

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

KAYSERİ'DE ÇALIŞAN DİYETİSYENLERİN
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Hazırlayan
Yılmazcan Utku SEYHAN

Danışman
Doç. Dr. Arda BORLU

Yüksek Lisans Tezi

Ocak 2024
KAYSERİ

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

KAYSERİ'DE ÇALIŞAN DİYETİSYENLERİN
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Yüksek Lisans Tezi

Hazırlayan

Yılmazcan Utku SEYHAN

Danışman

Doç. Dr. Arda BORLU

Ocak 2024

KAYSERİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, tüm bilgilerin akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda akademik ve etik kuralların gerektirdiği gibi tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel kurallara uygun olarak atıfta bulunduğumu ve kaynaklar listesinde gösterdiğimi belirtirim.

Adı - Soyadı: Yılmazcan Utku SEYHAN

İmza:

YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

‘Kayseri’de Çalışan Diyetisyenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları’’ adlı **Yüksek Lisans Tezi** Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ ne Uygun Olarak Hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Yılmazcan Utku SEYHAN

Danışman

Doç. Dr. Arda BORLU



Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

Doç. Dr. Arda BORLU danışmanlığında, **Yılmazcan Utku SEYHAN** tarafından hazırlanan “**Kayseri’de Çalışan Diyetisyenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları**” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

...../...../2024

JÜRİ

İMZA

Danışman: Doç. Dr. Arda BORLU

Üye: Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Selma DURMUŞ SARIKAHYA

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun..... tarih ve..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../2024

Prof. Dr. Bilal AKYÜZ

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu tez projesinin planlanması, yürütülmesi ve yazılması hususlarında göstermiş olduğu destek ve yardımlarından dolayı tez danışmanım Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Arda BORLU'ya teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimin boyunca bana çok şey katan değerli hocalarım; Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA, Prof. Dr. Elçin BALCI, Doç. Dr. İskender GÜN, Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK ve Prof. Dr. Osman GÜNAY'a

Kayseri ilinde çalışan diyetisyenlere ulaşmama yardımcı olan Dr, Merve ÇAPAŐ'a

Araştırmama katkılarından dolayı Kayseri ilinde çalışan diyetisyen arkadaşlarıma

Çalışmalarım süresince birçok fedakârlıklar gösterip, yaşamımın her döneminde bana duydukları güven için aileme ve arkadaşlarıma en derin duygularla teşekkür ederim.

Yılmazcan Utku SEYHAN

Kayseri, Ocak 2024

KAYSERİ'DE ÇALIŞAN DİYETİSYENLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Yılmazcan Utku SEYHAN

Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,

Yüksek Lisans Tezi, Ocak 2024

Danışman: Doç. Dr. Arda BORLU

ÖZET

Tanımlayıcı bu araştırma, Kayseri ilinde çalışan diyetisyenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini; Kayseri ilinde çalışan 125 diyetisyen oluşturmaktadır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan 98 diyetisyenle ofislerinde yüz-yüze görüşülerek Kasım 2021-Ocak 2022 arasında veri toplanmıştır. Araştırmanın verileri, anket yöntemiyle toplanmıştır. Anket formu, “Sosyodemografik Veri Formu” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II)” olarak iki bölümden oluşmaktadır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin karşılaştırılmasında t-testi ve one-way ANOVA kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan diyetisyenlerin SYBD-II ölçek puanı ortalaması 137.6 ± 19.2 olarak bulunmuştur. Diyetisyenlerin yanıtlarına göre yapılan analiz sonucunda; en yüksek puana sahip alt boyutun Manevi Gelişim (26.6 ± 4.2), en düşük puana sahip alt boyutun ise Fiziksel Aktivite (17.3 ± 5.4) olduğu belirlenmiştir. Evli olmayan diyetisyenlerin, fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Özelde çalışan diyetisyenlerin; beslenme, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, SYBD-II ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Düzenli fiziksel aktivite yapan diyetisyenlerin, SYBD-II puan ortalaması ve stres yönetimi, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çocuk sahibi olmayan diyetisyenlerin fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Kayseri’de çalışan diyetisyenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları orta düzeyde bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Diyetisyenler; Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları; Sağlığı Geliştirme

HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS OF DIETITIANS WORKING IN KAYSERİ

Yılmazcan Utku SEYHAN

Erciyes University Public Health,

Master's Thesis, January 2024

Advisor: Doc. Dr. Arda BORLU

ABSTRACT

The population of the research consists of 125 dietitians working in Kayseri. Data were collected between November 2021 and January 2022 by meeting face-to-face in their offices with 98 dietitians who volunteered to participate in the study. The data of the research was collected by survey method. The survey form consists of two parts: "Sociodemographic Data Form" and "Healthy Lifestyle Behaviors-II (HLSB-II) scale". SPSS statistical package program was used to evaluate the data. T-test and one-way ANOVA were used to compare the data.

The average HLSB-II scale score of the dietitians participating in the study was found to be 137.6 ± 19.2 . As a result of the analysis made according to the dietitians' answers; It was found that the sub-dimension with the highest score was Spiritual Development (26.6 ± 4.2), and the sub-dimension with the lowest score was Physical Activity (17.3 ± 5.4). The physical activity subscale mean score of unmarried dietitians was found to be significantly higher. Dietitians working privately; Nutrition, spiritual development, health responsibility, and SYBD-II scale scores were found to be significantly higher. The SYBD-II mean score and stress management, physical activity, health responsibility subscale mean scores of dietitians who engage in regular physical activity were found to be significantly higher. The physical activity subscale mean score of dietitians who do not have children was found to be significantly higher.

Healthy lifestyle behaviors of dietitians working in Kayseri were found to be at a moderate level.

Key Words: Dietitians; Healthy Lifestyle Behaviors; Health Promotion.

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK	
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK	i
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI.....	ii
KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR ve SİMGELER	ix
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. SAĞLIK	3
2.1.1. Subjektif olarak sağlık.....	4
2.1.2. Objektif olarak sağlık	4
2.2. Sağlığın Korunması.....	4
2.2.1. Primer Koruma	4
2.2.2. Sekonder Koruma	5
2.2.3. Tersiyer Koruma.....	5
2.3. Sağlığı Geliştirme.....	5
2.3.1. Sağlığı Geliştirme Modeli	7
2.3.1.1. Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Bileşenleri.....	10
2.3.1.1.1. Bireysel özellikler ve deneyimler	10
2.3.1.1.2. Davranışa özgü bilişsel faktörler	10
2.3.1.1.3. Davranışın Ortaya Çıkışı.....	11
2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	12
2.4.1. Beslenme	12
2.4.2. Stres Yönetimi	17
2.4.2.1. Stresin Sağlığa Etkileri	18

2.4.2.2. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri.....	18
2.4.3. Fiziksel Aktivite	19
2.4.3.1. Fiziksel Aktivitenin Bileşenleri	21
2.4.4. Manevi Gelişim (Spiritüalizm)	22
2.4.5. Kişiler Arası İlişki	23
2.4.6. Sağlık Sorumluluğu.....	24
2.5. Sağlıkın Geliştirilmesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü.....	25
2.6. Diyetisyenler ve Sağlıklı Yaşam Alışkanlıkları İlişkisi	26
2.7. Kronik Hastalıklar ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. Araştırmanın Tipi	30
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	30
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	31
3.5. Veri Toplama Araçları.....	32
3.5.1. Sosyo-Demografik Veri Formu	32
3.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II)	32
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	33
4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA	60
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	69
7. KAYNAKLAR	71
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

KISALTMALAR ve SİMGELER

AIDS:	: Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu
ANOVA:	: Tek Yönlü Varyans Analizi
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
Fiziksel Aktivite	: FA
kg	: Kilogram
KO	: Kareler Ortalaması
Kronik Böbrek Hastalığı	: KBH
KT	: Kareler Toplamı
m	: Metre
P	: probabaility (anlamlılık)
SGM	: Sağlığı Geliştirme Modeli
SS	: Standart Sapma
SYBD	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
X	: Ortalama

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1.	Araştırmaya katılan diyetisyenlerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı.....	35
Tablo 4.2.	Araştırmaya katılan diyetisyenlerin mesleki özelliklerine göre dağılımı	36
Tablo 4.3.	Araştırmaya katılan diyetisyenlerin sağlık durumlarına göre dağılımı ...	37
Tablo 4.4.	Araştırmaya katılan diyetisyenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutların Puan Toplamı Ortalamaları	38
Tablo 4.5.	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Bağımsız Örneklem T-Testi ile Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.6.	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.7.	Beslenme Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Bağımsız Örneklem T-Testi ile Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.8.	Beslenme Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.9.	Stres Yönetimi Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Bağımsız Örneklem T-Testi ile Karşılaştırılması	45
Tablo 4.10.	Stres Yönetimi Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması	47
Tablo 4.11.	Fiziksel Aktivite Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Bağımsız Örneklem T-Testi ile Karşılaştırılması	48
Tablo 4.12.	Fiziksel Aktivite Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması	49
Tablo 4.13.	Manevi Gelişim Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Bağımsız Örneklem T-Testi ile Karşılaştırılması	51
Tablo 4.14.	Manevi Gelişim Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması	52
Tablo 4.15.	Kişiler Arası İlişki Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Bağımsız Örneklem T-Testi ile Karşılaştırılması	54

- Tablo 4.16.** Kişiler Arası İlişki Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması55
- Tablo 4.17.** Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Bağımsız Örneklem T-Testi ile Karşılaştırılması57
- Tablo 4.18.** Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması59



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli.....	9
Şekil 2.2. Sağlıklı Beslenme Piramidi.....	14
Şekil 2.3. Türkiye'de dört yapraklı yonca modeli.....	15
Şekil 2.4. Holistik biyopsikososyal sağlıkta spiritüelitenin birlikteliği için model.....	23
Grafik 2.1. Örneklem Dağılım Grafiği.....	31



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali şeklinde tanımlanmaktadır (Bostan ve Beşer, 2017).

Sağlığı geliştirme, insanların ruhsal, zihinsel, sosyal ve fiziksel iyilik halini en yüksek seviyede devamını sağlamayı ve ilerletmeyi hedeflemektedir. Sağlığı geliştirmede hedef, insanlara iyi davranışların alışkanlık haline getirilmesini ve kalıcılığını sağlamaktır (Sümen ve Öncel, 2017). Bu amaca ulaşmak için yeme alışkanlıkları, sigara içme, alkol ve madde kullanımı, sağlıksız vücut ağırlığı, spor yapma, şiddet eğilimleri, cinsel eylemler, aile ile iletişim problemleri ve stresle başa çıkma gibi tehlikeli alışkanlıklardan uzak durulması gerekir (Özkan ve Yılmaz, 2008).

Sağlık davranışı; sağlık, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili tutumları tanımlamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi insanların genel iyilik ve sağlık durumunu daha da geliştirmeyi amaçlar ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları sağlığı geliştirmeye katkıda bulunur (Şen ve ark., 2017). Sağlıklı yaşam biçimi; insanların sağlığını etkileyen birçok davranışlarını yönetmesi, gündelik rutinlerini yoluna koymada kendi sağlık durumuna uygun davranışları belirlemesi, yani insanların kendi sağlığını korumak için sorumluluk duygusu benimsemesidir (Yetgin ve Agopyan, 2017).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; kişiler arası ilişkiler beslenme, sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, fiziksel aktivite ve stres yönetimi gibi birçok unsurun birliğiyle oluşan, bireyin hastalıktan korunmak ve sağlıklı halinin devamını sağlamak hedefiyle uyguladığı davranışların tümüdür. Bu durumlar sağlığın yükseltilmesiyle ve korunmasıyla sonuçlanmaktadır (Açıkgöz ve ark., 2018). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, hastalıklardan korunmada, erken teşhis ve iyileştirmenin

gerçekleştirilmesinde, sağlıklı durumun devamında ve iyileştirilmesinde başlıca etkidir. DSÖ, gelişmiş ülkelerde hayat kayıplarının %70-80'inin, az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde ise %40-50'sinin kötü hayat tutumlarıyla ilişkili olduğunu belirtmektedir (Yılmaz ve Karahan, 2019).

Yirminci yüzyılın ortalarına kadar bireylerde toplu hayat kayıplarına neden olan kolera, tifo vb. salgın hastalıkların yerini, şimdilerde diyabet, hipertansiyon, obezite, kardiyovasküler hastalıklar ve AIDS gibi rahatsızlıkların aldığı görülmektedir. Bu hastalıkları önlemek için topluma sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsetilmesi ve ilerletilmesi gerekmektedir (Gömleksiz ve ark., 2020).

Hastalık ve sağlık kavramları toplumlara ve bireylerin eski deneyimlerine göre değişiklikler gösterse de yerinde sağlık eğitimi ile sağlıklı yaşam davranış biçimleri oluşturulabilmesi mümkündür (Duran ve ark., 2018).

Sağlık profesyonelleri, sosyal rolleri ve mesleki sorumlulukları nedeniyle devam ettikleri hayat şekilleri ile rol model olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet ettikleri bireyleri yönlendirme özelliğine sahiptir (Özcan ve Bozhüyük, 2016). Bu nedenle ilk başta sağlık profesyonelleri kendi yaşam biçimlerini örnek teşkil edecek şekilde sürdürmelidirler (Yalçinkaya ve ark., 2007). Tüm sağlık profesyonellerinin, sağlığı geliştirmenin önemini bilmesi, toplumdaki kişilerin olumlu sağlık davranışı geliştirmesi için rol model ve yönlendirici olması önem taşımaktadır (Yalçinkaya ve ark., 2007).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyen kişiler, sağlıklı olma durumunu devam ettirebildiği gibi sağlık durumunu daha iyi bir düzeye getirebilir. Bu davranışların gelişimi ve devamının sağlanmasında diyetisyenlerin de önemli rol ve görevleri vardır. Diyetisyenler de sağlık eğitimi veren, kişileri sağlıklı yaşam biçimine teşvik eden; beslenme, fiziksel aktivite vb. sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla örnek olması gereken bir meslek grubudur. Bu noktadan hareketle çalışmamızda, sağlık konusunda eğitim alan, topluma rehberlik etmesi ve rol model olması beklenen diyetisyenlerin, danışmanlık hizmeti verirken sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ne kadar kendi hayatlarına yansıttıklarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK

Bireylerin hayatında sağlık önemli yere sahiptir (Özkan ve Yılmaz, 2008). İnsan yaşamının başlangıcından beri, en çok önemsenen, en çok çalışmanın yapıldığı ve günümüzde de öncelikli araştırma alanlarından biri olan sağlık kavramı; hayatın başlangıcından sonuna kadar en üst düzeydeki optimal iyilik durumunun varlığı şeklinde tanımlanabilir (Kaçan ve Örsal, 2019).

DSÖ'nün tanımına göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (Uncu ve Üstündağ, 2018).

Sağlık, ilerisi için bir vizyondur ve önlenemez rahatsızlıkları engellemek, hayatın idamesini sağlamak ve daha güzel bir sağlık bakımı sağlama planıdır (Yanık ve Noğay, 2017).

Sağlık, günlük hayat için bir kaynaktır, yaşamın amacı değildir. Bireysel ve sosyal kaynakları ve fiziksel kapasiteyi gösteren olumlu bir kavramdır (Vural ve Bakır, 2015).

Güncel sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını göstermektedir. Bu anlayış; insanların, iyilik durumunun devamını sağlayacak ve ilerletecek davranışlara sahip olması ve kendi sağlığı ile ilgili uygun adımlar atmasını sağlamak üzerine kurulmuştur (Cürcani ve ark., 2010).

Sağlık kavramı. subjektif ve objektif olmak üzere iki başlıkta incelenir.

2.1.1. Subjektif olarak sağlık

İnsanın ruhsal, sosyal ve biyo-fizyolojik açıdan kendi halini bilmesi durumudur. Birey, sağlıklı olmasına rağmen hasta ya da hasta olduğu halde sağlıklı hissedebilmektedir. Yaş, cinsiyet, tecrübeler, kültürel yapı, inanç durumu, mesleksel görevler, roller, değerler, sağlık ve hastalığı algılamada önemli yer tutan kavramlardandır (aka ve ark., 2017).

2.1.2. Objektif olarak sağlık

Tanı testleri sonuçlarına ve hekim muayenesine göre tespit edilen hastalığın olmamasıdır (Ünsal, 2017).

Özetle; bir kişiyi sağlıklı diye nitelendirebilmek için, hem kişinin kendini subjektif olarak sağlıklı hissetmesi hem de objektif olarak sağlıklı olması gerekmektedir (Ünsal, 2017).

2.2. Sağlığın Korunması

Sağlığın korunması; engelliliğin ve/veya hastalığın sonuçlarını yok etmeyi veya etkilerini minimuma düşürmeyi, bunlar imkansız görünüyorsa engelliliğin ve/veya hastalığın ilerlemesini ötelemeyi hedefleyen faaliyetlerdir (Değerli ve Yiğit, 2020).

Sağlıklı olmak her bireyin en temel hakkı olup, sağlığın korunması ve devamlılığının sağlanması sağlık çalışanlarının temel hedefi olduğu gibi bireyin sorumluluğudur. Alma-Ata Bildirgesinde; Temel Sağlık Hizmetleri kapsamında ve 21. yüzyılda Herkes İçin Sağlık hedeflerinin önemli bölümünde; kişilerin hayatları boyunca sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sorumluluk almaları için eğitim almalarının önemi üstünde durulmuştur (Özpulat, 2010).

2.2.1. Primer Koruma

Primer koruma, tanım olarak hastalık belirti ve bulgularına sahip olmayan kişilerde hayat tarzı değişiklikleri ve/veya risk durumlarının değiştirilmesi ya da düzeltilmesiyle hastalık başlangıcının önlenmesidir (Demircan, 2012).

DSÖ; kolesterol, tansiyon, sigara içiminin kontrolü obezite vb. primer korunma önlemleri ile genç yaştaki kişilerde kardiyovasküler hastalıklara bağlı hayat kayıplarının üçte ikisinin engellenebileceğini ve geriye kalan üçte birinin de kalitesi

daha yüksek sağlık bakım hizmeti görebileceğini söylemektedir (Türkmen ve ark., 2012).

