



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTANE ÇALIŞANLARINDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

HANDAN (SELÇUKLU) ÇETİNER
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ÖĞRETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yard. Doç. Dr. Sevim ULUPINAR

İSTANBUL

2014

TEZ ONAYI

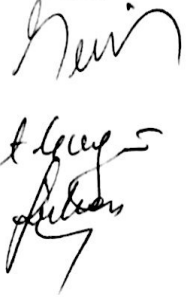
Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Hemşirelik Öğretimi
Tez Sahibi : Handan Selçuklu Çetiner
Tez Başlığı : Hastane Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi
Sınav Yeri : M.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Sınav Tarihi : 23.05.2014

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)
Yard. Doç. Dr. Sevim Ulupınar
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)
Doç. Dr. Ayşe Ergün
Yard. Doç. Dr. Gülcan Kar

Kurumu
(Marmara Ün. SBF)
(Marmara Ün. SBF)
(Karabük Ün. SYO)

İmza



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 25/06/2014 tarih ve 30 sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlamasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

HANDAN (SELÇUKLU) ÇETİNER



TEŞEKKÜR

Yükseköğrenime başlama nedenim, her anı güzel bir anıya dönüştüren, her defasında “ iyi ki” dedirten, varlığı kazanç, emeği büyük güzel insan Yrd. Doç. Dr. Sevim Ulupınar’a,

Hayatımdaki yerleri hep apayrı olacak güzel dostlarım Gülşen Üzel, Nazmiye Çorbacıoğlu ve Dilek Aydın’a,

Yapmış olduğum çalışmaya yürekten katılan çalışma arkadaşlarıma ve her zaman mensubu olmaktan gurur duyacağım Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi yöneticilerine,

Yüksek lisans, sunumlar, kahveler ve gülmeler denilince ilk akla gelen, yüzümü her daim gülümseten, can arkadaşım Emine Gürel’e,

Varlıklarıyla her zaman bana güç veren canım aileme,

Ve son olarak her şeyin üzerinde büyük bir aşkla sevdiğim “O”na teşekkürü bir borç bilirim.

HANDAN (SELÇUKLU) ÇETİNER

Mayıs, 2014

İÇİNDEKİLER

I. İÇİNDEKİLER	ix
II. TEZ İÇİNDE KULLANILAN KISALTMALAR	xi
III. TABLOLARIN LİSTESİ	xii
IV. ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xiii
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Sağlık	7
4.2. Sağlık Davranışı	8
4.3. Sağlığın Geliştirilmesi	8
4.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	16
4.4.1. Sağlık Sorumluluğu	18
4.4.2. Fiziksel Aktivite	18
4.4.3. Beslenme	20
4.4.4. Manevi Gelişim	23
4.4.5. Kişilerarası İlişkiler	23
4.4.6. Stres Yönetimi	25
4.5. Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü	26
4.6. İlgili Araştırmalar	29
5. GEREÇ VE YÖNTEM	40
5.1. Araştırmanın Tipi	40
5.2. Araştırmanın Yeri	40
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	40
5.4. Veri Toplama Araçları	41
5.5. Verilerin Toplanması	42
5.6. Veri Toplama Aşamasında Yaşanan Güçlükler	43
5.7. Verilerin Analizi	43

6. BULGULAR	44
6.1. Katılımcıların Mesleki ve Sosyo-demografik Özellikleri	44
6.2. Katılımcıların Sağlıkla İlgili Özellikleri ve Davranışları	46
6.3. Katılımcıların Sağlıkla İlgili Tutumları	49
6.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) ve Alt Boyutlarının Puan Ortalaması	53
6.5. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	55
6.6. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri, Sağlıkla İlgili Özellikleri, Tutum ve Davranışları ile SYBDÖ'nün Karşılaştırılması	56
6.7. Kurumsal Durum ve Öneriler	58
7. TARTIŞMA	60
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	75
9. KAYNAKLAR	78
10. EKLER	89
EK-1. Anket Formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II	
EK-2. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	
EK-3. İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyon Onayı	
11. ÖZGEÇMİŞ	98

II. TEZ İÇİNDE KULLANILAN KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
SYBD	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
SP	: Sağlık Profesyoneli
SPO	: Sağlık Profesyoneli Olmayan

III. TABLOLARIN LİSTESİ

- Tablo 1.** Türkiye’deki Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı
- Tablo 2.** Evren ve Örneklem Dağılımı
- Tablo 3.** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Güvenirlik Değerleri
- Tablo 4.** Katılımcıların Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı
- Tablo 5.** Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı
- Tablo 6.** Katılımcıların Beden Kitle İndeksi Dağılımı
- Tablo 7.** Katılımcıların Sağlık Durumu İle İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılması
- Tablo 8.** Katılımcıların Sağlık Probleminde Çözüm Arama Durumlarının Karşılaştırılması
- Tablo 9.** Katılımcıların İlaç Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması
- Tablo 10.** Katılımcıların Düzenli Sağlık Kontrolü ve Sağlık Davranışlarını Geliştirme Etkinliklerinin Karşılaştırılması
- Tablo 11.** Katılımcıların Hastanede Çalışmanın Alışkanlıkları Üzerindeki Etkisi ile İlgili Görüşlerinin Karşılaştırılması
- Tablo 12.** Katılımcıların Sağlık Durumuna İlişkin Algılarının Karşılaştırılması
- Tablo 13.** Katılımcıların Sağlık ve Sosyal Yaşantılarına İlişkin Yeterlilik Algılarının Karşılaştırılması
- Tablo 14.** Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Yapma Engellerinin Karşılaştırılması
- Tablo 15.** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Toplam Puan Ortalamaları
- Tablo 16.** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Maddelerinin Puan Ortalamaları
- Tablo 17.** Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması
- Tablo 18.** Katılımcıların Yaşı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının İlişkisi
- Tablo 19.** Katılımcıların Sağlık Sorunu Varlığı ile Sağlık İnanç ve Davranışlarının Karşılaştırılması
- Tablo 20.** Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesi ile İlgili Önerilerinin Karşılaştırılması

IV. ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil 1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Teşvik Eden Kurumsal Uygulamalar

1. ÖZET

Araştırmanın amacı, hastane çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışları etkileyen değişkenleri saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, İstanbul İlindeki bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 1026 kişiden araştırmaya katılmaya gönüllü 858 kişi oluşturmuştur (katılım oranı %87,03). Veriler Mart-Nisan 2013 tarihleri arasında 26 sorudan oluşan bir anket formu ve 52 ifadeden oluşan “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II” ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, yüzde, standart sapma, oran, varyans, Student t testi, Mann Whitney U testi, Oneway Anova Testi, Korelasyon ve Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Araştırmaya katılanların %53,4’ü sağlık profesyoneli, % 46,6’sı sağlık profesyoneli olmayan hastane çalışanlarıdır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puanı $126,02 \pm 22,24$, alt boyut ölçek puanları ise; sağlık sorumluluğu $20,89 \pm 4,95$, fiziksel aktivite $15,93 \pm 5,55$, beslenme $20,62 \pm 4,42$, manevi gelişim $25,94 \pm 4,85$, kişilerarası ilişkiler $25,10 \pm 4,47$ ve stres yönetimi $17,52 \pm 4,09$ olarak saptanmıştır. Manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puan ortalaması sağlık profesyonellerinde; stres yönetimi sağlık profesyoneli olmayan grupta daha yüksektir. Araştırmada hastane çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları orta düzeyde bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlığı geliştirme, hastane çalışanları

2. SUMMARY

The Determination of Healthy Lifestyle Behaviors in Healthcare Workers

This study, which is descriptive nature, has been made to determine affecting some individual features and present health behaviors of healthcare workers working at hospital. The universe of the study consisted of 1026 healthcare workers working in a Training and Research Hospital in Istanbul and 858 voluntary healthcare workers who were contacted and accepted to participate formed the sample of the study (participation rate 80%). The data were collected by using 26-item questionnaire and Health Promotion Life-Style Profile Scale-II, which contained 52 statements between March-April, 2013. Frequency, percentage, average, standard deviation, Student-t test, Mann-Whitney U and One-Way ANOVA , correlation, Pearson Correlation analysis test were used to evaluate the data. The participate rate is 53,4 % among healthcare professionals and 46,6% among non-healthcare professionals. The total Health Promotion Life-Style Profile Scale scores of participants $126,02 \pm 22,24$, health responsibility $20,89 \pm 4,95$, exercise $15,93 \pm 5,55$, nutrition $20,62 \pm 4,42$, self-actualization $25,94 \pm 4,85$, interpersonal support subscales $25,10 \pm 4,47$ and stress management $17,52 \pm 4,09$ were found. Self actualization and interpersonal support subscales are higher among healthcare professionals, stress management is higher among non-healthcare professionals. Health promotion life-style of healthcare workers working at hospital was generally found to be medium level in this study.

Key Words: Healthy life style behavior, health promotion, healthcare workers

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık, sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, kişinin fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan tam bir iyilik hali içinde olması şeklinde tanımlanmaktadır. Aynı zamanda sağlık; bireyin günlük yaşamındaki kişisel ihtiyaçlarını ve tutkularını da gerçekleştirmesine olanak tanıyan bir kaynaktır (Özer ve Argon 2005, Baltaş ve Baltaş 2002, Tabak 2000,).

Yaşam biçimi bireylerin üzerinde kontrol sahibi olduğu kişisel kararların toplamıdır. Bu kararlar sağlığını olumlu ya da olumsuz olarak etkiler. Sağlıklı yaşam biçimi kavramı, bireyin sağlığını etkileyebilen, tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır. Sağlık davranışı, sağlıklı yaşam biçiminin geliştirilmesi ve hastalıklardan korunmanın temelidir (Çimen 2010).

Tarihsel süreç içerisinde tıp ve sağlık hizmetlerindeki gelişmelere bakıldığında insanların, önce hastalananları iyileştirmeye çalıştıkları, daha sonra da hastalıktan korunma yolları aradıkları görülür. İnsanları hastalanmaktan koruyan ve yaşamları boyunca sağlıklı olmalarını sağlayan uygulamaların hepsine birden "Sağlıklı Yaşam Biçimi Uygulamaları" (Healthy Life Style) adı verilmektedir (Bilir 2001).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilecek davranışlarını kontrol edebilmesi, günlük aktivitelerini düzenlerken, kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçebilmesi; sağlık davranışı ise bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların tümüdür (Tanrıverdi ve ark 2009, Özvarış ve ark 2006, Seviğ 1998). Pender (1990) sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu belirtmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi, sadece hastalıklardan korumak değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran davranışları göstermeyi içermelidir. Bu davranışlar, bireyin iyilik düzeyini artıran, kendini gerçekleştirmeyi sağlayan davranışlar olup; dengeli ve yeterli

beslenme, stres yönetimi, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu ve hijyenik önlemleri kapsamaktadır (Bahar ve Bayık 1998). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD); manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimini içermektedir. Birey için sağlıklı bir yaşam biçimi düzeyine erişmenin anlamı, daha sağlıklı beslenmek, entelektüel kapasitelerin artması, kalp-damar hastalıklardan korunabilmek, bağışıklık düzeyinin artması, normal beden ağırlığını koruyabilme ve stresle uygun bir şekilde başa çıkabilmektir (Ewles and Simnett 2003, Pender 2002)

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, yaşam biçimi haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir. Bu nedenle, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesi sağlığın ve hastalıklardan korunmanın temelidir. Bu durum, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli etken olan yaşam şekillerinin geliştirilmesine yönelik uygulamaların önemini de ortaya çıkarmaktadır (Ayaz ve ark 2005, Zaybak ve Fadiloğlu 2004).

Bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu iyileştirmeyi amaçlayan sağlık gelişimi; bireyi, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını içermektedir (Ayaz ve ark 2005, Pasinlioğlu ve Gözümlü 1998). Hastalıklardan korunmada, erken tanıda bulunmada ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların kullanılması temeldir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, ölüme neden olan hastalıkların yarısında sağlığa zarar veren davranışların rol oynadığı saptanmıştır. Bu durum hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli etken olan yaşam şekillerinin geliştirilmesine yönelik uygulamaların önemini ortaya çıkarmaktadır. Sağlığı geliştirmek için sigara içme, alkol ve madde kullanımı, beslenme davranışları, fiziksel aktivite, şiddet davranışları, cinsel davranışlar, sağlıksız kilo kontrolü, aile ile iletişim sorunları ve stres yönetimi gibi riskli davranışlardan kaçınılması gerekir (Yalçınkaya ve ark 2007). Bu da ancak bireyin kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü arttırmasıyla mümkündür (Zaybak ve Fadiloğlu 2004).

Hastaneler sağlık sisteminin en büyük alt sistemini oluşturan ve hizmet üretiminin büyük bir bölümünü üstlenen kuruluşlar olarak birey ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli rol oynayan hizmet kuruluşlarıdır. Kuruluş ve işletme sermayesinin ykseklıği ve değişik hizmet gruplarını, farklı eğitim düzeyine sahip personeli ve sürekli gelişen teknolojiyi bünyesinde bulundurması yönüyle hastaneler sağlık sisteminde büyük önem taşırlar (Tengilimoğlu 2012).

DSÖ tarafından benimsenen sınıflamaya göre sağlık çalışanları; hekimler, hemşire ve ebeler, diş hekimleri, ilaç ile ilgili personel (eczacılar), laboratuvar sağlık çalışanları, evre ve halk sağlığı çalışanları, toplum ve geleneksel sağlık çalışanları, diğer sağlık hizmet sağlayıcıları ile sağlık yönetimi ve destek çalışanlarıdır (Erigüç 2012).

Sağlık alışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden eğitimci kimlikleriyle hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir. Bundan dolayı sağlığı geliştirme aktivitelerinde tüm sağlık çalışanlarına büyük sorumluluklar düşmektedir (Ayaz ve ark 2005, Ewles and Simnett 2003). Birer sağlık eğitimcisi olan sağlık çalışanlarının konusunda yeterli, öğretme konusunda yetkin ve güçlü iletişim becerilerine sahip olmasının yanı sıra; söyledikleriyle yaptıklarının tutarlı olması, öğrettiklerini kendisinin uygulaması, sağlıklı yaşam ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarına sahip olması da oldukça önemlidir (Barutçugil 2002). Sağlık alışanları, sağlığı olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkların toplumdaki yaygınlığının tespit ederek, topluma sağlıklı yaşam bilinci kazandırmalı ve olumsuz davranışların sağlık için gerekli olumlu davranışlarla yer değiştirmesini sağlamalıdır. Bu nedenle, her sağlık profesyoneli, sağlığı geliştirmenin önemini kavramalı, toplumdaki bireylerin olumlu sağlık davranışı geliştirmesi için motivasyon artırıcı davranışlar sergilemelidir (elik ve ark 2009, zvarış ve ark 2006, Ayaz ve ark 2005).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili literatür incelendiğinde hastalar (Kısa ve Çınar 2009, Tekir 2005, Güner ve Atak 2001), öğrenciler (Dağdevire ve Şimşek 2013, Yüksel 2012, Özyazıcıoğlu ve ark 2011, Cihangiroğlu ve Deveci 2011, Tambağ 2011, Bozhüyük 2010, Çelik ve ark 2009, Ünal ve ark 2009, Aksungur ve ark 2008, İlhan ve Batmaz 2006, Ayaz ve ark 2005, Tuğut ve Bekar 2005, Özbaşaran ve ark 2004, Tezcan ve Yardım 2003), öğretim görevlileri (Kaya ve ark 2008, Güler ve ark 2008), sağlık çalışanları ve farklı meslek grupları (Kafkas ve ark 2012, Uz 2011, Türköl ve Güneş 2010, Altıparmak ve Kutlu 2009, Arslan ve Ceviz 2007, Tokuç ve Berberoğlu 2007) ile yapılmış çalışmalar olduğu görülmektedir. Bu çalışmalarda bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile bunları etkileyen faktörler araştırılmıştır.

Bu çalışma ile toplumda sağlık alanında rol model olma ve rehberlik etmede önemli yere sahip sağlık profesyonellerinin ve hastanede çalışan diğer kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını karşılaştırmak; yaş, cinsiyet, ailede ya da kişide hastalık varlığı, sağlıkla ilgili davranışlara (uyku, beslenme, ilaç kullanımı, kontroller vb) yönelik tutum gibi değişkenlerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisini belirlemek amaçlanmaktadır. Elde edilen bulguların bu alandaki çalışmalara rehberlik edeceği, hastane çalışanlarının sağlığı geliştirme davranışlarının iyileştirilmesi açısından farkındalık yaratacağı ve bu konuda yapılacak çalışma ve projelere katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Sağlık

Sağlık kavramı ilk zamanlarda hastalık kavramıyla birlikte ele alınmış, hastalık kavramının karşıtı olarak açıklanmıştır. Zamanla bu görüş geçerliliğini yitirmiştir. Çünkü pek çok hastalık olmasına karşın bir tek sağlık bulunmaktadır. Sağlık ve hastalığın birbirinin simetriği ya da birbiriyle eşdeğerde olamayacağı görüşünün benimsenmesinden sonra sağlığın pek çok tanımı yapılmıştır (Tabak 2000).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanımda sağlık; yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu olarak tanımlanmıştır (Akdemir ve Birol 2005, Tabak 2000). Bazı yayınlarda DSÖ tarafından yapılan tanımın kısıtlı yönlerinin olduğundan ve sağlığın spiritüalizm, kalite ve kantite gibi kavramları da içerecek şekilde yeniden tanımlanması gerektiğinden bahsedilmektedir (Galloway 2003).

Türk Dil Kurumu ise sağlığı; Bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olması, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet olarak tanımlamaktadır (<http://www.tdk.gov.tr>, Erişim tarihi: 04 Ocak 2014).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi yönüne odaklanan sağlık tanımlarında ise sağlık; vücuda enerjinin girişi ve çıkışı arasındaki dengeyi içeren bir aşama ve yapısal, kişisel, sosyal değerlerden etkilenen bir durum olarak tanımlanmıştır. Sağlık, kişinin içten gelen ve çevresinde meydana gelen dış stresörlere adapte olmasını sağlayan bir durum veya koşul olarak da ifade edilmiştir (Altıparmak ve Kutlu 2009, Tabak 2000).

Genel olarak sağlığı çok yönlü fakat bütüncül (holistik) bir yaklaşımla ele alan sağlık tanımlarında vurgulanması gereken önemli noktalar bulunmaktadır. Bu noktalar arasında; sağlığın değişik etmenlerin bütünleşmesinden oluşan karmaşık yapıya sahip olması, pozitif sağlık kavramı çerçevesinde bireyin kendisi ve çevresi ile uyum içinde olması, hedefe yönelik eylem sürecinde dinamik bir yapının varlığı sayılabilir (Tabak 2000).

4.2. Sağlık Davranışı

Schank (1990) sağlık davranışını; bireyin sağlıklı olmak, sağlığı korumak ve sağlığı geliştirmek için inandığı ve uyguladığı davranışların tümü olarak tanımlamaktadır (Ulupınar ve Sarıkaya 2009). Pender (2002) ise sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu belirtmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi, sadece hastalıklardan korumak değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran davranışları göstermeyi içermelidir. Bu davranışlar, bireyin iyilik düzeyini artıran, kendini gerçekleştirmeyi sağlayan davranışlar olup; yeterli dengeli beslenme, stres yönetimi, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu ve hijyenik önlemleri kapsamaktadır (Aykut ve ark 1999).

4.3. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığı geliştirme, sağlığa yönelik herhangi bir davranış ve yaşam durumu için, eğitim, ekonomik, örgütsel ve çevresel desteklerin bileşimi; kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırmayı ve geliştirmeyi olanaklı kılan ve sağlık düzeylerini yükselten bir süreç olarak tanımlanmaktadır (DSÖ1995, Özvarış 2013). Bu nedenle sağlık, yaşamın hedefi değil, günlük yaşamın bir kaynağı olarak görülür. Sağlığın geliştirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinde sağlıklı yaşam tarzının kazanılmasını amaçlayan, sosyal ve tıbbi müdahaleler içinde yer alan bir disiplindir. Aynı zamanda, kişileri kendi sağlıklarını geliştirme konusunda yetkin kılacak bir süreçtir (Altıparmak ve Kutlu 2009).

Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bir başka tanım, “İnsanların, öz tutkuları (core passions) 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 (O'Donnell 2009, Yardım ve ark 2009). Burada sözü geçen “optimal sağlık”, fiziksel, emosyonel, sosyal, spiritüel ve entelektüel sağlık arasındaki dinamik bir denge olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel alanda; egzersiz, beslenme, tıbbi öz bakım, madde kötüye kullanım kontrolü, emosyonel alanda; duygusal kriz yönetimi, stres yönetimi, sosyal alanda; toplumlar, aileler, arkadaşlar, entelektüel alanda; eğitim, başarı, kariyer gelişimi

spiritüel alanda; sevgi, umut, yardımseverlik kavramları yer almaktadır (O'Donnell 2009).

Sağlığın geliştirilmesi çalışmaları, kendi sağlıklarını düzeltmede ve kontrol etmede, tam bir sağlık potansiyeline kavuşmada insanları yeterli kılmayı amaçlamaktadır. Böylece sağlıklı yaşam bilinci kazanan bireyler, sağlıklarının korunmasında daha fazla sorumluluk alacak ve bunun sonucunda riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulayacaklardır (Ayaz ve ark 2005).

DSÖ'nün tanımına göre sağlığı geliştirme, insanların kendi kontrollerini arttırma, bireysel ve sosyal sorumluluklarını geliştirmeyi amaçlayan bir süreçtir. Sağlığı geliştirme uygulamaları, sağlık politikaları ve destekleyici çevre yaratmayı ve sağlık hizmetlerini yeniden düzenlemeyi de kapsamaktadır (Akdemir ve Birol 2005). Sağlığı geliştirmenin temel hedefi, bireylerin olumlu sağlık davranışlarını kazanması ve sürdürmesidir. Sağlığın geliştirilmesi sadece hastalıkları önlemeye yönelik olmayıp, bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu daha da iyileştirmeyi amaçlar; bireyi aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını içerir. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamaya dayandırılmıştır. Sağlığın geliştirilmesinde; bireylerin sağlıklı beslenmesi, fiziksel kapasitesine uygun düzenli egzersiz yapması, sosyal ilişkilerinde uyumlu ve olumlu bir iletişim içinde olması, dinlenme ve rahatlama gibi uygulamalarla kendine zaman ayırma alışkanlığını kazanması amaçlanmaktadır (Tabak 2000, Bahar ve Bayık 1998, Vural 1998).

İnsanların kendi sağlıklarını düzeltmede ve kontrol etmede ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşmada sağlığın geliştirilmesi çalışmaları önem taşımaktadır. Böylece bireylerde sağlıklı yaşam bilincinin gelişmesi, yaşam tarzının iyileştirilmesi, bireyin sağlıklarını korunmalarında kendi görevlerini algılayıp, riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulamaları oldukça önemlidir (Kaya ve ark 2008).

Davranış değişikliği üzerine odaklanan sağlığı geliştirme kavramında sağlık düzeyini en üst seviyeye çıkarmak için bilgi, beceri, tutum ve olumlu davranışın

kazanılması gereklidir (Bahar ve Bayık 1998). Sağlığı geliştirme insanların sağlıkları üzerinde kontrol gücüne sahip olma ve sağlık düzeyini geliştirme sürecidir. Bu süreci başarıyla uygulayan insan sağlıklıdır. Çünkü sağlık insanların öğrendikleri, yaşadıkları, eğlendikleri ve sevdikleri yerde, günlük yaşam ortamlarında kendileri tarafından yaratılır ve yaşatılır. Bu nedenle fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda iyi olma durumunu sağlayabilmek için birey veya grup isteklerinin farkında olmalı, çevreyi değiştirebilmeli ve çevreyle uyum sağlayabilmelidir (Özer ve Argon 2005).

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasında ortak hareketi belirlemek amacıyla, çeşitli örgütler tarafından, dünyanın çeşitli yerlerinde çok uluslu konferanslar düzenlenmiş; hedefler ortaya koyulmuş; bu konuda birçok bildirge yayınlanmıştır (<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim> Erişim tarihi: 10 Ocak 2014)

- 1978-** Alma Ata Bildirgesi'nde temel sağlık hizmetlerinin önceliği vurgulanmıştır.
- 1981-** Lizbon Bildirgesi'nde hasta hakları üzerinde durulmuştur.
- 1986-** Ottawa Şartı ile sağlık hizmetlerine ilişkin olarak ortaya çıkan sorumlulukların sadece sağlık sektörüne yüklenemeyeceği ve bu konuda ortaya çıkan ihtiyaçlar konusunda diğer sektörlerin de sorumlu olduğu kabul edilmiştir.
- 1988-** Adelaide Tavsiyelerinde sağlıklı toplum ve halk stratejilerinin oluşturulması benimsenmiştir.
- 1986-** Kanada Ottawa'da yapılan Birinci Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı'ndan sonra daha yaygın kabul görmeye başlamış, sağlığın majör belirleyicileri ve insan sağlığını olumlu yönde geliştirmeyi irdeleyen, modern halk sağlığının bir branşı haline gelmiştir.
- 1994-** Amsterdam Bildirgesi'nde hasta hakları; sağlık bakımında insan haklarının önemi ve değerleri; bilgilendirmenin önemi, mahremiyet ve özel hayata karşı saygının tesisi gibi ilkeler kabul edilmiştir.
- 1994-** Kopenhag Bildirgesi'nde sağlık hizmetlerinin geleceğinin şekillendirilmesi

üzerinde durulmuştur.

- 1995-** Bali Bildirgesi'nde intihar girişimi, dini temsilcilerin ruhi ve moral desteği konusu ve sağlık eğitimi görme hakkı ile ilgili düzenlemelere yer verilmiştir
- 1996-** Ljubljana Bildirgesi'nde sağlığın finansman kaynaklarının oluşturulması ve kaliteye önem verilmesi öncelikli konu olarak belirlenmiştir.
- 1997-** Cakarta Deklarasyonu'nda 21. Yüzyılda Sağlığı Geliştirme eylem planları geliştirilmiş ve bu kapsamda sağlık önceliklerine yer verilmiştir.
- 2001-** Dubrovnik Sözleşmesi'nde ise bölgesel anlamda sağlık hedefleri belirlenmiş, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve sunum konusunda temel ilkeler belirlenmiştir.

DSÖ'ye göre sağlığın geliştirilmesi stratejilerinin beş ilkesi vardır:

1. Sağlığın geliştirilmesi, mevcut şartlara bağlıdır.
2. Sağlığın geliştirilmesi, DSÖ'nün sağlık tanımının üç boyutunu tamamlamaktadır.
3. Sağlığın geliştirilmesi, hükümetlerin sağlık alanındaki sorumluluklarını destekler.
4. Sağlığın geliştirilmesi, sağlığı toplum adına savunur.
5. Sağlığa katılım, sağlığın geliştirilmesinin esas unsurudur (Gottwald and Goodman-Brown 2012).

Ülkemizde tarihsel süreç içerisinde Sağlığın Geliştirilmesi ile ilgili pek çok geniş boyutlu çalışmalar yapılmıştır. 06.08.2000 tarihinde Halkın Sağlık Eğitimi Yönetmeliği, halkın bilgilendirilmesi, Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra teşkilatında görevli personelin halkın sağlık eğitimi konusunda bilgilerinin geliştirilmesi için uygulanacak eğitim faaliyetlerinin usul ve esaslarını belirlemek amacıyla çıkarılmıştır.

Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi tarafından uluslararası katılımlı “I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu” 2004 yapılmıştır. Sonuç bildirgesinde şunlar yer almıştır:

- Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sağlık eğitimi temel süreçtir. Sağlık eğitimi uygulamalarına kılavuz olacak ulusal politika ve strateji yetersizliklerinin giderilmelidir. Sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi açısından ulaşılabilir bilimsel bilgi zenginliğine önemli ölçüde gereksinim vardır. Her meslekten sağlık çalışanının, özellikle iletişim konusunda eğitilmesi gerekir.
- Sağlık, Milli Eğitim, Çalışma ve Sosyal Güvenlik, Tarım gibi bakanlıkların öncü görevlerini daha etkili ve yaygın olarak sürdürmeleri gerekir.
- Bilgi-tutum-davranış geliştirmeye yönelik sağlık eğitiminin kurumsal ve toplumsal boyutlarda yoğunlaştırılması ve yaygınlaştırılması gerekir.
- Okullarda sağlık eğitimi ve öğretiminin rastlantısalıktan çıkarılıp, bu alanda yetişmiş profesyoneller tarafından yürütülmesi gerekir.
- Ülkemizde sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi alanlarında Sağlık Eğitim Fakültelerinin önemli bir yere sahip olduğu belirtilerek bu fakültelerin varlığını sürdürmelerinin ve mezunlarının sağlık eğitim ve yönetim hizmetlerinde efektif olarak görev almalarının yararları ve gerekliliği ortaya konmuştur.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı 2008’de Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı olarak kurulmuştur. Kuruluş amaçları şunlardır:

1. Kronik hastalıkları araştırmak bu hastalıklarla ilgili halkın bilinç düzeyini artırmak ve risk faktörleriyle mücadele etmek,
2. Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vererek halkın sağlık düzeyini yükseltmek,
3. İnsanların sağlık konusunda bilinç düzeyini artırmak,

4. Sağlık açısından riskler belirlenerek hastalıklar oluşmadan gerekli önlemleri almak ve böylece hastalıklar bağlı kalıcı sakatlıkları, işgücü kayıplarını ve sağlık harcamalarını azaltmak,
5. Toplumun sağlık ihtiyaçlarına göre sağlık hizmetlerini yeniden düzenlemek.

Aynı yıl Sağlık Bakanlığı tarafından Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu düzenlenmiştir. Sempozyum konuları şöyle özetlenebilir:

1. Sağlığın geliştirilmesi yaklaşımı ve sağlık Hizmet Sistemi reformundaki yeri
2. Sağlık teşviki için ortaklıkların güçlendirilmesi
3. Sağlığın teşviki için sivil toplum kuruluşları ile işbirliği
4. Sağlığın teşvikinde özel sağlık sektörünün rolü
5. Sağlığın teşvikinde sağlık dışı özel sektörün rolü
6. Sağlık ve sağlık davranışları için sosyal ve kültürel kaynaklar
7. Aile hekimliği uygulamasında sağlığın teşviki
8. Küreselleşme ve sağlık
9. Yoksulluk ve sağlık
10. Sağlığı teşvik için toplumsal kapasite oluşturulması
11. Sağlığın teşvikinin sağlık hizmetlerine entegre edilmesi
12. Sağlığın teşviki için sürdürülebilir finansman
13. Sağlığın teşvikinde gıda güvenliği
14. Sosyal pazarlama ve sağlığın teşviki konusunda ‘dumansız hava sahası’
15. Çevre sağlığı
16. Politikadan eyleme: sağlık için doğru beslen ve hareket et

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı 2010’da Türkiye Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Çalıştayı düzenlemiştir. Bu çalıştay birçok açıdan

önemlidir. Sağlık bakanlığı tarafından Sağlığın Geliştirilmesi Politika metninin hazırlanması, yayınlanması ve oluşturulacak eylem planlarının hayata geçirilmesi ile sağlığın teşviki ve sağlıklı hayat programlarına tüm halkımızın erişimlerinin sağlanması hedeflenmiştir.

Çalıştaydaki 12 çalışma gurubu şunlardır: Çocuk ve gençler, kadın/anne/aile, toplumdaki diğer öncelikli guruplar, risk faktörlerine yönelik müdahaleler, kurum ve kuruluşlar, okul sağlığı, çevre sağlığı, ruh sağlığı, ağız diş sağlığı, kazaların önlenmesi ve afet bilincinin geliştirilmesi, sağlığı geliştirme politikalarının uygulanması, sürdürülmesi, araştırma, izleme ve değerlendirilmesi

Sağlık Bakanlığı 2010-2014 dönemi için hazırladığı stratejik planda nihai amaç halkın sağlık düzeyini yükseltmek ve geliştirmek olarak belirtilmiştir. Bu amaç doğrultusunda belirlenen hedefler şunlardır:

1. Sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programlarına tüm halkımızın erişimini sağlamak
 - Birey sağlığının korunması ve geliştirilmesi için vatandaşların kendi sağlıkları üzerinde kontrol yeteneklerini artırmak ve sağlıklarını etkileyebilecek konularda karar süreçlerine aktif katılımlarını sağlamak
 - Ruh sağlığı hizmetlerini iyileştirmek için hazırlanmış olan ‘Türkiye Ruh Sağlığı Politikası’ doğrultusunda çalışma yapmak
 - Türkiye Beslenme ve Sağlık araştırma sonuçlarına göre ulusal düzeydeki beslenme ve sağlık sorunlarını tespit etmek, çözüme yönelik öncelikle yapılması gerekenleri tespit etmek ve uygulamak
 - Ağız diş sağlığı hakkında toplum bilincini yükseltmek, koruyucu diş hekimliği uygulamalarının toplumun geniş kesimlerine ulaşmasını sağlamak ve böylece tedavi edici diş hekimliğine olan ihtiyacı azaltmak
2. Anne çocuk ve ergen sağlığını geliştirmek, 2012 sonunda anne ölümlerini yüz binde onun, bebek ölümlerini binde 10’un altına indirmek
3. Acil sağlık ve afet yönetimini etkin tutmak

4. Bulaşıcı hastalıkları ve bunlara bağlı ölümleri azaltmak
5. Sigara içilmeme oranını 15 yaş üstü için 2014 sonunda %80'in üzerine çıkarmak, alkol kontrol programını uygulamaya koymak, bağımlılık yapıcı madde kullanımını azaltmak
6. Sağlıklı ve güvenli çevre yaşayanların oranının artırılması için destek sağlamak
7. Çalışanların iş sağlığı hizmetlerine bütünüyle meslek hastalıklarından kaynaklanan ölüm ve maluliyeti azaltmak (Ünal 2013).

Sağlık davranışı ve sağlığın geliştirilmesi teorileri farklı disiplinlerden (sağlık, psikoloji, sosyoloji, antropoloji, davranış bilimleri, pazarlama gibi) faydalanır. Birçok sağlık davranışı ve sağlığın geliştirilmesi teorileri sosyal öğrenme ve davranış teorilerinden adapte edilmiş olup, bunların epidemiyolojik, biyolojik ve sağlık bilimleri ile birlikte uygulanması gerekmektedir. Bunlardan biri de Pender tarafından geliştirilmiş olan Sağlığı Geliştirme Modeli (Health Promotion Model)'dir. Pender tarafından (1982-1984) geliştirilmiş olan Sağlığı Geliştirme Modeli, sağlığı koruma modelini tamamlayıcı olarak tanımlanmış olup, bilişsel faktörlere odaklanarak sağlığın yükseltilmesini ve sağlık davranışlarının iyileştirilmesini benimser (Ay 2008).

Sağlığı Geliştirme Modeli, 1996 yılında Pender ve arkadaşları tarafından tekrar gözden geçirilerek yenilenmiştir. Modelin son halinde sağlığı değiştiren davranışları etkileyen bileşenler; “bireysel özellikler ve deneyimler”, “davranış-özel bilişsel süreçler” ve “davranış sonuçları” şeklinde tanımlanmıştır (Srof and Friedrich 2006). Sağlığın geliştirilmesi, bireyin iyilik düzeyinin arttırılmasıdır. Sağlığı Geliştirme Modeli, sosyal öğrenme teorisinden kaynaklanmış olup, bireyin sağlığı geliştirici davranışlarını etkileyen bilişsel süreçlerin önemini açıklamaktadır. Yapısal olarak, bireyin hastalıktan korunmak için yaptığı davranışların nasıl şekillendiğini ve nelerden etkilendiğini açıklayan sağlık inanç modeline benzemektedir. Sağlığı geliştiren davranışları belirlemek ve etkileyen faktörleri değerlendirmek için kullanılan bu modelde, demografik ve toplumsal faktörler de sağlığı etkileyebilmektedir. (Ay 2008, Galloway 2003).

Bireylerin sağlık ve hastalık kavramları ile ilgili algıları onların çeşitli durumlardaki sağlık arama davranışlarını etkileyebilir. Yapılan çalışmalar, bu algıların ve davranışların pek çok faktör tarafından etkilendiğini ortaya koymaktadır (Ahmed et al 2000). Johnson ve arkadaşlarının çalışmasında; Pender'in sağlığı geliştirme modelinde, bireye ait demografik özelliklerin, bilişsel-algısal faktörler aracılığı ile sağlığı geliştirici davranışları etkilediği özellikle yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum ve gelir düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Pasinlioğlu ve Gözüm 1998). Bireyin boy, kilo, beden kitle indeksi gibi özelliklerinin sağlık davranışlarını, aile, arkadaş, sağlık görevlileri, akrabalarla iyi etkileşimin ise bireyin olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyini etkilediği bildirilmektedir (Pholank 1991, Langemo and Volden 1990). Bireyin içinde bulunduğu çevrenin davranış oluşumunda, bireyin bilgi ve beceri düzeyinin ise davranış kazanmada etkili olduğu belirtilmektedir (Pholank 1991).

4.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlığı koruma ve geliştirme denilince uzun bir süre insanların aklına ilk olarak hekimler, hemşireler ve hastaneler gelmiş sonraları insanların sağlıklarının yaşam biçimleri ile ilişkisi fark edilmeye başlanmıştır (Özvarış 2006). Günümüzde, egzersiz, diyet, sigara içme ve stres gibi yaşam biçimi unsurlarının sağlığı ve kardiyovasküler hastalık riskini etkilediği, kanser, kalp hastalığı, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklardaki morbidite ve mortalitenin yaşam biçimi değişiklikleri ile önemli ölçüde azaltılabildiği bilinmektedir (Ferguson 1998). Çalışmalar, yaşam biçimi ile sağlık durumu, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık hizmeti sistemleri arasında ilişki olduğunu göstermektedir (Fleming and Marshall 2008).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilecek davranışlarını kontrol edebilmesi, günlük aktivitelerini düzenlerken kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır (Özvarış ve ark 2006). Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir düzeye getirebilir (Zaybak ve Fadıloğlu 2004).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları beslenme, stres yönetimi, egzersiz, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, kendini gerçekleştirme ve sağlık sorumluluğu sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında sayılmaktadır. Sağlık davranışları, bireylerin sağlığı geliştirme, hastalıkları azaltma veya önlemeye yönelik olarak iyi olduğuna inandığı ve uyguladığı aktivitelerdir. Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen, tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (Johnson 2005, Vural 1998, Esin 1997).

Sağlığı geliştirmeye yönelik olumlu davranışlar, bireylerin kendi sağlığını ve başkalarının sağlığını aktif biçimde korumaya yönelik bilinçli çabalardan oluşur. Bireyler karşılaştıkları riskler ya da sağlıklı seçenekler konusunda bilgi sahibi olmadıklarından veya değer yargıları, edindikleri bilgi, davranış biçimlerini değiştirmeleri için yeterli olmadığından sağlığı bozucu tutum ve davranışlarda bulunabilmektedirler (Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu 2008, Herkes için Sağlık Hedefleri 2000).

Her gün bilinçsiz olarak yapılan, sonuçları kabul edilen bireysel yaşam alışkanlıkları bizim yaşam biçimimizi belirler. Bu alışkanlıklar sağlığı olumlu veya olumsuz olarak etkiler (Vural 1998). Sağlıklı bir yaşam için, o yaşamı denetleyip yönlendirebilecek becerilerin (sorunu formüle etme, çözüm bulma, karar verme ve sonra bu kararları uygulama) uyumsuzlukları çözümleme yeteneğinin, etkin biçimde iletişimde bulunma ve kendi adına aktif müdahalede bulunma kapasitesinin olması gerekir. Pender (2002), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını “kendi kendine başlayan hareketlerin çok boyutlu modeli, iyilik halini korumaya ve yükseltmeye hizmet eden algılar, kendini gerçekleştirme ve bireyselliğin tamamlanması” şeklinde tanımlamıştır (Ünal 2013).

Walker ve arkadaşları sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde aşağıda sıralanan faktörlerin etkili olduğunu belirtmektedir:

- Sağlık sorumluluğu
- Fiziksel aktivite
- Beslenme

- Manevi gelişim
- Kişilerarası ilişkiler
- Stres yönetimi (Bahar ve ark 2008).

4.4.1. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık için kişisel sorumluluk kavramları, insanlık tarihi boyunca ortaya çıkmış ve süregelmiştir. Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığıyla ilgili olarak koruyucu, önleyici ve sağlığı geliştiren davranışlara yönelik tutum ve davranış değişikliği göstermesidir. Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. Bireyin kendi sağlık sorumluluğunu alması sağlığı geliştirmenin başarılı olabilmesinde anahtar rol oynar. Bireyin davranışlarının ve yaşam biçiminin sağlığını nasıl etkilediğini anlamasını sağlayarak riskli davranışlardan (sigara içmek, riskli seksüel deneyimler, alkol almak vb.) uzak durmasını sağlar.

Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi;

- Vücudunu ve kendini tanıması, sağlık ile ilgili değişiklikler ve sapmalar olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna müracaat etmesi
- Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklık ve düzenine özen göstermesi
- Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi
- Sağlıkla ilgili konuları tartışması
- Sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi
- Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi
- Sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması ile belirlenir (Bozhüyük 2010, Lusk et al 1994).

4.4.2. Fiziksel Aktivite

Fiziksel egzersiz, enerji tüketimi ile sonuçlanan vücut hareketi olup büyük kas gruplarının belli bir düzeyde hareket ettirilmesi, kas performansının geliştirilmesi ve kardiyovasküler direncin arttırılması olarak tanımlanır (Akyol ve ark 2008, Tekir 2005).

Günümüzde yaşam kalitesini arttırarak yaşamak, uzun yaşamak kadar önemli bir konu haline gelmiştir. Sağlıklı yaşlanmak ve yaşa bağlı oluşabilecek sağlık risklerini çeşitli yöntemlerle en aza indirebilmek için temel etkenlerden biri fiziksel aktivitedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nun 2002 raporuna göre, hareketsiz yaşam dünya çapında yılda 1.9 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır. Dünya genelindeki meme kanseri, kolon kanseri ve diyabet vakalarının yaklaşık olarak %10-16'sına ve kalp hastalıklarının %22'sine hareketsiz yaşam sebep olmaktadır (Akyol ve ark 2008).

Fiziksel aktivite ve egzersiz, tarih boyunca farklı uygarlıklar ve toplumlarda, yaşamın bütün dönemlerinde önemli bir yer tutmuştur. Milattan önce ve sonraki dönemlerde egzersiz ve sağlık arasında birçok ilişki kurulmuş, Çin'de güzel hareket öğretisi bulunan bir egzersiz sistemi olan Tai Chi Chuan, Hindistan'da fiziksel uygunluk, uygun solunum ve diyet üzerine odaklanan Yoga felsefesi gibi öğretiler milattan önceki dönemlerde başlamıştır. Eski Yunan'da yüksek atletik düzeye ulaşanların, tanrıların ruhsal ve fiziksel kuvvetlerini temsil ettikleri düşünülmüştür. Batı tarihçileri, egzersiz ve tıp arasındaki ilişkinin Herodicus, Hippocrates ve Galen dönemlerinden beri süregeldiği konusunda fikir birliği içerisindeyler (Özer 2001).

Egzersizin dengeli ve düzenli olarak yapılması gerektiği, arada sırada yapılırsa etkin olmayacağı bilinmektedir. Düzenli olarak yapılan fiziksel egzersiz, sağlığın daha da geliştirilmesine katkı sağlar. Özellikle 20. yüzyılda teknolojinin gelişmesine paralel olarak toplumdaki endüstrileşme ve makineleşme (televizyon, bilgisayar, nükleer enerji kaynakları, petrol ürünleri vs.) bireylerin hareketlerinde azalma yönünde yaşam tarzının değişmesine sebep olmuştur. Ayrıca hızlı ve çarpık kentleşmenin getirdiği sosyoekonomik ve kültürel problemlerle birlikte psikolojik gerginliğe sebep olan faktörler de ortaya çıkmıştır. Tüm bu değişiklikler nedeniyle organizmayı zinde ve sağlıklı kılmak için genel sağlık kurallarına dikkat etmek ve düzenli fiziksel egzersiz yapmak bir zorunluluk haline gelmiştir (Tekir 2005).

Fiziksel egzersizin genel sağlığı uzun yıllar korumak, sürdürmek ve geliştirmek için birçok olumlu etkisi vardır. Bu etkiler;

- Kas kuvvetini, eklem hareketliliğini ve esnekliğini artırır
- Lökomotor sistemin hastalıklarını önler ve tedavi eder
- Vücut yağ oranını azaltarak, kilo kontrolüne yardımcı olur
- Kan basıncını düşürür
- İnsülin hassasiyetini artırır ve kan şekeri düşürür
- Serum LDL kolesterol düzeyini düşürür
- Serum HDL kolesterol düzenini artırır,
- Bazı kanser türlerinin (meme, kolon ve prostat kanseri gibi) önlenmesine yardım eder
- Stresi azaltır
- Kardiyovasküler işlev durumunu ve performansı iyileştirir
- Osteoporozu önler
- Hareketsiz yaşayan bireylere göre yaşam beklentisini artırır (Ünal 2013, Aktürk 2013, Akyol ve ark 2008, Kılıç 2006).

4.4.3. Beslenme

Beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda alması ve bu ürünlerin vücut tarafından kullanılması olarak tanımlanabilir. Bilimsel araştırmalarla, insanın yaşamı için 50'ye yakın besin ögesine gereksinimi olduğu ve insanın, sağlıklı büyüme ve gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için bu öğelerin her birinden günlük ne kadar alınması gerektiği belirlenmiştir. Bu öğelerin herhangi biri alınmadığında ya da gereğinden az ya da çok alındığında, büyüme ve gelişmenin engellendiği ve sağlığın bozulduğu ortaya konmuştur (<http://www.bdb.hacettepe.edu.tr/torehberi.pdf>, Erişim tarihi: 12 Şubat 2014).

Vücuttaki fonksiyonların harekete geçmesi için gerekli olan enerji besin maddelerinden sağlanır. Günlük olarak alınan besinler; su, karbonhidrat, protein,

yağ, vitamin ve mineraller olmak üzere altı temel besin ögesinden oluşur. Su, yaşamı oluşturan ve devam ettiren ana besin maddesidir. Organizma faaliyetlerinin ve canlılığın sürdürülmesi için gerekli olan enerji ise besinlerdeki karbonhidratlardan, yağlardan ve proteinlerden karşılanır. Vitamin ve mineraller ise vücut içindeki biyokimyasal olaylarda kilit rol oynar (Ünal 2013).

Beslenme, uluslararası insan hakları belgelerinde bir hak olarak ifade edilmekte ve bir ülkenin beslenme durumu o ülkenin en önemli refah göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Toplumun ve bireylerin sağlıklı ve güçlü olarak yaşamasında, ekonomik ve sosyal yönden gelişmesinde, refah düzeyinin artmasında yeterli ve dengeli beslenme temel şartlardandır (Ünal 2013).

Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için, vücudun besinlere ihtiyacı vardır. Yaşam boyu geçilen bebeklik, çocukluk, ergenlik, gebelik, emzirme, menopo, iyileşme gibi dönemler ve yapılan işlere uygun olarak her besin grubundan tüketilmesi gereken miktarlar değişebilir. Beslenme sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde ön sıralarda yer alan bileşenlerden biridir. Yenilen besinlerle hastalıkların ortaya çıkması ya da bireyinin kendisini daha sağlıklı hissetmesi arasında bir ilişki vardır. Sağlıksız beslenme sonucunda osteoporoz, kanser ve kardiyovasküler hastalıklar yaygın olarak görülmektedir. Günümüzde yaşam koşullarının oluşturduğu, "fast food" türü beslenme biçimi alışkanlık haline dönüşmüştür. Bu durum, özellikle çocuklarda ve gençlerde, dengesiz beslenme ve şişmanlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Esen ve Turgut 2013).

Sağlıklı ve doğru beslenme; dengeli beslenme, yeterli beslenme, çeşitli gıdaları tüketme ve sağlığa zararlı gıdalardan kaçınma kavramlarıyla açıklanmıştır (Kavas 2003). Vücudun büyümesi, hücrelerin yenilenmesi, fonksiyonlarını sürdürmesi için gerekli olan temel besin öğelerinin yeterli miktarda ve dengeli alınmasına yeterli ve dengeli beslenme denir. Bu öğelerin vücut gereksiniminden az alınması yetersiz beslenme, çoğunlukla tek tip besin ögesi ile beslenme ise dengesiz beslenme problemlerine neden olur. Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için yeterli ve dengeli beslenilmesi ve bu davranışın kazanılması gerekmektedir. Bununla birlikte bireylerin yeterli ve dengeli beslenmesi

gelişimsel, kültürel, ekonomik nedenler, alışkanlıklar ve sağlık durumu gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (Ünal 2013, Tayar ve Korkmaz 2007).

Sağlıklı Beslenmede;

- Öğün atlanmaması,
- Günde üç ana öğün, mümkünse bir-iki ara öğün tüketimi,
- Yiyeceklerin yavaş yenilmesi, iyi çiğnenmesi,
- Günlük yağ tüketimini azaltarak, çok yağlı yiyeceklerin yenmemesi,
- Günlük şeker tüketiminin azaltılması,
- Günlük tuz tüketiminin azaltılması,
- Posalı yiyecek tüketiminin artırılması,
- Her gün düzenli olarak kahvaltı edilmesi önerilmektedir (Çakır ve ark 2002).

Günümüzde beslenme ile ilgili sorunların başında, modern yaşamda günlük enerji tüketiminin azalmasına rağmen rafine gıdalardan alınan enerjinin artması sonucunda oluşan şişmanlık gelmektedir (Esen ve Turgut 2013). Kilolu veya şişman olmak, yüksek kan basıncı, yüksek kan kolesterolü, kalp damar hastalıkları, inme, şeker hastalığı, bazı kanser türleri, artritler ve solunum yetersizlikleri gibi sağlık sorunları riskini artırır. Zayıflık ise verimliliği ve vücut direncini düşüren, istenmeyen bir durumdur. Yetişkinler ve çocuklarda, boy uzunluğuna göre olması gereken vücut ağırlığını belirlemek için farklı yöntemler kullanılır. Beden Kitle İndeksi (BKİ) pratik bir yöntem olarak kullanılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi 2010). BKİ: Ağırlık (kg) / Boy Uzunluğu (m)² formülü ile hesaplanır.

Bu formüle göre, BKİ'nin;

<18,5 olması zayıf

18,5 - 24,99 arasında olması normal

25,0 - 29,99 arasında olması kilolu

30,0 - 34,99 arasında olması sınıf I obez

35,0 - 39,99 arasında olması sınıf II obez

40,0 ve üzerinde olması sınıf III obez olarak değerlendirilmektedir (http: // www.who.int, Erişim tarihi: 13 Kasım 2013).

Gıdalarla ilgili bir diğer tehlikeli durum ise bazı hazır gıdaların içerdiği katkı maddeleridir. Bu katkı maddeleri çoğunlukla gıdaların görüntüsünü, kokusunu daha çekici hale getirmek, dayanıklılığını, kıvamını ve lezzetini artırmak üzere kullanılan kimyasal maddelerdir ve bunların bir bölümünün kanser yapıcı etkisinin olduğu kanıtlanmıştır. Bu nedenle tüketilen gıdaların bu tür maddeler içermemesine dikkat edilmelidir (Esen ve Turgut 2013).

4.4.4. Manevi Gelişim

Sağlık, insanın fiziksel, sosyal, duygusal ve ruhsal durum gibi yaşamının bütün boyutlarıyla ilgili bir kavramdır. Yapılan araştırmaların büyük bir bölümü ruhsal durum ile fiziksel ve mental sağlık sonuçları arasında ilişki kurmuştur. Araştırmalarda, kişinin ruhsal inançlarının sağlığı, uzun yaşamayı ve fiziksel hastalığın iyileşmesini pozitif olarak etkilediği gösterilmiştir. Kişinin bedenine bakması, bedensel anlamın yanında manevi yanının da olması kendini gerçekleştirebilme düzeyinin artmasını ve sonuç olarak da sağlığın geliştirilmesini destekler. Kendini gerçekleştirme, insan davranışlarını yöneten bir güdü olduğu kadar, erişilmeye çalışılan bir gelişme düzeyidir. Kendini gerçekleştirmiş birey, kendini tanır, güçlü ve zayıf yönlerini bilir, belli bir plan ve program çerçevesinde belli bir hedef ve amaca yönelik bir yaşam sürer. İnsanın davranışlarına yön veren ana güdü, insanın kendini gerçekleştirme güdüsüdür. Bu nedenle manevi gelişim ve beraberinde getirdiği kendini gerçekleştirme sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanmasında oldukça önemlidir (Ünal 2013, Aksoy 2010).

4.4.5. Kişilerarası İlişkiler

Kişilerarası ilişkiler, bireylerin birbirleriyle olan ikili veya grup ilişkileri sonucu elde edilen ve sağlığın geliştirilmesindeki etkinliği küçümsemeyecek bir olgudur. Kişilerarası destek ilişkinin niteliğine, ilişkinin sürekliliğine ve ilişki

düzeyine bağlıdır. Kişilerarası ilişkide en önemli nokta etkin bir iletişimin sağlanmasıdır (Özcan 2006).

Her ne kadar insanın temel gereksinimlerinden birinin “iletişim” olduğu söylene de; aslında bu söylem iletişimin önemini vurgulamanın bir başka yoludur. İnsan yaşamında esas olan “ilişki”dir. İnsanın temel gereksinimi ilişki gereksinimidir. İletişim bu ilişkiyi sağlayan araçlardan biridir, belki de en önemlisidir. Bu nedenle yaşamın dokusu ilişkiler, ilişkilerin can damarı ise iletişimdir (Kaya 2013).

Kişilerarası ilişkilerde destek veren kişi/kişiler koşulsuz bir yaklaşımla, güven verici tutumlarıyla iletişimin ve yardımın nitelik kazanmasını sağlarlar. Destek veren kişi/kişiler problemin çözümüne, altta atan temel gereksinimin açığa çıkmasına, bireyin baş etme yeteneğinin artmasına katkıda bulunmuş olurlar. Kişilerarası desteği iyi olan bir birey sorunlarıyla daha iyi baş edebilir ve bunun sonucunda üretkenliği ve yaşam kalitesi artar (Özcan 2006).

İnsanın kendini, duygu ve düşüncelerini gereksinmelerini anlatma ve başkalarını anlama yolu iletişim olarak ifade edilir. İletişim en az iki kişi arasında olur, ilişki bağı gelişir ve bu bağ karşılıklı değer vermeye, saygı duymaya ve destek olmaya bağlıdır. Kişilerarası ilişkinin sağlıklı olarak yürütülmesinde aşağıdaki unsurlar önemli rol oynar.

- Algılama (bireyin genel deneyimleri olup, davranışın yönünü belirler)
- Değerler (değer sisteminde yas, cins, inanışlar rol oynar)
- Kültür (bireyin dünya görüşü, örf ve ananeler)
- Duygular (öfke, sevgi, şefkat ve kin duyguları)
- Sosyal konum

Kişilerarası ilişkilerde önemli noktalardan birisi aktif dinlemedir. Aktif dinleme bilgi alma, bilgi verme, bireyi tanıma, sorunlarını belirleme ve çözüm bulmada önemlidir. Kişilerarası desteği iyi olan bir birey sorunlarıyla daha iyi baş eder ve üretkenliği ve yaşam kalitesi de artar (Ünal 2013, Akdemir ve Birol 2005).

