



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÜNİVERSİTEDE GÖREV YAPAN İDARİ PERSONELİN
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ**

Aykut İMER
Yüksek Lisans Tezi

BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR ANABİLİM DALI

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Uğur ABAKAY

Gaziantep

2013

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR ANABİLİM DALI

ÜNİVERSİTEDE GÖREV YAPAN İDARİ PERSONELİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

Aykut İMER

Tez Savunma Tarihi: 16.01.2013

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Ali GÜR

Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr. Uğur ABAKAY

Tez Danışmanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

İmzası

Prof. Dr. Ali Gür (Başkan)

Yrd. Doç. Dr. Mürsel BİÇER

Yrd. Doç. Dr. Uğur ABAKAY (Danışman)

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından 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 olmadığı beyan ederim.

Aykut İMER

16.01.2013

TEŞEKKÜR

Öncelikle Yüksek lisans eğitimim süresince bana yol gösteren, çalışmamın her aşamasında yanımda olan, içten ve samimi bir şekilde bilgisini, tecrübesini desteğini hiç esirgemeyen danışmanım Yrd. Doç. Dr. Uğur ABAKAY'a en samimi duygularıyla teşekkürlerimi sunarım. Yüksek lisans öğrenimim sürecinde bize güler yüzü, yardımseverliği ve anlayışı ile destek veren Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Ali GÜR'e teşekkür ederim. Tez yapım aşamasında gerekli motivasyonu sağlamam açısından hep destekçim olan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Mürsel BİÇER'e şükranlarımı sunarım. Güler yüzlü Gaziantep Üniversitesi idari personeline teşekkür ederim. Doğduğum günden bugüne kadar geçen sürede maddi manevi desteklerini hep yanımda gördüğüm sevgili babam Atilla İMER ve sevgili annem Suna İMER başta olmak üzere kıymetli aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
ŞEKİLLER LİSTESİ	iv
TABLolar LİSTESİ	v
EKLER LİSTESİ.....	vi
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ ve AMAÇ	3
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Sağlık Kavramı.....	6
2.1.2. Sağlığı koruma ve geliştirme.....	8
2.1.2.1. Sağlığı koruma.....	8
2.1.2.2. Sağlığı geliştirme	9
2.1.3. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları	11
2.1.3.1. Sağlık sorumluluğu	15
2.1.3.2. Egzersiz ve fiziksel aktivite.....	16
2.1.3.3.Beslenme	18
2.1.3.4. Kendini gerçekleştirme (Manevi gelişim).....	20
2.1.3.5. Kişiler arası destek.....	22
2.1.3.6. Stres yönetimi	23
2.2. Devlet Memurluğu.....	24
2.2.1. Daire başkanının görevleri	24
2.2.2. Şefin görev, yetki ve sorumlulukları	25
2.2.3. Fakülte sekreterinin görevleri.....	26

2.2.4. Şube müdürünün görevleri.....	27
3. GEREÇ ve YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Yöntemi	28
3.2. Evren ve Örneklem.....	28
3.3. Veri Toplama Araçları.....	29
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA SONUÇ.....	44
6. KAYNAKLAR.....	49
EKLER	57
ÖZGEÇMİŞ.....	59

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No
Şekil 1. Pender'in sağlık geliştirme modeli.....	11
Şekil 2. Maslow'un gereksinimler zinciri.....	21

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 1. Araştırma Grubuna Ait Demografik Özellikler	29
Tablo 2. Araştırma Grubunun Cinsiyet Değişkeni Açısından SYBDÖ II'nin Alt Boyutlarından elde ettikleri Puanların Karşılaştırması	31
Tablo 3. Kadın Personelin Yaş Değişkenine Göre SYBDÖ II'nin Alt Boyutlarından elde ettikleri Puanların Karşılaştırması	32
Tablo 4. Kadın Personelin Görev Durumlarına Göre SYBDÖ II'nin Alt Boyutlarından elde ettikleri Puanların Karşılaştırması	33
Tablo 5. Kadın Personelin Çalışma Süresi Değişkenine Göre SYBDÖ II'nin Alt Boyutlarından elde ettikleri Puanların Karşılaştırması	34
Tablo 6. Kadın Personelin Spor Yapma Değişkenine Göre SYBDÖ II'nin Alt Boyutlarından elde ettikleri Puanların Karşılaştırması	35
Tablo 7. Kadın Personelin Sigara Kullanma Durumlarına Göre SYBDÖ II'nin Alt Boyutlarından elde ettikleri Puanların Karşılaştırması	36
Tablo 8. Erkek Personelin Yaş Değişkenine Göre SYBDÖ II'nin Alt Boyutlarından elde ettikleri Puanların Karşılaştırması	37
Tablo 9. Erkek Personelin Görev Değişkenine Göre SYBDÖ II'nin Alt Boyutlarından elde ettikleri Puanların Karşılaştırması	38
Tablo 10. Erkek Personelin Çalışma Süresi Değişkenine Göre SYBDÖ II'nin Alt Boyutlarından elde ettikleri Puanların Karşılaştırması	39
Tablo 11. Erkek Personelin Spor Yapma Değişkenine Göre SYBDÖ II'nin Alt Boyutlarından elde ettikleri Puanların Karşılaştırması	40
Tablo 12. Erkek Personelin Sigara Kullanma Durumlarına Göre SYBDÖ II'nin Alt Boyutlarından elde ettikleri Puanların Karşılaştırması	41
Tablo 13. Kadın Personellerin SYBDÖ II'nin Alt Boyutlarından Elde Ettikleri Puanlar Arasındaki ilişki	42
Tablo 14. Erkek Personellerin SYBDÖ II'nin Alt Boyutlarından Elde Ettikleri Puanlar Arasındaki ilişki	43

EKLER LİSTESİ

Sayfa No

Ek 1. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II.....	57
--	-----------

ÖZET

ÜNİVERSİTEDE GÖREV YAPAN İDARİ PERSONELİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

Aykut İMER

Yüksek Lisans Tezi, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı
Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Uğur ABAKAY
Ocak 2013, 59 sayfa.

İnsanların mutlu, başarılı ve kaliteli bir yaşam sürdürmelerinde sağlık önemli bir yer tutmaktadır. Geçmiş dönemlerde ve geleneksel anlayışta sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Bu tanım hastalık kavramını öne çıkarmış, kişilerin sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiş ve belirli semptomları ya da sakatlığı olmayan herkes sağlıklı olarak kabul edilmiştir. Sağlıklı olmak her insanın temel hakkı olup, bunun sağlanması ve sürdürülmesi sağlık personelinin temel amacı olduğu kadar, kişinin de kendi sorumluluğudur. Kişinin sağlığı geliştirici davranışları kazanması için, kendini kontrol etmesi, bu davranışları kazanmak için istek duyması gerekir. Bu araştırma, üniversitede görev yapan idari personellerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmada, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” kullanılarak nicel veriler toplanmıştır. İstatistiksel analizlerde Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programından (SPSS 16.0) yararlanılmıştır. İkili gruplar için Independent t-testi, çoklu gruplar için One way anova testi, iki değişken arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Spearman’s korelasyon testi kullanılmıştır. Araştırma örneklemine 194 personel alınmıştır. Sonuç olarak; kadın personellerin sağlık sorumluluklarının daha yüksek olduğu, erkeklerin fiziksel aktivitelere daha çok önem verdiği, elde ettiğimiz bulgulara göre çalışmamıza katılan kadınların sigara kullanımı, yaş, çalışma süresi ve görev durumları bakımından sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında farklılık olmadığı, spor yapan kadın ve erkeklerin sağlıklı yaşam alışkanlıklarının daha yüksek olduğu, çalışma süresi artan erkeklerin beslenmelerine daha çok dikkat ettiği belirlenmiştir. Ayrıca, sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutlarından alınan puanlara ilişkin yapılan korelasyon analizinde bir davranış olumlu yönde artarken diğerinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Davranış, İdari personel , Sağlık, Yaşam

ABSTRACT

RESEARCH ON THE HEALTHY LIFE STYLE BEHAVIORS OF THE ADMINISTRATIVE STAFF EMPLOYED AT THE UNIVERSITY

Aykut İMER

MSc Thesis, Department of Physical Education and Sport

Supervisor: Ass. Prof. Dr. Uğur ABAKAY

January 2013, 59 pages

Health has great importance in human life in order to be happy and in main training a high quality of life. The concept of health in traditional approach, in earlier times, was perceived and described as the absence of disease and infirmity only. This definition drove forward the concept of disease, health of the individual was evaluated based upon that concept and everyone who has no specific symptoms or disability was accepted as in good health. Since wellness is fundamental right of every individual, ensuring and maintaining this not only duty of health care providers but also one' sown. In order to have health-promoting behaviors, individual should have self control, and should be willing to have these behaviors. This search was carried out to determine the healthy lifestyle behaviors of the administrative staff employed at the university. In the search, quantitative data were collected by using Healthy Lifestyle Behaviors Scale II. In statistical analysis, Statistical Program for Social Sciences (SPSS 16.0) was used. For binary groups Independent t-test, for multi groups One Way Anova test, and to determine the relationship between the two variables Spearman's correlation test were used. In the research sample, 194 staff members were examined. As a result; It was detected that female stuff had higher health responsibility, and male stuff attached much importance to physical activities. According to our findings, healthy lifestyle behaviors did not differ for the women participating in our study, in point of smoking status, working hours and working conditions. Men and women engaged in sports had higher healthy life style habits. Men, who had increasing working hours, paid much more attention to nutrition. Furthermore, in the correlation analysis of the points taken from sub-dimensions of healthy lifestyle behaviors, it is concluded that While a behavior was rising in a positive way, the other was also increasing.

Key Words: Behaviors, Administrative staff, Healt, Life

1.GİRİŞ ve AMAÇ

İnsanların mutlu, başarılı ve kaliteli bir yaşam sürdürmelerinde sağlık önemli bir yer tutmaktadır. Geçmiş dönemlerde ve geleneksel anlayışta sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Bu tanım hastalık kavramını öne çıkarmış, kişilerin sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiş ve belirli semptomları ya da sakatlığı olmayan herkes sağlıklı olarak kabul edilmiştir (1, 2).

Günümüzde bilim ve teknolojiye ilerlemeler nedeniyle dünyada hızlı bir değişim süreci yaşanmakta, bireylerin daha kaliteli yaşam talebi artmaktadır. Sağlık alanındaki gelişmeler bazı hastalıkların nedenlerini açıklayıp tedavi etse de bunların yerine yeni “ölüm nedenleri” çıkmakta, dünyanın pek çok gelişmiş ülkesinde insanlar bulaşıcı hastalıklar nedeni ile değil örneğin; kalp damar hastalıklarından, kanser, yaşam biçimine bağlı sorunlardan (alkol, uyuşturucu alışkanlıkları, sigaraya bağlı hastalıklar, fazla yemeye bağlı obezite vb) ve çevre kirliliği gibi nedenlerden ölmektedirler (2, 3).

Sağlık davranışı; sağlık, sağlığın korunması ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili davranışlar bütünü olarak tanımlanmaktadır (4). Sağlığın gelişimi, yalnızca hastalıkları önlemeye yönelik değil, aynı zamanda bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu da iyileştirmeyi amaçlamaktadır (5, 6). Bu anlamda günümüz sağlık anlayışı; bireyi, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını içermektedir (7).

Sağlığın geliştirilmesi; bireylerin fiziksel ve mental sağlıklarını optimum düzeye yükseltmek, fiziksel ve sosyal çevresini geliştirebilmelerini sağlamak için bilinçli karar verme sürecine yardımcı olmaktır (8, 9). Aynı zamanda bireylerin yaşam biçimlerini değiştirmeleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeleri gereklidir (10).

Başka bir ifadeyle sağlığın geliştirilmesi, öncelikle insanların kendi sağlıklarını düzeltmesi, kontrol etmesi ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşması olarak tanımlanabilir.

Bu hedefin gerçekleştirilebilmesi için sigara, alkol ve madde kullanımı, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite durumu, şiddet davranışları, cinsel davranışlar, sağlıksız kilo kontrolü, aile ile iletişim sorunları ve stres yönetimi gibi riskli davranışlardan uzak durulması gerekmektedir (11).

Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu da daha iyi bir seviyeye getirebilmektedir. Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalabilmek ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür (12).

Sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyi; egzersiz, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi olarak gruplandırılmaktadır (13).

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 (14).

Literatürde sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyi hakkında farklı gruplar üzerinde yapılan araştırmalar, bu davranışların henüz istendik bir erişkinliğe ulaşmadığını bildirmektedir.

Tokuç ve Berberoğlu'nun (15) ilköğretim öğretmenleri üzerinde yaptığı araştırmada, öğretmenlerin, sağlığı geliştirici davranış düzeylerinin genel olarak iyi olduğu, en yüksek puan ortalamasının beslenme alt boyutunda, en düşük puan ortalamasının ise egzersiz alt boyutunda olduğu saptanmıştır.

Beşer ve ark. (16) gıda sektöründe çalışanlar üzerinde yaptığı çalışmada, gıda sektöründe çalışanların sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin orta seviyede, egzersiz ve sağlık sorumluluğu alt boyutunun ise en alt sırada olduğu belirtilmektedir.

Özellikle öğretmenler üzerinde yapılan araştırmalar incelendiğinde, öğretmenlerin hemen hemen yarısının egzersiz yapmadığı, önemli bir kısmının ise sigara ve alkol kullandığı tespit edilmiştir (17).

Buna ek olarak, öğretim elemanları üzerinde yapılan bir araştırma bulgusuna göre, öğretim elemanlarının sağığı geliştirme ile ilgili sağık davranış düzeylerinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir (18).

Sağılıklı yaşam biçimi davranış düzeyini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar arasında; demografik özellikler, sosyo-ekonomik durum, davranışsal, durumsal faktörler, biyolojik özellikler ve kişilerarası etkileşim gösterilmektedir (19, 13).

Sağılıklı olmak her insanın temel hakkı olup, bunun sağılanması ve sürdürölmesi sağık personelinin temel amacı olduğu kadar, kişinin de kendi sorumluluğudur.

Kişinin sağığı geliştirici davranışları kazanması için, kendini kontrol etmesi, bu davranışları kazanmak için istek duyması gerekir.

Çünkü sağığı geliştirmek için olumlu sağık davranışının kazandırılması ve sürdürölmesi gerekir. Bu nedenle üniversite çalışan idari personellerin sağık davranışlarının incelenmesi ve eksik oldukları konularda desteklenmesi toplum sağığı açısından önemlidir. Bu araştırma, üniversitede görev yapan idari personellerin sağılıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Kavramı

Türkçede, sağlık kavramı “sağ olmak, hayatta olmak” kökünden gelmektedir. İngiliz dilinde de “health” sağlık, “wholeness” bütünlük ve sağlamlık köküne dayalıdır. Sağlık kavramıyla ilgili farklı tanımlar yapılmıştır. Yakın zamana kadar sağlık; “hastalık ya da sakatlığın olmayışı” olarak sade bir ifadeyle tanımlanıyordu. Bu tanıma göre hastalığı semptomlar boyutuna sıkıştırmış ve insanı psikolojik ve sosyal yönüyle bir bütün olarak ele almamıştır.