2.2.2. Sekonder Koruma

Hastalıkların belirti görülmediği aşamalarında ya da belirtilerin hafif geçtiği aşamalarında erken teşhis edilerek iyileştirilmesidir ve ilerlemesinin engellenmesidir. İkincil koruma “erken tanı” hizmetleri şeklinde de adlandırılmaktadır. İnvaziv yaklaşım görülmektedir (Karabekiroğlu ve nl, 2017).

2.2.3. Tersiyer Koruma

Hastalıklar ortaya çıktıktan sonra etkilerinden korunma amacıyla verilen tıbbi ve sosyal rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır (Hayran, 2019).

2.3. Sağlığı Geliştirme

Sağlığı geliştirme olgusu, ilk defa 1970-1980’li senelerde felsefe şeklinde başlamıştır.

Bu olgu, 12 Eylül 1978 Alma Ata da düzenlenen “Birincil Sağlık Bakımı” başlıklı konferansta tartışılmıştır. Avrupa lkeleri, Alma Ata ilkeleri doğrultusunda 2000 senesinde “Herkes için Sağlık” ilkelerini kazanmada bölgesel sağlık stratejisi oluşturmak için, ülkelerin sağlığı geliştirmesi konusunda temel değişikliklerini yapmalarında başlıca dört kavram belirlemişlerdir. Bunlar:

1. Sağlık ve yaşam şekli,
2. Çevreyi ve sağlığı etkileyen risk faktörleri,
3. Sağlık bakım sisteminin kendini tekrardan düzenlemesi,
4. Bu üç alandaki değişimleri sağlamak için teknolojik, siyasal, araştırma teknikleri, insan gücü ve yönetimsel sağlamak (Yıldırım, 2005).

Herkes için Sağlık eyleminin bir kısmı olarak, 1986 senesinde Kanada’nın Ottawa kentinde “1.Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi” konferansı düzenlenmiştir. Bu konferansta sağlığın geliştirilmesi, “Toplumun kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü arttırma gücünü edinme süreci” olarak tanımlanmıştır. Bununla birlikte sağlığın geliştirilmesinde birbirini tamamlayan beş durum belirlenmiştir. Bunlar:

1. Toplumsal organizasyonların güçlendirilmesi,
2. Sağlığı geliştirmede uzlaştırıcı olma,
3. Bireysel yeteneklerin geliştirilmesi,
4. Destekleyici çevrenin oluşturulması,
5. Sağlık hizmetlerinin tekrar düzenlenmesi (Yıldırım, 2005).

Sağlığın geliştirilmesi; bireylere fiziksel ve mental sağlıklarını optimum düzeye yükseltmek, fiziksel ve sosyal çevresini geliştirebilmeleri için bilinçli karar vermelerine yardımcı olma sürecidir (Altay ve ark., 2015).

Buna bağlı olarak sağlığı geliştirme, “Bireylerin sağlıklarını inceleme ve sağlıklarını geliştirme yeteneğini barındırma gücü” veya “İnsanların bütün taraflarıyla iyi olabilmelerini sağlamak için isteklerini bilip tanımlamalarını, çevreyi değiştirmelerini ve çevreye adapte olmalarını sağlayabilme gücü” şeklinde tanımlanabilir (Tuygar ve ark., 2015).

Sağlığı geliştirme; direk kişi, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlık potansiyelinin güçlendirilmesi ve iyilik seviyesinin artmasına yönelik faaliyetleri tanımlamaktadır. İnsanın mevcut olan davranışlarını maksimum seviyeye çıkarmasıdır (Özkan ve Yılmaz, 2008).

Bu amaca ulaşmak için alkol ve madde kullanımı, sigara içme, fiziksel aktivite, şiddet yönelimleri, beslenme alışkanlıkları, cinsel durumlar, aşırı kilo alımı, ailesel iletişim problemleri ve stres yönetimi gibi riskli davranışlardan uzak durması gerekir (Yalçınkaya ve ark., 2007).

Pender sağlığı geliştirici davranışları, insanların yaşam şekillerini pozitif yönde destekleyen sürekli aktiviteler şeklinde tanımlamıştır (Tuygar ve Arslan, 2015).

Sağlığın geliştirilmesi kapsamında sağlık, soyut bir durumdan daha fazla fonksiyonel terimlerle tanımlanabilen bir sonuca ulaşma aracı olarak, kişilerin bireysel, sosyal ve ekonomik olarak verimli bir hayat devam ettirmesini sağlayan bir kaynak gibi düşünülmektedir. Ottawa Bildirgesi’nde, sağlığı geliştirme terimi; “kişilerin sağlıklarını geliştirmelerinin ve sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarının

olanaklı hale gelmesini sağlayacak süreç” şeklinde ifade edilmiştir (Vural ve Bakır, 2015).

Fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik durumuna ulaşmak için birey veya topluluk istediklerini dile getirmeli ve gerçekleştirebilmeli, gereksinimlerini sağlayabilmeli, etrafındaki insanlarla baş edebilmeli veya zorunlu kalırsa etrafındaki insanları değiştirebilmelidir (Kılıç ve Balta, 2019).

Sağlığın geliştirilmesi çalışmaları, bireylerin kendi sağlık durumlarını düzeltmede ve kontrol etmede ve bütün bir sağlık kapasitesine sahip olmada isteklerini karşılamayı hedeflemektedir. Bu sayede insanlarda sağlıklı yaşam bilincinin güçlenmesi, hayat biçiminin daha iyi bir seviyeye gelmesi, diğer bir deyişle sağlıklarının korunmasını kendi sorumlulukları şeklinde benimsemeleri ve sonuç olarak da tehlikeli davranışlardan uzak durarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları yapmalarına yol açacaktır (Altay ve ark., 2015).

Son zamanlarda sağlığı geliştirmede yaşam biçiminin etkili olduğunun ispatlanmasıyla, sağlık profesyonelleri çalışmalarını sağlığın geliştirilmesinde insanlara olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması kısmına yoğunlaşmıştır. Bununla birlikte sağlığın korunması ve devamlılığının sağlanması sağlık profesyonellerinin görevi olduğu kadar kişinin kendi görevidir (Sümen ve Öncel, 2017).

2.3.1. Sağlığı Geliştirme Modeli

Sağlığın tanımı, öz-etkililik algısı, sağlık algısı, kontrol algısı vb. bilişsel algısal faktörleri bünyesinde barındıran Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM), 1987 senesinde oluşturulmuş ve 1996 senesinde yeniden düzenlenmiştir. SGM, sağlığı geliştirme alanındaki çalışmalara kılavuz olacak niteliktedir ve sağlığı koruma modellerinin tamamlayıcısı olmayı hedeflemiştir (Tuzcu ve Bahar, 2012).

SGM, sağlığı geliştiren davranışları gerçekleştiren kognitif süreçlerin gerekliliğini sosyal öğrenme teorisinden temel alarak tanımlamaktadır. Pender’in hipotezi; biyolojik ve demografik nitelikler sağlığı geliştirme davranışlarını, algısal ve bilişsel değişken ile dolaylı yünden etkilemektedir. Pender SGM; sağlığı geliştirme durumunun sağlanmasında faktörler arasındaki ilişkiyi ve davranış sonucuna

çıkımda yapılması gereken çalışmaları belirtir. Öz-yeterlilik algısı modelin temel kavramıdır. Pender'e göre davranış değişikliğiyle sonuçlanan faktörleri değerlendirebilmek ve değiştirebilir olanları etkileyerek pozitif sağlık davranışı sağlayabilmektedir. Modelde, kişinin sağlık davranışına yönelik dolaylı yoldan veya doğrudan etki eden faktörler açıklanmaktadır (Top ve Ocakçı, 2018).

SGM, sağlığı geliştirme amacıyla yapılanlara kılavuz olacak niteliktedir ve model sağlığı koruma modellerinin tamamlayıcısı olmayı hedeflemiştir. Modelde sağlığı geliştirici faktörler ve sebepsel mekanizmalar tanımlanmaktadır ve model üç önemli işleve katkı sağlamaktadır (Ersin ve Bahar, 2012):

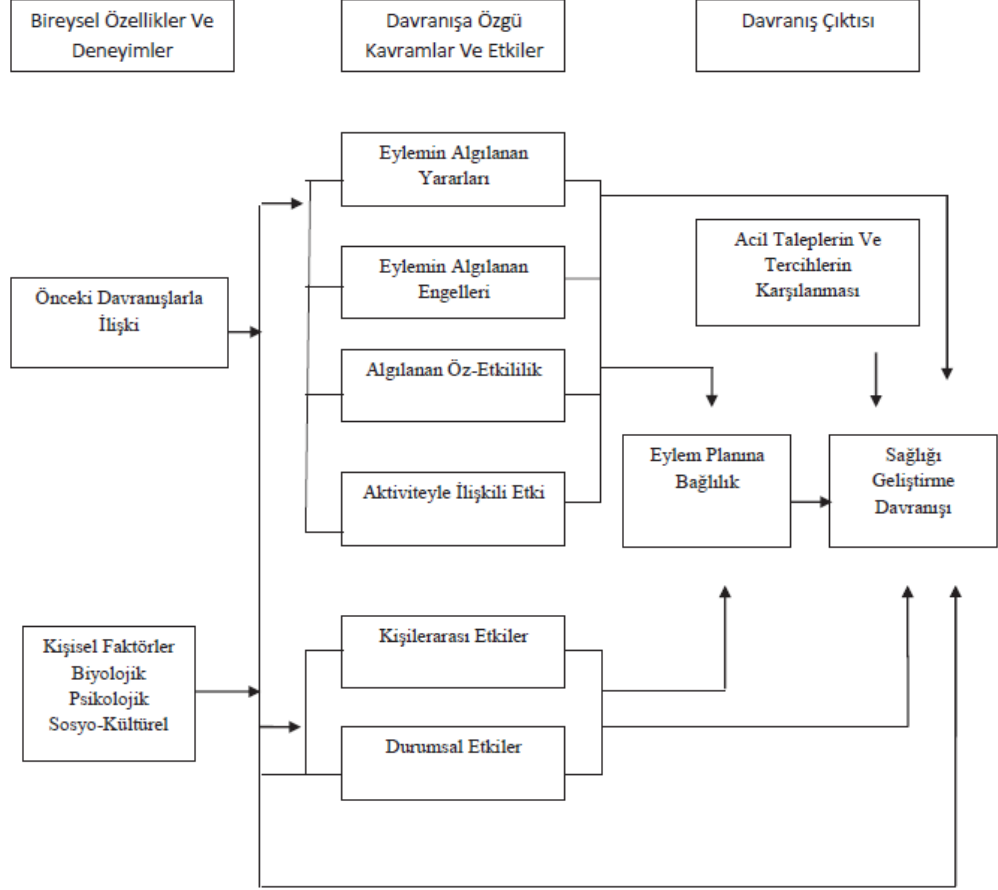
- Sağlığı geliştirici davranış gelişimini tanımlayabilecek terimler arası ilişkileri göstermektedir.
- Deneysel olarak denenebilecek hipotez oluşumunu gerçekleştirebilmektedir.
- Bağımsız araştırma çıktılarını birbirleriyle ilişkili duruma getirmektedir. (Ersin ve Bahar, 2012).

Model, sağlığı geliştirme kısmındaki çalışmalara rol gösterici özellikte olup, sağlığı koruma modellerinin tamamlayıcısı özelliğindedir. Modelin hedefi; hayat biçimine bağlı sağlığı geliştirme davranışlarının kısımlarını tanımlamak, kişilerin tecrübelerini ve sağlık davranışına ilişkin algılarını değiştirebilecek etkenleri değerlendirmek ve sağlıklı yaşam biçimine ilişkin davranışların önemlerinin bilinmesi için sağlık çalışanlarına yardımcı olmaktır (Başgöl, 2016).

Sosyal öğrenme olgusu baz alınarak geliştirilen bu modelde kişinin sağlık davranışı üzerinde dolaylı yoldan veya doğrudan etkisi olan kısımlar belirtilmektedir (Aydoğdu ve Bahar, 2011).

Sağlığı geliştirme modelinde "Bireysel Özellikler ve Deneyimler" şeklinde tanımlanan değişkenler 'geçmiş davranışlarla ilgili' ve 'bireysel faktörler'dir. Sağlığı geliştirme modelindeki davranışa has bilişsel faktörler; 'algılanan yarar ve engel', 'kişilerarası etkiler', 'aktiviteyle ilişkili etki', 'öz-etkililik algısı ve 'durumsal faktörler'i içerip sağlığı geliştirme davranışlarının edinilmesi ve devamlılığının sağlanmasında esas motivasyonel mekanizmalardır. Ayrıca model, 'acil talep ve tercihlerin karşılanması' ve 'eylem planına bağlılık' kavramlarını içermektedir.

Bununla birlikte SGM’de kişilerin davranışı üzerinde geçmiş davranışlarının önemi açıklanmaktadır (Aydoğdu ve Bahar, 2011).



Şekil 2.1. Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli (Çalık ve Kapucu, 2017).

2.3.1.1. Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Bileşenleri

2.3.1.1.1. Bireysel zellikler ve deneyimler

Kişisel zellikler; kişinin; sosyokültürel (ırkı, eğitim düzeyi, statüsü, etnik grubu, gelir düzeyi, ikamet ettiği yeri, görevi), psikolojik (z motivasyonu, benlik saygısı ve bireysel yetenekleri) ve biyolojik (cinsiyeti, yaşı, kilosunu, boyu) zelliklerini bünyesinde barındırır (alık ve Kapucu, 2017). Modelde kişinin davranışlarının geçmiş tecrübelerden ve bireysel özelliklerden etkilendiği söylenmektedir (Ersin ve Bahar, 2012).

2.3.1.1.2. Davranışa özgü bilişsel faktörler

Algılanan Yarar: Hastalık riskini düşürmesi için sağlanacak davranışın önemli olacağı ile ilgili inanış olarak ifade edilmektedir (Bahar ve Açıl, 2014).

Algılanan Engel: Kişi, yeni bir davranışa başlama ve devam ettirme serüveninde bireysel, kültürel, psikolojik kaynaklı birçok engele rastlayabilir. Davranışla ilişkili negatif duygular, davranışı geliştirmeyi de negatif etkiler (alık ve Kapucu, 2017).

Algılanan z-yeterlilik: z-yeterlilik algısı, istediği davranışı olumlu bir biçimde gerçekleştirmeyi sağlayan bir algıdır (Cangl ve şahin, 2017).

Kişiler arası Etkiler: evredekilerin, kişinin davranışıyla ilişkili düşünce, tutum ve inanışlarını içermektedir. Kişiye, davranışıyla ilgili uygulanan destektir (alık ve Kapucu, 2017). Model alma, sosyal destek ve sosyal normlar kişiler arası ilişkilerin temel kaynağıdır (Başgl, 2016).

Durumsal Etkiler: Kişinin bulunduğu evre davranış sürecini etkilemektedir. Kişinin veya toplumun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik haline erişebilmesi için etrafiyla uyumlu yaşaması, etrafını değiştirebilmesi, istediklerini tespit edebilmesi, tanıyabilmesi ve doğunluk duygusuna ulaşabilmesi gerekmektedir. Durumsal etkiler, SGM yardımıyla uygulanan araştırmaların %56'sında sağlık davranışının etkeni olarak gösterilmektedir (Ersin ve Bahar, 2012).

2.3.1.1.3. Davranışın Ortaya Çıkışı

Pender SGM'nin bu kısmında kişinin davranışı uygulamayı daha önceden düşünüp düşünmemesinin ya da acil ihtiyaçların oluşmasının davranışın oluşmasını etkilediğinin altını çizmektedir (Bahar ve Açıl, 2014).

Davranışa İlişkin Plan Yapma: Davranışı planlı çeşitli amaçlar doğrultusunda sağlamayı içermektedir (Ersin ve Bahar, 2012).

Acil, Birbiriyle Yarışan İstekler ve Tercihler: Çeşitli davranışlar içinde kişilerin kendi istediklerini uygulamasıdır. Faaliyeti seçmeden önce mevcut olan planlı davranış için bu çeşitler düşünülerek “engel ve yarar” olguları seçilir (Çalık ve Kapucu, 2017).

2.3.2. Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler

SGM'de, kişiyle ilişkili bilişsel algılama faktörleri (sağlık düzeyinin bilincinde olma) ve demografik özelliklerin (yaş, eğitim düzeyi, medeni hal ve kazanç durumu) sağlığı geliştirme davranışları üzerinde önemli olduğu söylenmektedir (Bilgili ve Ayaz, 2009).

Sosyo-demografik özelliklerin sağlığı geliştirme davranışları üzerindeki etkisi pek çok araştırmada kanıtlanmıştır (Bebiş ve ark., 2015).

Kişilerin sağlık düzeyleri birçok etkenden etkilenmektedir. Bu etkenlerin hem pozitif hem de negatif sonuçları olabilmektedir. Sağlığı koruma ve geliştirmede pozitif sağlık davranışlarının edinilmesi ve devamlılığının sağlanması gerekmektedir. Beslenme, fiziksel aktivite, sigara ve alkol tüketimi vb. sağlığın önemli belirleyicilerindedir. Fiziksel aktivite yapmama, sigara tüketimi, yetersiz ve dengesiz beslenme düşük sosyoekonomik topluluklarda daha çok görülmektedir (Bilgili ve Ayaz, 2009).

Yapılan araştırmalara bakıldığında sağlığı geliştirme davranışlarının cinsiyet, sosyoekonomik düzey, aile şekli, ebeveynlerin eğitim düzeyi ve ikamet edilen yer gibi birçok faktörden etkilendiği gösterilmiştir (Dağdevire ve ark., 2013).

Sağlık sorumluluğu, kişinin sağlığı geliştirme davranışına başlamasını ve devamını getirmesini etkilemektedir (Dağdevire ve ark., 2013).

Yapılan araştırmalar eğitim seviyesi yüksek olanların sağlığı geliştirme davranışlarını daha çok benimsedikleri ve hayatlarında uyguladıklarını göstermektedir (Kaya ve ark., 2008).

2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Toplumdaki kişilerin sağlıklarını korumaları ve geliştirmeleri için pozitif sağlık davranışı edinerek sağlıklı yaşam biçimlerini sağlamaları gerekir (Sert, 2019).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) “kişilerin kendi iyilik düzeylerini korumalarına ve ilerletmelerine yarayan davranışlar” olarak ifade edilmektedir (Dereli ve ark., 2021).