4.4.6. Stres Yönetimi

Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durumdur. Tehdit ve zorlanmalar karşısında canlı kendini korumaya yönelik bir tepki zincirini harekete geçirme özelliğine sahiptir. Bu özellik, tehlike ile karşılaşınca “savaş veya kaç” diye adlandırılan cevabın ortaya çıkmasıdır. Bir tehlike ile yüz yüze gelen canlı başa çıkamayacağına inandığı bu tehlikeden uzaklaşmaya çalışır, başa çıkacağına inandığı tehlike ile savaşır ve böylelikle yeni duruma bir uyum sağlar. Fakat zaman zaman stres içinde olan bireyler kendilerine özen göstermez ve sağlıklarını tehlikeye atacak davranışlarda bulunabilirler. Bu davranışlardan her biri, vücudun genel işlevini, hastalıklarla savaşma yeteneğini etkiler ve hastalığın gelişimine katkıda bulunabilir. Stres olumlu sağlık davranışlarını azaltarak, olumsuz sağlık davranışlarını ise artırarak sağlığı etkiler (Ünal 2013, Akdemir ve Birol 2005, Baltaş ve Baltaş 2002).

Vücudumuz stresle baş edebilecek bir yapıda olup, yeni duruma uyum sağlayabilme özelliğine sahiptir. Uyum, yeni duruma organizmayı tehdit eden nedene yönelik olarak homeostatik dengeyi korumak için geliştirilen bir seri olayları kapsayan süreçtir, insanın strese uyum eğilimi vardır ve bu uyum fizyolojik-biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel olarak üç düzeyde gerçekleşir. Uyumun gerçekleştiği her düzeyde, bireysel farklılıkların olduğunu kesinlikle göz ardı etmemek gerekir. Uyum sürecinde, organizmanın tepkileri yeterli, yetersiz ya da uygun olamayan biçimde olabilir. Ayrıca uyum sürecinde organizmada bazı uyaranlara duyarlılık azalır ya da artar (Baltaş ve Baltaş 2002).

Uyum sürecinde durumla ilgili gerçekçi hedefler belirlemek, uyum için davranış değişikliği yapabilmek, baş etme yöntemlerini bilmek ve uygulamak ve gerektiğinde destek almak önemlidir. Stres ile baş etme yöntemlerinin amacı, stresi azaltmak, kontrol etmek ve baş etmeyi geliştirmektir. Strese karşı verilen tepkiler uzun bir zaman dilimi içinde kronik hastalıkların gelişmesine zemin hazırlar. Bu hastalıklar baş ağrısı, yüksek tansiyon, kalp rahatsızlıkları gibi bedensel hastalıklar olabildikleri gibi, psikolojik veya zihinsel hastalıklar da olabilir. Stres kontrolü sağlığın geliştirilmesinin çok önemli hedeflerinden biridir. Çünkü sağlığı

geliştirmek bakım maliyetlerini azaltır, yaşam kalitesini arttırır ve hastalıkları önler. Stresin azaltılması bireyin iç ve dış kaynaklarının, güçlerinin iyi bir biçimde yönetilmesini de geliştirir. Örneğin sosyal iletişim kaynakları, stresi azaltmak için dış kaynaklar, sağlıklı yeme alışkanlıklarını geliştirme ve gevşeme yöntemlerini uygulamak stresi azaltmada iç kaynaklardır. Stres ile baş etmeye yönelik olarak sağlıklı yaşam tarzı geliştirmek, baş etme stratejileri geliştirmek, gevşeme yöntemlerini geliştirmek, eğitim ve sosyal destekleri geliştirmek gibi yöntemler kullanılabilir (Akdemir ve Birol 2005).

4.5. Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü

DSÖ tarafından benimsenen sınıflamaya göre sağlık çalışanları; hekimler, hemşire ve ebeler, diş hekimleri, ilaç ile ilgili personel (eczacılar), laboratuvar sağlık çalışanları, çevre ve halk sağlığı çalışanları, toplum ve geleneksel sağlık çalışanları, diğer sağlık hizmet sağlayıcıları ile sağlık yönetimi ve destek çalışanlarıdır (Erigüç 2012).

Türkiye’de sağlık çalışanlarının sayıları ve bunların sektörlere dağılımı aşağıdaki tabloda sunulmuştur (Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012).

Tablo 1. Türkiye’deki Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı (2012)

Sağlık Çalışanları	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Diğer	Toplam
Hekim (Toplam)	73.663	26.997	27.436	1.676	129.772
Uzman Hekim	34.069	13.544	21.252	1.238	70.103
Pratisyen Hekim	32.457	215	6.184	21	38.877
Asistan Hekim	7.137	13.238	0	417	20.792
Diş Hekimi	7.291	1.012	12.913	188	21.404
Eczacı	1.920	271	24.298	82	26.571
Hemşire	92.118	20.287	19.792	2.709	134.906
Ebe	48.409	764	4.224	69	53.466
Diğer Sağlık Personeli	83.542	10.382	28.143	596	122.663
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	181.824	9.017	18.895	0	209.736
TOPLAM PERSONEL SAYISI	488.767	68.730	135.701	5.320	698.518

<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/istaturk2012.pdf>, Erişim tarihi: 11 Şubat 2014

Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir. Bulundukları toplum içerisinde rol model kabul edilirler. Sigaraya olan yaklaşımlarının yanı sıra beslenme ve fizik egzersiz yapma durumları ve diğer SYBD sergiliyor olmaları bu açıdan önemlidir (Bilir ve Telatar 2005). Sağlık çalışanları, sağlığı olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkların toplumdaki yaygınlığının tespit ederek, topluma sağlıklı yaşam bilincini kazandırmalı ve olumsuz davranışların sağlık için gerekli olumlu davranışlarla yer değiştirmesini sağlamalıdır. Bu nedenle, her sağlık profesyoneli sağlığı geliştirmenin önemini kavramalı, toplumdaki bireylerin olumlu sağlık davranışı geliştirmesi için motivasyon artırıcı davranışlar sergilemelidir (Çelik ve ark 2009, Özvarış ve ark 2006, Ayaz ve ark 2005, Ewles and Simnett 2003). Ancak yapılmış çalışmalarda, sağlığın geliştirilmesinde toplum için önemli rolü olan sağlık çalışanlarının davranışları ile ilgili olumsuz çalışma sonuçları bulunmaktadır. Örneğin; farklı çalışmalarda, erkek hekimlerin % 44'ünün kilolu, % 6'sının obez, hemşirelerin % 28'inin kilolu, % 11'inin obez, sağlık personelinin %29'unun şişman olduğu bulunmuştur (Ajani et al 2004, Pasinlioğlu ve Gözümlü 1998, Manson et al 1995). Özkan ve Yılmaz'ın hemşirelerle yaptığı çalışmada (2008), katılanların % 74,8'inin sağlıklı beslenme alışkanlığının olmadığı, % 95,7'sinin düzenli fiziksel egzersiz yapmadığı, % 46,6'sının sigara kullandığı tespit edilmiştir. Yalçınkaya ve arkadaşları, sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada hiç egzersiz yapmayanların oranını %58,9, sigara kullananların oranını % 38,9 olarak bulmuşlardır (Yalçınkaya ve ark 2007).

Kişilerin sağlığı koruma ve sağlığı geliştirme davranışları hakkında danışmanlık yapan hekimler, bu kişilerin sağlık davranışlarını olumlu yönde etkileyebilirler (Oberg and Frank 2009). Hekim danışmanlığı, hekimin kendi sağlık uygulamaları ile yakından ilişkilidir. Dolayısıyla, birinci basamak uygulamaları yapılırken, sağlığı geliştirme danışmanlığının artmasında asıl anahtar hekimin kendi sağlık davranışları olmaktadır (Frank 2004, Oberg and Frank 2009). Çalışmalar, hekimlerin verdikleri tavsiyelere kendilerinin uymaması durumunda hastalarına güvenilir tıbbi tavsiyeler vermelerinin daha zor olduğunu göstermiştir (Hash et al 2003).

Aile Hekimleri, Aile Hekimliği disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimler olup esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır (The World Organization of National Colleges 2002).

Kişilere aileleri, toplumları, kültürleri bağlamında ve yaşam süreleri boyunca sürekli, koordine ve kapsamlı bakım sunan aile hekimleri, hem tanımından hem de insanlarla sık, yakın ve uzun süreli ilişki kuran bir sağlık profesyoneli olmasından dolayı sağlığı koruma ve geliştirmede en uygun uzman hekimlerdir. Aile hekimi, her hastaya pozitif yaşam biçimi değişikliklerini önerir ve destekler. Uygun tarama testlerini yaparak sağlığı geliştirir ve hastalıkları önler (Görpelioğlu 2009). Yapılan araştırmalara göre hastalar, aile hekimlerini en güvenilir bilgi kaynağı olarak gördüğünden, sağlığı geliştirme danışmanlığının da aynı hekim tarafından sağlanması diğer dal uzmanlarına kıyasla daha uygundur. Bu nedenlerle, aile hekimleri sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleri konusundaki donanımlarını arttırmalıdır (Bozhüyük ve ark 2012).

Sağlığın geliştirilmesi ve toplumun sağlıklı davranışlar konusunda bilgilendirilmesinde ve yönlendirilmesinde sağlığa ilişkin meslek profesyonelleri arasındaki sayısal üstünlüğü ve halkla daha fazla iletişim halinde olması sebebiyle hemşireler öne çıkmaktadır. Hemşirenin değişen yaşam koşullarının gereği olarak görülen eğitici rolü, sağlığın korunması, yükseltilmesi ve geliştirilmesinde çok önemlidir (Özpulat 2010, Tanrıverdi ve ark 2009, Özbaşaran ve ark 2004, Seviş 1998). DSÖ ve pek çok sağlık kuruluşu da, sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerinin uygulanmasında temel insan gücü olarak hemşireleri önermektedir (Esin 1997). Hemşireler, sağlık hizmeti veren kuruluşlarda bireyi tüm boyutları (biyolojik, psikolojik, sosyal) ve çevresi ile birlikte ele alan, sağlıklı/hasta bireyle sürekli etkileşim içinde olan tek profesyonel gruptur. Bu nedenle, sağlık eğitimiyle ilgili etkinliklerde çok önemli bir role sahiptir. Hemşirenin bir eğitimci olarak etkinliği, yalnızca öğretme yeteneğine değil kendini bu rolde donanımlı hissetmesine de bağlıdır. Hemşire, bakımdaki temel uygulamalar kadar eğitimle ilgili gereken bilgi, beceri, tutum ve davranışı da kazanmış olmalıdır (Taşocak 2007).

4.6. İlgili Araştırmalar

Çam ve arkadaşlarının 2012 yılında 206 ameliyathane hemşiresi ile yaptığı “Tanımlayıcı Kesitsel Çalışma: Türkiye’de Bir İlde Çalışan Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi” isimli çalışmada; araştırmaya katılan hemşirelerin SYBDÖ puan ortalaması 125.37, alt boyutlardan en yüksek puan ortalaması kendini gerçekleştirme (36.85), en düşük puan ortalaması ise egzersiz alt boyutundadır (9.52). Diğer alt boyut ortalamaları sağlık sorumluluğu 23.66, kişiler arası ilişkiler 20.35, beslenme 17.95, stres yönetimi 17.03 ve egzersiz 9.52’dir (Çam ve ark 2012).

Uz’un 2011 yılında 538 hemşire ile yaptığı “Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz Etkililik Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi” isimli çalışmada; hemşirelerin SYBDÖ II toplam puan ortalaması 132.87 ± 17.42 ’dir Ölçek alt boyutlarından alınan puan ortalamaları sırasıyla; sağlık sorumluluğu 22.54 ± 4.04 , egzersiz 17.91 ± 4.49 , beslenme 21.01 ± 3.34 , kendini gerçekleştirme 26.35 ± 4.01 , kişilerarası ilişkiler 25.21 ± 3.72 , stres yönetimi 19.85 ± 3.75 ’tir. BKİ ve SYBDÖ II toplam puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Uz 2011).

Cürcani ve arkadaşlarının 2010 yılında 205 hemşire ile yaptığı “Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi” isimli çalışmada; araştırmaya katılan hemşirelerin SYBDÖ toplam puanı $121,20 \pm 18,30$, alt grup ölçek puanları ise; sağlık sorumluluğu $20,98 \pm 3,76$, fiziksel aktivite $14,04 \pm 4,22$, beslenme alışkanlığı $19,57 \pm 3,80$, ruhsal gelişim $25,36 \pm 4,47$, kişilerarası ilişkiler $24,04 \pm 4,07$ ve stres yönetimi $17,09 \pm 3,59$ olarak saptanmıştır. En yüksek alt boyut puan ortalaması ruhsal gelişim, en düşük alt boyut puan ortalaması ise fiziksel aktivitedir (Cürcani ve ark 2010).

Selvi ve arkadaşlarının 2010 yılında Van’da bir kamu hastanesinde gece ve gündüz vardiyalarında görev yapan 87 hemşire ile yaptığı “Sağlık Çalışanlarında Vardiyalı Çalışma Sisteminin Sebep Olduğu Genel Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi” başlıklı çalışmada; vardiyalı çalışanlarda fiziksel fonksiyon ve ağrı alanlarında yaşam kalitesinin gündüz çalışanlara göre daha bozuk olduğu; genel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, enerji ve

sosyal fonksiyon yönünden iki grup arasında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir (Selvi ve ark 2010).

Türköl ve Güneş'in 2010 yılında bir Tıp Fakültesi Hastanesinde 235 asistanla gerçekleştirdiği “İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” isimli çalışmada; Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puanı 116.31 ± 17.80 olarak bulunmuştur. Alt boyut puan ortalamaları kendini gerçekleştirme 23.39 ± 4.00 , sağlık sorumluluğu 18.00 ± 3.47 , fiziksel aktivite 14.68 ± 4.24 , beslenme 19.14 ± 3.72 , kişiler arası ilişkiler 23.72 ± 13.73 ve stres yönetimi 17.00 ± 13.76 'dır. En yüksek puan ortalamasının kişilerarası ilişkiler, en düşük puan ortalamasının ise fiziksel aktivite boyutuna ait olduğu belirlenmiştir (Türköl ve Güneş 2010).

Ballhel'in 2009 yılında Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde çalışan 280 hemşire ile yaptığı “Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Hemşirelerinde SYBDÖ puan ortalaması $122,62 \pm 19,47$ olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerden en yüksek puan ortalaması $25,98 \pm 5,00$ ile kendini gerçekleştirme, en düşük ortalama ise $13,91 \pm 4,50$ ile Egzersiz alt ölçeğinden alınmıştır.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerde yaş, öğrenim durumu, meslekte çalışma süresi, BKİ, uyku alışkanlıkları ile SYBDÖ ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Özkan ve Yılmaz'ın 2008 yılında hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve etkilendiği değişkenleri saptamak amacıyla 163 hemşire ile yaptığı “Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” isimli çalışmada; araştırmaya katılan hemşirelerin SYBDÖ toplam puanı (125.96 ± 16.99), alt grup ölçek puanları ise; kendini gerçekleştirme (37.80 ± 5.89), sağlık sorumluluğu (24.73 ± 6.02), egzersiz (8.18 ± 2.77), beslenme (18.14 ± 3.37), kişiler arası ilişkiler (20.38 ± 3.59) ve stres yönetimi (16.73 ± 3.32) olarak saptanmıştır. En yüksek puan ortalamasının kendini gerçekleştirme, en düşük puan ortalamasının ise egzersiz boyutuna ait olduğu belirlenmiştir. SYBDÖ toplam puan ortalaması ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$) 34 yaş ve üzeri olan, hemşirelerin SYBDÖ toplam puan ortalamaları daha yüksektir (Özkan ve Yılmaz 2008).

Parlar’ın 2008 yılında ‘‘Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı’’ başlıklı derleme sonuçlarına göre; çalışma ortamının sağlıklı ve güvenli hale getirilmesi çalışanın sağlığı ve güvenliği açısından olumlu olduğu kadar çalışan kişilerin iş verimini de olumlu yönde etkilemesi ve çalışanın sosyal yaşamından hizmet sunduğu alana kadar iyilik halinin devamını sağlanması bakımından çok önemlidir. Tüm sağlık personeli hastane ortamında biyolojik, kimyasal, fiziksel, çevresel, psiko-sosyal ve biyomekanik risklerle karşı karşıyadır. Bu nedenle çalışma ortamının sağlık koşullarına uygun hale getirilmesi, bir takım tehlike olasılıklarının ortadan kaldırılması, çalışma saatlerinin düzenlenmesi, fizyolojik özelliklere uygun çalışma düzeni, kullanılan araç ve gerecin işe ve kullanan kişiye uyumunun sağlanması, çalışanın verimini arttıran yeterli ve dengeli beslenmeye yönelik gerekli önlemlerin alınması kurumun temel amaçları olmalıdır (Parlar 2008).

Yalçınkaya ve arkadaşlarının 2007 yılında, Afyon ve Denizli il merkezindeki Üniversite ve devlet hastanelerinde görev yapan 1779 sağlık çalışanı ile yaptığı ‘‘Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi’’ isimli çalışmada; SYBDÖ toplam puan ortalaması 121.85 ± 18.05 olup, orta düzeydedir. Alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; kendini gerçekleştirme 23.70 ± 4.28 , sağlık sorumluluğu 20.34 ± 4.06 , egzersiz 14.87 ± 3.87 , beslenme 20.80 ± 3.86 , kişilerarası destek 24.05 ± 3.74 ve stresle başetme 18.06 ± 3.54 puandır (Yalçınkaya ve ark 2007).

Okutan ve arkadaşlarının 2007 yılında 237 sağlık çalışanı ile yaptığı ‘‘Sigara İçen Sağlık Personelinde Nikotin Bağımlılık Düzeyini Etkileyen Faktörler’’ isimli çalışmada; nikotin bağımlılık düzeyi %40.9’unda çok düşük, %24.9’unda düşük, %17.3’ünde yüksek ve %7.6’sında çok yüksektir. Nikotin bağımlılık düzeyinin cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, çocuk sayısı ve sağlık sektöründe çalışma süresiyle ilişkili olmadığını saptanmıştır ($p > 0.05$). Araştırmaya katılan kişilerin, nikotin bağımlılık düzeylerinin hastanede çalışmaktan etkilenmediği ($p = 0.3$), saptanmıştır. Sigaraya karşı mücadelede daha istekli ve etkin rol alabilmeleri için, sigara karşıtı kampanyalarda öncelikle sağlık çalışanlarının hedef kitle olarak seçilmesi gerektiği düşünülmektedir (Okutan ve ark 2007).

Yılmaz ve Özkan’ın hemşirelerin yaşam alışkanlıklarını, sağlık sorunlarını ve sağlık risklerinden korunma durumlarını değerlendirmek amacıyla 2006 yılında 163 hemşire ile yaptığı çalışmada; hemşirelerin %62.6’sı normal kilodadır (BKİ ortalaması: 24.75 ± 7.90). En sık belirtilen sağlık sorunları; %39.9 bel ağrısı, % 33.1 boyun ağrısı, % 30.1 sırt ve mide ağrısıdır. Hemşirelerin stres belirtilerine bakıldığında, ilk üç sırayı baş ağrısı (%55.8), moral bozukluğu (%55.8) ve çabuk sinirlenme (%47.2) almıştır (Yılmaz ve Özkan 2006)

Güner ve Demir’in ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi amacıyla 2006 yılında, 48 ameliyathane hemşiresi ile yaptığı “Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi” isimli çalışmada; çalışmaya katılan hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ortalama puanı: 116.89 ± 16.3 olarak bulunmuştur. SYBDÖ alt ölçek puanları incelendiğinde en yüksek ortalaması 34.00 ± 5.90 ile kendini gerçekleştirme ve en düşük ortalama 8.00 ± 2.26 ile egzersiz alt grubuna aittir. Diğer alt boyut puan ortalamaları 22.50 ± 5.03 ile sağlık sorumluluğu, 21.00 ± 3.26 ile kişiler arası ilişkiler, 16.00 ± 2.92 ile beslenme ve 16.00 ± 3.13 ile stres yönetimidir. Ameliyathane hemşirelerinin beden kitle indeksleri (Body Mass Index-BMI) incelendiğinde (minimum 16.6, maksimum: 30.12, ortalama: 21.00) normal kiloda oldukları belirlenmiştir (Güner ve Demir 2006).

İncesesli’nin 2005 yılında, Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesinde çalışan 263 hemşire ile yaptığı “Çalışma Ortamında Hemşirelerin Sağlığını ve Güvenliğini Tehdit Eden Risk Faktörlerinin İncelenmesi” isimli çalışmada; gece nöbetlerinin hemşirelerde en fazla %59.0 ile yorgunluğa neden olduğu, hemşireleri en fazla mutsuz eden faktörün ise aşırı stres (ort.1.81) olduğu saptanmıştır. “Yeterli ve Dengeli Besleniyor musunuz ?” sorusuna hemşirelerin, %61.6’sının yeterli ve dengeli beslenmediği yanıtını vermiştir. Hemşireler yeterli ve dengeli beslenememe nedeni olarak en fazla %79.6 ile vardiya değişimleri nedeniyle beslenme düzeninin bozulması olarak göstermiştir (İncesesli 2005).

Erbaycu ve arkadaşlarının 2004 yılında İzmir ilinde birinci basamak sağlık kurumu, devlet ve göğüs hastalıkları hastanesinde çalışan 821 sağlık çalışanı ile yaptığı “İzmir İlinde Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Alışkanlıkları” isimli

çalışmada; sigara içme prevalansı hekimlerde %40.6 iken, bu oran pratisyenlerde %36.4 (13/33), asistanlarda %38.2 (21/55), diş hekimlerinde %36.4 (4/11), göğüs hastalıkları uzman hekimlerinde %35.1 (13/37) ve diğer branşlar uzman hekimlerinde %44.7 (59/132) olarak bulundu. Çalışmanın sonucunda sağlık çalışanlarında sigara içme prevalansının toplum prevalansının üzerinde olduğu belirlenmiştir (Erbaycu ve ark 2004).

Özkurt ve arkadaşlarının 2000 yılında 175 tıp fakültesi çalışanı (sağlık profesyoneli ve diğer personel) ile yaptığı “Tıp Fakültesi Çalışanlarında Sigara İçme Prevalansı, Nikotin Bağımlılığı ve Solunum Fonksiyon Testleri” başlıklı çalışmada; katılımcıların 132’si sağlık personeli, 43’ü idari personel ve hizmetlidir. Çalışanların %48’i halen sigara içmekte olup, sigara içme oranı sağlık personeline %40.6, idari personelde %44.2’dir. Sigara içme prevalansı ve nikotin bağımlılığının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Özkurt ve ark 2000).

Erci ve arkadaşlarının 2000 yılında 45 ebe ile gerçekleştirdiği “Koruyucu Hizmetlerde Görev Yapan Ebelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Gebe ve Lohusa İzlemlerinde Verilen Bakım Hizmetleri Arasındaki İlişki” isimli çalışmada; ebelerin SYBDÖ toplam puan ortalaması 121.9, alt boyut puan ortalamaları; kendini gerçekleştirme 34.80, sağlık sorumluluğu 24.93, egzersiz 8.09, beslenme 17.63, kişiler arası ilişkiler 9.57, stres yönetimi 7.54’tür. En düşük alt boyut puan ortalaması egzersiz, en yüksek alt boyut ortalaması ise kendini gerçekleştirmedir (Erci ve ark 2000).

Pasinlioğlu ve Gözümlü’nün 1998 yılında Erzurum İl Merkezinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin, sağlığın geliştirilmesine yönelik birey sağlık davranışlarını tanımlamak ve sağlık davranışlarını etkileyebilecek bireysel özellikleri belirlemek amacıyla 138 sağlık çalışanı üzerinde yapmış olduğu “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları” isimli çalışmada; araştırmaya alınan sağlık personelinin, sağlığın geliştirilmesi ile ilgili sağlık davranışlarının genel olarak orta düzeyde olduğu (117.5 ± 17.1 puan) belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kişiler alt boyut puan ortalamaları; kendini gerçekleştirme 34.52 ± 5.55 , sağlık sorumluluğu 22.01 ± 4.70 , egzersiz 8.47 ± 2.9 , beslenme 17.34 ± 3.36 , kişilerarası ilişkiler 19.45 ± 5.51 ve stres

yönetimi 16.00 ± 3.62 'dir. En yüksek puan ortalaması kendini gerçekleştirme, en düşük alt boyut puan ortalaması ise egzersiz alt boyutundadır. Beden kitle indeksine göre sınıflandırıldığında; % 10.1'inin zayıf, % 60.9'unun normal, % 29'unun şişman olduğu bulunmuştur (Pasinlioğlu ve Gözüm 1998).

Engbers ve arkadaşlarının 2006 yılında Yunanistan'da hemşirelerin sağlık davranışlarını ve çalışma koşulları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla 515 hemşire ile yaptığı çalışmada; hemşirelerin sigara içme oranının yüksek olduğu (%50), her 3 hemşireden birinin şişman ya da aşırı kilolu olduğu, hemşirelerin %58'inin bireysel sağlıklarını kötü olarak belirttiği belirlenmiştir. Hemşirelerin sağlık davranışlarını ve sağlık düzeylerini vardiyalı çalışmanın, iş stresinin, uzun çalışma saatlerinin olumsuz etkilediği bulunmuştur (Esin ve Aktaş 2012).

Pappas ve arkadaşlarının 2005 yılında Yunanistan'da 443 hemşire ile yaptıkları çalışmada Pappas ve ark. (2005) tarafından yapılan kesitsel çalışmada; hemşirelerin %50'sinden fazlasının sigara içtiği, her üç hemşireden birinin şişman ya da aşırı kilolu olduğu bulunmuştur (Esin ve Aktaş 2012).

Bahar ve arkadaşlarının 2013 yılında 15-65 yaş arası 210 kadın ile yaptığı "Türk Kadınlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları" isimli çalışmada; araştırmaya katılan kadınların SYBDÖ puan ortalaması 130.0, alt boyutlardan en yüksek puan ortalaması kişilerarası ilişkiler 27.0 ve en düşük puan ortalaması egzersiz ($12.8+0.62$) alt boyutuna aittir. Diğer alt boyutların puan ortalamaları; kendini gerçekleştirme 26.1, beslenme 20.80, stres yönetimi 20,8 ve sağlık sorumluluğu 21.6'dır (Bahar et al 2013).

Lüleci ve arkadaşlarının 2013 yılında 104 kişiyle yaptığı "Marmara Üniversitesi Hastanesine Başvuranların Genel Sağlık Algıları ve Sağlıklı Yaşam Davranış Biçimlerinin Yaşlılık Üzerine Etkisi" isimli çalışmada; katılımcıların SYBDÖ puan ortalaması 126.84 ± 24.86 'dır. Genel sağlık algısı ve SYBDÖ arasında pozitif korelasyon saptanmıştır ($r=0.40; p=0.000$).

Özpulat ve Sivri'nin 2013 yılında Konya'da 131 kadın ile yaptığı "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuran 55 Yaş ve Üstü Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları" isimli çalışmada; katılımcıların SYBDÖ puan ortalamaları $107,81 \pm 1,07$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların yaşları ile SYBDO puanları

arasında negatif yönde doğrusal bir ilişki vardır ($p=0,004 < 0.01$, $r=-0,306$) (Özpulat ve Sivri 2013).

Kafkas ve arkadaşlarının 2012 yılında, 81'i kadın, 127'si erkek toplam 208 beden eğitimi beden eğitimi öğretmeni ile yaptığı “Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin İncelenmesi” isimli çalışmada; beden eğitimi öğretmenlerinin SYBD'nin puan ortalamasının orta düzeyde olduğu bulunmuştur. SYBDÖ toplam puan ortalaması 145.7 ± 15.50 olarak saptanmıştır. Ayrıca beden eğitimi öğretmenlerinin meslek yılı (yaş) arttıkça SYBD puan ortalamalarının anlamlı biçimde ($p < 0.05$) azaldığı elde edilen bir diğer bulgudur. (Kafkas ve ark 2012).

