

T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİNDE ARAŞTIRMA
GÖREVLİLERİ VE İNTERN HEKİMLERİN
SAğLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Dr. Nurdan TORUN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Aysun ARAS

ERZURUM-2023



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİ ve TEZİ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Adı, Soyadı : Nurdan TORUN	Sınav tarihi: 17 / 11 / 2023
Anabilim Dalı : Halk Sağlığı	
Tez Danışmanı ve Atanma Tarihi: Dr. Öğr. Üyesi Aysun ARAS 20/01/2022	
Tezin Konusu ve Başlığı : Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinde Araştırma Görevlileri ve İntern Hekimlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler Belirlenme Tarihi : 20/01/2022	
Tezin Niteliği : <input checked="" type="checkbox"/> Tıpta Uzmanlık Tezi <input checked="" type="checkbox"/> Klinik Çalışmalar () Prospektif () Retrospektif (x) Kesitsel <input type="checkbox"/> Laboratuvar Çalışmaları () Invitro (Cansız) Çalışmaları () Hayvan Çalışmaları	
Tez Sınavının Nasıl Yapıldığı: <input checked="" type="checkbox"/> Yüz yüze katılım sağlanarak <input type="checkbox"/> Online (Jürinin teşkil edilmesinde kurum dışından belirlenecek olan jüri üyesi, aynı il sınırları içerisinde bulunmadığından, tez sınavı dijital ortamda yapılmıştır.)	

II. KARAR	
Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunma sınavının tamamlanması sonucunda adı geçen tezinin, jüri üyelerince "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak; <input checked="" type="checkbox"/> Kabulüne	
1. Tez Sınavı <input type="checkbox"/> Reddine (Eksikliklerin tamamlanması ve gerekli düzeltmelerin yapılması için uzmanlık öğrencisine, TUEY'nin 19. Maddesinin 6. fıkrası gereğince altı aylık ek bir süre verilmesine)	
2. Tez Sınavı <input type="checkbox"/> Reddine (TUEY'nin 19. Maddesinin 7. fıkrası gereğince, uzmanlık öğrencisinin uzmanlık öğrenciliği ile ilişkisinin kesilmesine)	
<input checked="" type="checkbox"/> Oy birliği <input type="checkbox"/> Oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

III. AÇIKLAMALAR	
Lütfen, tezin reddi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız	

IV. JÜRİ ÜYELERİ				
	Unvanı Adı Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurum Bilgisi	İmza
Jüri Başkanı	Prof. Dr. Serhat VANÇELİK	Halk Sağlığı	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Zahide KOŞAN	Halk Sağlığı	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Aysun ARAS	Halk Sağlığı	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi	

ONAY

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 23.11.2021 tarih ve E. 2100357240 sayılı yazısı ile " Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinde Araştırma Görevlileri ve İntern Hekimlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler" konulu tezin araştırma görevlisi Dr. Nurdan TORUN tarafından çalışılması uygun görülmüştür. Tez konusu Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 27.01.2022 tarih ve 37 no'lu oturum kararı ile etik kurallara uygun bulunmuş olup; Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı'nın 20.01.2022 tarih ve 2 no'lu oturum kararı ile tez çalışması olarak kabul edilmiştir.



İÇİNDEKİLER

ONAY	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TEŞEKKÜR	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlık.....	3
2.2. Sağlıkın Korunması.....	5
2.3. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi	6
2.3.1. Sağlık Geliştirme Modelleri	10
2.3.1.1. Sağlık İnanç Modeli.....	10
2.3.1.2. Planlı Davranış Teorisi (PDT).....	11
2.3.1.3. Transteoretik Model	12
2.3.1.4. Sosyal Biliş Teorisi.....	12
2.3.1.5. Korunma Motivasyonu Teorisi.....	12
2.3.1.6. Pender’in Sağlık Geliştirme Modeli	13
2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	15
2.4.1. Manevi Gelişim (Tinsellik)	17
2.4.2. Sağlık Sorumluluğu	18
2.4.3. Yeterli ve Dengeli Beslenme.....	19
2.4.4. Yeterli Fiziksel Aktivite	21
2.4.5. Stres Yönetimi	22
2.4.6. Kişilerarası İlişkiler	24
2.5. Sağlık Geliştirilmesinde Hekimlerin Rolü	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Tipi, Yer ve Zaman Özellikleri	26
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	26

3.3. Etik ve İdari İzinler	26
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	26
3.5. Veri Toplama Aşamaları	27
3.6. Araştırma Planı ve Zaman Çizelgesi	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	75
KAYNAKLAR	77
EKLER.....	89
EK-1. ASİSTAN HEKİM ANKET SORULARI.....	89
EK-2. İNTERN HEKİM ANKET SORULARI.....	92

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Cronbach alpha katsayısı için ölçeklerin güvenilirliklerinin değerlendirilmesinde kullanılan kesme değerleri	28
Tablo 2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Alt Gruplara Göre Madde Dağılımı, Madde Sayısı, En Düşük, En Yüksek Puanlar	28
Tablo 3. Araştırma Planı ve Zaman Çizelgesi.....	30
Tablo 4. Ölçeğin Alt Boyutlarının Cronbach Alpha Güvenilirlik Katsayıları	31
Tablo 5. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	32
Tablo 6. Asistan Hekimlerin Çalıştıkları Birimlere ve Nöbet Durumlarına Göre Dağılımları.....	33
Tablo 7. Katılımcıların Sağlıkla İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	34
Tablo 8. Katılımcıların Cinsiyetler Açısından Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	35
Tablo 9. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Genel Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	36
Tablo 10. Katılımcıların Medeni Duruma Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Genel Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	37
Tablo 11. Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Genel ve Alt boyut Puanlarının Dağılımı.....	38
Tablo 12. Asistan Hekimlerin Çalıştıkları Birimlere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Dağılımı	39
Tablo 13. Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre Genel Ölçek Puanları ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	40
Tablo 14. Asistan Hekimlerin Nöbet Durumlarına Göre Genel ve Ölçek Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	41
Tablo 15. Katılımcıların Sigara Kullanma Durumlarına Göre Genel Ölçek Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	42
Tablo 16. Katılımcıların Alkol Kullanma Durumuna Göre Genel Ölçek Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	43

Tablo 17. Katılımcıların Kronik Hastalıklarının Bulunma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Genel Ölçek Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	44
Tablo 18. Katılımcıların Devamlı İlaç Kullanma Durumlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Genel Ölçek Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	45
Tablo 19. Katılımcıların Kendi Sağlıklarını Değerlendirme Durumlarına Göre Genel Ölçek Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	46
Tablo 20. Asistan ve intern hekimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği genel puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırması	47
Tablo 21. Tüm Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Dağılımı.....	48

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli	15
--	----



KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SİM	: Sağlık İnaç Modeli
PDT	: Planlı Davranış Teorisi
SGM	: Sağlığı Geliştirme Modeli
TURDEP – 1	: Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyoloji Çalışması – 1
TURDEP – 2	: Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyoloji Çalışması – 2
SYBDÖ II	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
SPSS 26	: Statistical Package for the Social Sciences 26



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve çalışmalarım süresince değerli bilgi ve tecrübeleri ile bizlere yol gösteren saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Serhat VANÇELİK'e, tezimin istatistik kısmında değerli bilgilerini paylaşan hocam Dr. Öğr. Üyesi Sinan YILMAZ'a, tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Aysun ARAS'a, yetişmemde emeği geçen şahsında tüm hocalarıma, tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.

Ayrıca gerek uzmanlık eğitimim gerekse tez çalışma dönemimde yanımda olan, benden desteklerini esirgemeyen aileme, Atatürk Üniversitesi 2021-2022 eğitim öğretim döneminde ihtisas yapan araştırma görevlisi ve intern hekimlere teşekkür eder, sevgi ve şükranlarımı sunarım.

Dr. Nurdan TORUN

ÖZET

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinde Araştırma Görevlileri ve İntern Hekimlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler

Amaç: Hekimler mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği öncelikle kendi yaşam biçimlerini sağlıklı hale getirmelidirler. Bu çalışma Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi araştırma görevlileri ve intern hekimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörleri ortaya koymayı amaçlamıştır.

Yöntem: Kesitsel nitelikteki bu çalışma Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi'nde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini 798 asistan ve intern hekim oluşturmaktaydı. Veriler gözlem altında uygulanan anket formuyla toplandı. Anket; kişisel bilgi formu ve SYBDÖ II'den oluşmaktaydı. Verilerin girişinde ve değerlendirilmesinde SPSS 26.0 programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca ve çeyreklikler ile verildi. Analizlerde t testi, Anova, Kruskal-Wallis, Bonferoni düzeltmeli Man-Witney U, Spearman ve Pearson korelasyon analizleri kullanıldı.

Bulgular: Katılımcıların %52.5'i asistan hekim, %47.5'i intern hekim ve %50.4'ü kadındı. Hekimlerin SYBDÖ II puanları 120 ± 16.5 idi. Hekimler en yüksek puanı manevi gelişim, en düşük puanı ise fiziksel aktivite alt boyutundan almıştır. Kadınlarda, 23-28 yaş grubunda, bekarlarda, çocuk sahibi olmayanlarda, dahili ve temel bilim asistanlarında, nöbet tutmayanlarda, sigara kullanmayanlarda, alkol kullanmayanlarda, kronik hastalığı olanlarda, sağlık algısı iyi ve orta olanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmada cinsiyet, yaş, çocuk sahibi olma, medeni durum, sigara ve alkol kullanımı, çalışılan birim, nöbet durumu, sağlık algısı, kronik hastalık durumu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen özellikler olmuştur. Bu özelliklerin incelenip sağlığın geliştirilmesi için değiştirilebilir özellikler bakımından çalışmalar yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlıklı yaşam, hekim, üniversite

ABSTRACT

Healthy Lifestyle Behaviors and Related Factors of Atatürk University Faculty of Medicine research assistants and interns.

Objective: Due to their professional responsibilities and social roles, physicians should first make their lifestyles healthy. This study aimed to reveal healthy lifestyle behaviors and related factors of Atatürk University Faculty of Medicine research assistants and intern physicians.

Method: This cross-sectional study was conducted at Erzurum Atatürk University Medical Faculty Research Hospital. The population of the study consisted of 798 assistants and intern physicians. The data were collected with a survey form applied under observation. Questionnaire; It consisted of a personal information form and SYBDÖ II. SPSS 26.0 program was used for data entry and evaluation. Descriptive statistics were given as percentage, mean, standard deviation, median and quartiles. T test, Anova, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U, Spearman and Pearson correlation analyzes with Bonferroni correction were used in the analyses.

Results: 52.5% of the participants were assistant physicians, 47.5% were intern physicians and 50.4% were women. Physicians' HLBS II scores were 120 ± 16.5 . Physicians got the highest score from the spiritual development and the lowest score from the physical activity sub-dimension. Healthy lifestyle behaviors were found to be significantly higher in women, in the 23-28 age group, singles, not having children, internal and basic science assistants, non-watchers, non-smokers, non-alcoholics, having chronic diseases, and those with good and moderate health perception.

Conclusion: In this study, gender, age, having children, marital status, smoking and alcohol use, working unit, seizure status, health perception, chronic disease status were the characteristics that affected healthy lifestyle behaviors. It is recommended to examine these features and conduct studies on changeable features to improve health.

Keywords: Healthy life, physician, university

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bireylerin kaliteli ve başarılı bir yaşam sürdürebilmelerinin temel şartı sağlıklı olmaktır. Tarihler boyunca sağlık yalnızca sakatlık veya hastalığın olmayışı şeklinde tanımlanmıştır. Oysaki bu tanımla sadece hastalık kavramı öne çıkmış, herhangi bir şikayet veya semptomu olmayan herkesin sağlıklı olduğu varsayılmıştır(1). Ancak günümüzde sağlık, en geçerli haliyle 1947’de DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından yapılmış olan tanım etrafında şekillenmektedir. Bu tanımla sağlık; ”sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde ifade edilmiştir (2).

Sağlık temel bir insan hakkı olup sağlığın sürdürülmesi ve korunması sağlık mesleği mensuplarının görevi olmakla beraber bireylerin kendi sorumluluğudur. Sağlığını korumak ve geliştirmek isteyen bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları edinmeleri ve bu davranışları sürdürmeleri gerekmektedir (3). Sağlıklı yaşam biçimi bireyin günlük aktiviteleri sırasında kendi sağlık durumunu belirleyecek davranışları tercih etmesi ve sağlığını etkileyecek bütün davranışlarının kendisi tarafından kontrol edilmesidir. Sağlığı geliştiren davranış denildiği zaman bireyin iyilik seviyesini artıran ve kişinin sağlığını geliştirmesini sağlayan davranışlar akla gelmektedir. Sağlıklı yaşamı teşvik eden ve bu durumunu geliştiren davranışlara örnek olarak hijyen önlemleri alma, stresle baş edebilme, sağlığı konusunda sorumlu davranma, düzenli egzersiz yapma, yeterli dengeli beslenme, sigara, madde ve alkol gibi zararlı alışkanlıklardan uzak durma verilebilir (4). Bu davranışları hayatına geçiren bireyler sağlık durumunu sürdürebildikleri gibi sağlıklı olma halini daha iyi bir düzeye getirebilirler (5).

Sağlıklı toplum sağlıklı bireylerden meydana gelmektedir. Bu sebeple kişilere sağlık ve iyilik hallerini koruyacak, devam ettirecek ve ilerletecek olumlu sağlık davranışları edinmelerine ve sağlıklarıyla ilgili doğru kararlar vermelerine yardım edilmelidir(6). Sağlık çalışanları, mesleki yükümlülükleri ve sosyal hayattaki yerleri gereği öncelikle kendi yaşam biçimlerini düzenlemeli ve daha sağlıklı hale getirmelidirler (7).

Sağlık alışanlarının ve özellikle hekimlerimizin toplumun sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi ile ilgili çok önemli görev ve sorumluluklarının bulunduğu bilinciyle, öncelikle kendi sağlıklarını korumak amacıyla sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını edinmiş olmaları gerekmekte ve beklenmektedir.

Bu alışmada Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ihtisas yapan asistan hekim ve öğrenim gören intern hekimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının tespit edilip sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilgili faktörlerin ortaya konulması amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık

Sağlık, vücutta hastalık bulunmaması, esenlik bulunma hali ve sıhhat anlamında kullanılan, kişilerin hayatı boyunca değişiklik gösterebilen dinamik bir iyi olma halidir. Kişilerin birbirinden farklı biyolojik, fizyolojik ve sosyal alanlarda işlevlerini yerine getirebilmesini, uyum sağlamasını ifade etmektedir. Birey çevresiyle olan sosyal hayatında üretken, düzenli, fizyolojik işlevlerini devam ettirebiliyor ve mental yeteneklere sahip ise sağlıklı kabul edilir (8).

Sağlık kavramı evrensel bir kavram olmasına rağmen anlamı kişiden kişiye, toplumdaki topluma farklılık göstermektedir (8). Örneğin; Bircher 'in 2005 yılında yapmış olduğu tanıma göre sağlık; bireyin yaşı, kültürü ve bireysel sorumluluk ile doğru orantılı hayata dair ihtiyaçlarını karşılayan bedensel, mental ve sosyal bir durum ile ilgili olan, artıp azalabilen bir iyilik durumudur (9). Terris'e göre sağlık yalnızca sakatlık ve hastalık durumunun olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik halinin yanında işlevsel yeteneklerin de bulunmasıdır (10). Son 150 yıl boyunca, yapılan çalışmalarda sağlık tanımı ise bireylerin yaşamlarını idame ettirebilme yetisinden, hastalık belirtisi göstermemelerine, mutlu ve iyi olma durumuna kadar farklı biçimlerde karşımıza çıkmaktadır (11).

Sağlık hastalık olup olmamasına ve iyilik haline göre negatif, nötral ve pozitif sağlık olmak üzere üç boyutta incelenen bir kavramdır:

- Hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonunu gerektiren sağlık durumu negatif sağlık olarak adlandırılmaktadır. Alkol veya madde bağımlılığı, yetersiz veya dengesiz beslenme, sigara içme, önerilen tedaviyi kabul etmeme sağlığa hemen o anda veya zaman içinde zarar verebilecek negatif sağlık davranışları olup sağlığın olumsuz yönde etkilenmesine, negatif sağlık durumunun oluşmasına sebep olacaktır.

- Herhangi bir hastalık hali olmadan devam eden, durağan sağlık hali ise nötral sağlıktır. Sağlığı geliştirmek için hastalık durumu olan negatif sağlık halinden nötral sağlık haline ulaşılması gerekmektedir.
- Nötral sağlık durumundan sonra ulaşılması amaçlanan iyilik düzeyinin artması, sağlığın teşvik ve geliştirilmesiyle ilgili olan sağlık durumu ise pozitif sağlıktır. Pozitif sağlık davranışları kişinin yaşam kalitesini artırır, sağlığını korur ve mevcut sağlık durumunun daha iyi bir düzeye getirilmesine yardımcı olur (8).

Sağlık aynı zamanda algısal olup olmamasına göre objektif ve subjektif olarak iki ayrı biçimde incelenir:

Muayene ve laboratuvar tetkikleriyle belirlenen herhangi bir hastalığın olmama, sağlıklı olma durumu objektif sağlık olarak adlandırılırken; subjektif sağlık ise kişinin kendisini sosyal, bedensel ve ruhsal olarak nasıl hissettiği, algıladığı ile ilgilidir. Birey ortaya konulmuş herhangi bir hastalığı olmamasına rağmen kendisinin sağlıklı olmadığını düşünebilir ya da sağlıklı olmamasına rağmen sağlıklı olduğunu düşünebilir (8).

Tüm bu tanımlamalarla beraber sağlık; 1947 yılında DSÖ tarafından "sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali" şeklinde yapılan tanımla ele alınmıştır (12). Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu bu tanım sağlığın zihinsel, duygusal, sosyal, fiziksel ve manevi olmak üzere birçok yönüne vurgu yapmaktadır:

- Zihinsel sağlık: Açık düşünebilme, farklı durumlara adapte olabilme ve farklı durumlarla başa çıkabilme esnekliğine sahip olmaktır.
- Duygusal sağlık: Öfke ve korku gibi duyguları tanıyabilme, açıklayabilme ve yönetebilmedir.
- Sosyal sağlık: İlişkiler oluşturabilme ve sürdürmedir.
- Fiziksel sağlık: Enerji ve canlılığa sahip olma, kendini iyi hissetmedir.
- Manevi sağlık: Kendinle barışık ve huzurlu olmaktır (13).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu sağlık tanımıyla kişiler bir bütün olarak değerlendirilmiş ve sosyal çevre sağlık tanımına yerleştirilerek, sağlığı sadece hastalıkların yokluğu olarak tanımlayan indirgeyici görüşün aşılması sağlanmıştır (14).

2.2. Sağlığın Korunması

Sağlığı koruma, bireyin sağlıklı olma halini tehlikeye düşürecek davranış biçimlerinden kendini koruması, uzak durmasıdır. Sağlığını koruyan birey; fiziksel, sosyal ve biyolojik çevresiyle uyum içindedir. Bireylerin sağlığının korunmasında çeşitli halk sağlığı müdahalelerinin önemli bir yeri vardır. Bu halk sağlığı müdahaleleri primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere üçe ayrılmaktadır:

Primer Korunma: Risk faktörlerinin varlığında, yani sağlam kişinin riske maruziyet durumunda bu kişilerde hastalığın oluşmasını engellemek amacıyla yapılan korunma müdahalelerine primer korunma denilmektedir (15). Birincil korunmaya yönelik kişisel tedbirler arasında düzenli egzersiz yapma, stresle baş edebilme, yeterli ve dengeli beslenme, sigara, madde bağımlılığının olmaması, alkol gibi zararlı alışkanlıklardan uzak durma, sağlık eğitimi, kişilere bu eğitimlerle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması, genetik, aile danışmanlığı, aile planlaması hizmetleri, kaza ve yaralanmalara karşı gerekli tedbirlerin ve kişisel hijyen önlemlerinin alınması sayılabilir. Birincil korunma tedbirleri çevresel önlemleri de içermektedir. Bunlar; insani tüketim amaçlı kullanıma uygun su sağlanması, sağlıklı konut ve çevreye uyumu, atıkların uzaklaştırılması, hava kalitesinin kontrolü, vektörlerle mücadele gibi önlemlerdir. Yine insan sağlığını etkileyen olumsuz sosyoekonomik koşulların giderilmesi de birincil korunma tedbirlerindedir (16).

Sekonder Korunma: İkincil korunma önlemleri ise hastalığın süresini kısaltan, şiddetini azaltan, sekel gelişmesini engelleyen, hastalıkların erken tanı ve acil tedavisini kapsayan girişimleri ifade etmektedir (17). Çeşitli hastalıklar için görüntüleme yapılması, tarama programları, olgu bulmaya yönelik çalışmalar, toplumun değerlendirilmesi, erken tedavi, fiziksel ve mental testler ikincil korunma kapsamında olan uygulamalardır (16).

Tersiyer Korunma: Üçüncül korunma tedbirleri meydana gelmiş olan hastalık ve yeti yitiminin sınırlandırılması, yaralanma, hastalık ve sakatlanmaların rehabilitasyonunu sağlayan, irreversible hastalıklarda fonksiyon kayıplarının azaltılmasını amaçlayan müdahalelerdir (17). Hipertansiyonu olan hastalarda kan basıncı regülasyonunun sağlanması bir tersiyer korunma örneğidir. Ayrıca tersiyer korunma müdahaleleri tıbbi rehabilitasyon önlemlerinin yanında kişinin çevreye uyumunu sağlayacak sosyal rehabilitasyonu da içermektedir.

2.3. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi

Bireylerin sağlık durumları üzerindeki kontrollerini artırma ve sağlama müdahaleleri sağlığın geliştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Sağlığı geliştirmenin birincil hedefi olması gereken sağlıklı davranış biçimlerinin topluluklara iletilmesi ve topluluklar tarafından benimsenmesinin sağlanmasıdır. Bu bağlamda sağlığı geliştiren müdahaleler bireylerin sağlık sorumluluğunu artırma sürecidir denilebilir (18). Sağlığın geliştirilmesi aynı zamanda kişilere bedensel ve zihinsel sağlıklarını en üst seviyeye yükseltebilmeleri ve yaşadıkları çevreleri geliştirebilmeleri için istemli kararlar almalarına yardım etme sürecidir (19).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bireylerin sadece kişisel beceri ve yeteneklerini geliştirme girişimleri olmayıp bununla beraber ekonomik, çevresel ve toplumsal şartları da geliştirmeye yönelik sosyal ve politik bir kavramdır (20). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde bireylerin sağlığını etkileyen kararlar üzerinde daha etkili kontrol sahibi olmalarının sağlanması nedeniyle sağlığın teşvikinde toplumun katılımı, güçlendirilmesi ve ortak çabalar önemli kavramlardır (21).

Sağlığın geliştirilmesi anlayışı son dönemlerde ortaya atılmış yeni bir fikir değildir. On dokuzuncu yüzyılın ilk yarısında halk sağlığına sağlığı geliştirme ve sağlığın ölçülebilmesini sağlamak için çeşitli müdahaleler yapılmıştır. Sağlığı geliştirme düşüncesinin sağlık politikaları ve uygulamaları içinde bir alan olarak ortaya çıkması 1974 yılına kadar uzanmaktadır. Bu dönemde çoğunlukla “Lalonde Raporu” diye bilinen rapor, sağlığı geliştirmenin, toplumun sağlığını daha iyi bir seviyeye çıkarma ve güçlendirmenin kilit rol oynadığı olarak belirtilen uluslararası

“ilk” hükümet politika belgesi niteliği taşımaktadır. Bu belge; sağlığı teşvik ve geliştirmeye yönelik, hükümetler, örgütler, toplumlar ve bireyler için uluslararası bir ilgi meydana getirmiştir. Böylece Avustralya ve Amerika Birleşik Devletleri de dahil olmak üzere birçok ülkede sağlığın teşvik ve geliştirilmesine yönelik bir yansı oluşturulmuştur (22).