Pender'in sınıflandırmasına göre SYBD; fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve manevi gelişimi ifade etmektedir (Adana ve ark., 2019).

Çok geniş bir skalayı içeren SYBD, Walker vd. (1987) tarafından stres yönetimi, düzenli fiziksel aktivite, yeterli ve dengeli beslenme, kişilerarası ilişkiler, manevi gelişim ve kişinin sağlığını koruma ve geliştirmesine ilişkin sorumluluk üstlenmesi biçiminde sınıflara ayrılmaktadır (Bilgin ve ark., 2019).

Kişilerin sağlık durumlarıyla ilgili doğru bilgiye ulaşmaları ve sağlıklarını etkileyebilecek olaylarla ilgili tercihlerinde uygun yeteneğe sahip SYBD geliştirebilmeleri açısından önem teşkil etmektedir (Enginoğlu ve ark., 2021).

SYBD sayesinde hayat tarzı olarak benimseyip uygulamaya çalışan birey, sağlığını korumasının yanı sıra, genel sağlığını ilerletici davranış değişikliklerini de edinmiş olur (Keskin ve ark., 2020).

2.4.1. Beslenme

Beslenme; bireyin büyümesi, gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun yıllar hayat sürmesi için gereken besin ögelerini uygun ölçüde alıp vücutta kullanılmasıdır (Demirezen ve Coşansu, 2005).

Sağlıklı beslenme; kişinin fizyolojik durumu yaşı ve cinsiyeti düşünülerek gereksinimi olan tüm besin öğelerinin gereken ölçüde karşılanmasıdır (Saygın ve ark., 2011).

Besin gereksinimi; cinsiyet, yaş, sahip olduğu hastalıklar, fiziksel aktivite, genetik yapı vb. etmenlerden etkilenir (Ayhan ve ark., 2012).

Yeterli beslenme, çoğunlukla vücudun yaşamı ve çalışmasının devamlılığı için gereken enerjinin sağlanması şeklinde tanımlanabilir. Karbonhidratlar, proteinler ve yağlar enerji kazandıran öğelerdir. Dengeli beslenme ise, enerji dışında tüm besin öğelerinin ihtiyacı kadar sağlanmasıdır (Çalıştır ve ark., 2005).

Hayatın her aşamasında zihinsel ve bedensel açıdan sağlıklı olmak ve sağlığın devamlılığını sağlamak dengeli ve yeterli beslenme ile sağlanabilir (Yılmaz ve Özkan, 2007).

Uygulanan araştırmalarda dengesiz ve yetersiz beslenmenin, fiziksel gelişimin yanı sıra zihinsel gelişme açısından da negatif sonuçlara yol açtığı belirlenmiştir. Bunun yanı sıra davranış bozuklukları, öğrenmede zorluk ve zeka puanlarında azalmaya sebep olduğu gösterilmektedir (Vançelik ve ark., 2007).

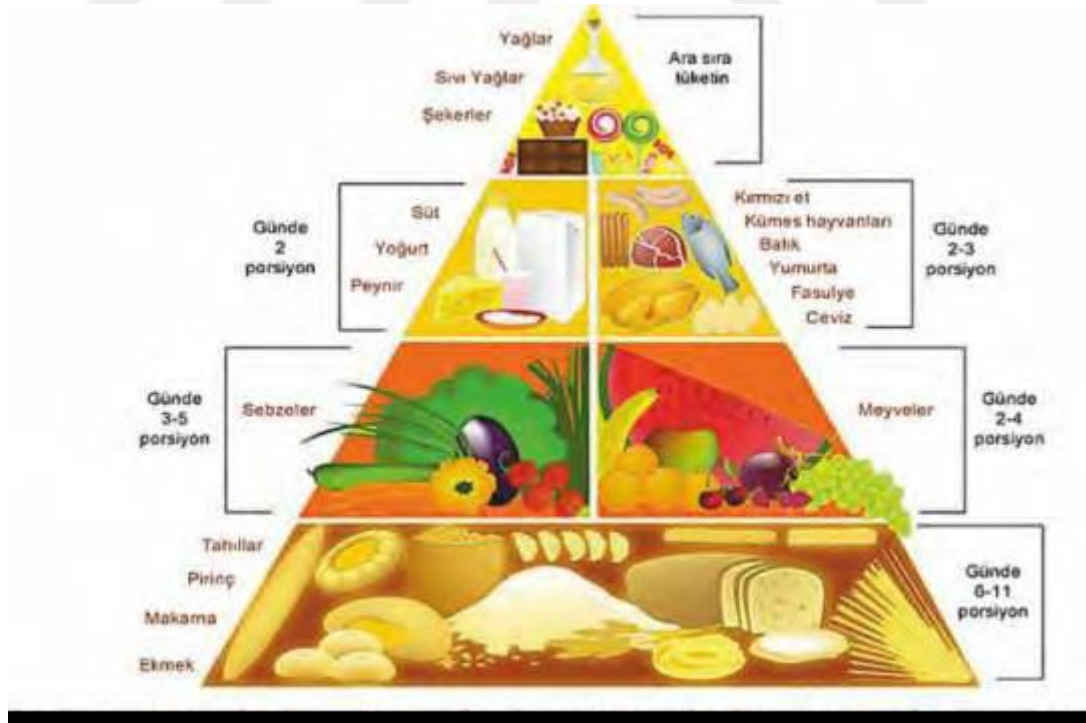
Beslenme, hastalıkların tedavisinde önemli olduğu kadar, sağlığın korunmasında da önemlidir. Güncel olarak kalp-damar rahatsızlıkları, birçok kanser çeşidi, şişmanlık, tansiyon yüksekliği, diabetes mellitus, alerjik rahatsızlıklar, kemik erimesi ve dental çürükler gibi pek çok kronik hastalığın engellenmesinde beslenmenin kilit rol oynadığı bilinmektedir (Yurtseven ve ark., 2014).

Tüketilebilen ve tüketildiğinde hayat için lazım besin öğelerini içeren hayvan ve bitki dokularına “besin”, besinlerin içeriğinde bulunan karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve minerallere de “besin öğeleri” denir (Türkmen ve ark., 2016).

Besin öğeleri vücuda alındığında; beyin, kalp, karaciğer vb. organlar ve nefes alma gibi yaşamı destekleyici işlevlerin korunması için lazım olan enerjinin sağlanmasında başlıca rolü oynamaktadır. Besin öğelerinin; enerji sağlamak, büyüme ve gelişmeye yardımcı olmak, metabolizmayı düzenlemek vb. başlıca üç işlevi vardır (Ünsal, 2019).

ABD ve pek çok Avrupa ülkesi geçmişte beslenme rehberlerinde besin gruplarını 6, 4, 3'e bölerek her gün her grup besinin tüketimini söylerken, Akdeniz diyetinin faydalarının önemi anlaşıldıktan sonra "beslenme piramidi" şeklinde adlandırdıkları Şekil 2'nin rehber alınmasını önermektedirler. Bu kapsamda beslenmede her gün bulunacak gıdalar sırayla tahıllar, sebze ve meyveler, kuru baklagil, süt ve süt ürünleridir. Haftada birkaç kere tavuk, balık ve yumurtanın tüketiminin faydalı olduğu vurgulanmaktadır. Bu beslenme şeklinde kırmızı et ayda birkaç kere önerilmiştir. Bu beslenme şeklinde zeytinyağının önemi vurgulanmaktadır (Baysal, 1996).

Toplumumuzun sağlıklı beslenmesine yönelik önerilerde gıdalar 4 başlıkta incelenerek, her öğünde bu başlıktaki gıdalardan belli düzeylerde tüketimi önerilmektedir. ABD'nin önerdiği besin piramidinde kuru baklagiller tahılların içinde kabul edilmiştir. Rehberimizde ise kuru baklagiller et grubu içine dahil edilmiştir. Süt tüketimi ülkemizde çok düşüktür. Süt grubunun ayrı sınıflandırılmasının süt tüketimini artıracığı düşünülmüştür (Baysal, 1998).



Şekil 2.2. Sağlıklı Beslenme Piramidi (Özlu ve Ercoşkun, 2021).

Ülkemizdeki besin imalatı ve beslenme düzeyine dikkat edilerek; her gün tüketilmesi gereken başlıca besinlerin planlanmasında, başlıca dört besin grubu kullanılmasının daha uygun olacağına karara varılmış ve bu dört besin grubu ‘‘dört yapraklı yonca’’ modeli ile modellenmiştir. Model; süt grubu, et grubu, sebzeler ve meyveler, tahılları bünyesinde barındırmaktadır. Bireylerin enerji açığını tolere etmek üzere kullanılan yağlar ve şekerli besinler, insanların gereksinimlerine göre diyetisyenler aracılığıyla planlanmaktadır. Afişte gösterilen yonca yaprakları kalp şeklinde tasarlanmıştır. Bu sembol kalp sağlığının önemini ve sevgiyi tanımlamaktadır. Yaprakları kapsayan çemberin altında ‘Yeterli ve Dengeli Beslenme ’ifadesi, üst tarafında ise zeytin dalları barındırmaktadır. Zeytin dalları, Akdeniz beslenmesinin en önemli bileşeni zeytini temsil etmektedir. Yonca yapraklarının iç kısımlarında içerdikleri gıda grubunun resimlerini içermektedir. Üst yaprakta süt ve süt ürünleri, alt yaprakta sebze ve meyve, sağ yaprakta et ve et ürünleri ve sol yaprakta tahıl ve tahıl ürünlerinin şekillerini içermektedir (Özer ve ark., 2016).



Şekil 2.3. Türkiye’de dört yapraklı yonca modeli (Özer ve ark., 2016).

Besin grupları;

1- Et Grubu (et, yumurta, kuru baklagil, yağlı tohumlar): Et grubu protein, çinko, demir, magnezyum, fosfor, B1, B6, B12, ve A vitamini ile posayı (kuru baklagil) bünyesinde barındırır. Büyüme ve gelişme, hücre yenilenmesi, doku onarımı ve görme işlevi, kan üretimi, sinir sistemi, sindirim sistemi, deri sağlığı ve hastalıklara karşı bağışıklık edinilmesinde önemli işlevleri içerir. Adolescentlerin et grubundan her gün minimum 3 porsiyon tüketmeleri önerilmektedir (Köseoğlu ve Tayfur, 2017).

2- Süt Grubu (süt, yoğurt, peynir): Süt ve yoğurt, peynir, ayran, kefir, cacık vb. sütten yapılan ve süt yerine geçen besinlerdir. Süt grubu, protein, fosfor, kalsiyum, B12 vitamini ve B2 vitamini (Riboflavin) vb. pek çok besin ögesinin başlıca kaynağıdır. Günlük, adolesanların 3-4 porsiyon, süt ve süt yerine geçen gıdaları almaları önerilmektedir (Köseoğlu ve Tayfur, 2017).

3- Ekmek ve Tahıl Grubu (ekmek, pilav, makarna ve diğer tahıl ürünleri): Tahıllar ülkemizin başlıca besin grubudur. Buğday, pirinç, çavdar, yulaf, mısır vb. tahıl parçaları ve bunlardan üretilen un, yarma, bulgur ve gevrek gibi ürünler tahıl grubu bünyesinde yer alır. Tahıl ve tahıl ürünleri karbonhidrat (posa, nişasta), mineraller, vitaminler ve diğer besin öğelerini barındırmaları sebebiyle sağlık bakımından önemli besinlerdir. Amerika Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırmasında gençler tarafından tam tahılların tüketimi, kronik hastalıkların belirtileri ve kilo düzeyleri arasındaki ilişkiler adlı araştırmada 4928 gençte (2433 kız, 2495 erkek) daha çok tam tahıllı besin tüketimi; daha az rafine besin, daha fazla karbonhidrat, enerji ve posa tüketimiyle bağlantılı bulunmuştur. Daha çok tam tahıllı besin tüketiminde daha düşük açlık insülin düzeyi, daha fazla folat seviyeleri gözlenmiştir. Tam tahıllı gıdaların tüketimi ile beden kütle indeksi (BKİ) arasında ilişki tespit edilmemiştir. Fakat olumlu besin öğeleri profili ve kronik hastalık risk etmenleri arasında ilişki tespit edilmiştir (Köseoğlu ve Tayfur, 2017).

4- Sebze ve Meyve Grubu: Meyve ve sebzeler, vitaminler ve mineraller açısından zengindir. Yüksek oranda su barındırmaları sebebiyle kalori düzeyleri düşüktür. Meyve ve sebzelerin çeşitli tüketimi daha faydalıdır. Çoğunlukla turunçgil grubu C vitaminini açısından; kara üzüm, kiraz, karadut diğer antioksidanlar açısından zenginken; muz, kavun vb. meyveler potasyum açısından zengindir (Köseoğlu ve Tayfur, 2017).

5- Yağ ve Şekerler: Yağlar vücut sıcaklığının regülasyonu ve yağda çözünen vitaminlerin vücutta kullanımını açısından için önemlidir. Hücre zarının, beynin temel taşı oluşturur. Organları dış etkilerden korur. Şekerler saf karbonhidrattır ve yüksek enerji barındırır. Çok alınması obeziteye ve diş çürüklerine yol açabilir (Köseoğlu ve Tayfur, 2017).

2.4.2. Stres Yönetimi

Stres, bireysel değişiklikler ve psikolojik süreçlerin toplumsal ve çevresel etkenlere karşı uyum geliştirme davranışı olup, birey açısından fiziksel ve psikolojik baskı barındıran herhangi bir çevresel faktörün organizmaya etkisi sonucu görülmektedir. Bununla birlikte, organizmanın çevreyle ilişkisinden kaynaklı psikolojik ve fizyolojik uyum durumunun bozulması sonucu oluşan duygusal gerilim ve gerginlik şeklinde tanımlanmaktadır (Özel ve Karabulut, 2018).

Şimdilerde stres, günlük yaşamın önemli bir kısmıdır. İnsan yaşamının bütün taraflarını, bireyin rutin işlerini ve hayat kalitesini etkileyebilmektedir. Bununla birlikte strese uzun süre maruz kalmak, kişide farklı sağlık sorunlarının görülmesine neden olabilmektedir. Çalışmalar, uzun süren stresin insan sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlarının olduğunu göstermektedir. Hayatın tüm alanında maruz kalınan stres, kişilerin bir güçlük veya tehdit şeklinde algıladıkları durumlara karşı sergilemiş oldukları içedönük bir tepki şeklinde ya da çevresiyle iletişim sonucu bazı zaman baskısı, bazı zaman beklenmedik bir olay veya tepki sonucunda oluşan bir sonuç şeklinde ifade edilebilmektedir (Kaba, 2019).

Strese sebep olan faktörler stresör şeklinde tanımlanmaktadır. Kişi için çeşitli stresörler daha önemli ve gerekli olabilir. Bu durum kişinin aile ilişkileri ve etrafıyla ilişkilidir. Strese sebep olan faktörler, organizmanın oryantasyon düzeyini farklılaştıran, stresli olmasına sebep olan iç ya da dış ortam sebepli uyarılardır. Hobfoll'a göre strese sebep olan faktörler etraftan ya da bireyin kendinden kaynaklı baskı veya taleplerini kapsamaktadır. Strese sebep olan faktörler altı ana başlıkta incelenebilmektedir (Güler ve Çınar, 2010).

Fiziksel faktörler: Bireyin dışında ve içinde olan faktörler

Psikolojik faktörler: Kişilikleri ve düşünce biçimleri

Toplumsal faktörler: Kişiler arası anlaşmazlıklar, maddi haller, vakit planlaması

Ruhsal faktörler: Değerlerin düşmesi, hayat hedefinin yokluğu

İşle ilişkili faktörler: İş arkadaşları ile iletişim, görev anlaşmazlığı, maaş dengesizliği

Durumsal faktörler: Bireyin dış çevreden destek görmemesi, yeterli eğitim almamış olmasıdır (Güler ve Çınar, 2010).

Selye'ye göre nedeni fark etmeksizin stres yapıcıların etkisiyle baş başa kalan bireyin gösterdiği bedensel bir tepki söz konusudur. Bu durum, vücut organizmasının fizyolojik dengenin tahribatına karşı gösterdiği tepkidir. "Genel Adaptasyon Sendromu" alarm reaksiyonu, mukavemet ve bitkinlik dönemleri şeklinde üç kısım altında toplanmaktadır. İlk aşamada, vücut strese yol açan faktöre şok ve kontrşok tepkileriyle uyum sağlar. İkinci aşamada, vücut faktörün devam eden varlığına direnç göstermeye başlar ve üçüncü aşamada vücudun uyum enerjisi sona erer yani tükenme aşamasına gelinir ve sonuç olarak stres kaynaklı bir hastalık veya ölüm görülür (Karaküçük ve Başaran, 1996).

2.4.2.1. Stresin Sağlığa Etkileri

Stres halinin uzun süre devam etmesi (kronik) sonucu organ, sistem ve fonksiyonlarda bozukluklar görülür. Enfeksiyonlara ve kronik inflamatuvar hastalıkların görülme sıklığı yükselir. Kan damarlarında hasar görülebilir. Bu durum kalp krizi, hipertansiyon, felç vb. hastalıklara yakalanma tehlikesini yükseltir. İskelet ve kas sistemi de ağrı ve yaralanmaları engellemek için doğal olarak görülen kas gerilmeleri, stresli hallerde gerçekleşir. Sık sık yeniden görülen kas gerilmeleri, vücut ağırlarıyla sonuçlanabilir (Savuncu, 2020).

2.4.2.2. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri

Bilim insanları stresle başa çıkmayı çeşitli şekillerde ifade etmişlerdir. Baltaş'ın tanımına bakacak olursak kişinin hayatını tehdit edici olarak hissettiği bir olayda, kendisini daha iyi bir hale getirmek için, olayı düzenlemesini ve davranış örüntüsünü barındıran durumların tamamıdır. Dressler'in tanımlaması ise stres oluşumlarını farklılaştırmak, tolerasyon göstermek ya da bunlardan uzak durmak için gerçekleştirilen bilişsel ve davranışsal eylemlerdir. Folkman ve Lazarus'ın tanımlamaları ise, kişi tarafından stresli görünen ve kişisel kaynakları zorlayan çeşitli içsel ve dışsal gereklilikleri ve bunlar arasındaki çatışmaları engellemek, düşürmek ya da tolerasyon göstermek için sürekli olarak farklılaşan bilişsel ve davranışsal eylemlerdir (Engin ve ark., 2014).