Sönmezer ve arkadaşlarının 2012 yılında 18-64 yaş arası 450 kadın ile yaptığı “18-64 Yaş Arası Türk Kadınlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesi” isimli çalışmada; SYBDÖ toplam puan ortalaması 126.8 ± 19.2 olup, orta seviyededir (Sönmezer et al 2012).

Topçu ve Beşer'in 2011 yılında göç eden ($n=210$) ve etmeyen ($n=210$) 420 kadınla yaptığı “Göç Eden ve Göç Etmeyen Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışları” isimli çalışmada; göç eden ve göç etmeyen kadınların SGYB ölçeği puan ortalamaları sırasıyla 118.56 ± 0.28 , 126.36 ± 0.32 'dir. Göç eden ve göç etmeyen kadınlar kişilerarası ilişkiler alt ölçeğinde en yüksek, egzersiz alt ölçeğinde ise en düşük puanları almışlardır (Topçu ve Beşer 2011).

Altıparmak ve Kutlu'nun 2009 yılında 15–49 yaş grubu 350 kadın ile yaptığı “15-49 Yaş Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler” isimli çalışmada; SYBD ölçek toplam puan dağılımı $112,7 \pm 20,8$ olduğu saptanmıştır. Ölçeğin alt boyut puanları; kendini gerçekleştirmede $33,4 \pm 7,4$, sağlık sorumluluğunda $19,4 \pm 5,8$, egzersizde $7,8 \pm 3,3$, kişilerarası ilişkilerde $21,1 \pm 3,4$, stres yönetiminde $15,1 \pm 4,1$ ve beslenmede $15,5 \pm 3,3$ olarak belirlenmiştir (Altıparmak ve Kutlu 2009).

Koçoğlu ve Akın'ın 2009 yılında Konya kent merkezinde 400 kişi ile yaptığı “Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi” isimli çalışmada; algılanan ekonomik durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde belirleyici olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Ekonomik

durumunu kötü algılayanların SYBDÖ puanı, iyi algılayanlara göre düşüktür (Koçoğlu ve Akın 2009).

Kaya ve arkadaşlarının 2009 yılında bir spor kompleksine başvuran 73 ve sağlık ocağına başvuran 151 kişi olmak üzere toplam 224 kişi ile yaptığı “Ankara’da Bir Sağlık Ocağına ve Belediyeye Ait Bir Spor Kompleksine Başvuran 18 Yaş ve Üzeri Kadınların Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçim Düzeylerinin Belirlenmesi” isimli çalışmada; sağlık ocağın başvuran kadınların SYBDÖ toplam puan ortalaması $115,42 \pm 42,59$, alt boyutlarının puan ortalaması; kendini gerçekleştirme $32,13 \pm 7,53$, sağlık sorumluluğu $21,56 \pm 5,05$, egzersiz $9,15 \pm 2,92$, beslenme $16,23 \pm 3,38$, kişilerarası ilişkiler $18,06 \pm 4,26$ ve stres yönetimi $15,71 \pm 3,75$ ’dir. Spor kompleksine başvuran kadınların SYBDÖ toplam puan ortalaması $138,64 \pm 19,04$, alt boyutlarının puan ortalaması; kendini gerçekleştirme $36,95 \pm 6,62$, sağlık sorumluluğu $26,15 \pm 5,11$, egzersiz $14,44 \pm 3,16$, beslenme $18,75 \pm 3,00$, kişilerarası ilişkiler $21,53 \pm 4,08$ ve stres yönetimi $17,82 \pm 3,41$ ’dir. Her iki grubun da SYBDÖ puanı orta düzeydedir. Yaş ve SYBD ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0,05$) (Kaya ve ark 2009).

Bilgili ve Ayaz’ın 2009 yılında 365 evli kadın ile yaptığı “Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler” isimli çalışmada; SYBDÖ ortalama puan $112,2 \pm 19,4$ ’tür. Alt boyut puan ortalamaları; kendini gerçekleştirme $33,0 \pm 6,7$, kişilerarası ilişkiler $19,6 \pm 3,9$, egzersiz $6,6 \pm 2,3$, beslenme $16,6 \pm 3,6$, stres yönetimi $15,3 \pm 3,9$, sağlık sorumluluğu $20,9 \pm 5,6$ ’dır. Alt boyut puan ortalamalarından en yüksek puan kendini gerçekleştirme, en düşük puan ise egzersiz alt boyutundadır ($p < 0,05$).

Kaya ve arkadaşlarının 2008 yılında 301 öğretim elemanı ile yaptığı “Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi” isimli çalışmada; SYBDÖ toplam puan ortalaması $139,5 \pm 18,0$, alt boyut puan ortalamaları; sağlık sorumluluğu 22.7, egzersiz 18.0, beslenme 24.1, kendini gerçekleştirme 27.2, kişilerarası ilişkiler 26.5 ve stres yönetimi 20.5’tir. Alt boyutlardan en yüksek puan ortalaması kendini gerçekleştirme, en düşük puan ortlaması egzersiz alt boyutundadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile cinsiyet,

yaş, aile tipi, beden kitle indeksi, kronik hastalık ve kendi sağlığını algılama durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Kaya ve ark 2008).

Güler ve arkadaşlarının 2008 yılında 300 öğretim elemanı ile yaptığı “Bir Üniversitede Çalışan Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” isimli çalışmada; öğretim elemanlarının SYBDÖ puanları, egzersiz ve stresle baş etme alanında düşük, kendini gerçekleştirme ve kişilerarası ilişkiler alanında yüksektir. Öğretim elemanlarının SYBD ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde, en yüksek puan ortalamasının 25.91 ± 4.75 ile kendini gerçekleştirme olduğu görülmektedir. Bunu sırasıyla; kişilerarası ilişkiler 25.41 ± 4.10 , sağlık sorumluluğu 20.36 ± 4.66 , beslenme 21.68 ± 4.14 , stres yönetimi 19.29 ± 3.62 ve egzersiz 15.81 ± 4.32 izlemektedir. SYBD Ölçeği toplam puan ortalaması 128.74 ± 18.24 ’tür SYBD puanları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. 32 yaş ve üzerindeki öğretim elemanlarının SYBD Ölçeği puan ortalamalarının 22-31 yaş grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Güler ve ark 2008).

Kaya ve arkadaşlarının 2008 yılında bir lojman bölgesinde basit rastlantısal örnekleme yöntemi ile belirlenen ve ev ziyaretini kabul eden 190 kadın ile yaptığı “Bir Lojman Bölgesinde Yaşayan Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi” isimli çalışmada; Kadınların SYBD ölçeği toplam puan ortalaması 129.12 ± 17.76 , Cronbach alfa değeri 0.92’dir. Alt boyut puan ortalamaları kendini gerçekleştirme 38.80 ± 6.07 , sağlık sorumluluğu 23.40 ± 5.54 , egzersiz 8.88 ± 2.97 , beslenme 18.02 ± 3.00 , kişilerarası ilişkiler 22.76 ± 3.11 ve stres yönetimi 17.25 ± 3.16 ’dır ($p < 0.05$) (Kaya ve ark 2008).

Tokuç ve Berberoğlu’nun 2007 yılında Edirne İli Merkez İlçe İlköğretim okullarında çalışan 410 öğretmen ile yaptığı “Edirne Merkez İlçe İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerde Sağlığı Geliştirici Davranışlar” isimli çalışmada; SYBDÖ ortalama puanı 134.49 ± 17.94 , alt boyut puan ortalamaları; kendini gerçekleştirme 40.09 ± 5.3 , sağlık sorumluluğu 25.37 ± 6.02 , egzersiz 9.58 ± 3.32 , beslenme 19.40 ± 3.46 , kişilerarası ilişkiler 21.67 ± 3.39 ve stres yönetimi 18.39 ± 4.04 ’tür. En yüksek puan ortalamasının kendini gerçekleştirme, en düşük puan ortalamasının ise egzersiz alt grubunda olduğu saptanmıştır (Tokuç ve Berberoğlu 2007).

Arslan ve Ceviz'in 2007 yılında ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (SYBD) incelenmesi amacıyla 383 ev hanımı ve 414 çalışma kadın olmak üzere toplam 797 gönüllü kadın ile yaptığı “Ev Hanımı Ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi” isimli çalışmada; aynı yaş ve boydaki ev hanımı ve çalışan kadınların vücut kompozisyonları arasında beden kitle indeksi parametreleri bakımından çalışan kadınların lehine anlamlı sonuçlar elde edilmiştir ($p<0.001$). Araştırma gruplarından, ev hanımlarının fazla kilolu (% 37.6), çalışan kadınların ise normal (% 44.2), genel popülasyonda ise fazla kilolu (% 37.6) vücut tipinde oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Arslan ve Ceviz 2007).

Beşer ve arkadaşlarının 2007 yılında gıda sektöründe çalışan 264 kişi ile yaptığı “Türk İşçilerde Sağlığı Geliştirme Davranışları, İlişkili Faktörler ve Hemşirelerin Sağlığı Geliştirmedeki Sorumlulukları” isimli çalışmada; ölçek puan ortalamaları; kendini gerçekleştirme 24.66 ± 0.51 , sağlık sorumluluğu 20.7 ± 0.54 , egzersiz 16.16 ± 0.64 , beslenme 21.6 ± 0.46 , kişilerarası ilişkiler 25.02 ± 0.47 ve stres yönetimi 19.12 ± 0.53 puandır. En yüksek alt boyut puan ortalaması kişilerarası ilişkiler, en düşük puan ise egzersiz alt boyutuna aittir. SYBDÖ genel ortalaması 127.4 ± 0.41 'dir (Beşer et al 2007).

Altay'ın 2006 yılında 130 kadınla gerçekleştirdiği “Samsun 6 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15–49 Yaş Evli Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” isimli çalışmada; katılımcıların sağlık davranışlarının genel olarak orta düzeyde (124.6 ± 17.7) olduğu, en yüksek puan (37.6 ± 6.0) ortalamasının kendini gerçekleştirme, en düşük puan (8.3 ± 2.8) ortalamasının ise egzersiz alt boyutuna ait olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyut puan ortalamaları; sağlık sorumluluğu 23.0 ± 5.3 , kişilerarası ilişkiler 21.8 ± 3.5 , stres yönetimi 17.7 ± 3.5 , beslenme 16.2 ± 3.4 'tür (Altay 2006).

Esin ve Aktaş'ın (2012), çalışanların beslenme, fiziksel aktivite ve sigara kullanma gibi sağlık davranışlarını ve etkileyen faktörleri araştıran çalışmaları sistematik olarak analiz etmek ve araştırmacılara somut veri sunmak amacıyla yaptığı “Çalışanların Sağlık Davranışları ve Etkileyen Faktörler: Sistematik İnceleme” başlıklı çalışmaya 11 makale dahil edilmiştir. Bu incelemede yer alan

French ve arkadaşlarının 2007 yılında Kanada’da çalışanların fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek ve işyeri ortam algıları, sosyo-bilişsel özellikler, öz yeterlilik ile arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 1092 otobüs şoförü ile yaptıkları “Nakliye İşçilerinde Vücut Ağırlığı, Fiziksel Aktivite ve Besin Seçimi Arasındaki İlişki” isimli çalışmada; çalışanların ortalama beden kitle indeksi (BKİ) 32.3 kg/m² olarak bulunmuş, %87’sinin aşırı kilolu ve %56’sının şişman olduğu belirlenmiştir (p< 0.05) (Esin ve Aktaş 2012).

Fleming ve arkadaşlarının 2007 yılında Türkiye’deki çalışanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek, iş sağlığı hemşirelerinin sağlığı geliştirme programlarındaki rollerini incelemek amacıyla 65 yaş ve üzerindeki 4946 çalışan ve 3313 çalışmayan olmak üzere toplam 8259 birey ile yaptıkları çalışmada; çalışanların fiziksel aktivite yapma düzeylerinin kötü olduğu saptanmıştır (Esin ve Aktaş 2012).

Kauvonen ve arkadaşlarının 2006 yılında Finlandiya’da kamuda çalışan toplam 36.127 işçi ile yaptıkları çalışmada; işçilerin sigara içme, alkol kullanma, aşırı kilolu olma (BMI≥25 kg/ m²) ve yetersiz fiziksel aktivite düzeyleri açısından anlamlı derece risk (P<0.001) taşıdıkları bulunmuştur. Çalışanların sigara içme, alkol kullanma oranlarının yüksek olduğu, fiziksel aktivite düzeylerinin kötü olduğu belirlenmiştir (Esin ve Aktaş 2012).

Hulme ve arkadaşlarının 2003 yılında 545 erişkin İspanyol ile yaptığı “İspanyolca Konuşan İspanyol Erişkinlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” isimli çalışmada; SYBDÖ ortalama puanı 121.68, alt boyut puan ortalamaları; beslenme 21.96, egzersiz 15.84, sağlık sorumluluğu 19.71, stres yönetimi 18.08, kişilerarası ilişkiler 21.96 ve ruhsal gelişim 24.48’dir. (Hulme et al 2003).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, hastane çalışanlarının (sağlık profesyoneli olan ve olmayan) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışları etkileyen değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

5.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, İstanbul ilindeki bir eğitim ve araştırma hastanesinde Mart- Nisan 2013 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Ön Değerlendirme Komisyon Onayı (EK-2) ve araştırma verilerinin toplandığı kurumun bağlı olduğu İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden gerekli izin yazısı alınarak (EK-3) yapılmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; İstanbul ilinde Sağlık Bakanlığına bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık profesyoneli olan (SP) ve sağlık profesyoneli olmayan (SPO) 1026 kişi oluşturmaktadır. Evren örneklem olarak alınmış ve evrende bulunan tüm hastane çalışanlarına ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak çalışmanın yürütüldüğü sırada ulaşılamayan 54 kişi (senelik izin, doğum, kurum dışı görevlendirme vb. nedenler) ve çalışmaya katılmak istemeyen 83 kişi örnekleme dahil edilmemiştir. Araştırmanın örneklemini ulaşılan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 889 kişi oluşturmuştur. Anketlerin 31'i eksik ve hatalı doldurulduğundan geçersiz kabul edilmiştir. Araştırma, çalışmaya katılmaya gönüllü olan toplam **858 kişi** ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılım oranının %86,64 olduğu belirlenmiştir.

Evren ve örneklem dağılımı Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2. Evren ve Örneklem Dağılımı

Meslek	Evren	Ulaşılamayan*	Katılmak istemeyen	Ulaşılan örneklem	Geçersiz anket	Geçerli örneklem	Katılım oranı
Hekim	183	17	15	151	6	145	% 82,51
Hemşire	320	11	7	302	4	298	% 93,12
Diğer sağlık profesyonelleri (eczacı, psikolog, ATT...)	15	0	0	15	0	15	%100
Teknisyen	75	2	3	70	5	65	% 93,33
Memur	59	10	14	35	6	29	% 59,32
Personel	374	14	44	316	10	306	% 84,49
Toplam	1026	54	83	889	31	858	% 86,64

*Senelik/doğum/kurum dışı görevlendirme nedeniyle ulaşılamayan hastane çalışanları.

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, ilgili literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (EK-1) kullanılarak toplanmıştır.

Anket Formu: Anket formu dört bölümden ve 27 sorudan oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde, katılımcıların demografik özelliklerinin derlendiği 11 soru, ikinci bölümde katılımcıların sağlıkla ilgili verilerini ve davranışlarını içeren 9 soru, üçüncü bölümde sağlık tutumlarını belirlemeye yönelik 5 soru ve son bölümde kurumsal durum ve önerilerden oluşan 2 soru bulunmaktadır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği: “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ” Walker ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiş ve 1996 yılında tekrar revize edilmiştir. Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından Türkçeye uyarlanmasına yönelik geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan Sağlıklı Yaşam

Biçimi Davranışları Ölçeği-II, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir. Ölçek toplam 52 maddeden oluşmakta ve 6 alt faktörü bulunmaktadır. Alt gruplar; sağlık sorumluluğu (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51. madde), fiziksel aktivite (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46. madde), beslenme (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50. madde), manevi gelişim (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52. madde), kişilerarası ilişkiler (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49. madde) ve stres yönetimidir (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47. madde). Derecelendirme 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1 puan), bazen (2 puan), sık sık (3 puan), düzenli olarak (4 puan) olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin toplam puanı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçek puanının artması, katılımcının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha olumlu değerlendirdiğini göstermektedir.

Ölçeğin orjinaline ait güvenirlik katsayısı .94; Bahar ve arkadaşlarının çalışmasında .92 olup, yüksek güvenirlik derecesine sahiptir (Bahar ve ark 2008). Araştırmamızda SYBDÖ-II ölçeğinin güvenirlik katsayısının .93 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin ve alt boyutlarının güvenirlik katsayısı Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Güvenirlik Değerleri

	Madde sayısı	Cronbach Alfa
SYBDÖ	52	.93
Sağlık Sorumluluğu	9	.81
Fiziksel Aktivite	8	.86
Beslenme	9	.69
Manevi Gelişim	9	.80
Kişilerarası İlişkiler	9	.76
Stres Yönetimi	8	.70

5.5. Verilerin Toplanması

Veriler etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra, Mart - Nisan 2013 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma verileri toplanmadan önce 10'u sağlık

profesyoneli ve 10'u sağlık profesyoneli olmayan 20 hastane çalışanına pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama sonuçları ve öneriler doğrultusunda anketteki bazı soruların anlaşılırlığı yönünde ifade değişikliği ve düzenlemeler yapılmıştır. Veri toplama öncesi, hastane personel biriminden tüm hastane çalışanlarının isim listeleri alınarak, çalıştıkları alanlar belirlenmiştir. Çalışmanın amacı ve verilerin gizliliği konusunda gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra tüm kliniklere sorumlu hemşire ve sorumlu hekim ile işbirliği sağlanarak çalışan kişi sayısı kadar anket bırakılmıştır. Mazeretleri olanlar (doğum izni, kurum dışı görevlendirme vb) ile çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler listede işaretlenmiştir. Anketler toplandıa veren kişilerin isimleri kontrol edilerek, tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. SPO hastane çalışanlarına uygulanan anketlerde yüz yüze görüşme yöntemi tercih edilmiştir. Aralıklı ziyaretlerle tüm çalışanlara ulaşılmaya çalışılmıştır.

5.6. Veri Toplama Aşamasında Yaşanan Güçlükler

Verilerin toplanması esnasında yoğun çalışma koşulları nedeniyle kişilerin anket doldurmayı ertelemeleri ve çalışanlarla iş başında görüşme yapılmak zorunda kalınması, hastane yöneticilerine ve eğitim görevlilerine randevu alınarak ulaşılabilmesi, SPO hastane çalışanlarının anket doldurmaya alışkın olmamaları nedeniyle okuma, anlama ve işaretlemede yaşadıkları zorluklar araştırmanın güçlükleri arasında yer almaktadır.

5.7. Verilerin Analizi

Veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve istatistik uzmanı tarafından analiz edilmiştir. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Varyans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında Student t, Mann Whitney U, Oneway Anova, Kruskal Wallis, Korelasyon ve Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Anlamlılık $p<0,01$ ve $p<0,05$ düzeylerinde değerlendirilmiştir.

6. BULGULAR

Araştırma, sağlık profesyoneli olan (SP) ve sağlık profesyoneli olmayan (SPO) hastane çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışları etkileyen değişkenleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada elde edilen bulgular beş ana başlık altında incelenmiştir:

1. Katılımcıların Mesleki ve Sosyo-demografik Özellikleri
2. Katılımcıların Sağlıkla İlgili Özellikleri ve Davranışları
3. Katılımcıların Sağlıkla İlgili Tutumları
4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) ve Alt Boyutlarının Puan Ortalaması
5. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) ve Alt Boyutlarının Puanlarının Karşılaştırılması
6. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri, Sağlıkla İlgili Özellikleri, Tutum ve Davranışları ve SYBDÖ'nün Karşılaştırılması
7. Kurumsal Durum ve Öneriler

6.1. Katılımcıların Mesleki ve Sosyo-demografik Özellikleri

Katılımcıların mesleki özelliklerine göre dağılımı Tablo 4'te, sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bulguların dağılımı Tablo 5'te yer almaktadır.

Tablo 4. Katılımcıların Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı

Mesleki Özellikler		n	%
Sağlık profesyoneli	Olan	458	53,4
	Olmayan	400	46,6
Meslek	Hekim	145	16,9
	Hemşire	298	34,7
	Diğer sağlık profesyonelleri	15	1,8
	Memur	29	3,4
	Personel	306	35,7
	Teknisyen	65	7,6
Deneyim		Ort±SD	Min-Max
	Mesleki deneyim süresi	9,93±7,64	1-39
	Kurumdaki deneyim süresi	6,00±5,65	1-34

Katılımcıların %53,4'ü sağlık profesyoneli ve sağlık profesyonellerinin çoğunluğu (%34,7) hemşiredir. Sağlık profesyoneli olmayan grubun oranı %46,6'dır ve bunların %35,7'si personel (temizlik, güvenlik, yemekhane vb.) olarak çalışmaktadır.

Deneyim sürelerine bakıldığında; mesleki deneyim süresi 1 ile 39 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması $9,93 \pm 7,64$ yıl, kurumdaki deneyim süresi 1 ile 34 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması $6,00 \pm 5,65$ yıldır (Tablo 4).

Tablo 5. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler		SP	SPO	Toplam
		n (%)	n (%)	n (%)
Cinsiyet	Kadın	338 (71,5)	135 (28,5)	473 (55,1)
	Erkek	182 (47,3)	203 (52,7)	385 (44,9)
Öğrenim düzeyi	İlkokul	0 (0)	153 (100)	153 (17,8)
	Lise	93 (47,3)	103 (52,6)	196 (2,8)
	Önlisans	93 (69,9)	40 (30,1)	133 (15,5)
	Lisans	174 (82,9)	36 (17,1)	210 (24,5)
	Yüksek lisans/doktora	160 (96,4)	6 (3,6)	166 (19,3)
Medeni durum	Evli	278 (55,6)	222 (44,4)	500 (58,3)
	Bekar	242 (67,6)	116 (32,4)	358 (41,7)
Kadro durumu	Kadrolu	514 (91,6)	47 (8,4)	561 (65,4)
	Sözleşmeli	6 (2)	291 (99)	297 (34,6)
Çalışma biçimi	Gündüz	168 (40,3)	249 (59,7)	417 (48,6)
	Nöbet	352 (79,8)	89 (20,2)	441 (51,4)

SP: Sağlık Profesyoneli

SPO: Sağlık Profesyoneli Olmayan

Katılımcıların %55,1'i kadın, %24,5'i (n=210) lisans mezunu, %58,3'ü evlidir. Katılımcıların çalışma biçimleri incelendiğinde sağlık profesyonellerinin %79,8'i nöbet tutarken, diğer grubun sadece %20,2'si nöbet usulüyle çalışmaktadır (Tablo 5).

Katılımcıların yaşları 18 ile 61 arasında değişmekte olup, ortalama $33,67 \pm 8,54$ yıldır.

6.2. Katılımcıların Sağlıkla İlgili Özellikleri ve Davranışları

Katılımcıların beden kitle indekslerine (BKİ) ilişkin bulguların dağılımı Tablo 6’da yer almaktadır.

Tablo 6. Katılımcıların Beden Kitle İndeksi Dağılımı

	Ort ± SS	Min-Max
Boy	167,24±7,82	147,00-196,00
Kilo	68,04±12,88	40,00-118,00
BKİ (kg/m²)	24,23±3,76	16,41-38,53

Katılımcıların boy aralığı 167,24±7,82; kilo aralığı 68,04±12,88; BKİ ortalaması 24,23±3,76’dır. BKİ minimum değeri 16,41 iken, maksimum değeri 38,53 olarak saptanmıştır (Tablo 6).

Katılımcıların sağlık durumu ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 7’de yer almaktadır.

Tablo 7. Katılımcıların Sağlık Durumu İle İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılması

		SP	SPO	Toplam	x ² /p
		n (%)	n (%)	n (%)	
BKİ	Zayıf	20 (76,9)	6 (23,1)	26 (3,1)	x²= 31,89 p= 0,000
	Normal	339 (67,3)	165 (32,7)	504 (58,7)	
	Fazla Kilo	130 (50,8)	126 (49,2)	256 (29,8)	
	1.Derece Obez	31 (43,1)	41 (56,9)	72 (8,4)	
Sağlık sorunu	Var	139 (67,8)	66 (32,2)	205 (23,8)	x²= 5,847 p= 0,016
	Yok	381 (58,3)	272 (41,7)	653 (76,2)	
Aile bireylerinde sağlık sorunları	Var	164 (61,2)	104 (38,8)	268 (31,2)	x²= 0,056 p= 0,812
	Yok	356 (60,3)	234 (39,7)	590 (68,8)	
Özel sağlık sigortası	Var	102 (75,4)	33 (24,6)	135 (15,7)	x²= 15,249 p= 0,000
	Yok	418 (57,8)	305 (42,2)	723 (84,3)	

SP: Sağlık Profesyoneli

SPO: Sağlık Profesyoneli Olmayan

Katılımcıların %23,9’u kendisinin, %31,2’si ise aile bireylerinin sağlık sorunu olduğunu; %15,6’sı da özel bir sağlık sigortasına sahip olduğunu ifade etmiştir. (Tablo 7).

Katılımcıların sağlık durumu ile ilgili özellikleri karşılaştırıldığında; BKİ, sağlık sorunu varlığı ve özel sağlık sigortası arasında anlamlı fark vardır (p<0,005).

Sağlık sorunu görülme ($x^2= 5,847$ $p= 0,016$) ve özel sağlık sigortası yaptıрма ($x^2= 15,249$ $p= 0,000$) oranı sağlık profesyoneli olan grupta; I. Derece obez oranı sağlık profesyoneli olmayan grupta daha yüksektir ($x^2= 31,89$ $p= 0,000$) (Tablo 7).

Katılımcıların herhangi bir sağlık probleminde çözüm arama durumlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların dağılımı Tablo 8’de yer almaktadır.

Tablo 8. Katılımcıların Sağlık Probleminde Çözüm Arama Durumlarının Karşılaştırılması

	SP	SPO	x^2/p
	n (%)	n (%)	
Beni zorlayana kadar hiç bir şey yapmam	129 (65,2)	69 (34,8)	$x^2= 91,754$ $p= 0,000$
İhmal ederim	109 (75,7)	35 (24,3)	
Kendi kendime çözüm bulmaya çalışırım	147 (78,2)	41 (21,8)	
Hemen hastaneye/doktora başvururum	135 (41,2)	193 (58,8)	

SP: Sağlık Profesyoneli

SPO: Sağlık Profesyoneli Olmayan

Katılımcıların sağlık probleminde çözüm arama durumları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($x^2= 91,754$ $p= 0,000$). Kendi kendime çözüm bulmaya çalışırım ve ihmal ederim diyenlerin oranı sağlık profesyonellerinde; hemen hastaneye/hekime başvururum diyenlerin oranı sağlık profesyoneli olmayan grupta daha fazladır.

