

**T. C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER

**ÜNİVERSİTE HASTANESİ VE BİRİNCİ BASAMAK
HEKİMLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ KARŞILAŞTIRILMASI;
EDİRNE ÖRNEĞİNDE**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Yusuf CANBOLAT

EDİRNE – 2019

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tezimin hazırlanmasında gsterdiği her turlu destek ve yardımlarından dolayı tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer'e, yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. H. Neziğ Dağdeviren'e, Prof. Dr. Ayőe Çaylan 'a ve Prof. Dr. Serdar Öztora 'ya, eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma, sevgili eşime ve birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
SAĞLIK KAVRAMI	3
SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER	5
SAĞLIĞIN KORUNMASI	8
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ	9
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ VE DAVRANIŞLARI	11
HEKİMLERİN SAĞLIĞI GELİŞTİRMEDEKİ ROLLERİ	18
GEREÇ VE YÖNTEMLER	20
BULGULAR	23
TARTIŞMA	40
SONUÇLAR	47
ÖZET	49
SUMMARY	51
KAYNAKLAR	53
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

BKİ : Beden kitle indeksi

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

SYBD : Sağlıklı yaşam biçimi davranışları

SYBDÖ : Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği

WONCA : World Organization of National Collages, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians. (Dünya Genel Pratisyen/Aile Hekimliği Ulusal Kolejler, Akademileri ve Akademik Dernekleri Birliği)

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü sağlık kavramını yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmaması ile sınırlı olmayıp, bedensel, tinsel ve sosyal yönden tamamen iyi olma durumu olarak tanımlamaktadır (1). Bugünlerde ise sağlık anlayışı; kişinin, halkın ve ailenin iyilik halini muhafaza eden, devam ettiren ve iyileştiren sağlığın merkezde olduğu bakım tutumunu benimsemektedir. Bu tutum; kişinin iyiliğini muhafaza edecek, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlara sahip olması ve bireyin öz sağlığıyla ilgili uygun tutumları göstermesi beklenmiştir (1).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre gelişmiş ülkelerde ölümlerin %70-80'i, gelişmekte olan ülkelerde ise %40-50'si sağlıksız yaşam biçiminden kaynaklanmaktadır. Bu oranlar sağlıklı bir yaşam biçimine geçilip, bu tutumun geliştirilmesinin ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır (2).

Eski çağlarda toplu ölümlere neden olan enfeksiyon hastalıkları artık yerini hipertansiyon, obezite, tip II diyabet, koroner kalp hastalıkları gibi yaşam biçimi ile yakından ilgili kronik hastalıklara devretmiştir. Böylece hastalıklardan korunma ve toplum sağlığının geliştirilmesinde hedef olarak, yaşam biçiminin değiştirilmesine ve geliştirilmesine yönelik uygulamalar benimsenmiştir (3).

Sağlıklı olmak her insanın temel hakkıdır. Sağlığın korunması, sağlanması ve sürdürülmesi tüm sağlık personellerinin amaçlarından olup, bireyin de öz sorumluluklarındandır. Bireyin sağlığı iyileştirici tutumları ve uygulamaları kazanması için, kendini teftiş etmesi, bu tutum ve davranışlara sahip olmak için istekli olması gerekmektedir.

Çünkü sağlığı geliştirmek ve korumak için olumlu sağlık davranışının uygulanması ve sürdürülmesi gerekir (3).

Kişinin sağlıklı olabilmek amacıyla uyguladığı her çeşit davranış sağlık davranışı olarak tanımlanır. Sağlık davranışlarını etkileyen faktörlerse bireyin sağlığına verdiği önem, sağlığını denetleme şekli, sağlık hizmetini elde ederken karşılaştığı engeller ve kültürel farklılıklardır. Tüm bunlara ek olarak cinsiyet faktörü de sağlık üzerinde önemli bir etken olarak kabul edilir (4).

Hastalık ve sağlık tanımları inanç, örf, adet ve insanların geçmiş tecrübelerine göre farklılık gösterse de, etkili şekilde sağlık eğitimi verilerek sağlıklı yaşam davranış şekilleri dzeltiler (5). Sağlıklı yaşam şekli davranışları altı alt başlıkta toplanmıştır. Bu başlıklar kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek, dengeli beslenme durumu, fiziksel egzersiz alışkanlığı, sağlık mesuliyeti ve stres yönetimidir (6).

Bu davranışları pratikte yapan birey, sağlığını koruyabildiği gibi sağlık halini bir üst seviyeye taşıyabilir. Bu nedenden ötürü verilecek sağlık hizmetleri; sağlığı muhafaza etme, devam ettirilmesini ve geliştirmeyi amaçlamalıdır. Bu davranışların iyileştirilmesi ve sürdürülmesinde tüm sağlık çalışanlarının önemli bir rolü vardır. Sağlık çalışanları hizmet ettikleri diğer insanları etkileme özelliğine sahiptirler. Bu amacı gerçekleştirirken mesleki sorumlulukları ve sosyal konumları gereği sahip oldukları yaşam biçimleri ile insanlara rol model olmaktadır (5).

Bu çalışma, niversite hastanesinde ve birinci basamakta çalışmakta olan hekimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bunların sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi, sağlıklı yaşam biçimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve hekimlere sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda öneriler sunmak amacıyla yapılmıştır.

GENEL BİLGİLER

SAĞLIK KAVRAMI

İnsanlığın varoluşundan beri en çok konuşulan kavramlardan olan sağlık, bireyin en iyi olduğu halinden hayatının sonuna kadar süren dönemi içeren bir süreç olarak düşünülebilir (7).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaptığı tanımlamada sağlık; yalnızca hastalık ve sakatlık halinin olmaması değil, fiziksel, tinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir (8). Bu sebeple sağlık ekonomik, sosyal ve kişisel olarak faydalı bir yaşam sürmelerini sağlayan bir kaynak olarak görülmektedir. Sağlık, sosyal ve bireysel kaynakları, dahası bedensel kapasitenin önemini vurgulayan pozitif bir kavramdır (8).

Ottawa Sözleşmesi temel insan haklarından sağlık kavramını ele alan bir sözleşmedir. Burada sağlık için gerekli olan yeterli ekonomik kaynak, gıda ve barınma, istikrarlı bir ekosistem, huzur gibi ön şartlar vurgulanmaktadır. Bu ön şartların kabulü ile çevre, sosyal ve ekonomik durumlar, kişisel yaşam davranışları ve insan sağlığı arasında yüksek dereceli bir bağlantı oluşmaktadır. Bu tarz bağlantılar bütüncül sağlık anlayışının öncülüğünü yapar. Günümüzde sağlığın tinsel boyutuna da ciddi derecede önem verilmektedir (8).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) temel insan haklarından birini de sağlık olarak görmektedir. Bu görüşe göre herkesin temel sağlık kaynaklarına ulaşabilir olması gerekmektedir. Kapsamlı sağlık anlayışına göre, fiziksel etmenleri, sosyal ve mali koşulları düzenleyen tüm sistemler ve yapılar, çalışmalarının kişisel ve toplum sağlığı ve refahı üzerindeki etkilerini dikkate almalıdır (8).

Bugünlerde ise sağlık algısı kişi, toplum ve ailenin sağlığını muhafaza eden, devam ettiren ve geliştiren sağlık odaklı bakım tutumunu benimsemektedir. Bu tutum kişinin iyiliğini

muhafaza edecek, sürdürecek ve geliştirecek davranışlara sahip olması ve bireyin kendi sağlığı ile alakalı doğru tutumlar sergilemesini sağlamaya dayandırılmıştır (1).

Sağlığın diğer bir tanımı da çevre ile birlikte işlev görebilme yeteneği şeklindedir (9). Buradan da anlaşılacağı üzere sağlığın kişinin sadece kendisini değil, yaşadığı toplumsal halkayı da etkilediğidir. Bu tanımlamanın sebepleri ise;

- 1- Bireyin bedensel sağlığı ile toplumun sağlığının birlikte değerlendirilmesi;
- 2- Kişinin sadece bedensel rahatsızlıklarının giderilmesinin sağlıklı sayılmasının göstergesi olamayacağının kabulü;
- 3- Toplumdan biri olan kişinin o çevreden soyutlanmaması olarak belirtilmiştir (10).

Hastalık ise, biyolojik bir süreç, belirti ve semptomlarla kendini gösteren patolojik bir anormalliği ifade eden bir durumdan ziyade, aynı zamanda ekonomik ve kültürel, bireyin fiziksel, psikolojik, entelektüel, sosyal fonksiyonlarını ve çevresiyle olan iletişimini, uyumunu, üretkenliğini, kendi iç dengesini bozan sosyal bir kavramdır (9).

Günümüzde hastalık yerine genellikle sağlıkla ilgilenilmektedir, çünkü insanlar yüksek iyilik durumunu hastalık durumuna tercih etmekte, yaşamı sevmekte ve yaşama aktif olarak katılabilmeyi istemektedir. Sağlık anlayışı değişken olup, zaman içinde bireyden bireye, toplumdan topluma değişiklikler göstermiştir. Toplumların sosyal değerleri, inançları, alışkanlıklarına bağlı olarak değişen sağlık kavramı sosyal bir olgudur (11,12).

Sağlık kavramını tanımlama için kullanılan diğer terimler ise sübjektif ve objektif sağlık kavramlarıdır. Kişinin sosyal, bedensel ve tinsel açıdan kendini algılaması durumuna sübjektif sağlık denir. Buna göre kişi, hasta olmamasına rağmen kendisini hasta veya hasta olduğu halde kendisini sağlıklı düşünebilir. Bilimsel açıdan yani doktor muayenesi ve laboratuvar testleri ile konulan tanı ile hasta olmamasına ise objektif sağlık denir. Böylelikle bir kişiye sağlıklı demek için, hem kişinin kendini öznel anlamda sağlıklı hissetmesi, hem de nesnel açıdan sağlıklı olması icap etmektedir (9).

Sağlık birbirini destekleyen veya birbirinden farklı yaklaşımlarla adlandırılmaktadır (13). Bunlar :

1. Tıbbi Model,
2. Holistik Model,
3. İyilik Modeli,
4. Çevre Modelidir.

1-Tıbbi Model: Sağlıktan bu modelde hastalığın olmayışı olarak bahsedilmiştir. Burada kişilerin var olan fonksiyonelliğin ya da engelliliğin kademelerine göre;

- Tedavisi muhtemel durumlar,
- Kişinin sağlıklı olmamasına rağmen birkaç görevi yapabildiği durumlar,
- Hastalığın ortaya çıkarttığı engellere rağmen kişinin sorumluluklarını yapabildiği durumlar,
- Kişilerin öz ihtiyaçlarını yardımsız yapamadığı durumlar olarak bahsedilmektedir(13).

2-Holistik Model: Holistik Model sağlık kavramını pozitif açıdan ele alır. Kişinin tamamıyla sosyal ve tinsel yönleri de kapsayacak şekilde iyi olma hali olarak bahsedilmektedir. Holistik model, sağlığın fiziksel, tinsel ve sosyal açıdan ölçülebilmesine olanak tanıyarak çeşitli istatistiksel bulgulara erişilmesine imkan vermiştir (13).

3-İyilik Modeli: İyilik modelinde sağlık öznel olarak bahsedilmiştir. Sağlığın tanımına mutluluk ve yaşam kalitesi de eklenmiştir. Bireyin sorumluluklarını yapma sürecinde var olan potansiyelini kullanmasını beden-zihin-ruh bütünleşmesi şeklinde açıklanmaktadır. Bu modelde kişinin kendine olan sorumluluğu, sağlıklı beslenme, egzersiz ve stres yönetimini kapsayan dört boyuta parmak basılmış olup, kişi kendini geliştirerek iyiye doğru giden bir sistem olarak bahsedilmektedir (13).

4-Çevre Modeli: Bu modelde sağlık, kişinin çevreden izole olmasının mümkün olmadığı söylenip, kişinin davranışlarını geniş bir yelpazede inceleyen sistem teorisine bağlı olarak tanımlanmaktadır (13).

Bireylerin elverişli ortam ve makul kişiler arası ilişki desteği ile ortama uyum gösterebileceği, kişilerin ancak halkla bütünleşerek gelişimlerini sürdürebilecekleri ve sosyal aktivitelerini yapabilecekleri görüşlerini içermektedir (13).

SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

İnsan sağlığını etkileyen faktörler birden fazla ve sürekli birbirleri ile etkileşim halinde olan unsurlardır (8).

Sağlığımızı etkileyen faktörlerin bir kısmını sıralarsak

- Yaşam alanı,
- Genetik özellikler,
- Kişinin davranışı/yaşam biçimi,
- Obezite durumu,
- Küresel çevre (canlı küre),
- Maddi durum (gelir düzeyi),
- Kültür,
- Çevre ile olan sosyal ilişkiler,

- Aile ile olan ilişkiler,
 - Sağlık hizmetlerinden faydalanma,
 - Doğum yılı, yaşı
 - Erkek veya kadın olması
 - Yapmakta olduğu işi, mesleği
 - Dini durumu,
 - Eğitim seviyesi
- olarak söylenebilir (14).

Yaşamın içindeki her şeyin sağlığınıza bir şekilde etkisi vardır. Kişi kendinden başlayıp fiziksel ve sosyal tüm faktörleri sağlığıyla ilişkilendirebilir. Bu gözle bakıldığında kişinin sağlık davranışları kişinin eğitim durumu, barınma veya iş koşulları, sosyoekonomik durumu, çevresindeki toplumun kültürü, politik ortamı, yaşadığı ülkenin durumu gibi birçok faktörden etkilenir. Bu faktörlerin hepsi sağlığın belirleyicileridir (15).

Sağlığın sosyal belirleyicilerini 5 alt başlıkta inceleyecek olursak; kişisel özellikler (yaş ve cinsiyet), sosyoekonomik konumun belirleyicileri (işsizlik, çalışma şartları, maddi durum ve sosyal dışlanma), çevresel faktörler (barınma, sosyal çevre, temiz içecek ve yiyecek), yaşam tarzı ile ilgili durumlar (fiziksel aktivite, bağımlılık durumu ve cinsel tercihler), ulaşım ve sosyal hizmetler ile ilgili belirleyiciler (ulaşım, sosyal hizmetler, eğitim) olarak sıralayabiliriz (16,17).

Kişisel özellikler: Dünya genelinde yapılan çalışmalar kadınların mortalite oranının erkeklere oranla daha düşük olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte yaşam süreleri de daha uzundur. Ancak bu, kadınların sağlık durumunun daha kötü olduğu gerçeğini değiştirmez (18).

Ortalama yaşam ömrü arttıkça kronik hastalıklar ve engellilik durumu hızla artmaktadır. Bu yüzden de yaşlıların yaşam kaliteleri doğrudan etkilenmektedir. Ayrıca emeklilikte meydana gelen maddi gelir düşüşleri, yakınların kaybı ve sosyal çevreden izole olma gibi durumlar yaşlıların sağlığına ve yaşam kalitesine direkt olmasa da dolaylı yoldan etki etmektedir (16).

Sosyoekonomik özellikler: İşsiz kadın ve erkeklerde yapılan araştırmalar sonucunda hastalık ve ölümlerin diğer bireylere oranlara daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu araştırmalarda işsiz kadın ve erkek bireyler sağlık düzeylerini orta veya kötü olarak tanımlamışlardır. Bununla beraber işsizler daha önce ölmektedir (18).

Toplumsal destek tanımı “başkaları tarafından sağlanan kaynaklar” şeklindedir. Kişiyi önemsendiğini, sevilip sayıldığını, iletişim ve karşılıklı görevler içeren toplumsal bir yapıya ait

olduğunu hissettiren bir bilgi olarak görülür (18). Sosyal dışlanma ise kişisel olabileceği gibi toplumsal ve bölgesel de olabilmektedir. Bu dışlanma ile birlikte eğitimden uzaklaşma ve yetersiz eğitim, işyerinde düzen tutturamama, sağlıksız beslenme, kamu hizmetlerinden faydalanamamak, mutsuzluk ve umutsuzluk gibi durumlar da ortaya çıkmaktadır (16).

Çevresel belirleyiciler: Barınma insanların temel ihtiyaçlarından biridir. Kötü yaşam şartlarının sağlık üzerine etkisini gösterebilmek maddi gelir azlığı, eğitim seviyesinin düşüklüğü, sağlıksız beslenme gibi faktörlerden dolayı zorlaşmaktadır (19).

İnsan sağlığına etkisi olan bir diğer faktör de beslenme davranışlarıdır. Yapılan araştırmalarda kişilerin yeterli ve iyi gıda ile beslenme davranışının sağlığa ve bununla ilgili davranışlara etki ettiği belirtilmiştir (20). Elbette bunlara ulaşmak belirli bir sosyoekonomik güç gerektirir. Yapılan araştırmalarda sosyoekonomik düzeyleri farklı olan kişilerin beslenme farklılıklarının en önemli sebebi gıda kaynaklarındaki değişikliklerdir (16).

Yaşam tarzı ile ilgili belirleyiciler: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kişilerin sağlığını belirleyen faktörlerin başında gelmektedir. Sağlık davranışı genel anlamda bireylerin sağlığını korumak için yaptığı davranışlar ve sağlık problemi yaşadığında yaptığı davranışlar olarak tarif edilmektedir (21).

Alkolizmin de sağlıklı yaşam ve yaşam kalitesine etkisi olduğu da kaçınılmaz bir gerçektir (16).