Oysa ki sağlık; kültürel, ekonomik, sosyal, biyolojik ve fiziksel faktörlerden etkilenir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; “sadece bir hastalığın ya da sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlar (20, 21).

Sağlık anlayışı değişken olup, zamanla kişiden kişiye, toplumdan topluma değişiklikler göstermiştir. Günümüzde hastalık yerine sağlıkla ilgilenilmektedir; çünkü insanlar yüksek iyilik durumunu hastalık durumuna tercih etmekte, yaşamı sevmekte ve yaşama aktif olarak katılabilmeyi istemektedir (22).

Zaman ile birlikte sağlığın, bireyin içinde bulunduğu ve yetiştiği toplumun özellikleriyle ilişkisi anlaşılmış, sağlık ve hastalık durumları farklı olarak algılanmıştır. Hastalıkların oluşumunda bakteri, virüs vb. özel bir etkenin rolü olduğunun anlaşılması ile tanı koyma girişimleri başlamıştır. 20.yüzyıl başlarında, sağlık ve hastalık bir süreç olarak kabul görmüş, “biri var ise diğeri yoktur” anlayışı iki uç kavram olarak değerlendirilmiştir. Bir uçta hastalık ve diğer uçta yüksek düzeyde iyilik vardır. Sağlık dinamik ve değişken bir durumdur. Sağlık nicel olup ölçülebildiği gibi (kan basıncı, vücut sıcaklığı...) kişisel değer ve inançlardan etkilendiği için aynı zamanda niteldir (diyet, egzersiz...).

Sağlık ayrıca öznel ve nesnel boyutları ile de algılanmaktadır. Bireyin öznel sağlık durumu, kendi sağlığını nasıl algıladığıdır. Nesnel sağlık durumu ise çeşitli test ve muayene sonunda hastalık ve yetersizliğin bulunmadığının kanıtlandığı durumlardır (23, 22).

Günümüz içerisinde sağlık tanımları, sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklanmıştır (24). Sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklanan kuramcılar, sağlığı çeşitli boyutlarıyla tanımlamaktadırlar.

Betty Neuman sağlığı, iyi olma hali, iyilik durumu olarak görmüş, fiziksel, ruhsal ve sosyo-kültürel olmak üzere alt sistemlerin dengesinin ve insanın bunlarla uyum içinde olmasının sağlık durumunu olumlu etkileyeceğini belirtmiştir (25, 26, 27).

Halbert Dunn sağlığı, bireyin kendi kendine gerçekleştirebileceği bir durumu ve bu durum karşısında en yüksek potansiyele ulaşması olarak tanımlamıştır. Birey bu yüksek düzeyde iyilik haline ulaşabilmek için özgür olmalı ve yaratıcı gücünü kullanabilmelidir (28).

Hoyman sağlığı, verimli, üretici ve yaratıcı bir çevrede bireyin yüksek düzeyde iyilik hali olarak tanımlamıştır. Sağlık hareketli bir süreçtir ve genetik, çevre, davranış gibi durumlardan etkilenebilmektedir (29).

Bazı yayınlarda DSÖ tarafından yapılan tanımın kısıtlı yanlarının olduğundan ve sağlığın spiritualizm, kalite ve kantite gibi kavramları da içerecek şekilde tekrar tanımlanması gerektiğinden bahsedilmektedir (30).

Sağlığın, fiziksel kapasitenin yanı sıra sosyal ve kişisel dayanakları olan pozitif bir kavram olduğu ve kişilerin en önemli değerleri ya da sorumlulukları arasında olması gerektiği belirtilmektedir. Sağlığa verilen önemin bireyler üzerindeki etkisi oldukça açıktır. Eğer kişi sağlık problemi olduğunu algılamıyorsa, problem olmadığı için, sağlığını geliştirmek için gereken çabayı harcamayacaktır. Sağlık sorunu olmadığını düşünerek, sağlığı geliştirmek için profesyonel kişilerinde yardımını istemeyeceklerdir. Bu nedenden dolayı sağlığı algılama oldukça önemlidir (31).

2.1.2. Sağlığı koruma ve geliştirme

“Herkes için Sağlık” tüm ye devletler ve DSÖ tarafından 1977 yılında ana sosyal hedef olarak kabul edilmiş, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için ortak görüş ve ortak hedefler ortaya konmuştur. Bu hedeflerden birisi de bireyin sağlığını korumasına ve geliştirilmesine yardımcı olmak ve bizzat bireyin bu koruma ve geliştirme potansiyellerini artırmak; sosyal ve ekonomik olarak sağlamaktır. Bu yeni sağlık kavramı bütüncül bir düşünce sistemini yansıtmakta ve sağlığın dünya genelinde toplumsal bir hedef ve temel bir insanlık hakkı olduğunu vurgulamaktadır.

Ancak; 2000 yılında herkese sağlık amaçlarının önemli bir kısmına ulaşılamamıştır. Bu nedenle bugünün ve geleceğin sağlık hizmetleri öncelikli olarak sağlığı geliştirme ve bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmelerine odaklanmak zorunda kalmıştır. Sağlığı koruma ve geliştirme kavramlarının çoğu kez birbiri yerine kullanılmaktadır. Fakat her iki kavramında birbirinden farklı olduğu belirtilmektedir (32).

2.1.2.1. Sağlığı koruma

Sağlığı korumayı, 1953 yılında H.R. Leawell ve E.G. Clark tanımlamışlardır. Sağlığı koruma, sağlık durumunu bozan davranışı yapmama ya da bu davranışlardan sakınmayı ifade etmektedir. Erken teşhis ile hastalık sürecine girişi önleyici ve erken tedavi ile yetmezlik durumunda var olan kapasiteyi en yüksek düzeye çıkaracak aktiviteleri kapsar. Sağlığı koruyan davranışlara örnek olarak; kendi kendine meme muayenesi, emniyet kemeri takma ve sigara-alkol kullanmama örnek verilebilir. Gerald Coplan, 1960 yılında sağlığı korumada  durumu tanımlamıştır (33).

Bunlar:

Birincil Koruma: Birincil koruma, sağlığın geliştirilmesi ve sağlığı korumaya yönelik önlemleri kapsar. Bireylerin, ailelerin ve toplum gruplarının hastalık riskini azaltıcı davranış geliştirme, sağlıklı yaşam biçimi geliştirme ve koruyucu hizmetlerden yararlanmaya yönelik aktiviteleri içerir.

Örneğin; temiz su, sağlıklı konut, katı ve sıvı atıkların sağlığa zarar vermeyecek duruma getirilmesi gibi çevresel önlemlerin yanı sıra yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, aile planlaması hizmetlerinin sunulması ve kişisel hijyen önlemlerinin alınması birincil koruma uygulamalarındandır. Ayrıca vektör kontrolü, genetik hastalıkların kuşaktan kuşağa geçmesini önlemek, sağlığı olumsuz etkileyen sosyo ekonomik koşulların düzeltilmesi gibi uygulamalar da birincil koruma kapsamına girer.

İkincil Koruma: Hastalık sürecinin erken tanı ve tedavisini belirtir. Böylece hastalık ciddi boyutlara ulaşmadan bireyin mümkün olan en erken zamanda eski sağlığına dönmesi için çabalar. Örneğin; kendi kendine meme muayenesi, kemik mineral dansitesinin ölçümü, kan şekeri tabi ki ikincil koruma kapsamındadır.

Üçüncül Koruma: Herhangi bir hastalığın gelişmesini durdurmak değil, hastalık sonucu bireyde oluşan anatomik ve fizyolojik değişikliklerle ortaya çıkan sakatlığın, onun yaşamındaki olumsuz etkilerini en düşük seviyede tutmak söz konusudur. Üçüncül koruma bireyin bedensel sakatlığının olumsuz etkilerini gidermenin (medikal rehabilitasyon) yanı sıra sosyal uyumunu sağlayacak değişik önlemleri de (sosyal rehabilitasyon) kapsamaktadır.

2.1.2.2. Sağlığı geliştirme

Sağlığı geliştirme; “sağlığa yönelik herhangi bir davranış ve yaşam durumu için eğitim, örgütsel, ekonomik ve çevresel desteklerin bileşimi” olarak tanımlanmaktadır (34).

Sağlığı geliştirme fikri, yeni olmamasına ve bu yüzyılın ilk yarısında bu konuda birçok girişimde bulunulmuş olmasına rağmen, tanımlanmış özel bir alan olarak ilk ortaya çıkışı 1974 yılı olmuştur.

1986 yılında yapılan ilk uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı, bu konuya olan ilgi ve alakanın artmasını ve Ottawa Sağlığı Geliştirme Bildirgesi’nin onaylanmasını sağlamıştır. Böylece sağlığı geliştirme etkinlikleri tüm dünyada gelişmeye ve yayılmaya başlamıştır (35).

Sağlığı geliştirme konusuna ilginin artmasının temelinde pek çok farklı neden söz konusu olmuştur. Anderson, bunları 5 başlık altında toplamıştır:

1. Sağlığın olumlu hale getirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik ilginin artması,
2. Kişilerin kendi hayatlarını kontrol altına alma isteklerinin artması,
3. Sağlık eğitimiyle ilgili geleneksel stratejilerin ve faaliyetlerin sınırlı olması,
4. Birçok hastalığın kişilerin yaşam tarzlarıyla ilişkisi olduğunun anlaşılması,
5. Sağlık durumu ve sağlık bakımı arasındaki ilişkinin zayıflığına yönelik artan bilimsel kanıtlar (35).

Sağlığı geliştirme kavramının entegre bir yaklaşım olarak gündeme gelmesi 1980 yılında olmuştur. Bu yaklaşımın temelinde kişilerin yaşam tarzlarındaki olumlu değişiklikler, fiziksel, psiko sosyal, kültürel ve ekonomik çevrelerindeki gelişmeler, morbidite ve mortalitede ki azalmalar etkili olmuştur (35).

Jakarta Deklarasyonu'nda 21. Yüzyılda Sağlığı Geliştirme Öncelikleri de vurgulanmıştır. Diğer bildirgelerden farklı olarak şu konular üzerinde de durulmuştur:

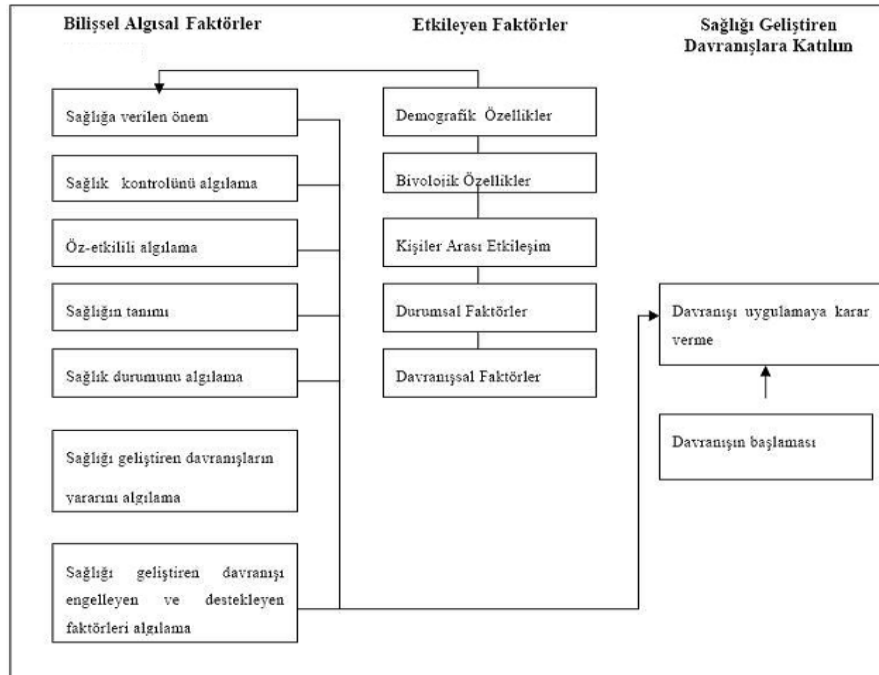
- Sağlığa yönelik sosyal sorumluluğun geliştirilmesi,
- Sağlığın gelişimi ve geliştirilmesi için yatırımların artırılması,
- Sağlık için ortak çalışmaların geliştirilmesi, sağlamlaştırılması ve sürdürülmesi,
- Toplumun kapasitesinin artırılması ve bireyin güçlendirilmesi,
- Sağlığın geliştirilmesi için gerekli olan alt yapının kurulması (36).

Pender'in sağlığı geliştirme modeli

Model, bir kavram ya da düşüncenin kuramsal olarak açıklanmasını ve bu durumların uygulama yollarını içermektedir. Sağlık davranışı, bireyin sağlığını koruyup, geliştireceğine inandığı ve hastalıkları asemptomatik dönemde ortaya çıkartarak, önlemeye yardımcı olacak her türlü tutum ve davranışları kapsamaktadır.

Bireylere olumlu sağlık davranışı kazandırma programları düzenlemeden önce, bireyin bir davranışı yapıp yapmadığı ve bu davranışı etkileyen faktörlerin bilinmesi gerekmektedir. İnsanın karmaşık bir yapıya sahip olması nedeniyle bu faktörleri tek bir görüşe göre açıklamak mümkün değildir. Bu nedenle davranış sürecini değerlendiren birçok model geliştirilmiştir.

Sağlığı geliştirme modeli, teorik bir bakış açısıyla sağlığı geliştirici davranışları etkileyen faktörleri ve ilişkileri açıklamayı ve bu nedenle sağlığı ve kaliteli yaşamı artırmayı anlatmaktadır. Sağlığı geliştirme modeli ilk olarak 1980'lerin başında Pender tarafından geliştirilmiştir. Sağlığın geliştirilmesi; doğrudan birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlık potansiyelinin gelişmesi ve iyilik düzeyinin artmasına yönelik etkinlikleri ve bireyin var olan sağlık davranışını en üst düzeye çıkarmasını ifade etmektedir (37).



Şekil 1. Pender'in sağlığı geliştirme modeli

2.1.3. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları

Tarihte tıp ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeye bakıldığında, insanların önce hasta olanları iyileştirmeye çalıştıkları, daha sonra da bu hastalıklardan korunma yolları aradıkları görülmüştür. Tüm bu çabalar insanı olabildiğince sağlıklı yaşatma amacına yöneliktir. Bunun için insanları hastalanmaktan koruyan ve yaşamları boyunca sağlıklı olmalarını sağlayan pek çok uygulama geliştirilmiştir.

Günümüzde bu uygulamaların hepsine birden “Sağlıklı Yaşam Biçimi” (Healthy Life Style) adı verilmektedir (38).

Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve bu durum karşısında uyguladığı davranışların tümüdür (12).