Stresin yeterli şekilde üstünden gelinmelidir. Ayrıca, stres kişisel bir olay olduğu için, stresi önlemede herkesi kapsayacak bir çözüm yolu yoktur. Her bireyin stresle karşılaştığında açık veren zayıf bir tarafı vardır bu zayıf yön de aynı şekilde

kişiseldir. Bu durumdan dolayı, insan kendi kişilik durumuna ve yaşam algısına uygun olan stresle başa çıkma biçimini tespit edip geliştirmelidir. Her insanın kendi stresinin üstünden kendisinin gelmesi gerekmektedir (Doğan ve Eser, 2013).

2.4.3. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite (FA), “Gündelik hayatımızda eklem ve kaslarımızı kullanarak enerji tüketimini içeren, kalp ve solunum hızını yükselten, çeşitli şiddetlerde uygulanabilen ve yorgunlukla sonuçlanan faaliyetler” şeklinde ifade edilmektedir (Can ve ark., 2014).

FA, enerjik ve keyifli gündelik hayat, vücudu hastalıklardan uzak tutma, enerji fazlalığının en uygun şekilde tüketilip obezitenin önlenmesi, yaşlanma ve yaşlanmanın yol açtığı doğal gerilemenin yavaşlatılması, solunum ve dolaşım sistemlerinin yüksek düzeye çıkarılması ve bu düzeyin devamlılığının sağlanması, sinirsel gerilimlerin düşürülmesi ve kalp damar hastalıklarının yol açtığı hayat kayıplarını engelleyici ve koruyucu etkinin yükseltilmesi, kasa bağlı eklem dokularının sağlık ve çalışmasının devamlılığı, daha sosyal olmak ve duruş bozukluklarının engellenmesinde önemli yer tutmaktadır (Arabacı ve Çankaya, 2007).

FA, çok fazla kas hareketlerini barındıran bir kavram olup; yürüme, ev işleri, spor, egzersiz, dans, serbest zaman aktiviteleri vb. gündelik hayat faaliyetlerinden çeşitli spor aktivitelerine dek çok çeşitli bir alanı kapsar. Fiziksel aktivitenin her gün yapılan faaliyetler içine uyarlandığı hayat biçimi aktif yaşam şeklinde ifade edilebilir. Gündelik hayat içerisinde her gün minimum 30 dakika bisiklet sürme, yürüyüş, koşu, merdivenden çıkma, ev işi yapmak ve bahçe işleri yapıp fiziksel aktivitede bulunarak aktif bir hayat biçimi sağlanabilir (Yıldırım ve ark., 2015).

Fiziksel aktivitenin birey sağlığı üzerindeki işlevleri iki ana başlıkta verilebilir (Bulut, 2013).

1. Bedensel Sağlık Üzerine Etkileri

Fiziksel aktivitenin kişinin vücut sağlığı üzerindeki etkileri, kas iskelet sistemi üzerindeki etkileri ve bedenin diğer bazı metabolik işlevleri üzerindeki etkileri olarak iki ana başlıkta gösterilebilir

a) Kas İskelet Sistemi Üzerine Etkileri

- Kas gücünün ve kas hacminin devamını ve yükselmesini sağlar.
- Kas ve eklemlerin esnekliğinin sürdürülmesini ve yükselmesini sağlar.
- Hareket alışkanlığının ve fiziksel aktivite dayanıklılığının yükselmesini (kondisyon ve dayanıklılık), refleks ve reaksiyon süresinin artmasını sağlar.
- Vücut düzeninin ve yapısının devamlılığını sağlar.
- Denge ve düzeltme reaksiyonlarını güçlendirir.
- Yorgunluğun etkisini düşürür.
- Kas kasılması ve fiziksel aktivite sayesinde kemik mineral yoğunluğunun kalıcılığını sağlar ve kemik erimesini engeller.
- Kas dokusu tarafından tüketilen enerji ve oksijen düzeyinin yükselmesini sağlar.
- Oluşabilecek yaralanma, sakatlanma ve kazalara karşı vücudun dayanıklılığını artırır.

b) Diğer metabolik fonksiyonlar üzerine etkileri

- Tansiyonu regüle eder.
- Damar yapısının esnekliğini geliştirir.
- Yüksek kolesterol ve trigliserit seviyesini olumlu şekilde düzenleyerek kardiyovasküler hastalık tehlikesini azaltır.
- Kalbin gücünü artırarak, kan akışını regüle eder.
- Soluk alışveriş kapasitesinde yükselmeye yol açar.
- Kan glikoz seviyesinin düzenlenmesine katkı sağlar.
- Vücudun sıvı, tuz ve mineral dengesini sağlar.
- Metabolizmayı hızlandırır ve kilo artışı önler.

2. Ruhsal Sağlık Üzerine Etkileri

Fiziksel aktivitenin vücut sağlığı açısından pozitif etkileriyle birlikte, sosyal ve psikolojik sağlık açısından da pozitif etkileri mevcuttur.

- Daha iyi hissetme ve mutlu ruh haline yol açar.

- Pozitif düşünebilme ve stres yönetme kabiliyetini artırır.
- Sosyal uyum ve kendini kabul ettirme sıklığını artırır.

Fiziksel aktivitenin faydaları incelendiğinde, yeterli seviyede uygulanan fiziksel aktivite, kişilerin ve toplumun sağlık düzeyini artırdığı görülür (Bulut, 2013).

2.4.3.1. Fiziksel Aktivitenin Bileşenleri

Fiziksel aktivitenin bileşenleri beş ana başlıkta verilmektedir (Bulut, 2013).

1. Aktivitenin Frekansı

Fiziksel aktivitenin en faydalı olanı haftanın belli günlerinde uygulanması, fiziksel aktivitenin belirli bir süre değil düzenli şekilde uygulanmasıdır (Bulut, 2013).

2. Aktivitenin Tipi

Aerobik; kasların belli vakitlerde orta şiddette zorlanmasıyla başlayan, soluk alışveriş hızını artıran ve kalp ritmini artıran aktivitedir (Bulut, 2013).

İtme ve çekme aktiviteleri ve ağırlık kaldırmadır.

Yürüme, koşma, bisiklet sürme gibi (Bulut, 2013).

3. Aktivitenin Şiddeti

Hafif şiddette: 3,5 kcal/min düşük enerji tüketimi görülen aktiviteler.

Orta şiddetle: 3,5 – 7 kcal/min aralığında enerji tüketimi görülen aktiviteler.

Şiddetli: 7 kcal/min yüksek enerji tüketimi görülen aktiviteler.

4. Aktivitenin Süresi

Günde 3 kez 10'ar dakikalık orta düzeyde aktiviteler.

Haftada 150 dakika orta düzeyde aktiviteler.

5. Aktivitenin İçeriği

Maaş karşılığı veya gönüllü olarak bir işte görev alma.

Spor.

Ulaşım (yürüme şeklinde olabilir).

Ev işleri.

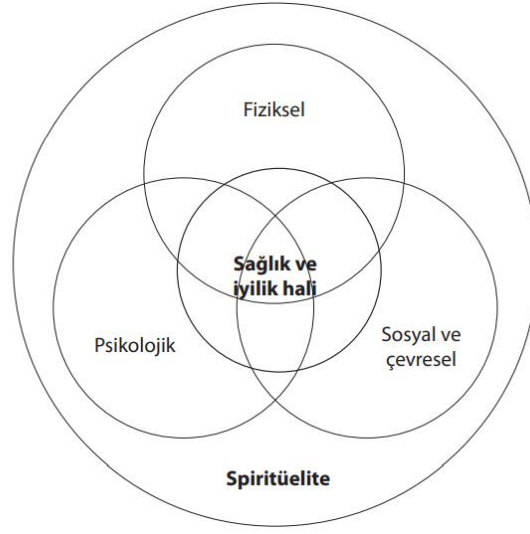
Boş vakit kazanımı.

2.4.4. Manevi Gelişim (Spiritüalizm)

Meleis'in tanımına göre spiritüalizme; kişinin kendi kendine ve diğer kişilerle iletişimini, evrendeki konumunu, hayatın anlamını sorgulama ve kanıksama çabasıdır. Bununla birlikte hayattaki tecrübeler sonucu edinilen bilgilerin bir yansımasıdır. Hayatın hedefini belirleyen, insanın anlam yüklediği bileşenlerden oluşur (Arslan ve Şener, 2009).

Manevi gelişim; insanın hayat gayesini, kişisel gelişim becerisini ve kendini ne kadar tanıdığını ve memnuniyetini gösterir (Özcan ve Bozhüyük, 2016).

Önceleri insan hayatını psikolojik açıdan ifade etmek daha sonraları ise din adamlarının görevlerini ifade etmek hedefiyle kullanılmıştır. Güncel olarak, dini inanışlardan çok daha kapsamlı bir terim olarak ifade edilmektedir. Hayatta olmak, nefes almak anlamlarına gelen spiritüalizme, Latince kökenli "spiritus"tan gelmektedir. Yaşamı hissetmek olarak daha kapsamlı şekilde ifade edilebilir. Spiritüalizme, kişinin ilahi bir güçle iletişim kurmak istemesinin yanı sıra hayatın hedefini belirleyen etmenleri de bünyesinde barındırmaktadır. Spiritüalizm, ruha ve bedene tesir eden ve bununla birlikte ruh ve bedenden etki gören "birleştirici güç" şeklinde de ifade edilmektedir. Spiritüalizm (tinselcilik, ruhçuluk), metafizik bir ifadedir ve bu ifadede varlık bedene bağımlı olmayan bir ruhtur. Evren de bağımsız bir ruha sahiptir. Spiritüalizme teriminin Türkçe olarak tam bir ifadesi yoktur. Arapça kökenli olan maneviyat kelimesi karşılık olarak kullanılmaktadır. Maneviyat; maddi olmayan manevi (soyut, duyularla sezilebilen, görülmeyen, tinsel) şeyler ya da moral, yürek gücü gibi mecaz terimlerle ifade edilebilir. Spiritüalizme, dinin bir parçası şeklinde kabul edilebilir fakat dini inanç ve uygulamalar ile kalmayacak kadar kapsamlı olan ve dini uygulamaları da bünyesinde barındıran bir terimdir. Din; geleneksel, spesifik ve törensel bir öğretiler ve spiritüalizmeyle aynı şey değildir. Spiritüel değerler ve inanışlar dinle ilgili olabilir veya olmayabilir. Dini inanışları olmayan kişilerin de spiritüel tarafları olabilir (Çınar ve Arslan Eti, 2017).



Şekil 2.4. Holistik biyopsikososyal sağlıkta spiritüelitenin birlikteliği için model (Dedeli ve Karadeniz, 2009).

Bireyin spiritüel tarafı, en az fiziksel, sosyal, duygusal tarafı kadar önem teşkil etmektedir ve bu taraflarla ilişki halindedir. Bireysel bakım yaklaşımında bireyin fiziksel, ruhsal ve akıl tarafının bireyin kendine has olduğu ve bu tarafların birbirini etkilediğinin altı çizilmektedir. Özellikle insanın stres, hastalık, ölüm korkusuna sahip olduğu zaman, hayatın anlamını düşündüğü ve umutsuzluğa kapıldığı kötü olaylarda spiritüel boyut önem kazanmaktadır. Özellikle, hayati riski artıran hastalıklar spiritüel ihtiyaçların önem kazanmasına sebep olmaktadır. Spiritüel ihtiyaçların karşılanması, insanın hastalığını kanıksamasına ve plan kurmasına olanak sağlamakta, iyileşme sürecine pozitif etki ederek yaşama inancını yükseltmektedir (Çınar ve Arslan Eti, 2017).

2.4.5. Kişiler Arası İlişki

Kişiler arası destek; insanların, diğer insanlarla iletişimini, sözel ve sözel olmayan ifadelerle düşünce ve duygu alışverişini tanımlar (Kostak Akgün ve ark., 2014).

Kişiler arası ilişkileri, örgütleri, toplumları oluşturan ve bağlantı kurmasını sağlayan ana etken iletişimidir (Erözkan, 2009).

Kişiler arası ilişkilerin bütün bireylerin hayatında ne kadar gerekli olduğu bilinen bir olgudur. İnsanlar gündelik hayatlarında farklı şekillerde oluşturdukları ilişkilerden etkilenmekte, karşısındakini etkilemekte ve diğer bireylerle oluşturulan bu ilişkiler,

kişiler arası ilişki biçimlerinin oluşmasına sebep olarak insanların hayata karşı doyumlarına, hayat kalitelerine etkiye bulunmaktadır (Erözkan, 2009).

Peplau ve Perlman tarafından yalnızlık, tek başına olmak şeklinde değil de farklı şekilde ifade edilmektedir. İnsanın mevcuttaki sosyal ilişkisi ile talep ettiği sosyal ilişkisi arasındaki farklılığı görmesi sonucunda yaşanan ve olumlu bir ruhsal hal şeklinde ifade edilmektedir. Yalnızlık, insanın sosyal ilişkilerinin kayda değer noksanlıklara sahip olduğunun bir göstergesidir. Bu durumda kişiler arası ilişki biçimlerinin önemi göze çarpmaktadır. Pek çok mutluluk ve yaşamsal zevk, karşımızdaki bireylerle kuracağımız ilişkilerden kaynaklıdır ve iyi iletişim kurma becerimize göre değişkenlik gösterir. İletişim, en gerekli ihtiyaçlardan biri olmasının yanı sıra, bireyler arasında etkili bir iletişimin görüldüğünü ifade etmek zordur. Kişiler arası ilişkilerdeki yeteneğin az olması aile problemleri, yalnızlık, mesleki eksiklik, doyumsuzluk, fiziki rahatsızlıklar stres vb. pek çok yaşamsal alanımıza negatif etkisi olabilir (Batıgün ve Hasta, 2010).

İletişim kurmak ve farklı bireylerle ilişki kurmak, sosyal bir varlık olan insan için kaçınılmaz bir gerekliliktir. Sosyal psikoloji ile ilgili araştırmalar, bireylerin çok sayıda ve çeşitli ihtiyaçlarını gidermek için diğer bireylerle iletişim kurduklarını dile getirmektedir. Kişiler arası ilişkilerde yeterliliği belirlemek amacıyla yapılan çalışmalar, sosyal zeka, beceri, yeterlik, destek ve yalnızlık gibi alanların üstüne düşmektedir. İfade edilen çalışmalar, kişiler arası ilişkilerdeki noksanlığın, kişilerin ruh sağlıklarını ve iyilik seviyelerini negatif etkilediğini göstermiştir (Doğan ve Sapmaz, 2012).

2.4.6. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, fiziksel, ruhsal, sosyal iyilik durumunun devamlılığının sağlanması için kişinin üstüne düşen sorumlulukları yapmasıdır. Sağlıkla ilişkili tutumların kişilerin sorumluluğunda olma durumudur. Başka bir tanımı, sağlıklı halin sürekliliği için kişilerin aktivite, sigara tüketmemek, kilo kontrolü vb. davranışları yaparak ve sağlık durumunu vaktinde kontrol ettirerek ve doktorun uyarılarını dikkate alarak kişilerin daha iyi hissetmesi ve sağlık için daha az harcama yapmasıdır (Avcı, 2016).

Sağlık sorumluluğu ile sağlığın geliştirilmesi arasında kuvvetli bir ilişki vardır. Sağlığının geliştirilmesi için enerji harcayan kişi yapması gerekenlerin bilincindedir. Kişilerin kendi sağlığıyla ilgili sorumluluk yüklenebileceği bilgi ve sosyal desteğin sağlanması; sağlığın kişisel göstergelerinin artırılması açısından önem teşkil eder. Dünya Sağlık Örgütü ile Sağlık Bakanlığı iş birliğince düzenlenen “Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğu İşbirliği 2023” hedefinde geçen öz bakımın artırılması için; kişilerin, sağlıklı halinin devamını sağlama ve iletme konusunda sorumluluk duygusunun gelişmesi ve bu sorumluluğun ilkelerini sağlaması için kamusal destek, toplumsal destek ve kontrol sistemlerine rahatça ulaşım sağlayan insanlardan oluşan bir topluma ulaşılmak hedeflenmiştir (Avcı, 2016).

Genel olarak iki çeşit sağlık sorumluluğundan söz edilebilir. Rol sorumluluğu; kişilerin bağımsız karar almalarından söz edilirken, nedensellik sorumluluğu, kişilerin tutumlarının sonucunda karar aldıkları seçimlerin belirlenmesini belirtmektedir. Her iki sorumluluk türü de birbiriyle ilişkilidir. Rol sorumluluğu, kişilerin rollerini belirtirken, nedensellik sorumluluğu kişilerin rolleri sonucundaki kararları ve yaptıklarının sağlık durumlarını tespit etmeye yardım etmektedir (Avcı, 2016).

2.5. Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü

Sağlığı geliştirme, yalnızca hastalıkların engellenmesiyle kalmayıp, kişinin iyilik durumunun korunmasını, sürdürülmesini, geliştirilmesini ve kişilerin kendi sağlığı ile ilgili seçimlerinin sorumluluğunu üstlenmesini barındırmaktadır. Sağlık sorumluluğunu üstlenen bireyler ilerde sağlıklı toplumların oluşumuna katkıda bulunur. Sağlıklı bir toplum oluşmasında sağlık profesyonelleri, hem örnek teşkil etmeleri hem de diğer insanları etkileme özellikleri sebebiyle kıymetli bir gruptur (Özpulat, 2010).

Kişilerin sağlığı için uygulanabilecek en önemli şeyin pozitif davranış değişikliğine yol açmak olduğundan bahsedilebilir. Kişilerin bilinçlenmesi ve eğitilmesi davranış değişikliği edindirmenin en önemli yoludur. Yani sağlık profesyonellerinin, sağlıklı ve hasta insanları kapsayan eğitim düzenlemelerinin en önemli görevlerinden biri olduğu anlaşılmaktadır (Özpulat, 2010).