Lalonde Raporundan sonra sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasında sağlık hizmetlerinin standartlarını yükseltmek, ortak bir paydada buluşmak amacıyla, DSÖ tarafından, dünyanın pek çok ülkesinde birçok konferans düzenlenmiş , bu konferanslar doğrultusunda pek çok hedef belirlenmiş ve sağlık sorunlarıyla ilgili ortak çözümler bulmak için birçok bildirge yayınlanmıştır (23). Bu bildirge ve konferanslar :

Alma-Ata Bildirgesi: Sağlığın teşviki ve geliştirilmesiyle ilgili Kazakistan’ın Alma-Ata şehrinde 1978 yılında Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı düzenlenmiştir. Konferansta öncelikle temel sağlık hizmetlerinin önemi vurgulanmıştır. Bu konferansla DSÖ tarafından ülkelerin sağlık alanındaki yetersizliklerine dikkat çekilmiş ve “herkese sağlık” sloganı etrafında sağlığın iyi bir düzeye getirilmesi için kararlar alınmıştır. Alma-Ata bildirgesiyle 2000 yılına kadar ulaşılması planlanan sağlık hedefleri belirlenmiş, belirtilen hedeflere ulaşabilmenin ön koşulunun temel sağlık hizmetleri olduğu vurgulanarak, bütün ülke ve devletlere temel sağlık hizmetlerini başlatması, dahili ve harici kaynaklarından faydalanması için çağrıda bulunulmuş, yayımlanmasının ardından toplumların sağlık düzeyinde önemli gelişmeler yaşanmıştır (23).

Ottawa Bildirgesi: Kanada’nın Ottawa şehrinde 1986 yılında düzenlenen, birinci Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı sonunda “Ottawa Bildirgesi” yayımlanarak Alma-Ata bildirgesi ile belirlenmiş olan 2000 yılı ve sonrası için “herkese sağlık” hedefine ulaşabilmenin gerekli koşulları üzerinde durulmuştur. Sağlık hizmetleri sunumu sırasında meydana gelen sorunların, sadece sağlık sektörünün değil sağlık alanı dışında kalan sektörlerin de sorumluluğu olduğu belirtilmiştir. Sağlığın geliştirilmesi için sağlığın desteklenerek, ekonomik, çevresel, davranışsal, biyolojik ve politik etmenlerin sağlığa faydalı hale getirilmesi üzerinde

durulmuştur. Bir başka hedef ise sağlıktaki mevcut farklılıkları gidermek için bütün topluluklara eşit fırsat ve imkanlar sunulması olmuştur (23). Bu doğrultuda beş öncelikli eylem alanı belirlenmiştir:

- Toplumların daha sağlıklı hale getirilmesi için çeşitli politikaların oluşturulması,
- Sağlığı teşvik eden ve geliştiren ortamların oluşturulması,
- Toplumların daha sağlıklı olmaları için toplum hareketinin güçlendirilmesi,
- Sağlığa yönelik bireysel yeteneklerin artırılması,
- Sunulan sağlık hizmetlerinin yeniden gözden geçirilmesi (20).

Adelaide Tavsiyeleri: Sağlığı geliştirme konferanslarının ikincisi 1988 yılında Avustralya'nın Adelaide kentinde düzenlenerek toplumların daha sağlıklı hale getirilmesi için politika stratejileri belirlenmiştir. Sağlık alanındaki eşitsizliklerin giderilmesi gerektiği, bireylerin sağlıklı bir hayat sürmesinin geliştirilecek halk sağlığı politikalarıyla mümkün olduğu vurgulanmış, bu politikalar kapsamında; kadın sağlığı, tütün ve alkol, destekleyici çevrelerin meydana getirilmesi, sağlıklı beslenme ve gıda başlıklarına yer verilmiştir. Karşılaşılabilecek zorluklara karşı güçlü uluslararası işbirliği vurgulanmıştır (23).

Sundsvall Bildirgesi: "Sağlığı Destekleyen Çevreler Bildirgesi" olarak da bilinen Sundsvall Bildirgesi 9-15 Haziran 1991 tarihinde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi amacıyla gerçekleştirilen üçüncü ve 81 ülkenin katılımı ile gerçekleşen ilk uluslararası konferanstır. Konferans "Sağlığı Destekleyen Çevreler" sloganı ile dünyadaki tüm insanları, yaşadıkları ortamları daha sağlıklı hale getirmeleri için yer almaya çağırmıştır (24).

Jakarta Bildirgesi: Sağlığı geliştirme konulu dördüncü Uluslararası Konferans 1997 yılında Endonezya'nın başkenti Jakarta'da düzenlenmiştir. Bu konferans sonunda Jakarta Bildirgesi yayımlanmıştır. Bu bildirgeyle sağlığa yönelik sosyal sorumlulukların artırılarak devam ettirilmesi, sağlık yatırımlarının artırılması, sağlıklı toplumlar için ortak çalışmaların devam ettirilmesi, sağlığın geliştirilmesi için gereken

temel hizmetlerin altyapısının sağlanması konularında sağlığı geliştirme eylem planları geliştirilmiştir (25).

Meksika Bildirgesi 5-9 Haziran 2000 tarihinde düzenlenen, ana teması ''Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi: Hakkaniyet Boşluğunun Kapatılması'' olan beşinci uluslararası konferans sonunda yayımlanan bildirgedir. Bu bildirgeyle sağlığın teşvik ve geliştirilmesi amacıyla üst düzey siyasal taahhütlerde bulunulmuş, DSÖ üyesi 80'den fazla ülke sağlığın geliştirilmesine yönelik plan ve faaliyetlerini güçlendirmeyi, sağlığın teşvik ve geliştirilmesine siyasal olarak gündemde daha fazla yer vermeyi, bölgesel, yerel, ulusal ve uluslararası faaliyetlerde öncelikli olarak yer vermeyi taahhüt etmiştir (26).

Bangkok Konferansı 2005 yılında Bangkok'da düzenlenen altıncı Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı'dır. Bu konferans'ta dört temel nokta üzerinde durulmuştur: Sağlığın geliştirilmesi devletlerin temel yükümlülüğü olmalı, sivil toplum ve örgütler bu konuya odaklanmalı, sağlığın geliştirilmesi küresel gelişmenin merkezinde bulunmalı ve sağlığın geliştirilmesi için ortak çabalar gerekli kılınmalıdır. Bu konferansta ayrıca 1986 Ottawa Şartı'yla belirlenen öncelikli 5 eylem planı önemli adımlar olarak görülmüştür (27).

Nairobi'de 100 ülkenin iştirakiyle 2009 yılında yedinci Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı toplanmıştır. Bu konferansla daha önce yayımlanan altı konferans, bildirge ve sözleşmelerde işlenen konuların uygulamaya geçilmemiş olduğu ifade edilerek; finansal kriz, yeryüzünün ısınması, iklim değişikliği ve çevresel sorunlara dikkat çekilerek, şu önemli konuların üzerinde durulmuştur: Sağlık okuryazarlığının artırılması, olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması, toplumun güçlendirilmesi, ortak çalışma ve sektörler arası çalışmaların artırılması, sağlık sistemlerinin ve sağlığı teşvik ve geliştirme konusunda kapasitenin artırılmasıdır (28).

Helsinki'de 2013 yılında sekizincisi gerçekleştirilen sağlığın geliştirilmesi konferansında ise şu önemli konuların üzerinde durulmuştur: Sağlıkta eşitlik, sektörler arası ortak çalışma, sağlık yasalarında tüm engellerin ortadan kaldırılması, temel sağlık hizmetlerinin yenilenmesidir (29).

Dokuzuncu Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı DÜnya Sağlık Örgütü tarafından 2016 yılında Çin'in Őanghai kentinde düzenlenmiştir. Konferansın ana konusu "Sağlık Herkes İçindir ve Herkes İçin Sağlık" olarak belirlenerek şu önemli konulara öncelik verilmiştir: sağlık yönetimine dair iyi bir sektörler arası işbirliği, sağlık okuryazarlığının teşviki ve geliştirilmesi, toplumsal iştirakın artırılması ve genelleştirilmesidir (30).

Sağlığın geliştirilmesi bireylerin öncelikle kendi sağlıklarını düzeltme çabası içine girmeleri, kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırarak ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşarak sağlanabilir. Sağlığın geliştirilmesi amacıyla sigara, alkol ve madde kullanımı gibi zararlı alışkanlıklardan vazgeçilmeli, sağlıklı olmayan beslenme davranışları terk edilmeli, şiddet içeren davranışlardan, güvenli olmayan cinsel ilişkilerden, sağlıksız kilo kontrolü gibi riskli davranışlardan kaçınılarak; yeterli fiziksel aktivitede bulunulmalı, aile ile iletişim sorunları çözülmeli ve stres yönetimi etkili bir şekilde sağlanmalıdır (31). Sağlığın teşvik ve geliştirilmesi amacıyla tarih boyunca çeşitli bilim adamları tarafından sağlığı geliştirme modelleri hazırlanmıştır.

2.3.1. Sağlığı Geliştirme Modelleri

2.3.1.1. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli (SIM) Rosenstock tarafından 1966 yılında geliştirilen bir model olup sağlık davranış modellerinin en eskilerinden biridir. Altı bileşenden oluşmaktadır:

-Algılanan Duyarlılık: Kişinin kendisinin de hastalanabileceğine ne kadar ihtimal verdiğiyle ilgilidir. Algılanan duyarlılığın; birtakım sağlık koruma davranışlarının öncülü olduğu belirtilmektedir.

-Algılanan Ciddiyet: Kişinin herhangi bir hastalığa yakalanmasının olası sonuçlarının önemi hakkında endişeli olması, hastalığın sonuçlarının ciddiyeti anlamına gelmektedir. Örneğin; bir kişinin kansere karşı tedbir alma ihtimali, hastalığa

yakalandığı takdirde oluşacak olumsuz sonuçların ciddiyetine inandığı zaman daha fazladır.

-Algılanan Yarar: Tedbirli olmanın faydaları anlamına gelir. Kişinin hastalığa karşı tedbir almasının hastalığı önemli ölçüde engelleyeceğine inanmasıdır. Örneğin; kişi sigara içme ile akciğer kanseri arasında ilişki bir bağ olduğunu bilirse sigara kullanmayı bırakır. Bunu bilen ve böyle düşünen bireyler sigaradan uzak durmanın kendilerini akciğer kanserine yakalanmaktan koruyacağına inanmaktadırlar (32).

-Algılanan Engel: Kişiye önerilen sağlık davranışının kişi tarafından ortaya konulmasını zorlaştıran kısıtlamalar veya davranışların muhtemel olumsuz yönüdür. Diğer bir ifadeyle sağlıklı yaşam biçimiyle ilgili önleyici bir davranışın meydana gelmesini engelleyen ya da zorlaştıran etkenlerle ilgili algıdır. Örneğin, kişinin sağlığına zarar veren bir davranış hakkında kendisinin değişmeyeceğine ya da o hastalıktan iyileşmeyeceğine inanması bir engel algısıdır (33).

-Algılanan Etkililik: Kişinin hedeflenen amaca varabilmek için gereken girişimleri yapabileceğine olan güveni ve kararlılığıdır. Kişinin eyleme geçebileceğine olan inancını belirtmektedir.

-Eylem İpuçları: Kişinin motivasyonunu artıracak olan olay ve stratejilerdir. Eylem ipuçları bireyleri sağlığı koruyucu davranışlar göstermeye iten uyarıcılar anlamına gelir. Bireyin harekete geçmesini sağlayan uyarıcılar iç ve dış kaynaklı olabilir. Örneğin; bir kişinin önceden bir hastalığı geçirmiş olması, risk faktörlerine yönelik tedbir alarak hastalığı tekrar geçirmesini engellemek için kişiyi destekleyen bir güç olabilir (32).

2.3.1.2. Planlı Davranış Teorisi (PDT)

Planlı Davranış Teorisi (PDT); sağlık davranışlarında etkili olan faktörleri anlamaya yönelik kestirimde bulunmaya yarayan 1991 yılında Ajzen tarafından geliştirilen bir teoridir (32).

Planlı Davranış Teorisi, bireylerin herhangi bir davranışı yapma niyetinde olup olmadığını belirlemek için şu doğrultuda hareket eder:

1. Bir kişinin bir davranışı yapmaya dair yaklaşımı nasıl? (Tutum ifadesi)
2. Bu davranışı yapabilmesi için üzerinde ne kadar çevre baskısı olduğu? (Subjektif mi?)
3. Yapacağı davranışta tam bir kontrole sahip olduğu kanaatinde mi? (Algıladığı davranış kontrolü)

Bu model; bu belirleyici üç faktörün üzerinde değişim meydana getirilerek bireyin yapmak istediği davranışları yapabileceğini belirtmektedir (32).

2.3.1.3. Transteoretik Model

James Prochaska ve Carlo Diclemente tarafından 1982 yılında geliştirilmiş bir modeldir. Bu model, davranışlardaki değişimin bir sonuç değil, daha çok bir süreç olduğunu, değişiklik meydana getirebilmek için kişilerin içinde bulunduğu değişim evresine uygun müdahaleleri uygulamak gerektiğini ifade eder (34).

2.3.1.4. Sosyal Biliş Teorisi

Bandura tarafından 1986'da geliştirilen bir teori olup sağlıkla ilgili davranışların kişisel faktörlerin ötesinde, sosyal ve çevresel etmenlerle birlikte bireylerin zihinsel süreçlerinin birleşimi sonucunda meydana geldiğini varsayan bir teoridir (35).

2.3.1.5. Korunma Motivasyonu Teorisi

Kişilerin karşılaşabileceği herhangi bir sağlık tehdidi varlığında korku duygusunu ön plana çıkararak bireylerde korku oluşturma amacıyla geliştirilmiş bir teoridir. Bireylerde oluşturulan bu korku duygusu ile bireylerin sağlık davranışlarını geliştirme yönünde ilerleme sağlama amacı güdülmüştür. Örneğin; televizyonlarda

sıklıkla gördüğümüz sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin akciğerlerinin gösterilmesi korku meydana getirme çabasına bir örnektir (36).

2.3.1.6. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

Pender tarafından ilk olarak 1982'de geliştirilen bu modele 1996'da son şekli verilmiştir. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM) şahsın özgeçmişi ile kendisine ait algısını birlikte değerlendirerek sağlığa bütüncül yaklaşan bir teoridir. Bu modele göre sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, sadece engellilik ve hastalıkların engellenmesi demek değil aynı zamanda kişilerin uzun dönemli ve kaliteli bir yaşam için gösterdiği sağlık davranışlarının bütünüdür. Bu modele göre sağlığın geliştirilmesi bireylerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırarak; sağlıklarını devam ettirme, koruma ve ileriye taşıma olarak tanımlanmıştır (37). Bu model, bireysel farklılıklar ve tecrübeler, davranışlarla ilgili özel alanlar ve davranışların sonuçlarını içeren bileşenlerden meydana gelmektedir (37):

1. Kişisel Özellikler ve Tecrübeler: Pender; kişisel özellikleri, psikolojik (benlik yapısı, kişilik saygısı, sağlığın kişisel anlamı ve özmotivasyon), biyolojik (cinsiyet, yaş) ve kültürel etmenler (ırk, etnik köken, sosyoekonomik durum, eğitim) şeklinde kategorilere ayırmış olup bireylerin sağlıkla ilişkili davranış biçimlerinin kişisel özellikleri ve daha önce ortaya koymuş olduğu sağlık davranışlarıyla, tecrübeleriyle ilişkili olduğunu ifade etmektedir.

2. Davranışa Özel Alanlar: Pender, davranışa özel alanlar içerisinde kişilerin sağlık davranışına dair algıladığı engel, yarar, bireysel etkililik, aktivite durumuyla ilişkili, bireyler arası ve duruma göre değişen faktörler olduğunu belirtmektedir. Pender'in ifade etmiş olduğu algılanan yarar ve engeller ile öz etkililik (algılanan etkililik) Sağlık İnanç Modeli'yle benzerdir. Davranışa özel alanlar şunlardır:

-Aktiviteyle İlişkili Etkiler: Yapılan aktiviteyle veya öznel bir davranışla ilişkili olarak negatif veya pozitif duygu durumlarından meydana gelir. Davranışa ilişkin kişilerde meydana gelen negatif veya pozitif duygular şahsın davranışı tekrar edip etmeyeceğini veya uzun dönemde davranışı sürdürüp sürdürmeyeceğini

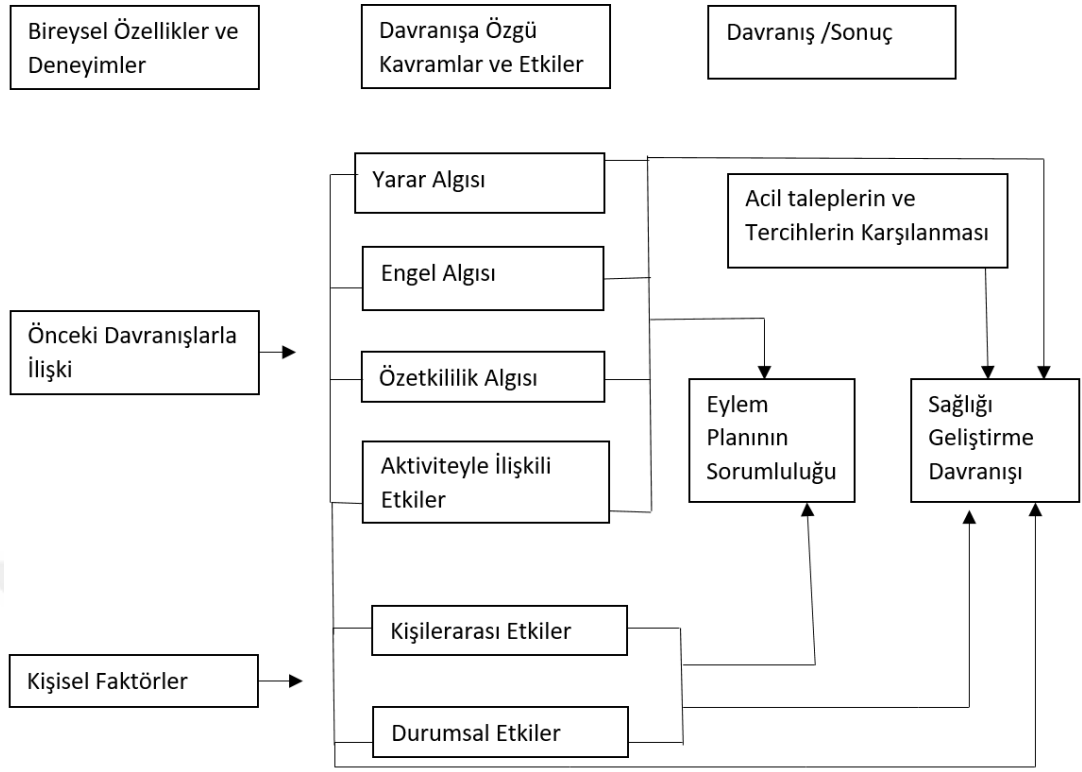
belirlemektedir. Davranışa dair kişilerde oluşan pozitif duygular davranışın tekrar edilme ihtimalini artırırken, oluşan olumsuz duygular davranışın tekrarlanmamasına sebep olabilmektedir.

-Kişilerarası Etkiler: Davranışlarla ilgili diğer şahısların inanç, tutum, fikirlerini içermektedir. Kişinin etrafındaki bireylerin kişiye davranışına dair gösterdiği destek durumudur. Kişilerarası etkilenim; sosyal destek, model alma (herhangi bir davranışı edinirken diğer bireylerden gözlem yoluyla öğrenme biçimi) ve normlardan (diğer bireylerin beklentilerinin önemi) meydana gelmektedir.

3. Davranış Sonuçları ve Sağlığı Geliştirme Davranışları: Sağlığı Geliştirme Modelinin bu kısmında Pender şahsın davranışı gerçekleştirmeyi daha önce kararlaştırıp kararlaştırmamasının ya da acil meydana gelen durumların ortaya konulacak davranışların meydana gelmesinde etkili olduğunu belirtmiştir. Davranış sonuçları ve sağlığı geliştirme davranışlarının bileşenleri şunlardır:

-Davranışa Dair Plan Oluşturma: Meydana gelecek davranışları önceden planlama, belirli hedefler doğrultusunda gerçekleştirme ve davranışla ilişkili niyet ve amacı ifade etmektedir.

-Acil İsteklerin ve Tercihlerin Karşılınması: Daha önceden planlanmış olan sağlığı geliştirici bir davranışın öncesinde ailesel sorumluluklar, çevresel faktörler veya iş gibi acil bir gereksinimin meydana gelmesinin davranışın sonucunu etkileyebileceğini ifade etmektedir. Farklı davranış tercihleri arasında kişinin kendi tercihlerini seçmesidir. Aktiviteye başlanmadan önce meydana gelecek davranış için bu farklı davranış tercihleri üzerinde düşünülerek “yarar ve engel” durumu saptanır.



Şekil 1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (37)

2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Türk Dil Kurumuna göre davranış terimi bir organizmanın çevreden gelen uyarılara verdiği cevapların tümü şeklinde tanımlanmaktadır. Dışarıdan izlenebilecek tepkilerin bütünü (38). Davranış terimi, sürekli istekli bir biçimde olmasa bile bireylerin ortaya koydukları faaliyetleri ifade etmede de kullanılan bir kavramdır (39).

Birey tarafından gerçekleştirilen tüm davranış veya faaliyetlerin sağlıklı olma hali üzerinde bir etkisinin olduğundan bahsetmek olasıdır. Bu anlamda, sağlığı artırmaya yönelik ortaya konulan davranış biçimleriyle, sağlık açısından sonuçları dikkate alınmaksızın benimsenen davranışlar birbirinden farklıdır. Sağlık davranışı, sağlığın kötüye gitmesinin belirli bir sebebe karşı hassasiyetin artması olarak ifade edilen risk davranışlarından farklı bir anlama gelmektedir (40). Sağlık davranışı "sağlığın korunması ve geliştirilmesi" ile ilişkili davranışlardır (41). Objektif veya subjektif sağlık halinden farklı biçimde sağlığı korumak, sürdürmek ve geliştirmek

için etkili olup olmamasına bakılmaksızın kişi tarafından ortaya konulan sağlıkla ilgili herhangi bir faaliyet ise sağlık davranışının başka bir tanımıdır (40).

Sağlık davranışları olumlu ve olumsuz sağlık davranışları olarak iki grupta incelenmektedir: Olumlu sağlık davranışı, kişinin kendi sağlığını, çevresindeki kişilerin, toplumun sağlığını korumaya yönelik sağlık eğitimi, kişilerin çeşitli bilinçli faaliyetleri ve bilgilenme durumunu ifade etmektedir. Yeterli ve dengeli beslenmek, yeterince uyumak, düzenli ve yeterli fiziksel aktivitede bulunmak, kişisel hijyene dikkat etmek, emniyet kemeri takmak, çevresiyle olumlu ve doyurucu ilişkiler kurmak, düzenli bir şekilde sağlık kontrollerini yaptırmak olumlu sağlık davranışları arasındadır. Olumsuz sağlık davranışı ise, bireyin sağlığını olumsuz şekilde etkileyen ve kişilerin sağlıkları için risk teşkil eden davranışları sergilemesidir. Sigara ve alkol kullanma, aşırı yağlı beslenme, düzensiz yeme alışkanlığı, hareketsiz bir yaşam, kişisel hijyen ve bakıma yeterince önem verilmemesi ise olumsuz sağlık davranışlarıdır (42).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kişilerin sağlıklarıyla ilgili tüm davranışlarını kontrol etmeleri, yaşam faaliyetlerini yaparken sağlıklı olma halini artırmaya yönelik davranış tercihinde bulunması ve gerçekleştirmesidir (43). Başka bir ifade ile bireyin sağlığını sürdürmek ve hastalıklara engel olmak için ortaya koyduğu ve inandığı davranışların bütünü sağlıklı yaşam biçimi davranışları şeklinde adlandırılmaktadır (5).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları gösteren bireyler kendi iyilik seviyelerini koruyup daha iyi bir düzeye getirebilirler (44). Son yıllarda, diyabet, kanser, koroner kalp hastalığı ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkların prevalansındaki artış, küresel bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (45). DSÖ verilerine göre küresel olarak 2019'da meydana gelen ilk on ölüm nedeninin yedisi kronik hastalıklardanı. Ayrıca, tüm bulaşıcı olmayan hastalıklar birlikte değerlendirildiğinde dünya çapındaki tüm ölümlerin %74'ünden sorumludur (46). Tüm yaş gruplarında kronik hastalıklara karşı koymak için genel olarak önerilen bir önlem, daha sonra hastalık gelişme oranını azaltacak olan sağlığı geliştirici yaşam tarzlarını geliştirmektir (47). Literatür incelemelerinde, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gösterilmesinin bulaşıcı

olmayan hastalıkların prevalansındaki azalma ile ilişkisini ortaya koyan çalışmaların oldukça fazla olduğu görülmektedir (48).