Pender (20) sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu belirtmiştir. Sağlığı geliştiren davranışlar; bireyin iyi olma durumunu artıran, kendini gerçekleştirmeyi sağlayan davranışları içerir. Sağlıklı yaşam biçimi, sadece hastalıklardan korumak değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran davranışları göstermeyi içermelidir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları yeterli ve dengeli beslenme, stres yönetimi, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara, alkol kullanmama, sağlık sorumluluğu ve hijyenik önlemleri kapsamaktadır (29).

Bireyin yaşam tarzının pek çok hastalığın nedeni olduğu ve Avrupa’daki mortalite oranları üzerindeki etkisi hakkında oldukça iyi epidemiyolojik kanıtlar mevcuttur (39).

DSÖ tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin % 70-80’inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin % 40-50’sinin nedeni yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Bu hastalıkların oluşmasında kişinin kendi tutum ve davranışlarının rolü büyüktür. Yapılan çalışmalarda, ölüme neden olan hastalıkların yarısında sağlığa zarar veren davranışların rol oynadığı saptanmıştır (40, 41).

Tıbbi sistemin mortalite ve morbidite gibi sağlık göstergelerinin üzerindeki etkisinin ancak % 10 olduğu bu göstergelerdeki değişimin % 90’ının ise bireysel yaşam tarzı ve hava, su kalitesi gibi fiziksel çevrenin etkilediği belirtilmektedir (6).

DSÖ (1995) tüm üye ülkelerde dengeli beslenme, sigara içmeme, uygun fiziksel faaliyetlerde bulunma ve stres yönetimi gibi olumlu sağlık davranışlarında belirgin artış olması gerektiği hedefini vurgulamıştır (39).

Birçok sağlığı geliştirme modeli ve sağlığı geliştirme ile ilgili uygulamalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında bireylere sorumluluk yüklenmekte ve sağlığı geliştirme için bireylerin eğitimi önemsenmektedir.

Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlık davranışları üzerine olan etkilerinin değerlendirildiği araştırmalarda sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin görüldüğü toplumlarda bireylerin sağlığı geliştirici davranışları uygulama olasılıklarının daha düşük olduğu görülmekte ve bu durum da bireye sorumluluk yüklemenin doğru bir yaklaşım olmadığını göstermektedir.

Whitehead ve Dahlgren (42) geliştirdikleri sağlık modelinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kişisel tercih olmanın yanı sıra sosyoekonomik çevrenin bir sonucu olarak tanımlanmaktadır (43).

Topluma sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsetmek için başta İngiltere’de olmak üzere birçok ülkede “bağışıklama, kanser taramaları, sigarayı bırakma ve anne style beslenmeyi teşvik etmek gibi” sağlık programları benimsenmiştir. Sağlık programlarında belirlenen hedeflere ulaşmak için sağlık eğitimi çalışmaları başlatılmıştır. Ancak bu uygulamaların yoksul nüfusun sağlık durumunu değeristirci hiçbir etkisi olmamış, uygulamaların yararlı etkileri daha çok ülkelerdeki gelir seviyesi orta veya yüksek olan bireyler üzerine olmuştur. Bireylerin sağlığı geliştirici aktiviteleri uygulamasında, yaşanılan çevrenin geliştirilmesinde ve sağlık ile ilgili eğitimler sonucunda öğretilen davranışların sürdürülebilir olmasında, sağlıkta eşitliğin sağlanmasın önemli bir yeri vardır (44).

Sağlıkta sosyo ekonomik eşitsizliklerin sağlık davranışları üzerine olan etkisinin incelendiği araştırmalarda sonuç olarak sağlık üzerinde etkili olan sigara, diyet, hareketsiz yaşam gibi kişisel alışkanlıkların da sosyoekonomik statü tarafından belirlendiğini ortaya koymaktadır (45).

Yirminci yüzyılın ortalarına kadar insanlarda toplu ölümlere yol açan tifo, kolera gibi salgın hastalıkların yerini günümüzde hipertansiyon, obezite, diabet, kalp hastalıkları, AIDS gibi hastalıkların aldığı görülmektedir.

Bu hastalıklara karşı koymak için topluma sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının öğretilmesi ve bu durumun geliştirilmesi gerekmektedir (46).

Sağlık eğitimi açısından davranış önemli bir değişkendir. Sağlık davranışları sağlığı geliştirenler ve sağlığa zarar verenler diye ayrıldığında; sağlığa zarar veren davranışlar; sigara kullanımı, aşırı alkol tüketimi, aşırı yağlı yemek tüketimi, aşırı unlu mamul tüketimi, fast-food türü beslenme gibi davranışları içerir. Sağlığı geliştiren davranışların ise bireyleri hastalıklardan koruyan spor, yeterli ve dengeli beslenme gibi davranışları kapsadığı belirtilmektedir (47).

Sağlıklı yaşamak için, o yaşamı denetleyip yönlendirebilecek becerilerin (sorunu formüle etme, çözüm bulma, karar verme ve sonra bu kararları uygulama) uyumsuzlukları çözümleme yeteneğinin, etkin ve etkili biçimde iletişimde bulunma ve kendi adına aktif müdahalede bulunma kapasitelerinin olması gerekmektedir (48, 49).

Farrand ve Cox olumlu sağlık davranışlarının demografik unsurlardan, sağlık deneyimlerinden, aile yapısı ve büyüklüğünden etkilendiğini, birey arasındaki ilişkinin ve etkin desteğin de en az sağlık bilgisi ve beceri kapasitesi kadar önemli olduğunu belirtmişlerdir (50).

Son yıllarda kalp hastalıkları ve bunun sonucu gelişen ölümlerde, paraliziler, motorlu araç kazaları ve bebek ölümlerindeki azalmalarda sağlıklı yaşam biçimi ve buna ilişkin tutum ve davranışların etkisi oldukça büyüktür. Bu nedenden dolayı sağlıklı yaşam biçimine ilişkin tutum ve davranışlar risk faktörlerini azaltmaktadır (51).

Koroner kalp hastalıklarının tedavisinde ilerlemeler kaydedilmesine rağmen, halen ölümler çok fazla olmaktadır. Beslenme biçimi, egzersiz, stres yönetimi kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde önemli role sahiptir. Sigara kullanımı ile ilgili davranış değişikliği ise akciğer kanserinden ölme riskini azaltmaktadır. Diyet, kanser ölümlerinin % 35'inden sorumlu bir faktördür (49). Her yıl yaklaşık 12 milyon insan cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanmakta ve bunların % 80'i ise 15 ile 29 yaş arasındaki kişilerde görülmektedir (51).

Hastalık, ölüm ve sakatlıkların azaltılması için kişi ve toplumun sağlıklı yaşam biçimi düzeylerinde artış olması gerekmektedir.

Sağlıklı yaşamda; Sağlık sorumluluğu, Egzersiz ve Fiziksel aktivite, Beslenme, Kendini Gerçekleştirme (Manevi Gelişim), Kişilerarası destek ve Stres yönetimi gibi 6 faktör oldukça önemli düzeyde bir etkiye sahiptir (52, 48, 20, 53).

2.1.3.1. Sağlık sorumluluğu

Bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hastalık ve ölümlerle doğrudan ilgili olduğu bildirilmektedir (54).

Sağlıklı yaşama yöneliş, bireylerin sağlıklarını düzeltmek ve sağlık kontrollerini artırmakla mümkündür. Bireyler sadece hastalıklardan korunmakla yetinmemeli, pozitif dinamik bir olgu olarak sağlık kalite ve standartlarını sürekli artırma yönünde çaba göstermelidirler (55).

Sağlık sorumluluğu, bireyin sağlığı geliştirme davranışına başlamasını ve devam etmesini etkiler. Bireyin sağlığının içsel kontrolü, kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıtmaktadır. 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. Sağlık reformları, demokratik süreç içinde vatandaşların sağlık ve sağlık hizmetlerinden beklentilerini hesaba katarak, ihtiyaçlarını göz önünde tutmalıdır. Bu düzenlemeler, planlanan ve yürütülen sağlık hizmetlerine, vatandaşları sesinin ve tercihinin kesin olarak yön vermesini sağlamalıdır.

Vatandaşlar ayrıca kendi sağlıkları için sorumlulukları paylaşmalıdırlar. Hükümetler, kendi halkının sağlığından sorumlu olup bu sorumlulukların sadece uygun ve yeterli sağlık ve sosyal önlemleri almak suretiyle yerine getirirler.

Sağlık hizmetlerinde, sağlığı geliştirme yönünde duyulan sorumluluk, bireyler, toplum grupları, sağlık mesleği mensupları, sağlık hizmet kurumları ve hükümetler arasında paylaşılmaktadır.

Sağlığın izlenmesine katkıda bulunan bir sağlık hizmeti sistemine ulaşmak için birlikte çalışılmalıdır. Vatandaşlar ayrıca kendi sağlıkları için görev ve sorumlulukları paylaşmalıdırlar (36, 56).

Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi;

- Vücudunu ve kendini tanıması,
- Sağlık ile ilgili değişiklikler ve sapmalar olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna başvurması,
- Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması,
- Periyodik kontrollerin sıklık ve düzenine özen göstermesi,
- Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi,
- Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi,
- Sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi,
- Sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması,
- Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi ile belirlenir (57).

Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığıyla ilgili olarak koruyucu davranışlar, önleyici davranışlar ve sağlığı geliştirici davranışlar ile ilgili olarak tutum ve davranış değişikliği göstermesi anlamına gelmektedir. Sağlık sorumluluğu bireyin kendi sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler.

Bu sorumluluklar, basit sapmalar (sağlıkla ilgili değişiklikler) olduğunda dahi gerekli önlemleri alması ile belirlenir. Bu tutum ve davranışların yerine getirilmesi, kişinin sağlığına önem verdiğini ve kişisel çaba sarf ettiğini gösterir (58).

2.1.3.2.Egzersiz ve fiziksel aktivite

Sağlıklı beslenme ile birlikte yapılan düzenli egzersizin, kan basıncını normal düzeyde tuttuğu, akciğerlerin kapasitesini artırdığı, oksijen alımını destekleyici etkinliğe sahip olduğu, lipit yağ metabolizmasına olumlu etkileri olduğu bilinmektedir. Düzenli egzersiz, Yüksek Dansiteli Lipoproteini (High-Density Lipoprotein, HDL) artırırken, bazı durumlarda toplam Düşük Dansiteli Lipoproteini (Low-Density Lipoprotein, LDL) düşürerek daha yüksek HDL/LDL oranı sağlar ve buna bağlı koroner kalp hastalığı riskini azaltmaktadır.

Ayrıca yüksek plazma trigliserid düzeyini de düşürmektedir. Bunun yanında artrit, konstipasyon, inmeyi önleme gibi yararları ve koruyuculuğu vardır. Düzenli egzersiz, metabolik adaptasyonu gerçekleştirerek, iskelet kaslarının oksitatif kapasitesini ve miyoglobin konsantrasyonunu artırır. Yağ asitlerini enerjiye çevirerek, glikojen depolanmasında artışa neden olur.

Dinlenme esnasında kalbin çalışmasını düzenler, azami egzersiz sırasında kalbin çalışma kapasitesini ve egzersize olan cevaptan dolayı aşırı yüklenmeyi azaltır. Egzersiz, geniş kas gruplarının kullanımını ve aktivasyonunu sağlar. Performansı sürekli kılar, beden ve organizmaya ritim kazandırır (59).

Fiziksel egzersiz, kaygı, stres, depresyonun azaltılması, zihinsel sağlığın sürdürülmesi, psikolojik zindeliğin sağlanmasında pozitif etkiler yaratırken, diğer yandan da sigara tüketiminde ve fazla vücut ağırlığında azalma sağlar. Adolesan dönemden sonra artmakta olan fiziksel hareketsizlik, kanser, kalp, damar hastalıklarının gelişme olasılığını artırmaktadır. Dünyada yetişkin nüfusun %60'ının ve genç nüfusun üçte ikisinin yeterli fizik aktivite yapmadıkları, fiziksel hareketsizliğin kadınlarda daha fazla olduğu bilinmektedir (59).

Psikologlar çağdaş dünyanın önemli sorunlarından birini, gelişen bilim ve bilimin uygulama alanı olan teknolojiye insanların ayak uyduramaması sonucu ortaya çıkan rahatsızlıklar olarak ele almaktadırlar. Buna paralel olarak gündeme gelen önemli bir sorunda insanın yaşantısında hareketsizliğin ön plana çıkmaya başlamasıdır. Hareketsiz yaşantıda, önce bedensel hareket yetilerinin kaybolması, ardından da yavaş yavaş organik çöküntülerin gelmesi beklenir. Dolayısıyla hareketsiz hale gelmiş olan insanın gerilmesi ve kitlelerden kopması gündeme gelecektir. Birçok araştırmacı tarafından gerçekleştirilen çalışmalar, düzenli egzersiz ve fiziksel aktivitenin, kardiyovasküler hastalıklar ve mortalite üzerinde koruyucu etkiye sahip olduğunu göstermektedir (60).

Amerikan Kalp Vakfı, kalp hastalıklarının oluşmasında egzersiz yoksunluğunu risk faktörü olarak kabul etmektedir. Egzersiz yapılarak yeniden hareketliliğin sağlanması sonucu, insan için daha kaliteli bir yaşam söz konusu olabilir.

Bu egzersizin önemli bir işlevini “herkes için sağlık” sloganı ile ortaya çıkan ve kitlelerin sağlıklarını korumayı amaçlayan yönünü ortaya koymaktadır. Sağlıklı yaşam için egzersiz düşüncesi ile 1950’li yıllardan sonra önemli araştırmalar yapılmıştır. Araştırma bulguları temel fizyolojik işlevlerin egzersiz ile daha iyi gelişebildiğini, bunun sonucu olarak özellikle koroner kalp rahatsızlıkları başta olmak üzere pek çok rahatsızlığın azaltılmasında koruyucu etkisi olduğunu, rehabilitasyondaki önemini, kaygı, stres ve depresyonun azaltılmasındaki rolünü ortaya çıkarmıştır (61, 62, 63).

Fiziksel aktivitenin biyolojik avantajları;

Solunum, kalp, dolaşım ve sindirim fonksiyonları daha düzenli ve verimli çalışır. Eklem, tendon, ligaman gibi hareket sistemi elemanları daha sağlam ve daha esnektir. İstirahat nabızı ve kan basıncı, kanda lipid, kolesterol ve LDL (Low Densty Lipoprotein) daha düşüktür. Buna bağlı olarak aterioskleroz gelişimi daha seyrek görülür. Otonom sinir sistemi regülasyonu daha iyidir. Şişmanlık, düztabanlık, postür bozuklukları ve kas atrofisi daha azdır (64).

2.1.3.3. Beslenme

Bireylerin ve toplumların sağlıklı olarak yaşamasında, ekonomik ve sosyal yönden gelişmesinde, refah düzeyinin artmasında, mutlu, huzurlu ve güvence altında varlığını sürdürebilmesinde yeterli ve dengeli beslenme temel koşullardan birisi, belki de en önemlisidir (65).