Katılımcıların ilaç kullanım özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulguların dağılımı Tablo 9’da yer almaktadır

Tablo 9. Katılımcıların İlaç Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması

İlaç kullanımı		SP	SPO	x^2/p
		n (%)	n (%)	
İlaç alırken mutlaka doktorun reçete ettiği ilaçları kullanırım.	Evet	215 (52,1)	198 (47,9)	$x^2= 24,370$ $p= 0,000$
	Hayır	305 (68,5)	140 (31,5)	
Tavsiye üzerine ilaç kullanırım	Evet	68 (68,7)	31 (31,3)	$x^2= 3,061$ $p= 0,080$
	Hayır	452 (59,6)	307 (40,4)	

SP: Sağlık Profesyoneli

SPO: Sağlık Profesyoneli Olmayan

Katılımcılar ile ilaç alırken mutlaka doktorun reçete ettiği ilaçları kullanırım ifadesi arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2= 24,370$ $p= 0,000$). İlaç alırken mutlaka doktorun reçete ettiği ilaçları kullanırım ifadesine hayır yanıtı verenlerin oranı sağlık profesyonellerinde daha fazladır. Katılımcıların tavsiye üzerine ilaç kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 9).

Katılımcıların düzenli sağlık kontrolü yapma/yaptırma ve sağlık davranışlarını geliştirme etkinliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 10'da yer almaktadır.

Tablo 10. Katılımcıların Düzenli Sağlık Kontrolü ve Sağlık Davranışlarını Geliştirme Etkinliklerinin Karşılaştırılması*

	SP		SPO		χ^2/p
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Düzenli sağlık kontrolü yaptıranlar*	304 (66,3)	154 (33,7)	308 (77)	92 (23)	$\chi^2= 11,785$ $p= 0,001$
Check-up	32 (7)	426 (93)	30 (7,5)	370 (92,5)	$\chi^2= 0,084$ $p= 0,793$
Kendi kendine meme muayenesi	69 (15,1)	389 (84,9)	57 (14,2)	343 (85,3)	$\chi^2= 0,113$ $p= 0,772$
Pap-smear testi	41 (9)	417 (91)	25 (6,2)	375 (93,8)	$\chi^2= 3,097$ $p= 0,213$
Aşılar	117 (25,5)	341 (74,5)	108 (27)	292 (73)	$\chi^2= 0,233$ $p= 0,641$
Diş kontrolü	133 (29)	325 (71)	96 (24)	304 (76)	$\chi^2= 2,771$ $p= 0,104$
Tahlil	217 (47,4)	241 (52,6)	262 (65,5)	138 (34,5)	$\chi^2= 11,785$ $p= 0,001$
Sağlık davranışlarını geliştirmek için bir şey yapanlar*	416 (90,8)	42 (9,2)	372 (93)	28 (7)	$\chi^2= 1,342$ $p= 0,263$
Yayın okurum, araştırma yaparım	257 (56,1)	201 (43,9)	233 (58,2)	167 (41,8)	$\chi^2= 0,398$ $p= 0,535$
Sağlığa zararlı davranışlardan kaçınırım	270 (59)	188 (41)	208 (52)	192 (48)	$\chi^2= 4,182$ $p= 0,046$
Hobi/eğlence/gezi vb için vakit ayırırım	173 (37,8)	285 (62,2)	173 (43,2)	227 (56,8)	$\chi^2= 2,662$ $p= 0,109$
Uzman desteği alırım	119 (26)	339 (74)	81 (20,2)	319 (79,8)	$\chi^2= 3,925$ $p= 0,05$
Özel kurs ve eğitimlere katılırım	87 (19)	371 (81)	51 (12,8)	349 (87,2)	$\chi^2= 6,171$ $p= 0,015$

SP: Sağlık Profesyoneli işaretlenmiştir.

SPO: Sağlık Profesyoneli Olmayan

*Birden fazla seçenek

Katılımcıların düzenli sağlık kontrolü yapma/yaptırma ve sağlık davranışlarını geliştirme etkinlikleri karşılaştırıldığında; katılımcılar ile düzenli sağlık kontrolü yapma arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2= 11,785$ $p= 0,001$). Sağlık profesyoneli olmayan grubun düzenli sağlık kontrolü yapma/yaptırma oranı daha yüksektir. Katılımcılar ile düzenli sağlık kontrollerinden tahlil yaptırma arasında anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=11,785$ $p=0,001$). Düzenli olarak tahlil yaptırma oranı sağlık profesyoneli olmayan grupta daha fazladır. Katılımcılar ile diğer sağlık kontrolleri (check-up, KKMM, pap-smear, aşılama, diş kontrolü) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcılar ile sağlık davranışlarını geliştirmek için bir şey yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ($\chi^2= 1,342$ $p= 0,263$); sağlığa zararlı davranışlardan kaçınma ($\chi^2= 4,182$ $p= 0,046$), uzman desteği alma ($\chi^2= 3,925$ $p= 0,05$) ve özel kurs ve eğitimlere katılma ($\chi^2= 6,171$ $p= 0,015$) arasında anlamlı fark saptanmıştır. Bu etkinliklere katılım oranı sağlık profesyonellerinde daha fazladır.

6.3. Katılımcıların Sağlıkla İlgili Tutumları

Katılımcıların hastanede çalışmanın temel alışkanlıkları üzerindeki etkisi ile ilgili görüşlerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 11’de yer almaktadır.

Tablo 11. Katılımcıların Hastanede Çalışmanın Alışkanlıkları Üzerindeki Etkisi ile İlgili Görüşlerinin Karşılaştırılması

		SP n (%)	SPO n (%)	x²/p
Beslenme	Olumlu	30	94	x²= 1,807 p= 0,000
	Olumsuz	353	126	
	Etkilenmedi	75	180	
Uyku	Olumlu	13	63	x²= 1,700 p= 0,000
	Olumsuz	384	165	
	Etkilenmedi	61	172	
Hijyen	Olumlu	110	158	x²= 35,414 p= 0,000
	Olumsuz	143	66	
	Etkilenmedi	205	176	
Sigara	Olumlu	59	62	x²= 15,593 p= 0,000
	Olumsuz	134	71	
	Etkilenmedi	265	267	
Alkol	Olumlu	43	60	x²=14,812 p= 0,001
	Olumsuz	55	23	
	Etkilenmedi	360	317	
Enerji İçeceği	Olumlu	24	48	x²= 16,634 p= 0,000
	Olumsuz	35	16	
	Etkilenmedi	399	336	
Kahve	Olumlu	37	50	x²= 47,147 p= 0,000
	Olumsuz	149	52	
	Etkilenmedi	272	297	
İlaç	Olumlu	24	54	x²= 42,022 p= 0,000
	Olumsuz	123	47	
	Etkilenmedi	311	299	

SP: Sağlık Profesyoneli

SPO: Sağlık Profesyoneli Olmayan

Katılımcıların hastanede çalışmanın temel alışkanlıklar üzerindeki etkisi ile ilgili görüşleri karşılaştırıldığında sağlık profesyonelleri ve temel alışkanlıklar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Sağlık profesyonellerinde beslenme ($x^2= 1,807$ $p= 0,000$), uyku ($x^2= 1,700$ $p= 0,000$), hijyen ($x^2= 35,414$ $p= 0,000$), sigara ($x^2= 15,593$ $p= 0,000$), alkol ($x^2=14,812$ $p= 0,001$), enerji içeceği ($x^2= 16,634$ $p= 0,000$), kahve ($x^2= 47,147$ $p= 0,000$) ve ilaç kullanımlarının ($x^2= 42,022$ $p= 0,000$) olumsuz etkilenme oranı diğerlerine göre daha yüksektir.

Katılımcıların sağlık durumuna ilişkin algılarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 12’de yer almaktadır

Tablo 12. Katılımcıların Sağlık Durumuna İlişkin Algılarının Karşılaştırılması

Sağlık Durumuna İlişkin Algı	SP			SPO			x ² /p
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Kısmen n (%)	Evet n (%)	Hayır n (%)	Kısmen n (%)	
Kendini sağlıklı hissetme	227 (52,2)	92 (77,3)	201 (66,1)	208 (47,8)	27 (22,7)	103 (33,9)	x ² =30,550 p= 0,000
Sağlıklı yaşadığına inanma	81 (37,7)	178 (70,6)	261 (66,8)	134 (62,3)	74 (29,4)	130 (33,2)	x ² =63,882 p= 0,000
Sağlığını sürdürmek için yeterli çaba harcadığına inanma	114 (43,7)	177 (76,3)	229 (62,7)	147 (56,3)	55 (23,7)	136 (37,3)	x ² =59,529 p= 0,000

SP: Sağlık Profesyoneli

SPO: Sağlık Profesyoneli Olmayan

Katılımcıların sağlık durumuna ilişkin algıları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,000). Sağlık profesyonelleri kendini sağlıklı hissetme, sağlıklı yaşadığına ve sağlığını sürdürmek için yeterli çaba harcağına inanma oranı SPO'ya göre daha düşüktür (Tablo 12).

Katılımcıların sağlık ve sosyal yaşantılarına ilişkin yeterlilik algılarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 13'te yer almaktadır.

Tablo 13. Katılımcıların Sağlık ve Sosyal Yaşantılarına İlişkin Yeterlilik Algılarının Karşılaştırılması

	SP			SPO			x ² /p
	Yeterli	Kısmen Yeterli	Yetersiz	Yeterli	Kısmen Yeterli	Yetersiz	
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Beslenme	139 (44)	209 (53,7)	110 (71,9)	177 (56)	180 (46,3)	43 (28,1)	x ² = 24,774 p= 0,000
Uyku	58 (27,9)	219 (55)	181 (71,8)	150 (72,1)	179 (45,0)	71 (28,2)	x ² = 98,829 p= 0,000
Hijyen	264 (53,2)	157 (51,1)	37 (67,3)	232 (46,8)	150 (48,9)	18 (32,7)	x ² = 1,390 p= 0,499
Fiziksel sağlık	130 (40)	221 (57,4)	107 (72,3)	195 (60,0)	164 (42,6)	41 (27,7)	x ² = 45,839 p= 0,000
Ruhsal/duygusal sağlık	109 (40,4)	227 (54,6)	122 (70,9)	161 (59,6)	189 (45,4)	50 (29,1)	x ² = 34,332 p= 0,000
Kişilerarası ilişkiler	213 (46,9)	213 (61,2)	32 (57,1)	241 (53,1)	135 (38,8)	24 (42,9)	x ² = 15,644 p= 0,000
İş yaşantınız	176 (46,8)	238 (57,2)	44 (66,7)	200 (53,2)	178 (42,8)	22 (33,3)	x ² = 13,721 p= 0,000
Sosyal yaşantınız	112 (40,4)	198 (54,8)	148 (67,3)	165 (59,6)	163 (45,2)	72 (32,7)	x ² = 28,712 p= 0,000
Cinsel yaşantınız	208 (49,3)	201 (57,8)	49 (55,7)	214 (50,7)	147 (42,2)	39 (44,3)	x ² = 4,704 p= 0,95
Ekonomik durum	140 (66,4)	217 (61,5)	101 (34,5)	71 (33,6)	136 (38,5)	193 (65,5)	x ² = 90,561 p= 0,000

SP: Sağlık Profesyoneli

SPO: Sağlık Profesyoneli Olmayan

Katılımcıların sağlık ve sosyal yaşantılarına ilişkin yeterlilik algıları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Sağlık profesyonellerinde beslenme, uyku, fiziksel sağlık, ruhsal/duygusal sağlık, kişilerarası ilişkiler, iş yaşantısı, sosyal yaşantı; sağlık profesyoneli olmayan grupta ise ekonomik durum yetersiz olarak algılanmaktadır. Katılımcıların cinsel yaşantılarına ve hijyene ilişkin yeterlilik algıları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2= 4,704$ $p= 0,95$).

Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yapma engellerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulguların dağılımı Tablo 14'te yer almaktadır.

Tablo 14. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Yapma Engellerinin Karşılaştırılması*

Engeller	SP		SPO		χ^2/p
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Evet n (%)	Hayır n (%)	
Zamanım yok	291 (66)	167 (40)	150 (34,0)	250 (60)	$\chi^2= 46,399$ $p= 0,000$
Maddi gücüm yeterli değil	85 (32,4)	383 (62,6)	177 (67,6)	223 (37,4)	$\chi^2= 71,627$ $p= 0,000$
Kurum/ kaynak/ tesisler yetersiz	103 (56,6)	355 (52,5)	79 (43,4)	321 (47,5)	$\chi^2= 1,310$ $p= 0,252$
Önem vermeme	128 (60,4)	330 (51,1)	84 (39,6)	316 (48,9)	$\chi^2= 4,793$ $p= 0,029$
Var olan alışkanlıklar	107 (58,2)	351 (52,1)	77 (41,8)	323 (47,9)	$\chi^2= 2,607$ $p= 0,106$
Herhangi bir engelim yok	134 (43,5)	324 (58,9)	174 (56,5)	226 (41,1)	$\chi^2= 21,273$ $p= 0,000$

SP: Sağlık Profesyoneli

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

SPO: Sağlık Profesyoneli Olmayan

Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yapma engelleri karşılaştırıldığında katılımcılar ile SYBD yapmak için herhangi bir engelim yok ifadesi arasında anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2= 21,273$ $p= 0,000$). Herhangi bir engeli olmadığını belirtenlerin oranı sağlık profesyonellerinde daha fazladır.

Katılımcılar ile SYBD engellerinden zaman olmaması, yeterli maddi gücün olmaması, önem vermeme arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Zamanın olmaması

ve önem vermeme engelleri sağlık profesyonellerinde; yeterli maddi gücün olmaması ise SPO grupta daha fazladır. Katılımcılar ile kurum kaynaklar yetersiz, var olan alışkanlıklar seçenekleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 14).

6.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) ve Alt Boyutlarının Puan Ortalaması

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt boyutlarının toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 15’te yer almaktadır.

Tablo 15. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Toplam Puan Ortalamaları

	Madde sayısı	Ort±S	Min-Max
SYBDÖ Alt Boyutları	52	126,02±22,24	75-208
Sağlık Sorumluluğu	9	20,89±4,95	9-36
Fiziksel Aktivite	8	15,93±5,55	8-32
Beslenme	9	20,62±4,42	9-36
Manevi Gelişim	9	25,94±4,85	9-36
Kişilerarası İlişkiler	9	25,10±4,47	9-36
Stres Yönetimi	8	17,52±4,09	8-32

Hastane çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği kullanılarak yapılan çalışmamızda ölçeğin genel puan ortalaması 126,02±22,24’tür. Ölçeğin alt boyutlarının puan ortalamaları sırasıyla; sağlık sorumluluğu 20,89±4,95, fiziksel aktivite 15,93±5,55, beslenme 20,62±4,42, manevi gelişim 25,94±4,85, kişilerarası ilişkiler 25,10±4,47 ve stres yönetimi 17,52±4,09’dur (Tablo 15).

Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını gösteren ölçeğin madde bazında ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Maddelerinin Puan Ortalamaları (min:1- maks:4)

İfadeler	Ort ± SS
Sorun ve endişelerimi bana yakın kişilerle konuşurum.	2,53± 0,79
Sıvı yağ, doğmuş(katı) yağ ve kolesterolden düşük bir diyet tercih ederim.	2,40± 0,93
Fark ettiğim herhangi bir değişiklik ya da belirtiyi doktoruma veya ilgili sağlık personeline bildiririm.	2,54± 0,87
Planlı (düzenli) bir egzersiz programı takip ederim.	1,80± 0,96
Yeterince uyurum.	2,30± 0,96
Pozitif (olumlu) yönde değiştiğimi ve geliştiğimi fark ederim.	2,50± 0,84
İnsanları başaranları için takdir ederim.	3,09± 0,77
Seker ve seker içeren gıdaları sınırlı kullanırım.	2,37± 0,89
Sağlığı geliştirici kitap, gazete okurum, televizyon programlarını takip ederim.	2,31± 0,89
Haftada en az 3 kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüme, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)	2,03± 1,01
Her gün gevşeme ve rahatlamaya zaman ayırıyorum.	1,84± 0,86
Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.	3,08± 0,85
Başkalarıyla anlamlı ve nitelikli ilişkiler kurarım.	3,03± 0,79
Her gün 6 ile 11 porsiyon arasında ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.	1,81± 0,87
Sağlık personelinin önerilerini iyi anlamak için sorular sorarım.	2,40± 0,86
Haftada en az 5 kez orta derecede fiziksel aktivite (örneğin; 30-40 dakikalık kesintisiz yürüyüş) yaparım.	2,08± 1,03
Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.	2,55± 0,89
Geleceğe umutla bakarım.	2,85± 0,85
Yakın arkadaşlarımla zaman geçiririm.	2,77± 0,82
Günde 2- 4 porsiyon meyve yerim.	2,26± 0,87
Sağlık bakımı veren kişinin tavsiyeleri ile ilgili kafamda soru oluşursa, başka bir sağlık personeline danışırım.	2,49± 0,84
Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi fizik aktiviteler yaparım.	1,90± 0,94
Uykuya dalmadan önce mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım.	2,22± 0,85
Kendimle barışıyorum.	3,02± 0,83
Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm.	2,98± 0,83
Günde 3-5 porsiyon meyve yerim.	2,05± 0,92
Sağlığım ile ilgili kaygılarımı sağlık personeli ile görüşürüm- tartışırım.	2,32± 0,80
Haftada en az 3 kez germe(kas güçlendirme) egzersizleri yaparım.	1,75± 0,85
Stresimi kontrol altına almak için özel yöntemler kullanırım.	2,03± 0,82
Uzun süreli hedeflerime ulaşmak için çalışırım.	2,85± 0,87
Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim.	2,70± 0,93
Günde 2-3 bardak süt içerim, 2-3 porsiyon yoğurt ve peynir yerim.	2,08± 0,90
Ayda en az bir kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri açısından vücudumu gözlemlerim.	2,14± 0,90
Günlük hayatımdaki faaliyetlerde egzersiz yapmaya çalışırım (örneğin; yemek saatlerinde yürürüm, asansör yerine merdivenleri kullanırım, arabamı uzağa park ederim, gideceğim yere yürürüm.)	2,31± 0,95
İş ve eğlence zamanlarımı dengelerim.	2,36± 0,93
Her günü ilginç ve mücadelede değer bulurum.	2,41± 0,90
Sıkı dostluklar kurmaya çalışırım.	2,88± 0,86
Günde sadece 2-3 porsiyon et, balık, tavuk ve yumurta, kuru bakliyat ve kuruyemiş yerim.	2,19± 0,83
Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık personelinin yardım alırım.	2,10± 0,85
Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.	2,04± 1,01
Günde 15- 20 dakikayı gevşemek, rahatlamak için kullanırım.	1,95± 0,92
Yaşamımda benim için neyin önemli olduğunun bilincindeyim.	3,03± 0,86
Sağlık destek kuruluşlarından destek alırım.	2,22± 0,90
Paketlenmiş hazır gıdalardaki besin değerleri, yağ ve sodyum oranlarını öğrenmek için içeriklerini okurum.	2,42± 1,03
Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitim toplantılarına katılırım.	2,18± 0,88
Egzersiz yaparken hedef kalp hızıma ulaşırım.	2,03± 0,95
Yorgunluk yaratmaması için ağır ve düzgün adımlarla yürürüm.	2,28± 0,94
Manevi bir gücün varlığına inanırım.	3,39± 0,84
Başkalarıyla olan uyuşmazlıklarımı onlarla konuşup, tartışarak ve uzlaşarak çözerim.	2,91± 0,88
Kahvaltı ederim.	3,05± 0,97
Gerektiğinde yardım ve danışmanlık alırım.	2,42± 0,88
Yeni deneyimler ve heyecanlar yaşamaya açığım.	2,81± 0,91

Ölçekte en yüksek puan ortalamasına sahip maddeler “Manevi bir gücün varlığına inanırım” (3,39±0,84), “İnsanları başarıları için takdir ederim” (3-09±0,77), “Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım”(3,08±0,85) ifadeleridir. En düşük ortalamaya sahip ifadeler ise “Haftada en az 3 kez germe (kas güçlendirme) egzersizleri yaparım” (1,75±0,85), “Planlı (düzenli) bir egzersiz programı takip ederim”(1,80±0,96), “Her gün 6 ile 11 porsiyon arasında ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim” (1,81±0,87) ifadeleridir (Tablo 16).

6.5. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) ve Alt Boyutlarının Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt boyutları puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların dağılımı Tablo 17’de yer almaktadır.

Tablo 17. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

	SP	SPO	t/p
	Ort±S	Ort±S	
SYBDÖ Alt Boyutları	125,77±20,42	126,33±24,19	t=-0,367 p=0,714
Sağlık Sorumluluğu	20,67±4,68	21,16±5,24	t=-1,443 p=0,149
Fiziksel Aktivite	15,95±5,62	15,92±5,49	t=0,065 p=0,948
Beslenme	20,52±4,05	20,74±4,81	t=-0,726 p=0,468
Manevi Gelişim	26,33±4,58	25,50±5,13	t=2,510 p=0,012
Kişilerarası İlişkiler	25,41±4,19	24,76±4,75	t=-2,121 p=0,034
Stres Yönetimi	16,90±3,63	18,25±4,46	t=-4,900 p=0,000

SP: Sağlık Profesyoneli

SPO: Sağlık Profesyoneli Olmayan

Katılımcıların SYBDÖ ve alt boyutları puanlarının karşılaştırıldığında manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Manevi gelişim ($t=2,510$ $p=0,012$) ve kişilerarası ilişkiler ($t=-2,121$ $p=0,034$) puan ortalamaları sağlık profesyonellerinde; stres yönetimi ($t=-4,900$ $p=0,000$) puan ortalaması ise SPO grupta daha yüksektir (Tablo 17).

6.6. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri, Sağlıkla İlgili Tutum ve Davranışları ve SYBDÖ'nün Karşılaştırılması

Katılımcıların yaşı ile SYBDÖ ve alt boyut puanlarının ilişkisine dair bulgular Tablo 18'de yer almaktadır.

Tablo 18. Katılımcıların Yaşı ile SYBDÖ ve Alt Boyut Puanlarının İlişkisi

SYBD Ölçek ve Alt Boyutları	SP Yaş		SPO Yaş	
	r	p	r	p
SYBDÖ Toplam Puanı	0,112	0,824	0,168	0,014
Sağlık Sorumluluğu	0,078	0,091	0,054	0,098
Fiziksel Aktivite	0,164	0,084	0,089	0,096
Beslenme	0,008	0,121	0,002	0,231
Manevi Gelişim	0,112	0,067	0,103	0,089
Kişilerarası İlişkiler	0,004	0,638	0,009	0,529
Stres Yönetimi	0,022	0,457	0,018	0,374

SP: Sağlık Profesyoneli

SPO: Sağlık Profesyoneli Olmayan

Katılımcıların yaşı ile SYBDÖ toplam puan ilişkisi incelendiğinde; sağlık profesyonellerinde yaş ve SYBDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($r=0,112$ $p=0,824$). Sağlık profesyoneli olmayanlarda yaş ve SYBDÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf derecede anlamlı ilişki vardır ($r=0,168$ $p=0,014$). Sağlık profesyoneli dışındaki grupta yaş arttıkça SYBDÖ toplam puanı da artmaktadır (Tablo 18).

Katılımcıların sağlık sorunu varlığı ile sağlık inanç ve davranışlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların dağılımı Tablo 19'da yer almaktadır.

Tablo 19. Katılımcıların Sağlık Sorunu Varlığı ile Sağlık İnanç ve Davranışlarının Karşılaştırılması

Sağlık İnanç ve Davranışları		SP		x ² /p	SPO		x ² /p
		Sağlık Sorunu			Sağlık Sorunu		
		Var n (%)	Yok n (%)		Var n (%)	Yok n (%)	
Sağlıklı yaşadığınıza inanıyor musunuz?	Evet	10 (15,4)	55 (84,6)	x ² = 28,520 p= 0,000	19 (12,7)	131 (87,3)	x ² = 28,078 p= 0,000
	Hayır	69 (42,3)	94 (57,7)		35 (39,3)	54 (60,7)	
	Kısmen	47 (20,4)	183 (76,9)		25 (15,5)	136 (84,5)	
Sağlıklı hissediyor musunuz?	Evet	26 (13,3)	170 (86,7)	x ² = 58,805 p= 0,000	21 (8,8)	218 (91,2)	x ² = 77,519 p= 0,000
	Hayır	49 (56,6)	36 (42,4)		24 (70,6)	10 (29,4)	
	Kısmen	51 (28,8)	126 (71,2)		34 (26,8)	93 (73,2)	
Sağlığı sürdürmek ve geliştirmek için çaba harcıyor musunuz?	Evet	19 (20,7)	73 (79,3)	x ² = 2,716 p= 0,257	32 (18,9)	137 (81,1)	x ² = 2,784 p= 0,249
	Hayır	47 (29,2)	114 (70,8)		19 (26,8)	52 (73,2)	
	Kısmen	60 (29,3)	145 (70,7)		28 (17,5)	132 (82,5)	
Düzenli sağlık kontrolü yapma/yaptırma	Evet	97 (31,9)	207 (68,1)	x ² = 8,765 p= 0,003	67 (21,8)	241 (78,2)	x ² = 3,391 p= 0,074
	Hayır	29 (18,8)	125 (81,2)		12 (13)	80 (87)	
Sağlık probleminde çözüm arama durumu	Hemen hastaneye/ doktora başvururum	37 (31,4)	81 (68,6)	x ² = 3,606 p= 0,307	39 (18,6)	171 (81,4)	x ² = 5,367 p= 0,147
	Kendi kendime çözüm bulmaya çalışırım	28 (22,8)	95 (77,2)		10 (15,4)	55 (84,6)	
	İhmal ederim	31 (32)	66 (68)		15 (31,9)	32 (68,1)	
	Beni zorlayana kadar bir şey yapmam	30 (25)	90 (75)		79 (19,8)	63 (80,8)	

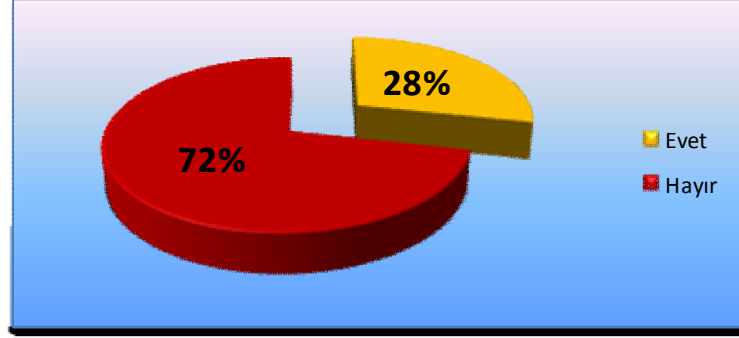
SP: Sağlık Profesyonele

SPO: Sağlık Profesyonele Olmayan

Katılımcıların sağlık sorunu varlığı ile sağlık inanç ve davranışları karşılaştırıldığında; sağlık sorunu olması ile sağlıklı yaşadığına inanma, sağlıklı hissetme arasında anlamlı fark saptanmıştır. Her iki grupta da sağlık sorunu olanların sağlıklı yaşadığına inanmadığı ve kendini sağlıklı hissetmediği görülmüştür (p=0,000). Sağlık profesyonellerinde sağlık sorunu olması ile düzenli sağlık kontrolü yapma/yaptırma arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (x²= 8,765 p= 0,003). Sağlık sorunu olmayan sağlık profesyonellerinin düzenli sağlık kontrolü yapma/ yaptırma oranı diğerlerine göre daha düşüktür (Tablo 19).

6.7. Kurumsal Durum ve Öneriler

Katılımcılar “Çalıştığınız kurumda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınızı kolaylaştıran/teşvik eden uygulamalar var mı?” sorusuna %28,4 (n=244) oranında evet cevabını vermiştir (Şekil 1). Evet cevabını veren katılımcıların %53,3’ü sağlık profesyoneli %46,7’si diğer hastane çalışanlarıdır.



Şekil 1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Teşvik Eden Kurumsal Uygulamalar

Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ile ilgili önerilerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulguların dağılımı Tablo 20’de yer almaktadır.