Ulaşım ve sosyal hizmetlerle ilgili belirleyiciler: Ulaşım; kazalar, sakatlıklar ve hastalıklar, fiziksel aktivite gibi durumlar üzerine direkt etki ederken, sosyal çevre ve yaşam kalitesi üzerine ise dolaylı yoldan etki eder. Motorlu taşıtları daha az kullanmak, daha fazla fiziksel aktivite yapmak (yürüyerek, bisiklet ile) sağlıklı ulaşım kapsamına girer (17). Bu şekilde olan davranışların sağlığa dört çeşit etkisi bulunur: Fiziksel aktivite oranını artırır, ölümcül kaza oranını azaltır, sosyal çevreyi ve bağlarını artırır, hava kirliliğini azaltarak bunlarla ilgili hastalıkların azalmasına sebep olur (16).

Fiziksel aktivite yapan kişilerin sayısını fazlalaştırmanın en kolay ve kısa yöntemi bisiklet kullanımını artırmak ve yürüyüşe teşvik ederek yürüyüşü artırmaktır. Fiziksel aktivite oranının artırılmasının öncelikle kalp sağlığı olmak üzere tüm vücut sağlığı üzerine olumlu yansımaları olacaktır. Örnek verecek olursak fiziksel aktivite artışı kolon kanseri, şeker hastalığı, şişmanlık, anksiyete ve depresyonu azaltıcı etkileriyle kişinin sağlığına olumlu fayda sağlanmaktadır (16).

Bu zamanda büyük şehirlerdeki hava kirliliğinin ilk sebeplerinden birisi de ulaşımda kullanılan karayollarıdır. Bu yolların kullanımı atık parçacıklar meydana getirerek havayı

kirletmektedir. Yapılan araştırmalarda, ulaşım sebebiyle oluşan atık parçacıkların solunum sistemi hastalıklarında önemli derecede etkili olduğu ve maruziyet düzeyinin artması ile ölüm oranının arttığı görölmektedir (16).

SAğLIĞIN KORUNMASI

Kişinin sağlıklı kalmak, hastalıklardan kaçınmak ve yakalanmamak için gösterdiği davranışlara sağlık davranışı denir. Sağlıklı bir kişi ve toplum için bu tarz davranışların alışkanlık ve yaşam biçimine dönüştürölmesi gerekir (22).

Bozhüyük ve arkadaşlarının aktardığına göre, sağlığı koruma ve geliştirme denildiğinde genellikle insanların aklına ilk doktor ve hastaneler gelirken, daha sonraları ise insanların sağlıklarının kendi yaşam tarzlarına bağlı olduğu kavranmaya başlanmıştır (23).

Hastalık oluşmadan yaşam tarzı değişikliği yapmak, bağışıklık sistemini güçlendirmek, tarama protokollerine uygun taramalar yaptırarak hastalığı ilk dönemlerde yakalamak veya oluşmuşsa da komplikasyon oluşumunu önlemek için yapılan çalışmaların tümü hastalıktan korunma olarak adlandırılır (24).

Sağlığın korunması ise bireysel önlemlerin aksatılmaması ile ve bireysel çevrenin şartlarının iyileştirilmesi sonucu sağlanabilir. Leavell ve Clark'ın 1958'de aktardığına göre sağlık koruma eşitleri birincil, ikincil ve üçüncül koruma şeklinde sınıflandırılmıştır. İlk kez Marc Jamouille 1986'da dördüncül korumadan söz etmiştir (25).WONCA Aile Hekimliği sözlüğünde ise bu terim 2003 yılında yayınlanmıştır (26).

Birincil Koruma: Hastalık oluşmadan onu engellemeye yönelik müdahaleleri kapsayarak kişiyi hastalıktan korumayı amaçlar. Birincil korumayı oluşturan tutumlar; immün sistemin güçlendirilmesi, yaşam tarzının sağlıklı hale getirilmesi, temiz su ve havanın sağlanması, sigara ve madde bağımlılığı ile ilgili önlemlerin alınarak çevrenin daha güvenli olmasını sağlamak gibi koruyucu önlemlerdir (24).

İkincil Koruma: Hastalık asemptomatik evrede iken erken tanı ve tedaviyle hastalığın ilerlemeden önlenmesidir. İkincil korumanın en önemli bileşenleri periyodik muayene ve tarama testleridir. İkincil koruma, erken tanısı konulabilen ve tedavisi mümkün olan hastalıklar için idealdir.

Üçüncül Koruma: Hastalık nedeniyle oluşacak komplikasyon ve fiziksel engellerin çok daha aza indirgenmesini ve rehabilitasyonunu kapsar (27). Üçüncül koruma daha çok kronik hastalıklarda önem kazanmaktadır (27).

Dördüncül Koruma: Dördüncül koruma 15. Wonca Avrupa Konferansında değerlendirilmiştir. Burada dördüncül koruma, ruhsal bir rahatsızlıkla başvuran hastaya gereksiz tetkikler yapılmasından, yaşlı hastalara uygulanan tedavilerin ne derece faydalı olduğu araştırılmadan uygulanması sebebiyle ortaya çıkan gereksiz tedaviden ve çevreden duyduğu ve korkulan durumdan ötürü yalnızca endişesini ortadan kaldırmak amacıyla yapılan tetkiklerden hastayı koruma şeklinde açıklanmıştır (27,28). 2003 yılında yayınlanan Wonca aile hekimleri sözlüğünde dördüncül koruma aşırı medikalizasyon tehlikesindeki hastayı ve toplumu belirlemek, medikal istilalardan onları korumak ve onlara bilimsel ve etik olarak kabul edilebilir bakım prosedürlerini sağlamak için yapılan eylemler şeklinde tanımlanmıştır (29).

Dördüncül koruma kişilere sağlık karmaşası içinde kılavuzluk ederken, aile hekimliğinin yapıtaşlarından olan savunuculuk ilkesiyle de benzerlik göstermektedir. Bu sayede kişilerin fazladan tarama, test ve tedavilerden korunması hedeflenmektedir (30).

Sağlık sisteminin ilk başvuru yeri birinci basamak hekimidir. Bu bağlamda aile hekimliği kendi birimine kayıtlı kişiler ile devamlı iletişim halindedir. Bu yüzden de koruyucu sağlık hizmetlerini en temel görevlerinden biri sayan tıp disiplini. Sağlığın güçlendirilmesi, topluma koruyucu sağlık hizmetleri verme görevleri kapsamında aşılama, tarama ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi de aile hekimlerinin temel görevlerindedir (24).

Aile hekimlerinin koruyucu önlem çalışmalarını yapabilmesi için kullanılan tarama testleri, aşılar, diyabet ve koroner kalp hastalığı gibi rahatsızlıklara yönelik tedavi için gerekli bilgi ve beceriyi bilmesi yanında bunları uygulamaya yansıtması gerekmektedir. Soruna yönelik çözümde gereken yerde reçete etmek, eğitim ve danışmanlık konusunda bireye destek sağlamak gibi çalışmalar da aile hekimlerinin temel görevlerindedir (24).

SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ

Sağlığın geliştirilmesi; sağlıklı yaşam tarzına sahip olunmasını hedefleyen, sağlığı koruyan hizmetleri de destekleyen sosyal ve tıbbi müdahaleleri de kapsayan bir disiplin olmakla beraber, kişilerin sağlıklarını koruma ve geliştirme hususunda etkin duruma getirecek bir süreçtir (31).

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığı geliştirme tanımına göre ise, insanların kendi kontrollerini geliştirmesi için, bireysel ve sosyal sorumluluklarını geliştirmeyi amaçlayan bir dönemdir. Sağlığı geliştirme uygulamaları sağlık politikalarını, uygun çevre yaratmayı ve sağlık hizmetlerini yeniden yapılandırmayı da kapsamaktadır (32).

Sağlığın geliştirilmesiyle alakalı diğer bir tanımlama ise “İnsanların, öz tutkuları ile optimal sağlıkları arasındaki sinerjiyi keşfetmelerine yardım etme, optimal sağlığa ulaşma çabalarında motivasyonlarını artırma ve optimal sağlık düzeyine doğru hareket ettirmek için yaşam biçimlerini değiştirmede onları destekleme sanatı ve bilimi” şeklindedir (33). Optimal sağlıkla söylenmek istenen fiziksel, duygusal, sosyolojik, ruhsal ve de bilişsel sağlık arasındaki dengenin dinamik olduğu bir durumdur. Fiziksel sahada bedensel aktiviteler, diyet, kişisel bakım, ilaç suistimali; duygusal sahada emosyonel kriz yönetimi, stres yönetimi; sosyolojik sahada arkadaşlar, aileler, halk; bilişsel sahada kariyer gelişimi, eğitim, başarı; ruhsal sahada sevgi, ümit, hayırseverlik kavramları kapsamaktadır (33,34).

Ottawa’da 1986’da dünya sağlığı geliştirme konferansı yapılmıştır. Toplantının temel hedeflerinden biri, tüm ülkelerde sağlığı destekleyip ekonomik, politik, fiziksel, sosyal ve biyolojik faktörlerin insan sağlığına yarar sağlayacak şekilde düzenlenmesidir. Sağlık kaynakları ve sağlık hizmetlerinden herkesin eşit olarak yararlanmaları ise ikinci amaçlarındandır. Öte yandan her ülke kendi sağlık sistemine uygun kaynak ayırmalı ve çok sektörlü dayanışma ile özel organizasyonlar, yerel yönetimler ve kitle iletişim araçları ile ortak bir karar alıp birlikte rol almalıdırlar (35).

Yapılan çalışmalarda sağlığın geliştirilmesinde, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemli olduğu ve bireylerin yalnızca hastalıklardan kurtulmak veya korunmak amacıyla değil aynı zamanda iyilik hallerinin yükseltilmesini kapsayan tutum ve davranışları içermesi gerektiği vurgulanmaktadır (31).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetleri, insanları kendi sağlıklarını kontrol edip düzeltmek ve tam sağlık potansiyeline sahip olacak düzeyde olmayı amaçlar. Böylece sağlıklı yaşam bilinci kazanan bireyler, sağlıklarının korunmasında daha fazla sorumluluk alacak ve bunun sonucunda riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulayacaklardır (36).

Kişilerin bireysel sağlık durumlarını iyileştirmede ve kontrol altında tutmada ve tam bir iyilik haline erişmede sağlığın geliştirilmesi çalışmalarına önem verilmelidir. Bu sayede kişilerde sağlıklı yaşam davranış ve bilincinin oluşması, yaşam tarzının geliştirilmesi ve iyileştirilmesi, kişinin sağlık halini devam ettirmesinde bireysel ödevlerini anlayıp, sağlıksız davranışlardan uzak durarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları hayata geçirmeleri gereklidir (37).

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ VE DAVRANIŞLARI

Sağlık davranışı, olası hastalıkları tespit etmek, önlemek ve sağlıklı yaşam biçimi geliştirmek için bireylerin uyguladıkları faaliyetleri ifade eder. Sağlık davranışı var olan sağlığın korunmasında, kronik hastalıkların önlenmesinde ve sağlıklı bir yaşama ulaşmada çok önemli bir rol oynar (38).

Sağlık alanındaki çabaların çoğunluğu insanı sağlıklı yaşatmaya yöneliktir. Bu nedenle bireyleri hastalıklardan koruyan ve sağlıklı olmalarını sağlayan birçok uygulama geliştirilmiştir. Günümüzde bu uygulamalar “Sağlıklı Yaşam Biçimi” olarak adlandırılmaktadır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireylerin kendi iyilik seviyelerini koruyarak yükseltmesine hizmet eden davranışlar olarak tanımlanır (39). Walker, Sechrit ve Pender, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını (SYBD) “kendi kendine başlayan hareketlerin çok boyutlu modeli, iyilik seviyesini korumaya ve yükseltmeye hizmet eden algılar, kendini gerçekleştirme ve bireyselliğin tamamlanması” şeklinde tanımlamışlardır (40).

Başka bir tanıma göre de sağlıklı yaşam biçimi kişinin sağlığı ile alakalı konularda davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini düzenlerken kendi mevcut statüsüne uygun olarak davranması şeklinde tanımlanmıştır (41).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sadece herhangi bir hastalığı önlemeye yönelik olmayıp, aynı zamanda yaşam boyu bireyin genel sağlık ya da iyilik durumunu da geliştirmeyi amaçlar (42). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları cinsiyet, yaş, yaşanılan yer, gelir düzeyi, sosyal güvencenin olup olmaması ve sosyal aktivitelerin varlığı gibi pek çok faktörden etkilenmektedir (43).

Aile ve toplum sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmenin ilk basamak noktasıdır. Sonrasında kişisel eğitimle iyileştirilir ve değişir (1). Bireylerin sağlığı geliştirici davranışları ve psikososyal iyilik durumları sağlık durumunun önemli belirleyicileridir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemek sağlığı geliştirmeye katkıda bulunur (20).

Kazanılan bu davranışlar, bireyin sağlığını sürdürmesini sağlayan ve kendisini gerçekleştirmesine olanak sağlayan davranışlardır. Sağlığa zararlı maddelerden uzak durma, bilinçli beslenme alışkanlıklarının bulunması, stres ile başa çıkabilme, düzenli fiziksel aktivite yapma, iletişim kurabilme, temizlik önlemlerini bilme, sağlık farkındalığına ve sorumluluğuna sahip olmayı içermektedir (31).

Yaşam biçimi, yaşam kalitesini ve süresini etkiler. Bu davranışları tutum haline getiren birey, sağlıklı olma halini devam ettirerek, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir, yaşam kalitesini yükseltip morbidite ve mortalite oranını azaltabilir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi başlıklarını içerir (20). Bu başlıkların birbiri ile yakından bağlantılı olduğu ve herhangi birinin eksikliği sonucunda diğer başlıkların da olumsuz yönde etkileneceğini söylemek mümkündür.

1-Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu; bireyin sağlığını korumak ve hastalıkları önlemek için kendi tutum ve davranışlarını değiştirmesi anlamına gelmektedir. Sağlık sorumluluğu aynı zamanda, bireyin kendi sağlığına ne düzeyde katıldığını gösteren bir belirleyicidir (44).

Bireylerin sağlık sorumluluklarını alabilmeleri sağlığı geliştirmede oldukça önemlidir. Ayrıca bireyin davranışlarının ve yaşam biçiminin sağlığını nasıl etkilediğini anlamasını sağlar. Böylece riskli sağlık davranışlarından (sigara içmek, riskli seksüel deneyimler vb.) uzak durmasına yardımcı olur (45).

Sağlık sorumluluğu kavramı, bireyin sağlık konusundaki hassasiyetlerine temas etmekle birlikte sağlığına hangi düzeyde özen gösterdiği ve katılım sağladığını tespit eder. Kişilerin sağlıkları ile ilgili alabileceği sağlık sorumluluk düzeyleri ise:

- Yeni bilgilere açık olması,
- Yapılan çalışmalarını düzenli şekilde takip etmesi,
- Kendini sağlıkla ilgili konularda bilgilendirmesi,
- Kendini izlemesi, iyi olduğunu hissetmesi gibi tutum ve davranışlar,
- Kendi durumunu iyi bilmesi ve olağandışı bir durumda sağlık kurumuna başvurması kişinin sağlığına önem verdiğini gösterir (46).

Sağlık Sorumluluğunu Etkileyen Faktörler

Kişinin yaş durumu, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni hali, sigara ve alkol kullanım durumu, beslenme, gelir düzeyi gibi durumlar sağlık sorumluluğunu etkileyen faktörlerdendir (47):

- Yaş: Yaşla arttıkça kişilerin sağlıkları ile ilgili daha hassas oldukları ve düzenli kontroller yaptırmada ve profesyonel yardım alarak sağlık sorumluluklarını yerine getirme oranlarının arttığı belirlenmiştir.
- Cinsiyet: Kadınların erkeklere göre sağlık konusunda daha sorumlu davrandıkları belirlenmiştir.

- Eğitim düzeyi: Kişilerin eğitim düzeyi artıkça sorumluluk düzeyleri artmış olarak saptanmıştır.
- Medeni durum: Boşanmış bireylerin evlilere göre sağlık ile ilgili sorumluluk algılamaları daha yüksektir. Boşanmış bireylerin sorumluluklarını paylaşacak bir hayat arkadaşına sahip olmamaları sağlıklarına daha çok önem göstermelerini sağlamaktadır.
- Sigara ve alkol kullanmak: Bunları kullanan kişilerin sağlık sorumluluğu daha düşüktür.
- Beslenme alışkanlığı: Düzenli beslenmek kişilerin sağlık ile ilgili sorumluluk algısını arttırmaktadır.
- Gelir düzeyi: Kişilerin gelir düzeyi yükseldikçe sağlık sorumluluğu artmaktadır. Bunun sebebi sağlıkla ilgili harcamaları yapabilme imkanı ile ilişkilendirilmiştir (47).

Toplumdaki kişiler öz sağlığının sorumluluğunu alabilirlerse, yaşam tarzında yapılan uygulamalar çağımızın karşılaştığı birçok sağlık sorununu önleyebilir. Sonuç olarak kişinin sahip olduğu iyilik durumu gelişir ve toplumun sağlık seviyesi artar (48).

2-Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite bireyin farklı düzeylerde enerji harcaması sonucunda kas ve iskelet sistemlerinin harekete geçmesine neden olan herhangi bir bedensel aktivitedir (49). Yürümek, koşmak, yüzmek, bisiklete binmek, kol ve bacak hareketleri, baş ve gövde hareketleri gibi temel vücut hareketlerinin tümünü ya da bir kısmını içeren çeşitli spor dalları, dans, egzersiz, oyun ve gün içerisindeki aktiviteler fiziksel aktivite olarak kabul edilebilirler (50).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2011'de yapılan Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması'na göre de Türkiye genelinde kadınların %87'si, erkeklerin %77'sinin yeterli ölçüde fiziksel aktivite yapmadığı belirlenmiştir. 65 yaş üzeri bireylerin sadece %30'unun yürüyüş yaptığı belirlenmiştir (50).

