detay/66111>
86. Balcıoğlu İ. Medikal Açıdan Stres ve Çareleri - İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. In: ; 2005. Accessed October 2, 2023. <https://www.nadirkitap.com/medikal-acidan-stres-ve-careleri-22-23-aralik-2005-istanbul-universitesi-cerrahpasa-tip-fakultesi-surekli-tip-egitimi-etkinlikleri-sempozyum-dizisi-kolektif-kitap26328830.html>
87. Bıyık A, Özsoy SA, Ardahan M, Özkahraman Ş, İz FB. Kadınların Stres Verici Yaşam Olaylarıyla Karşılaşma Durumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010;9(2):1-12. doi:10.05.2005
88. Türküm AS. Stresle Başa Çıkma Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2002;2(18):25-34. doi:10.17066/PDRD.67144
89. Centre for Stress Management. Published online 1987. Accessed October 2, 2023. <https://www.managingstress.com/>
90. Akçakaya RÖ, Erden SÇ. Stress and Psychiatric Approach in Coping with Stress. *Turkish Family Physician*. 2014;5(2). Accessed October 1, 2023. www.turkishfamilyphysician.com
91. Altıntaş Ersin. *Stres Yönetimi*.; 2014. Accessed October 1, 2023. <https://www.dr.com.tr/Kitap/Stres-Yonetimi/Egitim-Basvuru/Kisisel-Gelisim/urunno=0000000592466>
92. Doğan B, Eser M. Üniversite Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Yöntemleri: Nazilli MYO Örneği. *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)*. 2013;3(4):29-39. Accessed October 1, 2023. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ejovoc/issue/5389/73083>

93. Orgun F. Sağlık Eğitimi ve Sağlığın İyileştirilmesi. In: *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Akademisyen Kitabevi; 2014;47. doi:10.37609/akya.923
94. Ayaz S, Tezcan S, Akinci F. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2005;9(2). Accessed October 2, 2023. <https://docplayer.biz.tr/47962849-Hemsirelik-yuksekokulu-ogrencilerinin-sagligi-gelistirme-davranislari-sultan-ayaz-sabahat-tezcan-fatma-akinci.html>
95. Dubnov-Raz G, Berry EM, Shemer O, Constantini NW. Who will Take Care of the Caretaker? Lifestyle Recommendations for Physicians. *Harefuah*. 2011;150(7):583-587, 617. Accessed October 2, 2023. <https://europepmc.org/article/med/21874768>
96. McElligott D, Siemers S, Thomas L, Kohn N. Health Promotion in Nurses: Is There a Healthy Nurse in the House? *Applied Nursing Research*. 2009;22(3):211-215. doi:10.1016/J.APNR.2007.07.005
97. Gupta K, Fan L. Doctors: Fighting Fit or Couch Potatoes? *Br J Sports Med*. 2009;43(2):153-154. doi:10.1136/BJSM.2008.051839
98. Blackwell J. The Health Styles of Nurse Practitioners. *J Am Acad Nurse Pract*. 2004;16(2):85-91. doi:10.1111/J.1745-7599.2004.TB00377.X
99. Profis M, Simon-Tuval T. The Influence of Healthcare Workers' Occupation on Health Promoting Lifestyle Profile. *Ind Health*. 2016;54(5):439. doi:10.2486/INDHEALTH.2015-0187
100. Sample Size Calculator by Raosoft, Inc. Accessed October 5, 2023. <http://www.raosoft.com/samplesize.html>
101. *Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu*.; 2019. Accessed October 23, 2023. www.temd.org.tr
102. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2008;3(7). Accessed November 23, 2023. https://www.researchgate.net/publication/240618544_Hastanede_Calisan_Hemsirelerin_Saglikli_Yasam_Bicimi_DavranislariThe_Health-Promoting_Lifestyles_of_Nurses_Working_at_Hospital

103. Yoldas G, Polat Ü. *Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Uyku Kalitesi ve Akademik Başarıları Arasındaki İlişki*. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017. Accessed November 23, 2023. <https://avesis.gazi.edu.tr/yonetilen-tez/fbb44fdf-4e51-42d8-932a-a0293d6b93d4/universite-ogrencilerinin-saglikli-yasam-bicimi-davranislari-uyku-kalitesi-ve-akademik-basarilari-arasindaki-iliski>
104. Kıray Ülke S, Dağdeviren N. *Tıp Eğitiminin Öğrencilerin Sağlığına ve Sağlık Davranışlarına Etkisinin Araştırılması*. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2016.
105. Çakır M, Piyal B, Aycan S. Hekimlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi: Tıp Fakültesi Tabanlı Kesitsel Bir Çalışma . *Ankara Med Journal*. 2015;15(4):209-219. doi:10.17098/amj.57890
106. Yanık A, Noğay H. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*. 2017;22(4):167-176.
107. Altınok FC, Aydın G. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Durumu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi*. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ; 2019.
108. Günmüz Aİ, Aştı N. *Sağlık Bilimlerinde Eğitimlerini Sürdüren Öğrencilerde Sağlık Davranışı ve Etkileyen Faktörler*. Demiroğlu Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2021.
109. Maral A, Tuzcular Vural EZ. *SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Hekimlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi*. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi ; 2023.
110. Canbolat Y, Sezer Ö. *Üniversite Hastanesi ve Birinci Basamak Hekimlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılması; Edirne Örneğinde*. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı; 2019.
111. Zoroğlu G, Mayda AS. *Düzce Merkez İlçedeki Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personeli ile Üniversite Hastanesi Asistan Hekim ve Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi*. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı; 2018.