Sağlığı teşvik eden bir yaşam tarzı, sağlık durumunun önemli bir belirleyicisi olup sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi için önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir (49). Sağlıklı yaşam biçimi ve sağlıkla ilişkili davranışlar küresel olarak sağkalım durumunun da önemli göstergelerinden biridir (50). DSÖ verilerine göre yaşam biçimiyle ilgili ortaya çıkan davranışlar gelişmiş ülkelerdeki tüm ölümlerin %70-80'inin, geri kalmış ülkelerdeki tüm ölümlerin ise %40-50'sinin nedenidir (51). Yeterli ve dengeli beslenmemek, yeterli fiziksel aktivite yapmamak, sigara kullanmak, stres ölümlerin ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önemli bir kısmından sorumlu tutulmaktadır (52). Japonya'da yapılan bir kohort çalışmasına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemenin yüksek sağkalım ve daha uzun yaşam beklentisiyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (53).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, düzenli fiziksel aktivite, yeterli ve dengeli beslenme, diğer insanlarla iyi ilişkiler kurma (kişilerarası ilişkiler), başarılı stres yönetimi olmak üzere sağlığı korumak için gereken davranışlardır (54).

2.4.1. Manevi Gelişim (Tinsellik)

Alan yazında tinsellik (spiritüalizm) olarak da görebileceğimiz manevi gelişim kavramı kişinin hayatın anlamını bulduğu ve hayatın amacını fark ettiği nokta olarak açıklanmaktadır (55).

İnsan doğası sadece fiziksel bedenden ibaret olmayıp bununla beraber insanın bir de ruh ve zihin yapısı bulunmaktadır. Toplum meydana getiren bütün insanların bedensel ihtiyaçlarının yanında ruhsal, sosyal ve manevi ihtiyaçları da bulunmaktadır (56). Manevi gelişim, kişinin bu ihtiyaçlarını karşılayabilmesi, hayattaki amaçları için çaba sarf etmesi, iyilik durumunu optimum düzeye taşıması şeklinde ifade edilmektedir (57).

Manevi gelişmişlik düzeyi; kişinin hayattaki hedeflerini, kişisel sınırlarını belirleyebilme yeteneğini ve kişinin hangi düzeyde kendisiyle barışık olduğunu ve kendinden memnun olduğunu belirlemektedir (58). Bu tanımlar ve bilgilerden yola çıkılarak manevi gelişimin kişilere sorunları ile baş edebilmeleri için umut, rahatlama, güç ve huzur vermek; sağlığı korumak ve geliştirmek, kişilerin hastalıklarını kabul etmesini kolaylaştırmak, stres ve depresyon durumunu azaltmak, yaşam kalitesini artırmak gibi konularda fayda verdiği söylenebilir (56).

Bazı inançlar, tütün ve alkol kullanımı, güvensiz cinsel davranışlar gibi sağlık için tehlikeli olan davranışları yasaklamaktadır (59). Bununla birlikte tinsellik bir dinle ilişkili olabilir veya olmayabilir, kuvvetli dini inançları olmayan bireylerin de spiritüel yetenekleri yüksek olabilir (60). Bireylerin fiziksel ihtiyaçlarını karşılarken, manevi yanının da olması sağlığın korunması, sürdürülmesi ve artırılmasını sağlar (59).

Manevi gelişim ile yaşam kalitesinin ilişkisini gösteren çalışmalarda, manevi gelişimin, ruhu ve bedeni etkileyen, bununla birlikte ruh ve bedenden etkilenen “birleştirici bir güç” olduğundan söz edilmektedir (55). Manevi gelişim için çabalayan bireylerde, depresyonun giderilmesi, strese daha iyi başa çıkabilme, madde bağımlılığının olmaması gibi konularda da önemli ilerlemeler gözlemlenmiş ve bu kişilerde bahsedilen konularda iyileşme görüldüğü bildirilmiştir (61).

2.4.2. Sağlık Sorumluluğu

Sorumluluk; bireyin kendi davranışlarının ya da yetki alanında olan bir durumun neticelerini kendi üzerine almasıdır. Sağlık sorumluluğu ise kişinin kendi sağlığına dair koruma ve sağlığı geliştirme davranışlarını ve bu değişiklikleri gösterebilmesidir (62). Sağlık sorumluluğu ayrıca kişinin kendi sağlık durumuyla ilgilenmesi, sağlık bilgisinin varlığı, ihtiyaç duyduğunda bir uzman yardımına başvurmasını da ifade etmektedir (63).

Sağlık sorumluluğu sağlıklı bir hayatın temel şartlarından biri olup, kişinin kendi yapısını iyi tanıyarak sağlıklı bir hayat için sağlığı koruyucu, sağlığı geliştirici davranışlar göstermesidir. Kişinin sağlık sorumluluğu kapsamına giren konular: Kendi

yapısını ve vücudunu tanıması, sağlıkla ilişkili konularda kendini yenilemesi, düzenli aralıklarla sağlık kontrollerini yaptırması, sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi, sağlığını ve vücudundaki değişimleri sürekli gözlemlemesi, basit rahatsızlıklara karşı gerekli tedbirleri almasıdır. Kişinin bu tutum ve davranışları göstermesi, kişinin sağlık sorumluluğunu aldığını, sağlığına önem verdiğini ve sağlığını korumak için kişisel çaba harcadığını göstermektedir (64).

Toplumdaki bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu almaları durumunda ve hayat tarzında yapılan değişiklikler sayesinde çağımızda karşılaşılan birçok sağlık sorunu önlenebilir. Sonuç olarak bireylerin iyilik durumu gelişir, toplumun sağlık düzeyi artar (65).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde iki çeşit sağlık sorumluluğu vardır. Bunlardan ilki rol sorumluluğudur. Rol sorumluluğu kişilerin bünyeleri hakkında kendilerinin söz sahibi olabilmelerini ifade ederken; nedensellik sorumluluğu ise bireylerin gösterdikleri davranışların neticesinde yaptıkları seçimleri, tercihleri ifade etmektedir. Rol sorumluluğu ve nedensellik sorumluluğu birbiriyle ilişkilidir. Rol sorumluluğu, bireylerin sağlıkları hakkında kendi rollerini vurgularken, nedensellik sorumluluğu kişilerin tercihleri sonucundaki davranışlarının sağlıklarını etkilemesidir (66).

2.4.3. Yeterli ve Dengeli Beslenme

Beslenme; yaşamın devam ettirilmesi, büyüme ve gelişme, sağlığı koruma ve geliştirme için besin maddelerinin tüketilmesine denilmektedir (67). Bütün canlıların yaşamını sürdürebilmesi için beslenmesi gerekmektedir (68). İnsan vücudunun yenilenmesi, yaşamsal faaliyetlerin sürdürülmesi, vücudun büyümesi ve gelişmesi için gereksinim gösterilen enerji ve beslenme maddelerinin yeterli ölçüde tüketilmesi ve insan vücudunda uygun bir biçimde kullanılması yeterli ve dengeli beslenmedir (69).

Vücudun yapısını meydana getirme, hayatın sürdürülmesi, büyüme ile vücut organlarının süregelen işlevlerini yerine getirebilmesi için gıda maddelerinin temin edilmesi, tüketilmesi, emilmesi ve sindirilmesi, vücuttan atılımı beslenme kavramının

içerdiği konulardır. İnsan beslenmesini dışarıdan alınan gıda maddeleri içindeki besin maddeleri (nutrients) ve besleyici değeri bulunmayan çeşitli öğeler temin eder. Tüm bu madde çeşitlerinin vücuda ihtiyaçtan az alınması veya bu maddelerden daha az faydalanılması "Yetersiz Beslenme"; besin öğeleri arasındaki oranın değişmesi "Dengesiz Beslenme" ve besin öğelerinin ihtiyaç duyulandan daha çok tüketilmesi ve zarar görme durumu ise "Aşırı Beslenme" şeklinde belirtilmektedir. Yetersiz, dengesiz ve aşırı beslenme bozuklukları "Kötü Beslenme-Malnütrisyon" terimi ile ifade edilmektedir (70).

Sağlıklı beslenme, sağlıklı bir hayatın ön koşulu, bireylerin temel bir gereksinimi ve temel bir insan hakkıdır. Sağlıklı bir beslenme şekli hayatın içinde sağlık, aktiflik, büyüme, gelişme ve hayatın devamı gibi konular için zorunludur (71). Açlık giderilirken yetersiz veya aşırı beslenme durumuna sebep olunması mümkün olabilir. Buna yol açmamak, sağlıklı, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanabilmesi için kişilerin sağlıklı beslenme konusunda eğitilip bilinçlendirilmeleri elzemdir (70). Sağlıklı, yeterli ve dengeli beslenme biçiminin sadece şahıslar için değil toplumun da sağlığının korunması ve sürdürülmesinde, sosyal ve ekonomik açıdan iyi bir düzeye erişmesinde, iyilik seviyesinin artmasında önemi oldukça fazladır (62).

Düzensiz besin alımının yaygın olduğu toplumlarda çeşitli enfeksiyonlarla sık karşılaşmakta ve bu hastalıklardan ölüm daha fazla olmaktadır (62). Aşırı beslenme sonucu meydana gelen aşırı kiloluluk ve obezite, yüksek kolesterol, diyabet, respiratuvar yetmezlikler ve bazı kanser çeşitlerinin görülme sıklığını artırmaktadır (70). Obezite ve aşırı kiloluğun sağlıkla ilgili sonuçları, erken ölüm ihtimalinin artmasından, yaşamda kaliteyi düşüren ciddi bulaşıcı olmayan hastalıklara kadar geniş bir alanda izlenmektedir. Küresel Hastalık Yüğü çalışmasına göre 2017 yılında aşırı kilo veya obezite sebebiyle dünyada her yıl dört milyondan fazla insanın ölmesiyle bu sorun salgın boyutlarına ulaşmıştır (72). Pek çok ülkede ise hafif kilolu ve obez birey sayısı toplumun %50'sini geçerek ciddi bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (73).

Ülkemizde ise 1998 yılında yapılan TURDEP -1 (Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyoloji Çalışması-1) çalışmasının sonuçlarına göre obezite sıklığının %22,3 olduğu görülmüş ve 12 yıl sonra tekrarlanan TURDEP-2 çalışmasına

göre obezite sıklığının %35,9'a ulaştığı görülmüştür (74). Türkiye İstatistik Kurumunun 2022 yılında yapmış olduğu sağlık araştırmasına göre ise obez bireylerin oranı %20,2 bulunmuştur (75).

Yetersiz veya az miktarda besin alımı sonucu oluşan zayıf olma durumu ise bireyin hayatında verimli olmasını önleyen, bünyesini zayıf düşüren ve kişiyi hastalıklara açık duruma getiren istenmeyen bir durumdur (70). Kötü beslenme alışkanlıkları kilo problemleriyle beraber kalp-damar sistemi hastalıkları, yüksek tansiyon, diyabet, osteoporoz, demir eksikliği anemisi, raşitizm gibi birçok hastalıkla beraber kanser ve diğer neopazmların oluşumunda da rol oynadığı gibi diğer birçok hastalığın (kızamık, boğmaca , tüberküloz, ishal) kolay yerleşip, ağır seyir izlemesinde de etkili bir unsurdur (70).

Beslenme davranışlarının sağlıklı hale getirilmesi için; günlük en az üç öğün besin tüketilmeli, öğün atlanmamalı, her gün düzenli olarak kahvaltı yapılmalı, yiyecekler iyi çiğnenmeli, günlük yağ tüketimi azaltılmalı, doymuş katı yağlar yerine sıvı yağlar tüketilmeli, günlük tuz ve şeker tüketimi azaltılmalı, posalı yiyecek tüketimi artırılıp, bol sebze, meyve ve su tüketilmelidir. Ayrıca sağlıklı bir beslenme alışkanlığının kazanılmasında enerjinin protein, yağ ve karbonhidratlardan karşılanma yüzdesi de önemlidir. Çeşitli yaş grupları düzeyinde oranlar farklılaşmakla beraber sağlıklı bir yetişkinin günlük alması gereken enerjinin %10-15 kadarı proteinlerden, %55-60 kadarı karbonhidratlardan ve yağlardan ise en fazla %30 kadarı temin edilmelidir (69).

2.4.4. Yeterli Fiziksel Aktivite

Sonucunda enerji harcanan tüm bedensel faaliyetlere fiziksel aktivite denilmektedir (76). Egzersiz ise soluk verip alma hız ve derinliğini, kalp atım hızını belli bir miktarda artıran, bir miktar terlemeye sebep olan kol ve bacak gibi büyük kaslarla yapılan bazal seviyenin üstünde enerji sarf ettiren bedensel hareketlere denilmektedir. Egzersiz fiziksel aktivitenin alt grubudur. Egzersiz, fiziksel uygun oluşun birkaç unsurunu geliştirebilmek amacıyla yapılan devamlı aktivitedir. Fiziksel uygun oluş ise; günlük faaliyetleri yorgunluk meydana gelmeden, enerjik bir şekilde

yapabilmek ve ansızın meydana gelebilecek durumlara hazırlıklı olabilmek şeklinde tanımlanmaktadır (77).

Fiziksel aktivite sadece yorucu ve ağır uzun mesafe koşuları veya herhangi bir sporu yapmak anlamına gelmemektedir. Örneğin; parkta kısa yürüyüşlere çıkmak, kişilerin işine veya okuluna yürüyerek gitmesi, asansör yerine merdiven kullanımı gidilecek yere birkaç durak önce inip yürümek de sağlık için gerekli olan fiziksel aktivitelerden sayılmaktadır (76).

Sedanter bir yaşam tarzına sahip olma ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının insanların hayatında yeterince yer bulmamış olması günümüzün sağlık problemlerinin ana sebeplerinin başında gelmektedir (78). Bununla birlikte fiziksel aktivitenin genç-yaşlı farkı olmaksızın her yaş grubundan bireylerin sağlığı için faydalı olduğu bilinmektedir (79). Yeterli fiziksel aktivitenin kalp damar hastalıkları, strok, yüksek tansiyon, diyabet, fazla kiloluluk ve obezite, kas ve iskelet sistemi hastalıkları, osteoporoz ve çeşitli kanser türlerinin gelişimini engellemek gibi konularda faydalı olduğu belirtilmektedir (76). Ayrıca yeterli fiziksel aktivite gençlerin ve çocukların sağlıklı büyüme, gelişme ve sosyalleşmelerine yardımcı olup, sağlığa zararlı kötü alışkanlıklardan uzak durmalarında, yaşlılar için ise aktif bir yaşlılık sağlanmasında, sağlıkla ilişkili zihinsel ve bedensel tüm fonksiyonların devamı ve korunmasında kısacası tüm yaşam süresince yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli etkileri vardır (79).

Fiziksel aktivitenin sağlık için tüm bu faydalarına rağmen küresel olarak dört yetişkinden biri, ergenlerin ise %81'i düzenli fiziksel aktivite yapmamaktadır (80). Ülkemizde de yapılan çalışmalarda kadın ve erkeklerin yeterli fiziksel aktivite yapmadıkları ve yaşla birlikte yetersiz fiziksel aktivitede bulunma durumunun arttığı belirtilmektedir (81).

2.4.5. Stres Yönetimi

Günümüzde süratle gelişen ve farklılaşan hayat koşulları bireylerin ruhsal ve fiziksel sınırlarının zorlanmasına sebep olmuş ve aynı zamanda bu sınırlar için bir

tehdit oluşturmaktadır. Bu zorlama ve tehditler insanın uyum çabasını meydana getirmektedir. Değişim o kadar süratli olmaktadır ki insanlar hayatlarının büyük bir bölümünde zorlanmaktadır. Bu sebeple stres terimi sık kullanılan ve karşılaşılan bir terim olmuştur (82). Buna göre stres, insanların tehdit veya zor bir durumla karşılaştıkları zaman ortaya koydukları içsel tepkiye verilen isimdir (83). Stresin başka bir anlamı ise insan bünyesinin dengede olmasını engelleyen etmenlerin tümüdür (84).

Stresin birçok sebebi bulunabilmektedir. Bunlar temelde üç gruba ayrılmaktadır; sosyal faktörler (dış ortam faktörleri ve kültürel durumlar vb.), bedensel faktörler (travma, aşırı sıcak veya soğuk) ve psikolojik faktörlere bağlı olabilmektedir (85). Hayat kalitesini artırma ve stresle baş edebilmek için meydana gelen durumu veya duruma gösterilen tepkileri değiştirmeye stres yönetimi denilmektedir (86).

Hayatın devamı, ilerlemek, başarılı ve mutlu olmak için bir miktar stres gereklidir. Çünkü stres hayatı devam ettirmek, problemlerin üstesinden gelmek, hayat kalitesini yükseltmek için kişileri harekete geçirir (87). Ancak bu olumlu taraflarının yanında stres durumunun uzaması durumunda organ ve sistemlerin sağlığı tehlikeye girmektedir (84). Bu yüzden stresi azaltma ve stresle baş edebilme sağlığın geliştirilmesinde önemlidir (88).

İnsan vücudunun strese karşı göstermiş olduğu tepkiler uzun bir süreçte kronik hastalıkların oluşmasına neden olabilmektedir. Bu kronik hastalıklar arasında baş ağrısı, hipertansiyon, kardiovasküler sistem hastalıkları, fiziksel ve bedensel hastalıklar olabildiği gibi, mental veya psikolojik hastalıklar da olabilmektedir. Bu sebeple stresle baş edebilmek için çeşitli teknikler geliştirilmiştir. Bu tekniklerin amacı, stres durumunu en aza indirebilmek, stresi kontrol edebilmek ve stresle baş edebilmeyi kolaylaştırmaktır. Stres kontrolü ve stresle baş edebilme sağlığın geliştirilmesinde önemli basamaklardan biridir. Bilindiği gibi sağlığı geliştirmek, yaşam kalitesini artırıp, hastalıkları önlemektedir (89).

Stres miktarının azaltılması, kişinin dahili ve harici kaynaklarını etkili bir şekilde yönetmesini de sağlar. Dış kaynaklar toplumsal ortamlarda insanlarla kurduğumuz diyalog iken, sağlıklı yeme alışkanlıklarının kazanılması ve rahatlama

tekniklerinin kullanılması stresin kontrolünde iç kaynaklardır. Stresi en aza indirebilmek için sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları kazanmak, stresle baş edebilmek için çeşitli stratejiler geliştirmek, gevşeme tekniklerini uygulamak, eğitim ve yardım alma gibi teknikler faydalı olabilmektedir (89).

2.4.6. Kişilerarası İlişkiler

İnsan sosyal bir varlıktır ve diğer varlıklardan düşünebilmesi ve konuşarak düşündüklerini diğer insanlara aktarabilmesi özelliğiyle ayrılmaktadır. İnsanların toplu halde yaşama isteklerinin temelinde gördüğü ve düşündüğü şeyleri konuşma ve diğer insanlara aktarma ihtiyacı yer almaktadır. Diğer insanlarla sağlıklı iletişim kurabilmek ise toplu halde yaşamanın gereklerindedir (90).

Eşlerin birbiriyle iletişimi, çocukların anne babalarıyla iletişimi, iş arkadaşlarının birbiriyle iletişimi şeklinde kişilerarası iletişim örneklendirilebilir. Toplumdaki kişilerin davranışları büyük oranda, başka bireylerle iletişim şeklinde biçimlenmekte, sürdürülmekte ve gelişmektedir (62). Diğer insanlarla iyi iletişim kurmak; kişilerin şimdiki ve gelecekteki hayatlarına olumlu etkileri olan, sağlığını pozitif yönde etkileyen, stresle baş edebilme ile problemlerin üstesinden gelme yeteneği edinmesine imkan tanıyan "sosyal bir ihtiyaçtır". Hastalıklarla mücadelede hastalıkların morbidite ve mortalitesinin azaltılmasında kişilerarası ilişkilerin olumlu sağlık etkilerinin olduğu çeşitli çalışmalarla ortaya konulmuş olup bu durum kişilerarası iyi ilişkiler kurabilmenin sağlığın belirleyicilerinden biri olduğunu göstermektedir (91).

2.5. Sağlığın Geliştirilmesinde Hekimlerin Rolü

Bir toplulukta "sağlığın korunması ve geliştirilmesi "için temel şart "etkili sağlık eğitimi" vermektir. DSÖ'ye göre sağlık eğitiminin tanımı : "Kişilere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak; kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak; sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla, birey olarak ya da topluca karar aldırma" (92).

Yetişkin bireylerin eğitiminde bireyleri bilgilendirmek, davranış değişiklikleri oluşturmak için çeşitli eğitim tekniklerinden faydalanılmaktadır. Bunlardan bir tanesi rol model olmaktır. Ayrıca yetişkin eğitiminde bir diğer önemli faktör ise eğiticinin niteliğidir. Sağlık eğitimini yapacak kişi eğitimi vereceği konuyu kendisi çok iyi özümsemiş olmalı ve konunun önemine kendisi de inanmış olmalıdır (93).

Tüm bu gereksinimleri bünyesinde barındıran sağlık çalışanları mesleğin onlara yüklediği sorumluluk ve toplumsal rollerinden dolayı gösterdikleri hayat tarzı ile örnek olmalı ve hizmet sundukları hasta grubuna tesir etme özelliğinden dolayı öncelikle kendi yaşam biçimlerini sağlıklı hale dönüştürmeli ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemelidirler (94).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Yer ve Zaman Özellikleri

Kesitsel tipte planlanan bu çalışma, Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi'nde 1 Ocak 2022 ile 31 Haziran 2022 tarihleri arasında yürütüldü.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde 2021-2022 döneminde eğitim alan 375 intern hekim ve aynı dönemde ihtisas yapan 423 araştırma görevlisi oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tamamına ulaşılmaya çalışıldı. Asistan hekimlerin %88'ine (n=374), intern hekimlerin ise %90'ına (n=338) ulaşıldı.

3.3. Etik ve İdari İzinler

Çalışma için Atatürk Üniversitesi Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Kurulu'ndan (Karar no:20.01.2022-02), Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar No:27.01.2022-37), veri toplanması için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan ve Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimliği'nden izin alındı.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği genel puanı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyut (fiziksel aktivite, beslenme, sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler, manevi gelişim, stres yönetimi) puanları çalışmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktaydı.

Bağımsız Değişkenler

Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, gelir durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, kronik hastalık varlığı, devamlı ilaç kullanma durumu, sağlığını değerlendirme durumu, asistan hekimler için de ayrıca çalıştıkları bölüm ve nöbet tutma durumu bu çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktaydı.

3.5. Veri Toplama Aşamaları

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak kullanılan anket formu iki bölümden oluşmaktaydı. Formun ilk bölümünü araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanan, asistan hekim ve intern hekimlerin sosyodemografik özelliklerini, çalışmayla ilgili çeşitli durumlarını ve sağlıkla ilgili davranışlarını sorgulayan asistan hekimler için 12, intern hekimler için 10 soru oluşturuyordu. Asistan hekimler için ek olan sorular nöbet durumu ve çalıştıkları birim idi.