Dengeli beslenme, vücudu iyi tanıyarak, vücuda gerekli besin ihtiyaçlarının karşılanması için yeterli miktarda ve düzenli arayla besin alınması olarak açıklanabilir. Yetersiz ve dengesiz beslenme, şişmanlık ya da zayıflık ile birlikte kronik hastalıkların ortaya çıkmasını ve bu hastalıklara bağlı olarak ölümleri artırmaktadır.

Şişmanlık; vücut yağ oranı miktarındaki aşırı artma olarak tanımlanmıştır. Şişmanlık; hipertansiyon, şeker hastalığı, kalp-damar hastalıkları ve daha birçok hastalığa sebebiyet verebilmektedir.

Dengesiz beslenme sonucu oluşan zayıflık ise vücut kilosunun boy uzunluğuna ve yaşa göre daha düşük düzeyde olması olarak tanımlanabilir (66).

Beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı ve verimli olarak uzun süre yaşamak için gerekli olan enerjiyi ve besin öğelerinin her birini yeterli miktarda sağlayacak olan besinleri, besleyici değerlerini yitirmeden, sağlık bozucu duruma getirmeden en ekonomik şekilde almak ve bu besleyici değerleri vücutta kullanmaktır (67). Sağlıklı beslenme deyiminden ise sağlığın korunması, geliştirilmesi ve kronik hastalık riskini azaltmaya yönelik beslenme biçimi anlaşılır (68).

Sağlıklı beslenme ile yaşam döngüsü boyunca büyüme ve gelişmeyi destekleyecek şekilde gerekli tüm besin öğeleri karşılanmalı, enerji harcamasıyla dengeli olacak miktarda enerji sağlanmalıdır. Yaşam döngüsünün farklı dönemlerinde farklılık gösteren besin öğesi gereksinimleri kişilerin fiziksel sağlık ve bilişsel fonksiyonlarına katılmaktadır (69).

Bugün sahip olduğumuz yaşam biçimi ve beslenme alışkanlıkları bizden önceki nesillere göre birçok açıdan büyük değişiklikler göstermektedir. Günümüz insanı teknolojik yenilikler ve yaşam koşullarındaki gelişmeler sayesinde farklı bir yaşam tarzı sürdürmektedir. İşini daha çok oturarak yapmakta, kendine daha çok zaman ayırabilmekte diğer yandan daha az hareket etmekte ve bu yaşam biçimi bireylerin enerji harcamasını büyük ölçüde azaltmaktadır. Bunun yanında kişilerin beslenme alışkanlıklarında da büyük değişiklikler olmuş; aşırı yemek yeme fazla saf besin ve yağ tüketim, alkol, sigara, işlenmiş besin, fast food yiyecek tüketme eğilimine itilmişlerdir. İnsan yaşamındaki bu değişiklikler insan bedeninin fiziksel yapısının değişmesine, boya uygun beden ağırlığının artmasına, başka bir ifade ile şişmanlığa neden olmuştur (68).

Beslenme alışkanlıkları insanları bedensel ve zihinsel sağlıklarını önemli derecede etkilemesi bakımından günümüzde ki dünya ülkelerinde üzerinde son derece önemle durulan bir konudur. Kişinin öğün sayısı, ana öğünlerde ve ara öğünlerde tükettikleri besinlerin tür ve miktarları, yiyecek satın alma, yemek hazırlama, pişirme servis gibi ana özellikleri yanında, kişilerin hızlı veya yavaş yemek yemesi, besinlerin ağızda iyice çiğnenmesi, üzüntülü, neşeli veya yorgunluk durumlarında besin tüketimi, besinleri soğuk ya da sıcak tüketme gibi davranış kalıplarını içeren bir bütünlük oluşturmaktadır.

Ayrıca eğitim gelir ve beslenme bilgi düzeyi, adet ve gelenekler, iklim, çevre, kentte ve kırsal kesimde yaşama gibi faktörler de beslenme alışkanlıklarına etki etmekte ve yönlendirmektedir. Bu nedenle, kişilerin beslenme alışkanlıklarını değiştirmek ve yeni bir şekil vermek gerçekten zor bir uğraşıdır (70).

Beslenme faktörleri ile çeşitli sağlık sorunları arasındaki ilişkiler çok eski çağlardan beri bilinmektedir. Günümüzde de beslenme konuları birçok araştırmancının ilgi odağı olmuştur. Çünkü beslenmenin şişmanlık, hipertansiyon, ateroskleroz, bazı kanser türleri, osteoporoz, diyabet ve diş çürükleri gibi hastalıklarla güçlü bir ilişkisi vardır. Bunun nedeni toplumda görülen kronik hastalıklar, besin ögesi yetersizlikleri, enfeksiyonlar gibi önemli sağlık problemlerinin başında gelmesidir (71).

Beslenme sorunlarının eğitimsizlik ve bilgisizlikle yakından ilgili olduğu çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur. Sağlığın korunması ve hastalıkların iyileşme hızının arttırılmasında beslenme konusunda bireyin ve toplumun bilinçlendirilmesi gereklidir. Bu yüzden insan sağlığı üzerinde etkili olan, eğiten ve yönlendiren kişilerin yeterli düzeyde beslenme bilgisine sahip olması gerekmektedir. Sağlıklı ve iyi beslenen kişilerin, boy uzunluğu ile ağırlıkları arasında uyum bulunmaktadır. Boy uzunluğuna göre olması gereken ağırlığa ideal ağırlık denilmektedir. İdeal ağırlık değerini saptamada DSÖ tarafından önerilen Beden Kitle İndeksi (B.K.İ.) sık kullanılan bir yöntemdir (72).

2.1.3.4. Kendini gerçekleştirme (Manevi gelişim)

İnsan davranışlarını inceleyen psikologlara göre, kişinin davranışlarının en önemli belirleyicisi “benlik kavramı”, davranışlarını yöneten en önemli güdü de “kendini gerçekleştirme” güdüsüdür. Kendini gerçekleştirme, insan davranışlarını yöneten bir güdü olduğu kadar, erişilmeye çalışılan bir gelişme düzeyidir (73).

Kendini gerçekleştirmiş bireyler, kendini tanır, güçlü ve zayıf yönlerini bilir, belli bir plan ve program çerçevesinde belli bir hedef ve amaca yönelik bir yaşam sürer, başarılarının farkındadır. Kişinin kendini takdir etmesi ve kendinden memnun olması, mutlu olmayı bilmesi, kendinin değerli olduğuna inanması da onun kendini gerçekleştirdiğini gösterir (57, 74).

Bireylerin yaşam içerisinde hangi alanda olursa olsun çeşitli gereksinimleri vardır. Maslow bireyin gereksinimlerini 5 basamaklı bir piramide benzetmiş ve en üst basamağında kendini gerçekleştirme gereksinimi olduğunu ifade etmiştir (Şekil 2).



Şekil 2. Maslow'un gereksinimler zinciri (75).

Kendini gerçekleştirme gereksinimler hiyerarşisinin en üst basamağında yer alan bir gereksinimdir. Diğer dört basamağın yerine getirilmesinden sonra açığa çıkar (75).

Bir bireyin yapmış olduğu işte en üst düzeyde olmayı, diğerlerinden farklı olmayı istemesi, kendi potansiyelini, yaratıcılığını, kabiliyetlerini gerçekleştirebilmeyi amaçlaması anlamına gelmektedir (76).

Alderfer tarafından geliştirilen ERG kuramının da, Maslow'un kuramına yakın bir değerlendirme yapılmış, bir insanın kendisi ya da çevresi üstünde yaratıcı ve üretici yeteneklerini kullanma, insanlar üzerinde etkiler bırakma, yeni yetenekler geliştirme istekleri de burada bir araya gelmiştir (77).

2.1.3.5. Kişiler arası destek

İnsanlar iletişimi: kendilerini anlayabilmek, başkalarına anlatabilmek, başkalarını tanımak ve etkilemek amacıyla kullanırlar. İletişim kişilerarası ilişkileri, örgütleri, toplumları oluşturan ve bir arada tutan faktördür. Toplumsal yaşam içinde bireyin benliğini var edebilmesi ve başkalarıyla beraber bir işi gerçekleştirebilmesi ancak iletişimle olanaklıdır. Kişi kendi deneyimleri kadar, iletişim yoluyla başkalarının deneyimlerinden de yararlanarak yeni bilgi ve becerilere ulaşır (78).

Kişiler arası destek, mahremiyet, sosyal bütünlük, bakım imkânı, yaşam güvencesi, güvenilir arkadaşlık duygusu ve rehberlik elde etme olarak tanımlanmaktadır. Pender bireylerin kişiler arası destek sistemini; kendine yakın arkadaşları ile birlikte olmak için zaman ayırma, insanlarla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurma, başkalarının başarılarını övme, yakın bulunduğu (aile, arkadaş, vb.) bireylere dokunmaktan hoşlanma, fikir alış verişinde bulunma, tartışma ve uzlaşma yolu ile sorunları çözme olarak tanımlamıştır.

Kişiler arası ilişkilerde destek veren kişi veya kişiler, koşulsuz bir yaklaşımla ve güven verici tutumları ile iletişimin ve yardımın nitelik kazanmasını sağlarlar. Destek veren kişi veya kişiler aynı zamanda asıl gereksinimin açığa çıkmasına, bireyin baş etme yeteneğinin artmasına katkıda bulunmuş olurlar. Baş edebilme biçimi kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Her bireyin dini ve sosyal-kültürel özellikleri ya da çocukluk deneyimleri kişiler arası ilişki ve kişiler arası destek sürecini etkiler (20).

Kişilerarası destek bireylerin birbirleriyle olan ikili veya grup ilişkileri sonucu elde edilen ve sağlığın geliştirilmesindeki etkinliği küçümsenmeyecek bir olgudur. Kişilerarası destek ilişkinin niteliğine, ilişkinin sürekliliğine ve ilişki düzeyine bağlıdır. İlişkinin olabilmesi için iletişimin olması gerekir (79).

İletişim; insanın kendini, duygu ve düşüncelerini gereksinmelerini anlatma ve başkalarını anlama yoludur. İletişim en az iki kişi arasında olur, ilişki bağı gelişir ve bu bağ karşılıklı değer vermeye, saygı duymaya ve destek olmaya bağlıdır. Kişilerarası iletişim veya ilişki arkadaşlar arasında, aile bireyleri arasında sosyal çevre ve mesleki çevre arasında olan ilişkilerdendir.

Algılama (bireyin genel deneyimleri olup, davranışın yönünü belirler), Değerler (değer sisteminde yaş, cins, inanışlar rol oynar), Kültür (bireyin dünya görüşü, örf ve ananeler), Duygular (öfke, sevgi, şefkat ve kin duyguları) ile Sosyal konum kişilerarası ilişkiyi belirleyici rol oynar. Aktif dinleme, bilgi alma, bilgi verme, bireyi tanıma ve sorunlarına tanı koyma, çözüm bulmada ve destekleyici olmada önemlidir. Destek sağlama girişimlerinin olumlu ya da olumsuz oluşu problem çözümünü etkiler (79, 80).

Bireyler çeşitli dönemlerde hastalık ve sakatlık nedeniyle kontrol kaybı, beden imgesinde, rollerde ve ilişkilerde değişiklikler yaşarlar ve yaşantıları bu dönem veya süreçler üzerine odaklanır. Bu dönemde bireyin ailesinden veya yakın çevresinden destek görmesi sorunların çözümünü ve mevcut durumu daha kolay algılamasını başarmada yardımcı olur (80).

Kişilerarası ilişkilerde destek veren kişi veya kişiler koşulsuz bir yaklaşımla ve güven verici tutumlarıyla iletişimin ve yardımın nitelik kazanmasını sağlarlar. Destek veren kişi veya kişiler hem problemin çözümüne hem de asıl gereksinimin açığa çıkmasına, bireyin baş etme yeteneğinin artmasına katkıda bulunmuş olurlar. Baş edebilme biçimi bireyden bireye farklılık taşır. Her bireyin dini ve kültürel özellikleri ya da çocukluk dönemindeki yaşam deneyimleri kişilerarası ilişki ve kişilerarası destek sürecini etkiler. Destek ve işbirliğinin gelişmesi için kişilerarası iletişimin sürekliliğinin olması gerekir (81).

2.1.3.6. Stres yönetimi

Stres, bireysel farklar ve/veya psikolojik süreçler yoluyla gösterilen uyumsal bir davranış olup kişinin üzerinde psikolojik ve/veya fiziksel aşırı baskı yapan herhangi bir dış çevresel hareket, durum veya olayın organizmaya yansımaları sonucu ortaya çıkar (82).

Stresle başa çıkma tarzları ruh sağlığı açısından koruyucu rol oynamaktadır. Bazı tarzlar, kişiyi stresli yaşam durumlarından uzak tutmakta, bazıları ise ruhsal bozukluklara karşı bireyin duyarlılığını arttırmaktadır (83).

Stres; kişisel, örgütsel ya da çevresel kaynaklı olabilir. Kaynağı her ne olursa olsun stresi önlemek ya da üstesinden gelmek için mücadele edilmelidir.

Stresle etkin başa çıkma yöntemleri arasında zihinsel düzenleme yapma, fiziksel egzersiz, sosyal destek alma, tatile çıkma, hobiler geliştirme, kendini geliştirme, zamanı etkili kullanma, etkili bir iletişim dili kullanma, sağlıklı beslenme ve uzman yardımı alma sayılabilir. En etkin yollardan biri, yaşamın bütün alanlarında sosyal desteğe sahip olmaktır.

İşyerinde veya bulunulan herhangi bir çevrede, özveri temelinde kurulan arkadaşlıklar, geliştirilen insani ilişkiler ve bu amaçla yöneticilerce sunulacak hizmetler bireye önemli ölçüde sosyal destek sağlayacaktır. Sosyal destek, bireyin ihtiyaçlar hiyerarşisinde var olan ait olma, sevgi, takdir ve kendini gerçekleştirme gibi temel ihtiyaçlarının başka bireylerle (arkadaşları, ailesi, üstleri veya profesyonel danışmanlar vb.) kurduğu etkileşim sonucunda tatmin edilmesi anlamına gelmektedir (84).

Biyolojik, psikolojik ve sosyal bir varlık olan insanın, birtakım fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimleri vardır. Bu gereksinimlerin dengeli bir biçimde karşılanması gerekmektedir. Stres, bireyin gerek kendisi gerek çevresiyle olan etkileşimlerini içine alan gelişim süresi içerisinde, çevresel uyaranları tehdit olarak algıladığı, kendisinin sahip olduğu özelliklerin ve beklentilerin hoş olmayan durumu olarak tanımlanmaktadır. Stres, kişiye güç gelen, baskı ve engellenme yaratan, çıkmaza sokan, üzüntü verici, kişinin kısa veya uzun zaman uyumunu bozan yaşam olaylarıdır (20).