Dünya çapında fiziksel hareketsizliğin, koroner kalp hastalığından kaynaklanan hastalık yükünün %6'sına, tip 2 diyabetten kaynaklanan hastalık yükünün %7'sine ve hem meme kanseri, hem de kolon kanseri için ise %10'una neden olduğu bulunmuştur (51). Yetersiz fiziksel aktivite, bütün dünyada meydana gelen ölümlerde sebep olan başlıca risk faktörleri arasında dördüncü sıradadır (dünya genelindeki ölümlerin %6'sı) (50).

Yapılan araştırmalarda, egzersiz yapma oranı az olan kişilerde mortalite oranının, haftanın en az 4 günü ve en az 30 dakika normal seviyede egzersiz yapanlara oranla %20-30 daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bununla beraber anlamlı düzeyde fiziksel egzersizin olmasıyla birçok kanser vakasının önüne geçildiği belirtilmektedir (52).

Yapılacak tüm çeşit egzersizlerden önce ısınma dönemine zaman ayrılmalıdır. Bu süre zarfında ekstremite kaslarına germe hareketleri yaptırılmalıdır. Egzersizi planlarken 5 özelliğe dikkat etmek gerekmektedir (53):

a- Egzersizin cinsi:

- Yürüme, tempolu koşma, yüzme, merdiven çıkılması veya dans etmek gibi büyük kas gruplarının kullanıldığı, ritmik ve aerobik karakterli aktivitelerdir.
- Günlük yaşam aktivitelerinde asansör kullanmak değilde merdivenin kullanılması, arabanın işyerimiz evimizden biraz daha öteye park edip o noktadan yürümek gibi.
- Mesleki fiziksel aktiviteler
- Direnç egzersizleri: Kol ve bacak gibi kas gruplarını kullanarak haftada minimum iki gün en az yarım saat çalıştırılmalıdır. 10-12 tip egzersiz, toplamda en az 8 en çok 12 tekrarla yapılmalıdır.

b- Egzersizin miktarı: Haftada minimum 3, en maksimum 5 gün süre ile yapılmalıdır.

c- Egzersizin süresi: Ana prensip olarak günlük ortalama en az 30 dakika olmalıdır. Bu sürenin ilk 10 dakikasında ısınma hareketlerini yaptıktan sonra en az 20 en fazla 60 dakika olacak şekilde aerobik egzersiz yapılabilir. Bu egzersizin toplam zamanı egzersizin yoğunluğuna bağlıdır. Ağır yüklü egzersizler, olası risklere ve sorunlara sebebiyet vermektedir, hafif yüklü ve süresi uzun egzersizler daha önce egzersiz yapmamış yetişkinler için önerilmektedir.

d- Egzersizin yoğunluğu: Orta ağırlıkta egzersiz için birey en yüksek kalp hızının %50-70'inde fiziksel aktivite yapmalıdır. En yüksek kalp hızı bireyin yaşı ile ilgilidir. 220 sayısından kişinin yaşı çıkarıldığında maksimum kalp hızı bulunmaktadır.

e- Egzersizin devam ettirilmesi: Hafif ağırlıkta başlayıp, kademeli artış ile egzersiz yapılan zaman ve egzersizin yoğunluğu artırılarak yapılmalıdır.

3-Manevi Gelişim (Tinsellik)

Tinsellik, kişinin ve varoluşunun da ilerisindeki güçtür. Hem bedensel boyutu kapsayan hem de bu durumun ötesindeki bireysel farkındalıktır. Manevi gelişim kişinin yaşam amaçlarını, kişisel olarak kendini gerçekleştirme kabiliyetini ve kendini ne kadar bildiğini ve tatmin edebildiğini belirler (54).

Manevi gelişimin bu çok boyutlu yapısı 5 önerme ile incelenebilir (55) :

- 1- Manevi gelişim kimlik gelişimi açısından, kişinin kendi gerçekliğini, bütünlüğünü ve özgünlüğünü arayış sürecini içerir.
- 2- Manevi gelişim, kişinin kendi merkezini aşma sürecini içerir.

- 3- Manevi gelişim, ilişkiler ve toplumla birlik olma yoluyla kendisi ve diğer insanlarla daha büyük bir ilişki geliştirmeyi içerir.
- 4- Manevi gelişim, kişinin hayatına anlam, amaç ve yön sağlamayı içerir.
- 5- Manevi gelişim, soyut ve her yöne yayılan bir güce ya da insanın varoluşuna ve rasyonel bilme halinin ötesinde bir özle bağlantı kurmaya yönelik artan bir açıklık halini içerir.

Bazı çalışmaların gösterdiği üzere manevi gelişim ile hem bedensel hem de ruhsal sağlık durumu arasında bir ilişki saptanmıştır. Bu çalışmalarda kişilerin manevi durumunun sağlıklarını iyi anlamda etkilediği gösterilmiştir. Hatta bazı dini kültürlerde sağlıkta olumsuz etki yapan davranışlar yasaklanmıştır. Bireylerin fiziksel anlamda iyi olması yanında manevi anlamda da kuvvetli olması sağlığın geliştirilmesini destekler (23).

Tinselliğin kişilerde sağlık üzerine olumlu etkisi olduğu bazı durumları sıralayacak olursak; hastalıklar ile mücadele becerisi kazanmak, yeniden sağlığına kavuşma gücünde ve umudunda artış, hayattaki değişikliklere uyum sağlamada başarılı olmak söylenebilir (23). Maneviyat, hastaların sağlığının tehdit altında olduğu durumlara (ölüm dahil olmak üzere) karşı stres yönetimini geliştirme ve güçlü sosyal destek sağlama yoluyla daha sağlıklı yanıt vermesini ve bu durumlara dayanma gücünü arttırmasını sağlamaktadır. Ayrıca bu kişilerin hastalık ya da operasyon sonrası iyileşme süreci daha kısa ve sağlıklı olmaktadır. Hekimlerin de hastalarının maneviyatını anlaması; hastanın hastalığını nasıl algıladığı ve sağlık hizmeti hakkındaki kararlarını nasıl aldığı konusunda hekime fikir vererek sağlık hizmetinin daha bütüncül şekilde verilmesine yardımcı olmaktadır (56).

4-Beslenme

Sağlığımızı koruyup geliştirmek için, vücudun ihtiyacı olan besinleri gerektiği kadar ve bilinçli davranarak, gerekli zamanlarda alma davranışına beslenme denir (57).

Günlük enerji alımının dengelenmesi ve fiziksel aktivitenin artırılması ile vücut ağırlığını denetim altına almak olasıdır. Bireylerin ağırlıklarının boy uzunluğunun karesine oranı olarak hesaplanan Beden Kitle İndeksi (BKİ) $18,5 \text{ kg/m}^2$ 'nin altında ise zayıf, $18,8-24,9 \text{ kg/m}^2$ arasında ise normal kilolu, $25-29,9 \text{ kg/m}^2$ arasında ise fazla kilolu, $30-34,9 \text{ kg/m}^2$ arasında ise 1.derece obez, $35-39,9 \text{ kg/m}^2$ arasında ise 2.derece obez 40 kg/m^2 'nin üzerinde ise morbid obez olarak sınıflandırılmıştır (58).

18 yaş ve üzerindeki tüm bireylerin yıllık genel muayenesi sırasında boy ve ağırlığına bakılarak BKİ'nin hesaplanıp risk durumunun değerlendirilmesi ve buna göre kişilere gerekli önerilerde bulunulması ve yıllık izlemlerinin yapılması belirtilmektedir (59). Akut miyokard enfarktüsü geçirenlerde INTERHEART çalışmasına göre BKİ'nin ortalamasının,

geçirmeyenlere göre daha büyük olduğu belirlenmiştir (60). Amerika Birleşik Devleti'nde (ABD) 1999-2008 yılları arasında yetişkinler arasındaki obezite sıklığı (belirgin olarak erkelerde olmak üzere) gittikçe artmaktadır (61).

Fiziksel aktivite ile birlikte doğru beslenme, metabolik hastalıklardan korumakta, tip 2 diyabeti yarısına kadar engelleyebilmektedir. Fiziksel aktivite ile sağlıklı bir diyet lipid bozukluğu ve yüksek tansiyonun birincil ve ikincil korumasında neredeyse birincil tedavi olarak düşünülmektedir (62). Ayrıca yetersiz ve dengesiz beslenme insanın çalışma, düşünme, yaratma gibi mental özellikleri üzerine olumsuz etkilerde bulunur. Sağlıksız beslenen bireylerin çoğalması, bu bireylerin oluşturduğu toplumun üretim gücünü düşürerek toplum üzerinde yük oluşturur (63).

Besinler içerikleri bakımından çeşitlilik gösterir. Fakat içerikleri açısından birbirine benzerlik gösteren besinler de vardır. Bu tür besinler birbirinin yerine geçebilir. Araştırmacılar tarafından beslenme konusunda çalışmaların artmasıyla birlikte besinler gruplanmaya başlanarak her besinin günlük alınması gereken miktarını belirlemeye yönelik çalışmalar yapılmıştır. Yapılan bu çalışmalara göre yeterli ve dengeli beslenmiş olmak için gruplanan bu besin öğelerinden her gün belirlenen miktarlarda alınması gerekmektedir. Amerika' da yapılan çalışmalar ile besinler süt ve süttten yapılan yiyecekler; et, yumurta, kuru baklagiller; sebzeler ve meyveler; tahıllar ve tahıl ürünleri olmak üzere dört gruba ayrılmıştır (57).

1-Süt grubu: Bu tür besinler protein, mineral ve vitamin açıdan zengindir. Tüm yaş grubunun her gün tüketmesi gereken besinlerdendir. Erişkin kişilerin günde iki porsiyon, gençler ve gebelerin ise 3-4 porsiyon süt grubu ürün alması önerilmektedir.

2-Et-yumurta-kuru baklagiller grubu: Bu gruba et, yumurta, tavuk, balık, kuru fasulye, nohut, ceviz, fındık, fıstık dahildir. Bu grup protein, mineral ve vitamin bakımından zengindir. Günde iki porsiyon alınması önerilmektedir.

- Et, tavuk, balık vb. : 50-60 g
- Kuru baklagiller: 90 g
- Yağlı tohumlar: 30 g
- Yumurta: Haftada 3-4 adet tüketilmelidir. İki yumurta 2-3 köfteye eş değerdir.

3- Sebze ve meyve grubu: İçeriklerinin çoğu sudan oluşmaktadır. Bunların günlük enerji, yağ ve protein gereksinimine katkıları çok olmayıp, mineral ve vitamin açısından zengindirler. Günlük 5 porsiyon tüketilmesi önerilmektedir. Bu 5 porsiyonun da içerisinde duruma göre turunçgiller veya yeşil yapraklı sebzeler olmalıdır.

4- Ekmek ve tahıl grubu: Toplumumuzun en önemli besin gruplarından olan tahılların günde altı porsiyon tüketilmesi önerilmektedir.

Sağlıklı ve dengeli beslenmek için öğünlerin zamanlaması da çok önemli bir yere sahiptir. Çünkü doğru zamanda alınan öğünler sağlıklı düşünmeyi, yorgunluğu gidermeyi ve hastalıklardan korunmayı sağlar. Vücudun düzenli çalışması için yemekler üç öğünde alınmalıdır ve bunların arasında 4-5 saat olması gerekmektedir (57).

5-Kişilerarası Destek

İnsanlar, yaşam koşulları ve doğaları nedeniyle birbirleriyle devamlı etkileşim ve iletişim halindedir. Bu iletişim ile insanlar duygu ve düşüncelerini paylaşabilirler (64). Kişilerin duygu, düşüncelerini paylaşmak ve ihtiyaçlarının karşılanması için çevresindeki kişiler ile etkileşime girmesini sağlayan kişilerarası ilişki kavramı ‘iki ya da daha fazla kişi arasında gelişen, değişik ihtiyaçlardan kaynaklanan, tanışmış olmaktan samimi derece yakınlığa kadar farklı yoğunlukta yaşanan karşılıklı duygusal etkileşim ve davranışlar’ olarak tanımlanabilir (65).

Chen, kişilerarası destek kavramını, sosyal çevresindekilerle vakitlerini değerlendirmek, diğer kişilerle ise irtibat halinde olmak, toplumdan herhangi birine karşı içten ve samimi olmak, samimi olduğu kişilere dokunarak iletişime girmek, herhangi bir sorunu olduğunda onu paylaşabilmek olarak değerlendirmiştir (66).

Kişiler davranışlarını genelde kişilerarası, özelde ise ikili ilişkiler yoluyla sürdürmektedirler. Hayat boyunca hedeflenen yere gelmekte, hayata karşı umutlu ve kişisel olarak verimli olmada bu tarz birliktelikler büyük önem taşımaktadır. Kişilerarası ilişkiler kavramı eşler arası etkileşimi, çocuğun anne ve babasıyla etkileşimi, akrabalar, arkadaşlar, meslektaşlar arasındaki etkileşimler, öğrenci öğretmen etkileşimi, duygusal ilişkiler gibi örnekler ile somutlaştırılabilir (67).

6-Stres Yönetimi

Stres, bireylerin tehdit ya da zorluklarla karşılaştıklarında gösterdikleri içsel tepkidir (68). Selye stresi ‘‘bireyin çeşitli çevresel uyarılara karşı gösterdiği genel bir tepki’’ olarak tanımlamıştır. Stres, bireyler üzerinde etki yapan ve onların davranışlarını, başka kişilerle ilişkilerini etkileyen bir faktördür. Stres, durup dururken ya da kendiliğinden oluşan bir durum değildir. Stresin oluşması için insanın içinde bulunduğu ya da hayatını devam ettirdiği ortam ve çevrede oluşan değişimlerin insanı etkilemesi gerekir. Stresörün oluşması için bireyin yaşayacağı değişim ve bunların vücut sistemleri üzerinde bıraktığı etkiler ile sistem dengesinin

bozulması gereklidir. Bu değişimler tüm bireyleri etkiler ancak, bazı bireyler bu değişmelerden daha çok veya daha az etkilenmektedirler (69).

Strese birçok faktör neden olabilmektedir. Bunları üç ana başlıkta toplayacak olursak sosyal (çevresel faktörler, sosyo-kültürel durum vb.) ,fizyolojik (travma, sıcak, soğuk vb.) ya da psikolojik (duygusal problemler, içsel sıkıntılar vb.) faktörlere bağlı olarak meydana gelmektedir (70).

Stresin olumlu yanlarına baktığımızda kişiyi motive eder, harekete geçirir ve daha dikkatli davranmasını sağlar. Buradan da anlaşıldığı üzere stres hayatı sürdürmek, problemleri çözmek, hayat kalitesini arttırmak için gereklidir (71).

Stresli olduğumuz durumlarda kendimizi kontrol etmeliyiz, çünkü stresi kontrol edememenin insan sağlığına zararları vardır. Her bireyin stres nedenleri birbirinden tamamen farklı olabildiği gibi, strese karşısında verilen tepkiler de çok farklı olabilmektedir. Stresi kontrol altına alamadığımızda vücudun düzenli çalışmasını tehdit ederek, bağışıklık sistemini kötü etkiler. Dahası stres, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının faaliyete geçmesini sınırlayarak, olumsuz sağlık davranışlarına doğru insanları yönlendirerek sağlığı olumsuz etkilemektedir (72).

Stresle başa çıkma yöntemleri ‘problem odaklı’ ve ‘duygu odaklı’ başa çıkma yöntemleri, ayrıca ‘kaçınma davranışı’ şeklinde olmaktadır. Problem odaklı yaklaşımda birey stres kaynağını değiştirmek ya da yok etmek için çabalamaktadır. Duygu odaklı başa çıkma ise bireyin stresörlere karşı verdiği duygusal tepkileri değiştirmeye ya da düzenlemeye çalışması şeklinde olur. Problem odaklı yaklaşım erkek bireylerde, duygu odaklı yaklaşım ise kadınlarda daha sık görülmektedir. Kaçınma yaklaşımı ise bireyin stres faktörlerinden uzaklaşmaya çalışması şeklindedir. Bireyin bunlardan hangisini kullanacağı ise kişisel özelliklerine, sosyal desteğine ve kişisel kaynaklarına göre değişmektedir (73,74).

Stres ile mücadele yöntemlerinin asıl amacı stresi azaltıp o durumu kontrol altına almaktır. Stres kontrolü sağlığın iyileştirilmesinde ve geliştirilmesinde önemli hedeflerdendir.

HEKİMLERİN SAğLIğI GELİŞTİRMEDEKİ ROLÜ

Sağlık profesyonelleri, sağlık ile ilgili alışkanlıkların sıklığını tespit edip, topluma sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmalıdır. Bu sebeple her sağlık çalışanının aklında devamlı sağlığı geliştirmek olmalı ve toplumun sağlık davranışının gelişmesi için motive edici bir önder olması gerekmektedir (75).

Sağlık Bakanlığı'nın 2013 yılında yaptığı Türkiye'de Sağlığın Geliştirilmesi Araştırma Raporu'na göre, 18 yaş ve üzerindeki bireyler, bilgi kaynağı olarak %85,4 oranında sağlık çalışanlarını tercih etmektedirler (76). Buna rağmen yapılmış araştırmalarda sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile alakası olumsuz çalışma sonuçları bulunmaktadır. Örnek verecek olursak farklı araştırmalarda, erkek doktorların %44'ünün kilolu, %6'sının obez, sağlık personelinin %29'unun şişman, hemşirelerin ise %28'inin kilolu, %11'inin obez olduğu bulunmuştur (77,78).