İnsan sağlığıyla ilgisi olan her farklılığın ve ilerlemenin birey, aile ve toplumun faydasına olması beklenir. Görülen bu farklılık ve ilerlemeye yönelik her sağlık profesyonelinin görev, yetki ve sorumluluklarının yasa ve ilgili mevzuatlarla korunması önem teşkil etmektedir (Eroğlu ve Koç, 2012).

Sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme ile ilgili önemli görev ve sorumluluklara sahip sağlık profesyonellerinin, ilk başta kendi sağlığını korumak, sürdürmek ve geliştirmek için gereken yaşam biçimi davranışını edinmiş olması gerekmektedir (Duran ve ark., 2018).

Sağlık profesyonellerinin ana sorumluluklarının başında insanların sağlığının korunması ve geliştirilmesi bulunmaktadır. Sağlık profesyonellerinin başlıca görevlerinden biri, sağlıklı ya da hasta insana SYBD'nin edindirilmesidir. Sağlık alışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği devam ettirdikleri hayat tarzı ile örnek olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet ettikleri topluluğu etkileme özelliğini üstlenir. Bu bağlamda ilk başta sağlık profesyonelleri kendi yaşam biçimlerini düzene sokmaldırlar. Tüm sağlık profesyonelleri, sağlığı geliştirmenin öneminin bilincinde olmalı, toplumdaki insanların pozitif sağlık davranışı göstermesi için rol-model olmalıdır (Duran ve ark., 2018).

Toplumun iyilik durumunun devam etmesi, hastalıkların tedavisi ve sağlığın en iyi seviyeye ulaştırılması bağlamında sağlık profesyonellerinin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Topluma sağlıklı yaşam açısından yol gösterici olan sağlık profesyonellerinin, konuyla ilgili negatif ya da noksan davranışlarını iyileştirmesi, sağlıklı yaşamın ilerletilmesi için düzenlenen organizasyonlara düzenli olarak katılması ve iyi örnek olmak için gayret göstermesi gerekmektedir (Duran ve ark., 2018).

2.6. Diyetisyenler ve Sağlıklı Yaşam Alışkanlıkları İlişkisi

Sağlıklı beslenmeyi kapsayan farklı fikirler mevcut olup beslenme bilgisi beslenme takıntısına sebep olabilmektedir. Zayıflığa veya sağlıklı beslenmeye düşkün olunması sebebi ile yediklerinin hazırlanış biçimini düşünmek veya günde büyük bir zamanını yiyecekleri aklına takarak geçirmek yeme bozukluklarının görülmesine sebep olabilecek önemli risk etmenlerini oluşturmaktadır (Gezer ve Kabaran, 2013).

Toplumun yeterli ve dengeli besin tüketime yol açarak sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hayat standartlarının yükseltilmesi için gereken eğitimi gören beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin sağlıklı besin tüketimi ile yeme davranış ve tutumları gördükleri eğitimden etkilenebilmektedir (Gezer ve Kabaran, 2013).

Gezer ve Kabaran (2013), tarafından yapılan bir çalışmada, beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencilerinin sağlıklı beslenme ile yeme tutum ve davranışlarının aldıkları eğitimden etkilenebildiği sonucuna ulaşılmıştır.

Tıp fakóltesi öğrencileri, doktor, diyetisyen vb. sağlık çalışanında ortoreksia nervoza belirtilerinin daha çok görüldüğü belirlenmiştir. Dengeli ve yeterli beslenme ile ilişkili aldıkları farklı bilgilerin olması sağlık çalışanlarında beslenme takıntısına neden olabilmektedir (Güngör ve ark., 2022).

Sağlık çalışanları çoğunlukla eksik kişisel koruma ekipmanına sahip olmaları ve tehlike açısından yüksek bir ortamda görev yapmaları sebebi ile mental problem görülebilmektedir (Güngör ve ark., 2022).

Kişilerin besin seçimlerini anksiyete ve stres gibi durumların artması etkileyebilmektedir. Güngör ve ark. (2022), tarafından yapılan bir araştırmada kadın diyetisyenlerin sağlık anksiyetesi düzeyinin, erkek diyetisyenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu araştırmada; ortoreksia nervozalı diyetisyenlerin, olmayanlara göre günde üç öğün besin tüketimini daha düzenli yaptıkları görülmüştür. Bu durum ortoreksia nervozalı kişilerde sağlıklı beslenme takıntısı yüzünden sağlıklı beslenmeyi temel alan düzenli ve sağlıklı öğün tüketimi arzusu ile ifade edilebilir (Güngör ve ark., 2022).

Kalkan ve ark. (2018) tarafından yapılan bir çalışmada, beslenme ve diyetetik öğrencilerinin %42.9'unun en az haftada 5 gün, en az 30 dakika orta şiddette egzersiz yaptığı görülürken, haftanın en az 3 günü, en az 20 dakika yüksek şiddette egzersiz yapanların oranının ise %26.5 olduğu görülmüştür (Kalkan ve ark., 2018).

2.7. Kronik Hastalıklar ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

DSÖ'ye göre gelişmiş ülkelerdeki hayat kayıplarının %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerdeki hayat kayıplarının %40-50'sinin sebebi yaşam biçiminden kaynaklı oluşan hastalıklardır. Bundan dolayı yapılacak sağlık hizmetlerinin de bu amaçta sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme çizgisinde olması şarttır. Hayat kayıplarının sebepleri incelendiğinde, ilk sırada kronik hastalıklar bulunmaktadır. Bunlara bakılınca kronik hastalık ve yaşam biçimi arasında kuvvetli bir ilişki olduğu sonucuna varılmaktadır (Yalçınkaya ve ark., 2007).

Hayat tarzına bağlı hastalıkların ve bu hastalıkların neden olduğu hayat kayıplarının engellenmesi için kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları edinmesi şarttır. Bu davranışların edinilmesi kronik hastalıkların engellenmesinde, yaşam kalitesinin yükselmesinde ve sağlıklı yaş almada önemli rol oynamaktadır. Bununla birlikte kişilerde bu davranışların bulunması, kronik hastalıkların tanı, tedavi ve bakım maliyetlerinin de hatırı sayılır miktarda düşmesini sağlayacaktır (Aksoy ve Uçar, 2014).

Kronik hastalıklar ve bu hastalıklardan kaynaklanan erken hayat kayıplarının fiziksel aktivite eksikliği, sağlıksız beslenme, sigara ve alkol tüketimi gibi sağlıksız alışkanlıklarla ilgisi olduğu belirtilmektedir. Kronik hastalıklarla bağlantılı negatif sağlık sonuçlarını minimuma düşürmek için sağlıksız davranışların önlenmesi, hastanın öz yönetiminin artırılması önem teşkil etmektedir (Özkaraman ve ark., 2016).

Yaşam biçimiyle bağlantılı hastalıkların ve bu hastalıklardan kaynaklanan hayat kayıplarının engellenmesi için kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları edinmesi önemlidir. Bu davranışların edinilmesi bireylerin kendisi ve hastalığıyla ilgili daha çok bilgi sahibi olmasının yanı sıra, kronik hastalıkların engellenmesinde, kronik hastalıklarda yaşam standartlarının yükseltilmesinde ve sağlıklı yaş almada önem teşkil etmektedir (Yüksel, 2020).

Araştırmalar sağlığı geliştirme davranışlarının uygulanmasının hastalıkların görülme oranını ve hayat kayıp oranını azalttığını göstermiştir. Hastalıkların önlenmesinde, erken tanının yapılmasında ve sağlığın devamlılığının sağlanmasında sağlığı geliştirici uygulamaların yapılması gerekir. Kronik hastalıklar ve tedavisi, kişinin

hayat tarzında farklılıklara sebep olduğu için kişinin yaşam kalitesine doğrudan etki göstermektedir (Küçükberber ve ark., 2011).

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH)'nın yönetimi kişinin yaşam biçimindeki farklılıklara ve tedavisine uyumu, belirtileri azaltmayı ve hastalık kaynaklı görülebilecek olumsuz durumları engellemeyi içerir. Hastaların beceri ve bilgi bakımından zenginleştirilmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik hizmetlerin yapılması ve alanında uzman olan sağlık alışanları KBH yönetiminde önem teşkil etmektedir. Fakat sağlık çalışanlarının önerilerine, geliştirilen rehberlere rağmen KBH'lı kişilerin hastalıkla baş etmede kişisel bilinçleri çok düşüktür. Yapılan araştırmalarda KBH'lı kişilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıa negatif sağlık sonuçlarının düştüğü görülmüştür (Özkaraman ve ark., 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, Kayseri ilinde çalışan diyetisyenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılmış; tanımlayıcı, kesitsel tipte bir anket çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Kayseri ilinde görev yapan diyetisyenler üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın yürütülmesi için Türkiye Diyetisyenler Derneği Kayseri temsilciliğinden Kayseri’de görev yapan diyetisyenlerin iletişim bilgileri alınmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan diyetisyenlerle ofislerinde yüz-yüze görüşülerek Kasım 2021-Ocak 2022 arasında veri toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Kayseri ilinde çalışan 125 diyetisyen oluşturmaktadır.

Örneklem büyüklüğü G*Power programının 3.1.9.2 versiyonu kullanarak hesaplanmıştır (Faul ve ark., 2009). Orta düzeyde etki büyüklüğü alınarak, $\alpha= 0.05$ ve $\beta=0.80$ olacak şekilde non parametrik iki yönlü hipotez kurulmuş ve örneklem büyüklüğü minimum 94 olarak hesaplanmıştır (Grafik-1). Çalışma kapsamında 98 diyetisyene ulaşılmıştır.

t tests - Means: Wilcoxon signed-rank test (one sample case)

Options: A.R.E. method

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input: Tail(s) = Two

Parent distribution = Normal

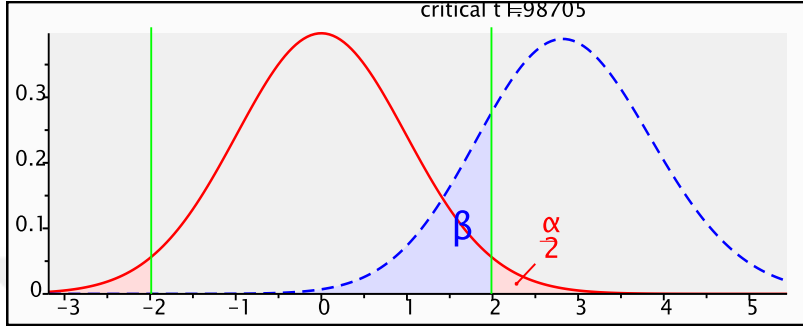
Effect size d = 0.3

α err prob = 0.05

Power (1- β err prob) = 0.80

Output: Noncentrality parameter δ = 2.8423063
Critical t = 1.9870517
Df = 88.7633879
Total sample size = 94

Actual power = 0.8027451



Grafik 2.1. Örneklem Dağılım Grafiği

Çalışma için örneklem seçimi yapılmamış, tüm evrenin örnekleme alınmasına karar verilmiş, Türkiye Diyetisyenler Derneği aracılığıyla iletişim bilgileri alınan 125 diyetisyene ulaşılmış, 27 diyetisyen çalışmaya katılmayı reddetmiş, böylelikle çalışma için gönüllü olan 98 diyetisyenle çalışma tamamlanmıştır (ulaşma yüzdesi= %78.4).

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanı, sağlık sorumluluğu alt ölçeği puanı, fiziksel aktivite alt ölçeği puanı, beslenme alt ölçeği puanı, manevi gelişim alt ölçeği puanı, kişilerarası ilişkiler alt ölçeği puanı ve stres yönetimi alt ölçeği puanından oluşmaktadır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, ekonomik durum, eğitim düzeyi, mesleki tecrübe, çalıştığı kurum, kronik hastalık görülme durumu, düzenli ilaç kullanma durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, fiziksel aktivite, sağlık durumu ve BKİ'den oluşmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, anket yöntemiyle araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Anket formu, “Sosyodemografik Veri Formu” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II)” olarak iki bölümden oluşmaktadır.

3.5.1. Sosyo-Demografik Veri Formu

Diyetisyenlerin sosyo-demografik durumlarını içeren anket formu; cinsiyet, yaş, kilo-boy, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, ekonomik durum, eğitim düzeyi, mesleki tecrübe, çalıştığı kurum, kronik hastalık durumu, düzenli ilaç kullanma durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, fiziksel aktivite düzeyi ve sağlık durumunu inceleyen 15 adet sorudan oluşmaktaydı.

3.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II)

Walker ve ark. aracılığıyla 1987 senesinde yapılan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ilk hali 48 madde ve 6 faktör içermektedir (Yaşar ve ark., 2018). Ölçek 1996 senesinde yenilenmiş (Walker ve ark.) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II şeklinde isimlendirilmiştir (Pender ve ark., 2002). Yenilenen SYBDÖ II'nin ülkemizde geçerliliği ve güvenilirliği Bahar ve ark. (2008) tarafından yapılmıştır (Bahar ve ark., 2008). Ölçek 52 madde ve 6 alt boyut içermektedir. Bunlar; beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimidir. Ölçekte tüm maddeler olumludur. 4'lü likert şeklinde derecelendirilmiştir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) şeklinde ifade edilmektedir. Ölçeğin genelinde en düşük puan 52, en yüksek puan ise 208'dir. Ölçekten elde edilen puan yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında yükselmektedir. Ölçekte Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.94'dir. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alpha değeri 0.79-0.87 arasında farklılık göstermektedir (Yaşar ve ark., 2018).

Ölçek altı alt boyut içermektedir (Çebi, 2018):

Manevi Gelişim; insanın hayat gayesini, kişisel olarak kendini ilerletme becerisini ve kendini ne kadar tanıdığını ve mutlu edebildiğini göstermektedir (Manevi gelişim alt ölçeği madde numaraları: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52).

Beslenme; kişinin öğünlerini düzenleme ve belirleme, besin tercihlerindeki değerlerini göstermektedir (Beslenme alt ölçeği madde numaraları: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50).

Fiziksel aktivite; sağlıklı hayatın vazgeçilmez bir parçası olan spor uygulamalarının kişi tarafından ne kadar uygulandığını belirtir (Fiziksel aktivite alt ölçeği madde numaraları: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46).

Sağlık sorumluluğu; kişinin kendi sağlığı üstündeki sorumluluk ölçüsünü, sağlığına ne ölçüde katıldığını gösterir (Sağlık sorumluluğu alt ölçeği madde numaraları: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51).

Kişiler arası ilişki; kişinin yakın çevresi ile iletişimini ve devamlılık ölçüsünü gösterir (Kişiler arası ilişki alt ölçeği madde numaraları: 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49).

Stres yönetimi; kişinin stres kaynaklarını bilme ölçüsünü ve stres düzenleme mekanizmalarını gösterir (Stres yönetimi alt ölçeği madde numaraları: 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Antropometrik ölçüm olarak gönüllülerin boy ve ağırlıkları ölçülmüştür. Bireylerin boy ölçümleri; taşınabilir stadyometre ile dik şekilde, ağırlık iki ayağa eşit dağıtılmış pozisyonda, baş arkaya dik yaslanmış şekilde ve ayakkabısız ölçülmüştür. Ağırlıkları, çorapsız ve ayakkabısız hafif kıyafetler ile ± 100 gr hassasiyeti bulunan elektronik tartı kullanılarak ölçülmüştür. Elde edilen ağırlık ve boy ölçümü değerlerinden beden kütle indeksi (BKİ) [ağırlık (kg)/boy (m)²] formülü ile hesaplanmıştır. DSÖ'nün yetişkinlerin BKİ sınıflamasına göre değerlendirilerek; BKİ değeri < 18.5 kg/m² olanlar zayıf, $18.5-24.9$ kg/m² olanlar normal ağırlıkta, $25.0-29.9$ kg/m² olanlar hafif şişman ve ≥ 30.0 kg/m² olanlar şişman olarak sınıflandırılmıştır (Özgür ve Uçar, 2018).

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS istatistik paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı veriler sayı, yüzde, ortalama (\bar{x}), standart sapma ($\pm SS$) ile ifade edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Veriler normal dağılıma uygun olduğu için karşılaştırmalarda t-

testi ve one-way ANOVA kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık dűzeyi $p \leq 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Araştırma için Erciyes Őniversitesi Giriřimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik onay alınmıştır (Etik Kurul Karar No: 221/693 Tarih: 20.10.2021).