Anket formunun ikinci bölümü, katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla uygulanan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'yi içermekteydi. Bu ölçek, 1987 yılında Walker ve arkadaşları (95) tarafından geliştirilmiş, 1996'da revize edilmiştir (96) . Bu çalışmada bahsi geçen ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Bahar ve arkadaşları tarafından yapılan ikinci versiyonu kullanıldı (63). Ölçek 52 madde ve altı alt boyuttan oluşmaktaydı. Ölçek ‘‘manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi’’ alt boyutlarından oluşmaktaydı. Genel ölçek Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.94'tür. Ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları ise sağlık sorumluluğu 0.77, fiziksel aktivite 0.79, beslenme 0.68, manevi gelişim 0.79, kişilerarası ilişkiler 0.80, stres yönetimi 0.64'tür.

Tablo 1. Cronbach alpha katsayısı için ölçeklerin güvenilirliklerinin değerlendirilmesinde kullanılan kesme değerleri (97);

Aralık	Karar
$0.81 < \alpha < 1$	Yüksek
$0.61 < \alpha < 0.80$	Orta
$0.41 < \alpha < 0.60$	Düşük
$0.00 < \alpha < 0.40$	Güvenilir değil

SYBDÖ II dördümlü likert tipinde olup "hiçbir zaman" yanıtı için 1, "bazen" yanıtı için 2, "sık sık" yanıtı için 3, "düzenli olarak" yanıtı için 4 puan verilmektedir. Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu olup, alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçekten alınan puanların artması kişilerin ifade edilen sağlık davranışlarına yüksek düzeyde sahip olduğu anlamına gelmektedir (63). SYBDÖ II'nin alt boyutlarının her birinin madde numaraları, madde sayısı, alınabilecekleri en yüksek ve en düşük puanlar Tablo 2'de verildi.

Tablo 2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Alt Gruplara Göre Madde Dağılımı, Madde Sayısı, En Düşük, En Yüksek Puanlar

Alt Gruplar	Ölçekteki Madde Numaraları	Madde Sayısı	Puan Aralığı
Manevi gelişim	6,12,18,24,30,36,42,48,52	9	9-36
Sağlık Sorumluluğu	3,9,15,21,27,33,39,45,51	9	9-36
Fiziksel Aktivite	4,10,16,22,28,34,40,46	8	8-32
Beslenme	2,8,14,20,26,32,38,44,50	9	9-36
Kişilerarası ilişkiler	1,7,13,19,25,31,37,43,49	9	9-36
Stres Yönetimi	5,11,17,23,29,35,41,47	8	8-32
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Genel Puanı	1-52.maddeler	52	52-208

Anket Formunun Uygulanması

Araştırma anketinin ön denemesi anabilim dalımıza staja gelen 25 intern hekime uygulandıktan sonra alınan geri bildirimlere göre anket düzenlenerek son şekli verildi. Son şekli verilen anketler intern ve asistan hekimlere, eğitim aldıkları ya da görevli oldukları anabilim dallarında ziyaret edilerek, gözetim altında uygulandı. Anketin doldurulması her bir katılımcı için yaklaşık 20 dk. sürdü.

Verilerin Analizi

Çalışmanın verileri SPSS 26 programı kullanılarak analiz edildi.

Nümerik verilerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama, standart sapma, ortanca ve çeyreklikler şeklinde verildi. Nümerik verilerin normal dağılıma uygunluğu, Kolmogrov-Smirnov testi, çarpıklık ve basıklık için hesaplanan z değerleri, grafik yöntemi ile araştırıldı. Normal dağılıma uyan nümerik verilerin analizinde bağımsız örneklerde t testi ve tek Yönlü ANOVA testleri kullanıldı. Normal dağılıma uymayan verilerin analizinde ise Man-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanıldı. Post-hoc ikili karşılaştırmalarda Bonferoni ve Bonferoni düzeltmeli Man-Whitney U testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde sonuçlar $p < 0.05$ olduğunda anlamlı kabul edildi.

3.6. Araştırma Planı ve Zaman Çizelgesi

Tablo 3. Araştırma Planı ve Zaman Çizelgesi

	2021	2022				2023			
	Kasım-Aralık	Ocak-Şubat-Mart	Nisan-Mayıs-Haziran	Temmuz-Ağustos-Eylül	Ekim-Kasım-Aralık	Ocak-Şubat-Mart	Nisan-Mayıs-Haziran	Temmuz-Ağustos-Eylül	Ekim-Kasım
Konu İle İlgili Literatür Taranması									
Ön denemenin yapılması, gerekli izinlerin alınması, anket formunun hazırlanması									
Veri toplama, veri işleme									
Verilerin analizi, yorumlanması									
Araştırma raporunun oluşturulması									

4. BULGULAR

Bu çalışmanın bulguları üç bölüm halinde ele alınmıştır. İlk bölümde çalışmadan elde edilen Cronbach Alpha değerleri, ikinci bölümde sosyodemografik özellikler, çalışma durumu ve sağlıkla ilişkili verilerin tanımlayıcı istatistikleri, üçüncü bölümde sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilgili faktörler sunulmuştur.

Bu çalışmada bulunan Cronbach alpha güvenilirlik katsayıları; genel ölçek puanı için 0.90, kişiler arası ilişkiler alt boyutu için 0.73 , beslenme alt boyutu için 0.60, sağlık sorumluluğu alt boyutu için 0.74, fiziksel aktivite alt boyutu için 0.81, stres yönetimi alt boyutu için 0.63, manevi gelişim alt boyutu için 0.80 bulundu. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin güvenilirliği Tablo 4'te verildi.

Tablo 4. Ölçeğin Alt Boyutlarının Cronbach Alpha Güvenilirlik Katsayıları

Ölçeğin Alt Boyutları	Cronbach Alpha Güvenilirlik Katsayısı
Kişiler Arası İlişkiler	0.73
Beslenme	0.60
Sağlık Sorumluluğu	0.74
Fiziksel Aktivite	0.81
Stres Yönetimi	0.63
Manevi Gelişim	0.80
Ölçek Cronbach Alpha Katsayısı	0.90

Katılımcıların %52.5'i (n=374) asistan hekim, %47.5'i (n=338) intern hekim idi. Hekimlerin %50.4'ü kadın , %49.6'sı erkekti. Yaş ortalamaları 26.6±3.4 (min. 23, max. 46) idi. Katılımcıların % 75'i 23-28 yaş aralığında, %22.5'i 29-34 yaş aralığında, %2.5'i 35 yaş ve üstündeydi.

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında %22.8'i evli, %77.2'si ise evli değildi. Tüm katılımcıların %12.1' i çocuk sahibi idi.

Katılımcıların %18.7'si gelir durumlarını ‘‘iyi’’ , %63.7'si ‘‘orta’’, %17.6'sı ‘‘kötü’’ olarak değerlendirdi. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı bilgileri Tablo 5’ te verildi.

Tablo 5. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Görevi		
Asistan	374	52.5
İntern	338	47.5
Yaş grupları		
23-28	534	75.0
29-34	160	22.5
35 ve üstü	18	2.5
Cinsiyet		
Kadın	359	50.4
Erkek	353	49.6
Medeni durumu		
Evli	162	22.8
Evli olmayan	560	77.2
Çocuk sahibi olma durumu		
Var	86	12.1
Yok	626	87.9
Gelir durumu		
İyi	133	18.7
Orta	454	63.7
Kötü	125	17.6
Toplam	712	100

Asistan hekimlerin %65.5'i dahili bölüm asistanı, %28.9'u cerrahi bölüm asistanı ve %5.6'sı ise temel bilimler asistanıydı.

Asistan hekimlerin %90.3'ü nöbet tutuyor, %8.7'si nöbet tutmuyordu. Asistan hekimlerin çalıştıkları birimlere ve nöbet durumlarına göre dağılımları Tablo 6'da verildi.

Tablo 6. Asistan Hekimlerin Çalıştıkları Birimlere ve Nöbet Durumlarına Göre Dağılımları

Çalışılan Birim	Sayı	Yüzde
Dahili Bilimler	245	65.5
Cerrahi Bilimler	108	28.9
Temel Bilimler	21	5.6
Nöbet Durumu		
Evet	338	90.3
Hayır	36	8.7
Toplam	374	100

Katılımcıların %20.9'u sigara kullanıyor ,%3.4'ü ise bırakmıştı.

Alkol kullanan katılımcıların sıklığı ise %14.2 idi. Katılımcıların %9.8'inin kronik bir hastalığı mevcuttu.

Asistan ve intern hekimlerin %9.8'inin ise devamlı kullandıkları en az bir ilaç bulunuyordu.

Katılımcıların %62.1'i sağlık durumlarını "iyi", %34.7'si "orta düzeyde" , %3.2'si "kötü" olarak değerlendirdi. Asistan ve intern hekimlerin sağlıkla ilgili sorulara ilişkin verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 7'de gösterildi.

Tablo 7. Katılımcıların Sağlıkla İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı

Sağlıkla İlgili Soru	Sayı	Yüzde
Sigara kullanma durumu		
Evet	149	20.9
Hayır	539	75.7
Bıraktım	24	3.4
Alkol kullanma durumu		
Evet	101	14.2
Hayır	611	85.8
Kronik hastalık durumu		
Evet	70	9.8
Hayır	642	90.2
Devamlı ilaç kullanma durumu		
Evet	70	9.8
Hayır	642	90.2
Sağlık algısı		
İyi	442	62.1
Orta	247	34.7
Kötü	23	3.2
Toplam	712	100

Cinsiyete göre SYBDÖ II genel puanı bakımından kadınlarla erkekler arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$), kişiler arası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu alt boyut puanları kadınların lehine (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.010$) yüksek bulundu. Diğer alt boyut puanları bakımından cinsiyetler arasında anlamlı fark tespit edilmedi (tümü için $p>0.05$). Katılımcıların cinsiyetler açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışları genel puanı ve alt ölçek puanlarının dağılımı Tablo 8’de gösterildi.

Tablo 8. Katılımcıların Cinsiyetler Açısından Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Boyutlar	Cinsiyet (N=712)		İstatistik	
	Erkek (n=353) (Ortalama± SS)/ Ortanca(IQR)	Kadın (n=359) (Ortalama ± SS)/ Ortanca(IQR)		
Kişiler arası ilişkiler puanı	23.6±4.0	24.7±3.7	t=-3.5	p<0.001
Beslenme puanı	18.9±3.8	18.8±3.4	t=0.9	p=0.923
Fiziksel aktivite puanı	16.0(6)	16.0(7)	U=58767.5	p=0.093
Manevi gelişim puanı	24.6±4.7	25.0±4.2	t=-1.2	p=0.214
Stres yönetimi puanı	17.6±3.6	18.1±3.3	t=-1.6	p=0.108
Sağlık sorumluluğu puanı	18.3±3.8	19.0±3.9	t=-2.5	p=0.010
Genel puan	119.2±17.5	120.8±15.4	t=-1.3	p=0.193

*SS: Standart sapma, U:Man-Whitney u test istatistiği, t:Student t testi, p:anlamlılık düzeyi, IQR: Çeyreklikler arası mesafe

Katılımcılar yaş gruplarına göre kategorilere ayrıldığında ise 23-28 ile 29-34 yaş grupları arasında stres yönetimi alt boyutu dışında genel ölçek puanı ve alt boyutların hiçbirinde gruplar arasında anlamlı fark gözlenmedi (tümü için $p>0.05$). Yaş aralığı 23-28 olan katılımcıların stres yönetimi puanları 29-34 yaş grubundaki katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0.007$). Asistan ve intern hekimlerin yaş gruplarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları genel puanı ve alt boyut puanlarının dağılımı Tablo 9’da sunuldu.

Tablo 9. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Genel Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Boyutlar	Yaş grupları (N=712)			İstatistik	
	23-28 yaş (n=534)	29-34 yaş (n=160)	35 yaş ve üstü (n=18)		
Kişiler arası ilişkiler puanı	24.2±3.8	24.0±4.0	25.4±4.8	F=0.960	p=0.383
Beslenme puanı	18.9±3.6	18.6±3.8	19.5±2.7	F=0.759	p=0.468
Fiziksel aktivite puanı	16.1±4.4	15.4±4.3	15.5±4.5	F=1.101	p=0.215
Manevi gelişim puanı	24.8±4.4	24.8±4.5	24.4±4.8	F=0.061	p=0.941
Stres yönetimi puanı	18.1±3.4 ^a	17.4 ± 3.5 ^a	17.9±3.3	F=5.045	p=0.007
Sağlık sorumluluğu puanı	18.8±3.9	18.3±3.7	19.09±3.5	F=1.541	p=0.333
Genel puan	120.7±16.3	117.7±17.0	122.0±18.0	F=2.092	p= 0.124

^a: Gruplar arasında anlamlı düzeyde fark vardır.

*SS: Standart sapma, F:Anova katsayısı, p:anlamlılık düzeyi, IQR: Çeyreklikler arası mesafe

Katılımcılardan boşanmışların sayısının düşük olması sebebiyle analizler medeni duruma göre boşanmışlar ve bekarlar birleştirilerek yürütüldü. Evliler ve evli olmayanların stres yönetimi ve fiziksel aktivite dışında kalan tüm diğer alt boyut puanları benzer dağılıyordu (tümü için $p>0.05$). Stres yönetimi ve fiziksel aktivite alt boyut puanları açısından evli olmayan grup lehine anlamlı düzeyde fark vardı (sırasıyla $p=0.012$, $p=0.049$). Katılımcıların medeni durumlarına göre SYBDÖ II genel ölçek puanı ve alt boyut puanlarının dağılımı Tablo 10'da sunuldu.

Tablo 10. Katılımcıların Medeni Duruma Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Genel Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Medeni durum(N=712)				
Boyutlar	Evli	Evli olmayan	İstatistik	
	(n=162)	(n=560)		
	(Ortalama±SS)/ Ortanca(IQR)	(Ortalama±SS)/ Ortanca(IQR)		
Kişiler arası ilişkiler puanı	24.1±4.1	24.2±3.8	t=-0.125	p=0.901
Beslenme puanı	18.5±3.6	19.0±3.6	t=-1.354	p=0.176
Fiziksel aktivite puanı	15.0(6)	16.0(6)	U=40032.0	p=0.049
Manevi gelişim puanı	24.8±4.7	24.8±4.4	t=0.171	p=0.864
Stres yönetimi puanı	17.2±3.5	18.0±3.4	t=-2.512	p=0.012
Sağlık sorumluluğu puanı	18.5±3.8	18.7±3.9	t=-0.625	p=0.532
Genel puan	118.1±17.2	120.6±16.3	t=-1.718	p=0.086

*SS:Standart sapma, U:Man-Whitney u test istatistiği, t:Student t testi istatistiği, p:anlamlılık düzeyi
IQR: Çeyreklikler arası mesafe

Çocuk sahibi olma durumlarına göre; gruplar arasında genel ölçek puanı, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler, beslenme ve manevi gelişim alt boyut puan dağılımları arasında anlamlı bir fark tespit edilmezken (tümü için $p>0.05$), çocuk sahibi olmayan katılımcıların stres yönetimi alt ölçek boyutu puanı anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0.020$). Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre SYBDÖ II genel ölçek puanı ve alt boyut puanlarının dağılımı Tablo 11’de sunuldu.

Tablo 11. Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Genel ve Alt boyut Puanlarının Dağılımı

Çocuk sahibi olma durumu (N=712)				
	Evet (n=86)	Hayır (n=626)		
Boyutlar	(Ortalama ± SS)/ Ortanca(IQR)	(Ortalama ± SS)/ Ortanca(IQR)	İstatistik	
Kişiler arası ilişkiler puanı	24.2±4.2	24.1±3.9	t=0.186	p=0.853
Beslenme puanı	18.8±3.7	18.9±3.6	t=-0.174	p=0.862
Fiziksel aktivite puanı	14.0(6)	16.0(6)	U=24738.5	p=0.222
Manevi gelişim puanı	25.1±4.5	24.7±4.4	t=0.558	p=0.577
Stres yönetimi puanı	17.0±3.5	18.01±3.5	t=2.373	p=0.020
Sağlık sorumluluğu puanı	18.5±4.1	18.7±3.8	t=-0.481	p=0.631
Genel puan	118.3±16.4	120.3±16.5	t=-1.019	p=0.308

*SS:Standart sapma, U:Man-Whitney u test istatistiği, t:Student t testi istatistiği, p:anlamlılık düzeyi
IQR: Çeyreklikler arası mesafe

Çalıştıkları birimlere göre asistan hekimlerin beslenme ve fiziksel aktivite alt boyut puanları benzer dağılırken (tümü için $p>0.05$), stres yönetimi, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, sağlık sorumluluğu ve genel ölçek puanı bakımında anlamlı fark bulundu (sırasıyla $p<0.001$ $p<0.026$, $p=0.005$, $p=0.013$, $p=0.002$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalarda stres yönetimi alt boyutu bakımından cerrahi ve temel, cerrahi ve dahili grupları arasında fark saptanırken (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.002$), manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, sağlık sorumluluğu ve genel ölçek puanı alt boyutlarındaki fark ise cerrahi ve dahili bilimlerde arasında bulundu (sırasıyla $p=0.007$, $p=0.007$, $p=0.011$ $p=0.001$). Asistan hekimlerin çalıştıkları birimlere göre SYBDÖ II genel puanı ve alt boyut puanlarının dağılımı Tablo 12’de gösterildi.

Tablo 12. Asistan Hekimlerin Çalıştıkları Birimlere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Dağılımı

Asistan hekimlerin çalıştıkları birim(N=374)					
Boyutlar	Temel bilimler	Dahili bilimler	Cerrahi bilimler	İstatistik	
	(n=21)	(n=245)	(n=108)		
	(Ortalama ± SS)/ Ortanca(IQR)	(Ortalama ± SS)/ Ortanca(IQR)	(Ortalama ± SS)/ Ortanca(IQR)		
Kişiler arası ilişkiler puanı	24(4)	25(6) ^a	23(6) ^a	KW=9.805	p=0.005
Beslenme puanı	20.1±3.17	18.7±3.4	18.3±4.0	F=2.092	p=0.125
Fiziksel aktivite puanı	15.0(13)	15.0(20)	15(20)	KW=0.316	p=0.854
Manevi gelişim puanı	25.0(14)	25.0(27) ^a	24(23) ^a	KW=7.337	p=0.026
Stres yönetimi puanı	18.9±3.0 ^b	17.7±3.2 ^a	16.2±3.4 ^{a,b}	F=10.276	p<0.001
Sağlık sorumluluğu puanı	18.8±4.4	18.9±3.7 ^a	17.6±3.8 ^a	F=4.362	p=0.013
Genel puan	119(18)	120(18) ^a	113(24) ^a	KW=12.430	p=0.002

^{a,b}: Aynı üst karakteri taşıyan gruplar arasında anlamlı düzeyde fark vardır.

*SS:Standart sapma, KW:Kruskal-Wallis test istatistiği, F:Anova test istatistiği, p:anlamlılık düzeyi, IQR: Çeyreklikler arası mesafe

Katılımcıların gelir durumlarına göre genel ve alt ölçek boyut puanlarının tümü benzer dağılıyordu (tümü için p>0.05). Katılımcıların gelir durumlarına göre genel ve ölçek alt boyut puanlarının dağılımı Tablo 13’de verildi.

Tablo 13. Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre Genel Ölçek Puanları ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Gelir durumu(N=712)					
Boyutlar	İyi (n=133)	Orta (n=454)	Kötü (n=125)	İstatistik	
	(Ortalama ± SS)/ Ortanca(IQR)	(Ortalama ± SS)/ Ortanca(IQR)	(Ortalama ± SS)/ Ortanca(IQR)		
Kişiler arası ilişkiler puanı	24.1±3.7	24.3 ±3.9	23.6±3.8	F=1.492	p=0.226
Beslenme puanı	18.9±3.7	19.07±3.6	18.2±3.6	F=2.699	p=0.068
Fiziksel aktivite puanı	16(6)	16(7)	16(6)	KW=2.929	p=0.231
Manevi gelişim puanı	24.9±4.3	24.7±4.5	24.8±4.5	F=0.055	p=0.946
Stres yönetimi puanı	18.1±3.5	17.8±3.4	17.7±3.6	F=0.648	p=0.523
Sağlık sorumluluğu puanı	18.8±3.9	18.7±3.9	18.3±3.8	F=0.754	p=0.471
Genel puan	120.0±16.5	120.0±16.2	119.1±17.6	F=0.423	p=0.655

*SS:Standart sapma, KW:Kruskal-Wallis test istatistiği, F:Anova test istatistiği, p:anlamlılık düzeyi, IQR: Çeyreklikler arası mesafe

Asistan hekimlerin nöbet tutma durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi genel ölçek puanı ve sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler alt boyut puanları benzer dağılıyor (tümü için $p>0.05$), stres yönetimi alt boyut puanları ise nöbet tutmayan grupta anlamlı yüksek idi ($p=0.005$). Asistan hekimlerin nöbet tutma durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları genel ve ölçek alt boyut puanlarının dağılımı Tablo 14’de sunuldu.

Tablo 14. Asistan Hekimlerin Nöbet Durumlarına Göre Genel ve Ölçek Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Boyutlar	Nöbet durumu(N=374)		İstatistik	
	Evet (n=338)	Hayır (n=36)		
	(Ortalama ± SS)/ Ortanca(IQR)	(Ortalama ± SS)/ Ortanca(IQR)		
Kişiler arası ilişkiler puanı	24.1±3.9	24.5±3.7	t=-0.993	p=0.321
Beslenme puanı	18.8±3.6	19.1±3.6	t=-0.748	p=0.455
Fiziksel aktivite puanı	16.0(6)	16.0(5)	U=24852.5	p=0.686
Manevi gelişim puanı	24.7±4.5	25.2±3.9	t=-1.272	p=0.205
Stres yönetimi puanı	17.7±3.5	18.7±3.4	t=-2.820	p=0.005
Sağlık sorumluluğu puanı	18.6±3.8	18.9±3.9	t=-0.685	p=0.494
Genel puan	119.6±16.7	122.3±15.4	t=-1.606	p=0.109

*SS:Standart sapma, t:Student t testi istatistiği, U:Man-Whitney u testi istatistiği, p:anlamlılık düzeyi, IQR:Çeyreklikler arası mesafe

Asistan ve intern hekimlerin sigara kullanma durumlarına göre; genel ölçek ve sağlık sorumluluğu alt boyut puanları sigara kullanmayanlar lehine yüksekti (sırasıyla p=0.024, p=0.026). Katılımcıların sigara içme durumlarına göre genel ölçek puanı ve alt boyut puanlarının dağılımı Tablo 15’te sunuldu.

Tablo 15. Katılımcıların Sigara Kullanma Durumlarına Göre Genel Ölçek Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Boyutlar	Sigara kullanma durumu(N=712)			İstatistik	
	Evet (n=149)	Hayır (n=539)	Bıraktım (n=24)		
	(Ortalama ± SS)/ Ortanca(IQR)	(Ortalama ± SS)/ Ortanca(IQR)	(Ortalama± SS)/ Ortanca(IQR)		
Kişiler arası ilişkiler puanı	23.7±3.8	24.3±3.9	24.0±4.8	F=1.104	p=0.332
Beslenme puanı	18.3±3.8	19.0±3.5	17.9±3.5	F=3.162	p=0.102
Fiziksel aktivite puanı	15.7±4.1	16.0±4.4	15.9±3.9	F=0.248	p=0.780
Manevi gelişim puanı	24.0(6)	25.0(6)	23(6)	KW=7.23 7	p=0.527
Stres yönetimi puanı	17.5 ±3.9	17.9±3.3	17.8±4.0	F=0.735	p=0.480
Sağlık sorumluluğu puanı	18.0±4.1 ^a	19.8±3.7 ^a	18.8±5.5	F=3.669	p=0.026
Genel puan	117.1±17.0 ^a	121.0±16.2 ^a	117.0±19.2	F=3.768	p=0.024

^a: Gruplar arasında anlamlı düzeyde fark vardır.