Kişilerin sağlığını emanet ettiği ve rol model olarak gördüğü hekimler toplumun sağlıklı davranışlarını pozitif anlamda etkileyebilir (79). Hekim danışmanlığında, doktorun kişisel sağlık faaliyetleri ile yakından ilişki vardır. Bundan dolayı hekimlerin kişisel sağlık davranışlarının artması sağlık danışmanlığı yaparken hekime kolaylık sağlar ve danışmanlığın etkisini artırır (79,80). Araştırmalar gösteriyor ki doktorların verecekleri tavsiyelere kendileri uymadığında hastalara tavsiye vermeleri ve bu tavsiyeye uyum oranı azalmıştır (81).

Topluma rol model olmaları bakımından hekimler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına birer rol model olarak sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının toplumda alışkanlık haline getirilmesi açısından çok büyük sorumluluklar düşmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma Eylül 2018 ile Aralık 2018 tarihleri arasında Edirne merkezinde çalışmakta olan birinci basamak hekimlerine ve Trakya Üniversitesi Hastanesi'nde çalışmakta olan hekimlere uygulanmıştır. Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeylerini ve bunların sosyodemografik özellikleri ile olan ilişkisini saptamak amacıyla yapılan kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırmanın evreni 703 hekimden oluşmaktadır. Çalışmamızda örneklem seçimi yapılmamış, evrenin tümü çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışmaya, araştırmaya katılmayı kabul etmiş 373 hekim dahil edilmiştir. Çalışmamıza toplam katılım oranı %53,05 olarak gerçekleşmiştir.

Etik kurul onayı (Ek-1) alındıktan sonra araştırmacı tarafından katılımcılar ile yüz yüze görüşerek anketlerin doldurulması sağlanmıştır. Araştırmaya katılanların kimlik bilgileri toplanmamıştır. Araştırmaya katılacak olan kişiler sözlü olarak bilgilendirildi ve onayları alındı.

Edirne merkezinde birinci basamakta çalışan hekim olmak, Trakya Üniversitesi'nde çalışan hekim olmak ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak çalışmaya dahil etme kriterleri olarak belirlendi.

Araştırmacı tarafından ek bir anket formu hazırlandı. Anket içerisinde, katılımcıların, sosyodemografik durumları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları sorgulayıp sorgulemediğini sorgulayan sorular olarak toplam 28 soru bulunmaktaydı. Ek olarak katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla 52 maddeden oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği ankete dahil edildi (Ek-2).

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMLERİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Walker tarafından 1987 yılında düzenlenen sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğine ait ilk versiyon 48 madde ile altı faktörden oluşmaktadır. Ölçek 1996 yılında revize edilerek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak isimlendirilmiştir. Ölçek altı faktör ve 52 maddeden oluşmaktadır. Bunlar sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve manevi gelişimdir. Veriler 18-92 yaş aralığında 712 bireyden elde edilmiş olup içerik geçerliliği için literatür taranmış ve uzman değerlendirmesine başvurulmuş; yapı geçerliliği için ise faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri, altı alt faktörler için 0,79-0,87 arasında değişim göstermekte olup toplam ölçek için 0,94'tür. Alt ölçekler; sağlık sorumluluğu (soru 31, 37, 43, 49, 55, 61, 67, 73, 79), beslenme (soru 30, 36, 42, 48, 54, 60, 66, 72 78), fiziksel aktivite (soru 32, 38, 44, 50, 56, 62, 68, 74), stres yönetimi (soru 33, 39, 45, 51, 57, 63, 69, 75), kişilerarası ilişkiler (soru 29, 35, 41, 47, 53, 59, 65, 71, 77) ve manevi gelişimdir (soru 34, 40, 46, 52, 58, 64, 70, 76, 80). Ölçek derecelendirilmesi; hiçbir zaman (1), düzenli olarak (4) olarak puanlanmış olup 4'lü likert tipindedir. Ölçeğin toplamı için en düşük 52 puan, en yüksek 208 puan alınabilmektedir. Verilerin analizinde ölçek ve alt boyutlarının iç tutarlılığı için güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alfa katsayısı, içerik geçerliği için Kendal W Analizi, madde toplam puan analizi için Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Ölçeğin revize edilmiş halinin sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesi ile bu amaca yönelik programların etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği belirtilmiştir (82).

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences, version 20) (seri no:10240642) istatistik programı kullanılarak yapıldı. Araştırmadaki değişkenler normal dağılıma uymadığı için çalışmamızda nonparametrik testler kullanıldı.

İstatistik yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler, Kruskal Wallis, Mann-Whitney U ve Spearman Korelasyon testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p) ilgili testlerle birlikte gösterildi (p<0,05 olduğunda anlamlı, p≥0,05 olduğunda anlamsız kabul edildi).

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, boy, kilo, medeni durum, çocuk sayısı, aynı hanede kimlerle yaşadığı, oturduğu evin durumu, gelir durumu, günlük kullandığı bir aracın varlığı, görev yeri, unvanı, kaç yıllık hekimlik yaptığı, kaç yıldır aynı birimde çalıştığı, nöbet durumu, günlük mesai saati, sigara ve alkol kullanım durumu, ilaç kullanma

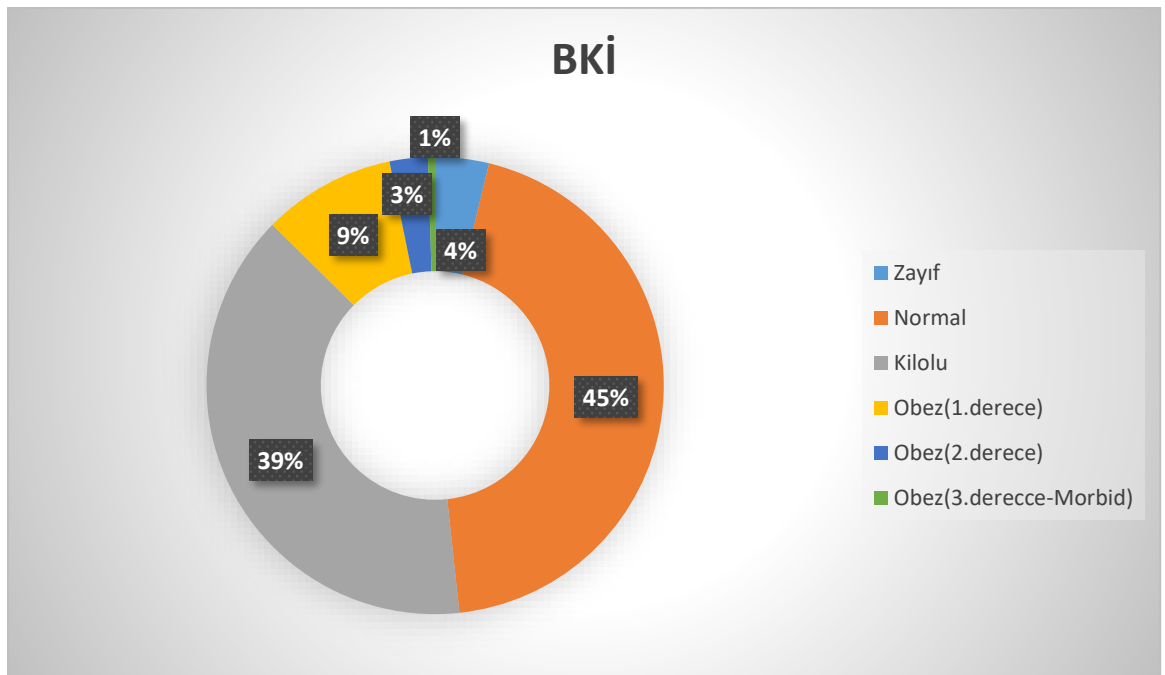
durumu, kronik hastalıkları, kendine veya ailesine vakit ayırabilme durumu, ulaşım durumu ve tam anlamıyla sağlıklı yaşam sürdürdüğünü düşünüp düşünmediğinin sorgulanması olarak belirlenmiştir. Bağımlı değişkenler ise; SYBDÖ soruları ve bunlarla ilgili alt ölçekler olarak belirlenmiştir.



BULGULAR

Çalışmamız Eylül 2018 ile Aralık 2018 tarihleri arasında Edirne Merkez' de çalışmakta olan birinci basamak hekimlerine ve Trakya Üniversitesi hastanesinde çalışmakta olan tüm hekimlere uygulanmıştır. Çalışmamıza 373 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların cinsiyet dağılımına baktığımızda %49,3'ü (n=184) kadın, %50,7'si (n=189) erkektir.

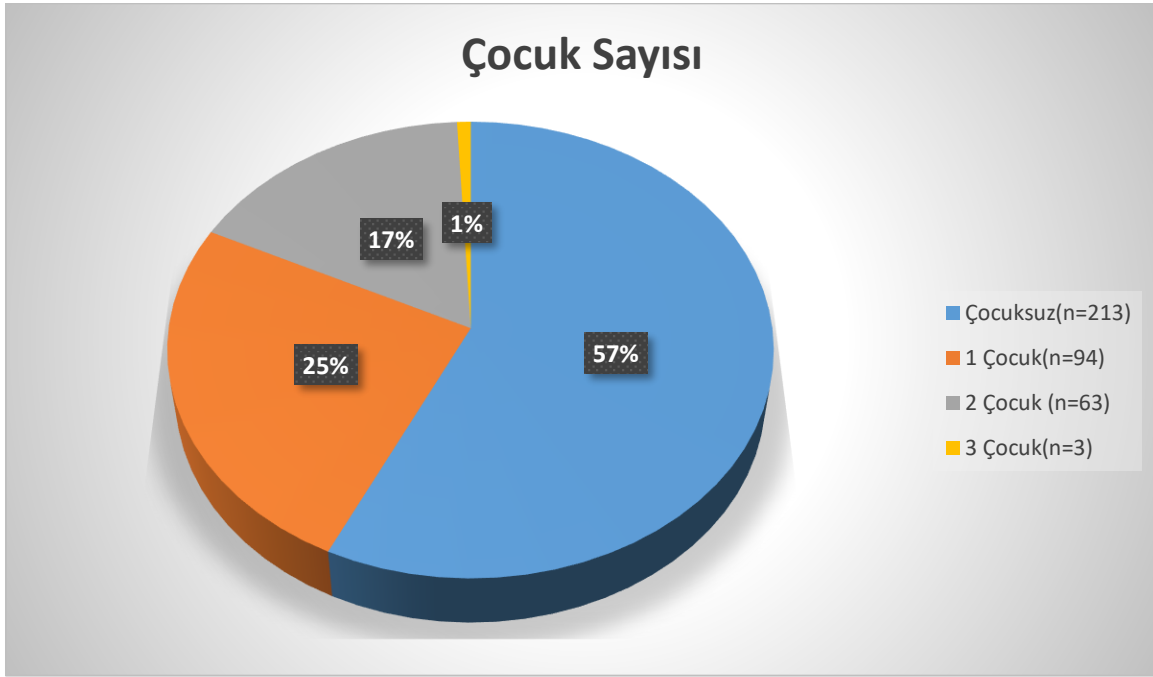
Katılımcıların yaş ortalamaları $36,0 \pm 10,35$ (minimum 23, maksimum 67) olarak bulunmuştur. Ankete katılan kişilerin boy ve kilo bilgilerinden BKİ (beden kitle indeksi) hesaplanmıştır ve katılımcıların %3,8'i (n=14) zayıf, %44,5'i (n=166) normal, %39,1'i (n=146) kilolu, %9,4'ü (n=35) 1. derece obez, %2,7'si (n=10) 2. derece obez, %0,5'i (n=2) morbid obez olarak tespit edilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1.Katılımcıların BKİ dağılımları

Medeni durumlar incelendiğinde katılımcıların %60,3 ile en sık (n=225) evli oldukları, %35,4'ünün (n=132) bekar, %4,3'ünün (n=16) boşanmış olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların sahip oldukları çocuk sayılarına bakıldığında 94 kişinin 1 çocuğu olduğu, 63 kişinin 2 çocuğu olduğu, 3 kişinin ise 3 çocuğu olduğu saptanmıştır. 213 kişinin ise çocuğu bulunmamaktadır (Şekil 2).

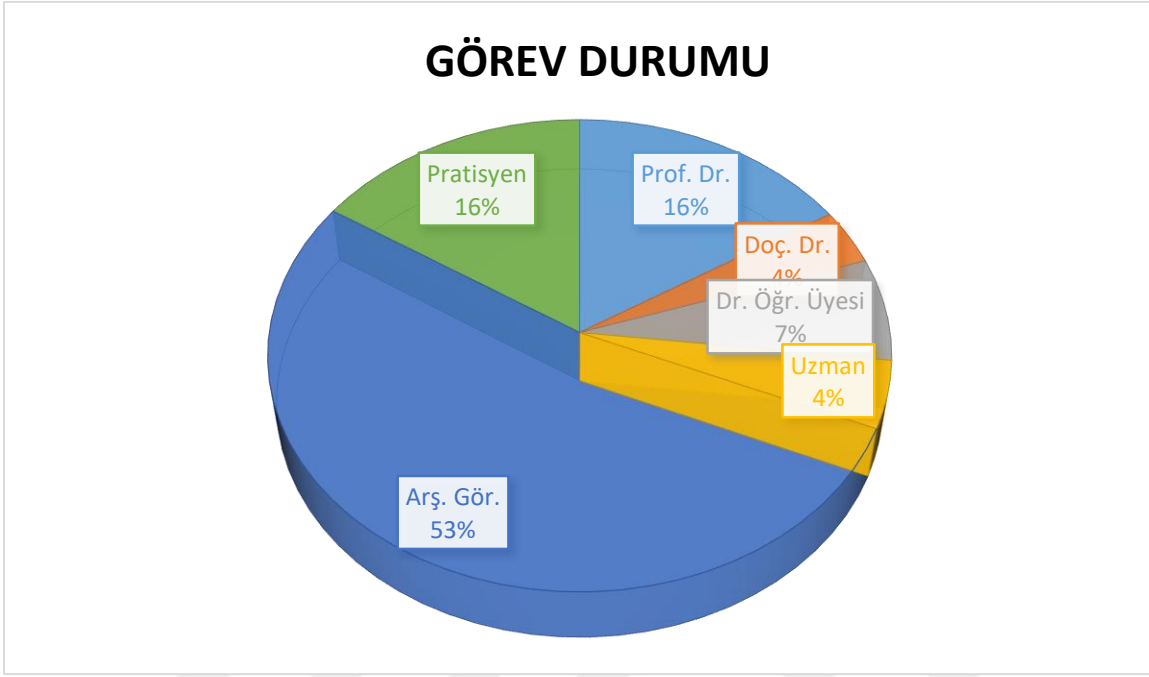


Şekil 2.Katılımcıların çocuk sayısı dağılımı

Katılımcılara aynı hanede kim ile yaşadıkları sorulduğunda %31,6'sı (n=118) yalnızım, %23,9'u (n=89) eşim, %34,3'ü (n=128) eş ve çocuklarım, %7,5'i (n=28) anne ve baba, %2,7'si (n=10) arkadaşım ile yaşıyorum şeklinde cevaplar alınmıştır. Katılımcılara oturdukları evlerin durumu sorulduğunda %42,1'i (n=157) kendi evim, %55,2'si (n=206) kira, %1,6'sı (n=6) lojman, %0,8'i (n=3) aile yanı, %0,3'ü (n=1) apart-yurt cevabı alınmıştır. Katılımcıların aylık gelir ortalamaları 10,828±4635 (minimum 5000, maksimum 37000) olarak bulunmuştur. Katılımcılara günlük kullandıkları araç durumu sorulduğunda %82,6'sı (n=308) günlük kullandığı aracının olduğunu, %17,4'ü (n=65) günlük araç kullanmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların %81,5'i (n=304) üniversite hastanesinde çalışmakta olup %18,5'inin birinci basamakta görev yapmakta olduğu saptanmıştır. Üniversite hastanesinde çalışmakta olan hekimlerin %64,1'i (n=195) dahili bilimlerde, % 24,3'ü (n=74) cerrahi bilimlerde, % 11,5'inin (n=35) temel bilimlerde görev yapmakta olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların görev durumları sorgulandığında %16,1'i (n=60) profesör doktor. , %3,8'i (n=14) doçent doktor. , %7,0'ı (n=26) doktor öğretim üyesi, %4,6'sı (n=17) uzman hekim, %52,8'i (n=197) araştırma görevlisi , %15,8'i (n=59) pratisyen hekim olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların görev durumları Şekil 3'te verilmiştir.



Şekil 3. Katılımcıların görev durumu

Katılımcıların ortalama $11,05 \pm 10,24$ (minimum 4 ay, maksimum 40 yıl) yıldır hekimlik yaptığı bulunmuştur. Katılımcıların ortalama $6,30 \pm 7,72$ (minimum 4 ay, maksimum 34 yıl) yıldır aynı birimde görev yapmakta olduğu, haftada çalışılan saat ortalaması $56,2 \pm 22,31$ (minimum 40, maksimum 175 saat) olarak saptanmıştır. Aylık ortalama nöbet saati $49,51 \pm 71,053$ (minimum 0, maksimum 250 saat) olarak bulunmuştur.

Sigara kullanım süresi incelendiğinde ortalaması $2,85 \pm 8,43$ (minimum 0, maksimum 80 paket/yıl) paket/yıl şeklinde olduğu saptanmıştır. Alkol kullanımı sorulduğunda ise katılımcıların %58,7'si (n=219) hayır cevabı verip, %41,3'ü evet cevabı vererek alkol kullandığını belirtmiştir (Tablo 1). Alkol kullanım risk düzeyine göre sınıfladığımızda hekimlerin neredeyse tamamı düşük risk kategorisinde bulunmuştur (83).