112. Uludag E, Kaşıkçı M. *Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Yapılandırılmış Motivasyonel Görüşmenin Tip 2 Diabetes Mellitus 'de Diyabet Öz Yönetim Davranışları Üzerine Etkisi* . Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2020.
113. Günay İ, Karaca Sivrikaya S. *Hipertansiyonlu Bireylerde Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne Dayalı Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi*. Balıkesir üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2023.
114. Can G, Ozdilli K, Erol O, et al. Comparison of the Health-Promoting Lifestyles of Nursing and Non-Nursing Students in Istanbul, Turkey. *Nurs Health Sci*. 2008;10(4):273-280. doi:10.1111/J.1442-2018.2008.00405.X
115. Chow SKY, Lam KM, Lie SH, et al. Do Demographic Factors and a Health-Promoting Lifestyle Influence the Self-Rated Health of College Nursing Students? *BMC Nurs*. 2018;17(1). doi:10.1186/S12912-018-0322-Y
116. Oral B, Çetinkaya F. *Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ; 2018.
117. Nacar M, Baykan Z, Cetinkaya F, et al. Health Promoting Lifestyle Behaviour in Medical Students: A Multicentre Study from Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2014;15(20):8969-8974. doi:10.7314/APJCP.2014.15.20.8969
118. Güleç O, Oktay G. *Tıp Fakültesi Birinci ve Son Sınıf Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi*. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı; 2020.
119. Ceylan A, Özçakır A. *Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Tıp Eğitimi ile İlişkisi*. Uludağ Tıp Fakültesi; 2016.
120. Akhuy E, Çaylan A. *Asistan Hekimlerde Tükenmişlik Düzeylerinin Mesleki Doyum ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisinin İncelenmesi*. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi ; 2023.
121. Demir E, Artantaş AB. *Tıp ve Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma*. *Ankara Med J*. 2018;(2):186-197.

122. Sabancıoğullarından Y, Akpınar E. *Sağlık Bilimleri Dışı Fakülte Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi.*; 2010.
123. Şahin T, Zorlu A. *Adıyaman İl Merkezinde 15-49 Yaş Kadınlarda Obezite Sıklığı, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.* Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ; 2018.
124. Seal AD, Colburn AT, Johnson EC, et al. Total Water Intake Guidelines are Sufficient for Optimal Hydration in United States Adults. *Eur J Nutr.* 2023;62(1):221-226. doi:10.1007/S00394-022-02972-2
125. Kaleli S, Ersoy G. Olgu Sunumları Işığında Enerji İçecekleri ve Olası Sağlık Etkileri. *Beslenme ve Diyet Dergisi.* 2013;41(3):247-252. Accessed November 25,2023.
<https://www.beslenmevediyetdergisi.org/index.php/bdd/article/view/235>
126. Ortanca D, Öztora S. *Trakya Üniversitesi Son Sınıf Lisans Öğrencilerinin Sağlık Algısı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.* Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı; 2021.
127. Topel M, Öz ŞG. *Dahili ve Cerrahi Bilimler Araştırma Görevlilerinde Tükenmişlik Sendromu Oranlarının Karşılaştırılması ve İşyeri Doyumuyla Olan İlişkinin Gösterilmesi.* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı; 2019. Accessed November 26, 2023.
<https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/427435>
128. Saçkın M, Çelepkolu T. *Dicle Üniversitesinde Çalışan Asistan Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu ve İş Doyumu.* Dicle Üniversitesi; 2020. Accessed November 26, 2023. <http://acikerisim.dicle.edu.tr/xmlui/handle/11468/6870>
129. Ozyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of Burnout and Job Satisfaction Among Turkish Physicians. *QJM* . 2006;99(3):161-169. doi:10.1093/QJMED/HCL019
130. Özçoban K, Altunkürek ŞZ. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Covid-19 Pandemisinde Doktor ve Hemşirelerin Tükenmişlik ve Stres Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki.* Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2002.