*SS: Standart sapma, KW:Kruskal-Wallis test istatistiği, F:Anova test istatistiği, p:anlamlılık düzeyi, IQR: Çeyreklikler arası mesafe

Katılımcıların alkol kullanma durumlarına göre fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler, sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyut puanlarında anlamlı fark bulunmazken (tümü için $p>0.05$), genel ölçek puanı, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyut puanları alkol kullanmayanlarda anlamlı düzeyde yüksek idi (sırasıyla $p=0.013$, $p=0.001$, $p=0.040$). Katılımcıların alkol kullanma durumuna göre genel ölçek puanı ve alt boyut puanlarının dağılımı Tablo 16’da sunuldu.

Tablo 16. Katılımcıların Alkol Kullanma Durumuna Göre Genel Ölçek Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Boyutlar	Alkol kullanma durumu(N=712)		İstatistik	
	Evet (n=101) (Ortalama± SS)	Hayır (n=611) (Ortalama± SS)	t	p
Kişiler arası ilişkiler puanı	23.7±4.2	24.2±3.8	t=-1.310	p=0.191
Beslenme puanı	18.4±3.8	18.9±3.6	t=-1.380	p=0.168
Fiziksel aktivite puanı	16.0±4.3	15.9±4.4	t=0.064	p=0.127
Manevi gelişim puanı	23.4±4.5	25.0± 4.4	t=-3.403	p=0.001
Stres yönetimi puanı	17.2±3.7	18.0±3.4	t=-1.959	p=0.040
Sağlık sorumluluğu puanı	18.1±3.8	18.8±3.9	t=-1.527	p=0.949
Genel puan	116.2±16.5	120.7±16.4	t =-2.500	p=0.013

*SS: Standart sapma, t:Student t testi istatistiği, p:anlamlılık düzeyi, IQR: Çeyreklikler arası mesafe

Hekimlerin kronik hastalıkları bulunma durumlarına göre genel ölçek puanı ve beslenme, fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyut puanları benzer dağılıyor (tümü için $p>0.05$), sağlık sorumluluğu alt boyut puanı ise kronik hastalığı olanlarda anlamlı düzeyde yüksek idi ($p=0.031$). Katılımcılarda kronik hastalık bulunma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları genel ölçek puanı ve alt boyut puanlarının dağılımı Tablo 17’de sunuldu.

Tablo 17. Katılımcıların Kronik Hastalıklarının Bulunma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Genel Ölçek Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Kronik hastalık durumu(N=712)				
	Var (n=70)	Yok (n=642)	İstatistik	
Boyutlar	(Ortalama ± SS)	(Ortalama ± SS)		
Kişiler arası ilişkiler puanı	24.6±4.2	24.1±3.9	t=0.949	p=0.343
Beslenme puanı	19.5±3.6	18.8±3.6	t=1.653	p=0.099
Fiziksel aktivite puanı	15.8±4.2	15.9±4.4	t=-0.197	p=0.844
Manevi gelişim puanı	25.2±4.2	24.7±4.5	t=0.864	p=0.388
Stres yönetimi puanı	18.0±3.2	17.8±3.5	t=0.407	p=0.684
Sağlık sorumluluğu puanı	19.6±3.6	18.6±3.9	t=2.155	p=0.031
Genel puan	122.9±16.1	119.7±16.5	t=1.503	p=0.133

*SS: Standart sapma, t:Student t testi istatistiği, p: anlamlılık düzeyi, IQR: Çeyreklikler arası mesafe

Çalışmamızda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili olabileceği düşünülen bir diğer faktör ise hekimlerin devamlı ilaç kullanma durumuydu. Hekimlerin devamlı ilaç kullanma durumlarına göre genel ölçek puanı ve alt boyut puan dağılımlarının tamamı benzerdi (tümü için $p>0.05$). Katılımcıların devamlı ilaç kullanma durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları genel ölçek puanı ve alt boyut puanlarının dağılımları Tablo 18’de verildi.

Tablo 18. Katılımcıların Devamlı İlaç Kullanma Durumlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Genel Ölçek Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Devamlı ilaç kullanma durumu(N=712)				
Boyutlar	Evet (n=70)	Hayır (n=642)	İstatistik	
	(Ortalama ± SS)/ Ortanca(IQR)	(Ortalama ± SS)/ Ortanca(IQR)		
Kişiler arası ilişkiler puanı	24.2±3.7	24.1±3.9	t=0.041	p=0.967
Beslenme puanı	19.3±3.7	18.8±3.6	t=1.248	p=0.212
Fiziksel aktivite puanı	16.0(7)	16.0(6)	U=26650.0	p=0.309
Manevi gelişim puanı	24.9±4.07	24.8±4.5	t=0.202	p=0.840
Stres yönetimi puanı	18.0±3.3	17.8±3.5	t=0.549	p=0.583
Sağlık sorumluluğu puanı	19.0(4)	18.0(5)	U=26000.5	p=0.170
Genel puan	121.7±16.3	119.8±16.5	t=1.022	p=0.307

*SS: Standart sapma, t:Student t testi istatistiği, Man-Whitney u test istatistiği, p:anlamlılık düzeyi, IQR: Çeyreklikler arası mesafe

Asistan ve intern hekimlerin kendi sağlıklarını değerlendirme durumlarına göre genel ölçek puanı ve beslenme, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt boyut puanlarının tümü benzer dağılıyordu (tümü için $p>0.05$). Yalnızca kişilerarası ilişkiler ve fiziksel aktivite alt boyutunda anlamlı bir fark bulundu. Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalarda kişiler arası ilişkiler alt boyutunda fark iyi-kötü arasında, fiziksel aktivite alt boyutunda bulunan anlamlılık iyi-kötü ile kötü-orta grupları arasında idi (sırasıyla $p=0.005$, $p=0.005$, $p=0.002$). Sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren katılımcıların kişilerarası ilişkiler puanı kötü olarak değerlendiren katılımcılardan, kötü olarak değerlendiren katılımcıların fiziksel aktivite alt boyut puanları diğer katılımcılardan anlamlı daha yüksek idi (sırasıyla $p=0.006$, $p=0.007$). Katılımcıların kendi sağlıklarını değerlendirme durumlarına göre genel ölçek puanı ve alt boyut puanlarının dağılımı Tablo 19’da sunuldu.

Tablo 19. Katılımcıların Kendi Sağlıklarını Değerlendirme Durumlarına Göre Genel Ölçek Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Sağlık algısı(N=712)					
	İyi (n=442)	Orta (n=247)	Kötü (n=23)	İstatistik	
Boyutlar	(Ortalama ± SS)/ Ortanca(IQR)	(Ortalama ± SS)/ Ortanca(IQR)	(Ortalama± SS)/ Ortanca(IQR)		
Kişiler arası ilişkiler puanı	24.4±3.8 ^a	24.0±3.9	21.7±4.3 ^a	F=5.152	p=0.006
Beslenme puanı	19.1±3.6	18.5±3.5	18.5±4.5	F=2.578	p=0.077
Fiziksel aktivite puanı	16.0(6) ^a	15.0(5) ^b	19(8) ^{a,b}	KW=10.020	p=0.007
Manevi gelişim puanı	24.9±4.4	24.7±4.4	23.3±4.6	F=1.409	p=0.245
Stres yönetimi puanı	18.0±3.4	17.6±3.5	17.1±4.3	F=1.692	p=0.185
Sağlık sorumluluğu puanı	19.0(5)	18.0(4)	18(5)	KW=1.756	p=0.416
Genel puan	121.0±16.5	118.7±16.0	116.5±21.3	F=1.989	p=0.138

^{a,b}: Aynı üst karakteri taşıyan gruplar arasında anlamlı fark vardır.

SS: Standart sapma, KW:Kruskal-Wallis test istatistiği, F:Anova test istatistiği, p:anlamlılık düzeyi, IQR: Çeyreklikler arası mesafe

Katılımcıların fiziksel aktivite alt boyutu, stres yönetimi ve genel ölçek puanlarında internler lehine anlamlı düzeyde fark saptandı (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.020$). Diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık tespit edilmedi (tümü için $p<0.05$). Asistan ve intern hekimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği genel puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırması Tablo 20’de gösterildi.

Tablo 20. Asistan ve intern hekimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği genel puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırması

SYBDÖ II	Asistan	İntern	İstatistik	
	(Ortalama±SS)/ Ortanca(IQR) (n=374)	(Ortalama±SS)/ Ortanca(IQR) (n=338)		
Kişiler arası ilişkiler puanı	24.2±3.8	24.1±3.9	t=-0.61	p=0.530
Beslenme puanı	18.7±3.6	19.1±3.6	t=1.4	p=0.130
Fiziksel aktivite puanı	15.0(6)	16.0(7)	U=52741.5	p<0.001
Sağlık sorumluluğu puanı	18.5±3.8	18.8±3.9	t=1.1	p=0.260
Stres yönetimi puanı	17.4±3.3	18.4±3.5	t=4.01	p<0.001
Manevi gelişim puanı	24.8±4.4	24.8±4.5	t=-0.08	p=0.930
Genel puan	118.7±16.0	121.6±16.9	t=2.35	p=0.020

*SS: Standart sapma, U:Man-Whitney u test istatistiği, t:Student t testi, p:anlamlılık düzeyi, IQR:Çeyreklikler arası mesafe

Katılımcıların SYBDÖ II puan ortalaması 120.0±16.5 bulundu. Katılımcıların alt ölçek puanlarına bakıldığında ise kişiler arası ilişkiler alt boyut puanı 24.1±3.9, beslenme alt boyut puanı 18.9±3.6, fiziksel aktivite alt boyut puanı 16.0±4.7, sağlık sorumluluğu alt boyut puanı 18.7±3.9, manevi gelişim alt boyut puanı 24.8±4.4, stres yönetimi alt boyut puanı ise 17.8±3.5 idi. Katılımcıların alt boyutlardan en yüksek puanı manevi gelişim en düşük puanı ise fiziksel aktivite alt boyutundan aldıkları görüldü. Hekimlerin SYBDÖ II puan dağılımları Tablo 21’de sunuldu.

Tablo 21. Tüm Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Dağılımı

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Ortalama±SS	Ortanca (Q1-Q3)
Kişiler arası ilişkiler puanı	24.1±3.9	24 (22-27)
Beslenme puanı	18.9±3.6	19 (17-21)
Fiziksel aktivite puanı	15.9±4.3	16 (13-19)
Sağlık sorumluluğu puanı	18.7±3.9	18 (16-21)
Stres yönetimi puanı	17.8±3.5	18 (15-20)
Manevi gelişim puanı	24.8±4.4	25 (22-28)
Genel puan	120.0±16.5	120 (110-131)

*SS: Standart Sapma

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda asistan hekim ve intern hekimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını tespit edip, çözüm önerileri sunarak hekimlerin yaşam biçimlerini sağlıklı hale getirmelerine yardımcı olmakta, bu konuda literatüre katkı sağlamaktadır.

Literatürde asistan hekim ve intern hekimlerle yapılmış yeterli çalışma bulunmadığı için kıyaslamalarımızda asistan hekim ve intern hekimlerle yapılmış çalışmalarla beraber sağlık çalışanları, tıp öğrencileri, hemşireler, diş hekimliği öğrencileri ve eczacılarla yapılmış çalışmalara da başvurulmuştur.

SYBDÖ II'den alınabilecek toplam puan 52-208 arasında değişmekte olup alınan yüksek puanlar bireylerin yüksek oranda sağlıklı yaşam biçimi davranışları edindiğini göstermektedir. Ölçeğin herhangi bir kesme noktası bulunmamaktadır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarıyla İlişkili Faktörler

Cinsiyet

Çalışmamızda katılımcıların %50.4'ü kadın, %49.6'sı erkek katılımcı olarak saptanmıştır. Bu çalışmada kişiler arası ilişkiler alt boyutu ile sağlık sorumluluğu alt boyut puanı kadınlarda anlamlı daha yüksek tespit edilmiştir. Kişiler arası ilişkiler alt boyutu kadınlarda 24.7 ± 3.7 erkeklerde 23.6 ± 4.0 , sağlık sorumluluğu alt boyut puanı kadınlarda 19.0 ± 3.9 erkeklerde 18.3 ± 3.8 bulunmuştur.

Çevik ve arkadaşlarının aile hekimlerinde yaptıkları çalışmalarında sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt boyutları kadınlarda anlamlı yüksek (98), Çakır ve arkadaşlarının dahili ve cerrahi asistanıyla yaptıkları çalışmasında beslenme alt boyutu kadınlarda anlamlı yüksek (99), Pasinlioğlu ve Gözüm'ün sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmasında beslenme alt boyutu kadınlarda, egzersiz alt boyutu ise erkeklerde anlamlı yüksek (7), Akgül ve Güler'in sağlık çalışanlarında yürüttükleri çalışmasında stres yönetimi ve egzersiz alt boyutu erkeklerde anlamlı

yüksek iken beslenme alt boyutu kadınlarda anlamlı yüksek (100), Yalçınkaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmada sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutu kadınlarda anlamlı yüksek (101) saptanmıştır.

Alzahrani ve arkadaşlarının Suudi Üniversitesi'nde tıp öğrencileriyle yaptığı çalışmada erkekler stres yönetimi ve fiziksel aktivitede daha yüksek (102), Pakseresht ve arkadaşlarının İran'da Guilan Üniversitesi tıp öğrencileriyle yaptıkları çalışmalarında kadınlar beslenme ve sağlık sorumluluğu, erkekler fiziksel aktivitede (103), Bhuiyan ve arkadaşlarının Malezya'da prelinik tıp öğrencileriyle yaptıkları çalışmada erkek öğrenciler fiziksel aktivitede (104), Hosseini ve arkadaşlarının Tahran'da hemşirelik öğrencileriyle yaptıkları bir çalışmada ise beslenme, kişiler arası ilişkiler, sağlık sorumluluğu kadınlarda daha yüksek, fiziksel aktivite puanları ise erkeklerde anlamlı daha yüksek (105) tespit edilmiştir.

Verilen literatür bilgileri ışığında genellikle erkeklerin fiziksel aktivite alt boyutunda kadınlardan daha yüksek puanlar aldıkları görülürken, kadınların beslenme alt boyutunda erkeklerden anlamlı daha yüksek puanlar aldıkları ve bu durumun mevcut çalışmanın bulgularından farklı olduğu görülmektedir. Bu çalışma yönüyle kadınların kişiler arası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu alt boyut puanlarının erkeklerden anlamlı daha yüksek olması kadın hekimlerin insanlarla daha iyi iletişim kurduklarını ve sağlıkları konusunda daha sorumlu davrandıklarını göstermektedir. Kadın katılımcıların kişilerle daha iyi iletişim kurmaları ve sorumluluk duygularının erkeklerden daha yüksek olması kadın ve erkeklerin doğuştan getirdikleri biyolojik cinsiyetlerine bağlı farklılıktan kaynaklanmış olabilir.

Yaş

Bu çalışmada katılımcıların %75'i 23-28 yaş aralığında, %22.5'i 29-34 yaş aralığında, %2.5'i 35 yaş ve üstü bulundu. Katılımcıların yaş ortalaması ise 26.6 ± 3.4 bulundu. Buna göre çalışmanın katılımcılarının genç bir yaş grubunda olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda yaş gruplarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları genel puanı ve alt boyut puanlarına bakacak olursak anlamlı farklılığın sadece 23-28 yaş grubu ile 29-34 yaş grubu arasında ve sadece stres yönetimi alt boyutunda olduğu görülmüştür. 23-28 yaş grubu katılımcıların stres yönetimi puanları anlamlı daha yüksek bulunmuştur. 23-28 yaş grubundaki katılımcıların stres yönetimi alt boyut puanı 18.1 ± 3.4 , 29-34 yaş grubundaki katılımcıların stres yönetimi alt boyut puanı 17.4 ± 3.5 tespit edilmiştir.

İlgili literatür incelemelerinde literatürdeki bazı sonuçların bu çalışmanın sonuçlarıyla farklı olduğu görülmüştür. Çevik ve arkadaşlarının aile hekimleriyle yaptıkları çalışmalarında 35 yaş altı grubun anlamlı daha az fiziksel aktivite yaptığı, 45 yaş ve üstü grubun ise beslenmesine daha fazla dikkat ettiği (98), Uçar'ın eczacılarla yaptığı çalışmasında 43-52 yaş grubunda olanların daha genç gruba ve 54-60 yaş arasındaki gruba göre beslenme puan ortalamaları daha yüksek (106), Akgül ve Güler'in sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmalarında 35 yaş üstündeki sağlık çalışanlarında altındakilere göre manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve genel ölçek puanı anlamlı daha yüksek (100), Ege ve arkadaşlarının sağlık personelinde yaptıkları çalışmalarında genel ölçek puanı, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt boyut puanları 36 yaş ve üstünde, 36 yaş altına göre anlamlı daha yüksek (107), Yalçınkaya ve arkadaşlarının sağlık personelleriyle yaptıkları çalışmalarında 40 yaş ve üzeri grubun beslenme alt boyut puan ortalamasının anlamlı daha yüksek (101), Al-Kandari ve arkadaşlarının Kuveyt'te hemşirelik öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında 17-35 yaş arası hemşirelerde yaş arttıkça manevi gelişim ve stres yönetimi puanlarının arttığı (108) bulunmuştur. Literatür verilerine göre yaş arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı görülmekte.

Yaşın ilerlemesiyle beraber çeşitli kronik hastalıkların artışı bireyleri sağlıklarıyla ilgili daha fazla tedbir almaya ve daha sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemeye yönlendirmiş olabilir. Çalışmamızın katılımcılarının genç ve birbirine yakın yaşlarda olmalarından dolayı bu çalışmada böyle bir farklılık tespit edilmemiş olabilir. Ayrıca intern hekimlerin çoğunlukla 23-28 yaş grubunda olmalarından dolayı

çoğunlukla asistan olan 29-34 yaş grubu hekimlere göre çalışma şartlarının asistan hekimlerden daha az yoğun olması, asistan hekimlere göre daha az sorumluluk almaları, stres yönetim tekniklerini daha fazla kullanabilmeleriyle neticelenmiş olabilir.

Bununla birlikte literatüre bakıldığında sağlık personelleriyle yapılan diğer çalışmalarda daha genç grubun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla sergiledikleri de saptanmıştır. Yanık ve Noğay'ın sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmalarında sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, manevi gelişim, genel ölçek puanı 30 yaş altındaki grubun, 30 yaş üstü gruba göre anlamlı daha yüksek (109), Gömleksiz ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencileriyle yaptıkları çalışmalarında 21 yaş altı grubun sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puanı anlamlı daha yüksek (110), Uz ve Kitiş'in hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında 25 yaş altı stres yönetimi daha yüksek (111), Al-Quahtani'nin hemşirelerle yaptıkları bir çalışmada 20-21 yaş arası beslenme, 20-29 yaş arası stres yönetimi puanları anlamlı daha yüksek (112), Hui'nin hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmasında 21 yaş üstü fiziksel aktivite, 21 yaş altı stres yönetimi puanları anlamlı daha yüksek (113) tespit edilmiştir. Burada ki farklılık katılımcıların öğrendikleri bilgileri yaşamlarına uygulama konusunda daha bilinçli olmaları sebebiyle olabilir. Ayrıca daha genç yaş grubun genellikle stres yönetimi alt boyutunda daha yüksek puan almaları yönüyle literatür sonuçlarının bu çalışmanın sonuçlarıyla benzer olduğu söylenebilir.

Medeni Durum

Bu çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde etkili olduğunu düşündüğümüz faktörlerden biri diğeri de medeni durumdur. Çalışmamızda katılımcıların %22.8'i evli, %77.2'si evli değildi. Medeni duruma göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt boyut puanlarının karşılaştırmalarına bakıldığında bu çalışmada yalnızca stres yönetimi ve fiziksel aktivite alt boyut puanları bakımından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Evli olmayanların stres yönetimi ve fiziksel aktivite puanları evlilere göre anlamlı daha yüksek saptanmıştır. Evli olmayanların stres yönetimi puanları 18.0 ± 3.4 evlilerin 17.2 ± 3.5 , evli olmayanların fiziksel aktivite puanları 16.1 ± 4.4 evli olanların 15.3 ± 4.0 bulunmuştur.

Literatürde birbirinden farklı alt boyutlarda olmakla birlikte bu çalışmayla paralel bir şekilde genellikle evli olmayan grubun daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergiledikleri görülmekte. Cürcani ve arkadaşlarının hemşirelerde yaptıkları çalışmalarında evli olmayanların stres yönetimi puanları evlilerden anlamlı daha yüksek (114), Yanık ve Noğay'ın sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmalarında medeni duruma göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyut puanları ve genel ölçek puanı evli olmayanlarda anlamlı daha yüksek (109), Aksoy ve Uçar'ın hemşirelik öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında (115), Nacar ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencilerinde yaptıkları çok merkezli çalışmalarında (116), Pakseresht ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında (103) evli olmayanlarda genel ölçek puanı evlilere göre anlamlı daha yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmadan hareketle stres yönetimi ve fiziksel aktivite puanlarının daha yüksek olmasında etkili faktörün evli olmayanların kendilerine ayıracak daha fazla zamanlarının olmasından dolayı stres yönetimi tekniklerini daha iyi uyguladıkları ve fiziksel aktiviteye daha fazla zaman ayırdıkları düşünülmekte. Ayrıca evli olmayanların evli bireylere göre sorumluluklarının daha az olması streslerini daha iyi yönetmeleriyle neticelenmiş olabilir.

Al-Quahtani'nin hemşirelerle yaptıkları bir çalışmada boşanmış ve evli grubun bekarlardan beslenme alt boyut puan ortalamaları anlamlı daha yüksek (112), Al-Kandari ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında evlilerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları evli olmayanlara ve boşanmışlara göre daha yüksek (108), Hosseini ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencilerinde yaptıkları bir çalışmada ise evlilerin beslenme ve manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları daha yüksek (105) bulunmuştur. Burdaki farklılık ise evli bireylerin aile bireyelerine karşı sorumluluklarının olması dolayısıyla hem rol model olmak anlamında hem de çocuklarının ve ailelerinin sağlığını da koruyabilmek adına kendi sağlıklarına daha fazla dikkat ediyor olmaları sebebiyle olabilir.

Çocuk Sahibi Olma Durumu

Çalışmamızda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği düşünülen faktörlerden bir diğeri çocuk sahibi olma durumudur. Çocuk sahibi olma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına bakıldığında yalnızca çocuk sahibi olmayan katılımcıların stres yönetimi alt boyut puanında anlamlı yüksek fark saptanmıştır. Çocuk sahibi olmayan katılımcıların stres yönetimi alt boyut puanı 18.01 ± 3.5 , çocuk sahibi olan katılımcıların stres yönetimi puanı 17.0 ± 3.5 bulunmuştur.

Şimşekoğlu ve Mayda'nın hemşirelerde yaptıkları çalışmalarında çocuğu olmayanların olanlardan beslenme alt boyut puanı anlamlı düzeyde daha düşük (117), Özkan ve Yılmaz'ın hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında çocuk sahibi olmayanların olanlardan fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyut puanları anlamlı daha yüksek (118), Cürcani ve arkadaşlarının hemşirelerde yaptıkları çalışmalarında çocuk sahibi olmayanların olanlara göre manevi gelişim, stres yönetimi ve genel ölçek puanlarının anlamlı daha yüksek (114), Bostan ve Beşer'in hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında çocuğu olmayanların olanlara göre stres yönetimi, fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler ve genel ölçek puanı bakımından anlamlı daha yüksek (119), Al-Quahtani'nin hemşirelerle yaptıkları bir çalışmada çocuğu olmayanların olanlara göre stres yönetimi ve fiziksel aktivite puanları anlamlı daha yüksek (112) saptanmıştır. Çocuk sahibi olmayanların çocuk sahibi olanlara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından genellikle fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarında daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir. Bu bulgu çalışmamızın bulgularıyla kısmen benzerdir. Çocuk sahibi olmayan katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının anlamlı daha yüksek olmasında çocuk sahibi olmayanların sorumluluklarının daha az olması ve kendilerine daha fazla zaman ayırma imkanlarının olmasından dolayı stres yönetim tekniklerini daha iyi uyguladıkları düşünülmekte.