Tablo 1. Katılımcıların sigara ve alkol kullanım durumları

Sosyodemografik değişkenler		n	%
Sigara	Hayır	296	79,4
	Evet	77	20,6
	Toplam	373	100,0
Alkol	Hayır	219	58,7
	Evet	154	41,3
	Toplam	373	100,0
Alkol kullanım riski	Alkol kullanmıyor	219	58,7
	Düşük risk	153	41,0
	Orta risk	1	0,3
	Yüksek risk	0	0,0
	Toplam	373	100,0

Katılımcıların herhangi bir hastalığı olup olmadığı sorgulandığında %26,0'ının (n=97) herhangi bir hastalığı olduğu ve %74,0'ının (n=276) herhangi bir hastalığı olmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %26,0'ının (n=97) sürekli kullandığı bir ilaç varken; %74,0'ının (n=276) sürekli kullandığı bir ilaç olmadığı bulunmuştur. Sürekli kullandığı ilacı olduğunu belirten katılımcıların kullandıkları ilaçların dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların kullandıkları ilaçlar

İlaç grubu	n	%
Kardiyovasküler sistem ilaçları	34	34,7
Sinir sistemi ilaçları	21	21,4
Sindirim sistemi ve metabolizma ilaçları	14	14,3
Seks hormonları hariç sistemik hormonal ürünler	13	13,3
Solunum sistemi ilaçları	11	11,2
Kas iskelet sistemi ilaçları	2	2,1
Genitoüriner sistem ve seks hormonları	1	1,0
Kan ve kan yapıcı organ ilaçları	1	1,0
Antineoplastik ve immunmodülatör ajanlar	1	1,0
Toplam	98	100

Katılımcılara kendinize veya ailenize yeterince zaman ayırıp ayırma durumu sorulduğunda %66,0'ının (n=247) zaman ayırabildiği, %34,0'ının (n=126) zaman ayıramadığı saptanmıştır. Vakit ayıramayan katılımcılara bu durumun nedeni sorulduğunda %32,5'i (n=41) nöbetler, %28,6'sı (n=36) yoğun mesai, %27,0'ı (n=34) bölümün iş yükü, %10,3'ü (n=13) yorgunluk ve %1,6'sı (n=2) mesai arkadaşı azlığını sebep göstermişlerdir.

Katılımcılara işyerlerine ulaşımı nasıl sağladığı sorulduğunda %82,3'ü (n=307) özel araç ile, %15,8'i (n=59) toplu taşıma ile, %0,3'ü (n=1) taksi ile ve yalnızca %1,6'sı (n=6) yürüyerek işe gittiğini belirtmiştir.

Katılımcıların %52,8'i (n=197) bir hobisi olduğunu ifade ederken, %47,2'si (n=176) herhangi bir hobi ile ilgilenmediğini belirtmiştir. Hobisi olanların bunun için yeterli vakte sahip olma durumu sorulduğunda ise %67,5'inin (n=133) evet yanıtı verdiği, %32,5'inin hayır yanıtı verdiği tespit edilmiştir.

Katılımcıların %53,9'u (n=201) sağlıklı beslenmediğini belirtmiş; ancak %59,5'i (n=222) bedensel anlamda kendini sağlıklı hissettiğini, %56,6'sı (n=211) ruhsal anlamda sağlıklı hissettiğini, %56,6'sı (n=211) sosyal yönden sağlıklı hissettiğini belirtmiştir. Katılımcılara hayatınızda herhangi bir zamanda intihar düşüncesi oldu mu diye sorulduğunda ise %89,3'ü (n=333) hayır cevabı verdiği %10,7'si (n=40) evet cevabı verdiği saptanmıştır.

Katılımcıların SYBDÖ' ne verdiği cevaplara göre ortalama puan $119,97 \pm 20,02$ (minimum 56, maksimum 193 puan) olarak saptanmıştır. SYBDÖ alt ölçeklerinin ortalamaları incelendiğinde en yüksek puanın manevi gelişim, en düşük puanın fiziksel aktivite alt grubunda olduğu görülmüştür (Tablo 3). Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği' ne (SYBDÖ) verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 4'te belirtilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği ve ölçek alt gruplar ortalama puanları

Ölçekler	Ortalama \pm ss	Minimum	Maksimum
SYBDÖ Toplam	119,97 \pm 20,02	56	193
SYBDÖ Manevi Gelişim	24,29 \pm 4,73	10	35
SYBDÖ Kişilerarası İlişkiler	23,93 \pm 4,46	10	36
SYBDÖ Beslenme	20,27 \pm 4,28	9	34
SYBDÖ Sağlık Sorumluluğu	18,39 \pm 4,30	9	36
SYBDÖ Stres Yönetimi	17,98 \pm 3,70	9	32
SYBDÖ Fiziksel Aktivite	15,71 \pm 5,10	8	31

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği; ss: standart sapma

Tablo 4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği sorularına verilen yanıtların dağılımı

Sorular	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak	Toplam
1-Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım	%4,0 (n=15)	%43,2 (n=161)	%41,8 (n=156)	%11,0 (n=41)	%100 (n=373)
2-Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim	%15,8 (n=59)	%49,1 (n=183)	%27,1 (n=101)	%8,0 (n=30)	%100 (n=373)
3-Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım	%8,8 (n=33)	%58,7 (n=219)	%24,4 (n=91)	%8,1 (n=30)	%100 (n=373)
4-Düzenli bir egzersiz programı yaparım	%34,3 (n=128)	%45,8 (n=171)	%12,6 (n=47)	%7,3 (n=27)	%100 (n=373)
5-Yeterince uyurum	%12,6 (n=47)	%38,9 (n=145)	%30,8 (n=115)	%17,7 (n=66)	%100 (n=373)
6-Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim	%8,0 (n=30)	%45,1 (n=168)	%38,1 (n=142)	%8,8 (n=33)	%100 (n=373)
7-İnsanları başarıları için takdir ederim	%1,9 (n=7)	%15,0 (n=56)	%58,7 (n=219)	%24,4 (n=91)	%100 (n=373)
8-Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım	%19,8 (n=74)	%45,3 (n=169)	%23,9 (n=89)	%11,0 (n=41)	%100 (n=373)
9-Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum	%41,0 (n=153)	%47,5 (n=177)	%7,2 (n=27)	%4,3 (n=16)	%100 (n=373)
10-Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)	%32,2 (n=120)	%39,1 (n=146)	%16,6 (n=62)	%12,1 (n=45)	%100 (n=373)
11-Her gün rahatlamak için zaman ayırırım	%15,8 (n=59)	%49,9 (n=186)	%24,4 (n=91)	%9,9 (n=37)	%100 (n=373)
12-Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım	%8,8 (n=33)	%27,1 (n=101)	%35,7 (n=133)	%28,4 (n=106)	%100 (n=373)
13-İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm	%5,1 (n=19)	%32,7 (n=122)	%44,2 (n=165)	%18,0 (n=67)	%100 (n=373)
14-Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim	%57,4 (n=214)	%31,9 (n=119)	%10,2 (n=38)	%0,5 (n=2)	%100 (n=373)
15-Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım	%15,3 (n=57)	%57,6 (n=215)	%22,0 (n=82)	%5,1 (n=19)	%100 (n=373)
16-Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm	%33,8 (n=126)	%41,0 (n=153)	%16,6 (n=62)	%8,6 (n=32)	%100 (n=373)
17-Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim	%5,6 (n=21)	%45,3 (n=169)	%36,2 (n=135)	%12,9 (n=48)	%100 (n=373)
18-Geleceğe umutla bakarım	%6,2 (n=23)	%42,9 (n=160)	%37 (n=138)	%13,9 (n=52)	%100 (n=373)
19-Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım	%3,5 (n=13)	%46,9 (n=175)	%38,3 (n=143)	%11,3 (n=42)	%100 (n=373)

n: Kişi sayısı

Sorular	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak	Toplam
20-Her gün 2-4 öğün meyve yerim	%28,2 (n=105)	%52,0 (n=194)	%17,2 (n=64)	%2,6 (n=10)	%100 (n=373)
21-Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım	%24,1 (n=90)	%59,9 (n=223)	%13,9 (n=52)	%2,1 (n=8)	%100 (n=373)
22-Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım	%37,3 (n=139)	%46,6 (n=174)	%12,1 (n=45)	%4,0 (n=15)	%100 (n=373)
23-Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm	%13,9 (n=52)	%52,5 (n=196)	%28,2 (n=105)	%5,4 (n=20)	%100 (n=373)
24-Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim	%4,8 (n=18)	%31,1 (n=116)	%47,7 (n=178)	%16,4 (n=61)	%100 (n=373)
25-Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır	%4,6 (n=17)	%27,0 (n=101)	%48,8 (n=182)	%19,6 (n=73)	%100 (n=373)
26-Her gün 3-5 öğün sebze yerim	%27,9 (n=104)	%45,3 (n=169)	%24,1 (n=90)	%2,7 (n=10)	%100 (n=373)
27-Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım	%12,1 (n=45)	%49,3 (n=184)	%30,0 (n=112)	%8,6 (n=32)	%100 (n=373)
28-Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım	%52,5 (n=196)	%30,4 (n=113)	%11,5 (n=43)	%5,6 (n=21)	%100 (n=373)
29-Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım	%14,8 (n=55)	%52,5 (n=196)	%26,5 (n=99)	%6,2 (n=23)	%100 (n=373)
30-Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım	%4,3 (n=16)	%31,0 (n=116)	%42,4 (n=158)	%22,3 (n=83)	%100 (n=373)
31-Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum	%5,1 (n=19)	%29,2 (n=109)	%40,5 (n=151)	%25,2 (n=94)	%100 (n=373)
32-Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim	%16,3 (n=61)	%39,7 (n=148)	%29,8 (n=111)	%14,2 (n=53)	%100 (n=373)
33-Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim	%35,4 (n=132)	%41,6 (n=155)	%19,5 (n=73)	%3,5 (n=13)	%100 (n=373)
34-Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)	%17,2 (n=64)	%45,0 (n=168)	%28,4 (n=106)	%9,4 (n=35)	%100 (n=373)
35-İş ve eğlence zamanımı dengelerim	%17,2 (n=64)	%48,3 (n=180)	%28,7 (n=107)	%5,8 (n=22)	%100 (n=373)
36-Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum	%23,3 (n=87)	%57,7 (n=215)	%16,1 (n=60)	%2,9 (n=11)	%100 (n=373)
37-Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım	%19,0 (n=71)	%48,8 (n=182)	%27,1 (n=101)	%5,1 (n=19)	%100 (n=373)

n: Kişi sayısı

Sorular	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak	Toplam
38-Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim	%19,6 (n=73)	%49,9 (n=186)	%24,1 (n=90)	%6,4 (n=24)	%100 (n=373)
39-Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım	%30,3 (n=113)	%51,7 (n=193)	%16,9 (n=63)	%1,1 (n=4)	%100 (n=373)
40-Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim	%34,0 (n=127)	%40,2 (n=150)	%18,6 (n=69)	%7,2 (n=27)	%100 (n=373)
41-Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım	%36,5 (n=136)	%41,8 (n=156)	%17,7 (n=66)	%4,0 (n=15)	%100 (n=373)
42-Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım	%5,9 (n=22)	%25,2 (n=94)	%43,7 (n=163)	%25,2 (n=94)	%100 (n=373)
43-Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım	%20,1 (n=75)	%49,3 (n=184)	%25,5 (n=95)	%5,1 (n=19)	%100 (n=373)
44-Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum	%25,2 (n=94)	%37,3 (n=139)	%24,1 (n=90)	%13,4 (n=50)	%100 (n=373)
45-Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım	%54,1 (n=202)	%34,6 (n=129)	%9,4 (n=35)	%1,9 (n=7)	%100 (n=373)
46-Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım	%38,4 (n=143)	%39,9 (n=149)	%16,6 (n=62)	%5,1 (n=19)	%100 (n=373)
47-Yorulmaktan kendimi korurum	%30,0 (n=112)	%46,9 (n=175)	%17,2 (n=64)	%5,9 (n=22)	%100 (n=373)
48-İlahi bir gücün varlığına inanırım	%11,0 (n=41)	%21,2 (n=79)	%24,1 (n=90)	%43,7 (n=163)	%100 (n=373)
49-Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim	%3,5 (n=13)	%24,9 (n=93)	%47,5 (n=177)	%24,1 (n=90)	%100 (n=373)
50-Kahvaltı yaparım	%11,8 (n=44)	%31,4 (n=117)	%25,2 (n=94)	%31,6 (n=118)	%100 (n=373)
51-Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım	%10,2 (n=38)	%43,4 (n=162)	%34,9 (n=130)	%11,5 (n=43)	%100 (n=373)
52-Yeni deneyimlere ve durumlara açığım	%3,2 (n=12)	%27,6 (n=103)	%41,6 (n=155)	%27,6 (n=103)	%100 (n=373)

n: Kişi sayısı

Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamaları ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamaları ile cinsiyetlerinin karşılaştırılması

	n	SYBDÖ Toplam puan ortalaması	SS	Mann Whitney U	p değeri
Kadın	184	122,83	19,63	14936,000	0,018
Erkek	189	117,17	20,04		

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği; n: kişi sayısı; SS: standart sapma.

Katılımcıların SYBDÖ toplam puanı ile bazı sosyodemografik bilgiler incelendiğinde yaş, çocuk sayısı, haneye giren toplam gelir, hekimlik süresi ve aynı birimde çalışılan süre ile pozitif korelasyon; tutulan nöbet saati, haftalık çalışma saati ve paket/yıl olarak içilen sigara miktarı arasında negatif korelasyon saptanmıştır. SYBDÖ toplam puanı ile BKİ arasında anlamlı bir farklılık/korelasyon saptanmamıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların SYBDÖ toplam puanı ile sosyodemografik bilgilerinin kıyaslanmaları

Değişkenler	Spearman's rho*	p
Yaş	0,264	<0,001
BKİ	0,092	0,076
Çocuk sayısı	0,168	0,001
Hane toplam geliri	0,239	<0,001
Hekimlik süresi	0,283	<0,001
Aynı birimdeki geçen süre	0,237	<0,001
Nöbet saati	-0,376	<0,001
Haftalık çalışma saati	-0,287	<0,001
Sigara paket/yıl	-0,156	0,003

*Spearman korelasyon katsayısı

Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamaları ile medeni durumları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamaları ile medeni durumlarının karşılaştırılması

Medeni durum	n	SYBDÖ puan ortalaması	SS	Kruskal-Wallis	p değeri
Bekar	132	114,88	19,58	16,885	<0,001
Evli	225	122,17	19,83		
Boşanmış	16	130,87	16,87		

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği; n: kişi sayısı; SS: standart sapma.

Katılımcıların SYBDÖ toplam puan ortalamaları ile çocuk sahibi olma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamaları ile çocuk sahibi olup olmamalarının karşılaştırılması

	n	SYBDÖ Toplam puan ortalaması	SS	Mann Whitney U	p değeri
Hayır	212	116,54	19,76	13397,00	<0,001
Evet	161	124,48	19,51		

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği; n: kişi sayısı; SS: standart sapma

Test sonuçlarına göre SYBDÖ toplam puan ortalamaları ile aynı hanede kimlerle yaşadığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamaları ile aynı hanede kimlerle yaşadıklarının karşılaştırılması

Hane halkı	n	SYBDÖ puan ortalaması	SS	Kruskal-Wallis	p değeri
Yalnızım	118	114,84	20,01	16,841	0,002
Eşim ile	89	119,58	19,69		
Eş ve çocuklarım	128	124,58	19,80		
Anne-baba ile	28	124,03	17,89		
Arkadaş ile	10	113,40	17,93		

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği; **n**: kişi sayısı; **SS**: standart sapma.

Katılımcıların SYBDÖ toplam puan ortalamaları ile oturdukları evin durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 10). Günlük kullanılan bir aracın olma durumu ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,808).

Tablo 10. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamaları ile oturdukları evi durumunun karşılaştırılması

Evin Durumu	n	SYBDÖ puan ortalaması	SS	Kruskal-Wallis	p değeri
Kendi evim	157	127,74	20,10	47,701	<0,001
Kira	206	113,72	17,77		
Lojman	6	122,16	22,71		
Aile yanı	3	139,33	0,57		
Apart-yurt	1	115,00			

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği; **n**: kişi sayısı; **SS**: standart sapma.

Test sonuçlarına göre, SYBDÖ toplam puan ortalamaları ile görev yeri açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 11). Ancak üniversite hastanesinde çalışan hekimler arasında bölümler arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo 11. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamaları ile görev yerleri arasındaki ilişkinin karşılaştırılması

Çalışma yeri	n	SYBDÖ ortalaması	puan	SS	Kruskal-Wallis	p değeri
Üniversite Hastanesi	304	118,83		19,15	7,482	0,058
Aile Sağlığı Merkezi	52	124,36		21,44		
Toplum Sağlığı Merkezi	10	138,20		27,81		
112	7	110,71		19,40		

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği; n: kişi sayısı; SS: standart sapma.

Tablo 12. Üniversite Hastanesinde çalışan hekimlerin Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamaları ile görev yaptıkları birim arasındaki ilişkinin karşılaştırılması

Çalıştığı Bölüm	n	SYBDÖ ortalaması	puan	SS	Kruskal-Wallis	p değeri
Temel Bilimler	35	128,68		16,61	16,989	<0,001
Cerrahi Bilimler	74	112,32		18,43		
Dahili Bilimler	195	119,53		19,03		
Toplam	304					

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği; n: kişi sayısı; SS: standart sapma.

Görev yeri bakımından hekimleri birinci basamak ve üçüncü basamak olarak ayırıp sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından incelediğimizde SYBDÖ toplam puan açısından anlamlı bir fark saptanmamış olup alt ölçekler arasında yapılan incelemelerde ise sadece beslenme alt ölçeği açısından anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 13).