4. BULGULAR

Araştırmaya katılan diyetisyenlerin yaş ortalaması 32.6 ± 6.4 yıldır. Diyetisyenlerin; %87.8'inin kadın, %43.9'unun 23-29 yaş grubunda, %60.2'sinin evli, %53.1'inin çocuk sahibi olduğu ve %51.0'inin ekonomik durumunun orta olduğu belirlenmiştir. Diyetisyenlerin tanımlayıcı özelliklere göre dağılımını Tablo 1'de verilmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Araştırmaya katılan diyetisyenlerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımını

Tanımlayıcı Özellikler (n=98)	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	86	87.8
Erkek	12	12.2
Yaş Grupları		
23-29	43	43.9
30-39	38	38.8
40-49	11	11.2
50 +	6	6.1
Medeni Durum		
Evli	59	60.2
Evli Değil	39	39.8
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Yok	46	46.9
1 Çocuk	18	18.4
2 Çocuk	29	29.6
3 Çocuk	5	5.1
Ekonomik Durum		
İyi	44	44.9
Orta	50	51.0
Kötü	4	4.1

Araştırmaya katılan diyetisyenlerin; %75.5'inin lisans mezunu olduğu, %34.7'sinin mesleki tecrübesinin 1-5 yıl arasında olduğu ve %35.7'sinin çalıştığı kurumun özel beslenme ve diyet danışma merkezi olduğu belirlenmiştir. Diyetisyenlerin mesleki durumlarına göre dağılımını Tablo 4.2'de verilmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Araştırmaya katılan diyetisyenlerin mesleki özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde
Eğitim Düzeyi		
Lisans	74	75.5
Yüksek Lisans-Doktora	24	24.5
Mesleki Tecrübe		
<1 yıl	13	13.3
1-5 yıl	34	34.7
6-10 yıl	21	21.4
>10 yıl	30	30.6
Kurum		
Şehir / Devlet Hastanesi	17	17.3
İl Sağlık Müdürlüğü	4	4.1
İlçe Sağlık Müdürlüğü / Toplum Sağlığı Merkezi / Sağlıklı Yaşam Merkezi	6	6.1
Üniversite Hastanesi	17	17.3
Özel Hastane	11	11.2
Özel Beslenme ve Diyet Danışma Merkezi (Diyetisyen Ofisi)	35	35.7
Gençlik ve Spor Bakanlığı	3	3.1
Kurum Diyetisyeni	3	3.1
Spor Salonu	2	2.0

Araştırmaya katılan diyetisyenlerin; %20.4'ünün kronik hastalığı olduğu, %21.4'ünün düzenli ilaç kullandığı, %15.3'ünün sigara kullandığı, %13.3'ünün alkol kullandığı, %33.7'sinin düzeli fiziksel aktivite yaptığı, %73.5'inin sağlık durumunun iyi olduğu ve %67.3'ünün BKİ'sinin normal (18.5-24.9) olduğu belirlenmiştir. Diyetisyenlerin sağlık durumlarına göre dağılımı Tablo 4.3'te verilmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Araştırmaya katılan diyetisyenlerin sağlık durumlarına göre dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde
Kronik Hastalık		
Evet	20	20.4
Hayır	78	79.6
Düzenli İlaç Kullanma		
Evet	21	21.4
Hayır	77	78.6
Sigara		
Evet	15	15.3
Hayır	83	84.7
Alkol		
Evet	13	13.3
Hayır	85	86.7
Fiziksel Aktivite		
Evet	33	33.7
Hayır	65	66.3
Sağlık Durumu		
Çok İyi	7	7.1
İyi	72	73.5
Orta	19	19.4
BKİ		
<18.5 (Zayıf)	4	4.1
18.5-24.9 (Normal)	66	67.3
25-29.9 (Hafif şişman)	25	25.5
≥30 (Şişman)	3	3.1

Araştırmaya katılan diyetisyenlerin SYBD-II ölçek puanı ortancası 137.6 ± 19.2 , (Minimum puan 81, Maksimum puan 197) olarak bulunmuştur.

SYBD-II alt boyutları ise; Beslenme alt boyut puan ortalaması 25.1 ± 4.1 , Stres Yönetimi alt boyut puan ortalaması 19.6 ± 3.8 , Fiziksel Aktivite alt boyut puan ortalaması 17.3 ± 5.4 , Manevi Gelişim alt boyut puan ortalaması 26.6 ± 4.2 , Kişilerarası İlişkiler alt boyut puan ortalaması 25.8 ± 3.6 ve Sağlık Sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 23.3 ± 4.8 olarak bulunmuştur.

Diyetisyenlerin yanıtlarına göre yapılan analiz sonucunda; en yüksek puana sahip alt boyutun Manevi Gelişim (26.6 ± 4.2), en düşük puana sahip alt boyutun ise Fiziksel Aktivite (17.3 ± 5.4) olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan diyetisyenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt boyutların puan toplamı ortalamaları Tablo 4.4'te verilmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Araştırmaya katılan diyetisyenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutların Puan Toplamı Ortalamaları

Ölçek ve Alt Boyutları	Soru sayısı	Ölçek puan ortalaması \pm SS	Min	Max
SYBD	52	137.6 \pm 19.2	81	197
Beslenme	9	25.1 \pm 4.1	15	36
Stres yönetimi	8	19.6 \pm 3.8	11	29
Fiziksel aktivite	8	17.3 \pm 5.4	8	32
Manevi gelişim	9	26.6 \pm 4.2	11	36
Kişilerarası ilişkiler	9	25.8 \pm 3.6	14	34
Sağlık sorumluluğu	9	23.3 \pm 4.8	11	34

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Veriler normal dağılıma uygun olduğu için karşılaştırmalarda t-testi ve one-way ANOVA kullanıldı.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Araştırmaya katılan diyetisyenlerin bazı özelliklerini Bağımsız Örneklem T-Testi kullanarak SYBD ile karşılaştırdığımızda cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, kronik hastalık, düzenli ilaç kullanma, sigara kullanma ve alkol kullanma özellikleri ile SYBD arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$); çalıştığı kurum ile karşılaştırdığımızda özelde çalışanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu, düzenli fiziksel aktivite yapma durumu ile karşılaştırdığımızda ise; düzenli fiziksel aktivite yapanların SYBD puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p\leq 0.05$). Diyetisyenlerin SYBD ölçeğinden alınan puan ortalamaları ve değişkenlerin Bağımsız Örneklem T-Testi ile karşılaştırılması Tablo 4.5'te verilmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Bağımsız Örneklem T-Testi ile Karşılaştırılması

<u>DEĞİŞKENLER</u>	N	Ortalama (X)	Standart Sapma (SS)	t Testi	
				t	p
<u>Cinsiyet</u>					
Kadın	86	138.12	17.63	0.462	0.653
Erkek	12	134.17	28.90		
<u>Medeni Durum</u>					
Evli	59	135.02	17.64	1.674	0.097
Evli Değil	39	141.59	20.96		
<u>Eğitim Düzeyi</u>					
Lisans	74	138.27	19.92	0.575	0.566
Yüksek Lisans- Doktora	24	135.67	17.02		
<u>Kurum</u>					
Kamu	50	132.44	21.20	2.829	0.006
Özel	48	143.04	15.28		
<u>Kronik Hastalık</u>					
Evet	20	136.65	16.76	0.255	0.799
Hayır	78	137.88	19.87		
<u>Düzenli İlaç Kullanma</u>					
Evet	21	134.95	17.14	0.720	0.473
Hayır	77	138.36	19.77		
<u>Sigara</u>					
Evet	15	139.87	19.66	0.488	0.627
Hayır	83	137.23	19.21		
<u>Alkol</u>					
Evet	13	138.92	12.32	0.259	0.796
Hayır	85	137.44	20.09		
<u>Fiziksel Aktivite</u>					
Evet	33	146.88	15.38	3.600	0.001
Hayır	65	132.94	19.34		

Araştırmaya katılan diyetisyenlerin bazı özelliklerini SYBD ile karşılaştırdığımızda çocuk durumu, ekonomik durum, mesleki tecrübe ve BKİ özellikleri ile SYBD arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$); yaş grupları ile karşılaştırdığımızda 23-29 yaş grubu diyetisyenlerin SYBD ölçeği puanının, 30-39 yaş grubu

diyetisyenlerden; 50 yaş ve üstü diyetisyenlerin SYBD ölçeği puanının, 30-39 yaş grubu diyetisyenlerden daha yüksek olduğu; sağlık durumu ile karşılaştırdığımızda ise sağlık durumu iyi olan diyetisyenlerin SYBD ölçeği puanının, sağlık durumu orta olan diyetisyenlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Diyetisyenlerin SYBD ölçeğinden alınan puan ortalamaları ve değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması Tablo 4.6'da verilmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması

<u>Değişkenler</u>	N	X	Ss	Varyansın Kaynağı	KT	sd	KO	F	p	Anlamlılık
Yaş Grupları										
23-29 (1)	43	142.30	19.44	G. Arası	5230.748	3	1743.583	5.368	0.002	1-2 4-2
30-39 (2)	38	129.11	17.08	G. İçi	30534.028	94	324.830			
40-49 (3)	11	140.36	12.44	Toplam	35764.776	97				
50+ (4)	6	153.16	21.54							
Toplam	98	137.63	19.20							
Cocuk Durumu										
Yok (0)	46	139.78	19.41	G. Arası	577.380	3	192.460	0.514	0.674	
1 Çocuk (1)	18	133.28	19.79	G. İçi	35187.396	94	374.334			
2 Çocuk (2)	29	136.79	20.06	Toplam	35764.776	97				
3 Çocuk (3)	5	138.40	8.91							
Toplam	98	137.63	19.20							
Ekonomik Durum										
İyi (1)	44	138.66	18.61	G. Arası	94.459	2	47.230	0.126	0.882	
Orta (2)	50	136.92	20.34	G. İçi	35670.316	95	375.477			
Kötü (3)	4	135.25	12.87	Toplam	35764.776	97				
Toplam	98	137.63	19.20							
Mesleki Tecrübe										
<1 yıl (1)	13	139.85	27.21	G. Arası	1965.436	3	655.145	1.822	0.148	
1-5 yıl (2)	34	140.47	18.38	G. İçi	33799.339	94	359.567			
6-10 yıl (3)	21	129.10	14.44	Toplam	35764.776	97				
>10 yıl (4)	30	139.43	18.19							
Toplam	98	137.63	19.20							
Sağlık Durumu										
Çok İyi (1)	7	139.29	15.50	G. Arası	5833.288	2	2916.644	9.257	0.000	2-3
İyi (2)	72	141.61	16.60	G. İçi	29931.487	95	315.068			
Orta (3)	19	121.95	22.26	Toplam	35764.776	97				
Toplam	98	137.63	19.20							

Tablo 4.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması (Devam)

BKİ										
<18.5 (Zayıf) (1)	4	138.25	8.85	G. Arası	169.479	3	56.493	0.149	0.930	
18.5-24.9 (Normal) (2)	66	138.47	16.07	G. İçi	35595.296	94	378.673			
25-29.9 (Hafif şişman) (3)	25	135.68	25.64	Toplam	35764.776	97				
≥30 (Şişman) (4)	3	134.67	37.45							
Toplam	4	137.63	19.20							

Beslenme Alt Boyutu

Araştırmaya katılan diyetisyenlerin bazı özelliklerini Bağımsız Örneklem T-Testi kullanarak beslenme alt boyutu ile karşılaştırdığımızda cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, kronik hastalık, düzenli ilaç kullanma, sigara kullanma, alkol kullanma ve fiziksel aktivite özellikleri ile beslenme alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$); çalıştığı kurum ile karşılaştırdığımızda özelde çalışanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p\leq 0.05$). Diyetisyenlerin beslenme alt boyutundan alınan puan ortalamaları ve değişkenlerin Bağımsız Örneklem T-Testi ile karşılaştırılması Tablo 4.7’de verilmiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Beslenme Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Bağımsız Örneklem T-Testi ile Karşılaştırılması

<u>DEĞİŞKENLER</u>	N	Ortalama (X)	Standart Sapma (SS)	t Testi	
				t	p
<u>Cinsiyet</u>					
Kadın	86	25.14	3.94	0.372	0.711
Erkek	12	24.67	5.37		
<u>Medeni Durum</u>					
Evli	59	24.53	3.55	1.664	0.099
Evli Değil	39	25.92	4.75		
<u>Eğitim Düzeyi</u>					
Lisans	74	25.22	4.23	0.568	0.572
Yüksek Lisans-Doktora	24	24.67	3.76		
<u>Kurum</u>					
Kamu	50	23.96	4.18	2.860	0.005
Özel	48	26.25	3.72		
<u>Kronik Hastalık</u>					
Evet	20	24.35	3.76	0.892	0.374
Hayır	78	25.27	4.19		
<u>Düzenli İlaç Kullanma</u>					
Evet	21	24.80	3.60	0.341	0.734
Hayır	77	25.16	4.25		
<u>Sigara</u>					
Evet	15	25.07	4.50	0.15	0.988
Hayır	83	25.08	4.06		
<u>Alkol</u>					
Evet	13	25.62	3.55	0.501	0.617
Hayır	85	25.00	4.20		
<u>Fiziksel Aktivite</u>					
Evet	33	26.00	3.93	1.590	0.115
Hayır	65	24.62	4.14		

Araştırmaya katılan diyetisyenlerin bazı özelliklerini Tek Yönlü Anova Testi kullanarak beslenme alt boyutu ile karşılaştırdığımızda çocuk durumu, ekonomik durum, mesleki tecrübe ve BKİ özellikleri ile beslenme alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$); yaş grupları ile karşılaştırdığımızda 23-29 yaş grubu

diyetisyenlerin beslenme alt boyutu puanının, 30-39 yaş grubu diyetisyenlerden; 50 yaş ve üstü diyetisyenlerin beslenme alt boyutu puanının, 30-39 yaş grubu diyetisyenlerden daha yüksek olduğu; sağlık durumu ile karşılaştırdığımızda ise sağlık durumu iyi olan diyetisyenlerin beslenme alt boyutu puanının, sağlık durumu orta olan diyetisyenlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Diyetisyenlerin beslenme alt boyutundan alınan puan ortalamaları ve değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması Tablo 4.8’de verilmiştir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Beslenme Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması

<u>Değişkenler</u>	N	X	Ss	Varyansın Kaynağı	KT	sd	KO	F	p	Anlamlılık
Yaş Grupları										
23-29 (1)	43	26.19	4.43	G. Arası	217.301	3	72.434	4.802	0.004	1-2 4-2
30-39 (2)	38	23.47	3.66	G. İçi	1418.046	94	15.086			
40-49 (3)	11	24.55	2.30	Toplam	1635.347	97				
50+ (4)	6	28.33	3.08							
Toplam	98	25.08	4.11							
Çocuk Durumu										
Yok (0)	46	25.74	4.34	G. Arası	38.958	3	12.986	0.765	0.517	
1 Çocuk (1)	18	24.39	4.35	G. İçi	1596.389	94	16.983			
2 Çocuk (2)	29	24.48	3.62	Toplam	1635.347	97				
3 Çocuk (3)	5	25.00	3.81							
Toplam	98	25.08	4.11							
Ekonomik Durum										
İyi (1)	44	25.07	3.99	G. Arası	1.881	2	0.941	0.055	0.947	
Orta (2)	50	25.04	4.25	G. İçi	1633.465	95	17.194			
Kötü (3)	4	25.75	4.57	Toplam	1635.347	97				
Toplam	98	25.08	4.11							
Mesleki Tecrübe										
<1 yıl (1)	13	25.46	5.92	G. Arası	111.023	3	37.008	2.282	0.084	
1-5 yıl (2)	34	26.18	3.85	G. İçi	1524.324	94	16.216			
6-10 yıl (3)	21	23.29	3.73	Toplam	1635.347	97				
>10 yıl (4)	30	24.93	3.40							
Toplam	98	25.08	4.11							

Tablo 4.8. Beslenme Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması (Devam)

Sağlık Durumu										
Çok İyi (1)	7	24.43	5.00	G. Arası	140.962	2	70.481	4.481	0.014	2-3
İyi (2)	72	25.76	3.78	G. İçi	1494.385	95	15.730			
Orta (3)	19	22.74	4.28	Toplam	1635.347	97				
Toplam	98	25.08	4.11							
BKİ										
<18.5 (Zayıf) (1)	4	24.25	2.63	G. Arası	24.972	3	8.324	0.486	0.693	
18.5-24.9 (Normal) (2)	66	25.32	4.01	G. İçi	1610.375	94	17.132			
25-29.9 (Hafif şişman) (3)	25	24.88	4.57	Toplam	1635.347	97				
≥30 (Şişman) (4)	3	22.67	4.62							
Toplam	4	25.08	4.11							

Stres Yönetimi Alt Boyutu

Araştırmaya katılan diyetisyenlerin bazı özelliklerini Bağımsız Örneklem T-Testi kullanarak stres yönetimi alt boyutu ile karşılaştırdığımızda cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalıştığı kurum, kronik hastalık, düzenli ilaç kullanma, sigara kullanma ve alkol kullanma ile stres yönetimi alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$); düzenli fiziksel aktivite yapma durumu ile karşılaştırdığımızda ise; düzenli fiziksel aktivite yapanların stres yönetimi alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p\leq 0.05$). Diyetisyenlerin stres yönetimi alt boyutundan alınan puan ortalamaları ve değişkenlerin Bağımsız Örneklem T-Testi ile karşılaştırılması Tablo 4.9’da verilmiştir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Stres Yönetimi Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Bağımsız Örneklem T-Testi ile Karşılaştırılması

<u>DEĞİŞKENLER</u>	N	Ortalama (X)	Standart Sapma (SS)	t Testi	
				t	p
<u>Cinsiyet</u>					
Kadın	86	19.67	3.71	0.574	0.567
Erkek	12	19.00	4.57		
<u>Medeni Durum</u>					
Evli	59	19.27	3.72	1.027	0.307
Evli Değil	39	20.07	3.92		
<u>Eğitim Düzeyi</u>					
Lisans	74	19.88	3.78	1.315	0.192
Yüksek Lisans-Doktora	24	18.71	3.82		
<u>Kurum</u>					
Kamu	50	19.22	4.36	0.995	0.323
Özel	48	19.98	3.11		
<u>Kronik Hastalık</u>					
Evet	20	19.65	3.75	0.76	0.939
Hayır	78	19.58	3.84		
<u>Düzenli İlaç Kullanma</u>					
Evet	21	19.14	3.69	0.609	0.544
Hayır	77	19.71	3.85		
<u>Sigara</u>					
Evet	15	19.07	3.49	0.579	0.564
Hayır	83	19.69	3.87		
<u>Alkol</u>					
Evet	13	18.54	2.99	1.074	0.286
Hayır	85	19.75	3.90		
<u>Fiziksel Aktivite</u>					
Evet	33	20.97	2.96	2.634	0.010
Hayır	65	18.90	4.00		

Araştırmaya katılan diyetisyenlerin bazı özelliklerini Tek Yönlü Anova Testi kullanarak stres yönetimi alt boyutu ile karşılaştırdığımızda çocuk durumu, ekonomik durum, mesleki tecrübe ve BKİ özellikleri ile stres yönetimi alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$); yaş grupları ile karşılaştırdığımızda 40-

49 yaş grubu diyetisyenlerin stres yönetimi alt boyutu puanının, 30-39 yaş grubu diyetisyenlerden; 50 yaş ve üstü diyetisyenlerin stres yönetimi alt boyutu puanının, 23-29 yaş grubu ve 30-39 yaş grubu diyetisyenlerden daha yüksek olduğu; sağlık durumu ile karşılaştırdığımızda ise sağlık durumu iyi olan diyetisyenlerin stres yönetimi alt boyutu puanının, sağlık durumu orta olan diyetisyenlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Diyetisyenlerin stres yönetimi alt boyutundan alınan puan ortalamaları ve değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması Tablo 4.10'da verilmiştir (Tablo 4.10).