Asistan Hekimlerin Çalıştıkları Birimler

Bu çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde etkili olabileceği düşünülen faktörlerden bir diğeri asistan hekimlerin çalıştıkları birimlerdir. Bu çalışmada cerrahi bölüm asistanlarının manevi gelişim, stres yönetimi, kişiler arası

ilişkiler, sağlık sorumluluğu alt boyutlarından ve genel ölçek puanından diğer bölüm asistanlarından anlamlı daha düşük puanlar aldıkları tespit edilmiştir. Cerrahi bölüm asistanlarının manevi gelişim alt boyut puanı 23.7 ± 4.5 , dahili bölüm asistanlarının manevi gelişim alt boyut puanı 25.2 ± 4.3 , cerrahi bölüm asistanlarının stres yönetimi alt boyut puanı 16.2 ± 3.4 , dahili bölüm asistanlarının stres yönetimi 17.7 ± 3.2 , temel bilim asistanlarının stres yönetimi 18.9 ± 3.0 , cerrahi bölüm asistanlarının kişiler arası ilişkiler puanı 23.0 ± 3.9 , dahili bölüm asistanlarının kişiler arası ilişkiler puanı 24.7 ± 3.7 , cerrahi bilimler asistanlarının sağlık sorumluluğu alt boyut puanı 17.6 ± 3.8 , dahili bilimler asistanlarının sağlık sorumluluğu alt boyut puanı 18.9 ± 3.7 , cerrahi bilimler asistanlarının genel ölçek puanı 113.8 ± 17.7 , dahili bilimler asistanlarının genel ölçek puanı 120.4 ± 14.8 bulunmuştur.

Çakır ve arkadaşlarının asistan hekimlerde yaptıkları çalışmalarında asistan hekimlerin çalıştıkları birimlere göre genel ölçek puanı ve alt boyutların hiçbirinde anlamlı fark saptanmamıştır (99). Türköl ve Güneş'in asistanlar hekimlerde yaptıkları çalışmalarında temel tıp bilimleri dalında ihtisas yapan asistanların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt boyutlarında ve genel ölçek puanında diğer bilim dallarında çalışanlardan, dahili bölüm asistanlarının ise kişiler arası ilişkiler alt boyutundan diğer bölüm asistanlarından daha yüksek puanlar aldıkları tespit edilmiştir (120).

Literatür bulgularıyla mevcut çalışmanın bulguları benzerdir. Temel tıp bilimleri ve dahili bölüm asistanlarının her ne kadar farklı alt boyutlarda olsa da cerrahi bölüm asistanlarından daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergiledikleri görülmektedir. Bunda etkili faktörün cerrahi bölümlerin daha fazla iş yükünün ve stresli çalışma koşullarının olmasından dolayı cerrahi bölüm asistanlarının kendilerine yeterince zaman ayıramadıklarından dolayı yeterince sağlıklı yaşam biçimi davranışları edinemedikleri düşünülmekte.

Gelir Durumu

Bu çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği düşünülen faktörlerden bir diğeri katılımcıların gelir durumudur. Çalışmamızda hekimlerin gelir durumuna göre genel ölçek puanı ve alt boyut puanlarının hiçbirinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Nacar ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında gelir durumuna iyi diyenlerin genel ölçek puanı anlamlı daha yüksek (116), Çakır ve arkadaşlarının asistan hekimlerde yaptıkları çalışmalarında gelir durumunu iyi olarak algılayanların manevi gelişim, fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puanı anlamlı daha yüksek (99), Türkol ve Güneş'in asistan hekimlerde yaptıkları çalışmalarında gelir durumuna iyi diyenlerin beslenme ve stres yönetimi puanları anlamlı daha yüksek (120), Dörtkol ve Özdemir'in tıp fakültesi öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında gelir durumuna iyi diyenlerin beslenme puanı anlamlı daha yüksek (121), Şimşek ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında ekonomik durum algısı kötü olanların orta ve iyilere göre manevi gelişim, iyilere göre ise kişiler arası ilişkiler puanları anlamlı daha düşük, genel ölçek puanı ise ekonomik duruma kötü diyenlerin diğerlerine göre anlamlı daha düşük (122), Kaya ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında ekonomik durumun iyi diyenlerin manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puanının diğer gruplardan anlamlı daha yüksek (123) olduğu bulunmuştur. Literatürdeki çalışmaların sonuçları bu çalışmanın sonuçlarından farklıdır.

Literatür sonuçlarıyla bu çalışmanın sonuçlarının farklı olması çalışmaların yapıldığı grupların farklılığından kaynaklanmış olabilir. Nitekim sosyoekonomik durum sağlığın sosyal belirleyicilerinden olup literatür bilgileriyle uyumlu olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gösterilmesine olumlu katkı sağlaması beklenirdi. Ayrıca çalışma sonuçlarının literatür sonuçlarından farklı olmasında katılımcıların hem asistan hekim hem de henüz öğrencilik döneminde olan intern hekim olması sebebiyle gelir durumlarının birbirinden farklı olması kaynaklı olabilir.

Nöbet Durumu

Bu çalışmada asistan hekimlerin nöbet tutma durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği genel puanı ve alt boyut puanlarına bakıldığında; stres yönetimi alt boyut puanında nöbet tutmayanlar lehine anlamlı yüksek fark saptanmıştır. Nöbet tutmayan katılımcıların stres yönetimi alt boyut puanı 18.7 ± 3.4 , nöbet tutan katılımcıların stres yönetimi alt boyut puanı 17.7 ± 3.5 bulunmuştur.

Türköl ve Güneş'in asistan hekimlerde yaptıkları çalışmalarında nöbet tutmayanların sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi, SYBDÖ II genel ölçek puanı nöbet tutanlardan anlamlı daha yüksek (120), Duran ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmalarında gündüz çalışan dolayısıyla nöbet tutmayan grubun beslenme alt ölçek puanı çift vardiya çalışanlara göre anlamlı daha yüksek (124), Altay ve arkadaşlarının hemşirelerde yaptıkları çalışmalarında vardiyalı çalışan hemşirelerin SYBDÖ II beslenme alt boyut puanı gündüz çalışan gruba göre anlamlı daha düşük (125), Uz ve Kitiş'in hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında nöbet ya da vardiya sisteminde çalışan hemşirelerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyut puanları ve SYBDÖ II genel ölçek puanı gündüz çalışanlara göre anlamlı daha düşük (111), Özkan ve Yılmaz'ın hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında nöbet tutmayan grubun sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve genel ölçek puanı anlamlı daha yüksek (118), Şimşekoğlu ve Mayda'nın hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında ayda tutulan nöbet sayısı 10-12 olan hemşirelerin daha az nöbet tutan ve nöbet tutmayanlara göre beslenme alt ölçek puanı anlamlı daha düşük (117) saptanmıştır.

İlgili literatür ve çalışmamızın sonuçları dikkate alındığında nöbet tutmanın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını negatif yönde etkilediği görülmekte. Beebe ve arkadaşlarının hemşirelerle yaptıkları bir çalışmada vardiyalı ya da nöbetli çalışma şekillerinin bireyin sirkadyen ritmini etkilediği, beslenme düzenini bozduğu, yorgunluk ve halsizliğe sebep olduğu tespit edilmiştir (126).

Sigara Kullanma Durumu

Çalışmamızda sigara kullanma durumuna göre, kullananlar ile kullanmayanlar arasında sigara kullanmayanların sağlık sorumluluğu alt boyut puanı ve genel ölçek puanı anlamlı yüksek saptanmıştır. Sigara kullanmayanların sağlık sorumluluğu alt boyut puanı 19.8 ± 3.7 , kullananların sağlık sorumluluğu alt boyut puanı 18.0 ± 4.1 , sigara kullanmayanların genel ölçek puanı 121.0 ± 16.2 , kullananların genel ölçek puanı 117.1 ± 17.0 bulunmuştur.

Literatürde çalışmamıza benzer şekilde sigara kullanmayanların, kullananlar veya bırakanlara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyut ve genel ölçek puanlarında anlamlı daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Uçar'ın eczacılarla yaptığı çalışmasında sigara kullanmayanların beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi alt boyut puanı ve genel ölçek puanı anlamlı daha yüksek (106), Acımuş ve arkadaşlarının intern hekimlerle yaptığı çalışmalarında (127), Nacar ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencileriyle yaptığı çalışmalarında (116), Demir ve arkadaşlarının sağlık alanında eğitim almakta olan lise ve üniversite düzeyindeki öğrencilerde yaptığı çalışmalarında (128), Gilan ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmalarında sigara kullanmayan grubun kullananlardan genel ölçek puanı anlamlı daha yüksek (129), Yalçınkaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarıyla yaptıkları çalışmalarında sigara kullanmayanların beslenme, sağlık sorumluluğu alt boyut puanı ve genel ölçek puanı anlamlı daha yüksek (101), Bhuiyan ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencileriyle yaptıkları bir çalışmada sigara kullanmayanların sağlık sorumluluğu, manevi gelişim alt boyut puanının ve genel ölçek puanının anlamlı daha yüksek (104) bulunmuş olması çalışmamızı destekler niteliktedir.

Bu çalışmayla beraber literatür sonuçlarını beraber değerlendirecek olursak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sigara kullanmayanlar lehine anlamlı yüksek çıkması sigara kullanmayan grubun daha sağlıklı yaşam tarzını benimsemiş olduklarını göstermektedir. Bu çalışmaya yansımaları ise bu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sağlık sorumluluğu ve genel ölçek puanının yüksekliği şeklinde olmuştur. Sağlık sorumluluğu yüksek olan, sağlıklarına daha fazla dikkat eden

bireylerin sigara kullanımından da kaçınmış olmaları birbirini destekleyen ve birbiriyle örtüşen durumlar olduğu düşünülmekte.

Çalışmamızın bulgularına bakıldığında hekimlerin büyük çoğunluğunun sigara kullanmadığı veya bırakmış olduğu da ayrıca görülmekte (kullanmayan katılımcıların oranı %75.7, bırakan katılımcıların oranı %3.4). Bu durum topluma sağlıklı yaşam alanında önderlik edecek olan sağlık çalışanları için oldukça iyi bir göstergedir.

Alkol Kullanma Durumu

Çalışmamızda hekimlerin alkol kullanma durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından, alkol kullanmayan katılımcıların manevi gelişim, stres yönetimi alt boyut puanları ve genel ölçek puanının kullanan katılımcılardan anlamlı daha yüksek olduğu saptanmıştır. Alkol kullanmayan katılımcıların manevi gelişim alt boyut puanı 25.0 ± 4.4 , kullanan katılımcıların manevi gelişim alt boyut puanı 23.4 ± 4.5 , alkol kullanmayan katılımcıların stres yönetimi alt boyut puanı 18.0 ± 3.4 , kullanan katılımcıların stres yönetimi 17.2 ± 3.7 , alkol kullanmayan katılımcıların genel ölçek puanı 120.7 ± 16.4 , kullanan katılımcıların genel ölçek puanı 116.2 ± 16.5 saptanmıştır.

İlgili literatür incelemelerinde alkol kullanımıyla ilgili bulguların bu çalışmayla benzer olduğu görülmekte. Kürkçüoğlu ve arkadaşlarının diş hekimliği öğrencileriyle yaptıkları çalışmalarında alkol kullanmayanların manevi gelişim, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyut puanı ve genel ölçek puanı anlamlı daha yüksek (130), Dörtkol ve Özdemir'in tıp fakültesi öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında alkol kullanmayanların genel ölçek puanı, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyut puanları anlamlı daha yüksek (121), Yalçınkaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmalarında alkol kullanmayanların beslenme alt boyut puanı anlamlı daha yüksek (101) bulunmuştur.

Alkol kullanımının sağlık için zararlı olduğun bilgisinden yola çıkılarak alkol kullanmama durumuyla yüksek düzeyde sağlıklı yaşam biçimi davranışları gösterilmesinin örtüşmesi beklenen bir durumdur. Ancak çalışmamız ve literatür bulguları dahilinde alkol kullanmayanların daha sağlıklı yaşam biçimleri sergilediği

düşünülmekle birlikte alkol kullanımıyla sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı fark bulunmamış çalışmalar da literatürde mevcuttur (106, 116, 118). Bu sebeple alkol kullanımı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilgili daha fazla çalışmanın yapılması gerekmektedir.

Kronik Hastalık Durumu

Bu çalışmada kronik hastalığı olan hekimlerin sağlık sorumluluğu alt boyut puanı kronik bir hastalığı olmayan hekimlerden anlamlı daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı bulunan katılımcıların sağlık sorumluluğu alt boyut puanı 19.6 ± 3.6 , olmayan katılımcıların 18.6 ± 3.9 saptanmıştır.

Literatürde kronik hastalıklar ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı farklılığın saptanmadığı çalışmalar oldukça fazla bulunmaktadır (98, 109, 110, 116, 122, 127). Ancak kronik hastalık durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bu çalışmayla benzer şekilde anlamlı farklılığın olduğu çalışmalar da mevcuttur. Ardiç ve Taşkın'ın tıp fakültesi öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmalarında kronik hastalığı olanların sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyut puanları anlamlı daha yüksek (131), Dörtkol ve Özdemir'in tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmalarında kronik hastalığı olan katılımcıların kişiler arası ilişkiler alt boyut puanı kronik hastalığı olmayan katılımcılardan anlamlı daha yüksek (121), Şimşekoğlu ve Mayda'nın hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında kronik hastalığı olmayan hemşirelerin stres yönetimi alt boyut puanı anlamlı daha yüksek (117), Uz ve Kitiş'in hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında kronik hastalığı olmayan hemşirelerin fiziksel aktivite, manevi gelişim, stres yönetimi alt boyut puanı kronik hastalığı olan hemşirelerden anlamlı daha yüksek (111) saptanmıştır.

Literatürdeki ve bu çalışmadaki mevcut sonuçlar birbirini destekler niteliktedir. Kronik bir hastalığa sahip olan bireyler yaşamlarını daha sağlıklı hale getirme çabasında olabilir ve diğer taraftan sağlıklı yaşam biçimi davranışları edinen bireylerde büyük olasılıkla kronik hastalıklar gelişmeyecektir.

Literatürdeki diğer çalışmalarda kronik hastalıkla sağlıklı yaşam biçimi arasında fark bulunmayışının sebebi çalışmaların yapıldığı grupların yaş faktöründen dolayı kronik hastalığa sahip bireylerin az sayıda oluşu olabilir.

Pender'in sağlığı geliştirme modelinde kronik hastalığa sahip olmanın sağlık sorumluluğu puanını anlamlı olarak artırdığı ifade edilmiştir (132). Çalışmamızın sonuçları bu durumla örtüşmektedir. Kronik hastalığı olan bireyler sağlıkları hakkında daha sorumlu davranışlar göstermişlerdir.

Devamlı İlaç Kullanma Durumu

Bu çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilişkili olduğunu düşünülen faktörlerden biri de devamlı ilaç kullanım durumudur. Çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları genel ölçek puanı ve alt boyut puanlarının hiç birinde gruplar arasında devamlı ilaç kullanımı durumu bakımından anlamlı fark tespit edilmedi.

Çevik ve arkadaşlarının aile hekimlerinde yaptıkları çalışmalarında (98), Güleç'in tıp fakültesi birinci ve son sınıf öğrencilerinde yaptığı çalışmasında (133) devamlı ilaç kullanım durumlarına göre bu çalışmayla benzer şekilde genel ölçek puanı ve alt boyut puanlarının hiç birinde anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Demir ve Artantaş'ın tıp fakültesi öğrencilerinde (134), Demir ve arkadaşlarının sağlık alanında eğitim almakta olan lise ve üniversite düzeyindeki öğrencilerde yaptıkları çalışmalarında (128) katılımcıların sürekli ilaç kullanım durumu sorgulanmış fakat bu çalışmalarda sürekli ilaç kullananlar ile kullanmayan gruplar arasında herhangi bir karşılaştırma yapılmamıştır.

Bu çalışma ve literatürdeki kıyaslama yapılan diğer çalışmalardan hareketle sürekli ilaç kullanım durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği görülmekle beraber konu ile ilgili daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Sağlık Algısı

Bu çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği düşünülen bir başka faktör sağlık algısıdır. Çalışmamızda kişilerin sağlık algısına göre yalnızca kişiler arası ilişkiler ve fiziksel aktivite alt boyut puanlarında anlamlı fark tespit edilmiştir. Kişiler arası ilişkiler alt boyutunda gruplar arasındaki farklılık iyi ile kötü, fiziksel aktivite alt boyutundaki gruplar arasındaki farklılık iyi ile kötü, kötü ile orta grupları arasında bulunmuştur. Sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren katılımcıların kötü olarak değerlendiren katılımcılardan kişiler arası ilişkiler alt boyut puanı anlamlı olarak yüksek, sağlık durumunu kötü olarak değerlendiren katılımcıların iyi ve orta olarak değerlendiren katılımcılara göre fiziksel aktivite puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren katılımcıların kişiler arası ilişkiler alt boyut puanı 24.4 ± 3.8 , kötü olarak değerlendiren katılımcıların kişiler arası ilişkiler alt boyutu 21.7 ± 4.3 , sağlık durumunu kötü olarak değerlendiren katılımcıların fiziksel aktivite alt boyut puanı 18.8 ± 4.6 , iyi olarak değerlendiren katılımcıların fiziksel aktivite alt boyut puanı 16.0 ± 4.4 , orta olarak değerlendiren katılımcıların 15.6 ± 4.1 bulunmuştur.

Bu çalışmanın sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlık algısı arasındaki ilişkinin sonuçları literatür bulguları ile kısmen benzerlik göstermektedir. Acımış ve arkadaşlarının intern hekimlerde yaptıkları çalışmalarında sağlık durumuna iyi ve mükemmel diyenlerin fena değil diyenlere göre genel ölçek puanı anlamlı olarak yüksek (127), Nacar ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencilerinde yaptıkları çok merkezli çalışmada sağlık durumuna çok iyi diyenlerin iyi ve kötü diyenlere göre genel ölçek puanı anlamlı yüksek (116), Ardıç ve Taşkın'ın tıp fakültesi öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında sağlık durumuna iyi diyenlerin orta ve kötü diyenlere göre sağlık sorumluluğu, stres yönetimi alt boyut puanları ile genel ölçek puanı anlamlı yüksek (131), Dörtkol ve Özdemir'in tıp fakültesi öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında sağlık durumuna çok iyi ve iyi diyenlerin orta ve kötü diyenlerden sağlık sorumluluğu hariç diğer alt boyut puanlarının ve genel ölçek puanının anlamlı yüksek (121) olduğu bulunmuştur.

Demir ve Artantaş'ın tıp fakültesi öğrencilerinde yapmış oldukları çalışmalarında (134), Baral ve Tamrakar'ın hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında (135) sağlık durum algısı sorgulanmış fakat ölçek puanlarıyla kıyaslamaları yapılmamıştır.

Literatür ve mevcut çalışmanın sonuçları birlikte değerlendirildiğinde sağlık durumunu iyi olarak algılayanların daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilediği görülmektedir (116, 121, 127, 131).

Bu çalışma yönüyle de sağlık algısı iyi olan katılımcıların kötü diyen katılımcılardan kişiler arası ilişkiler puanlarının daha yüksek olmasında etkili faktörün bu kişilerin sağlıklarının daha iyi olması ve sağlıklı bir yaşamın da insanlarla iyi ilişkiler kurulmasında etkili ve önemli olduğu düşünülmekte.

Bu çalışmanın diğer bir bulgusu olan kendi sağlık durumunu kötü olarak değerlendiren katılımcıların fiziksel aktivite alt boyut puanının iyi ve orta olarak değerlendiren katılımcılardan anlamlı yüksek oluşu, bu katılımcıların kendi sağlıklarını kötü olarak algılamaları, daha sağlıklı olabilmek için onları daha fazla fiziksel aktivitede bulunmaya yönlendirmiş olabilir.

Asistan Hekimlerle İtern Hekimlerin SYBDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmamızda asistan hekimlerin SYBDÖ II genel puanı 118.7 ± 16.0 bulunmuştur. Literatürde yapılan çalışmalardan Çakır ve arkadaşlarının 2014 yılında bir tıp fakültesi araştırma görevlilerinde yapmış olduğu çalışmada SYBDÖ II genel puanı 111.1 ± 18.7 , Türkol ve Güneş'in 2010 yılında asistan hekimlerle yapmış olduğu çalışmasında ise 116.3 ± 17.8 bulunmuş olup mevcut çalışmadan düşük değerlerde olduğu saptanmıştır (99, 120). Bu farklılık çalışma yapılan grupların farklılığından kaynaklanmış olabilir.

Bu çalışmada intern hekimlerin SYBDÖ II genel puanı 121.6 ± 16.9 bulunmuştur. Acımuş ve arkadaşlarının 2018 yılında intern hekimlerle yapmış olduğu

çalışmasında intern hekimlerin SYBDÖ II genel puanı 124.6 ± 1.1 (127), Dörtkol ve Özdemir'in 2020 yılında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp fakültesi'nde eğitim gören birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmasında intern hekimlerin genel ölçek puanı 123.1 ± 16.7 (121), Kaya ve arkadaşlarının bir devlet üniversitesi tıp fakültesi intern hekimlerinde yapmış olduğu çalışmasında intern hekimlerin genel ölçek puanı 129.4 ± 16.5 (123) bulunmuş olup bu çalışmada intern hekimlerde bulunan genel ölçek puanına benzer olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarıyla literatür sonuçlarının benzer olması intern hekimlerin benzer sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olduklarını göstermektedir.

Asistan hekimlerle intern hekimlerin genel ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark da saptanmıştır ($p < 0.05$). İtern hekimlerin genel ölçek puanının asistan hekimlerden yüksek olması intern hekimlerin asistan hekimlere göre çalışma yoğunluğunun daha az olmasından dolayı kendilerine ayıracak daha çok zamanlarının olması nedeniyle olabilir.

Bu çalışmada asistan hekimlerin kişiler arası ilişkiler alt boyut puanı 24.2 ± 3.8 bulunmuştur. Çakır ve arkadaşlarının 2014 yılında Ankara'da bir tıp fakültesi araştırma görevlilerinde yapmış olduğu çalışmasında 23.3 ± 4.4 (99), Türkol ve Güneş'in 2010 yılında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi araştırma görevlilerinde yapmış olduğu çalışmasında 23.7 ± 3.7 (120) , Ertürk'ün 2022 yılında Ankara'da bir araştırma hastanesinde asistan hekim ve hemşirelerle yapmış olduğu çalışmasında asistan hekimlerin kişiler arası ilişkiler alt boyut puanı 24.4 ± 4.2 saptanmış olup bu çalışmayla benzerdir (136).

İtern hekimlerin ise bu çalışmada kişiler arası ilişkiler puanı ise 24.1 ± 3.9 bulunmuştur. Acımış ve arkadaşlarının 2018 yılında intern hekimlerle yapmış olduğu çalışmasında intern hekimlerin 24.4 ± 3.4 (127), Dörtkol ve Özdemir'in 2020 yılında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmasında intern hekimlerin kişiler arası ilişkiler puanı 25.0 ± 4.0 (121), Kaya ve arkadaşlarının 2015 yılında İstanbul'da bir devlet üniversitesi tıp fakültesinde birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmasında intern hekimlerin

kişiler arası ilişkiler puanı 25.1 ± 3.8 (123) bulunmuştur. Bu çalışmada intern hekimlerin kişiler arası alt boyut puanının literatür bulgularıyla benzer olduğu söylenebilir. Asistan hekim ve intern hekimlerin kişiler arası ilişkiler puanının literatürle benzer bulunması hekimliğin insanlarla iletişimin iyi sürdürülmesi gereken bir meslek olmasından dolayı beklenen bir durum olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda asistan hekimlerin beslenme alt boyut puanı 18.7 ± 3.6 bulunmuştur. Çakır ve arkadaşlarının 2014 yılında bir tıp fakültesi araştırma görevlilerinde yapmış olduğu çalışmasında 17.6 ± 4.1 (99), Türköl ve Güneş'in 2010 yılında asistan hekimlerle yapmış olduğu çalışmasında 19.4 ± 3.7 (120) bulunmuştur. Bu sonuçların mevcut çalışmanın bulgularıyla benzer olduğu söylenebilir.