Tablo 13: Hekimlerin görev yerlerine göre SYBDÖ toplam puan ve alt ölçeklerin incelenmesi

Alt ölçekler	Birinci basamak		Üçüncü basamak		İstatistiksel sonuç	
	Ort. puan	SS	Ort. puan	SS	U	p
Sağlık sorumluluğu	19,43	4,73	18,15	4,16	8930,00	0,33
Fiziksel Aktivite	16,10	6,01	15,63	4,88	10246,00	0,764
Manevi Gelişim	24,79	4,62	24,17	4,76	9899,50	0,466
Beslenme	22,01	4,48	19,87	4,14	7823,500	0,001
Kişilerarası Destek	24,46	4,26	23,80	4,50	9668,00	0,309
Stres Yönetimi	18,82	3,88	17,79	3,63	9048,500	0,074
SYBDÖ Toplam	124,98	22,96	118,83	19,15	9306,00	0,144

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği; SS: standart sapma; U: Mann-Whitney test puanı.

Katılımcıların SYBDÖ toplam puan ortalamaları ile hekimlerin görevleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup, bu ilişki Tablo 14' de gösterilmiştir.

Tablo 14. Üniversite Hastanesinde çalışan hekimlerin Sağlıklı Yaşam Biçimleri

Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamaları ile hekimlerin görevleri arasındaki ilişkinin karşılaştırılması

Görevi	n	SYBDÖ ortalaması	puan SS	Kruskal-Wallis	p değeri
Prof. Dr.	60	129,93	16,28	34,646	<0,001
Doç. Dr.	14	127,78	19,29		
Dr. Öğr. Üyesi	26	123,65	18,47		
Uzman Dr.	17	121,29	18,92		
Arş. Görevlisi	197	114,37	18,44		
Pratisyen	59	124,67	23,85		

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği; n: kişi sayısı; SS: standart sapma.

Katılımcıların SYBDÖ toplam ortalama puanı ile nöbet durumu karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptanmış olup Tablo 15’te gösterilmiştir.

Tablo 15. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamaları ile nöbet durumlarının karşılaştırılması

Nöbet varlığı	n	SYBDÖ Toplam puan ortalaması	SS	Mann Whitney U	p değeri
Hayır	237	125,48	19,02	9358,00	<0,001
Evet	136	110,36	18,04		

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği; n: kişi sayısı; SS: standart sapma.

Test sonuçlarına göre, SYBDÖ toplam ortalama puanı ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmasına rağmen, alkol kullanımı ile ilişki bulunamamıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamaları ile sigara ve alkol kullanıp kullanmama durumlarının karşılaştırılması

		n	SYBDÖ puan ortalaması	SS	U	p değeri
Sigara kullanımı	Hayır	296	121,72	19,93	8700,50	0,01
	Evet	77	113,20	19,00		
Alkol kullanımı	Hayır	219	120,46	19,09	16380,00	0,637
	Evet	154	119,26	21,31		

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği; SS: standart sapma; n: kişi sayısı.

Katılımcıların SYBDÖ toplam ortalama puanı ile kronik hastalık varlığı arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. İlaç kullanımı ile SYBDÖ ortalama puanı arasında da herhangi bir ilişki saptanmadığı Tablo 17’de gösterilmiştir. Ayrıca katılımcıların kullandıkları ilaç çeşitlerinin de SYBDÖ toplam ortalama puanı ile ilişkisi saptanmamıştır.

Tablo 17. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamaları ile kronik hastalık varlığı ve ilaç kullanımının karşılaştırılması

		n	SYBDÖ puan ortalaması	SS	Mann Whitney U	p değeri
Kronik Hastalık	Var	97	122,71	20,53	12296,000	0,233
	Yok	276	119,00	19,78		
İlaç Kullanımı	Var	97	119,02	20,38	11803,000	0,083
	Yok	276	122,67	18,79		

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği; SS: standart sapma; n: kişi sayısı.

Katılımcıların SYBDÖ toplam ortalama puanı ile kendilerine veya ailelerine vakit ayırma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamaları ile kendisine veya ailesine vakit ayırma durumunun karşılaştırılması

		n	SYBDÖ puan ortalaması	SS	Mann Whitney U	p değeri
Kendine/aileye Vakit ayırma	Evet	246	124,50	18,85	9680,000	<0,001
	Hayır	127	111,18	19,34		

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği; SS: standart sapma; n: kişi sayısı

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam ortalama puan ile işyerine ulaşım sağlama yolları arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (p=0,961). Katılımcıların hobi varlığı ve mevcut hobilerine zaman ayırma durumları ile SYBDÖ toplam ortalama puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamaları ile hobi varlığı ve zaman ayırabilme durumlarının karşılaştırılması

		n	SYBDÖ puan ortalaması	SS	Mann Whitney U	p değeri
Hobi varlığı	Var	197	125,55	20,46	11475,000	<0,001
	Yok	176	113,72	17,56		
Hobiye zaman ayırımı	Var	133	130,22	20,58	2588,500	<0,001
	Yok	64	115,84	16,53		

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği; SS: standart sapma; n: kişi sayısı.

Katılımcıların “Sağlıklı beslendiğinizi düşünüyor musunuz?“, “Bedensel olarak kendinizi sağlıklı buluyor musunuz?“, “Sosyal açıdan sağlıklı olduğunuzu düşünüyor musunuz?” sorularına verdiği cevaplar değerlendirildiğinde SYBDÖ toplam puan ortalamaları ile anlamlı bir ilişki saptanmış olup bu ilişki Tablo 20’de gösterilmiştir. Katılımcıların “Ruhsal açıdan sağlıklı olduğunuzu düşünüyor musunuz?” ve “Hayatınızın herhangi bir döneminde intihar düşünceniz oldu mu?” sorularına verdiği yanıtlar incelendiğinde SYBDÖ toplam puan ortalamaları ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamaları ile diğer faktörlerin karşılaştırılması

		n	SYBDÖ puan ortalaması	SS	Mann Whitney U	p değeri
Sağlıklı beslendiğini düşünme	Evet	172	129,75	18,33	8303,500	<0,001
	Hayır	201	111,59	17,47		
Bedensel sağlıklı olduğunu düşünme	Evet	222	126,03	18,49	9278,000	<0,001
	Hayır	151	111,05	18,85		
Sosyal açıdan sağlıklı olduğunu düşünme	Evet	211	127,70	18,34	8237,500	<0,001
	Hayır	162	109,89	17,51		
Ruhsal açıdan sağlıklı olduğunu düşünme	Evet	211	127,21	18,33	8734,000	<0,001
	Hayır	162	110,53	18,14		
İntihar düşüncesi	Evet	40	110,77	22,12	4988,000	0,009
	Hayır	333	121,07	19,49		

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği; SS: standart sapma; n: kişi sayısı.

TARTIŞMA

Bu araştırma Edirne il merkezinde çalışmakta olan birinci basamak hekimlerinin ve Trakya Üniversitesi Hastanesi'nde çalışmakta olan tüm hekimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düzeyinin saptanması ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmamıza katılmayı kabul eden 373 hekime sosyodemografik durumları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileyip sergilemediklerini sorgulayan 28 soru soruldu. Ek olarak katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla 52 maddeden oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği ankete dahil edildi.

Bu değerlendirmeye göre SYBDÖ'den alınan toplam ölçek puan ortalaması $119,97 \pm 20,02$ bulunmuştur. Alt ölçek puan ortalamaları sırasıyla sağlık sorumluluğu $18,39 \pm 4,30$, fiziksel aktivite $15,71 \pm 5,10$, beslenme $20,27 \pm 4,28$, kişiler arası ilişkiler $23,93 \pm 4,46$, manevi gelişim $24,29 \pm 4,73$ ve stres yönetimi $17,98 \pm 3,70$ olarak bulunmuştur. SYBDÖ'den alınacak en yüksek toplam puanın 208 olduğu düşünülürse, araştırma grubumuzun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğunu söyleyebiliriz. Pasinlioğlu ve Gözüm'ün (78) birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeline yaptığı çalışmada SYBDÖ puan ortalaması $117,5 \pm 17,1$, Yalçınkaya ve ark. (1) sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada SYBDÖ puanı ortalaması $121,85 \pm 18,05$, Özkan ve Yılmaz'ın (84) hastanede çalışan hemşirelerde yaptığı çalışmada SYBDÖ puanı ortalaması $125,96 \pm 16,99$, Kaya ve ark. (85) öğretim elemanlarında yaptığı çalışmada SYBDÖ puanı ortalaması $139,5 \pm 18,0$, Güler ve ark. (86) bir üniversitede çalışan öğretim elemanlarında yaptığı çalışmada SYBDÖ puan ortalaması $128,74 \pm 18,24$ olarak saptanmıştır. Günümüzde, yaşam biçimi unsurlarının sağlığı etkilediği; kalp hastalığı, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklardaki morbidite ve mortalitenin yaşam biçimi değişiklikleri ile önemli ölçüde azaltılabildiği bilinmektedir. Sağlıklı

yaşam biçimi davranışları ölçeğinden alınan yüksek puanlar bireylerin daha olumlu sağlık davranışlarına sahip olduğunu ve kronik hastalık durumunda morbidite ve mortalitesini azalttığını göstermektedir. Toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere eğitim almış ve görev yapmakta olan hekimlerin sağlıklarını koruyup geliştirecek sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek olması beklenirdi. Ancak çalışmalar, hekimlerin bilgi ve tecrübelerini kendi yaşam biçimine yeterince aktarmadıklarını göstermektedir. Bunun sebebi olarak, yoğun çalışma saatleri ve şartları içerisinde, hekimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ayıracak zamanı ve motivasyonu bulmakta güçlük çektikleri söylenebilir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt ölçeklerinden alınan puanlara göre en yüksek puan ortalaması manevi gelişim, en düşük puan ortalaması ise fiziksel aktivite alt ölçeğinden alınmıştır. Çalışmamıza benzer olarak Türkol ve ark. (5) İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan asistanlarla yaptığı çalışmada, en yüksek puanlar tinsel gelişim ve kişilerarası ilişkilerden; en düşük puanlar fiziksel aktivite ve stres yönetiminden alınmıştır. Yalçınkaya ve ark. (1) sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi konulu çalışmasında, en yüksek puan kişilerarası ilişki alt ölçeğinde bulunurken, en düşük puan bizim çalışmamızda olduğu gibi fiziksel aktivite alt ölçeğindedir. Kaya ve ark. (85) öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörleri tespit etmek amacıyla yaptıkları bir çalışmada, 301 öğretim elemanının en az uyguladıkları sağlık davranışlarının fiziksel aktivite, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu olduğu görülmüştür. Benzer şekilde bizim çalışmamızda da hekimlerin en az uyguladıkları sağlık davranışları fiziksel aktivite, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu olarak saptanmıştır. Dünyada ve ülkemizde fiziksel aktivite yapılma oranının düşük olduğu göz önüne alınarak fiziksel aktivite yapma konusunda sorunlar olduğu söylenebilir. Bunu düzeltmek için kendi çabamız ile yapabileceğimiz uygulamalar merdiven çıkıp asansör kullanmamak, arabayı daha az kullanmak veya uzağa park etmek, işyerimizde sık sık masadan kalkmak dolaşmak gibi çok sayıda örnek bulabiliriz. Maalesef hızlı yaşam tarzı sebebiyle hekimler sürekli bir yerlere yetişmeye çalışmakta, bu sebeple yukarıdaki gibi fiziksel aktiviteye ayıracak fırsatları bulmakta güçlük çekmektedirler.

Gürsel ve ark. (87) öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesini ölçmek için yaptığı bir çalışmada, cinsiyete göre kadın (133,12±19,15) öğretim elemanlarının SYBDÖ toplam puanlarının erkek (129,58±20,49) öğretim elemanlarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmamızda da cinsiyete göre SYBDÖ toplam puanlar karşılaştırıldığında kadınların (122,83±19,63) erkeklerden (117,17±20,04) daha yüksek puan

aldığı görülmüştür. Araştırmamızda cinsiyete göre yapılan karşılaştırmalarda sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek ve beslenme davranışlarının, kadınlarda erkeklere oranla daha iyi olduğu görülmüştür. Pasinlioğlu ve Gözüm'ün (78) sağlık personellerine uyguladıkları çalışmada kadın cinsiyete sahip olanların beslenmeye erkeklerden daha fazla özen gösterdiği bulunmuştur. Kadınlar ailedeki yer ve görevlerinden ötürü evdeki beslenme programı ile ilgilenmeleri ve çocuk bakımında ön planda olmalarından dolayı yüksek puan almış olabilirler. Bununla birlikte kadınların estetiğe ve sağlığa erkeklerden daha sorumlu bakmaları ile ilgili olarak toplam puan yüksek bulunmuş olabilir.

Sağlık geliştirme modeline göre, kişilerin yaşları ilerledikçe sağlık davranışları uygulamaları artmaktadır (88). Çalışmamızda da bu durumu destekleyecek şekilde kişilerin yaşları arttıkça SYBDÖ toplam puanlarının ve tüm alt ölçek puanlarının arttığı saptanmıştır ($p<0,001$). Literatür incelendiğinde; yaş arttıkça sağlıklı yaşam ve alt boyut puanlarının arttığını bildiren çalışmalar dikkati çekmektedir (1,84,89). Hekimlerin yaşları arttığında deneyimleri de artmaktadır. Bununla beraber yaş arttıkça SYBDÖ toplam puanının artış nedeni, aldığı eğitimin artmış olmasından kaynaklı ve öğrendiği olumlu sağlık davranışlarını hayata geçirmeye başlamış olmasından kaynaklanabilir. Aynı zamanda yaş ilerledikçe kişilerin yaşlılıklarında daha sağlıklı olma istekleri ön plana çıkmaktadır.

Çalışmamıza katılan hekimlerin BKİ ve SYBD toplam puanlarının incelenmesi sonucunda herhangi bir korelasyon saptanmamıştır ($p=0,076$). Bu sonuç Özkan ve Yılmaz'ın aynı konuda hemşireler arasında yaptıkları araştırma sonuçları ile benzerdir (84). Ancak Tedik ve ark. (90) öğrencilerde yaptığı çalışmada BKİ ile SYBD ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, BKİ' ye göre ideal kiloda olan öğrencilerin tüm alt boyutlardan ve ölçek toplam puanından önemli derecede yüksek puan aldığı görülmüştür. Kişilerin kilolarını kontrol altında tutmaya çalışmaları ya da tam tersine umursamamaları SYBD'yi değişik şekillerde etkileyebilir.

Çalışmamızda SYBDÖ toplam puanı medeni duruma göre incelendiğinde evlilerde ($122,17\pm 19,83$) bekarlara ($114,88\pm 19,58$) göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum alt ölçeklerin tamamına da aynı şekilde yansımış olup literatüre bakıldığında da Güler ve ark. (86) ile Türkol ve ark. (5) çalışmalarında da çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur. Buradaki puan farklılığına neden olacak durumlar evliliğin kişilere daha çok sorumluluk bilinci yüklemesi, eşlere ciddi miktarlarda sosyal destek verilmesi ve evlilerin bekarlara göre daha düzenli bir hayat tarzı yaşamalarıyla açıklanabilir.

Çocuğu olan hekimlerin SYBD toplam puanlarının olmayanlara göre daha çok çıkması dikkat çekmiştir. Ölçeğin tüm alt ölçek alanlarında ve toplam puanda anlamlı düzeyde bir fark bulunmuştur. Bu bulgu Özkan ve ark. (84) hemşireler ile Güler ve ark. (86) öğretim elemanları ile yaptığı araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Bu bulgular çocuk varlığının aileye getirdiği düzenli bir hayat tarzı, sorumluluk hissini artırması veya çocuklarına rol model olan ebeveynlerin doğru yolu göstermeye çalışması ile ilgili olabilir.

Çalışmamıza katılan kişilerin çoğunluğunun (%34,3) eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan kişilerde SYBDÖ toplam puanı daha yüksek saptanmıştır. Eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan kişiler aynı çevreyi paylaştıkları için aynı risklerle karşılaşır ve bu durumlarla başa çıkmak için aynı davranış biçimini gösterirler. Yaşadıkları çevrede sağlık davranışları bakımından birbirlerini pozitif veya negatif olarak etkilerler. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileyen ebeveynlerin çocukları da bu davranışları sergiler. Bu sebeple sağlıklı bir hayat tarzının ilk etapta ailede başladığı, uygulandığı ve değiştirildiği söylenmektedir (91).

Çalışmamızda gelir arttıkça SYBDÖ toplam puan ve alt ölçek puanlarında anlamlı derecede artış saptanmıştır. Duran ve ark. (92) ebeklik öğrencilerinde yaptıkları çalışma ve Özenoğlu ve ark. (93) yaptığı çalışmada sosyoekonomik düzeyi iyi olanların toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bulgulara bakıldığında pozitif yönde sosyal ve ekonomik faktörlerin kişilerin sağlıkla ilgili davranışlarını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Hane gelirinin iyi olması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını pozitif etkilemektedir. Sağlığı geliştirme modelinde de ekonomik düzeyin artması ile pozitif sağlık davranışına sahip olma oranının arttığı belirtilmiştir (88).

Araştırmaya katılan hekimlerin görev yerlerine göre SYBDÖ toplam puanlarına bakıldığında anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen, üniversite hastanesinde görev alan hekimlerin çalıştığı bölümler (temel bilimler, cerrahi bilimler ve dahili bilimler) arasında toplam puan açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Bu grupta en düşük puanı cerrahi bilimler almış olduğu görülmektedir. Bunun sebebi yoğun mesai saatleri, nöbet sayısının fazlalığı ve bunlara bağlı olarak sosyal hayattan kopuk yaşam ile sağlıklı davranış biçimleri sergilemeye fırsat ve zaman bulamamaları olarak düşünülebilir.