2.2. Devlet Memurluğu

2.2.1. Daire başkanının görevleri

- Dairesine ait görevlerin mevzuata uygun olarak zamanında ve eksiksiz bir şekilde yerine getirilmesini sağlamak, görev alanına giren konularla ilgili gerekli genelgelerin hazırlanmasını sağlamak,

- Şubelerin uyumlu bir şekilde çalışmasını sağlamak,
- Personelin izin işlerini planlamak ve zamanında kullanılmasını sağlamak,
- Bakanlık ana icra planında yer alan dairesi ile ilgili işlerin zamanında bitirilmesini sağlamak,
- Personelin iş tutumu ve davranışlarını takip edip değerlendirmesini yapmak, takdirname veya taltif verilmesi için teklifte bulunmak, gerekli hallerde yetkisi içinde disiplin cezası vermek, daha ağır cezalar ile takdir ve takdirname verilmesi için teklifte bulunmak,
- Dairenin görevleri ile ilgili toplantılara katılmak,
- Amirlerince verilen diğer görevleri yapmak,
- Daire Başkanı kendisine verilen görevlerin düzenli, verimli, süratli ve etkin bir şekilde yerine getirilmesinden bağlı bulunduğu Genel Müdür Yardımcısına ve Genel Müdüre karşı sorumludur (85).

2.2.2. Şefin görev, yetki ve sorumlulukları

- Şubesindeki memurlar tarafından hazırlanan yazı ve dosyaları içerik ve biçim yönünden inceleyerek gerekli düzeltmelerin yapılmasını sağlamak,
- Evrak dosyalarında bulunan numara, tarih, gideceği yer, imza ve benzeri eksiklikleri inceleyerek gerekli önlemleri almak,
- Tamamlanmış olan evrak ve dosyaları ilgililere dağıtarak kontrollerini yaptırma ve sevk memurlarına verilmesini sağlamak,
- İşlemi bitmemiş evrakı ilgili memuru ile birlikte izleyerek sonuçlandırmak,
- Gelen ve giden evrakın kayıt, çoğaltma, dağıtım, dosyalama, sevk ve arşivleme hizmetlerini izlemek ve yapılmasını sağlamak,
- Şubesinde bulunan memurları hizmete ilişkin işlemler konusunda aydınlatmak, işlerin verimliliğini arttırmak için yöntemler geliştirmek,
- Gizliliği olan evrak, dosya ve diğer bilgiler için mevzuata uygun önlemleri almak,
- Birimindeki memurların devam ve çalışmalarını izlemek, işlerin zamanında sonuçlandırılmasını sağlamak,
- Birimini ilgilendiren konularda amirleri tarafından verilecek diğer görevleri yapmak (86).

2.2.3. Fakülte sekreterinin görevleri

- Fakülte Kurulu, Fakülte Yönetim Kurulu, Fakülte Disiplin Kurulu gündemlerini hazırlamak ve toplantılara katılmak,
- İkinci öğretimde görev alacak personele verilecek mesai saatlerini düzenlemek ve idari personeli denetlemek,
- Faaliyet raporu, iç denetim, stratejik plan hazırlama çalışmalarına katılmak, sonuçlarının takip edilerek zamanında ilgili birimlere ulaşmasını sağlamak,
- Akademik eleman alınması ile ilgili evrakların hazırlanmasını sağlamak,
- Yazı işlerinden ve Personel bürosundan çıkacak her türlü yazı ve belgeyi kontrol etmek,
- Temizlik hizmetlerini denetlemek,
- Birimler arasındaki evrak akışını düzenlemek,
- Personelin kadro ihtiyaçlarını planlamak,
- Bütçeyi hazırlamak ve yönetmek,
- Eğitim-öğretim ve personelle ilgili istatistiksel bilgileri tutmak, güncellemek,
- Personelle ilgili her türlü beyannamenin zamanında alınmasını sağlamak,
- Özlük dosyalarının düzenli tutulup tutulmadığını kontrol etmek,
- Fakülte mallarını, kaynaklarını verimli ve ekonomik kullanmak,
- Savurganlıktan kaçınmak,
- Bina bakım ve onarımı ile ilgili çalışmaları planlamak ve sonuçlandırmak,
- İdari çalışmalar ve eğitim-öğretim faaliyetlerinde kullanılacak makine teçhizatı temin etmek,
- Çalışma odalarının düzenlenmesi ve dağıtılması çalışmalarına katılmak,
- Fakültenin güvenliği ile ilgili önlemleri almak, ilgililere bildirmek,
- Sivil savunma çalışmalarına katılmak, denetlemek,
- Personelin düzgün kıyafetle mesaiye devam etmelerini sağlamak,
- Dekanın ve rektörlüğün davet ettiği toplantılara katılmak,
- Personel arasında uyum, saygı ve işbirliğini tesis edecek önlemleri almak,
- Elemanları performanslarına göre değerlendirmek, performanslarını arttırmak için rotasyona tabi tutmak veya hizmet içi eğitim kurslarına katılmalarını sağlamak,
- Fakültenin etik kurallarına uymak, iç kontrol çalışmalarına katılmak,
- Hassas ve riskli görevleri bulunduğunu bilmek ve buna göre hareket etmek, işlerle ilgili hazırlıkları yürütmek, sonuçlandırmak,
- Dekan ve Dekan Yardımcılarının uygun göreceği diğer işleri yapmaktır (87).

2.2.4. Şube müdürünün görevleri

Şube Müdürü, şubesine ilişkin görev ve hizmetlerin Bakanlığın genel politikasına, Genel Müdürlüğün amaç ve ilkelerine ve Daire Başkanının emirlerine uygun olarak verimli ve etkin bir biçimde yürütülmesinden ve denetlenmesinden, personelinin çalışmalarından bağlı bulunduğu Daire Başkanına karşı sorumludur.

Başlıca görevleri;

- Genel Müdürlük çalışma programının şubesine ait bölümünü hazırlamak,
- Şubesinin çalışmalarını mevzuata ve Bakanlığın genel hizmet politikasına, daire başkanının emirlerine ve birimin çalışma plan ve programına göre yürütmek,
- Şube personelinin disiplin ve işbirliği içinde çalışmalarını sağlamak, aralarında görev dağıtımını yapmak, çalışmalarını izleyip denetlemek,
- Şubeye iletilen konuların incelenip sonuca bağlanmasını ve gereken işlemlerin yapılmasını sağlamak,
- Şubeye gelen yasa, tüzük, yönetmelik taslaklarını incelemek ve görüş bildirmek,
- Hizmetlerin geliştirilmesi yönünde uygulamada karşılaşılan sorunları ortadan kaldıracak tekliflerde bulunmak,
- Personelin eğitimini ve yetiştirilmesini sağlamak,
- Şube personeline gerekli gördüğü hallerde yetkisi içerisinde disiplin cezası vermek, taltif ve takdirname için teklifte bulunmak,
- Daire Başkanı tarafından verilen diğer işleri yapmak (85).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama aracı ile bunların geçerlik ve güvenirlik değerleri, verilerin toplanması için izlenen yol ve verilerin analizinde kullanılan istatistiksel tekniklerle ilgili açıklamalar yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırma, Üniversitede çalışan idari personelin sağlıklı yaşam biçimlerinin ele alındığı betimsel bir araştırmadır. Araştırmada, aşağıda tanıtılan veri toplama aracı (“Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II”) kullanılarak nicel veriler toplanmıştır. Gaziantep Üniversitesinde çalışan idari personellerden toplanan veriler, personelin demografik özelliklerine ve araştırmada ele alınan diğer değişkenlere göre analiz edilerek raporlaştırılmıştır. İstatistiksel analizlerde Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programından (SPSS 16.0) yararlanılmıştır. İkili gruplar için Independent t-testi, çoklu gruplar için One way anova testi, iki değişken arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Spearman’s korelasyon testi kullanılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evreni, Gaziantep Üniversitesi idari personelidir. Gaziantep Üniversitesi personel daire başkanlığı verilerine göre 2012 yılı itibari ile çalışan idari personel sayısı 399’dur. Bu araştırmada % 95 güvenirlik ve ± 5 sapma miktarı kabul edilerek örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Örneklem girecek personel sayısının (örneklem büyüklüğünün) belirlenmesinde aşağıdaki formül kullanılmıştır (88).

$$n = N t^2 pq / d^2 (N-1) + t^2 pq$$

n : Örneklem alınması gereken birey sayısı.

N: Hedef kitledeki birey sayısı

t : Belirli bir güvenirlik aralığında (% 95) “alfa” düzeyindeki değer (1,96).

P : İlgili özelliğin evrende görülme olasılığı (örneklem homojen olmadığı, çok farklı özellikler gösterdiği durumlarda $p=0.5$ olarak alınır)

q : İlgili özelliğin evrende görülmemesi olasılığı (1-p).

d : Ortalamaya göre tolere edilebilir sapma miktarı (0.05) (%5 örneklem hatası kabul edildiği için).

Yukarıda açıklanan yöntemle yapılan hesaplamalar sonucunda, örnekleme girmesi gereken genel idari personel sayısı en az 194 olmalıdır. Bu araştırmanın örneklemine giren idari personel sayısı 194'tür ve dolayısı ile bu örneklem grubunun evreni temsil edeceği düşünülmüştür.

Araştırma örneklemine giren idari personelin demografik özellikleri de Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Araştırma grubuna ait demografik özellikler

	Gruplar	N	%
Yaş	20-25 Yaş	33	17.0
	26-30 Yaş	39	20.1
	31-35 Yaş	41	21.1
	36-40 Yaş	19	9.8
	41 ve Üstü	62	32.0
	Total	194	100.0
Cinsiyet	Kadın	95	49.0
	Erkek	99	51.0
	Total	194	100.0
Görev	D.Başkanı	2	1.0
	F.Y.Sekreteri	12	6.2
	Müdür	4	2.1
	Şef	16	8.2
	Memur	160	82.5
	Total	194	100.0
Çalışma Süresi	1-5 Yıl	73	37.6
	6-10 Yıl	45	23.2
	11-15 Yıl	22	11.3
	16-20 Yıl	17	8.8
	21 Yıl Ve Üstü	37	19.1
	Total	194	100.0
Sigara	Hayır	137	70.6
	Evet	57	29.4
	Total	194	100.0
Spor Yapma	Hiç Bir Zaman	25	12.9
	Bazen	147	75.8
	Düzenli Olarak	22	11.3
	Total	194	100.0

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada, Walker ve ark. (89) tarafından geliştirilen Bahar ve ark.(90) tarafından 2008 yılında Türkçeye uyarlama çalışması yapılan “Sağlıklı Yaşam Bicimi Davranışları Ölçeği-II” kullanılmıştır. Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Ölçeğin güvenirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri, toplam ölçek için .94 olup, altı alt faktörler için .79-.87 arasında değişim göstermektedir. Alt ölçekler; Sağlık sorumluluğu (3,9,15,21,27,33,39,45,51), Fiziksel aktivite (4,10,16,22,28,34,40,46), beslenme (2,8,14,20,26,32,38,44,50), Manevi gelişim (6,12,18,24,30,36,42,48,52), Kişilerarası ilişkiler (1,7,13,19,25,31,37,43,49) ve Stres yönetimi (5,11,17,23,29,35,41,47) maddeleri ile belirlenmektedir.

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmeli, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir.

Fiziksel aktivite, hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı kapsar. Günlük yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde yürütülür.

Beslenme, bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirler.

Manevi gelişim, iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır. Gelişme, ilişki kurma ve asılma ile gerçekleşebilir. Asılma, iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını yaratır. İlişki kurma, evren ile ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır.

Kişilerarası ilişkiler, başkaları ile olan ilişkilerdir, nedensel gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir. İletişim sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri, duyguları paylaşmayı içerir. Stres yönetimi, gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir (90).

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmada kullanılan “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” den elde edilen puanların yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, görevi, görev süresi ve spor yapma durumlarına değişkenlerine ilişkin farklılıkları gösteren varyans analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo 2. Araştırma grubunun cinsiyet değişkeni açısından SYBDÖ II’nin alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırılması

Alt boyutlar	Cinsiyet	N	$\bar{X}$	Sd.	T	p
Sağlık Sorumluluğu	Kadın	95	20.72	4.72	2.627	.009
	Erkek	99	18.94	4.69		
Fiziksel Aktivite	Kadın	95	16.07	4.72	2.581	.003
	Erkek	99	18.34	5.12		
Beslenme	Kadın	95	20.72	4.43	1.073	.285
	Erkek	99	20.05	4.34		
Manevi Gelişim	Kadın	95	27.36	4.25	1.135	.258
	Erkek	99	26.60	5.04		
Kişiler Arası İlişkiler	Kadın	95	26.73	3.28	1.780	.077
	Erkek	99	25.70	4.63		
Stres Yönetimi	Kadın	95	19.42	3.96	.170	.865
	Erkek	99	19.32	4.06		

Tablo 2’de araştırma grubunun cinsiyet değişkeni açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırması verilmektedir. Buna göre Sağlık sorumluluğu alt boyutunda kadınlar lehine anlamlı farklılığa rastlanmıştır ($t=2.627$, $p<0.05$). Fiziksel aktivite alt boyutunda erkekler lehine anlamlı farklılığa rastlanmıştır ($t=2.581$, $p<0.05$).

Ölçeğin diğer alt boyutlarında cinsiyet değişkeni açısından farklılığa rastlanamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 3. Kadın personelin yaş değişkenine göre SYBDÖ II'nin alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırılması

Alt boyutlar		KT	Sd	KO	F	P
Sağlık Sorumluluğu	Gruplar Arası	35.878	4	8.969	.391	.815
	Grup İçi	2065.006	90	22.945		
	Toplam	2100.884	94			
Fiziksel Aktivite	Gruplar Arası	70.958	4	17.739	.788	.536
	Grup İçi	2025.527	90	22.506		
	Toplam	2096.484	94			
Beslenme	Gruplar Arası	13.962	4	3.491	.171	.952
	Grup İçi	1832.922	90	20.366		
	Toplam	1846.884	94			
Manevi Gelişim	Gruplar Arası	8.401	4	2.100	.112	.978
	Grup İçi	1693.705	90	18.819		
	Toplam	1702.105	94			
Kişiler Arası İlişkiler	Gruplar Arası	8.762	4	2.190	.196	.940
	Grup İçi	1003.659	90	11.152		
	Toplam	1012.421	94			
Stres Yönetimi	Gruplar Arası	53.929	4	13.482	.851	.496
	Grup İçi	1425.228	90	15.836		
	Toplam	1479.158	94			

Tablo 3’de Çalışmamıza katılan kadın personelin yaş durumları açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırması verilmektedir.

Buna göre hiçbir alt boyutta anlamlı farklılığa rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4. Kadın personelin görev durumlarına göre SYBDÖ II'nin alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırılması

Alt boyutlar		KT	Sd	KO	F	P
Sağlık Sorumluluğu	Gruplar Arası	40.757	4	10.189	.445	.776
	Grup İçi	2060.127	90	22.890		
	Toplam	2100.884	94			
Fiziksel Aktivite	Gruplar Arası	11.783	4	2.946	.127	.972
	Grup İçi	2084.701	90	23.163		
	Toplam	2096.484	94			
Beslenme	Gruplar Arası	64.203	4	16.051	.810	.522
	Grup İçi	1782.681	90	19.808		
	Toplam	1846.884	94			
Manevi Gelişim	Gruplar Arası	46.651	4	11.663	.634	.640
	Grup İçi	1655.455	90	18.394		
	Toplam	1702.105	94			
Kişiler Arası İlişkiler	Gruplar Arası	83.394	4	20.848	2.020	.098
	Grup İçi	929.027	90	10.323		
	Toplam	1012.421	94			
Stres Yönetimi	Gruplar Arası	11.498	4	2.875	.176	.950
	Grup İçi	1467.659	90	16.307		
	Toplam	1479.158	94			

Tablo 4’de Çalışmamıza katılan kadın personelin görev durumları açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırması verilmektedir.