İtern hekimlerin bu çalışmada beslenme alt boyut puanı 19.1 ± 3.6 saptanmıştır. Acımuş ve arkadaşlarının 2018 yılında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde intern hekimlerde yapmış olduğu çalışmasında beslenme alt boyutu 20.3 ± 3.6 (127), Dörtkol ve Özdemir'in 2020 yılında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmasında intern hekimlerin beslenme alt boyut puanı 19.3 ± 7 bulunmuştur (121). Mevcut çalışmanın beslenme alt boyut puanları hem asistan hekimler hem de intern hekimler için literatürle benzerdir. Ayrıca asistan hekimlerle intern hekimlerin beslenme alt boyut puanları benzer saptanmıştır. Asistan hekimlerle intern hekimlerin beslenme konusunda benzer bilinç düzeyine ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip oldukları söylenebilir.

Bu çalışmada asistan hekimlerin sağlık sorumluluğu puanı 18.5 ± 3.8 bulunmuştur. Türköl ve Güneş'in 2010 yılında İnönü Üniversitesi'nde araştırma görevlilerinde yapmış olduğu çalışmasında sağlık sorumluluğu alt boyut puanı 18.0 ± 3.4 (120), Ertürk'ün 2020 yılında Ankara'da bir araştırma hastanesinde asistan hekim ve hemşirelerde yapmış olduğu çalışmasında asistan hekimlerin sağlık sorumluluğu alt boyutu 18.5 ± 3.8 (136) puan bulunarak bu çalışmayla benzer olduğu tespit edilmiştir. Literatürde çalışmamızın sağlık sorumluluğu alt boyutundan daha düşük puanın olduğu da saptanmıştır. Çakır ve arkadaşlarının 2014 yılında bir tıp

fakültesi araştırma görevlilerinde yapmış olduğu çalışmada sağlık sorumluluğu alt boyut puanı 16.5 ± 3.5 bulunmuştur. Bu farklılık çalışma yapılan grupların farklılığından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda intern hekimlerin sağlık sorumluluğu puanı ise 18.8 ± 3.9 saptanmıştır. Kaya ve arkadaşlarının İstanbul'da bir tıp fakültesinde birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmada intern hekimlerin sağlık sorumluluğu puanı 18.6 ± 4.5 (123), Dörtkol ve Özdemir'in 2020 yılında tıp fakültesi birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmada intern hekimlerin sağlık sorumluluğu puanı 19.0 ± 3.5 (121) bulunmuştur. Çalışmamızın bulgularının literatürle benzer olduğu tespit edilmiştir. Çalışma gruplarının farklılığına rağmen literatürle benzer sonuçların bulunmuş olması asistan hekim ve intern hekimlerin sağlıkları konusundaki sorumluluklarında zamanla değişen bir durum olmadığını düşündürmektedir. Ayrıca asistan hekimlerle intern hekimlerin sağlık sorumlulukları puanları benzer saptanmıştır. Hekimlerin sağlıkları konusunda benzer davranışlara sahip oldukları söylenebilir.

Asistan hekim ve intern hekimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörlerin incelendiği mevcut çalışmada asistan hekimlerin stres yönetimi puanları 17.4 ± 3.3 bulunmuştur. Türköl ve Güneş'in 2010 yılında İnönü Üniversitesi araştırma görevlilerinde yapmış olduğu çalışmada asistan hekimlerin stres yönetimi puanı 17.0 ± 3.7 (120), Ertürk'ün 2022 yılında Ankara'da bir araştırma hastanesinde asistan hekim ve hemşirelerle yapmış olduğu çalışmada asistan hekimlerin stres yönetimi puanı 18.2 ± 3.3 (136) bulunmuştur. Bu sonuçlar çalışmamızın bulgularıyla benzerdir.

Bu çalışmada intern hekimlerin stres yönetimi puanı 18.4 ± 3.5 saptanmıştır. Dörtkol ve Özdemir'in 2020 yılında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmada intern hekimlerin stres yönetimi puanı 18.8 ± 2.2 (121), Kaya ve arkadaşlarının İstanbul'da bir tıp fakültesinde birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmada intern hekimlerin stres yönetimi puanı 19.7 ± 3.2 (123), Acımış ve arkadaşlarının 2018 yılında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapmış olduğu çalışmada intern hekimlerde stres

yönetimi puanı 18.9 ± 3.3 saptanmıştır. Bu bulgular mevcut çalışmanın bulgularıyla benzerdir. Ayrıca asistan hekim ve intern hekimlerin stres yönetimi puanları arasında intern hekimlerin lehine anlamlı bir fark tespit edilmiştir. İntern hekimlerin stres yönetimi puanlarının yüksek olmasının sebebi iş yoğunluğunun asistan hekimlerden daha az olması dolayısıyla stres yönetim tekniklerini uygulayabilmek için daha fazla zamanlarının olması olabilir.

Çalışmamızda asistan hekimlerin manevi gelişim puanı 24.8 ± 4.4 bulunmuştur. Çakır ve arkadaşlarının 2014 yılında bir tıp fakültesi araştırma görevlilerinde yapmış olduğu çalışmada 23.1 ± 4.8 (99), Türkol ve Güneş'in 2010 yılında İnönü Üniversitesi'nde asistan hekimlerle yaptığı çalışmada 23.3 ± 4.0 (120), Ertürk'ün 2022 yılında Ankara'da bir araştırma hastanesinde asistan hekim ve hemşirelerle yaptığı çalışmasında asistan hekimlerin manevi gelişim puanı 23.5 ± 4.3 (136) bulunmuştur. Mevcut bulgular bu çalışmanın bulgularıyla benzerdir. Bu durum toplum içindeki kültürel benzerlikten kaynaklanmış olabilir.

Bu çalışmada intern hekimlerin manevi gelişim puanı 24.8 ± 4.5 tespit edilmiştir. Acımuş ve arkadaşlarının 2018 yılında Pamukkale Üniversitesi'nde intern hekimlerde yapmış olduğu çalışmasında intern hekimlerin manevi gelişim puanı 24.6 ± 4.2 (127), Dörtkol ve Özdemir'in 2020 yılında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmasında intern hekimlerin manevi gelişim puanı 25.1 ± 4.0 (121), Kaya ve arkadaşlarının 2015 yılında İstanbul'da bir devlet üniversitesi tıp fakültesinde birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmasında intern hekimlerin manevi gelişim puanı 27.3 ± 5.6 bulunmuştur. Bu bulguların mevcut çalışmanın sonuçlarıyla benzer olduğu söylenebilir. Bu benzerliğin sebebi yapılan çalışmaların aynı toplum içinde ve benzer topluluklar üzerinde yürütülmüş olması olabilir. Asistan hekimlerle intern hekimlerin manevi gelişim puanları arasında fark tespit edilmemiştir. Fark tespit edilmemiş olması asistan ve intern hekimlerin ortalama birbirine yakın yaşlarda olması dolayısıyla hayata bakış açılarındaki benzerlikten kaynaklanmış olabilir.

Asistan hekim ve intern hekimlerde yürütülmüş olan sağlıklı yaşam biçimi davranışları mevcut çalışmasında asistan hekimler fiziksel aktivite alt boyutu 15.3 ± 4.2 saptanmıştır. Çakır ve arkadaşlarının 2014 yılında bir tıp fakültesi araştırma görevlilerinde yapmış olduğu çalışmasında asistan hekimlerin fiziksel aktivite alt boyut puanı 14.4 ± 4.5 (99), Türkol ve Güneş'in 2010 yılında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi araştırma görevlilerinde yapmış olduğu çalışmasında asistan hekimlerin fiziksel aktivite puanı 14.6 ± 4.6 (120), Ertürk'ün 2022 yılında Ankara'da bir araştırma hastanesinde görevli asistan hekim ve hemşirelerde yürütmüş olduğu çalışmasında asistan hekimlerin fiziksel aktivite puanı 16.3 ± 5.4 tespit edilmiştir. Literatürdeki bu bulguların çalışmanın bulgularıyla benzer olduğu görülmektedir. Çalışma yapılan grupların farklılığına rağmen asistan hekimlerin fiziksel aktivitede bulunma konusunda benzer davranışlara sahip oldukları düşünülmektedir.

Çalışmamızda intern hekimlerin fiziksel aktivite alt boyut puanı 16.6 ± 4.4 saptanmıştır. Dörtkol ve Özdemir'in 2020 yılında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmasında intern hekimlerin fiziksel aktivite alt boyut puanı 15.6 ± 4.8 (121), Kaya ve arkadaşlarının 2015 yılında İstanbul'da bir devlet üniversitesi tıp fakültesinde birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmasında intern hekimlerin fiziksel aktivite alt boyut puanı 16.3 ± 4.6 (123), Acımış ve arkadaşlarının 2018 yılında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi intern hekimlerde yapmış olduğu çalışmasında intern hekimlerin fiziksel aktivite alt boyutu 16.6 ± 3.6 (127) saptanmıştır. Bu bulguların çalışmanın bulgularıyla benzer olduğu görülmektedir.

İtern hekimlerin fiziksel aktivite alt boyut puanları asistan hekimlerden anlamlı yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi intern hekimlerin iş yoğunluğu ve sorumluluklarının asistan hekimlerden daha az olması ve fiziksel aktivite için daha fazla zamanlarının olması olabilir.

Tüm Katılımcılar İçin SYBDÖ Puanları

Çalışmamızda tüm katılımcıların genel ölçek puanı 120.0 ± 16.5 bulunmuştur. Çevik ve arkadaşlarının aile hekimlerinde yapmış oldukları çalışmasında genel ölçek puanı 123.3 ± 22.5 bulunmuştur (98). Bu sonucun mevcut çalışmanın sonucuyla benzer olduğu söylenebilir. Çalışmamızın katılımcılarının da hekim olmasından dolayı böyle bir sonuçla karşılaşmış olabilir. Bu çalışmanın genel ölçek puanı sağlık çalışanlarıyla (ebe, hemşire, doktor, acil tıp teknisyeni) yapılan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilgili diğer çalışmaların bazılarının genel ölçek puanından düşük bazılarıyla benzer bulunmuştur. Bu çalışmalardan Akgül ve Güler'in 2016 yılında birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık çalışanlarında yapmış olduğu çalışmasında sağlık çalışanlarının genel ölçek puanı 128.5 ± 21.3 (100), Yanık ve Noğay'ın 2013 yılında Kırklareli'nde dört sağlık kuruluşunun sağlık çalışanlarında yapmış olduğu çalışmalarında sağlık çalışanlarının genel ölçek puanı 130.2 ± 19.1 (109), Yalçinkaya ve arkadaşlarının 2006 yılında Afyon ve Denizli il merkezinde bulunan üniversite ve devlet hastanelerinde görev yapan sağlık çalışanlarında yapmış olduğu çalışmasında sağlık çalışanlarının genel ölçek puanı 121.8 ± 18.0 (101), Duran ve arkadaşlarının 2018 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarında yapmış olduğu çalışmasında genel ölçek puanı 121.1 ± 18.4 (124) saptanmıştır. Bu farklılık çalışma yapılan grupların farklılığından kaynaklanmış olabilir.

Hemşirelerle yapılan diğer sağlıklı yaşam biçimi davranışları çalışmalarının genel ölçek puanları Uz ve Kitiş'in 2017 yılında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hastanesinde çalışan hemşirelerle yapmış olduğu çalışmasında hemşirelerin genel ölçek puanı 132.8 ± 17.4 (111), Bostan ve Beşer'in 2016 yılında Ege Bölgesi'nde bir il merkezinde bulunan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerle yapmış olduğu çalışmasında hemşirelerin genel ölçek puanı 125.6 ± 19.4 (119), Özkan ve Yılmaz'ın 2006 yılında Balıkesir'de bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerle yapmış olduğu çalışmasında hemşirelerin genel ölçek puanı 125.9 ± 16.9 (118), Baral ve Tamrakar'ın 2017 yılında Nepal'de bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerle yapmış olduğu çalışmasında hemşirelerin genel ölçek puanı 137.6 ± 19.1 (135), Altay

ve arkadaşlarının 2010 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi yetişkin servislerinde çalışan hemşirelerle yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin genel ölçek puanı 117.3 (125), Güner ve Demir'in 2003 yılında Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ameliyathanelerinde çalışan hemşirelerle yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin genel ölçek puanı 116.8 ± 16.3 (137), Ulaşmış ve Özmen'in 2014 yılında İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ameliyathane ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerle yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin genel ölçek puanı 114.2 ± 17.4 (138) saptanmıştır. Hemşirelerin genel ölçek puanının bu kadar farklılaşması ve bu çalışmanın genel ölçek puanından farklı olması çalışılan grupların farklılığından kaynaklanmış olabilir.

Manevi Gelişim

Manevi gelişim, kişinin bedensel ihtiyaçlarının yanında sosyal ve zihinsel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi, hayattaki amaçları için çaba sarf etmesi, iyilik durumunu optimum düzeye taşımasıdır. Bu çalışmada hekimlerin SYBDÖ II manevi gelişim alt boyut puanı 36 puan üzerinden 24.8 ± 4.4 bulunmuştur. Çalışmamızın manevi gelişim alt boyut puanı sağlık çalışanları ve hemşirelerle yapılan çalışmaların manevi gelişim alt boyut puanından düşük bulunmuştur. Bu çalışmalardan Duran ve arkadaşlarının 2018 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarında yapmış olduğu çalışmada sağlık çalışanlarının manevi gelişim puanı 35.5 ± 6.0 (124), Pasinlioğlu ve Gözüm'ün 1998 yılında Erzurum il merkezinde, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinde yapmış olduğu çalışmada sağlık çalışanlarının manevi gelişim puanı 34.5 ± 5.5 (7), Altay ve arkadaşlarının 2010 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi yetişkin servislerinde çalışan hemşirelerle yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin manevi gelişim alt boyut puanı 35.2 ± 5.9 (125), Şimşekoğlu ve Mayda'nın 2013 yılında Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan hemşirelerle yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin manevi gelişim puanı 35.0 ± 0.4 (117) bulunmuştur. Bu farklılığın sebebinin çalışma yapılan grupların farklılığı olduğu düşünülmektedir.

Kişiler Arası İlişkiler

Kişiler arası ilişkiler kişinin arkadaşları ve çevresiyle olan iletişimini ve bu iletişimi ne kadar zaman sürdürebildiğini gösterir. Çalışmamızda kişiler arası ilişkiler alt boyutu 36 puan üzerinden 24.1 ± 3.9 puan bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları hekimlerle ve diğer sağlık çalışanlarıyla yapılan diğer sağlıklı yaşam biçimi davranışları çalışmalarının sonuçlarıyla benzer bulunmuştur. Bu çalışmalardan Yanık ve Noğay'ın Kırklareli il merkezinde bulunan dört kamu sağlık kuruluşunda çalışan sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmalarında 25.8 ± 4.2 (109), Yalçinkaya ve arkadaşlarının Afyon ve Denizli il merkezindeki Üniversite ve devlet hastanelerinde görev yapan sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmalarında 24.0 ± 3.7 (101), Çevik ve arkadaşlarının Türkiye genelinde aile hekimlerinde yaptıkları çalışmalarında 24.6 ± 4.7 (98) bulunmuştur. Ayrıca hemşirelerle yapılan diğer çalışmaların sonuçlarıyla da benzer bulunmuştur. Bu çalışmalardan Uz ve Kitiş'in çalışmasında 25.2 ± 3.7 (111), Bostan ve Beşer'in çalışmasında 25.0 ± 4.0 (119), Cürcani ve arkadaşlarının çalışmasında 24.0 ± 4.0 (114) saptanmıştır. Asistan hekim, intern hekim, hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının insanlarla iletişimin önemli olduğu sağlık mesleği mensubu olmanın gereği olarak, diğer bireylerle sürdürdükleri iyi iletişimi yakın çevrelerine yansıtmış olmaları ve bu durumun ölçek puanına yansımış olması beklenen bir durumdur.

Stres Yönetimi

Stres yönetimi alt boyutu kişilerin strese neden olan faktörlerin bilincinde olması ve stres yönetim tekniklerini uygulamalarını ifade etmektedir. Bu çalışmada stres yönetimi alt boyutu 32 puan üzerinden 17.8 ± 3.5 bulunmuştur. Hekim ve diğer sağlık çalışanlarıyla yapılan çalışmalara bakıldığında mevcut çalışmanın bulguları literatür bulgularıyla benzer saptanmıştır. Pasinlioğlu ve Gözüm'ün Erzurum il merkezinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmalarında 16.0 ± 3.6 (7), Yalçinkaya ve arkadaşlarının Afyon ve Denizli il merkezindeki Üniversite ve devlet hastanelerinde görev yapan sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmalarında 18.0 ± 3.5 (101), Ege ve arkadaşlarının Malatya il merkezinde

birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmalarında 17.1 ± 3.6 (107) bulunmuştur.

Hemşirelerle yapılmış çalışmalardan ise Cürcani ve arkadaşlarının çalışmalarında 17.0 ± 3.5 (114), Özkan ve Yılmaz'ın çalışmasında 16.7 ± 3.3 (118), Şimşekoğlu ve Mayda'nın çalışmasında ise 16.6 ± 3.3 (117) bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının, hemşirelerin ve hekimlerin stres yönetimi puanlarının benzer bulunmuş olması sağlık çalışanları, hekim ve hemşirelerin stres yönetimi konusunda benzer davranışlara sahip olduklarını düşündürmektedir.

Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu kişinin sağlığı üzerindeki sorumluluk seviyesini, sağlığına ne seviyede katıldığını gösterir. Çalışmamızda sağlık sorumluluğu alt boyutu 36 puan üzerinden 18.7 ± 3.9 bulunmuştur. Çevik ve arkadaşlarının aile hekimlerinde yaptıkları çalışmalarında 19.6 ± 4.4 tespit edilmiştir. Bu bulgulara dayanarak hekimlerin benzer sağlık sorumluluğu gösterdikleri söylenebilir.

Sağlık çalışanlarıyla yapılan çalışmalarda, bu çalışmaya göre sağlık sorumluluğu alt boyut puanı daha yüksek bulunmuştur. Ege ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmalarında 24.6 ± 5.3 (107), Yanık ve Noğay'ın sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmalarında 21.0 ± 3.9 (109), Pasinlioğlu ve Gözüm'ün sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmalarında 22.0 ± 4.7 (7) bulunmuştur.

Sağlık sorumluluğu alt boyut puanı Uz ve Kitiş'in Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hastanesi'nde çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında 22.5 ± 17.4 (111), Bostan ve Beşer'in Ege Bölgesi'ndeki bir il merkezinde bulunan Sağlık Bakanlığı Eğitim-Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında 21.1 ± 4.4 (119), Özkan ve Yılmaz'ın Balıkesir'de iki devlet hastanesinde çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında 24.7 ± 6.0 (118) bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının ve hemşirelerin hekimlerden sağlık sorumluluğu alt boyut puanlarının yüksek olmasının sebebi ölçek maddeleriyle ilgili olmuş olabilir. Örneğin; "doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım" şeklindeki maddeler hekimlerin zaten sağlıkla ilgili konulara diğer sağlık çalışanlarından ve hemşirelerden daha fazla vakıf olmalarından dolayı daha az danışma ihtiyacı sergilemiş olmalarından ve bu sebeple ilgili ölçek maddelerinin daha az puanlanmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Beslenme

Beslenme alışkanlıkları; kişinin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki kararlarını ifade etmektedir. Asistan ve intern hekimlerle yapılan sağlıklı yaşam biçimi davranışları çalışmamızda hekimler beslenme alt boyut puanı 36 puan üzerinden 18.9 ± 3.6 tespit edilmiştir. Çalışmamızın beslenme alt boyut puanı hekim ve diğer sağlık çalışanlarıyla yapılan diğer çalışmaların beslenme alt boyut puanından yüksek bulunmuştur. Bu çalışmalardan Duran ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmada 15.6 ± 3.3 (124), Ege ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmada 13.2 ± 2.6 (107) bulunmuştur. Bu durum hekimlerin beslenme konusunda öğrendikleri bilgileri diğer sağlık çalışanlarına göre yaşamlarında daha fazla yer vermiş olduklarını düşündürmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların beslenme alt boyut puan ortalaması hemşirelerle yapılan çalışmalarla benzer bulunmuştur. Uz ve Kitiş'in hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında 21.0 ± 3.3 (111), Cürcani ve arkadaşlarının hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında 19.5 ± 3.8 (114), Bostan ve Beşer'in hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında 19.6 ± 4.4 (119) bulunmuştur. Hemşirelerle hekimlerin beslenme konusunda benzer sağlık davranışlarına sahip olduğu düşünülmektedir.

Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı içermektedir. Günlük yaşamın bir parçası olarak sistematik bir biçimde sürdürülmelidir.

Asistan ve intern hekimlerle yapılan sağlıklı yaşam biçimi davranışları çalışmasında hekimler fiziksel aktivite alt boyutundan 32 puan üzerinden 16.0 ± 4.7 puan ile tüm alt boyutlar arasında en düşük puanı almıştır. Diğer sağlık çalışanlarıyla yapılan literatür taramasıyla benzer olarak katılımcıların en düşük puanı fiziksel aktivite alt boyutundan aldıkları görülmüştür (7, 101, 107, 109, 124).

Çalışmamızda fiziksel aktivite alt boyutu diğer sağlık çalışanlarıyla yapılan çalışmaların fiziksel aktivite alt boyutundan yüksek bulunmuştur. Duran ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmasında 9.7 ± 3.4 (124), Pasinlioğlu ve Gözüm'ün sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmasında 8.4 ± 2.9 (7), Akgül ve Güler'in sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmasında 9.4 ± 3.4 (100) bulunmuştur.

Bu çalışmanın fiziksel aktivite alt boyutu hemşirelerle yapılan çalışmaların fiziksel aktivite alt boyutundan yüksek bulunmuştur. Bu çalışmalardan Altay ve arkadaşlarının çalışmasında 8.6 ± 2.7 (125), Özkan ve Yılmaz'ın çalışmasında 8.1 ± 2.7 (118), Şimşekoğlu ve Mayda'nın çalışmasında 9.3 ± 0.2 (117), Ulaş ve Özmen'in çalışmasında 9.4 ± 3.0 (138) bulunmuştur. Hekimlerin fiziksel aktivite bilincinin diğer sağlık çalışanları ve hemşirelerden daha iyi olduğu söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada kadın cinsiyette olma, daha genç bir yaş grubunda bulunma (23-28 yaş), evli veya çocuk sahibi olmama, temel veya dahili bilimlerde çalışma, nöbet tutmama, sigara veya alkol kullanmama, kronik bir hastalığa sahip olma sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirleyicileri olarak saptanmış ve şu tavsiyelerde bulunulmuştur:

- İtern hekimlerin fiziksel aktivite, stres yönetimi ve genel puanı asistan hekimlerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Asistan hekimlerin iş yoğunluğundan kaynaklı zamanları kısıtlı olmasından dolayı çalıştıkları kurum içinde veya kuruma yakın yerlerde fiziksel aktivite imkanları artırılabilir. Asistan hekimlerin genel ölçek puanlarının artabilmesi için öğrenmiş oldukları bilgileri daha çok yaşamlarında gösterebilirler.
- Katılımcılar en yüksek puanı manevi gelişim, en düşük puanı fiziksel aktivite alt boyutundan almışlardır. Buna göre hekimlerin fiziksel aktiviteye katılım imkanları artırılabilir.
- Erkeklerde kişiler arası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu alt boyut puanları anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Erkek katılımcıların sağlık sorumluluğu puanlarının artırılabilmesi için sağlıkla ilgili yaşam biçimini teşvik eden programlar düzenlenebilir.
- Bu çalışmada evli ve çocuk sahibi olan katılımcıların stres yönetimi puanları anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Çalışmada yine evli bireylerin evli olmayan katılımcılardan fiziksel aktivite puanları da anlamlı daha düşük bulunmuştur. Evli ve çocuk sahibi olmanın insana yüklediği sorumluluklardan geriye kalan zamanlarda hekimlerimiz stres yönetimi tekniklerini daha fazla uygulamalı ve fiziksel aktivitede bulunmalıdır.
- Çalışmada cerrahi bölüm asistanlarının dahili ve temel bölüm asistanlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha az sergiledikleri görülmüştür. Bu doğrultuda cerrahi bölüm asistanlarına yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını teşvik eden uygulamalara daha çok yer verilebilir.