Tezimizin asıl konusu olan birinci ve üçüncü basamak hekimlerinin SYBD açısından kıyaslanmasına bakacak olursak toplam puan ve alt ölçeklerin tamamında birinci basamak puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmasına rağmen yalnızca beslenme alt ölçeğin anlamlı derecede fark saptanmıştır ($p=0,001$). Alt ölçeklere detaylı olarak bakacak olursak birinci

basamakta sağlık sorumluluğu alt ölçek puanının üçüncü basamaktan daha yüksek bulunma sebeplerinden biri, birinci basamağın kapsamlı yaklaşım yeterliliğine sahip olması ve bu sayede de sağlığı geliştirmek için uygun durumların farkında olması olarak söylenebilir. Fiziksel aktivite alt ölçeğinde birinci basamağın yüksek bulunma sebeplerinden birisi mesai saatlerinin egzersize uygun zaman dilimleri yaratması olabilir. Yine keza beslenme alt ölçeğinde de birinci basamağın yüksek bulunması düzenli mesai saatleri ile birlikte hayatın belli bir rutinde ilerlemesi, nöbet sisteminin olmayışı, acil vaka durumunun olmayışı sebep olabilir. Sevk sisteminin olmamasından kaynaklı üçüncü basamaktaki gereksiz hasta yükü, yoğun mesai saatleri ve nöbetler hem beslenme hem de stres yönetimi alt ölçeği puanının düşük olmasına sebep olmuş olabilir. Birinci basamaktaki birey merkezli yaklaşım ve toplum yönelimli olma gibi yeterliliklerden dolayı hastalarla daha yakından bir ilişki içerisinde olunduğundan manevi gelişim ve kişilerarası destek puanlarının yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur.

Araştırmamızda hekimin görevi ile SYBDÖ'den aldığı toplam puanlar kıyaslandığında en düşük puanı araştırma görevlilerinin aldığı görülmektedir. Bu grubu hariç tuttuğumuzda ise görev derecesi arttıkça SYBDÖ puanlarının arttığı gözlemlenmektedir. Araştırma görevlilerinin düşük puan alma sebeplerini yoğun mesai, nöbet varlığı, henüz aile kurmamış olması, sağlıklı yaşam için zaman ayırmayıp özen göstermemesi olarak sıralayabiliriz. Eğitim seviyesi arttıkça ve bununla beraber yaş arttığı için SYBDÖ toplam puanın artması zaten beklenen bir durumdur. Literatüre baktığımızda Akçakanat ve ark. (94) ve Güler ve ark. (86) çalışmalarında da benzer sonuçları bulunmuştur.

Hekimlerin çalışma süreleri değişkeni bakımından ölçekten elde ettikleri puanlar incelendiğinde çalışma yılı arttıkça ölçekten alınan puanların da arttığı bulunmuştur. Elde edilen bulgular diğer araştırmalarda elde edilen bulguları destekler mahiyette gerçeleşmiştir (1,94). Hekimlerin çalışma süresindeki artış, dolayısıyla yaşı ve eğitim seviyesini artacağından, bununla birlikte deneyim ve klinik gözlem derecesinin de artmasına bağlı olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını topluma rol model olma ve kendi sağlığı açısından uygulamaya koymaya başlamış olabilirler.

Çalışmamıza katılan hekimlerin nöbet durumu ile SYBDÖ toplam ve alt ölçekler puanı incelendiğinde nöbet varlığının tüm kategorilerdeki puanları azalttığı saptanmıştır. Literatüre baktığımızda Yanık ve ark. (95) ile Türköl ve ark. (5) yaptıkları çalışmalarda da bizim çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur. Nöbet ile çalışmanın kişinin kendine zaman ayıramama, beslenme düzeninde bozulma ve sosyal hayata tam adapte olamama gibi sebeplere neden olması bu düşüşte etkili olmuş olabilir.

Çalışma bulgularımıza bakıldığında, sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun sigara kullanmadığı görülmektedir (%79,4). Genel olarak sigara içmeyenler, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına daha fazla önem veren insanlardır ve çalışmamızda da sigara içmeyen hekimlerin SYBDÖ toplam ve alt ölçek puanlarında anlamlı bir artış saptanmıştır ($p=0,01$). Güler ve ark. (86), Akçakanat ve ark. (94), Yalçinkaya ve ark. (1), Türkol ve ark. (5) çalışmalarında da bizimle benzer sonuçlar bulunduğu görülmektedir. Bireylere kazandırılması gereken en önemli sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından biri sigara içilmemesi ya da içiliyorsa bırakılmasıdır. Çünkü sigara içmek hem yaşam kalitesini düşürür hem de stresle başa çıkmada kişileri zorlayan bir faktördür. Araştırma bulgularına göre, sigara kullanılmaması beslenme davranışlarını da olumlu yönde etkilemektedir.

Kronik bir hastalığı bulunan hekimlerin SYBDÖ puan ortalamaları bulunmayan hekimlerden daha yüksek bulunmuştur ancak anlamlı bir fark göstermemektedir. Örnek ve ark. (96) tarafından üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada da kronik hastalığı bulunan öğrencilerin SYBDÖ toplam puanı, kronik hastalığı olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarının tedavisi ve hastalıkla baş etme konusunda mevcut destek sistemlerini daha etkin kullanmaları, bu hastalıkların bireyin baş etme becerisini yükseltmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanma çabasını etkilemesi puanlarının yüksek olmasını etkilemiş olabilir.

Kendine vakit ayırabildiğini bildiren hekimlerin SYBDÖ ve alt ölçek puanları kendine vakit ayıramayanlara göre daha fazla olduğu ve aralarındaki bu farkın istatistiki olarak anlamlı saptandığı görülmektedir ($p<0,001$). Sağlık çalışanları sergiledikleri yaşam biçimi davranışlarıyla topluma rol modeli olma ve sağlık eğitimi açısından hizmet sağladıkları grubu etkileme özelliğine sahiptir (5). Bu yüzden sağlığı geliştirme aktivitelerinde hekimlere büyük mesuliyetler düşmektedir. Hekimlerin bu konularının bilincinde olmaları önemlidir. Mesleki bilgi ve deneyimlerinden ötürü hekimlerin kendine zaman ayırması ve SYBDÖ'den aldıkları puanların daha çok olması anlamlıdır. Bu durum hekimlerin birikim ve tecrübelerini kendi hayat tarzlarına aktardıklarını düşündürmektedir.

Hobi uğraşı kişinin sağlık davranışlarını etkileyen bir kavramdır. Katılımcılarımızdan herhangi bir hobisi olan ve bu hobi için zaman ayırabilenlerle olmayanlar arasında anlamlı derecede fark saptanmıştır ($p<0,001$). Araştırmamız sonuçlarına göre hobisi olan ve buna zaman ayıran grubun SYBDÖ toplam ve alt ölçekler puanları daha yüksek bulunmuştur. Vural ve ark. (97) ile Tambağ ve ark. (98) yaptığı çalışmalarda da bizim çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur. Kendini gerçekleştirme, kendini tanımayla mümkündür. Kendini tanıyan birey,

kendisini mutlu ve memnun hissetmek için neler yapabileceğini bilir. Sosyal aktivitelere katılmak ve hobi edinmek, kendini tanımaya katkı sağlayabilir. Hayat meşgalesi dışında farklı şeylerle ilgilenmenin insanın ruhsal sağlığına iyi geldiği bilinmektedir. Böyle uğraşlara sahip olan kişilerin sosyal hayatı da olumlu anlamda etkilenmektedir. Bu durum da insanın hayata olan bakış açısını geliştirip, mutlu ve sağlıklı bir yaşam sürmesini sağlar.

Sağlıklı beslendiğini düşünen musunuz sorusuna olumlu yanıt veren kişilerin SYBDÖ toplam ve tüm alt ölçeklerdeki puan ortalamaları olumsuz yanıt verenlere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Literatüre baktığımızda Yalçınkaya ve ark. (1) çalışmamızla benzer sonuçlara ulaştığı görülmektedir. İnsanların temel ihtiyaçlarından olan beslenme konusunda günümüzde birçok fikir mevcuttur. Ancak insanların kendilerine uygun olanı uygulayabilmesi için yeterli zamanı ve sabrı olması gerekmektedir. Araştırmamızdan da anlaşıldığı üzere sağlıklı beslendiğini düşünen kişilerin gerçekten beslenmesine dikkat ettiği, kendilerini önemseydiği, mutlu ve sağlıklı bir yaşam için elinden geldiğini yaptığı görülmektedir.

Bedensel anlamda sağlıklı olduğunu düşünen hekimlerin SYBDÖ toplam ve tüm alt ölçek puanları sağlıklı olduğunu düşünmeyenlere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Benzer şekilde Altay ve ark. (99), Duran ve ark. (100), Cihangiroğlu ve ark. (6) çalışmalarında da sağlıklı olduğunu düşünenlerin toplam ve alt ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular ışığında sağlıklı olduğunu düşünmek ve bunun için çaba harcamayı, gerekli olan periyodik kontrollerini yaptırmayı ve sağlıklı olabilmenin gerekli diğer davranışlarını da yapmayı beraberinde getirmektedir ki, bu da bireyin kendisine saygı duymasına ve daha mutlu olmasına yardımcı olmaktadır.

Ruhsal anlamda kendini sağlıklı hisseden ve daha önce intihar düşüncesi olmayan katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Ruhsal yönden kendini sağlıklı hissetmeyen ve daha önce intihar düşüncesi olan kişilerin ölçeklerden aldığı puanların düşük olması, hayattan aldığı zevkin azalmasıyla ve zaten kişide olan yaşama isteğinin azalması açıklanabilir. Sağlığına özen göstermeme, bununla birlikte depresyon gibi rahatsızlıklar sebebiyle toplumdan kopma, beslenmeye dikkat etmeme, fiziksel aktiviteye ve birçok duruma ilgi azalması sebep olmuş olabilir.

SONUÇLAR

Çalışmamızda Trakya Üniversite Hastanesi ve Edirne merkez birinci basamakta çalışmakta olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 373 kişiye ulaşılmıştır. Katılımcıların sağlıklı yaşam biçim davranışlarını saptamayı, birinci basamak ve üçüncü basamak arasında davranışlar arasındaki ilişkiyi incelediğimiz çalışmamızın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

1. Sağlıklı yaşam konusunda rol model olan sağlık çalışanlarının SYBD ölçeğinden almış oldukları puanlar beklenenden düşük olup ($119,97\pm 20,02$) düzeltmek için yoğun bir çaba göstermeleri gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam konusunda daha bilinçli davranmaları ve bu davranışları günlük yaşam biçimi haline dönüştürmeleri gerekmektedir. Öncelikle meslek öncesi öğrencilik yıllarından başlayarak sağlığı koruma ve geliştirme üzerine dersler, bunun yanında rol model olma ve toplum sağlığının daha fazla sahiplenilmesi için gereken müfredat müdahalelerinin yapılması önemlidir.
2. Katılımcılara uygulanan SYBD-II ölçeğine göre en düşük puanı aldıkları fiziksel aktivitenin ($15,71\pm 5,10$) artırılması için çalıştıkları kurumlarda boş zamanlarında fiziksel aktivite yapabilecekleri alanlar oluşturulması, fizik aktivitelerin öneminin algılanması için aktivite programlarının düzenlenmesi, bu programlar için uygun zaman dilimlerinin ayrılması ve bu hizmetlerden yararlanmaları için bireylerin teşvik edilmesi gereklidir.
3. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarından düşük puan alınan fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi alanlarına ağırlık verilerek bu alanlarda hizmet içi eğitimlerin yapılması, hekimlerin iş hayatları dışında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme ve uygulama odaklı eğitimlere katılımlarının desteklenmesi gerekmektedir. Hekimlerin yeterli ve dengeli beslenebilmesi için

diyetisyen ve hastane yönetimi işbirliği ile uygun yemek içeriklerinin ve miktarlarının belirlenip uygulanması sağlanmalıdır.

4. Çalışmamızda hekimlerin sigara kullanım oranı %20,6 bulunmuştur. Hastalarına ve topluma rol modeli olan hekimler için hastanede sigara karşıtı programlar düzenlenmesi ve bu programlarda sigara kullanmayan hekimlerin destekleri alınarak sigara kullanan hekimler için sigarayı bırakma kampanyaları oluşturulmalıdır.
5. Katılımcıların yaş, ekonomik durum ve çocuk sayısı artımına bağlı olarak SYBDÖ toplam puan arttığı gözlenmiştir. Nöbet sayısı arttıkça SYBDÖ toplam puanı azaldığı saptanmıştır. Katılımcılardan kadın cinsiyete sahip olanların ve evlilerin daha fazla sağlıklı yaşam davranışları sergilediği bulunmuştur. Hekimlere uygulanacak eğitim programlarında bu faktörlerin göz önüne alınması, hekimlerin sağlık davranışları konusundaki bilgi ve davranış düzeyleri arasındaki ilişki ile bilginin davranışa dönüşmemeye nedenlerinin araştırılması önerilir.
6. Ekonomik durumun iyileşmesi ve haftalık çalışma süresinin azalmasıyla sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanlarının arttığı belirlenmiştir. Hekimlerin haftalık çalışma sürelerinin düşürülmesi kendilerine daha fazla zaman ayırabilmelerine olanak sağlayabilir. Böylelikle sağlıklı yaşam biçimi davranışları daha yüksek boyutta gerçekleştirilebilir. Ayrıca ekonomik durumlarının gözden geçirilmesi ve maaşlarda iyileştirmelerin yapılması da önerilebilir.
7. Nöbet sayısının artışı sonucunda SYBDÖ puanlarının düştüğü görülmüştür. İş ortamlarının hem sağlık hem de çalışma ortamı olarak elverişli hale getirilmesi, çalışan sayısının artırılarak haftalık/aylık nöbet sayısının azaltılması, mesleki riskin ve iş yükünün fazla, çalışma şartlarının ağır olduğu birimlerde çalışan hekimlerin desteklenmesi önerilebilir.

ÖZET

Bu araştırma Eylül 2018 ile Aralık 2018 tarihleri arasında Edirne merkezinde çalışmakta olan birinci basamak hekimlerine ve Trakya Üniversitesi hastanesinde çalışmakta olan tüm hekimlere sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bunların sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi, sağlıklı yaşam biçimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Çalışmanın evrenini 703 hekim oluşturmaktadır. Evrenin tamamına ulaşılması hedeflenip, 373 hekimin katılımıyla evrenin %53,05'ine ulaşılmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan anket yardımıyla toplandı. Anket katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ilgili 28 soru ve 52 soruluk sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği olmak üzere toplam 80 sorudan oluşmaktadır.

Çalışmamızdaki hekimlerin %49,3'ü (n=184) kadın, %50,7'si (n=189) erkektir. Araştırma grubunun yaş ortalaması $36,0 \pm 10,35$ (minimum 23, maksimum 67) olarak bulunmuştur. Katılımcıların %16,1'i (n=60) profesör doktor, %3,8'i (n=14) doçent doktor, %7,0'ı (n=26) doktor öğretim üyesi, %4,6'sı (n=17) uzman hekim, %52,8'i (n=197) araştırma görevlisi, %15,8'i (n=59) pratisyen hekim olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların SYBDÖ' ne verdiği cevaplara göre ortalama puan $119,97 \pm 20,02$ (minimum 56, maksimum 193 puan) olarak saptanmıştır. SYBDÖ alt ölçeklerinin ortalamaları incelendiğinde en yüksek puanın manevi gelişim, en düşük puanın fiziksel aktivite alt grubunda olduğu görülmüştür.

Kadınların, evlilerin, çocuk sahibi olanların, nöbet tutmayanların, sigara içmeyenlerin, kendine vakit ayırabilen ve herhangi bir hobisi olanların SYBDÖ toplam puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksekti.

Çalışmamızdan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde sonuç olarak hekimlerin SYBDÖ aldığı puanlar beklenenden düşük olarak tespit edilmiş olup birinci ve üçüncü basamak arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam konusunda daha bilinçli davranmaları ve bu davranışları günlük yaşam biçimi haline dönüştürmeleri gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: sağlıklı yaşam tarzı, birinci basamak hekimler, üçüncü basamak hekimler, Aile Hekimliği



Comparison Of Healthy Life Behavior of University Hospital And Primary Care Physicians in Edirne

SUMMARY

The aim of this study was to investigate healthy lifestyle behaviors and their relationship with sociodemographic variables and to determine the factors affecting healthy lifestyle of primary care physicians and Trakya University hospital physicians working in Edirne city center between September 2018 and December 2018.

The population of the study consists of 703 physicians. It was aimed to reach the entire universe, but 53.05% of the universe was reached with the participation of 373 physicians. The data were collected by a questionnaire prepared by the researchers. The questionnaire consisted of a total of 80 questions including 28 questions related to the sociodemographic characteristics of the participants and 52 questions of Healthy Lifestyle Behavior Scale.

In our study, 49.3% (n=184) of the physicians were female and 50.7% (n=189) were male. The mean age of the study group was 36.0 ± 10.35 (minimum 23, maximum 67). Of the participants' 16.1% (n=60) were professors, 3.8% (n=14) were associate professors, 7.0% (n=26) were faculty members and 4.6% (n=17) were specialists, 52.8% (n=197) were research assistants and 15.8% (n=59) were general practitioner.

The mean score was 119.97 ± 20.02 (minimum 56, maximum 193 points) according to the participants' responses to Healthy Lifestyle Behaviors Scale. When the means of healthy lifestyle behaviors subscales were examined, it was seen that the highest score was in the spiritual development and the lowest score was in the physical activity subgroup.