Buna göre hiçbir alt boyutta anlamlı farklılığa rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 5. Kadın personelin çalışma süresi değişkenine göre SYBDÖ II'nin alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırılması

Alt boyutlar		KT	Sd	KO	F	P
Sağlık Sorumluluğu	Gruplar Arası	69.999	4	17.500	.776	.544
	Grup İçi	2030.885	90	22.565		
	Toplam	2100.884	94			
Fiziksel Aktivite	Gruplar Arası	124.135	4	31.034	1.416	.235
	Grup İçi	1972.350	90	21.915		
	Toplam	2096.484	94			
Beslenme	Gruplar Arası	44.728	4	11.182	.558	.693
	Grup İçi	1802.156	90	20.024		
	Toplam	1846.884	94			
Manevi Gelişim	Gruplar Arası	38.974	4	9.744	.527	.716
	Grup İçi	1663.131	90	18.479		
	Toplam	1702.105	94			
Kişiler Arası İlişkiler	Gruplar Arası	47.953	4	11.988	1.119	.353
	Grup İçi	964.468	90	10.716		
	Toplam	1012.421	94			
Stres Yönetimi	Gruplar Arası	39.164	4	9.791	.612	.655
	Grup İçi	1439.994	90	16.000		
	Toplam	1479.158	94			

Tablo 5’de Çalışmamıza katılan kadın personelin çalışma süreleri açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırması verilmektedir.

Buna göre hiçbir alt boyutta anlamlı farklılığa rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6. Kadın personelin spor yapma değişkenine göre SYBDÖ II'nin alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırılması

Alt boyutlar		KT	Sd	KO	F	P	Anlamlı Fark
Sağlık Sorumluluğu	Gruplar Arası	66.972	2	33.486	1.515	.225	
	Grup İçi	2033.913	92	22.108			
	Toplam	2100.884	94				
Fiziksel Aktivite	Gruplar Arası	648.603	2	324.302	20.606	.000	2-1 3-1 3-2
	Grup İçi	1447.881	92	15.738			
	Toplam	2096.484	94				
Beslenme	Gruplar Arası	181.795	2	90.897	5.022	.009	2-1 3-1 3-2
	Grup İçi	1665.089	92	18.099			
	Toplam	1846.884	94				
Manevi Gelişim	Gruplar Arası	60.802	2	30.401	1.704	.188	
	Grup İçi	1641.304	92	17.840			
	Toplam	1702.105	94				
Kişiler Arası İlişkiler	Gruplar Arası	53.784	2	26.892	2.581	.081	
	Grup İçi	958.637	92	10.420			
	Toplam	1012.421	94				
Stres Yönetimi	Gruplar Arası	93.658	2	46.829	3.110	.049	3-1 3-2
	Grup İçi	1385.500	92	15.060			
	Toplam	1479.158	94				

Gruplar. 1-Hiçbir zaman. 2- Bazen. 3-Düzenli olarak

Tablo 6’da Çalışmamıza katılan kadın personelin spor yapma durumları açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırması verilmektedir. Buna göre Sağlık Sorumluluğu, Manevi Gelişim, Kişiler Arası İlişkiler alt boyutlarından herhangi bir farklılığa rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Fiziksel aktivite, Beslenme ve Stres yönetimi alt boyutlarında anlamlı farklılıklara rastlanmıştır. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla LSD testi uygulanmıştır. Fiziksel aktivite alt boyutunda bazen spor yapanların hiç yapmayanlara göre daha yüksek puanlar elde ettikleri, düzenli spor yapanların bazen yapanlara ve hiç yapmayanlara göre daha yüksek puanlar elde ettikleri tespit edilmiştir.

Tablo 7. Kadın personelin sigara kullanma durumlarına göre SYBDÖ II'nin alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırılması

Alt boyutlar	Sigara Kullanımı	n	$\bar{X}$	Sd	T	P
Sağlık Sorumluluğu	Hayır	69	20.59	4.22	-.380	.706
	Evet	26	21.07	5.93		
Fiziksel Aktivite	Hayır	69	16.46	4.29	1.317	.191
	Evet	26	15.03	5.66		
Beslenme	Hayır	69	20.98	4.14	.928	.356
	Evet	26	20.03	5.13		
Manevi Gelişim	Hayır	69	27.73	4.28	1.390	.168
	Evet	26	26.38	4.08		
Kişiler Arası İlişkiler	Hayır	69	26.91	3.02	.851	.397
	Evet	26	26.26	3.91		
Stres Yönetimi	Hayır	69	19.68	3.37	1.042	.300
	Evet	26	18.73	5.25		

Tablo 7’de Çalışmamıza katılan kadın personelin sigara kullanımı açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırması verilmektedir.

Buna göre hiçbir alt boyutta anlamlı farklılığa rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 8. Erkek personelin yaş değişkenine göre SYBDÖ II'nin alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırılması

Alt boyutlar		KT	Sd	KO	F	P
Sağlık Sorumluluğu	Gruplar Arası	50.927	4	12.732	.568	.687
	Grup İçi	2107.820	94	22.424		
	Toplam	2158.747	98			
Fiziksel Aktivite	Gruplar Arası	122.121	4	30.530	1.170	.329
	Grup İçi	2452.202	94	26.087		
	Toplam	2574.323	98			
Beslenme	Gruplar Arası	121.965	4	30.491	1.660	.166
	Grup İçi	1726.782	94	18.370		
	Toplam	1848.747	98			
Manevi Gelişim	Gruplar Arası	58.228	4	14.557	.561	.691
	Grup İçi	2437.409	94	25.930		
	Toplam	2495.636	98			
Kişiler Arası İlişkiler	Gruplar Arası	108.683	4	27.171	1.280	.284
	Grup İçi	1995.822	94	21.232		
	Toplam	2104.505	98			
Stres Yönetimi	Gruplar Arası	6.118	4	1.529	.089	.986
	Grup İçi	1609.539	94	17.123		
	Toplam	1615.657	98			

Tablo 8’de Çalışmamıza katılan erkek personelin yaş değişkenleri açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırması verilmektedir.

Buna göre hiçbir alt boyutta anlamlı farklılığa rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 9. Erkek personelin görev değişkenine göre SYBDÖ II'nin alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırılması

Alt boyutlar		KT	Sd	KO	F	P
Sağlık Sorumluluğu	Gruplar Arası	140.310	4	35.078	1.634	.172
	Grup İçi	2018.437	94	21.473		
	Toplam	2158.747	98			
Fiziksel Aktivite	Gruplar Arası	195.734	4	48.934	1.934	.111
	Grup İçi	2378.589	94	25.304		
	Toplam	2574.323	98			
Beslenme	Gruplar Arası	148.067	4	37.017	2.046	.094
	Grup İçi	1700.680	94	18.092		
	Toplam	1848.747	98			
Manevi Gelişim	Gruplar Arası	153.026	4	38.256	1.535	.198
	Grup İçi	2342.611	94	24.921		
	Toplam	2495.636	98			
Kişiler Arası İlişkiler	Gruplar Arası	97.661	4	24.415	1.144	.341
	Grup İçi	2006.844	94	21.349		
	Toplam	2104.505	98			
Stres Yönetimi	Gruplar Arası	110.992	4	27.748	1.733	.149
	Grup İçi	1504.664	94	16.007		
	Toplam	1615.657	98			

Tablo 9'da Çalışmamıza katılan erkek personelin görev değişkenleri açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırması verilmektedir.

Buna göre hiçbir alt boyutta anlamlı farklılığa rastlanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 10. Erkek personelin çalışma süresi değişkenine göre SYBDÖ II'nin alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırılması

Alt boyutlar		KT	Sd	KO	F	P	Anlamlı Fark
Sağlık Sorumluluğu	Gruplar Arası	88.960	4	22.240	1.010	.406	
	Grup İçi	2069.787	94	22.019			
	Toplam	2158.747	98				
Fiziksel Aktivite	Gruplar Arası	132.921	4	33.230	1.279	.284	
	Grup İçi	2441.402	94	25.972			
	Toplam	2574.323	98				
Beslenme	Gruplar Arası	189.948	4	47.487	2.691	.036	2-1 5-1 5-2
	Grup İçi	1658.799	94	17.647			
	Toplam	1848.747	98				
Manevi Gelişim	Gruplar Arası	227.180	4	56.795	2.353	.059	
	Grup İçi	2268.456	94	24.133			
	Toplam	2495.636	98				
Kişiler Arası İlişkiler	Gruplar Arası	107.049	4	26.762	1.259	.292	
	Grup İçi	1997.456	94	21.250			
	Toplam	2104.505	98				
Stres Yönetimi	Gruplar Arası	103.564	4	25.891	1.610	.178	
	Grup İçi	1512.092	94	16.086			
	Toplam	1615.657	98				

1.grup:1-5 yıl, 2.grup:6-10 yıl, 3.grup:11-15 yıl, 4.grup 16-20 yıl, 5.grup:21+

Tablo 10'da Çalışmamıza katılan erkek personelin çalışma süreleri açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırması verilmektedir.

Buna göre Sağlık Sorumluluğu, Fiziksel aktivite, Manevi Gelişim, Kişiler Arası İlişkiler ve Stres yönetimi alt boyutlarında herhangi bir farklılığa rastlanmamıştır ($p>0.05$). Beslenme alt boyutunda anlamlı farklılığa rastlanmıştır ($F_{4-94}=2.691$, $p<0.05$). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla LSD testi uygulanmıştır. Buna göre 21+ süredir çalışanların 1-5 yıl ve 6-10 yıl çalışanlara göre daha yüksek puanlar elde ettikleri tespit edilmiştir. 6-10 yıldır çalışanların 1-5 yıldır çalışanlara oranla daha yüksek puanlar elde ettikleri tespit edilmiştir.

Tablo 11. Erkek personelin spor yapma değişkenine göre SYBDÖ II'nin alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırılması

Alt boyutlar		KT	Sd	KO	F	P	Anlamlı Fark
Sağlık Sorumluluğu	Gruplar Arası	98.672	2	49.336	2.299	.106	
	Grup İçi	2060.075	96	21.459			
	Toplam	2158.747	98				
Fiziksel Aktivite	Gruplar Arası	753.526	2	376.763	19.865	.000	2-1 3-1 3-2
	Grup İçi	1820.797	96	18.967			
	Toplam	2574.323	98				
Beslenme	Gruplar Arası	32.992	2	16.496	.872	.421	
	Grup İçi	1815.756	96	18.914			
	Toplam	1848.747	98				
Manevi Gelişim	Gruplar Arası	166.203	2	83.102	3.425	.037	3-1 3-2
	Grup İçi	2329.433	96	24.265			
	Toplam	2495.636	98				
Kişiler Arası İlişkiler	Gruplar Arası	104.099	2	52.050	2.498	.088	
	Grup İçi	2000.406	96	20.838			
	Toplam	2104.505	98				
Stres Yönetimi	Gruplar Arası	140.992	2	70.496	4.589	.012	3-1 3-2
	Grup İçi	1474.665	96	15.361			
	Toplam	1615.657	98				

1.grup: hiçbir zaman, 2.grup: bazen, 3.grup: düzenli olarak.

Tablo 11’de Çalışmamıza katılan erkek personelin spor yapma durumları açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırması verilmektedir.

Buna göre Sağlık Sorumluluğu, Beslenme ve Kişiler Arası İlişkiler alt boyutlarından herhangi bir farklılığa rastlanmamıştır ($p>0.05$). Fiziksel aktivite, Manevi gelişim ve Stres yönetimi alt boyutlarında anlamlı farklılıklara rastlanmıştır. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla LSD testi uygulanmıştır. Fiziksel aktivite alt boyutunda bazen spor yapanların hiç yapmayanlara göre daha yüksek puanlar elde ettikleri, düzenli spor yapanların bazen yapanlara ve hiç yapmayanlara göre daha yüksek puanlar elde ettikleri tespit edilmiştir. Stres yönetimi alt boyutunda düzenli olarak spor yapanların hiçbir zaman yapmayanlara ve bazen yapanlara oranla daha yüksek puanlar elde ettikleri tespit edilmiştir.

Tablo 12. Erkek personelin sigara kullanma durumlarına göre SYBDÖ II'nin alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırılması

Alt boyutlar	Sigara Kullanımı	N	$\bar{X}$	Sd.	t	P
Sağlık Sorumluluğu	Hayır	68	19.26	4.72	.990	.325
	Evet	31	18.25	4.63		
Fiziksel Aktivite	Hayır	68	16.39	5.35	.153	.878
	Evet	31	16.22	4.65		
Beslenme	Hayır	68	20.30	4.30	.875	.384
	Evet	31	19.48	4.43		
Manevi Gelişim	Hayır	68	26.89	4.96	.849	.398
	Evet	31	25.96	5.25		
Kişiler Arası İlişkiler	Hayır	68	25.80	4.77	.322	.748
	Evet	31	25.48	4.36		
Stres Yönetimi	Hayır	68	19.64	4.20	1.178	.242
	Evet	31	18.61	3.69		

Tablo 12.'de Çalışmamıza katılan erkek personelin sigara kullanımı açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırması verilmektedir.

Buna göre hiçbir alt boyutta anlamlı farklılığa rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 13. Kadın personellerin SYBDÖ II'nin alt boyutlarından elde ettikleri puanlar arasındaki ilişki

Alt boyutlar		Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişiler Arası İlişkiler	Stres Yönetimi
Sağlık Sorumluluğu	r	1	,557**	,776**	,486**	,596**	,541**
	p		,000	,000	,000	,000	,000
Fiziksel Aktivite	r	1	1	,592**	,450**	,463**	,567**
	p			,000	,000	,000	,000
Beslenme	r	1	1	1	,478**	,489**	,554**
	p				,000	,000	,000
Manevi Gelişim	r	1	1	1	1	,528**	,694**
	p					,000	,000
Kişiler Arası İlişkiler	r	1	1	1	1	1	,437**
	p						,000
Stres Yönetimi	r	1	1	1	1	1	1
	p						

N=95, **p<0.001

Tablo 13'de üniversitede çalışan kadın idari personellerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden elde ettikleri puanlar arasındaki ilişki verilmektedir.