Tablo 20. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesi ile İlgili Önerileri*

Öneriler	SP		SPO		x ² /p
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Evet n (%)	Hayır n (%)	
Kurum İçi Eğitimler	256 (46,6)	202 (65,4)	293 (53,4)	107 (34,6)	x ² =27,908 p=0,000
Kurum Dışı Eğitimler	129 (56,6)	329(52,2)	99 (43,4)	301 (47,8)	x ² =1,277 p=0,258
Kurum İçi Taramalar	227 (52,8)	231 (54)	203 (47,2)	197 (46)	x ² =0,120 p=0,729
Özel Sağlık Sigortası	124 (57,7)	334 (51,9)	91 (42,3)	309 (48,1)	x ² =2,126 p=0,156
Gelirin Artması	301 (50,8)	157 (59)	291 (49,2)	109 (41)	x ² =4,932 p=0,027
Danışmanlık	196 (64,5)	262 (47,3)	108 (35,5)	292 (52,7)	x ² =23,284 p=0,000

SP: Sağlık Profesyoneli

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

SPO: Sağlık Profesyoneli Olmayan

Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ile ilgili önerileri karşılaştırıldığında; kurum içi eğitimler (x²=27,908 p=0,000), gelirin artması

($\chi^2=4,932$ $p=0,027$) ve danışmanlık ($\chi^2=23,284$ $p=0,000$) önerileri arasında anlamlı fark saptanmıştır. Gelirin artması ve danışmanlık önerileri sağlık profesyonellerinde; kurum içi eğitimler SPO grupta daha fazladır (Tablo 20).

8. TARTIŞMA

Bu bölümde; katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, sağlıkla ilgili özellikleri ve davranışları, sağlıkla ilgili tutumları, kurumsal durum ve öneriler, SYBDÖ ve alt boyutlarının puan ortalaması ile ilgili elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Katılımcıların Mesleki ve Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Katılımcıların %55,1'i kadın, %24,5'i (n=210) lisans mezunu, %58,3'ü evlidir. Katılımcıların %53,4'ü sağlık profesyoneli ve bunların %34,7'si hemşiredir. Sağlık profesyoneli olmayan grubun oranı %46,6'dır ve bunların %35,7'si personel (temizlik, güvenlik, yemekhane vb.) olarak çalışmaktadır. Çalışmaya katılan katılımcıların yaşları 18 ile 61 arasında değişmekte olup, ortalama $33,67 \pm 8,54$ yıldır. Deneyim sürelerine bakıldığında; mesleki deneyim süresi 1 ile 39 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması $9,93 \pm 7,64$ yıl, kurumdaki deneyim süresi 1 ile 34 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması $6,00 \pm 5,65$ yıldır. Katılımcıların yaş ortalaması ve mesleki deneyim sürelerine bakıldığında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının etkilenmesi için yeterli olduğunu söylemek mümkündür.

Katılımcıların Sağlıkla İlgili Özellik ve Davranışlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Katılımcıların beden kitle indeksleri (BKİ) incelendiğinde; %3'ünün zayıf, %58,7'sinin normal, %29,8'inin fazla kilolu ve %8,4'ünün I. derece obez olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanı olan ve olmayan grubun sağlık durumu ile ilgili özellikleri karşılaştırıldığında; BKİ'ne göre zayıf olanların %76,9'u, normal olanların %67,3'ü, fazla kilolu kişilerin % 50,8'i sağlık profesyoneli. 1. derece obez oranı sağlık çalışanı olmayan grupta daha fazladır (%56,9).

Dünyada fazla kilo ve obezite yüzünden her yıl en az 2,8 milyon kişi hayatını kaybetmektedir. Kalp hastalığı, felç ve diyabet riski; beden kitle indeksinin (BKİ) artmasına bağlı olarak giderek artmaktadır. DSÖ Avrupa Bölgesi, Doğu Akdeniz Bölgesi ve Amerika Kıtası Bölgesi'nde kadınların %50'sinden fazlası fazla kiloludur. Bebekler ve çocuklar arasındaki en yüksek fazla kilo prevalansı, üst-orta

gelir gruplarındadır. Fazla kilodaki en hızlı artış ise alt-orta gelir grubunda görülmektedir. Epidemiyolojik çalışmalar; yaş, cinsiyet gibi demografik faktörlerle, eğitim düzeyi, medeni durum gibi sosyo-kültürel faktörler yanında biyolojik faktörlerin ve beslenme alışkanlıklarının, sigara ve alkol tüketimi ile fiziksel aktivite azlığı gibi yaşam biçimi faktörlerinin de obeziteden sorumlu olduğunu göstermektedir. Obezitenin oluşmasında başlıca riskler ve riski etkileyen faktörler; aşırı ve yanlış beslenme alışkanlıkları, yetersiz fiziksel aktivite, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyo - kültürel etmenler, gelir durumu, hormonal ve metabolik etmenler, genetik etmenler, psikolojik problemler, sık aralıklarla çok düşük enerjili diyetler uygulama, sigara- alkol kullanma durumu, kullanılan bazı ilaçlar (antidepresanlar vb.), doğum sayısı ve doğumlar arası süredir. Tüm dünyada obezite prevalansı 1980-2008 arasında ikiye katlanmıştır. 2008’de tüm dünyada erkeklerin %10’u, kadınların ise %14’ü obez hale gelmiştir. Hâlbuki 1980’de erkeklerin %5’i, kadınların ise %8’i obezdi. 2008’de 20 yaş üzeri yaklaşık 205 milyon erkek ve 297 milyon kadın obez hale gelmiştir ki bu rakamlar tüm dünyada yarım milyardan fazla erişkin demektir. Ülkemizde de diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi obezite görülme sıklığı gün geçtikçe artmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010” ön çalışma raporuna göre Türkiye’de obezite sıklığı; erkeklerde %20,5, kadınlarda ise % 41,0, toplamda % 30,3 olarak bulunmuştur. Toplamda fazla kilolu olanlar %34,6, fazla kilolu ve şişman olanlar %64,9, çok şişman olanların oranı %2,9 olarak bulunmuştur (<http://www.beslenme.gov.tr>, Erişim tarihi: 18 Nisan 2014). Türkiye’de obezite ile ilgili mevcut duruma bakıldığında ülkemiz, beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan, hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüme sahiptir. (Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2013). İlgili literatür incelendiğinde Güner ve Demir’in (2006) ameliyathane hemşireleri ile yapmış oldukları çalışmada ameliyathane hemşirelerinin, Pasinlioğlu ve Gözüm’ün çalışmasında (1998) sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun (%60,9), Yılmaz ve Özkan’ın çalışmasında da (2006) hemşirelerin %62,6’sının normal kiloda oldukları belirlenmiştir. Engbergs ve arkadaşlarının (2006), Pappas ve arkadaşlarının (2005) hemşirelerle yapmış oldukları çalışmalarda ise her üç hemşireden birinin şişman ya da aşırı kilolu olduğu saptanmıştır. Arslan ve Ceviz’in 2007 yılında ev hanımları ve çalışan kadınlarla

yaptığı çalışmada; ev hanımlarının fazla kilolu, çalışan kadınların ise BKİ'ne göre normal kilolu oldukları, French ve arkadaşlarının (2007) otobüs şoförleri ile yaptıkları çalışmada; çalışanların %87'sinin aşırı kilolu ve %56'sının şişman, Kauvonen ve arkadaşlarının (2006) yılında yaptıkları çalışmada ise işçilerin çoğunluğunun aşırı kilolu ($BKİ \geq 25$) olduğu belirlenmiştir. Çalışmamız sonuçları Güner ve Demir (2006), Pasinlioğlu ve Gözüm (1998), Yılmaz ve Özkan (2006) ile Arslan ve Ceviz'in (2007) çalışan kadınlardaki BKİ sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Araştırma bulgularımız (Fazla kilo= %29,8 1. Derece obez=%8,4) ile Dünya ve Türkiye'deki obezite prevalansı karşılaştırıldığında; çalışma sonuçlarımız Dünya ve Türkiye ortalamasının altındadır. Çalışmamız sonuçları toplumda sağlıkla ilgili konularda rol model olmada anahtar rolü olan sağlık profesyonelleri ve diğer hastane çalışanları açısından oldukça sevindiricidir. Normal kiloya sahip çalışanlar dışındaki grupların beslenme alışkanlıkları, egzersiz düzeyleri ve obeziteyi etkileyen diğer faktörleri araştırılarak normal kilo aralığına sahip birey sayısının arttırılabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların sağlık sorunu ve özel sağlık sigortasına sahip olma durumları incelendiğinde; katılımcıların %23,8'i kendisinin, %31,2'si ise aile bireylerinin sağlık sorunu olduğunu; %15,6'sı da özel bir sağlık sigortasına sahip olduğunu ifade etmiştir. Sağlık sorunu olanların %67,8'i sağlık profesyoneli, %32,2'si diğer hastane çalışanlarıdır. Sağlık profesyonellerinde sağlık sorunu görülme sıklığı diğerlerine göre daha fazladır. Nöbet usulüyle çalışma oranları incelendiğinde; sağlık çalışanlarında nöbet tutma oranı (%79,8) diğer gruba (%20,2) oranla ortalama dört kat fazladır.

Çalışan sağlığı ve iş güvenliği bakımından önemli riskler taşıyan çalışma alanlarından biri olan sağlık hizmetleri alanında, özellikle de hastanelerde çalışan bireyler bulundukları ortamda pek çok çalışma riskiyle karşı karşıyadır. Bu riskler mekanik faktörler –travmalar (kesici-delici alet yaralanmaları, düşme, hasta bakımında kas-iskelet sisteminin olumsuz etkilenmesi vb), fiziksel faktörler (ışınlar, gürültü, ortam ısısı ve nemi vb), kimyasal faktörler (anestezik gazlar, sitotoksik ajanlar vb), biyolojik faktörler (enfeksiyonlar: HIV, hepatit vb), psikolojik ve sosyal faktörler (mesleki doyum, tükenmişlik vb) ile beslenme (yeterli ve dengeli beslenmeme vb) olarak ana başlıklar altında toplanabilir (İnceslesli 2005).

Hastaneler, haftada 7 gün 24 saat hizmet veren, verilen hizmetlerin devam edebilmesi için vardiya veya nöbet sistemiyle çalışmanın zorunlu olduğu kurumlardır. Sağlık personeli normal çalışma saatleri ve günleri dışında çalışmak durumunda kalan, yaşamsal tehdidi bulunan görev ve sorumluluklara sahip, zamanla yarışan, farklı teknolojilerin kullanıldığı, yoğun stres ve baskı altında çalışan bir gruptur. Araştırmalar daha çok sağlık personelinin çoğunluğunu oluşturması yanında, hem kadınların çoğunlukta olduğu, hem de işleri dışında farklı rol, sorumluluklar yüklenen ve tükenmişlik sendromunun yoğun olarak yaşandığı bir meslek grubu olduğu için hemşirelere odaklanmaktadır.

Blachowicz ve Letizia (2006) ile Knutsson'un (2003) vardiyalı ya da nöbet sistemiyle çalışma ile ilgili yapmış oldukları araştırmalarda; vardiyalı çalışmanın bireylerin fizyolojik, psikolojik sağlıkları üzerinde olumsuz etkilere yol açtığını ve bu durumun hem çalışanların hem de hastaların güvenliğini olumsuz etkilediğini belirtmektedir. Vardiyalı ve nöbetli çalışmanın en önemli fizyolojik etkisi uyku bozukluklarıdır. Wilson (2002), Pronitis (2001), Hughes ve Stone'a (2004) göre; vardiyalı ve nöbetli çalışma çalışan kişilerin sosyal yaşamları ve sosyal iletişimlerini de etkilemektedir. Vardiyalı, gece çalışma, uzun süren çalışma saatleri hemşirelerin yaralanma ve boyun, omuz ve sırt travmaları, meslek hastalıklarına yakalanma riskini artırmaktadır (http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/menu/hemsirelik_yayinlari/saglik-guncel/thd-sagligin-sesi-yazilari, Erişim tarihi: 12 Nisan 2014).

Vardiyalı çalışma ile ilgili literatür incelendiğinde; Selvi ve arkadaşlarının (2010) vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada; vardiyalı çalışanlarda fiziksel fonksiyon ve ağrı alanlarında yaşam kalitesinin gündüz çalışanlara göre daha bozuk olduğu belirlenmiştir. Parlar (2008) sağlıklı çalışma ortamının çalışan kişilerin iş verimini olumlu etkileyeceğini, çalışma saatlerinin uygun şekilde düzenlenmesinin de buna katkı sağlayacağını belirtmektedir. İnceseli'nin (2005) çalışma ortamında hemşirelerin sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risk faktörlerini incelediği çalışmada vardiyalı çalışmanın hemşirelerde yorgunluğa sebep olduğu, hemşireleri en mutsuz eden faktörün stres olduğu belirlenmiştir. Çalışmamız sonuçları literatür sonuçlarını desteklemektedir. Sağlık profesyonellerinde sağlık sorunu oranının yüksek olması çalışma ortamına, çalışma şekline (vardiyalı çalışma) ve mesleki

risklere bağılı olarak yüksek bulunmuştur. Çalışma ortamı ve mesleki risklerin yanı sıra sağık profesyonellerinde mesleki bilgi ve deneyimlerin bir sonucu olarak da farkındalıklarının fazla olabileceğı dikkatten kaçmaması gereken önemli bir noktadır.

Katılımcıların herhangi bir sağık sorununda çözüm arama durumları incelendiğinde; katılımcıların %38,2'si (n=328) herhangi bir sağık probleminde hemen bir hastaneye/doktora başvuracağını belirtirken, %21,9'u (n=188) kendi kendine çözüm bulmaya çalıştığını, %16,8'i (n=144) ihmal ettiğini ve %23,1'i (n=198) ise kendisini zorlayana kadar hiçbir şey yapmadığını ifade etmiştir. Sağık profesyonellerinde herhangi bir sağık sorununda kendi kendine çözüm bulma ve ihmal etme; SPO grupta ise hemen hastaneye/doktora başvurma oranı daha yüksektir. Katılımcıların herhangi bir sağık sorununda kolay erişilebilir sağık hizmeti imkanı olmasına rağmen beklenenin aksine doktora/hastaneye gitmeyi ötelemesi oldukça düşündürücüdür. Sağık profesyonellerinin sağık sorunlarında çoğunlukla kendini zorlayana kadar hiç bir şey yapmaması ya da ihmal etmesi bu gruptaki kişilerin kişisel sağığa gereken önemi vermemesine, yoğun çalışma şartları nedeniyle kendine zaman ayırmamasına bağılı olabileceğı düşünülmektedir. Yine sağık kurumlarında hizmetin devamlılığında büyük önem arz eden sağık profesyonellerinin sayıca az olmaları, zaman zaman bu nedenle önce insan olma kimliği yerine önce hemşire kimliğinin yönetsel anlamda ön plana geçmesi kişilerin kişisel sağığını ihmal etmelerine, doktora başvurma konusunda çekince yaşamalarına neden olmaktadır. Kendi kendine çözüm bulma oranının sağık profesyonellerinde yüksek olmasında sağık profesyonellerinin mesleki bilgi ve deneyimlerinin etkili olduğunu söylemek mümkündür.

Katılımcıların herhangi bir sağık sorununda ilaç kullanım durumları incelendiğinde; çalışanların %48,1 (n=413) oranında ilaç alırken mutlaka doktorun reçete ettiğı ilaçları kullanırım şeklinde cevap vermiştir. Tavsiye üzerine ilaç kullandığını belirtenlerin oranı %11,5'tir (n=99). Sağık profesyonelleri ve diğere çalışanlar arasında ilaç kullanım durumları incelendiğinde; sağık çalışanlarının tavsiye üzerine ilaç kullanma oranı %68,7'dir.

Dünya Sağık Örgütü'nün (DSÖ) akılcı ilaç kullanımını; hastaların ilaçları klinik ihtiyaçlarına uygun şekilde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda,

yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almalarını gerektiren kurallar bütünü olarak tanımlamaktadır. Pek çok ülkede olduğu gibi, Türkiye’de de akılcı ilaç kullanım uygulamalarının arzu edilen düzeylerde olduğunu söylemek güçtür (<http://www.tfd.org.tr>, Erişim tarihi: 14 Nisan 2014). Katılımcıların hastanede çalıştıkları ve bir kısmının sağlık profesyoneli olduğu düşünüldüğünde mutlaka doktorun tavsiye ettiği ilaçları kullanırım diyenlerin oranının daha yüksek olması beklenirken bu oranın %50’nin altında kalması akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bir zafiyet olduğunu düşündürmektedir. Ülkemiz gerçeği ve çalışma sonuçları birbiriyle örtüşmektedir. Sağlık çalışanlarının diğer çalışanlara oranla tavsiye ile ilaç kullanma oranının yüksek olmasında sağlık çalışanlarının birbirleri arasındaki iletişim- etkileşim sürecinin yoğun olması ve mesleki bilgi ve deneyimlerinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre katılımcıların düzenli sağlık kontrolü yapma/yaptırma oranı incelendiğinde bu oran sağlık profesyonellerinde; %66,3, diğer çalışanlarda ise %77’dir. Katılımcılar ile düzenli sağlık kontrollerinden tahlil yaptırma arasında anlamlı fark saptanmıştır. Tahlil yapma/yaptırma oranı sağlık profesyoneli olmayan grupta daha fazladır. Sağlık çalışanı olma ve diğer sağlık kontrolleri (check-up, KKMM, pap-smear, aşılama, diş kontrolü) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Kişiyne yönelik sağlık hizmetlerinde periyodik sağlık muayenesi kavramı ön plandadır. Riskin önlenabilir olması genetik geçişlerde olduğu gibi her zaman mümkün değildir. Periyodik muayene tıpkı belirli kilometrelerde aracınızın muayene ve bakım zorunluluğu gibi kişinin de var olan risklerinin hastalık ya da istenmeyen durum oluşmadan önce bilinen işaretlerinin aranması esasına dayanır. Yani riskin olması her zaman hastalık olacağı anlamına gelmez, ancak olma olasılığının az ya da çok toplumdaki diğer bireylere göre biraz daha yüksek olabileceği anlamına gelebilir. Önemli olan erken tanı yapılabilmesine imkan verilebilmesi ya da riski azaltma yönünde alınabilecek önlemler var ise zamanında gerçekleştirilmesidir. Periyodik muayeneler kişiyne bilgi edinme ve davranış değişikliği kararını verebilmesi açısından da kaçırılmayacak bir fırsattır. Hükümetler, özellikle gelişmiş toplumlarda, periyodik muayenelere çok önem vermektedirler. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri’nde Koruyucu Sağlık Hizmetleri Görev Gücü (USPSTF) adında bir kuruluş bünyesinde

ülkenin sağlık yöneticilerini ve bilim adamlarını bulundurmakta ve hemen her yıl önerilerini yayınlamaktadır. Bu toplum genelinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde doğru ve titizlikle uygulanırsa bireyin sağlığına ait düzeltilmeler yanında toplumların da ekonomik göstergelerle eşdeğer hatta bazen daha da önemli gelişmişlik düzeyi göstergelerinden olan sağlık göstergelerinde de büyük iyileşmelere neden olabilmektedir (Ungan ve Tekiner 2013). Sağlıkla ilgili ülke düzeyinde yapılan programlarda özellikle üzerinde durulan konu hastalıkların oluşmadan önlenmesi ve yapılacak düzenli sağlık kontrolleri ile erken tanılamının yapılmasıdır.

Düzenli sağlık kontrolü yaptırma oranları incelendiğinde düzenli sağlık kontrolü yaptıranların sadece yarısının (%57,5) sağlık çalışanı olması çalışmamız sonuçları açısından oldukça düşündürücüdür. Sağlık çalışanlarının düzenli sağlık kontrolü yaptırma oranının beklenenin altında olmasının; düzenli sağlık kontrolünün önemi kavrayamamış olmasına, önemsememesine, yoğun çalışma temposu içinde yeterli zaman bulamamasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Sağlık sorunu yaşayan sağlık çalışanlarının düzenli sağlık kontrolü yaptırma oranının yüksek olması da kişisel sağlık algısının ve farkındalık düzeyinin artmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Sağlık davranışlarını geliştirmek için çaba harcadığını belirtenlerin oranı %91,8'dir. Bu oranın % 60,2'si sağlık profesyonelidir. Sağlık profesyonellerinin sağlığı geliştirme davranışları incelendiğinde; % 56,1'i yayın okuyup araştırma yaptığını, % 59'u sağlığa zararlı davranışlardan kaçındığını, % 37,8'i hobi/eğlence/gezi vb için vakit ayırdığını, % 26'sı uzman desteği aldığını ve % 19'u özel kurs ve eğitimlere katıldığını belirtmiştir. Katılımcılar ile sağlık davranışlarını geliştirmek için bir şey yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Sağlığa zararlı davranışlardan kaçınma, uzman desteği alma ve özel kurs ve eğitimlere katılım oranı sağlık profesyonellerinde daha fazladır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinde önemli rol oynayan ve rol model olan sağlık profesyonellerinin sağlığı geliştirme davranışları istenilen düzeyin çok altındadır. Bu oranın beklenin çok altında kalması sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine yönelik uygulamaların önemini

yeterince kavrayamadığını, bu nedenle de bu uygulamaları tutum ve davranışlarına yansıtamadığını düşündürmektedir.

Katılımcıların Sağlıkla İlgili Tutumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Katılımcıların hastanede çalışmanın temel alışkanlıklar üzerindeki etkisi ile ilgili görüşleri karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Sağlık profesyonellerinde beslenme, uyku, hijyen, sigara, alkol, enerji içeceği, kahve ve ilaç kullanımlarının olumsuz etkilenme oranı diğerlerine göre daha yüksektir.

Parlar'ın (2008) yılında yapmış olduğu ‘‘Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı’’ başlıklı derleme sonuçlarına göre de; çalışma ortamının sağlık koşullarına uygun hale getirilmesi, bir takım tehlike olasılıklarının ortadan kaldırılması, çalışma saatlerinin düzenlenmesi, fizyolojik özelliklere uygun çalışma düzeni, kullanılan araç ve gerecin işe ve kullanan kişiye uyumunun sağlanması, çalışanın verimini arttıran yeterli ve dengeli beslenmeye yönelik gerekli önlemlerin alınması kurumun temel amaçları olmalıdır. Selvi ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da vardiyalı çalışma saatlerinin çalışanlarda yaşam kalitesini ve fiziksel, ruhsal, sosyal sağlığı olumsuz etkilediği bu nedenle çalışma saatlerinde yapılacak değişikliklerin yaşam kalitesine olumlu yansıyacağı vurgusu yapılmıştır. İnceseli'nin (2005) yaptığı araştırma sonuçlarına göre hemşireler düzensiz çalışma saatleri sonucu beslenme bozukluğu çekerler. Çalışmamız sonuçlarına göre; katılımcıların yarıdan fazlası (%55,8) hastanede çalışıyor olmanın beslenme alışkanlığını olumsuz etkilediğini ifade ediyor olmasına karşın BKİ değerleri açısından normal kilolu birey oranının yüksek olması sevindirici bir bulgudur. Sağlık çalışanlarının temel alışkanlıklara ilişkin olumsuz etkilenme oranının diğerlerine göre fazla olmasının nedenlerinin; çoğunlukla vardiyalı çalışma, düzensiz ve uzun çalışma saatleri, stresli iş ortamı olduğu düşünülmektedir.

Okutan ve arkadaşlarının 2007 yılında sağlık personeli ile yaptıkları çalışmada; araştırmaya katılan kişilerin, nikotin bağımlılık düzeylerinin hastanede çalışmaktan etkilenmediği ($p= 0.3$) belirlenmiştir. Bizim çalışmamız sonuçları ise sağlık çalışanlarının sigara alışkanlığının hastanede çalışmaktan olumsuz etkilendiği

yönündedir. Sigaraya karşı mücadelede daha istekli ve etkin rol alabilmeleri için, sigara karşıtı kampanyalarda öncelikle sağlık çalışanlarının hedef kitle olarak seçilmesi gerektiği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının sigara içme oranlarının yüksek olduğu görülmektedir (Erbaycu ve ark 2004, Özkurt ve ark 2000, Engbers et al 2006, Kauvonen et al 2006)

Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin algıları incelendiğinde; %50,7'si (n=435) kendisini sağlıklı hissettiğini belirtmiştir. Bununla birlikte %45,6'sı (n=391) sağlıklı yaşadığına inanmadığını, %42,4'ü (n=364) sağlığını sürdürmek için yeterli çaba harcamadığını belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının sağlık durumuna ilişkin algıları incelendiğinde; %77,3'ü kendini sağlıklı hissetmediğini, %70,6'sı sağlıklı yaşadığına inanmadığını ve %76,3'ü sağlığını sürdürmek için yeterli çaba harcağına inanmadığını belirtmiştir. Sağlıklı hissetme oranı sağlık profesyoneli olmayan hastane çalışanlarında daha fazladır (%54,9).

Çalışmamız bulguları incelendiğinde katılımcıların sadece yarısının (%50,7) kendini sağlıklı hissetmesi ile yarıya yakınının sağlıklı yaşadığına ve SYBD geliştirmek için yeterli çaba harcadığına inanmaması birbirini destekler niteliktedir. Sağlıklı hissetme oranının sağlık profesyoneli olmayan çalışanlarda daha yüksek olması sağlık çalışanlarının mesleki riskleri ve çalışma koşulları (vardiyalı çalışma, uzun ve yorucu iş yaşamı, stresli çalışma ortamları vb) göz önünde bulundurulduğunda beklenen bir sonuç olup, sağlık çalışanları adına üzücüdür.

Katılımcıların sağlık ve sosyal yaşantılarına ilişkin yeterlilik algıları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Sağlık profesyonellerinde beslenme, uyku, fiziksel sağlık, ruhsal/duygusal sağlık, kişilerarası ilişkiler, iş yaşantısı, sosyal yaşantı; diğer çalışanlarda ise ekonomik durum yetersiz olarak algılanmaktadır. Katılımcıların cinsel yaşantıları ve hijyene ilişkin yeterlilik algısı arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Çalışma bulguları sağlık profesyonellerine ve SPO gruba yönelik hastane ve ülke düzeyinde derinlikli çalışmalar ve iyileştirme programlarının yapılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yapma engelleri karşılaştırıldığında; sağlık profesyonellerinin %43,5'i, diğer çalışanların ise %56,5'i

herhangi bir engeli olmadığını belirtmiştir. Katılımcılar ile SYBD engellerinden zaman olmaması, yeterli maddi gücün olmaması ve önem vermeme arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Sağlık profesyonellerinde; zaman olmaması ve önem vermeme; SPO grupta ise yeterli maddi gücün olmama oranı daha yüksektir. Katılımcıların sağlık çalışanı olma durumlarına göre belirtmiş olduğu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yapma engellerinin bu konuda kurum düzeyinde yapılacak iyileştirme programlarına yol göstereceği, ışık tutacağı düşünülmektedir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastane çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği kullanılarak yapılan çalışmamızda ölçeğin genel puan ortalaması $126,02\pm22,24$ 'tür. Ölçeğin alt boyutlarının puan ortalamaları sırasıyla; sağlık sorumluluğu $20,89\pm4,95$, fiziksel aktivite $15,93\pm5,55$, beslenme $20,62\pm4,42$, manevi gelişim $25,94\pm4,85$, kişilerarası ilişkiler $25,10\pm4,47$ ve stres yönetimi $17,52\pm4,09$ 'dur. Alt boyutlardan en düşük puan ortalaması egzersiz alt boyutunda, en yüksek puan ortalaması ise manevi gelişim alt boyutundadır (Tablo 17). Ölçekte en yüksek puan ortalamasına sahip maddeler “Manevi bir gücün varlığına inanırım” ($3,39\pm0,84$), “İnsanları başarıları için takdir ederim” ($3,09\pm0,77$), “Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım” ($3,08\pm0,85$) ifadeleridir. En düşük ortalamaya sahip ifadeler ise “Haftada en az 3 kez germe (kas güçlendirme) egzersizleri yaparım” ($1,75\pm0,85$), “Planlı (düzenli) bir egzersiz programı takip ederim” ($1,80\pm0,96$), “Her gün 6 ile 11 porsiyon arasında ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim” ($1,81\pm0,87$) ifadeleridir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD), bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünü olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde insanın fiziksel, sosyal, duygusal ve manevi durum gibi yaşamının bütün boyutlarıyla ilgili bir kavram olarak ele alınan sağlık, bu anlamda yaşamdan memnuniyeti ve yaşam kalitesini içermekte ve kendini gerçekleştirmenin giderek artmasını ifade etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bildirimleri 2000'li yıllarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemi üzerinedir. Bu bağlamda 2000 yılında “Herkes İçin Sağlık” sloganı ile sağlıklı yaşam biçiminin

önemi vurgulamıştır. 2010'lu yıllar için hedef sağlıklı insan sayısının giderek artırılmasıdır. Bu hedefe ulaşmada, kalitenin artırılması ve olumsuz sağlık şartlarının elimine edilerek sağlıklı yaşam biçiminin sağlanması gereklidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimine yönelik yapılan değerlendirmelerin bir bileşkesi olarak ortaya konulmaktadır. Kişilerin sağlık davranışlarını en üst düzeye çıkarabilmeleri için sağlığı geliştirme çabaları önem arz etmektedir. Toplumların sağlık düzeyi sağlıklı bireylerin çoğunlukta olması ile ölçülür. Her insanın temel haklarından biri olan sağlıklı olma, sağlığın korunması ve sürdürülmesi, sağlığın geliştirilmesinin esasını teşkil eder. Bireyler, sağlıklı davranışlar geliştirmede kendi sorumluluklarını almalı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını günlük yaşam alışkanlıkları haline dönüştürmelidirler (Bahar ve ark 2008).