131. Çete A, Turhan E. *Tıp Fakültesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Tükenmişlik ve Depresyon Düzeyleri ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi*. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi ; 2018.
132. Uyar M, Eren G, Yücel M. Bir Üniversite Hastanesinde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Hekimlerin Tükenmişlik Düzeyi ve İş Doyumu Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendiren Kesitsel Çalışma. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 2021;41(3):234-241. Accessed November 26, 2023. <http://search/yayin/detay/490608>
133. Marakoğlu K, Çetin Kargın N. Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinde Tükenmişlik Sendromu ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*. 2013;23(4):103-108. Accessed November 26, 2023. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/geneltip/issue/67004/1046971>
134. Ghorabi S, Jalilian M, Sadeghifar J, Zavareh M. Investigation of Health-Promoting Behaviors of Employees of Medical University: A Perspective from West of Iran. *J Educ Health Promot*. 2021;10(1). doi:10.4103/JEHP.JEHP_835_20

8. EKLER

EK-1 KATILIMCI DEĞERLENDİRME FORMU

1	Cinsiyet		2	Doğum yılı	
3	Boy (cm) / Kilo (kg)	cm/ kg	4	Medeni durum	
5	Göreviniz	☐ Öğrenci	☐ Asistan	☐ Uzman	
6	Kaçıncı yılınız?				
7	Bölümünüz	☐ Aile hekimliği ☐ Dahiliye ☐ Halk sağlığı ☐ Kardiyoloji ☐ Beslenme ve Diyetetik			
8	Sigara kullanımı	☐ Hiç kullanmamış ☐ Düzenli kullanıcı ☐ Eski kullanıcı			
9	Eğer bıraktıysanız yardım aldınız mı?	☐ Evet ☐ Hayır			
10	Ne kadar süre kullandınız/ kullanıyorsunuz(yıl)?				
11	Günde kaç paket sigara kullandınız/kullanıyorsunuz?				
12	Alkol kullanımı	☐ Hiç kullanmamış ☐ Düzenli kullanıcı ☐ Sosyal içici			
13	Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? (Haftanın en az 3 günü, en az 30 dakika süren)	☐ Evet ☐ Ara sıra yaparım ☐ Daha önce yaptım, şimdi ara verdim ☐ Hayır			
14	Yapıyorsanız, kaç senedir düzenli egzersiz yapıyorsunuz?				
15	Ne tür egzersizler yapıyorsunuz?				
16	Kilo verme amaçlı özel bir diyet yaptınız mı?	☐ Evet ☐ Hayır			
17	Kilo alma amaçlı özel bir diyet yaptınız mı?	☐ Evet ☐ Hayır			
18	Hedefinize ulaştınız mı?	0 _____ 10 Hayır Ulaştım			
19	Günlük sıvı alımına dikkat ediyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır	20	Günde ortalama kaç litre su içiyorsunuz?	
21	Günde ortalama kaç bardak çay içiyorsunuz?		22	Günde ortalama kaç bardak kahve içiyorsunuz?	
23	Enerji içeceği içer misiniz?	☐ Evet	☐ Hayır		

24	Bölümünüze isteyerek mi başladınız?	☐ Evet ☐ Hayır	
25	Çalıştığınız / okuduğunuz bölümden memnun musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır	
26	Haftada kaç saat çalışıyorsunuz? (iş ya da eğitim amaçlı)		
27	Ayda ortalama kaç gün nöbet tutuyorsunuz?		
28	Kendi bölümünüzdeki çalışma ya da okul arkadaşlarınızla olan ilişkinizi nasıl tanımlarsınız?	0 _____ 5 Kötü Çok iyi	
29	Aşağıdaki periyodik muayenelerin hangisini/ hangilerini yaptırırsınız?	☐ Ağız ve diş muayenesi ☐ Göz muayenesi ☐ Jinekolojik muayene ☐ <u>Smear</u>	☐ Akciğer grafisi ☐ Rutin kan tetkiki ☐ Diğer
30	Periyodik muayenelerinizi ne kadar düzenli yaptırabilirsiniz?	0 _____ 10 Hiç Tamamen düzenli	
31	Özel sağlık sigortanız var mı?	☐ Evet	☐ Hayır
32	Günlük rutin işleriniz sırasında yürüme, merdiven kullanma gibi fırsatları tercih eder misiniz?	0 _____ 5 Hiç Her zaman	
33	Kimlerle beraber yaşıyorsunuz, belirtiniz. (eş, çocuk/çocuklar, arkadaş, anne-baba, akraba/akrabalar)		
34	Kurumunuzda sağlığı iyileştirici ve sürdürülmesini teşvik edici uygulamalar /etkinlikler var mı?	0 _____ 5 Hiç Evet karşılaşmadım çok sık	
35	Mesleki eğitiminiz sırasında bu tip eğitimlere yer verildi mi/veriliyor mu?	☐ Evet ☐ Hayır	
36	Bu eğitimlerin ne kadar pratiğe yönelik olduğunu düşünüyorsunuz?	0 _____ 5 Hiç Tamamen pratiğe yönelik	
37	Bu eğitimlerin pratiğinizi ne kadar etkilediğini /etkileyeceğinizi düşünüyorsunuz?	0 _____ 5 Hiç Tamamen etkilemedi etkiledi	

EK-2 SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-2

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneğe çarpı koyarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı 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 hissedirim				
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 porsiyon ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 porsiyon meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				

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 porsiyon 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 porsiyon 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				
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				