Buna göre Sağlık sorumluluğu alt boyutu ile Fiziksel aktivite, Kişiler arası ilişkiler ve Stres yönetimi alt boyutları arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki, Beslenme alt boyutu ile pozitif yönde kuvvetli bir ilişki, Manevi gelişim alt boyutu ile de pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Fiziksel aktivite alt boyutu ile Beslenme ve Stres yönetimi alt boyutları arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki, Manevi gelişim ve Kişiler arası ilişkiler alt boyutlarında ise pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Beslenme alt boyutu ile Manevi gelişim ve Kişiler arası ilişkiler alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki, Stres yönetimi alt boyutu ile pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur.

Manevi gelişim alt boyutu ile Kişiler arası iletişim ve Stres yönetimi alt boyutları arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur.

Kişiler arası iletişim ile Stres yönetimi alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 14. Erkek Personellerin SYBDÖ II'nin Alt Boyutlarından Elde Ettikleri Puanlar Arasındaki ilişki

Alt boyutlar		Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişiler Arası İlişkiler	Stres Yönetimi
Sağlık Sorumluluğu	r	1	,623**	,660**	,607**	,672**	,634**
	p		,000	,000	,000	,000	,000
Fiziksel Aktivite	r		1	,502**	,553**	,549**	,598**
	p			,000	,000	,000	,000
Beslenme	r			1	,548**	,524**	,555**
	p				,000	,000	,000
Manevi Gelişim	r				1	,751**	,748**
	p					,000	,000
Kişiler Arası İlişkiler	r					1	,661**
	p						,000
Stres Yönetimi	r						1
	p						

N=99, **p<0.001

Tablo 14'de üniversitede çalışan Erkek idari personellerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden elde ettikleri puanlar arasındaki ilişki verilmektedir.

Buna göre Sağlık sorumluluğu alt boyutu ile diğer alt boyutlar arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur.

Fiziksel aktivite alt boyutu ile Beslenme, Manevi gelişim, Kişiler Arası İlişkiler ve Stres Yönetimi alt boyutları arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur.

Beslenme alt boyutu ile Manevi gelişim, Kişiler arası ilişkiler ve Stres yönetimi alt boyutları arasında orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur.

Manevi gelişim alt boyutu ile Kişiler arası ilişkiler ve Stres yönetimi alt boyutları arasında pozitif yönde kuvvetli bir ilişki bulunmuştur.

Kişiler arası ilişkiler ile Stres yönetimi alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur.

5. TARTIŞMA SONUÇ

Bu bölümde üniversitede çalışan idari personelin cinsiyet, yaş, spor yapma, sigara kullanımı, çalışma süresi ve görev türü değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlılık saptanan sonuçlara ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Çalışma sonucunda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin sağlık sorumluluğu alt boyutunda kadın personel lehine anlamlı farklılığa rastlanmıştır. Bir başka deyişle kadın personelin, erkek personele göre sağlık sorumluluğu alt boyutunda elde ettikleri puanların daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Koçoğlu (91) Konya kent merkezinde sağlık ocağına gelen kişiler üzerine yaptığı araştırmasında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında erkekler lehine sonuçlara ulaşmıştır.

Fiziksel aktivite alt boyutunda erkekler lehine anlamlı farklılığa rastlanmıştır. Yıldırım (56) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmasında egzersiz alt boyutunda erkek öğrenciler lehine anlamlılık bulmuştur.

Erkeklerin fiziksel aktivite alt boyutunda elde ettikleri yüksek puanlar, kadınların günlük yaşam içerisinde çalışma zamanlarının dışında yüklenmiş oldukları sorumlulukların (ev işleri, yemek, temizlik, çocuk bakımı vb.) erkeklere göre daha fazla olması fiziksel aktivitelere zaman ayıramamasından kaynaklanabilir. Zira fiziksel aktivite hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı kapsar ve günlük yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde yürütülmesi anlamına gelir (90).

Kadın ve erkek personellerin yaş, sigara kullanımı, çalışma süresi ve görev durumları açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarında gruplar arasında herhangi bir farklılığa rastlanamamıştır.

Tortumluoğlu (92) ile Pasinlioğlu ve Gözümlü (6) yaptıkları çalışmalarda ise yaşın sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde istatistiksel olarak farklılık oluşturmadığı saptanmıştır. Yapılan birçok çalışmada yaş grupları arasında farklılık bulunmuştur.

Yetişkinlerin sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarının gençlere göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (29, 58, 93, 94). Ayrıca yaş ilerledikçe bazı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı yönünde görüş belirten çalışmalara da rastlanmıştır (4, 7, 9, 12, 95, 96).

Bireyin yaşının ilerlemesi bir takım sağlık sorunu yaşama sıklığının artması neden olabilir. Doğal olarak bireyde sağlığını koruma ve geliştirme bilinci artar. Bu sebeple yaşı ilerleyen bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına daha olumlu yaklaşımları beklenir. Ayrıca yaşın ilerlemesiyle birlikte insan yaşamında birçok alanda düzenini sağlamış olması kişinin kendisine daha çok zaman ayırması ve kendi sağlığı ile daha çok ilgilenmesine neden olabilir.

Ancak, çalışmamızda ele aldığımız örneklem grubunun tamamının yetişkinlerden oluşması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında yaş değişkenine göre farklılık çıkmamasına neden olabilir.

Çalışmamızda yer alan örneklem grubunun sigara kullanım oranına baktığımızda genel olarak katılımcıların %29.4'nün sigara kullandığı, büyük bir çoğunluğun kullanmadığı tespit edilmiştir (Tablo1).

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan farklı çalışmalarda sigara kullanım oranları (%33.6, %36.8, %42.6, %45.3, %46.5) çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlardan daha yüksektir (56, 97, 98). Toplum sağlığı açısından düşünüldüğünde sevindiricidir. Zira çalışmamızdaki katılımcıların yetişkinlerden oluşması yaş ilerledikçe sigara kullanımının azalmasına işarettir.

Ayrıca ülkemizde son yıllarda kapalı ortamlarda sigara içilmesinin yasaklanması ve sigara bırakılmasına yönelik çalışmaların arttırılmasının da bir etken olduğu düşünülmektedir.

Üniversite personelinin görev durumları açısından, alanda yapılan çalışmaya rastlanamamıştır. Bu bakımdan herhangi bir karşılaştırma yapılamamıştır.

Çalışmamıza katılan kadın personelin spor yapma durumları açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırmasına bakıldığında fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt boyutlarında anlamlı farklılıklara rastlanmıştır. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla LSD testi uygulanmıştır. Fiziksel aktivite alt boyutunda bazen spor yapanların hiç yapmayanlara göre daha yüksek puanlar elde ettikleri, düzenli spor yapanların bazen yapanlara ve hiç yapmayanlara göre daha yüksek puanlar elde ettikleri tespit edilmiştir (Tablo 7).

Elde edilen bulgulardan hareketle kadın personellerin spor yapma durumları arttıkça fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi tutumları olumlu yönde artmaktadır diyebiliriz. Zira spor yapan bireylerin beslenmelerine daha çok dikkat etmeleri ve stresle başa çıkma stratejilerinin daha iyi kullanabilmeleri beklenir.

Fiziksel egzersiz, kaygı, stres ve depresyonun azaltılması, zihinsel sağlığın sürdürülmesi, psikolojik zindeliğin sağlanmasında pozitif etkiler yaratırken, diğer yandan sigara tüketiminde ve fazla kilolarda azalma sağlar (99, 100).

Çalışmamıza katılan erkek personelin çalışma süreleri açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırmasına bakıldığında beslenme alt boyutunda anlamlı farklılığa rastlanmıştır. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla LSD testi uygulanmıştır. Buna göre 21+ süredir çalışanların 1-5 yıl ve 6-10 yıl çalışanlara göre daha yüksek puanlar elde ettikleri tespit edilmiştir. 6-10 yıldır çalışanların 1-5 yıldır çalışanlara oranla daha yüksek puanlar elde ettikleri tespit edilmiştir.

Burada elde edilen sonuçlardan yola çıkılarak çalışma süresi arttıkça erkek idari personelin beslenmelerine daha çok dikkat ettikleri söylenebilir.

Erkek personelin spor yapma durumları açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarından elde ettikleri puanların karşılaştırmasına bakıldığında fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyutlarında anlamlı farklılıklara rastlanmıştır. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla LSD testi uygulanmıştır.

Fiziksel aktivite alt boyutunda bazen spor yapanların hiç yapmayanlara göre daha yüksek puanlar elde ettikleri, düzenli spor yapanların bazen yapanlara ve hiç yapmayanlara göre daha yüksek puanlar elde ettikleri tespit edilmiştir.

Stres yönetimi alt boyutunda düzenli olarak spor yapanların hiçbir zaman yapmayanlara ve bazen yapanlara oranla daha yüksek puanlar elde ettikleri tespit edilmiştir.

Kadın ve erkek idari personellerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden elde ettikleri puanlar arasındaki ilişkiye bakıldığında, tüm alt boyutların birbirleriyle pozitif yönde ilişki olduğundan söz edilebilir (Tablo 13-14). Yani, sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutlarından elde edilen puanlarda doğrusal bir ilişki vardır. Bir değişken artarken diğerleri de artmaktadır. Bu sonuç, spor bilimcilerine şunu göstermektedir. Ülkemizde ve dünyada bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmek istiyorsak, bireyleri sportif etkinliklere yönlendirmek için daha çok çaba harcamalıyız.

Sonuç olarak; kadın personellerin sağlık sorumluluklarının daha yüksek olduğu, erkeklerin fiziksel aktivitelere daha çok önem verdiği, elde ettiğimiz bulgulara göre çalışmamıza katılan kadınların sigara kullanımı, yaş, çalışma süresi ve görev durumları bakımından sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında farklılık olmadığı, spor yapan kadın ve erkeklerin sağlıklı yaşam alışkanlıklarının daha yüksek olduğu, çalışma süresi artan erkeklerin beslenmelerine daha çok dikkat ettiği belirlenmiştir. Ayrıca, sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutlarından alınan puanlara ilişkin yapılan korelasyon analizinde bir davranış olumlu yönde artarken diğerinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler sonucunda, üniversitede çalışan idari personellerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sürdürebilmeleri ve bu davranışları geliştirebilmeleri açısından aşağıdaki önerileri sunabiliriz:

İdari personellerin sağlıklarını geliştirmek ve korumak için, sağlıkla ilgili konularda eğitim arttırılmalıdır (konferans, toplantı, seminer vs.).

İşe yeni başlamış bir personele, sağlığı geliştirici davranışlarını değerlendiren tanımlayıcı araştırmalar yapılmalı ve bu periyodik olarak tekrarlanmalıdır.

İdari personelin rahatlıkla kullanabilecekleri spor tesisleri oluşturulmalı, varsa artırılmalıdır.

Sosyal aktivitelere ağırlık verilmeli ve personeller teşvik edilmelidirler.

Programlar planlanırken sosyo demografik özellikler, ailesel faktörler, cinsiyet, yaş, medeni durum gibi özellikler göz ardı edilmemelidir.

Personelin moral ve motivasyonları açısından önemli bir faktör olan ödül uygulamasına ortam hazırlanmalıdır (sosyal faaliyetler içerisinde, spor vs. alanlarda yarışmalar düzenlenerek bu ödül ortamı sağlanabilir).

Kantin, yemekhane, kafeterya gibi insanların beslenme ihtiyaçlarını giderebilecekleri mekânlarda insan sağlığına faydalı besinlerin üretilmesi sağlanmalıdır.

Personele dengeli ve düzenli beslenme alışkanlığı aşılanmalı aynı zamanda dengeli ve düzenli beslenmenin sadece çalışma esnasında değil evde de devam ettirilmesinin önemi vurgulanmalıdır.

Sigara, alkol gibi zararlı maddelerden uzaklaştırıcı faaliyetlere ağırlık verilmelidir (Bu maddelerin zararını anlatan seminer, konferans düzenleyerek ayrıca sosyal ve kültürel alanlarla oyalayarak).

İdari personele stresle başa çıkma yolları öğretilmeli, çalışma ortamında strese neden olan etkenler belirlenmeli ve üniversite yönetimi bu olumsuzlukları azaltmaya yönelik çalışmalarda bulunmalıdırlar.

6. KAYNAKLAR

- 1.Çakırcalı E. Hemşirelikte temel ilke ve uygulamalar. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 1996: s.99-106
- 2.Hayran O. Sur H. Sağlık ve hastalık kavramları, sağlık hizmetleri el kitabı. Yüce Yayınevi, İstanbul, 1997: s.1-32
- 3.Öztek Z. Sağlık kavramı ve sağlık hizmetleri. Yeni Türkiye Dergisi, 2001;(39)7:204-205
- 4.Ünal D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2007;14(2):101-109
- 5.Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı. Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1993: s.2
- 6.Pasinlioğlu P, Gözüm S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1998;2(2):60-68
- 7.Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005; 9(2):26-34
- 8.Güngör İ, Şahin HN. Sağlığın geliştirilmesinde kullanılan temel davranış değiştirme kuram ve modelleri. Hemşirelik Forumu Dergisi, 2006;3:6-13
- 9.Yalçinkaya M, Özer GF, Karamanoğlu YA. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007;6(6):21-34
- 10.Owens L. The relationship of health locus of control, self efficacy, health literacy and health promoting behaviors in older adults. a dissertation presented fort he doctor of philosophy decree. 2006, The University of Memphis.
- 11.Çimen S. 15-18 yaş grubu gençlerde riskli sağlık davranışları ölçeğinin geliştirilmesi. 2003, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hemşireliği Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, 142 sayfa, İstanbul, (Prof.Dr.Sevim Savaşer)

- 12.Zaybak A, Fadiloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2004;20(1):71-95
- 13.Maurer F. Smith, C. Community health nursing theory and practice, wb saunders company, 2000: s.404-424
- 14.Gordon E, Golanty E, Brown KM. health and wellness: physical activity for health and well- being, Jones and Barlett Publishers. Boston, 2002
- 15.Tokuç B, Berberoğlu U. Edirne merkez ilçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sağlığı geliştirici davranışlar. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007;6(6):10-16
- 16.Beşer A, Bahar Z, Büyükkaya D. Health promoting behaviors and factors related to lifestyle among Turkish workers and occupational health nurses responsibilities in their health promoting activities. Ind Health, 2007;45(1):151-159
- 17.Turgul Ö, Balaban C, Özügürlü B, Atasoy R, Çınar N, Özgener N. Narlidere’de öğretmenlerde nikotin bağımlılığı ve sağlık geliştirici davranışlar. 9. Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Ankara, 2004: s.24
- 18.Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A. Yorgancı E, Çınar B, Öz F, Kankaya F, Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2008;7(1):59-64.
- 19.Güler G, Güler N, Kocataş S, Yıldırım F, Akgül N. Bir üniversitede çalışan öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. C.Ü. Hemşirelik Dergisi, 2008;12(3):18-26
- 20.Pender NJ, Barkauskas VH, Hayman L, Rice VH, Anderson ET. Health pramotion and disease prevention: Toward excellence in nursing practice and education. Nurses Outlook, 1992;Vol 40:106-120
- 21.Baltaş Z. Sağlık psikolojisi. Remzi Kitapevi, İstanbul, 2004: s.2
- 22.Perk M, Sanlı T, Tuncel N. Halk sağlığı hemşireliği, Anadolu Üniversitesi yayınları, Eskişehir, 1992:s.28
- 23.Flora R. Lang at health behaviors. West Publishing Company, USA, 1982:p.77
- 24.Redland AR, Stufbergen AK. Strateqies for maintainence of health-promoting behavior, Advences in Clinical Nursing Research Nursing. Clinies of North America, 1993: s. 28-2
- 25.Velioğlu P. Hemşirelikte Temel Kavram ve Kuramlar, Alas Ofset, 1999: s.18-90