Healthy lifestyle behaviors scale total score averages of women, people who are married, who has children, who are working without night shifts, who are non-smokers, who are able to spare time for themselves and who has hobbies were significantly higher.

When the findings were evaluated, it was found that the scores obtained by the physicians from the Healthy Lifestyle Behaviors Scale were low than expected; and there was no significant difference between primary and tertiary care physicians.

Key Words: healthy lifestyle, primary care physicians, tertiary care physicians, Family Practice



KAYNAKLAR

1. Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(6):409-20.
2. Çelik G, Malak A, Bektaş M, Yılmaz D, Yümer A, Öztürk Z, et al. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. AJCI 2009;3(3):164-9.
3. İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010;3(3):34-44.
4. Tanrıverdi G, Bedir E, Seviğ Ü. Cinsiyetin sağlıkla ilgili bazı davranış ve görüşler üzerindeki etkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(6):435-40.
5. Türkol E, Güneş G. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. JIUMF 2012;19(3):159-66.
6. Cihangiroğlu Z, Deveci SE. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Fırat Tıp Dergisi 2011;16(2):78-83.
7. Aksoy T, Uçar H. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;1(2):53-67.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik dönüm noktaları. Global Konferanslardan Bildiriler. Ankara: Anıl Matbaacılık, 2009:1-5.
9. Bolsoy N, Ümran S. Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9(3):78-87.
10. Çilengiroğlu O. AB'ye Uyum Sürecinde Türkiye'de İş Sağlığı ve İş Güvenliği (tez). İzmir, DEÜ Sosyal Bilimleri Enstitüsü; 2006.
11. Kang R. Building community capacity for health promotion: a challenge for public health nurses. Public Health Nursing 1995;12(5):312-8.
12. Lowenberg JS. Health promotion and the "ideology of choice". Public Health Nursing 1995;12(5):319-23.

13. Somunoğlu S. Kavramsal açıdan sağlık. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 1999;4(1):51-62.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü. Eğitimciler için eğitim rehberi beslenme modülleri. Ankara: İlkay Ofset Matbaacılık, 2008:17-9.
15. Kayı İ, Özgülner N. Sağlıkın sosyal belirleyicileri içinde ara halka: sosyal sermaye. Toplum ve Hekim 2015;30(1):29-41.
16. Öner C. Sağlıkın sosyal belirleyicileri ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics 2014;5(3):15-8.
17. World Health Organization. Social determinants of health: the solid facts. Denmark: WHO Publications. 2003. 33 p.
18. Denton M, Prus S, Walters V. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. Social Science & Medicine 2004;58(12):2585-600.
19. Işık K. Konut koşullarının insan sağlığı üzerine etkisi. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi 1994;1(1):68-71.
20. Ünalın D, Öztıp DB, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, et al. Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 2009;16(2):75-81.
21. Araz A, Harlak H, Meşe G. Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(2):112-22.
22. Demir Z, Haşıl Korkmaz N, Sevil Ü. Spor yapan ve yapmayan üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi 2015;14(5):96-109.
23. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. TJFMPC 2012;6(1):13-21.
24. Uzunler A. Kalp yetersizliği: birincil ve ikincil korunmada birinci basamak hekiminin önemi. Klinik Gelişim 2011;24(2):76-9.
25. Ozerol BG, Karatas M, Selcuk EB (2018). Quaternary prevention and its relationship with medical ethics. JMPR 2018;2(07):44-9.
26. Kavukçu E, Akdeniz M. Dördüncül koruma: önce zarar verme. Turk Aile Hek Derg 2017;21(2):74-81.
27. Kuehleın T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvas J, Jamouille M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. Primary Care 2010;10:350-4.
28. Öztürk A, Özenç S, Canmemiş S, Bozoğlu E. Yaşlılık döneminde koruyucu sağlık bakımı. Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care 2016;10(1):34-41.
29. Wonca International Classification Committee. Wonca International Dictionary for General/Family Practice. Copenhagen. 2003 30 p.
30. Carlos JS, Metsemakers JF. Wonca: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Eur J Gen Pract 2011;17(3):193-4.

31. Altıparmak S, Koca Kutlu A. 15-49 yaş grubu kadınlarda sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2009;8(5):421-6.
32. Sohng KY, Sohng S, Yeom HA. Health-promoting behaviors of elderly Korean immigrants in the United States. *Public Health Nursing* 2002;19(4):294-300.
33. O'Donnell MP. Definition of health promotion 2.0: embracing passion, enhancing motivation, recognizing dynamic balance, and creating opportunities. *Am J Health Promot* 2009;24(1):iv. doi: 10.4278/ajhp.24.1.iv.
34. Yardım N, Gögen S, Mollahaliloğlu S. Sağlığın geliştirilmesi (health promotion): dünyada ve Türkiye'de mevcut durum. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 2009;72(1):29-35.
35. Ömeraden A. İzmir'de Kredi Yurtlar Kurumu Erkek Yurtlarında Kalan Yabancı Uyruklu Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Türk Öğrencilerle Karşılaştırılması (tez). İzmir: Ege üniversitesi; 2016.
36. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;9(2):26-34.
37. Kaya M, Özvarış Ş, Atlaş H, Altay M, Atik Ç, Aytakin M, et al. Ankara'da bir sağlık ocağına ve belediyeye ait bir spor kompleksine başvuran 18 yaş ve üzeri kadınların sağlığı geliştirici yaşam biçim düzeylerinin belirlenmesi. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2009;28(1):8-13.
38. Klainin-Yobas P, He H-G, Lau Y. Physical fitness, health behaviour and health among nursing students: a descriptive correlational study. *Nurse Education Today* 2015;35(12):1199-205.
39. Adıbelli D, Olgun S, Turan GS. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2017;6(1):8-17.
40. Şen MA, Ceylan A, Kurt ME, Palancı Y, Adın C. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi* 2017;44(1):1-12.
41. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008;3:105.
42. Arslan C, Ceviz D. Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2007;21(5):211-20.
43. Başarır S, Pakyüz-Çınar S. Hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2015;1:19-31.
44. 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.
45. Lusk SL, Ronis DL, Hogan MM. Test of the health promotion model as a causal model of construction workers' use of hearing protection. *Research in Nursing & Health* 1997;20(3):183-94.
46. Açar A. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi (tez). Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi; 2017.
47. Avcı YD. Kişisel sağlık sorumluluğu. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2016;15(3):259-66.

48. 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.
49. Tavazar H, Erkaya E, Yavaş Ö, Zerengök D, Güzel P, Özbey S. Lise eğitimi alan genç erişkinlerin fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi arasındaki farklılıklarının incelenmesi (Manisa ili örneği). *International Journal of Science Culture and Sport* 2014;2(Special Issue 1):496-510.
50. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye fiziksel aktivite rehberi. Ankara: Anıl MatbaaYayın, 2014. 120 p.
51. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet* 2012;380:219-29.
52. Friedenreich CM, Neilson HK, Lynch BM. State of the epidemiological evidence on physical activity and cancer prevention. *European Journal of Cancer* 2010;46(14):2593-604.
53. Özer D, Baltacı G. İş yerinde fiziksel aktivite. Ankara. Klasmat Matbaacılık, 2008:19-21.
54. Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spiritüel bakım ve hemşirelik. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2007;8(1):47-50.
55. Love P, Talbot D. Defining spiritual development: a missing consideration for student affairs. *NASPA Journal* 2000;37(1):361-75.
56. Puchalski CM. The role of spirituality in health care. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2001;14(4):352-7.
57. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Türkiye'ye özgü besin ve beslenme rehberi. Ankara: Merdiven Reklam Tanıtım, 2015. 96 p.
58. Kalan I, Yeşil Y. Obezite ile ilişkili kronik hastalıklar. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi* 2010;(23-24):78-81.
59. Erlandson M, Ivey LC, Seikel K. Update on office-based strategies for the management of obesity. *Am Fam Physician* 2016;94(5):361-8.
60. Kılıç M. Kronik hastalıkların önlenmesinde davranışsal risk faktörlerinin önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2011;10(6):733-40.
61. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *JAMA* 2010;303(3):235-41.
62. Oşar Z. Beslenme ve metabolizmada temel kavramlar. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 2004;41:13-7.
63. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Toplumun beslenmede bilinçlendirilmesi. Saha personeli için toplum beslenmesi programı eğitim materyali. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2002:56-121.
64. Tümkaya S, Çelik M, Ayberk B. Ergenlerin kişilerarası ilişkilerini etkileyen sosyal yaşantı değişkenlerinin incelenmesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi* 2013(24):163-78.

65. İmamoğlu SE, Aydın B. Kişilerarası ilişki boyutları ölçeğinin geliştirilmesi. Psikoloji Çalışmaları 2009;29:39-64.
66. Chen MY. The effectiveness of health promotion counseling to family caregivers. Public Health Nursing 1999;16(2):125-32.
67. Hovardaoğlu S. Kişiler arası ilişkiler ve davranış bozuklukları. Kriz Dergisi 1995;3(1-2):4-9.
68. 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.
69. Güçlü N. Stres yönetimi. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi 2001;21(1):91-109.
70. Kaya MF, Degerliyurt M, Aydogmus Y, Aksu R, Türkmen E. The sources of stress for candidate teachers of geography. Turkish Studies 2014;9(1):235-57.
71. Tambağ H. Yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam doyumu. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi 2013;4(16):23-31.
72. Kafkas M, Kafkas A, Acet M. Beden eğitimi öğretmenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin incelenmesi. DPUJSS 2012;2(32):47-56.
73. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of Health and Social Behavior 1980;21(3):219-39.
74. 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.
75. Çelik G, Malak A, Bektaş M, Yılmaz D, Yümer A, Öztürk Z, et al. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Anatol J Clin Investig 2009;3(3):164-9.
76. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık istatistikleri yılı 2013. Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık, 2013:54-8.
77. Ajani UA, Lotufo PA, Gaziano JM, Lee I-M, Spelsberg A, Buring JE, et al. Body mass index and mortality among US male physicians. Annals of Epidemiology 2004;14(10):731-9.
78. Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998;2(2):60-8.
79. Oberg E, Frank E. Physicians' health practices strongly influence patient health practices. The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh 2009;39(4):290.
80. Frank E. Physician health and patient care. JAMA 2004;291(5):637.
81. Hash RB, Munna RK, Vogel RL, Bason JJ. Does physician weight affect perception of health advice? Preventive Medicine 2003;36(1):41-4.
82. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. C.U.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;12(1):1-13.

83. Ögel K [internet]. Alkolün azı karar,çoğu zarar mı? Alkolün sınırları (Erişim tarihi 25.04.2019). http://www.alkol.info.tr/sinir_alkol.asp.
84. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008;3(7):89-105.
85. Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, Yorgancı E, Çınar B, Öz F, et al. Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008;7(1):59-64.
86. Güler G, Güler N, Kocataş S, Yıldırım F, Akgül N. Bir üniversitede çalışan öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. CÜ Hemşirelik Dergisi 2008;12(3):18-26.
87. Gürsel N, Özbey S, Güzel P. Öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi. International Journal of Social Science Research 2016;5(2):10-25.
88. Pender NJ. Health promotion model manual (İnternet). Ann Arbor (MI):University of Michigan; 2011 (cited 2019 February 29). Available from: <http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/?sequence=1>
89. Al-Kandari F, Vidal VL. Correlation of the health promoting lifestyle, enrollment level, and academic performance of College of Nursing students in Kuwait. Nursing & Health Sciences 2007;9(2):112-9.
90. Tedik S, Hacıoğlu N. Hemşirelik öğrencilerinde fazla kilo durumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. UHD 2017;10:59-82.
91. Reblin M, Uchino BN. Sosyal ve duygusal destek ile bunların sağlık üzerindeki etkileri. Current Opinion in Psychiatry 2008;4(3):125.
92. Duran Ö, Sümer H. Ebelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;17(1):40-9.
93. Özenoğlu A, Yalnız T, Uzdil Z. Sağlık eğitiminin beslenme alışkanlıkları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi 2018;9(3):234-42.
94. Akçakanat T, Toraman A, Çarıkcı İ. Tıp fakültesi öğretim üyelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2016;1(13):84-97.
95. Yanık A, Noğay N. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi 2017;22(4):167-76.
96. Örnek ÖK, Kürklü A. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ve etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences 2017;9(3):207-17.
97. Vural PI, Bakır N. Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;6(1):36-42.
98. Tambağ H, Turan Z. Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına halk sağlığı hemşireliği dersinin etkisi. Turkish Journal of Research & Development in Nursing 2012;14(1):47-55.

99. Altay B, Çavuşoğlu F, Güneştaş İ. Tıp fakóltesi hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Elektronik Dergisi 2015;8(1):12-8.

100. Duran Ü, Öđüt S, Asgarpour H, Kunter D. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Dergisi 2018;2(3):46-55.



EKLER



EK-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2018/304	
	PROTOKOL ADI	Üniversite Hastanesi ve Birinci Basamak Hekimlerinin Sağlıkli Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılması: Edirne Örneğinde	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası	Tarih: 01.10.2018
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 16/01		
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Yusuf CANBOLAT'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Üflet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Doç. Dr. Rıdvan KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Ruhhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi F. Nesrin TURAN Üye	Biyostatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Özden İPÇİ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

EK-2

ÜNİVERSİTE HASTANESİ VE BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ KARŞILAŞTIRILMASI; EDİRNE ÖRNEĞİNDE

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
ARŞ. GÖR. DR. YUSUF CANBOLAT
DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖNDER SEZER
Tıpta Uzmanlık Tezi Anket Çalışması

Sayın katılımcı;

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak “ÜNİVERSİTE HASTANESİ VE BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ KARŞILAŞTIRILMASI;EDİRNE ÖRNEĞİNDE” yi değerlendirmek amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

1- Cinsiyetiniz :

Kadın

Erkek

2- Yaşınız :

3- Boyunuz :

Kilonuz:.....

4- Medeni durumunuz :

Evli

Bekar

Boşanmış/Ayrılmış

Dul

5-Çocuğunuz var mı ?

Hayır

Evet (Sayı :)

6-Aynı hanede kimlerle yaşamaktasınız?

Yalnızım

Eşim

Eş ve çocuklarım

Anne-Baba

Arkadaşım

Diğer.....

7-Oturduğunuz evin durumu nedir?

Kendi evim

Kira

Lojman

Diğer.....

8-Haneye giren toplam geliriniz nedir ?

9-Günlük kullandığınız bir arabanız var mı ?

Hayır

Evet

10-Görev yeriniz ?

Üniversite Hastanesi (Yanıtınız ÜNİVERSİTE ise lütfen alttaki alanı doldurunuz.)

Temel Bilimler

Dahili Bilimler

Cerrahi Bilimler

Aile sağlığı merkezi

Toplum sağlığı merkezi

112

Diğer

11-Ünvanınız

Prof.Dr.

Doç.Dr

Dr.Öğr.Üyesi

Uzman Hekim

Arş.Gör.

Pratisyen

12-Kaç yıldır hekimlik yapıyorsunuz ?yıl

13-Kaç yıldır aynı birimde çalışıyorsunuz? yıl

14-Nöbet tutuyor musunuz?

Hayır

Evet:Saat:...../ay

15-Haftalık toplam kaç saatinizi kurumunuzda geçiriyorsunuz ?saat/hafta

16-Sigara kullanıyor musunuz ?

Hayır

Evet , Kaç adet/gün ?.....Kaç yıldır?

17-Alkol kullanıyor musunuz ?

Hayır

Evet,Haftada.....gün,miktarı :.....,cinsi.....

18-Kronik hastalığınız var mı ?

Hayır

Evet

19-Düzenli kullandığınız bir ilacınız var mı ?Varsa ismini yazınız.

Hayır

Evet(.....)

20-Kendinize veya ailenize yeterli vakit ayırabildiğinizi düşünüyor musunuz?

Hayır

Evet

(Cevabınız hayır ise sebebi nedir?)

21- İş yerine ulaşımınızı nasıl sağlıyorsunuz?

Özel araç ile

Toplu taşıma ile

Yürüyerek

Diğer.....

22-Uğraştığınız bir hobiniz var mı?

Hayır

Evet

(Cevabınız 'Hayır' ise 24.soruya geçiniz!)

23-Hobiniz için zaman ayırabiliyor musunuz?

Hayır

Evet

24-Sağlıklı beslendiğinizi düşünüyor musunuz?

Hayır

Evet

25-Bedensel anlamda sağlıklı olduğunuzu düşünüyor musunuz?

Hayır

Evet

26-Ruhsal anlamda sağlıklı bir yaşam sürdürdüğünüzü düşünüyor musunuz?

Hayır

Evet

27-Hayatınızın herhangi bir döneminde intihar düşünceniz oldu mu ?

Hayır

Evet

28-Sosyal yönden sağlıklı bir yaşam sürdürdüğünüzü düşünüyor musunuz?

Hayır

Evet

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

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

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Yağı düşük,doymuş yağı düşük,kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine,vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Düzenli bir egzersiz programı uygularım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Yeterince uyurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Olumlu yönde değiştiğimi,geliştiğimi hissedirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	İnsanları başarıları için takdir ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programlar izler ve bu konularla ilgili kitaplar okurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım.(hızlı yürüyüş,bisiklete binme,aerobik,dans vb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Her gün 6-11 öğün ekmek,tahıl,pirinç ve makarna yerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Sağlık personeline önerilerini almak için soru sorarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım.(örneğin haftada 5 kez yada daha fazla yürürüm.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Geleceğe umutla bakarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Boş zamanlarımda yüzmeye,dans etmeye,bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25	Başkalarına ilgi,sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Her gün 3-4 kez süt,yoğurt ve peynir tüketirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım(örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Yorulmaktan kendimi korurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Kahvaltı yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anketimiz bitmiştir. Katılımınız için teşekkür ederiz.