İlgili literatür incelendiğinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesine yönelik çalışmalar olduğunu görmekteyiz (Çam ve ark 2012, Uz 2011, Cürcani ve ark 2010, Türköl ve Güneş 2010, Ballıel 2009, Özkan ve Yılmaz 2008, Yalçınkaya ve ark 2007, Güner ve Demir 2006, Erci ve ark 2000, Pasinlioğlu ve Gözüml 1998, Bahar ve ark 2013, Lülecı ve ark 2013, Özpulat ve Sivri 2013, Kafkas ve ark 2012, Sönmezer et al 2012, Altıparmak ve Kutlu 2009). Ülkemizde yapılan çalışmalarda SYBDÖ toplam puan ortalamalarının genellikle orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Çam ve ark 2012, Uz 2011, Cürcani ve ark 2010, Ballıel 2009, Özkan ve Yılmaz 2008, Yalçınkaya ve ark 2007, Bahar ve ark 2013, Lülecı ve ark 2013, Sönmezer et al 2012, Topçu ve Beşer 2011, Altıparmak ve Kutlu 2009, Koçoğlu ve Akın 2009, Kaya ve ark 2009, Bilgili ve Ayaz 2009, Güler ve ark 2008, Kaya ve ark 2008, Tokuç ve Berberoğlu 2007, Beşer et al 2007, Altay 2006). Literatürdeki çalışmalarla bizim çalışmamız karşılaştırıldığında; literatür SYBDÖ toplam puan ortalamaları bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde en düşük puan fiziksel aktivite alt boyutundan ($15,93 \pm 5,55$) alınmıştır. Fiziksel hareketsizlik, dünyada ölüme neden olan risk faktörleri sıralamasında dördüncü sırada yer almaktadır (dünya genelindeki ölümlerin % 6'sı). Hareketsizlik yüzünden her yıl 3,2 milyon insan hayatını kaybetmektedir. Yeterince hareketli olmayan insanlar, tüm nedenlere dayalı mortalite

açısından %20 ile %30 arası daha yüksek risk altındadır. Düzenli fiziksel aktivite; yüksek tansiyon gibi kardiyovasküler hastalık, diyabet, meme ve kolon kanseri ve depresyon riskini azaltmaktadır. Meme ve kolon kanserlerinin yaklaşığ % 21-25'inin, diyabetin % 27'sinin ve iskemik kalp hastalığının % 30'unun ana nedeninin fiziksel aktivite yetersizliğı olduğı tahmin edilmektedir. Ülkemizdeki fiziksel aktivite durumuna bakıldığında; Türkiye genelinin (% 71.9) egzersiz (erkek:%67.7, kadın:%76.8) yapmadığı saptanmıştır. Araştırmalar, Türkiye'de nüfusun yüzde 20.32'sinin hiç egzersiz yapmadığını, dolayısıyla bu anlamda hareketsiz yaşıadığını, yüzde 15.99'unun yetersiz düzeyde fiziksel aktivitede bulunduğunu ortaya koymaktadır (2013-2017 Türkiye Sağılıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, 2013). Çalışmamız sonuçları literatürdeki pek çok çalışma ile benzerlik göstermektedir (am ve ark 2012, Uz 2011, Cürcani ve ark 2010, Türkol ve Güneş 2010, Balliel 2009, zkan ve Yılmaz 2008, Güner ve Demir 2008, Pasinioğlu ve Gözüm 1998, Bahar ve ark 2013, Altıparmak ve Kutlu 2009, Kaya ve ark 2009, Bilgili ve Ayaz 2009, Fleming et al 2007, Kauvonen et al 2006). Ülkemizdeki nüfusun çoğunluğunun (%71,9) egzersiz yapmadığı düşünülürse SYBD leğı alt boyutlarından en düşük puanın fiziksel alt boyutundan alınması beklenen bir sonuçtur. Çalışmamız bulguları toplumumuzda olduğı gibi hastane alışanlarında da egzersiz yapma alışkanlığının olmadığını düşündürmektedir.

Alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde en yüksek puan manevi gelişim alt boyutundan (25,94±4,85) alınmıştır. Çalışmamız sonuçları literatürdeki pek çok çalışma ile benzerlik göstermektedir (am ve ark 2012, Uz 2011, Cürcani ve ark 2010, Balliel 2009, zkan ve Yılmaz 2008, Erci ve ark 2000, Pasinioğlu ve Gözüm 1998, Altıparmak ve Kutlu 2009, Kaya ve ark 2009, Bilgili ve Ayaz 2009, Kaya ve ark 2008, Güler ve ark 2008, Kaya ve ark 2008, Toku ve Berberoğlu 2007, Beşer et al 2007, Altay 2006). Bizim alışma sonuçlarımızdan farklı olarak Türkol ve Güneş'in (2010), Bahar ve arkadaşlarının (2013) yapmış oldukları çalışmalarda kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalaması diğerk boyutlardan daha yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Katılımcıların SYBDÖ ve alt boyutlarının puanları karşılaştırıldığında manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi arasında anlamlı fark vardır. Manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puan ortalamaları sağlık profesyonellerinde; stres yönetimi puan ortalaması ise SPO grupta daha yüksektir. Çalışma sonuçlarına göre; sağlık profesyonellerinde çalışılan yoğun ve stresli ortama rağmen manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puanlarının yüksek olması kendileri adına sevindirici bir bulgudur. Stres yönetimi alt boyut puan ortalamasının SPO grupta yüksek olması, sağlık profesyonellerinin kişilerarası ilişkileri iyi iken, stres yönetimi konusunda yetersiz kaldıklarını düşündürmektedir. Mesleki bilgi ve donanım açısından diğer çalışanlara oranla sağlık sorumluluğu konusunda daha yüksek puan alması beklenen sağlık çalışanlarının kişisel sağlıkları üzerindeki otonomisinin yetersiz olması ve sağlık sorumluluğu puanlarının düşük olması şaşırtıcı bir bulgudur. Çalışma şartları düşünüldüğünde beslenmenin olumsuz etkilenmesi ve dolayısıyla da beslenme alt boyut puanlarının düşük olması ise beklenildiği gibidir.

Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri, Sağlıkla İlgili Tutum ve Davranışları ve SYBDÖ'nün Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Katılımcıların yaşı ile SYBDÖ toplam puan ilişkisi incelendiğinde; sağlık profesyonellerinde yaş ve SYBDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($r=0,112$ $p=0,824$). Sağlık profesyoneli olmayanlarda yaş ve SYBDÖ toplam puanı arasında anlamlı ilişki vardır ($r=0,168$ $p=0,014$). Sağlık profesyoneli olmayan grupta yaş arttıkça SYBDÖ toplam puanı da artmaktadır.

Uz'un 2011, Ballıel'in 2009 yılında hemşirelerle gerçekleştirdiği çalışmalarda SYBDÖ toplam puanı ile yaş arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Sonuçlar araştırma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Özkan ve Yılmaz'ın (2008) hemşirelerle, Güler ve arkadaşlarının öğretim elemanları ile yaptığı çalışmalarda ise, SYBDÖ toplam puanı ve yaş arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). 34 Yaş ve üzeri hemşirelerde ve 32 yaş ve üzeri öğretim elemanlarında SYBDÖ toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Kafkas ve

arkadaşlarının (2012) beden eğitimi öğretmenleri ile yaptığı çalışmada meslek yılı arttıkça (yaş arttıkça) SYBDÖ toplam puan ortalamasının anlamlı bir biçimde azaldığı görülmektedir ($p<0.05$)

Katılımcılarda sağlık sorunu varlığı ile sağlık inanç ve davranışları karşılaştırıldığında; sağlık sorunu ile sağlıklı yaşadığına inanma, sağlıklı hissetme ve düzenli sağlık kontrolü yapma/ yaptıрма arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Her iki grupta da sağlık sorunu olanların sağlıklı yaşadığına inanmadığı ve sağlıklı hissetmediği belirlenmiştir. Sağlık profesyonellerinde sağlık sorunu olması ile düzenli sağlık kontrolü yapma/yaptırma arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=8,765$ $p=0,003$). Sağlık sorunu olmayan sağlık profesyonellerinin düzenli sağlık kontrolü yapma/ yaptıрма oranı daha düşüktür. Sağlık sorunu olmayanların düzenli sağlık kontrolü yapma/yaptırma oranlarının düşük olması birincil korumaya gerektiği kadar önem vermediğimize, sağlıkla ilgili farkındalığımızın, davranış ve tutum düzeyindeki değişikliklerin daha çok hastalandıktan sonra arttığına işaret etmektedir. Oysaki gerek halk sağlığı uygulamalarında gerekse bireysel sağlık uygulamalarında temel olan birincil korumadır. Çalışmamız bulguları hem halk sağlığı hem de temel sağlık uygulamalarına ters düşmektedir.

Kurumsal Durum ve SYBD Geliştirilmesine Yönelik Önerilere İlişkin Bulguların Tartışılması

Katılımcıların çalıştığı kurumdaki SYBD kolaylaştıran/ teşvik eden uygulamalar incelendiğinde; katılımcılar “Çalıştığınız kurumda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınızı kolaylaştıran/teşvik eden uygulamalar var mı?” sorusuna %28,4 (n=244) oranında evet cevabını vermiştir Evet cevabını veren katılımcıların %53,3’ü sağlık çalışanı, %46,7’si diğer hastane çalışanlarıdır.

Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ile ilgili önerileri karşılaştırıldığında; kurum içi eğitimler ($\chi^2=27,908$ $p=0,000$), gelirin artması ($\chi^2=4,932$ $p=0,027$) ve danışmanlık ($\chi^2=23,284$ $p=0,000$) önerileri arasında anlamlı fark vardır. Gelirin artması ve danışmanlık önerileri oranı sağlık profesyonellerinde; kurum içi eğitim önerisi SPO grupta daha yüksektir. Koçoğlu ve

Akın'ın (2009) yaptıkları çalışmada algılanan ekonomik durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde belirleyici olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Ekonomik durumunu kötü algılayanların SYBDÖ puanı, iyi algılayanlara göre düşüktür. Çalışma sonuçları incelendiğinde ekonomik durumunu yeterli bulan sağlık çalışanlarının gelirin artması, ekonomik durumunu yetersiz bulan diğer çalışanların ise SYBD geliştirilmesi ile ilgili önerilerinde gelirin artması önerisine sağlık çalışanları kadar yer vermemesi çelişkisi göze çarpmaktadır.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde; hastane çalışanlarının sosyo-demografik ve mesleki özellikleri, sağlıkla ilgili özellikleri, davranış ve tutumları, çalıştıkları kurumun durumu ve katılımcı önerileri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden alınan puanlar ile ilgili elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlar neticesinde geliştirilen öneriler yer almaktadır.

- Katılımcıların %53,4'ü sağlık profesyoneli ve sağlık profesyonellerinin çoğunluğu (%34,7) hemşiredir. Sağlık profesyoneli olmayan (SPO) grubun oranı %46,6'dır ve bunların %35,7'si personel (temizlik, güvenlik, yemekhane vb.) olarak çalışmaktadır.
- Katılımcıların yaşları 18 ile 61 arasında değişmekte olup, ortalama $33,67 \pm 8,54$ yıldır.
- Deneyim sürelerine bakıldığında; mesleki deneyim süresi 1 ile 39 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması $9,93 \pm 7,64$ yıl, kurumdaki deneyim süresi 1 ile 34 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması $6,00 \pm 5,65$ yıldır.
- Katılımcıların %55,1'i kadın, %24,5'i lisans mezunu, %58,3'ü evlidir. Katılımcıların çalışma biçimleri incelendiğinde sağlık profesyonellerinin %79,8'i nöbet tutarken, diğer grubun sadece %20,2'si nöbet usulüyle çalışmaktadır.
- Sağlık sorunu görülme sıklığı sağlık profesyonellerinde; 1. derece obez oranı sağlık profesyoneli olmayan grupta daha fazladır.
- Sağlık probleminde çözüm arama durumları incelendiğinde sağlık çalışanlarının kendi kendine çözüm bulma ve sağlık sorununu ihmal etme oranı diğer gruptan daha fazladır.
- Sağlık profesyonellerinde tavsiye üzerine ilaç kullanım oranı SPO gruptan daha fazladır.
- SPO grubun düzenli sağlık kontrolü yapma/yaptırma oranı daha fazladır.
- Sağlık profesyonelleri hastanede çalışmanın temel alışkanlıkları (beslenme, uyku, alkol...) olumsuz etkilediğini; beslenme, uyku, fiziksel sağlık, ruhsal/duygusal sağlık, kişilerarası ilişkiler ve iş yaşantısını yetersiz olduğunu ifade etmektedir.

- Katılımcıların SYBDÖ puan ortalaması $126,02 \pm 22,24$ olup; alt boyutlarından manevi gelişim ($25,94 \pm 4,85$) ve kişilerarası ilişkiler ($25,10 \pm 4,47$) puan ortalamaları yüksek, fiziksel aktivite ($15,93 \pm 5,55$), stres yönetimi ($17,52 \pm 4,09$) ve beslenme ($20,62 \pm 4,42$) alt boyut puan ortalamaları düşüktür.
- Sağlık profesyonellerinde alt boyutlardan manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puan ortalaması; SPO grubunda ise stres yönetimi puan ortalaması daha yüksektir.
- SPO grupta yaş arttıkça SYBDÖ toplam puanı da artmaktadır.
- Her iki grupta da sağlık sorunu olanların sağlıklı yaşadığına inanmadığı ve kendini sağlıklı hissetmediği saptanmıştır.
- Katılımcıların çoğunluğu, çalıştığı kurumda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kolaylaştıran/ teşvik eden uygulamalar olmadığını ifade etmiştir.

Araştırma sonuçları göz önüne alınarak;

- Ölçek alt boyutlarından düşük puan alınan (egzersiz, beslenme ve stres yönetimi) alanlarına ağırlık verilerek bu alanlarda hizmet içi eğitimlerin yapılması,
- Kişilerin kurum dışında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme odaklı eğitimlere katılımlarının sağlanması ve desteklenmesi,
- Kurum içi taramalar yaparak çalışanların sağlık sorunlarını fark etmesi konusunda desteklenmesi,
- Katılımcıların önerileri dikkate alınarak çalışanlara özel sağlık sigortası yapılması,
- Egzersiz ile ilgili aktivitelerin uygulanması ve yaygınlaştırılması için gerekli planlamaların yapılması ve aktifleştirilmesi (kurum içi tesisler vb),
- Hastane çalışanlarının çalışma saatleri ve süreleri ile ilgili yeni düzenlemeler yapılarak uyku ile ilgili olumsuz etkilenmenin ortadan kaldırılması/ en aza indirilmesi,
- Hastane çalışanlarının yeterli ve dengeli beslenebilmesi için hastane çalışanları, diyetisyen ve hastane yönetimi işbirliği ile uygun yemek içeriklerinin ve miktarlarının belirlenmesi,

- Sağlığı geliştirici davranışları yapmak için yeterli zaman bulamadığını ifade eden katılımcılara zaman yönetimi hakkında gerekli eğitimlerin verilerek zaman engelinin aşılması konusunda profesyonel destek sağlanması,
- Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili eğitimler yapılması ve yaygınlaştırılması,
- Kurumlardaki fiziksel ve çevresel yapının iyileştirilmesi,
- Kurum içinde sağlıklı yaşama ilişkin rehberlik ve koçluk hizmetlerinin sağlanması,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamadaki güçlük ve aksaklıkların nereden kaynaklandığını araştıran çalışmalar yapılması ve sonuçlar doğrultusunda girişimlerde bulunulması,
- Sağlık davranışları ve sağlık davranışı üzerinde etkili olan faktörlere yönelik olarak daha geniş örnekleme kapsayan araştırmaların yapılması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

- 1) Ahmed SM, Adams AM, Chowdhury M, Bhuiya A. Gender, (2000). Socioeconomic Evelopment And Health-Seeking Behaviour İn Bangladesh. Soc Sci Med 2000; 51:361-371.
- 2) Ajani UA, Lotufo PA, Gaziano JM, Lee IM, Spelsberg A, Buring JE, Willett WC, Manson JE. (2004). Body Mass İndex And Mortality İn US Male Physicians. Ann Epidemiol;14:731–739.
- 3) Akdemir N, Birol L.(2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Perspektif Baskı, İstanbul.
- 4) Aksoy T. (2010). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- 5) Aksungur A, Gökteş B, Önder Ö, Cankulankara Hİ. (2008). Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Hizmetleri Dergisi 10(1): 1-13.
- 6) Aktürk Z. (2013). Sağlıklı Yaşam: Beden Eğitimi Danışmanlığı. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, 1. Baskı, Eskişehir.
- 7) Akyol A, Bilgiç P, Ersoy G.(2008). Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Klasmat Matbaacılık, Ankara.
- 8) Altay B. (2006). Samsun 6 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15–49 Yaş Evli Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. (1. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi’nde poster bildirisi olarak sunulmuştur).
- 9) Altıparmak S, Kutlu KA. (2009). 15-49 Yaş Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Koruyucu Hekimlik Bülteni, Sayı:8: 421-422.
- 10) Arslan C, Ceviz D. (2007). Ev Hanımı Ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 21(5): 211-220.

- 11) Ay FA. (2008). Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. 2. Basım, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti, 2008: 44-46.
- 12) Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. (2005). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 9(2):26-34.
- 13) Aykut M, Ceyhan O, Çetinkaya F, Gün İ, Günay O, Öztürk Y, Öztürk A. (1999). Sağlık Eğitimi, Temel Sağlık Bakımında Sağlık Eğitimi, Erciyes Üniversitesi Yayınları, Kayseri.
- 14) Bahar Z, Bayık A. (1998). Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlık Eğitimi, DSÖ: LEMON Hemşirelikte Eğitim Materyali, Bölüm 5, 1. baskı, Sağlık Bakanlığı Matbaası No:605, Ankara.
- 15) Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 12(1):1-12.
- 16) Bahar Z, Beşer A, Özbiçakçı Ş, Haney MÖ. (2013). Health Promotion Behaviors of Turkish Women. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 6 (1): 9-16.
- 17) Ballıel N. (2009). Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Hemşirelerinde Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Danışman:Yrd. Doç. Dr.Mine Esin Ocaktan
- 18) Baltaş A, Baltaş Z. (2002). Stres ve Başa Çıkma Yolları, Remzi Kitabevi, 21.Basım, İstanbul.
- 19) Barutçugil İ. (2002). Eğitimcinin Eğitimi. Kariyer Yayıncılık, 2. Baskı, İstanbul.
- 20) Başara BB, Güler C, Yentür GK, Birge B, Pulgat Ekinci BM. (2013). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık.

- 21) Beşer A, Bahar Z, Büyükkaya D. (2007). Health Promoting Behaviors and Factors Related to Lifestyle Among Turkish Workers and Occupational Health Nurse' Responsibilities in their Health Promoting Activities. *Industrial Health*, 45: 151-159.
- 22) Bilgili N, Ayaz S. (2009). Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(6): 497-502.
- 23) Bilir N. (2001). Gelecek Yılların Önemli Sağlık Sorunu: Kronik Hastalıklar. *Yeni Türkiye*, 39: 953-961.
- 24) Bilir N, Telatar G. (2005). Tütün Kontrolünde Sağlık Profesyonellerinin Rolü- Dünya Sağlık Örgütü. Tütünsüz Yaşam Derneği Yayınları, Ankara.
- 25) Bozhüyük A. (2010). Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi Uzmanlık Tezi. Adana
- 26) Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. (2012). *Turkish Journal of Family Medicine And Primary Care*, 6(1).
- 27) Cihangiroğlu Z, Deveci SE. (2011). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2): 78-83
- 28) Cürcani M, Tan M, Özdelikara A. (2010). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5):487-492.
- 29) Çakır B, Toprak İ, Yüksel B. (2002). Saha Personeli İçin Toplum Beslenme Programı Eğitim Materyali. Onur Matbaacılık Ofset Ltd. Şti, 3. Baskı, Ankara.
- 30) Çam R, Korkmaz FD, Özşaker E, Demirkıran AE. (2012). Descriptive Cross-sectional Study: Analysis on the Profiles, Healthy Lifestyle Behaviors and Quality of Life of Surgical Nurses Working in A Province of Turkey. *HealthMed*, 6 (12): 4217-4227.

- 31) Çelik GO, Malak AT, Bektaş M, Yılmaz D, Yümer AS, Öztürk Z, Demir E. (2009). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Anatol J Clin Investig*, 3(3):164-169.
- 32) Çimen E. (2010). Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Egzersiz Yarar/Engel Algılarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- 33) Dağdevire Z, Şimşek Z. (2013). Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörler. *TAF Prev Med Bull*, 12(2):135-142.
- 34) Erbaycu AE, Aksel N, Çakan A, Özsöz A. (2004). İzmir İlinde Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Alışkanlıkları. *Toraks Dergisi*, 5(1):6-12.
- 35) Erci B, Tortumluoğlu G, Aydın İ. (2000). Koruyucu Hizmetlerde Görev Yapan Ebelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Gebe ve Lohusa İzlemlerinde Verilen Bakım Hizmetleri Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(1): 16-22.
- 36) Erigüç 2012. Sağlık Kurumları Yönetimi. Anadolu Üniversitesi Yayınları.1. Baskı, Web Ofset, Eskişehir.
- 37) Esen F, Turgut A. (2013). Sağlıklı Yaşam: Sağlıklı Yaşamın Önemi. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, 1. Baskı, Eskişehir.
- 38) Esin MN. (1997). Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. (Yayınlanmamış doktora tezi). İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 39) Esin N, Aktaş E. (2012). Çalışanların Sağlık Davranışları ve Etkileyen Faktörler: Sistematik İnceleme. *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi*, 20 (2): 166-176.
- 40) Ewles L, Simnett I. (2003). *Promoting Health: A Practical Guide to Health Education*. Fifth Edition, Bailliere Tindall, Edinburgh.
- 41) Ferguson KJ. (1998). *Health Behaviour. Public Health& Preventive Medicine*. 14th Edition, Stamford: Appleton&Lange, 811-816.

- 42) Fleming P, Marshall G. (2008). Lifestyle Interventions in Primary Care. Systematic Review Of Randomized Controlled Trials. Can Fam Physician , Volume:54:1706-1713.
- 43) Frank E. (2004). Physician Health And Patient Care. JAMA ,291:637.
- 44) Galloway RD. (2003). Health Promotion: Causes, Beliefs And Measurements. CM&R, 1(3):249- 258.
- 45) Gottwald M, Goodman-Brown J. (2012). An Introduction to Why Health Promotion is Important. First Edition, Open University Press, UK.
- 46) Görpelioğlu S. (2009). Sağlıklı Yaşam Tarzı ve Davranış Değişikliği. Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi, 1:36-41.
- 47) Güler G, Güler N, Kocataş S, Yıldırım F, Akgül N. (2008). Bir Üniversitede Çalışan Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. C.Ü. Hemşirelik Dergisi, 12(3).
- 48) Güner A, Atak N. (2001). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Sağlık Eğitiminin Yaşam Kalitesi Üzerinde Etkisinin Araştırılması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Cilt:54, s:4.
- 49) Güner İC, Demir F. (2006). Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının (SYBD) Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9 (3).
- 50) Hash RB, Munna RK, Vogel RL, Bason JJ. (2003). Does Physician Weight Affect Perception Of Health Advice? . Prev Med, 36:41–44.
- 51) Hulme PA; Walker SN, Effle KJ, Jorgensen L, McGowan M, Nelson JD, Pratt EN. (2003). Health-Promoting Lifestyle Behaviors of Spanish-Speaking Hispanic Adults. Journal of Transcultural Nursing, 14: 244.
- 52) İlhan N, Batmaz M, Akhan U. (2006) Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. (Bu araştırma 23-26 Ekim 2007’de Denizli’de II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde Poster Bildiri olarak sunulmuştur.)

- 53) İnceslesli A. (2005). Çalışma Ortamında Hemşirelerin Sağlığını ve Güvenliğini Tehdit Eden Risk Faktörlerinin İncelenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi- Danışman: Prof Dr. Z. Nazan Alparslan).
- 54) Johnson RL. (2005). Gender Differences in Health-promoting Lifestyles Of African Americans. Public Health Nurse, 22 (2):130-137.
- 55) Kafkas Ş, Kafkas AŞ, Acet M. (2012). Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin İncelenmesi. DPUJSS 32(2).
- 56) Kavas A. (2003). Sağlıklı Yaşam İçin Doğru Beslenme. Literatür Yayıncılık. 3. Basım, 6-15, İstanbul.
- 57) Kaya A. (2013). Kişilerarası İlişkiler ve Etkili İletişim. Tarcan Matbaacılık, 5. Baskı, Ankara.
- 58) Kaya M, Özvarış ŞB, Atlas H, Altay M, Atik Ç, Aytekin G, Badak E. (2009). 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, 28 (1).
- 59) Kaya T, Gürbıyık A, Kılıç S. (2008). Bir Lojman Bölgesinde Yaşayan Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 12(1): 18-24.
- 60) Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, Yorgancı E, Öz BÇF, Kankaya FC. (2008). Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 7(1):59-64.
- 61) Kılıç N. (2006). I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı (9-12 Kasım 2006 Muğla Üniversitesi).
- 62) Kısa İ, Çınar S. (2009). Graves Oftalmopati Hastalara Verilen Eğitimin Semptomlara, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Ve Uyku Sorununa Etkisi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(2):61-67.
- 63) Koçoğlu D, Akın B. (2009). Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. DEUHYO ED, 2 (4), 145-154.