- 26.Spradley BW. Nursing's Role in Health Promotion, Nursing Clinics of North America, 1990: 26(4)
- 27.Ruddy M. Models and theories of nursing. Cardinal Stritch University Library, America, 2007: s.1-42
- 28.Edelman C, Mandle CL. Health promotion through the lifespan. Mosby Comp, 4th Ed, Philadelphia, 2002: s.3-24
- 29.Esin N. Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. 1997, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, 148 sayfa, İstanbul (Doç. Dr. Semra Erdoğan)
- 30.Galloway RD. Health promotion: Causes, beliefs and measurements. CM&Rvol.1 no. 2003: s. 249-258
- 31.Beckmann M. Nursing assesment health promotion strategies through the life span. 4th ed. Jodith Procter Zentner Apele Large, 1989; s.22-32
- 32.Edelman CL, Mandle CL. Health Promotion Throughout The Lifespan. Mosby Comp Fourth Ed, pp, Philadelphia, 1998: s.4-6
- 33.Pahalank C. Determinants of health-promotive behaviors: A review of current research. Nursing Clinics of North America. 1991. 26(4), s.815-832
- 34.Özvarış ŞB. Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları, Ankara, 2001: s.8-11
- 35.Özvarış ŞB, Temel F. Sağlığı Geliştirme. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları, Ankara, 2007: s.4-10
- 36.Aktan CC, Işık AK. Sağlığın Korunması ve gelişimine yönelik evrensel sağlık bildirgelerine toplu bir bakış. [Elektronik Dergi]. <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sagligin-korunmasi.pdf>. (Erişim tarihi:13.12.2012)
- 37.Brenda J. Health Promotion in adolescents: a review of pender's health promotion model. Nursing Science Quarterly, 2006: 19(4), s.366-373
- 38.Hardrick G, Lindsey E. Health promotion nursing practice the demise of nursing process. Journal of Adv, Nursing, 1996: 23, s.106-112
- 39.Sağlıklı Şehirler Raporu. Şehir sağlığı profilleri, şehrinizdeki sağlık göstergelerinin rapor edilmesi. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 1997
- 40.Vural BK. Sağlık riskinin belirlenmesi ve hemşirelik için önemi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1998;2(2):39-43.

- 41.Dickey RA, Janick JJ. Lifestyle modifications in the prevention and treatment of Hypertension, *Endorc Pract*, 2001:7(5) s.392–399.
- 42.Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. WHO, Regional Office for Europe, Copenhag. (discussion paper EUR/ICP/RPD 414) 1990; 2:8-10
- 43.Ireland Social Capital and Health Report. A report on the all- ireland capital & health survey inequalities in perceived health. [Electronic Journal]. <http://www.publichealth.ie>, (Erişim Tarihi: 19.12.2012)
- 44.Deborah B, Taylor H, Henderson J. The ALSPAC Study Team. Inequality in infant morbidity: Causes and consequences in england in The 1990s, *Journal Epidemiol Community Health*, 1998:52(7): s.451–458.
- 45.Adler NE, Boyce WT, Chesney MA, Folkman S, Syme SL. Socioeconomic inequalities inhealth. no easy solution, *JAMA*, 1993: 269(24) s. 3140–3145.
- 46.Spradley WB. Health promotion and wellness. *Community Health Nursing Concept and Practice*, Lippincott. 2001 s.13-14
- 47.Molina GJ, Castillo I, Pablos C. Determinants of leisure-time physical activity and future intention to practice in Spanish college students. *Spanish Journal of Psychology*. 2009: 12, s.128-137
- 48.Spellbring M. Nursing’s role in health promotion. *Nursing Clinics of North America*, 1991: 26(4), s.805- 814
- 49.Spradley BW. Neuman’s health care systems. *Community Helth Nursing Concepts and Prattice*, 1990: 8-13, s.72-73
- 50.Farrand LL, Cox CL. Determinants of Positive Health Behavior in Middle Childhood. *Nursing Research July/August*, 1993: 42(4), s.208-213
- 51.Elizabeth K, Tanner W. Assesment of a Health Promotive Lifestyle, *Nursing Clinics of North America*, 1991: 26(4), s.805-814
- 52.Ahijevych K. ve Bernhard L. Health Promoting Behaviors of African American Women. *Nursing Research*, 1994: 43(2), s.86-89
- 53.Barnum BJS. *Nursing Theory: Analysis, Aplication, Evaluation Third Edition*, Glenview, England, 1990: s.87-89
- 54.Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2008; 3(7): 90-105
- 55.Edelman CL, Fain JA. Health defined: Objectives for Promotion & Prevention, 1999; 3-24

- 56.Yıldırım N. Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. 2005, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 127 sayfa, Sivas (Yrd. Doç. Dr. Mine Bekar)
- 57.Bottorf JL, Johnson JL. Ratner PA. Hayduk LA. The Effects of cognitive perceptual factors on health promotion behavior maintenance, Nursing Research, January/February, 1996; 45(1):30-36
- 58.Lusk SL, Kerr MJ, Ronis DL. Health-promoting lifestyles of blue collar, skilled trade and white-collar workers. Nursing Research, January-February, 1995; 44(1): 20-24.
- 59.WHO. Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents [Electronic Journal]. (2012). (Erişim:13.12.2012) <http://www.euro.who.int/document/e89375.pdf>
- 60.Biçer M. Streptozotosin ile Diyabet Oluşturulmuş Akut Yüzme Egzersizi Yaptırılan Ratlarda Çinko Uygulamasının Lipid Peroksidasyonu ve Laktat Düzeylerine Etkisi. 2008, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 136 sayfa, Ankara (Prof. Dr. Mehmet Günay)
- 61.Erkan N. Yaşam boyu egzersiz, Bağırhan Yayınevi, Ankara, 1998: s.23
- 62.Willis DJ, Campbell LF. Exercise psychology. Illinois, Human Kinetics Boks. 1992
- 63.Koruç Z. Psikolojinin alt alanları: Türk Psikoloji Bülteni 4, Ankara, 1998; s.10
- 64.Kalyon TA. Spor hekimliği, Sporcu Sağlığı ve Spor Sakatlıkları, Ankara, 1995; 3. Baskı 32-33
- 65.Önder FO, Kurdoğlu M, Oğuz G, Özben B, Atilla S, Oral SN. Gülveren lisesi son sınıf öğrencilerinin bazı beslenme alışkanlıklarının saptanması ve bunun malnütrüsyon prevalansı ile olan ilişkisi. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, Ankara, 2000; 19(1) s.1-5
- 66.Zorba E. Yaşam boyu spor. Marmara Yayınları. İstanbul, 2004: s.34-35
- 67.Yücecan S. Besin tüketimindeki değişimler ve yeni eğilimler. Türk Mutfak Kültürünü Araştırma ve Tanıtma Vakfı, 1999: Yayın No:23 s.235-244
- 68.Baysal A. Sağlıklı beslenme: uzmanların önerisi ve tüketici algılaması. Beslenme ve Diyet Dergisi, 1998; 27(2): 1-4
- 69.Bidlack WR. Interrelationships of food, nutrition, diet and health: the national association of state universities and land grant colleges white paper. J Am Coll Nutr, 1996; 15(5): 422-433

- 70.Sürücüoğlu MS. Beslenme ve sağlığımız Standart, 1999; 38(448): 40-52
- 71.Yetley EA, Park YK. Diet and heart disease, Health Claims, 1995; 125:679-685
- 72.Çakır B, Toprak İ, Yüksel B. Saha personeli için toplum beslenme programı eğitim materyali , Ankara, 2002: Onur Matbaacılık, 3. Baskı : 43-45
- 73.Erbaydar T. Sağlık kim için? Toplum Hekim Dergisi, 2002; 17(4): 304-307
- 74.Erkan G. Ortopedik özürlü çocukların kendini kabul düzeyi üzerine bir araştırma. Sakatları Koruma Milli Koordinasyon Kurulu, İstanbul, 1990: s.1-11
- 75.Abakay U. Futbolcu-Antrenör İletişiminin Farklı Statülerdeki Futbolcuların Başarı Motivasyonu İlişkisi. 2010, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 124 sayfa, Ankara (Prof. Dr. Emin Kuru)
- 76.Çetinkanat C. Örgütlerde güdüleme ve iş doyumu. Ankara, 2000: Anı Yayıncılık,7: s.35-36
- 77.Onaran O. Çalışma yaşamında güdüleme kuramları. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, Ankara, 1981: s.470
- 78.Tabak RS. Sağlık iletişimi. Literatür Yayınları, İstanbul, 1999; 7:32-39
- 79.Özcan A. Hemşire-Hasta ilişkisi ve İletişim. Baş saray Yayınevi, İzmir, 1996: s.1- 22
- 80.Barg F, Heard L. Psikososyal destek Aban S, Çev. Platin N (Ed). Hemşireler için kanser el kitabı, IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası, Ankara, 1996: s.175-185.
- 81.Arkanoc S. Grup ilişkileri. Alfa Basın Yayın Dağıtım Eylül, İstanbul, 1993: s.4-6
- 82.Artan İ. Örgütsel stres kaynakları ve yöneticiler üzerinde bir uygulama. Özgül Matbaacılık, İstanbul, 1986: s.34-36
- 83.Muris P, Schmidt H, Lambrichs R, Meesters C. Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. Behav Res Ther, 2001; (39): 555-565
- 84.Ekinci H, Ekici S. İşletmelerde örgütsel stres yönetim stratejisi olarak sosyal desteğin rolüne ilişkin görgül bir araştırma, Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi, 2003 Mayıs; 27(1): 109-120
- 85.T.C. İç işleri bakanlığı, daire başkanının görev, yetki ve sorumluluğu, Web sayfası, http://www.nvi.gov.tr/Hakkimizda/Teskilat_Merkez_Teskilat.html?pageindex=3. (Erişim tarihi: 15.12.2012)
- 86.Devlet Memurları Kanunu (657), Web sayfası, <http://www.forumdaz.net/is-dunyasi/657-sefin-gorevleri-126306/> (Erişim tarihi:15.12.2012)

- 87.Karadeniz Teknik Üniversitesi, Fatih Eğitim Fakültesi, Fakülte Sekreteri Görevleri, Websayfası, <http://www.fatih.ktu.edu.tr/ickontrol/gorev/fakultesekreteri.pdf> (Erişim tarihi: 15.12.2012)
- 88.Erkuş A. Bilimsel araştırma sarmalı. Ankara, Seçkin Yayınları, 1.baskı, 2005: s.199
- 89.Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile:development and psychometric characteristics. Nurs Res, 1987; 36: 76-81
- 90.Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kısal A. sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek okulu Dergisi, 2008; 12(1):1-12.
- 91.Koçoğlu D. Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinde Sağlıkta Sosyo ekonomik Eşitsizlikler. 2006, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 138 sayfa, Konya (Yrd. Doç. Dr. Belgin Akın)
- 92.Tortumluoğlu G. Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Menopozal Yakınma, Tutum ve Sağlık Davranışlarına Etkisi. 2003, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 146 sayfa, Erzurum (Yrd. Doç. Dr. Behice Erci)
- 93.Fong CM, Kuster AE Further psychometric evaluation of the spanish language health promoting lifestyle profile. Nursing Research, 1993; 42(5):266-269
- 94.Duffy M, Hernandez M, Rossow R. “Correlates of health promotion activities employed mexican american women”, Nursing Research, 1996; 45(1):18-24
- 95.Pettaway L, Frank D. Health promoting behaviors of urban African American female heads of household, ABNF Journal January/February, 1999; 10, 1:14
- 96.Karakoç A. Sınıf Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. 2006, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 100 sayfa, Sivas (Yrd. Doç. Dr. Gülay Güler)
- 97.M. E. Yılmaz. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Öğrencilerinde Alkol, Sigara Kullanımı ve İlişkili Olduğu Etmenler. 2007, Yüzüncü yıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 101 sayfa, Van (Yrd. Doç. Dr. Lütfullah Beşiroğlu)

- 98.**Durmuş B, Pirinçci E. Fırat üniversitesi sağlık hizmetleri MYO öğrencilerinin sigara içme durumu araştırması. 8. Halk Sağlığı Günleri. Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler Kongre Kitabı, Ankara, 2003
- 99.**Ergen E. Spor Hekimliği. Ankara, 1992: s.143-145
- 100.**Ersoy G. Sağlıklı yaşam, spor ve beslenme, Gençlik ve Spor Müdürlüğü Yayını, Ankara, 1995: s.121-123

EKLER

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Değerli arkadaşlar; Bu formda su anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiç bir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 şeklinde değerlendirilmektedir. Veriler sadece araştırma için kullanılacaktır. Araştırmaya katkılarınız ve samimi cevaplarınız için teşekkür ederim.

1-Yaşınız:..... 2-Cinsiyetiniz: Bayan() Erkek ()

3.Göreviniz:Daire Başkanı () Fakülte/Yüksekokul sekreteri () Müdür () Şube Müdürü () Şef () Memur ()

5-Görev süreniz?(yıl)

6-Sigara içer misiniz () hayır () evet 7-Ne kadar sıklıkla spor yaparsınız ? ()Hiçbir zaman () bazen () Düzenli olarak

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

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır	1	2	3	4
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim	1	2	3	4
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım	1	2	3	4
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım	1	2	3	4
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım	1	2	3	4
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım	1	2	3	4
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum	1	2	3	4
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim	1	2	3	4
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim	1	2	3	4
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)	1	2	3	4
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim	1	2	3	4
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum	1	2	3	4
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım	1	2	3	4
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim	1	2	3	4
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım	1	2	3	4
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim	1	2	3	4
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım	1	2	3	4
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım	1	2	3	4
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım	1	2	3	4
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum	1	2	3	4
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım	1	2	3	4
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım	1	2	3	4
47	Yorulmaktan kendimi korurum	1	2	3	4
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım	1	2	3	4
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim	1	2	3	4
50	Kahvaltı yaparım	1	2	3	4
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım	1	2	3	4
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım	1	2	3	4

ÖZGEÇMİŞ

Aykut İMER 1987 yılında Gaziantep’te doğdu. İlk ve orta öğretimini Gaziantep’te tamamladı. 2006 yılında Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okuluna kaydoldu. Üniversite yıllarında tenis ve yüzme antrenörlüğü yaptı. 2010 yılında mezun oldu. 2010 yılında vatani görevini ifa etmek üzere İzmir’e gitti. 2011 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Anabilim Dalında yüksek lisansa başladı. Yabancı dili İngilizcedir.