Tablo 4.10. Stres Yönetimi Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması

<u>Değişkenler</u>	N	X	Ss	Varyansın Kaynağı	KT	sd	KO	F	p	Anlamlılık
Yaş Grupları										
23-29 (1)	43	19.77	3.33	G. Arası	239.568	3	79.856	6.459	0.001	3-2 4-1,2
30-39 (2)	38	18.16	3.79	G. İçi	1162.106	94	12.363			
40-49 (3)	11	21.36	3.44	Toplam	1401.673	97				
50+ (4)	6	24.17	3.06							
Toplam	98	19.59	3.80							
Cocuk Durumu										
Yok (0)	46	19.65	3.47	G. Arası	7.755	3	2.585	0.174	0.914	
1 Çocuk (1)	18	19.22	3.47	G. İçi	1393.918	94	14.829			
2 Çocuk (2)	29	19.55	4.73	Toplam	1401.673	97				
3 Çocuk (3)	5	20.60	2.30							
Toplam	98	19.59	3.80							
Ekonomik Durum										
İyi (1)	44	19.64	3.86	G. Arası	6.322	2	3.161	0.215	0.807	
Orta (2)	50	19.46	3.86	G. İçi	1395.352	95	14.688			
Kötü (3)	4	20.75	2.75	Toplam	1401.673	97				
Toplam	98	19.59	3.80							
Mesleki Tecrübe										
<1 yıl (1)	13	19.85	4.65	G. Arası	7.572	3	2.524	0.170	0.916	
1-5 yıl (2)	34	19.47	3.15	G. İçi	1394.101	94	14.831			
6-10 yıl (3)	21	19.19	3.28	Toplam	1401.673	97				
>10 yıl (4)	30	19.90	4.52							
Toplam	98	19.59	3.80							
Sağlık Durumu										
Çok İyi (1)	7	20.86	2.19	G. Arası	120.617	2	60.309	4.472	0.014	2-3
İyi (2)	72	20.06	3.65	G. İçi	1281.056	95	13.485			
Orta (3)	19	17.37	4.14	Toplam	1401.673	97				
Toplam	98	19.59	3.80							
BKİ										
<18.5 (Zayıf) (1)	4	21.50	3.70	G. Arası	20.041	3	6.680	0.454	0.715	
18.5-24.9 (Normal) (2)	66	19.36	3.21	G. İçi	1381.633	94	14.698			
25-29.9 (Hafif şişman) (3)	25	19.84	4.81	Toplam	1401.673	97				
≥30 (Şişman) (4)	3	20.00	7.55							
Toplam	98	19.59	3.80							

Fiziksel Aktivite Alt Boyutu

Araştırmaya katılan diyetisyenlerin bazı özelliklerini Bağımsız Örneklem T-Testi kullanarak fiziksel aktivite alt boyutu ile karşılaştırdığımızda cinsiyet, eğitim düzeyi, çalıştığı kurum, kronik hastalık, düzenli ilaç kullanma, sigara kullanma ve alkol kullanma ile fiziksel aktivite alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$); medeni durum ile karşılaştırdığımızda evli olmayanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu, düzenli fiziksel aktivite yapma durumu ile karşılaştırdığımızda ise; düzenli fiziksel aktivite yapanların fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p\leq 0.05$). Diyetisyenlerin fiziksel aktivite alt boyutundan alınan puan ortalamaları ve değişkenlerin Bağımsız Örneklem T-Testi ile karşılaştırılması Tablo 4.11’de verilmiştir (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Fiziksel Aktivite Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Bağımsız Örneklem T-Testi ile Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	N	Ortalama (X)	Standart Sapma (SS)	t Testi	
				t	p
Cinsiyet					
Kadın	86	17.15	5.11	0.550	0.592
Erkek	12	18.33	7.20		
Medeni Durum					
Evli	59	16.03	4.77	2.969	0.004
Evli Değil	39	19.20	5.74		
Eğitim Düzeyi					
Lisans	74	17.16	5.65	0.430	0.668
Yüksek Lisans-Doktora	24	17.71	4.53		
Kurum					
Kamu	50	16.32	5.49	1.855	0.067
Özel	48	18.31	5.13		
Kronik Hastalık					
Evet	20	16.25	4.45	0.974	0.332
Hayır	78	17.56	5.59		
Düzenli İlaç Kullanma					
Evet	21	15.48	4.75	1.767	0.080
Hayır	77	17.79	5.46		
Sigara					
Evet	15	18.53	6.05	0.967	0.336
Hayır	83	17.07	5.26		
Alkol					
Evet	13	18.85	4.72	1.117	0.267
Hayır	85	17.06	5.46		
Fiziksel Aktivite					
Evet	33	22.18	4.57	8.388	0.000
Hayır	65	14.82	3.86		

Araştırmaya katılan diyetisyenlerin bazı özelliklerini Tek Yönlü Anova Testi kullanarak fiziksel aktivite alt boyutu ile karşılaştırdığımızda yaş grupları, ekonomik durum, mesleki tecrübe ve BKİ özellikleri ile fiziksel aktivite alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$); çocuk sahibi olma durumu ile karşılaştırdığımızda çocuk sahibi olmayan diyetisyenlerin fiziksel aktivite alt boyutu puanının, 2 çocuk sahibi olan diyetisyenlerden daha yüksek olduğu, sağlık durumu ile karşılaştırdığımızda ise sağlık durumu çok iyi olan diyetisyenlerin fiziksel aktivite alt boyutu puanının, sağlık durumu orta olan diyetisyenlerden ; sağlık durumu iyi olan diyetisyenlerin fiziksel aktivite alt boyutu puanının, sağlık durumu orta olan diyetisyenlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p\leq 0.05$). Diyetisyenlerin fiziksel aktivite alt boyutundan alınan puan ortalamaları ve değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması Tablo 4.12’de verilmiştir (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Fiziksel Aktivite Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması

<u>Değişkenler</u>	N	X	Ss	Varyansın Kaynağı	KT	sd	KO	F	p	Anlamlılık
Yaş Grupları										
23-29 (1)	43	18.67	5.27	G. Arası	196.032	3	65.344	2.351	0.077	
30-39 (2)	38	17.58	5.27	G. İçi	2612.387	94	27.791			
40-49 (3)	11	17.73	5.02	Toplam	2808.418	97				
50+ (4)	6	17.50	5.72							
Toplam	98	17.30	5.38							
Çocuk Durumu										
Yok (0)	46	18.91	5.58	G. Arası	239.765	3	79.92	2.925	0.038	0-2
1 Çocuk (1)	18	16.22	4.78	G. İçi	2568.653	94	27.33			
2 Çocuk (2)	29	15.90	5.17	Toplam	2808.418	97				
3 Çocuk (3)	5	14.40	2.79							
Toplam	98	17.30	5.38							
Ekonomik Durum										
İyi (1)	44	17.82	5.40	G. Arası	23.493	2	11.746	0.401	0.671	
Orta (2)	50	16.82	5.29	G. İçi	2784.925	95	29.315			
Kötü (3)	4	17.50	7.23	Toplam	2808.418	97				
Toplam	98	17.30	5.38							

Tablo 4.12. Fiziksel Aktivite Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması (Devam)

Mesleki Tecrübe										
<1 yıl (1)	13	19.08	7.06	G. Arası	165.706	3	55.235	1.965	0.125	
1-5 yıl (2)	34	18.03	4.95	G. İçi	2642.713	94	28.114			
6-10 yıl (3)	21	15.05	4.47	Toplam	2808.418	97				
>10 yıl (4)	30	17.27	5.38							
Toplam	98	17.30	5.38							
Sağlık Durumu										
Çok İyi (1)	7	19.43	6.73	G. Arası	302.560	2	151.280	5.735	0.004	1-3 2-3
İyi (2)	72	18.01	5.31	G. İçi	2505.858	95	26.377			
Orta (3)	19	13.79	3.57	Toplam	2808.418	97				
Toplam	98	17.30	5.38							
BKİ										
<18.5 (Zayıf) (1)	4	16.50	16.50	G. Arası	59.974	3	19.991	0.684	0.564	
18.5-24.9 (Normal) (2)	66	17.82	17.82	G. İçi	2748.445	94	29.239			
25-29.9 (Hafif şişman) (3)	25	16.04	16.04	Toplam	2808.418	97				
≥30 (Şişman) (4)	3	17.33	17.33							
Toplam	98	17.30	17.30							

Manevi Gelişim Alt Boyutu

Araştırmaya katılan diyetisyenlerin bazı özelliklerini Bağımsız Örneklem T-Testi kullanarak manevi gelişim alt boyutu ile karşılaştırdığımızda cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, kronik hastalık, düzenli ilaç kullanma, sigara kullanma, alkol kullanma ve fiziksel aktivite ile manevi gelişim alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$); çalıştıkları kurum ile karşılaştırdığımızda özelde çalışanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p\leq 0.05$). Diyetisyenlerin manevi gelişim alt boyutundan alınan puan ortalamaları ve değişkenlerin Bağımsız Örneklem T-Testi ile karşılaştırılması Tablo 4.13'te verilmiştir (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Manevi Gelişim Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Bağımsız Örneklem T-Testi ile Karşılaştırılması

<u>DEĞİŞKENLER</u>	N	Ortalama (X)	Standart Sapma (SS)	t Testi	
				t	p
<u>Cinsiyet</u>					
Kadın	86	26,73	3,95	0,817	0,416
Erkek	12	25,67	6,02		
<u>Medeni Durum</u>					
Evli	59	26,56	4,38	0,122	0,903
Evli Değil	39	26,67	4,05		
<u>Eğitim Düzeyi</u>					
Lisans	74	26,76	4,47	0,634	0,527
Yüksek Lisans- Doktora	24	26,13	3,40		
<u>Kurum</u>					
Kamu	50	25,50	4,51	2,719	0,008
Özel	48	27,75	3,62		
<u>Kronik Hastalık</u>					
Evet	20	26,85	4,11	0,293	0,770
Hayır	78	26,54	4,28		
<u>Düzenli İlaç Kullanma</u>					
Evet	21	26,52	3,78	0,095	0,924
Hayır	77	26,62	4,37		
<u>Sigara</u>					
Evet	15	26,07	5,26	0,531	0,597
Hayır	83	26,70	4,04		
<u>Alkol</u>					
Evet	13	25,77	3,72	0,761	0,449
Hayır	85	26,73	4,31		
<u>Fiziksel Aktivite</u>					
Evet	33	27,12	3,64	0,865	0,389
Hayır	65	26,34	4,50		

Araştırmaya katılan diyetisyenlerin bazı özelliklerini Tek Yönlü Anova Testi kullanarak manevi gelişim alt boyutu ile karşılaştırdığımızda çocuk sahibi olma durumu, ekonomik durum, mesleki tecrübe ve BKİ özellikleri ile manevi gelişim alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$); yaş grupları ile

karşılaştırdığımızda 50 yaş ve üzeri diyetisyenlerin manevi gelişim alt boyutu puanının, 30-39 yaş grubu diyetisyenlerden daha yüksek olduğu; sağlık durumu ile karşılaştırdığımızda ise sağlık durumu iyi olan diyetisyenlerin manevi gelişim alt boyutu puanının, sağlık durumu orta olan diyetisyenlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Diyetisyenlerin manevi gelişim alt boyutundan alınan puan ortalamaları ve değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması Tablo 4.14'te verilmiştir (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Manevi Gelişim Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması

Değişkenler	N	X	Ss	Varyansın Kaynağı	KT	sd	KO	F	p	Anlamlılık
Yaş Grupları										
23-29 (1)	43	26,74	3,79	G. Arası	137,794	3	45,931	2,706	0,050	4-2
30-39 (2)	38	25,50	4,70	G. İçi	1595,686	94	16,975			
40-49 (3)	11	28,00	3,40	Toplam	1733,480	97				
50+ (4)	6	30,00	3,46							
Toplam	98	26,60	4,23							
Cocuk Durumu										
Yok (0)	46	26,30	3,95	G. Arası	42,657	3	14,219	0,790	0,502	
1 Çocuk (1)	18	25,78	4,56	G. İçi	1690,823	94	17,987			
2 Çocuk (2)	29	27,55	4,63	Toplam	1733,480	97				
3 Çocuk (3)	5	26,80	2,95							
Toplam	98	26,60	4,23							
Ekonomik Durum										
İyi (1)	44	27,25	3,82	G. Arası	33,660	2	16,830	0,941	0,394	
Orta (2)	50	26,06	4,58	G. İçi	1699,820	95	17,893			
Kötü (3)	4	26,25	3,86	Toplam	1733,480	97				
Toplam	98	26,60	4,23							
Mesleki Tecrübe										
<1 yıl (1)	13	26,23	5,21	G. Arası	56,263	3	18,754	1,051	0,374	
1-5 yıl (2)	34	26,53	4,24	G. İçi	1677,216	94	17,843			
6-10 yıl (3)	21	25,52	4,17	Toplam	1733,480	97				
>10 yıl (4)	30	27,60	3,77							
Toplam	98	26,60	4,23							

Tablo 4.14. Manevi Gelişim Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması (Devam)

Sağlık Durumu										
Çok İyi (1)	7	27,14	3,08	G. Arası	153,231	2	76,615	4,606	0,012	2-3
İyi (2)	72	27,22	3,57	G. İçi	1580,249	95	16,634			
Orta (3)	19	24,05	5,85	Toplam	1733,480	97				
Toplam	98	26,60	4,23							
BKİ										
<18.5 (Zayıf) (1)	4	26,50	3,11	G. Arası	0,588	3	0,196	0,011	0,998	
18.5-24.9 (Normal) (2)	66	26,65	3,77	G. İçi	1732,892	94	18,435			
25-29.9 (Hafif şişman) (3)	25	26,48	5,39	Toplam	1733,480	97				
≥30 (Şişman) (4)	3	26,67	6,51							
Toplam	98	26,60	4,23							

Kişiler Arası İlişki Alt Boyutu

Araştırmaya katılan diyetisyenlerin bazı özelliklerini Bağımsız Örneklem T-Testi kullanarak kişiler arası ilişki alt boyutu ile karşılaştırdığımızda cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalıştığı kurum, kronik hastalık, düzenli ilaç kullanma, sigara kullanma, alkol kullanma ve fiziksel aktivite ile manevi gelişim alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Diyetisyenlerin kişiler arası ilişki alt boyutundan alınan puan ortalamaları ve değişkenlerin Bağımsız Örneklem T-Testi ile karşılaştırılması Tablo 4.15’te verilmiştir (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Kişiler Arası İlişki Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Bağımsız Örneklem T-Testi ile Karşılaştırılması

<u>DEĞİŞKENLER</u>	N	Ortalama (X)	Standart Sapma (SS)	t Testi	
				t	p
<u>Cinsiyet</u>					
Kadın	86	25,93	3,52	1,129	0,262
Erkek	12	24,67	4,42		
<u>Medeni Durum</u>					
Evli	59	25,98	3,61	0,693	0,490
Evli Değil	39	25,46	3,71		
<u>Eğitim Düzeyi</u>					
Lisans	74	25,80	3,85	0,104	0,918
Yüksek Lisans-Doktora	24	25,71	2,96		
<u>Kurum</u>					
Kamu	50	25,32	3,63	1,269	0,207
Özel	48	26,25	3,62		
<u>Kronik Hastalık</u>					
Evet	20	25,15	2,12	0,861	0,391
Hayır	78	25,94	3,80		
<u>Düzenli İlaç Kullanma</u>					
Evet	21	25,14	3,09	0,898	0,371
Hayır	77	25,95	3,77		
<u>Sigara</u>					
Evet	15	26,00	5,10	0,259	0,797
Hayır	83	25,73	3,35		
<u>Alkol</u>					
Evet	13	26,31	2,66	0,565	0,574
Hayır	85	25,69	3,77		
<u>Fiziksel Aktivite</u>					
Evet	33	25,97	2,86	0,375	0,709
Hayır	65	25,68	3,99		

Araştırmaya katılan diyetisyenlerin bazı özelliklerini Tek Yönlü Anova Testi kullanarak kişiler arası ilişki alt boyutu ile karşılaştırdığımızda çocuk sahibi olma durumu, ekonomik durum, mesleki tecrübe ve BKİ özellikleri ile kişiler arası ilişki alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$); yaş grupları ile

karşılaştırdığımızda 50 yaş ve üzeri diyetisyenlerin kişiler arası ilişki alt boyutu puanının, 30-39 yaş grubu diyetisyenlerden daha yüksek olduğu; sağlık durumu ile karşılaştırdığımızda ise sağlık durumu iyi olan diyetisyenlerin kişiler arası ilişki alt boyutu puanının, sağlık durumu orta olan diyetisyenlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Diyetisyenlerin kişiler arası ilişki alt boyutundan alınan puan ortalamaları ve değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması Tablo 4.16'da verilmiştir (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Kişiler Arası İlişki Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması

<u>Değişkenler</u>	N	X	Ss	Varyansın Kaynağı	KT	sd	KO	F	p	Anlamlılık
Yaş Grupları										
23-29 (1)	43	25,93	3,44	G. Arası	24,432	3	8,144	0,608	0,611	
30-39 (2)	38	25,26	3,78	G. İçi	1258,629	94	13,390			
40-49 (3)	11	26,18	3,74	Toplam	1283,061	97				
50+ (4)	6	27,17	4,31							
Toplam	98	25,78	3,64							
Cocuk Durumu										
Yok (0)	46	25,30	3,27	G. Arası	24,183	3	8,061	0,602	0,615	
1 Çocuk (1)	18	25,78	4,02	G. İçi	1258,878	94	13,392			
2 Çocuk (2)	29	26,38	4,22	Toplam	1283,061	97				
3 Çocuk (3)	5	26,60	0,89							
Toplam	98	25,78	3,64							
Ekonomik Durum										
İyi (1)	44	25,36	3,66	G. Arası	16,749	2	8,375	0,628	0,536	
Orta (2)	50	26,18	3,75	G. İçi	1266,312	95	13,330			
Kötü (3)	4	25,25	0,50	Toplam	1283,061	97				
Toplam	98	25,78	3,64							
Mesleki Tecrübe										
<1 yıl (1)	13	25,15	4,26	G. Arası	39,785	3	13,262	1,003	0,395	
1-5 yıl (2)	34	25,74	3,71	G. İçi	1243,277	94	13,226			
6-10 yıl (3)	21	25,00	2,77	Toplam	1283,061	97				
>10 yıl (4)	30	26,63	3,79							
Toplam	98	25,78	3,64							