- 64) Langemo D, Volden C. (1990). The Relationship Of Age, Gender And Exercise Practices To Measure Of Health, Lifestyle, Self Esteem. *Appl. Nurs. Res.*3(1):20-26.
- 65) Lusk SL, Ronis DL, Kerr MJ, Atwood JR. (1994). Test of Health Promotion Model As A Causal Model of Worker's Use Of Hearing Protection. *Nursing Research*, 43 (3), 151-157.
- 66) Lüleci E, Hıdıroğlu S, Keskin Y, Kandemir B, Erdoğan M, Sözkese N, Karavuş M. (2013). Marmara Üniversitesi Hastanesine Başvuranların Genel Sağlık Algıları ve Sağlıklı Yaşam Davranış Biçimlerinin Yaşlılık Üzerine Etkisi. IV. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Kitabı, İzmir.
- 67) Manson JE, Willett WC, Stampfer MJ, Colditz GA, Hunter DJ, Hankinson SE, Hennekens CH, Speizer FE. (1995). Body Weight And Mortality Among Women. *N Engl J Med*, 333:677–685.
- 68) Oberg EB, Frank E. (2009). Physicians' Health Practices Strongly Influence Patient Health Practices. *J R Coll Physicians Edinb*, 39: 290–291.
- 69) O'donnel MP. (2009). Definition of Health Promotion 2.0: Embracing Passion, Enhancing Motivation, Recognizing Dynamic Balance, And Creating Opportunities. *Am J Health Promot*, 24(1).
- 70) Okutan O, Taş D, Kaya H, Kartaloğlu Z. (2007). Sigara İçen Sağlık Personelinde Nikotin Bağımlılık Düzeyini Etkileyen Faktörler. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 55(4): 356-363.
- 71) Özbaşaran F, Çetinkaya A, Güngör N. (2004) Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Davranışları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(3).
- 72) Özcan A. (2006). Hasta Hemşire İlişkisi ve İletişim. Sistem Ofset, Ankara.
- 73) Özer K. (2001).Fiziksel Uygunluk. Nobel Yayın Dağıtım, 1.Basım: 1-19,Ankara.

- 74) Özer S, Argon G. (2005). Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları, Sağlığa Verilen Önem Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 21(1) : 63-77.
- 75) Özkan S, Yılmaz E. (2008). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(7).
- 76) Özkurt S, Bostancı M, Altın R, Özşahin A, Akdağ B. (2000). Tıp Fakültesi Çalışanlarında Sigara İçme Prevalansı, Nikotin Bağımlılığı ve Solunum Fonksiyon Testleri. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 48(2): 140-147.
- 77) Özpulat F. (2010). Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Çağdaş Bir Rolü: Eğitici Kimliği. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı.
- 78) Özpulat F, Sivri BB. (2013). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuran 55 Yaş ve Üstü Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. STED, 22(3):80.
- 79) Özvarış ŞB, Güler Ç, Akın L. (2006). Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- 80) Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. (2011). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 8(2).
- 81) Parlar S. (2008). Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı. TAF Preventive Medicine Bulletin, 7(6): 547-554.
- 82) Pasinlioğlu T, Gözümlü S. (1998). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2 (2):60-68.
- 83) Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. (2002). Health Promotion In Nursing Practise. Fourth Edition, New Jersey.
- 84) Pholank C. (1991). Determinant Of Health Promotive Behavior; A Review of Current Research. Nurs Clin N Am, 26(4):815-832.

- 85) Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013). Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017). Sağlık Bakanlığı Yayınları, 3. Basım, Ankara.
- 86) Selvi Y, Özdemir PG, Özdemir, Aydın A, Beşiroğlu L. (2010). Sağlık Çalışanlarında Vardiyalı Çalışma Sisteminin Sebep Olduğu Genel Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 23: 238-243.
- 87) Seviğ Ü. (1998). “Yaşam, Sağlık ve Çevre” DSÖ: LEMON Hemşirelikte Eğitim Materyali, 1. Baskı, Sağlık Bakanlığı Matbaası, Ankara.
- 88) Sönmezer H, Cetinkaya F, Nacar M. (2012). Healthy Life-Style Promoting Behaviour in Turkish Women Aged 18-64. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 13: 1241-1245.
- 89) Srof BJ, Friedrich BV. (2006). Health Promotion in Adolescents: A Review Of Pender’s Health Promotion Model. Nurs Sci Q, 19(4): 366-373.
- 90) Tabak RS. (2000). Sağlık Eğitimi, Somgür Yayıncılık, Ankara.
- 91) Tambağ H. (2011). Hatay Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 47-58.
- 92) Tanrıverdi G, Seviğ Ü, Bayat M, Birkök MC. (2009). Hemşirelik Bakımında Kültürel Özellikleri Tanılama Rehberi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 6(1).
- 93) Taşocak G. (2007). Hasta Eğitimi. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Yayını, İstanbul Üniversitesi Basımı, İstanbul.
- 94) Tayar M, Korkmaz NH. (2007). Beslenme Sağlıklı Yaşam. 2.Baskı, Nobel Yayın, Ankara.
- 95) Tekir Ö.(2005): Hipertansiyon Hastalarına Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. (Danışman: Prof. Dr. Nimet Ovayolu).

- 96) Tengilimoğlu D. (2012). Sağlık Kurumları Yönetimi Hastane Yönetimi ve Organizasyonu. 1. Baskı, Web-Ofset, Eskişehir.
- 97) Tezcan S, Yardım N. (2003). Türkiye’de Çeşitli Sağlık Kurumlarında Doktor, Hemşire ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Boyutu. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 51(4): 390-397.
- 98) Tokuç B, Berberoğlu U. (2007). Edirne Merkez İlçe İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerde Sağlığı Geliştirici Davranışlar. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (6): 421-426.
- 99) Topçu S, Beşer A. (2011). Health Promoting Life-Styles Among Immigrant and Nonimmigrant Women. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4 (2): 56-62.
- 100) Tuğut N, Bekar M. (2005). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11: 3.
- 101) Türkol E, Güneş G. (2010). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 19(3):159-66.
- 102) Ungan M, Tekiner AS. (2013). Sağlıklı Yaşam- Riskli Davranışlar ve Korunma. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Web Ofset, Eskişehir.
- 103) Uz D. (2011). Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz Etkililik Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi.(Tez Danışmanı Doç. Dr. Yeter Kitiş).
- 104) Ünal D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. (2009). Meslek Yüksekokullarının Sağlık Ve Sosyal Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İ.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 14(2):101-109.
- 105) Ünal M. (2013). Sağlıklı Yaşam: Sağlığın Geliştirilmesi. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, 1. Baskı, Eskişehir.

- 106) Vural BK. (1998). Sağlık Riskinin Belirlenmesi Ve Hemşirelik İçin Önemi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2 (2):39-43.
- 107) Walker SN, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist KR .(1990). A Spanish language version of the Health Promoting Lifestyle Profile, Nursing Research, 39 (5): 268-273.
- 108) Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. (2007). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6):409-420.
- 109) Yardım N, Gögen S, Mollahaliloğlu S. (2009). Sağlığın Geliştirilmesi (Health Promotion): Dünyada Ve Türkiye’de Mevcut Durum. İstanbul Tıp Fak Dergisi, 72: 29-35.
- 110) Yılmaz E, Özkan S. (2006). Bir İlçede Çalışan Hemşirelerin Sağlık Sorunları ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1 (3): 82-99.
- 111) Yüksel H. (2012). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışlarına Etki Eden Sosyal Faktörler. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 34.
- 112) Zaybak A, Fadıloğlu Ç. (2004). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 20 (1): 77-95.

10. EKLER

EK-1 Anket Formu

ANKET FORMU

Anket No:

Bu araştırma, hastanemiz çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesini amaçlamaktadır. Her soruya cevap verilmesi araştırmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Anket formuna belirttiğiniz cevapların gizliliği sağlanacaktır. Soruları yanıtlarken göstereceğiniz samimiyet ve ilgiden dolayı teşekkür ederiz.

Danışman: Yard. Doç Dr. Sevim Ulupınar Hemşire Handan Selçuklu

M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Cinsiyetiniz: () 1. Kadın () 2. Erkek
2. Yaşınız :.....
3. Öğrenim Düzeyiniz: () 1. İlköğretim () 2. Lise () 3. Önlisans
() 4. Lisans () 5. Yüksek Lisans/ Doktora/Uzmanlık
4. Medeni Durumunuz: () 1. Evli () 2. Bekar
5. Mesleğiniz:
6. Sağlık Çalışanı Olma Durumunuz: () 1. Sağlık çalışanı () 2. Diğer
7. Mesleki Deneyim Süreniz:.....
8. Kurumdaki Deneyim Süreniz:.....
9. Kadro Durumunuz: () 1. Kadrolu () 2. Sözleşmeli
10. Çalışma Biçiminiz: () 1. Gündüz () 2. Nöbet
11. Özel Sağlık Sigortanız: () 1. Var () 2. Yok
12. Kimlerle Yaşıyorsunuz?
- () 1. Çekirdek aile () 2. Geniş aile () 3. Arkadaş () 4. Akraba () 5. Tek

13. Sağlık Durumu/Sorunu İle İlgili Özellikler

Kilonuz:

Herhangi bir sağlık sorunuz var mı? ()1. Var ()2. Yok
Aile bireylerinde herhangi bir sağlık sorunu var mı? ()1. Var..... ()2. Yok

14. Hastanede alışıyor olmak aşağıdaki alışkanlıklarınızı nasıl etkiledi?(Durumunuzu en iyi ifade eden sütünu “X” işareti ile işaretleyiniz.)

	Olumlu etkiledi	Olumsuz etkiledi	Etkilemedi
Beslenme			
Uyku			
Hijyen			
Sigara			
Alkol			
Enerji içeceği			
Kahve			
İlaç			

15. Aşağıda yer alan konularda kendinizi nasıl hissettiğinizi belirten sütünu “X” işareti ile işaretleyiniz.

	Yeterli	Kısmen Yeterli	Yetersiz
Beslenme			
Uyku			
Hijyen			
Fiziksel sağlık			
Ruhsal/ duygusal sağlık			
Kişilerarası ilişkiler			
İş yaşantınız			
Sosyal yaşantınız			
Cinsel yaşantınız			
Ekonomik durum			

16. Kendinizi genel olarak sağlıklı hissediyor musunuz?

()1. Evet () 2. Hayır ()3. Kısmen

17. Sağlıklı yaşadığınıza inanıyor musunuz?

() 1. Evet () 2. Hayır () 3. Kısmen

18. Sağlığınızı sürdürmek/ geliştirmek için yeterli çaba harcadığınıza inanıyor musunuz?

() 1. Evet () 2. Hayır () 3. Kısmen

19. Herhangi bir sağlık probleminde çözüm arama durumunuz:

- () 1. Hemen bir hastaneye/ doktora başvururum.
- () 2. Kendi kendime çözüm bulmaya çalışırım. (Bitki çayları, sıcak uygulama vb)
- () 3. İhmal ederim.
- () 4. Beni zorlayana kadar hiçbir şey yapmam.

20. İlaç kullanımı ile ilgili olarak (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.) :

- () 1. İlaç alırken mutlaka doktorun reçete ettiği ilaçları kullanırım.
- () 2. Tavsiye üzerine ilaç kullanırım. (Arkadaş, eczacı...)

21. Düzenli sağlık kontrolü yaptırıyor musunuz? () 1. Evet () 2. Hayır

22. Cevabınız evet ise hangi kontrolleri düzenli olarak yapıyorsunuz/ yaptıryorsunuz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- () 1. Check-up
- () 2. Kendi kendine meme muayenesi
- () 3. Pap-smear testi
- () 4. Aşılar
- () 5. Diş kontrolü
- () 6. Tahlil (Kan, idrar,vb.)
- () 7. Diğer.....

23. Sağlık davranışlarınızı geliştirmek için bir şey yapıyor musunuz?

() 1. Evet () 2. Hayır

24. Sağlık davranışlarınızı geliştirmek için neler yapıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- () 1. Yayın (internet, kitap, gazete, dergi vb) okurum, araştırma yaparım.
- () 2. Sağlığa zararlı davranışlardan (sigara, alkol vb) kaçınırım.
- () 3. Hobi/ eğlence/ gezi vb için vakit ayırırım
- () 4. Uzman (doktor, diyetisyen, psikolog, spor hocası vb.) desteği alırım.
- () 5. Özel kurs ve eğitimlere katılırım.

() 6. Diğer.....

25. Sağlığı geliştirici davranışları yapmanıza engel olan etkenler nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

() 1. Herhangi bir engelim yok

() 2. Zamanım yok

() 3. Yeterli maddi gücüm yok

() 4. Kurum/ kaynak/ tesisler yetersiz

() 5. Önem vermeme

() 6. Alışkanlıklar

() 7. Diğer.....

26. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ile ilgili önerileriniz nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

() 1. Kurum içi eğitimler

() 2. Kurum dışı eğitimler

() 3. Kurum içi taramalar

() 4. Özel sağlık sigortası

() 5. Gelirin artması

() 6. Danışmanlık

() 7. Diğer.....

27. Kurumda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınızı kolaylaştıran/teşvik eden uygulamalar var mı?

() 1. Evet

() 2. Hayır

SAĞIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANŞLARI ÖLÇEĞİ II

Aşağıdaki maddelerde yaşam biçiminizi ve alışkanlıklarınızı içeren ifadeler yer almaktadır. İfadeleri dikkatli okuyarak her davranışı ne sıklıkla yaptığınızı işaretleyiniz. Lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmayınız.

(1)Hiçbir Zaman

(2) Bazen

(3)Sık Sık

(4)Düzenli

	1	2	3	4
1. Sorun ve endişelerimi bana yakın kişilerle konuşurum.				
2. Sıvı yağ, doğmuş(katı) yağ ve kolesterolden düşük bir diyet tercih ederim.				
3. Fark ettiğim herhangi bir değişiklik ya da belirtiyi doktoruma veya ilgili sağlık personeline bildiririm.				
4. Planlı (düzenli) bir egzersiz programı takip ederim.				
5. Yeterince uyurum.				
6. Pozitif (olumlu) yönde değiştiğimi ve geliştiğimi fark ederim.				
7. İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8. Şeker ve şeker içeren gıdaları sınırlı kullanırım.				
9. Sağlığı geliştirici kitap, gazete okurum, televizyon programlarını takip ederim.				
10. Haftada en az 3 kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüme, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11. Her gün gevşemeye ve rahatlamaya zaman ayırırım.				
12. Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.				
13. Başkalarıyla anlamlı ve nitelikli ilişkiler kurarım.				
14. Her gün 6 ile 11 porsiyon arasında ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.				
15. Sağlık personelinin önerilerini iyi anlamak için sorular sorarım.				
16. Haftada en az 5 kez orta derecede fiziksel aktivite (örneğin; 30-40 dakikalık kesintisiz yürüyüş) yaparım.				
17. Yaşantımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.				
18. Geleceğe umutla bakarım.				
19. Yakın arkadaşlarımla zaman geçiririm.				

20. Günde 2- 4 porsiyon meyve yerim.				
21.Sağlık bakımı veren kişinin tavsiyeleri ile ilgili kafamda soru olursa, başka bir sağlık personeline danışırım.				
22. Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi fizik aktiviteler yaparım.				
23. Uykuya dalmadan önce mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım.				
24. Kendimle barışığım.				
25. Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm.				
Günde 3-5 porsiyon meyve yerim.				
Sağlığımı ilgili kaygılarımı sağlık personeli ile görüşürüm- tartışırım.				
Haftada en az 3 kez germe(kas güçlendirme) egzersizleri yaparım.				
Stresimi kontrol altına almak için özel yöntemler kullanırım.				
Uzun süreli hedeflerime ulaşmak için çalışırım.				
Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim.				
Günde 2-3 bardak süt içerim, 2-3 porsiyon yoğurt ve peynir yerim.				
Ayda en az bir kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri açısından vücudumu gözlemlerim.				
Günlük hayatımdaki faaliyetlerde egzersiz yapmaya çalışırım (örneğin; yemek saatlerinde yürürüm, asansör yerine merdivenleri kullanırım, arabamı uzağa park ederim, gideceğim yere yürürüm.)				
İş ve eğlence zamanlarımı dengelerim.				
Her günü ilginç ve mücadeleye değer bulurum.				
Sıkı dostluklar kurmaya çalışırım.				
Günde sadece 2-3 porsiyon et, balık, tavuk ve yumurta, kuru bakliyat ve kuruyemiş yerim.				
Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık personelinden yardım alırım.				
Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.				
Günde 15- 20 dakikayı gevşemek, rahatlamak için kullanırım.				

Yaşantımda benim için neyin önemli olduğunun bilincindeyim.				
Sağlık destek kuruluşlarından destek alırım.				
Paketlenmiş hazır gıdalardaki besin değerleri, yağ ve sodyum oranlarını öğrenmek için içeriklerini okurum.				
Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitim toplantılarına katılırım.				
Egzersiz yaparken hedef kalp hızıma ulaşırım.				
Yorgunluk yaratmaması için ağır ve düzgün adımlarla yürürüm.				
Manevi bir gücün varlığına inanırım.				
Başkalarıyla olan uyuşmazlıklarımı onlarla konuşup, tartışarak ve uzlaşarak çözerim.				
Kahvaltı ederim.				
Gerektiğinde yardım ve danışmanlık alırım.				
Yeni deneyimler ve heyecanlar yaşamaya açığım.				

EK-2 Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

PROJENİN ADI: Hastane Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi

PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Yrd. Doç. Dr. Sevim ULUPINAR

PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR : Handan SELÇUKLU

ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 21.12.2012-25

Sayın Yrd. Doç. Dr. Sevim ULUPINAR

124 protokol nolu "Hastane Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi" isimli projeniz Enstitümüzün Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

F. Arıcıoğlu.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Komisyon Başkanı

Serap Şirvanci

Doç. Dr. Serap ŞİRVANCI
Komisyon Başkan Yardımcısı

Serap Akyüz

Prof. Dr. Serap AKYÜZ

Levent Kabasakal

Doç. Dr. Levent KABASAKAL

Prof. Dr. Aysel PEHLİVAN

Nefise Bahçecik

Doç. Dr. Nefise BAHÇECİK

Doç. Dr. Oğuzhan DEYNELİ

Asım Cingir

Doç. Dr. Asım CİNGİR

Doç. Dr. Pınar AY

Murat Çekin

Yrd. Doç. Dr. Murat ÇEKİN

Zübeyir Sari

Yrd. Doç. Dr. Zübeyir SARI

Tolga Güven

Yrd. Doç. Dr. Tolga GÜVEN

EK-3 İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği
Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyon Onayı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 35778018-770-10653
Konu : Tez İzni Hk.

07/05/2013

SAYIN HANDAN SELÇUKLU
Anadolu Güney Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği
Tıbbi Hizmetler Başkanlığı

İlgi : 22/03/2013 tarihli dilekçeniz.

"Hastane Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi" konulu tez çalışmanız Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyonumuz tarafından incelenmiş olup 02/04/2013 tarihli alınan kararla çalışmanızı talebiniz üzere Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapmanız uygun görülmüştür. Çalışmanın 06/05/2013 tarihinden itibaren 3 (üç) ay içerisinde tamamlanması ve bitiminde bir nüshasının tarafımıza iletilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uz.Dr. E.Ersin ŞİMŞEK
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	HANDAN	Soyadı	(SELÇUKLU) ÇETİNER
Doğum Yeri	BURSA	Doğum Tarihi	10.03.1981
Uyruğu	TC	TC Kimlik No	16795765826
E-mail	handanselcuklu@gmail.com	Tel	05052703640

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2009-
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu	2001-2006
Lise	Bursa Anadolu Sağlık Meslek Lisesi	1995-2000

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi Sorumlu Hemşiresi	Eyüp Devlet Hastanesi	2014-
2.	Uzman	İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği	2012-2014
3.	Eğitim Hemşiresi	Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas EAH	2005-2012
4.	Kardiyovasküler Cerrahi YBÜ Klinik Hemşiresi	Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas EAH	2003-2005

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	orta	Orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu #								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	58.893	60.904	61.155
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office 2007(Word, Excel, Powerpoint,Publisher)	İyi
Windows Movie Maker 2007	İyi
SPSS 16	Orta

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifikaları/Ödülleri/Diğer

16Mayıs 2005	V. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi-Ordu (Bir Grup Kadında Kendi Kendine Meme Muayenesi ile Sağlık İnançları Arasındaki İlişki)	Poster Bildiri Çalışması
10-11 Mart 2005	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Adolesan Sağlığı Sempozyumu	Katılımcı
26-28 Eylül 2005	Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği II. Ulusal Kongresi-	Katılımcı
2007-2008-2009-2010-2011 ve 2012	Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programı Planlama ve Uygulama	Eğitimci + Program Organizasyonu
12 Nisan 2007	Acil Serviste İntihar Girişimlerinde Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı Eğitim Toplantısı	Katılımcı

14-15-16 Ocak 2008	İl Sağlık Müdürlüğü ve Marmara Üniversitesi “ Temel Hemşirelik Eğitici Eğitimi Modülü-I”	Katılımcı
03-28 Mart 2008	İstanbul Sağlık Müdürlüğü Hizmet İçi Eğitim Hemşireliği Sertifika Programı	Kursiyer (Program sonunda sertifika verilmiştir)
08-09-10 Nisan 2008	İl Sağlık Müdürlüğü ve Marmara Üniversitesi “ Temel Hemşirelik Eğitici Eğitimi Modülü-II”	Katılımcı
Nisan 2008	İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Hemşireliği Hizmet İçi Eğitim Kursu	Katılımcı
28 Mayıs 2008	İstanbul Validebağ Sağlık Meslek Lisesi “Şok ve Hemşirelik” Konulu Eğitim	Eğitimci
09-13 Haziran 2008	İstanbul Sağlık Müdürlüğü ‘ Ölçme ve Değerlendirme” Modül Eğitimi	Katılımcı
18 Haziran 2008	I.Koroner Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu	Organizasyon+ Katılımcı
22-23 Eylül 2008	İstanbul Sağlık Müdürlüğü Bilgisayar Eğitim Programı	Katılımcı
20 Kasım 2008	İstanbul Sağlık Müdürlüğü I. Eğitim Hemşireliği Sempozyumu	Katılımcı
28 Kasım-2 Aralık 2008	IV. Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahide Yenilikler Kongresi“Kalp Transplantasyonu Sonrası Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Bakımında Yenilikler”	Konuşmacı
27 Aralık 2008	Yeditepe Üniversitesi Kardiyovasküler Hastalıklarda Teknoloji İle Gelen Yaşam	Katılımcı
16-17 Şubat 2009	İstanbul Sağlık Müdürlüğü Temel Yaşam Desteği Modül Eğitimi	Katılımcı
25-27 Şubat 2009	İstanbul Sağlık Müdürlüğü Hedef Geliştirme Modül Eğitimi	Katılımcı
Mart 2009	İstanbul Sağlık Müdürlüğü Dahiliye Hemşireliği Programı “EKG Çekimi ve Hasta Monitorizasyonu”	Eğitimci
1-2 Nisan 2009	İstanbul Sağlık Müdürlüğü Hemşirelikte Araştırma Eğitimi	Katılımcı
6 Nisan-29 Mayıs 2009	İstanbul Sağlık Müdürlüğü Ameliyathane Hemşireliği Sertifika Programı	Organizasyon + Eğitimci
16 Nisan 2009	II.Koroner Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu	Organizasyon+ Katılımcı
7 Mayıs 2009	Erenköy Fizik Tedavi Hastanesi “Kalbin Anatomisi ve EKG Yorumlama’ ’Konulu Eğitim	Eğitimci
28 Mayıs 2009	İstanbul Validebağ Sağlık Meslek Lisesi “Pulmoner Aciller”Konulu Eğitim	Eğitimci
24-28 Eylül 2009	V. Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahide Yenilikler Kongresi	Katılımcı
17 Mart 2010	SANERC “Sağlıkta Bilgi Güvenliği” Semineri	Katılımcı
05 Ekim-16 Kasım 2009	Koroner Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programı	Organizasyon+ Eğitimci
12 Ekim-20 Kasım 2009	Ameliyathane Hemşireliği Sertifika Programı	Organizasyon+ Eğitimci

21 Mart-10 Nisan 2010	Biyoistatistik Kursu	Katılımcı
13 Mayıs 2010	Amerikan Hastanesi “Kanserde Palyatif Bakım: Psikososyal Boyut” Sempozyumu	Katılımcı
15-17 Nisan 2010	4. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi- Trabzon	Katılımcı
07-08 Ekim 2010	İstanbul Sağlık Müdürlüğü “Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu”	Katılımcı
27-31 Ekim 2010	Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneği 11. Ulusal Kongresi “ KVC YBÜ Hemşiresinin Oryantasyon Eğitimi Nasıl Olmalıdır?”	Konuşmacı
27 Kasım 2010	Yeditepe Üniversitesi “Diyabet Yönetiminde Yenileşim”	Katılımcı
21.04.2011	İstanbul Sağlık Müdürlüğü “Kadın Kanseri” Konulu Konferans	Katılımcı
03.05.2011	İstanbul Sağlık Müdürlüğü “Onkoloji Hemşireliği Sempozyumu”	Katılımcı
27.05.2011	İstanbul Sağlık Müdürlüğü- SANERC “Hemşireler Günü Sempozyumu”	Katılımcı
08.06.2011	Abbott Laboratuvarları “Kan Şekeri Ölçüm Cihazları” Konulu Sertifika Programı	Katılımcı
27-29 Nisan 2012	“8. Yara Bakım Hemşireliği Kursu”	Katılımcı
Nisan 2012	Kurumsal Sağlık İletişimi, Kurumsal Kriz Yönetimi ve İş Stratejileri Eğitimi	Katılımcı
8-11 Kasım 2012	Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneği 12. Ulusal Kongresi-Antalya	Katılımcı
16.05.2013	İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği “1. Hemşirelik Sempozyumu”	Katılımcı

Teşekkür/ Takdir

- Teşekkür Belgesi: İstanbul Sağlık Müdürlüğü Ölçme ve Değerlendirme Modülüne Katkı (09-13 Haziran 2008)
- Teşekkür Belgesi: İstanbul Sağlık Müdürlüğü I. Koroner Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumuna Katkı (18 Haziran 2008)
- Teşekkür Belgesi: İstanbul Sağlık Müdürlüğü Koroner Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programına Katkı (05 Ekim-16 Kasım 2009)
- Teşekkür Belgesi: İstanbul Sağlık Müdürlüğü Ameliyathane Hemşireliği Sertifika Programına Katkı (12 Ekim-20 Kasım 2009)
- Teşekkür Belgesi: İstanbul Üsküdar Validebağ Anadolu Sağlık Meslek Lisesi Eğitim Programına Katkı (08 Haziran 2009)
- Teşekkür Belgesi: Sağlık Bakanlığı Koroner Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programına Katkı (05.10.2009-16.11.2009)
- Teşekkür Belgesi: İstanbul Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programına Katkı (28 Ocak 2010)
- Teşekkür Belgesi: İstanbul Sağlık Müdürlüğü Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programı (01 Şubat-26 Mart 2010)
- Teşekkür Belgesi: İstanbul Sağlık Müdürlüğü Ameliyathane Hemşireliği Sertifika Programına Katkı (15 Mart-26 Nisan 2010)
- Teşekkür Belgesi: İstanbul Sağlık Müdürlüğü İç Hastalıkları Hemşireliği Sertifika Programına Katkı (12 Nisan-10 Mayıs 2010)
- Teşekkür Belgesi: Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programına Katkı (20 Eylül-12 Kasım 2010)
- Teşekkür Belgesi: Sağlık Bakanlığı Ameliyathane Hemşireliği Sertifika Programına Katkı (22 Kasım-31 Aralık 2010)
- Teşekkür Belgesi: İstanbul Sağlık Müdürlüğü Ameliyathane Hemşireliği Sertifika Programına Katkı (22 Kasım-31 Aralık 2010)
- Teşekkür Belgesi: Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programına Katkı (06 Aralık 2010-28 Ocak 2011)
- Teşekkür Belgesi: İstanbul Üsküdar Validebağ Anadolu Sağlık Meslek Lisesi Eğitim Programına Katkı (20 Ocak 2012)
- Teşekkür Belgesi: İstanbul Sağlık Müdürlüğü Hasta Okulu Programına Katkı (2012)
- Teşekkür Belgesi: Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Sertifika Programına Katkı (Mayıs 2012)

Ödüller

- 16 Mayıs 2005 Prof. Dr. Perihan Velioğlu Hemşirelik Fonu Teşvik Ödülü