- Nöbet tutma durumlarına göre bu çalışmada nöbet tutan asistan hekimlerin stres yönetimi puanları anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Buna göre kişilerin kendilerine daha çok zaman ayırabilmeleri ve stres yönetimi tekniklerini daha çok uygulayabilmeleri için klinik branşlardaki asistan hekim sayıları artırılabilir.
- Çalışmamızda sigara kullanan katılımcıların sağlık sorumluluğu alt boyut puanı ve genel ölçek puanı anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Kendi kendine sigarayı bırakmayı deneyenlerin %98'i bir sonraki yıl tekrar başlamaktadırlar. Bu verilerin ışığında sigara kullanan hekimlerimiz sigara bıraktırma polikliniklerine yönlendirilebilir, topluma rol model olmalarından dolayı bu polikliniklerde öncelik tanınabilir.
- Bu çalışmada kronik hastalığı olmayan bireylerin sağlık sorumluluğu alt boyut puanları anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını hayatına geçirmek hastalıklara karşı önemli bir halk sağlığı müdahalesi olup hastalığı bulunsun veya bulunmasın tüm insanlar için oldukça faydalı ve elzemdir.
- Sağlık algısı kötü olan katılımcıların kişiler arası ilişkiler alt boyut puanı olarak düşük bulunmuştur. Diğer insanlarla daha iyi ilişkiler kurabilmek için de kişiler sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını edinmeli ve sağlıklarını daha iyi bir düzeye getirmelidirler. Sağlık algısı iyi ve orta olan katılımcıların fiziksel aktivite puanı kötü olan katılımcılara göre düşük bulunmuştur. Ne kadar sağlıklı olursa da fiziksel aktivitede bulunma mevcut sağlık durumunun daha iyi bir düzeye getirilmesine yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Çakırcalı E. Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar. İzmir: Ege Üniversitesi Basım Evi; 1996.
2. World Health Organization . World Health Report Life in the 21st Century A Vision for all Report of the Director -General 51st World Health Assembly; 1998.
3. Bilgili N, Ayaz S. Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009;8(6):497-502
4. Esin N. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. Hemşirelik Bülteni. 1999;12(45):87-95.
5. Zaybak A, Fadiloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2004;20(1):77-95.
6. Çelik GO, Malak AT, Bektaş M ve ark. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Anatolian Journal of Clinical Investigation. 2009;3(3):164-169.
7. Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1998;2(2):60-8.
8. Ay FA. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. 3.Baskı. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık 2011.
9. Bircher J. Towards a dynamic definition of health and disease. Medicine, Health Care and Philosophy. 2005;8(3):335-41.
10. Terris M. Approaches to an epidemiology of health. American Journal of Public Health. 1975;65(10):1037-45.
11. Larson JS. The Measurement of Health: Concepts and Indicators .Greenwood Publishing Group. 1991.
12. World Health Organization. Basic documents. 49. Edition: World Health Organization; 2020.
13. Wills J. Fundamentals of Health Promotion for Nurses. 2.Baskı: John Wiley & Sons; 2014.

14. Topçu S, Temel AB. Sağlık ve Sağlığı Geliştirme: Kavramsal Bakış. İçinde: Temel AB, editör. Sağlığı Koruma ve Geliştirme-1. 1.Baskı: İstanbul: Ema Tıp Kitabevi; 2021.p1-34.
15. Öztekin Z. Halk Sağlığı Bakışıyla Sağlık Hizmetleri Kavramlar- İlkeler- Politikalar. 1. Baskı. İstanbul; İstanbul Maltepe Üniversitesi; 2019.
16. Porche DJ. Public and Community Health Nursing Practice: A population-based approach. California: Sage; 2004.
17. Fair SE. Wellness and Physical Therapy. Jones & Bartlett Publishers; 2009.
18. Çom S. Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi Rehberi. Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.2011.
19. Güngör İ, Hotun ŞN. Sağlığın geliştirilmesinde kullanılan temel davranış değiştirme kuram ve modelleri. Hemşirelik Forumu Dergisi. 2006;(2):6-13.
20. International Health Promotion. Health Promotion Glossary 2021 [Erişim Tarihi 20 Mart 2022] [Available from: <https://academic.oup.com/heapro/article/36/6/1578/6211341?login=true.>]
21. Tremblay MC, Richard L. Complexity: a potential paradigm for a health promotion discipline. Health Promotion International. 2011;29(2):378-88.
22. Piyal B. Sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi: kavramsal ve kuramsal yaklaşım. I Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi (Uluslararası Katılımlı); Muğla, 9-12 Kasım, 2006.
23. Kıvanç MM. Evrensel sağlık bildireleri ve Türkiye’de sağlık reformları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2015;2(3):162-6.
24. World Health Organization. Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences. 2009.
25. World Health Organization. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion Into the 21st Century. 1997.
26. Catford J. Mexico Ministerial Statement for the promotion of health: from ideas to action. Health Promot International. 2000;15(4):275-376.
27. Yardım N, Gögen S, Mollahaliloğlu S. Sağlığın geliştirilmesi: dünyada ve Türkiye’de mevcut durum. Journal of Istanbul Faculty of Medicine. 2009;72(1):29-35.

28. World Health Organization. The 7th Global Conference on Health Promotion, Nairobi, 2009 [Erişim Tarihi: 22 Mart 2022] [Web Sayfası: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference#:~:text=7th%20Global%20Conference%20on%20Health,Ottawa%20Charter%20on%20Health%20Promotion.>)]
29. World Health Organization. 8th Global Conference on Health Promotion [Erişim Tarihi :28 Mart 2022] [Web Sayfası: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/eighth-global-conference.>]
30. World Health Organization. The 9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai 2016 [Erişim Tarihi: 30 Mart 2022] [Web Sayfası: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference.>]
31. Çimen S. 15-18 Yaş Grubu Gençlerde Riskli Sağlık Davranışları Ölçeğinin Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2003, İstanbul (Danışman:Prof.Dr. Sevim Savaşer)
32. Bulduk S, Yurt S, Dinçer Y, Ardiç E. Sağlık davranışı modelleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2015;5(1):28-34.
33. Finfgeld DL, Wongvatunyu S, Conn VS, et al. Health belief model and reversal theory: a comparative analysis. Journal of Advanced Nursing. 2003;43(3):288-97.
34. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. American Journal of Health Promotion. 1997;12(1):38-48.
35. Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. Asian Journal of Social Psychology. 1999;2(1):21-41.
36. Koçak A, Bulduklı Y. Sağlık iletişimi: yaşlıların televizyonda yayınlanan sağlık programlarını izleme motivasyonları. Selçuk İletişim. 2010;6(3):5-17.
37. Bahar Z, Dilay A. Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2014;7(1):59-67.
38. Türk Dil Kurumu. Davranış [Erişim Tarihi: 5 Nisan 2022] [Web Sayfası : [https://sozluk.gov.tr/.](https://sozluk.gov.tr/)]

39. Beydağ KD, Uğur E, Sonakın C , Yürügen B. Sağlık ve yaşam dersinin üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;3(1):599-609.
40. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. World Health Organization 1998, Bakanlık Yayın No: 814. ISBN: 978-975-590-361-3. 1. Baskı Nisan 2011, Ankara
41. Şen MA, Ceylan A, Kurt ME, et al. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Dicle Tıp Dergisi. 2017;44(1):1-12.
42. Rodrigues V, Carvalho A, Carvalho G. Behaviour and health: a cross-sectional study between a basic teaching school and a professional school. Science Education International. 2007;18(2):131-8.
43. Kostak MA, Kurt S, Süt N, et al. Hemşirelik ve sınıf öğretmenliği öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. TAF Prev Med Bull. 2014;13(3):189-96.
44. Vural PI, BAKIR N. Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015(1):36-42.
45. Almutairi KM, Alonazi WB, Vinluan JM, et al. Health promoting lifestyle of university students in Saudi Arabia: a cross-sectional assessment. BMC Public Health. 2018;18(1):1-10.
46. World Health Organization. The top 10 causes of death [Erişim Tarihi: 30 Nisan 2022][Web Sayfası: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.]
47. Boutayeb A, Boutayeb S. The burden of non communicable diseases in developing countries. International Journal for Equity in Health. 2005;4(1):1-8.
48. Elwood P, Galante J, Pickering J , et al. Healthy lifestyles reduce the incidence of chronic diseases and dementia: evidence from the Caerphilly cohort study. PloS one. 2013;8(12):e81877.
49. Mirghafourvand M, Baheiraei A, Nedjat S, et al. A population-based study of health-promoting behaviors and their predictors in Iranian women of reproductive age. Health Promotion International. 2015;30(3):586-94.

50. Ford ES, Zhao G, Tsai J, Li C. Low-risk lifestyle behaviors and all-cause mortality: findings from the national health and nutrition examination survey III mortality study. *American Journal of Public Health*. 2011;101(10):1922-9.
51. Dickey RA, Janick JJ. Lifestyle modifications in the prevention and treatment of hypertension. *Endocrine Practice*. 2001;7(5):392-9.
52. Zehirlioglu L, Hatice M. Kronik hastalıklara yeni yaklaşım: yaşam tarzı tıbbı. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;12(2):341-50.
53. Tamakoshi A, Tamakoshi K, Lin Y, et al. Healthy lifestyle and preventable death: findings from the Japan collaborative cohort (JACC) study. *Preventive Medicine*. 2009;48(5):486-92.
54. Pender NJ, Barkauskas V, Hayman L, et al . Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education. *Nursing Outlook*. 1992;40(3):106-12.
55. Molzahn AE. Spirituality in later life: effect on quality of life. *Journal of Gerontological Nursing*. 2007;33(1):32-9.
56. Erişen M, Sivrikaya SK. Manevi bakım ve hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;6(3):184-90.
57. Çelik ND, Owen FK. Predictiveness of heath promoting lifestyle on wellness. *Journal of Strategic Research in Social Science*. 2017;3(3):69-88.
58. Özbek Z. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2019, (Danışman: Doç.Dr. Simge Zeyneloğlu)*
59. George LK, Larson DB, Koenig HG, McCullough ME. Spirituality and health: what we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2000;19(1):102-16.
60. Kelly J. Spirituality as a coping mechanism. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2004;23(4):162-8.
61. Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spiritüel bakım ve hemşirelik. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2007; 8(1) : 47 – 50.
62. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H ve ark. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2012;6(1):13-21.

63. Bahar Z, Beşer A, Gördes N ve ark. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;12(1):1-13.
64. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. Nursing Research. 1996;45(1):30-6.
65. Chew F, Palmer S, Slonska Z, Subbiah K. Enhancing health knowledge, health beliefs, and health behavior in Poland through a health promoting television program series. Journal of Health Communication. 2002;7(3):179-96.
66. Avcı YD. Kişisel sağlık sorumluluğu. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016;15(3):259-266.
67. Eroğlu Y, Şentürk HE, Karacabey K. Gaziantep Üniversitesi akademik ve idari personelin beslenme alışkanlıklarının karşılaştırılması. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2012;9(1):131-41.
68. Yılmaz E, Özkan S. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2007;2(6):87-104.
69. Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi. 1.baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, 2015.
70. Köksal O, Attila S, Bosı TB. Toplum Beslenmesi. İçinde: Güler Ç, Akın L, editörler. Halk Sağlığı Temel Bilgiler- 3: 3.baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2015.p 1210-1348.
71. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA), Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Yayın no:1132, 2019.
72. World Health Organization. Obesity.[Erişim Tarihi: 2 Mayıs 2022] [Web Sayfası https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1]
73. The global nutrition report, from promise to impact ending malnutrition by 2030. International Food Policy Research Institute; A Peer-Reviewed Publication 2016:8-13.
74. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu; 3. baskı. Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği; 2016

75. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması 2022 Haber Bülteni 2023 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>]
76. Akyol A, Bilgiç P, Ersoy G. Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. 1.Baskı. Ankara: T.C.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2008.
77. Özer K. Fiziksel Uygunluk. 1.Basım. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2001.
78. Bozlar V, Arslanoglu C. Healthy life style behaviors of university students of school of physical education and sports in terms of body mass index and other variables. Universal Journal of Educational Research. 2016;4(5):1189-95.
79. Tayar M, Korkmaz NH. Beslenme Sağlıklı Yaşam. 2.Baskı. Ankara: Nobel Yayın; 2007.
80. World Health Organization.Physical activity [Erişim Tarihi:20 Mayıs 2022] [Internet]. [Web Sayfası https://www.who.int/health-topics/physical-activity#tab=tab_1.1]
81. Türkiye Beslenme Rehberi 2015. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Yayın No: 1031. Ankara,2016.
82. Aydın Ş, Örnek AŞ. Kriz ve Stres Yönetimi. 2. Baskı, Ankara: Detay Yayıncılık, 2008.
83. Demirci N, Engin AO, Bakay İ, Yakut Ö. Stres ve stresi ortaya çıkaran durumların öğrenci üzerine etkisi. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi 2013;2(3):289-96.
84. Balcıoğlu İ. Medikal açıdan stres ve çareleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:47, 2005.
85. Kaya MF, Değerliyurt M, Aydogmus Y ve ark. The sources of stress for candidate teachers of geography. Turkish Studies 2014;9(1):235-57.
86. Güçlü N. Stres yönetimi. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2001;21(1):91-109.
87. Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve Başa çıkma Yolları. 20.Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi, 2000.

88. Hamarta E, Arslan C, Saygın Y, Özyeşil Z. Benlik saygısı ve akılcı olmayan inançlar bakımından üniversite öğrencilerinin stresle başa çıkma yaklaşımlarının analizi. Değerler Eğitimi Dergisi 2009;7(18):25-42.
89. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı.7.Baskı. İstanbul: Perspektif Baskı; 2005.
90. Sağlık Hizmetleri Kişiler Arası İletişim. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Ankara, 2015.
91. House JS. Social support and social structure. Sociological Forum 1987; 2(1): 135-146.
92. Gökkoca FZU. Sağlık Eğitimi Açısından Temel İlkeler. STED. 2001;10(10):371-4.
93. Tuncel N, Şanlı T, Avantajı M, Güçhan N. Halk Sağlığı Hemşireliği. Anadolu Üniversitesi Yay. No: 568, Eskişehir, 1993.
94. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2005; 9(2): 26-34.
95. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ The Health promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics. Nursing Research, 1987; 36(2): 76-80.
96. Walker SN, Hill-Polerecky DM . Psychometric evaluation of the health promoting lifestyle profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center,1996.
97. Kılıç S. Cronbach's alpha reliability coefficient. Psychiatry and Behavioral Sciences. 2016;6(1):47.
98. Çevik M, Gümüştakım RŞ, Kuş C, Bilgili P. How much do family physicians take care of their health?: a cross-sectional study. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2021;15(2):315-326.
99. Çakır M, Piyal B, Aycan S. Hekimlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi: tıp fakültesi tabanlı kesitsel bir çalışma. Ankara Medical Journal. 2015;15(4):209-219.

100. Gündoğdu NA, Güler G. Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik düzeyleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2016;18(1):14-27.
101. Yalçinkaya M, zer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık alışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007;6(6):409-20.
102. Alzahrani SH, Malik AA, Bashawri J, et al. Health-promoting lifestyle profile and associated factors among medical students in a Saudi university. *SAGE Open Medicine*. 2019;(7):1-7.
103. Pakseresht S, Rezaei K, Pasha A, et al. Health promoting lifestyle among students at Guilan University of Medical Sciences. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2017;27(1):19-26.
104. Bhuiyan M, Sheng JWK, Binti Ghazali FH, et al. Health-promoting lifestyle habits among preclinical medical students. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*. 2017;11(2):490-5.
105. Hosseini M, Aşktorab T, Taghdisi HM, et al. Health-promoting behaviors and their association with certain demographic characteristics of nursing students of Tehran city in 2013. *Global Journal of Health Science*. 2015;7(2):264-272.
106. Uar B. Eczacıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Journal of Current Nursing Research*. 2021;1(2):68-79.
107. Ege E, Zincir H, Gneş G, Bilgin N. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik-yeterlik düzeylerinin incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*. 2003;14(2):83-92.
108. Al-Kandari F, Vidal VL, Thomas D. Health-promoting lifestyle and body mass index among College of Nursing students in Kuwait:A correlational study. *Nursing and Health Sciences*. 2008;10(1):43-50.
109. Yanık A, Noğay NH. Sağlık alışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Firat Tıp Dergisi*. 2017;22(4):167-176.
110. Gömleksiz M, Yakar B, Pirini E. Tıp fakültesi ğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*. 2020;47(2):347-58.

111. Uz D, Kitiş Y. Bir hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz etkililik düzeylerinin belirlenmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;2(3):27-39.
112. Al-Qahtani MF. Health-promoting lifestyle behaviors among nurses in private hospitals in Al-Khobar, Saudi Arabia. *Journal of the Egyptian Public Health Association*. 2015;90(1):29-34.
113. Hui WHC. The health promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong. *Journal of Professional Nursing*. 2002;18(2):101-11.
114. Cürçani M, Tan M, Özdelikara A. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2010;9(5):487-492.
115. Aksoy T, Uçar H. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014;1(2):53-67.
116. Nacar M, Baykan Z, Cetinkaya F ve ark. Health promoting lifestyle behaviour in medical students: a multicentre study from Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2014;15(20):8969-74.
117. Şimşekoğlu N, Mayda A. Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2016;6(1):19-29.
118. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2008;3(7):89-105.
119. Bostan N, Beşer A. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2017;14 (1): 38-44.
120. Türkol E, Güneş G. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*. 2012;19(3):159-66.
121. Dörtkol A, Özdemir L. Evaluation of healthy lifestyle behaviors and related factors in medical students. *Cumhuriyet Medical Journal*. 2021;43(1):20-30.
122. Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E ve ark. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2012;26(3):151-7.

123. Kaya G, Save D, Sarı A ve ark. How does being a medical student determine health promoting behaviors? *Marmara Medical Journal*. 2018;31(1):27-32.
124. Duran Ü, Serdal Ö, Asgarpour H, Kunter D. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2018;2(3):138-47.
125. Altay B, Çavuşoğlu F, Güneştaş İ. Tıp fakültesi hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2015;8(4):12-8.
126. Beebe D, Chang JJ, Kress K, Mattfeldt-Beman M. Diet quality and sleep quality among day and night shift nurses. *Journal of Nursing Management*. 2017;25(7):549-57.
127. Acımiş NM, Özcan B, Uzuner N. Bir tıp fakültesi intern hekimlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. *Sağlık ve Toplum*. 2021;31(2):67-73.
128. Demir BK, Şentürk S, Kırkalı M ve ark. Genç sağlıkçılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğine göre değerlendirilmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2019;4(1):7-11.
129. Gilan BA, Janatolmakan M, Ashtarian H, et al. Health-promoting lifestyle and associated factors among medical sciences students in Kermanshah, Iran: A cross-sectional study. *Journal of Environmental and Public Health*. 2021; 2021: 6691593.
130. Kürkcüoğlu I, Keskin T, Elmas TG ve ark. Diş hekimliği öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışı ile fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*. 2020;5(3):461-471.
131. Ardiç C, Taşkın N. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Bezmialem Science*. 2018;6(3):191-5.
132. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practise. 4.Baskı. New Jersey: 2002.
133. Güleç O. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci ve son sınıf öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi, Tokat

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2020, Tokat, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Gülseren Oktay)

134. Demir E, Artantaş AB. Tıp ve hemşirelik öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi: kesitsel bir çalışma. Ankara Medical Journal. 2018;18(2):186-97.
135. Baral P, Tamrakar N. Health promoting lifestyle among nurses of a tertiary level hospital. Journal of Karnali Academy of Health Sciences. 2020;3(1):1-7.
136. Ertürk M. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan asistan hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sosyodemografik özellikleri ile ilişkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2022, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu)
137. Güner İC, Demir F. Ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2006;9(3):17-25.
138. Ulaş B, Özmen D. Bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlık kontrol odağı arasındaki ilişki. 2014;24(2): 119-125.

EKLER

EK-1. ASİSTAN HEKİM ANKET SORULARI

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİNDE ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİ VE İNTERN HEKİMLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Sayın katılımcı,

Bu anket formu Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinde araştırma görevlileri ve intern hekimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Anket formunda toplamda 64 soru vardır. Araştırma amacıyla toplanan bilgiler araştırmacıda saklı kalacaktır ve tamamen bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmanın niteliği açısından oldukça büyük önem taşıdığından sorulara doğru yanıtlar vermenizi rica ederiz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

ANKET FORMU

1. Cinsiyetiniz? 1. Erkek 2. Kadın
2. Yaşınız?
3. Medeni durumunuz? 1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış/Eşi ölmüş
4. Çocuğunuz var mı? 1. Evet 2. Hayır
5. Bölümünüz nedir? 1. Dahili bilimler
 2. Cerrahi bilimler
 3. Temel bilimler
6. Gelir durumunuz nasıl? 1. İyi 2. Orta 3. Kötü
7. Nöbet tutuyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
8. Sigara kullanıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır 3. Bıraktım
9. Alkol kullanıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
10. Kronik bir hastalığınız var mı? 1. Evet 2. Hayır
11. Devamlı kullandığımız bir ilaç var mı? 1. Evet 2. Hayır
12. Sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz? 1. İyi 2. Orta 3. Kötü

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-II

Bu ankette su anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneğin karşısına (x) işareti koyunuz. Hiç bir 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 hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 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	Bos 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 kucaklaşırım				
32	Her gün 2-3 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 2-3 porsiyon yerim				
		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

EK-2. İNTERN HEKİM ANKET SORULARI

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİNDE ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİ VE İNTERN HEKİMLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

Sayın katılımcı,

Bu anket formu Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinde araştırma görevlileri ve intern hekimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Anket formunda toplamda 62 soru vardır. Araştırma amacıyla toplanan bilgiler araştırmacıda saklı kalacaktır ve tamamen bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmanın niteliği açısından oldukça büyük önem taşıdığından sorulara doğru yanıtlar vermenizi rica ederiz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

ANKET FORMU

1. Cinsiyetiniz? 1. Erkek 2. Kadın
2. Yaşınız?
3. Medeni durumunuz? 1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış/Eşi ölmüş
4. Çocuğunuz var mı? 1. Evet 2. Hayır
5. Gelir durumunuz nasıl? 1. İyi 2. Orta 3. Kötü
6. Sigara kullanıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır 3. Bıraktım
7. Alkol kullanıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
8. Kronik bir hastalığınız var mı? 1. Evet 2. Hayır
9. Devamlı kullandığınız bir ilaç var mı? 1. Evet 2. Hayır
10. Sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz? 1. İyi 2. Orta 3. Kötü

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-II

Bu ankette su anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneğin karşısına (x) işareti koyarak belirtiniz. Hiç bir 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				
		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
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	Bos zamanlarımda yüzmeye, dans etmeye, bisiklete binmeye gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim				
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 2-3 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 2-3 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				
		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
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				