Tablo 4.16. Kişiler Arası İlişki Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması (Devam)

Sağlık Durumu										
Çok İyi (1)	7	25,29	2,06	G. Arası	199,033	2	99,516	8,721	0,000	2-3
İyi (2)	72	26,57	3,32	G. İçi	1084,029	95	11,411			
Orta (3)	19	22,95	3,92	Toplam	1283,061	97				
Toplam	98	25,78	3,64							
BKİ										
<18.5 (Zayıf) (1)	4	26,00	3,92	G. Arası	5,755	3	1,918	0,141	0,935	
18.5-24.9 (Normal) (2)	66	25,67	3,25	G. İçi	1277,307	94	13,588			
25-29.9 (Hafif şişman) (3)	25	26,12	4,69	Toplam	1283,061	97				
≥30 (Şişman) (4)	3	25,00	2,65							
Toplam	98	25,78	3,64							

Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu

Araştırmaya katılan diyetisyenlerin bazı özelliklerini Bağımsız Örneklem T-Testi kullanarak sağlık sorumluluğu alt boyutu ile karşılaştırdığımızda cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, kronik hastalık, düzenli ilaç kullanma, sigara kullanma ve alkol kullanma ile sağlık sorumluluğu alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$); çalıştıkları kurum ile karşılaştırdığımızda özelde çalışanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu, düzenli fiziksel aktivite yapma durumu ile karşılaştırdığımızda ise; düzenli fiziksel aktivite yapanların sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p\leq 0.05$). Diyetisyenlerin sağlık sorumluluğu alt boyutundan alınan puan ortalamaları ve değişkenlerin Bağımsız Örneklem T-Testi ile karşılaştırılması Tablo 4.17'de verilmiştir (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Bağımsız Örneklem T-Testi ile Karşılaştırılması

<u>DEĞİŞKENLER</u>	N	Ortalama (X)	Standart Sapma (SS)	t Testi	
				t	p
<u>Cinsiyet</u>					
Kadın	86	23,49	4,62	1,113	0,268
Erkek	12	21,83	6,21		
<u>Medeni Durum</u>					
Evli	59	22,64	4,52	1,631	0,106
Evli Değil	39	24,26	5,17		
<u>Eğitim Düzeyi</u>					
Lisans	74	23,46	4,83	0,623	0,535
Yüksek Lisans- Doktora	24	22,75	4,88		
<u>Kurum</u>					
Kamu	50	22,12	5,10	2,503	0,014
Özel	48	24,50	4,25		
<u>Kronik Hastalık</u>					
Evet	20	24,40	3,89	1,158	0,250
Hayır	78	23,00	5,03		
<u>Düzenli İlaç Kullanma</u>					
Evet	21	23,86	4,46	0,610	0,544
Hayır	77	23,13	4,94		
<u>Sigara</u>					
Evet	15	25,13	5,07	0,732	0,108
Hayır	83	22,95	4,74		
<u>Alkol</u>					
Evet	13	23,85	5,71	0,447	0,656
Hayır	85	23,20	4,72		
<u>Fiziksel Aktivite</u>					
Evet	33	24,64	4,40	2,002	0,048
Hayır	65	22,60	4,93		

Araştırmaya katılan diyetisyenlerin bazı özelliklerini Tek Yönlü Anova Testi kullanarak kişiler arası ilişki alt boyutu ile karşılaştırdığımızda çocuk sahibi olma durumu, ekonomik durum, mesleki tecrübe ve BKİ özellikleri ile sağlık sorumluluğu alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$); yaş grupları ile

karşılaştırdığımızda 23-29 yaş grubu diyetisyenlerin sağlık sorumluluğu alt boyutu puanının, 30-39 yaş grubu diyetisyenlerden daha yüksek olduğu; sağlık durumu ile karşılaştırdığımızda ise sağlık durumu iyi olan diyetisyenlerin sağlık sorumluluğu alt boyutu puanının, sağlık durumu orta olan diyetisyenlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Diyetisyenlerin sağlık sorumluluğu alt boyutundan alınan puan ortalamaları ve değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile karşılaştırılması Tablo 4.18'de verilmiştir (Tablo 4.18).



Tablo 4.18. Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutundan Alınan Puan Ortalamaları ve Değişkenlerin Tek Yönlü Anova Testi ile Karşılaştırılması

<u>Değişkenler</u>	N	X	Ss	Varyansın Kaynağı	KT	sd	KO	F	p	Anlamlılık
Yaş Grupları										
23-29 (1)	43	25,00	4,68	G. Arası	352,931	3	117,644	5,787	0,001	1-2
30-39 (2)	38	21,13	4,50	G. İçi	1911,069	94	20,331			
40-49 (3)	11	22,55	3,27	Toplam	2264,000	97				
50+ (4)	6	26,00	5,22							
Toplam	98	23,29	4,83							
Cocuk Durumu										
Yok (0)	46	23,87	4,85	G. Arası	69,143	3	23,048	0,987	0,402	
1 Çocuk (1)	18	21,89	5,06	G. İçi	2194,857	94	23,350			
2 Çocuk (2)	29	22,93	4,88	Toplam	2264,000	97				
3 Çocuk (3)	5	25,00	2,92							
Toplam	98	23,29	4,83							
Ekonomik Durum										
İyi (1)	44	23,52	4,76	G. Arası	52,753	2	26,376	1,133	0,326	
Orta (2)	50	23,36	4,96	G. İçi	2211,247	95	23,276			
Kötü (3)	4	19,75	3,40	Toplam	2264,000	97				
Toplam	98	23,29	4,83							
Mesleki Tecrübe										
<1 yıl (1)	13	24,08	5,65	G. Arası	166,954	3	55,651	2,495	0,065	
1-5 yıl (2)	34	24,53	4,80	G. İçi	2097,046	94	22,309			
6-10 yıl (3)	21	21,05	4,12	Toplam	2264,000	97				
>10 yıl (4)	30	23,10	4,60							
Toplam	98	23,29	4,83							
Sağlık Durumu										
Çok İyi (1)	7	22,14	3,98	G. Arası	139,209	2	69,605	3,112	0,049	2-3
İyi (2)	72	23,99	4,67	G. İçi	2124,791	95	22,366			
Orta (3)	19	21,05	5,17	Toplam	2264,000	97				
Toplam	98	23,29	4,83							
BKİ										
<18.5 (Zayıf) (1)	4	23,50	6,61	G. Arası	32,575	3	10,858	0,457	0,713	
18.5-24.9 (Normal) (2)	66	23,65	4,15	G. İçi	2231,425	94	23,739			
25-29.9 (Hafif şişman) (3)	25	22,32	5,98	Toplam	2264,000	97				
≥30 (Şişman) (4)	3	23,00	7,94							
Toplam	98	23,29	4,83							

5. TARTIŞMA

Araştırmamızda diyetisyenlerin SYBD-II puan ortalaması 137.6 ± 19.2 'dir. Yurt içi ve yurt dışı literatür tarandığında diyetisyenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ait bir araştırmaya rastlanmamıştır. Beslenme ve diyetetik öğrencilerine yapılan araştırmada SYBD-II puan ortalaması 124.1 ± 16.0 olarak bulunmuştur (Alkan ve ark., 2017). Ülkemizde sağlık çalışanlarında yapılan benzer araştırmalardaki SYBD-II puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; Ankara'da çalışan hekimlerin 111.1 ± 18.7 , Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü çalışanlarının 128.79 ± 19.78 , Düzce'de bir üniversite hastanesi personellerinin 119.97 ± 1.4 , Kırklareli'nde sağlık çalışanlarının 130.23 ± 19.12 ve Aydın'da sağlık çalışanlarının ise 121.18 ± 18.40 'dır (Çakır ve ark., 2015; Çalışkan ve Saykılı, 2020; Duran ve ark., 2018; Şimşekoğlu ve Mayda, 2016; Yanık ve Nogay, 2017). Araştırmamızın SYBD-II puan ortalaması, bu araştırmalardaki farklı sağlık çalışanlarının SYBD-II puan ortalamalarının tamamından yüksek bulunmuştur. Bu durumun sebebi diyetisyenlerin beden yapısı ve yaşam biçimlerine karşı toplum baskısının yüksek olması sebebiyle diğer sağlık çalışanlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına daha fazla dikkat etmesi olabilir. Kayseri'de yetişkinlerin SYBD-II puan ortalaması 130.9 ± 8.7 olarak bulunmuştur (Borlu ve ark., 2018). Araştırmamızda diyetisyenlerin SYBD-II puan ortalaması bu araştırmadaki yetişkinlerin SYBD-II puan ortalamasından yüksek bulunmuştur. Çeşitli ülkelerde yapılan bazı araştırmaların SYBD-II puan ortalamalarıyla karşılaştıracak olursak; İran'da Afgan göçmen kadınların 124.05 ± 17.28 , Amerika'da düşük gelirli yetişkinlerin 122.40 ± 25.18 , Çin'de yetişkinlerin 130.02 ± 23.19 , İran'da yetişkinlerin 136.9 ± 21.0 , Kore'de orta yaş kadınların 134.43 ± 25.44 , Sri Lanka'da post-menopoz kadınların 105.64 ± 26.61 , Suudi Arabistan'da post-menopoz kadınların 24.72 ± 16.05 ve Tayvan'da yetişkinlerin ise 131.17 ± 24.69 olarak bulunmuştur (Abdelaziz ve ark., 2022; Ahmadi ve ark., 2020; Chuang ve ark., 2017; Joyce, 2021; Mouodi ve ark., 2019; Rathnayake ve ark., 2020;

Shin ve ark., 2007; Zhou ve ark., 2022). Araştırmamızın SYBD-II puan ortalaması, çeşitli ülkelerde yapılan bu araştırmalardaki katılımcıların SYBD-II puan ortalamalarının tamamından yüksek bulunmuştur. Bu durumun sebebi de diyetisyenlerin beden yapısı ve yaşam biçimlerine karşı toplum baskısının yüksek olması sebebiyle genel popülasyona göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına daha fazla dikkat etmesi olabilir.

Araştırmamızda en yüksek alt boyut puanı manevi gelişime (26.6 ± 4.2), en düşük alt boyut puanı ise fiziksel aktiviteye (17.3 ± 5.4) aittir. Aydın, Düzce, Ankara, Isparta, İstanbul, Kırklareli ve Nevşehir'de çeşitli sağlık çalışanlarıyla yapılan araştırmalarda da en yüksek alt boyut puanının manevi gelişime, en düşük alt boyut puanının ise fiziksel aktiviteye ait olduğu saptanmış olup bulgularımızla benzerlik taşımaktadır (Çalışkan ve Saykılı, 2020; Çetiner ve Ulupınar, 2018; Duran ve ark., 2018; Şimşekoğlu ve ark., 2016; Uçar, 2021; Uz ve Kitiş, 2017; Yanık ve Nogay, 2017). Manevi gelişim alt boyut puanının en yüksek olmasının sebebi toplumun inanç düzeyi ve kültürel özellikleri olabilir. Fiziksel aktivite alt boyut puanının en düşük olmasının sebebi ise sağlık çalışanlarının ve diyetisyenlerin yoğun çalışmasından dolayı kendini yorgun hissetmesi ve fiziksel aktivite yapmaya ayıracak vaktinin olmaması olabilir. Kayseri'de yetişkinlerde yapılan araştırmada da en yüksek alt boyut puanının manevi gelişime, en düşük alt boyut puanının ise fiziksel aktiviteye ait olduğu görülmüştür (Borlu ve ark., 2018). Çin'de ve Tayvan'da yetişkinlere yapılan araştırmalarda en yüksek alt boyut puanının kişilerarası ilişkilere, Kore'de kadınlara yapılan araştırmada en yüksek alt boyut puanının sağlık sorumluluğuna ait olduğu görülmüştür. Bu durumun sebebi farklı toplumların inanç düzeyinin ve kültürel özelliklerinin farklı olmasından kaynaklı olabilir. Bu araştırmaların tamamında en düşük puanın aynı şekilde fiziksel aktiviteye ait olduğu görülmüştür. Bu durumun sebebi farklı toplumlarda da fiziksel aktiviteye verilen önemin düşük olması olabilir (Chuang ve ark., 2017; Shin ve ark., 2007; Zhou ve ark., 2022).

Araştırmamızda diyetisyenlerin beslenme alt boyut puan ortalaması 25.1 ± 4.1 'dir. Bazı araştırmalardaki beslenme alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; Ankara'da hekimlerin 17.6 ± 4.1 , Aydın'da sağlık çalışanlarının 15.63 ± 3.34 , Düzce'de hemşirelerin 15.7 ± 0.23 , Ankara'da hemşirelerin 21.01 ± 3.34 ve Isparta'da eczacıların ise 20.93 ± 4.20 'dir (Çakır ve ark., 2015; Duran ve ark., 2018;

Uçar, 2021; Uz ve Kiriş, 2017). Araştırmamızda diyetisyenlerin beslenme alt boyut puan ortalaması, bu araştırmalardaki çeşitli sağlık çalışanlarının beslenme alt boyut puan ortalamalarının tamamından yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun sebebi diyetisyenlerin beslenme konusunda diğer sağlık çalışanlarından uzmanlık alanları olması sebebiyle daha bilgili olmuş olabileceği ve örnek teşkil etmek için beslenmesine daha çok dikkat etmesi nedeniyle olmuş olabilir. Kayseri’de yetişkinlerin beslenme alt boyut puan ortalaması 21.56 ± 4.05 olarak bulunmuştur (Borlu ve ark., 2018). Çeşitli ülkelerde yapılan bazı araştırmalardaki beslenme alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; İran’da Afgan göçmen kadınların 22.96 ± 3.79 , Amerika’da düşük gelirli yetişkinlerin 21.01 ± 4.24 , Çin’de yetişkinlerin 23.24 ± 4.26 , İran’da yetişkinlerin 20.6 ± 3.3 , Kore’de orta yaş kadınların 20.09 ± 3.71 , Sri Lanka’da post-menopoz kadınların 19.10 ± 4.99 , Suudi Arabistan’da post-menopoz kadınların 21.13 ± 6.22 ve Tayvan’da yetişkinlerin ise 24.13 ± 4.82 ’dir (Abdelaziz ve ark., 2022; Ahmadi ve ark., 2020; Chuang ve ark., 2017; Joyce, 2021; Mouodi ve ark., 2019; Rathnayake ve ark., 2020; Shin ve ark., 2007; Zhou ve ark., 2022). Araştırmamızda diyetisyenlerin beslenme alt boyut puan ortalaması, çeşitli ülkelerde yapılan bu araştırmalardaki katılımcıların beslenme alt boyut puan ortalamalarının tamamından yüksek bulunmuştur. Bu durumun sebebi diyetisyenlerin toplumun diğer gruplarından farklı olarak mesleki durumlarının katkısı, almış oldukları lisans eğitimleri ve farklı kültürlerin beslenme alışkanlıkları olabilir. Ancak literatürde diyetisyenlere yapılan çalışmaya rastlanmadığından net yorum yapmak güçtür.

Araştırmamızda diyetisyenlerin stres yönetimi alt boyut puan ortalaması 19.6 ± 3.8 ’dir. Bazı araştırmalardaki stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında Ankara’da hekimlerin 16.1 ± 3.5 , Aydın’da sağlık çalışanlarının 16.76 ± 3.37 , Düzce’de hemşirelerin 16.6 ± 0.25 ve İstanbul’da sağlık profesyonellerinin ise 17.52 ± 4.0 ’dır (Çakır ve ark., 2015; Çetiner ve Ulupınar, 2018; Duran ve ark., 2018; Şimşekoğlu ve ark., 2016). Araştırmamızda diyetisyenlerin stres yönetimi alt boyut puan ortalaması, bu araştırmalardaki çeşitli sağlık çalışanlarının stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının tamamından yüksek bulunmuştur. Bu durumun sebebi diyetisyenlerin danışanlarının çoğunlukla ağır hasta olmamaları, nöbetli çalışmamaları ve diğer sağlık çalışanlarına göre daha konforlu çalışma ortamlarının

olması sebebiyle stres düzeylerinin daha düşük olması nedenli olabilir. Çeşitli ülkelerde yapılan bazı araştırmalardaki stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarına bakacak olursak; İran'da Afgan göçmen kadınların 18 ± 3.24 , Amerika'da düşük gelirli yetişkinlerin 17.97 ± 4.54 , Çin'de yetişkinlerin 19.84 ± 4.07 , İran'da yetişkinlerin 13.9 ± 2.8 , Kore'de orta yaş kadınların 15.52 ± 3.15 , Sri Lanka'da post-menopoz kadınların 16.19 ± 4.01 , Suudi Arabistan'da post-menopoz kadınların 22.51 ± 4.33 ve Tayvan'da yetişkinlerin ise 17.91 ± 5.25 'tir (Abdelaziz ve ark., 2022; Ahmadi ve ark., 2020; Chuang ve ark., 2017; Joyce, 2021; Mouodi ve ark., 2019; Rathnayake ve ark., 2020; Shin ve ark., 2007; Zhou ve ark., 2022). Stres yönetimi puanları kültürlere göre çok değişiklik göstermektedir, Kayseri'de genel popülasyonda yapılan araştırmada da bu araştırmayla benzer şekilde stres yönetimi alt boyut puan ortalaması 19.80 ± 3.83 olarak bulunmuştur (Borlu ve ark., 2018).

Araştırmamızda diyetisyenlerin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması 17.3 ± 5.4 'tür. Bazı araştırmalardaki fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarına bakacak olursak Ankara'da hekimlerin 14.4 ± 4.5 , Aydın'da sağlık çalışanlarının 9.74 ± 3.40 , Düzc'de hemşirelerin 9.34 ± 0.25 , Kırklareli'nde sağlık çalışanlarının 16.08 ± 4.63 , Isparta'da eczacıların 15.31 ± 4.56 , İstanbul'da sağlık profesyonellerinin 15.93 ± 5.5 ve Nevşehir'de sağlık çalışanlarının ise 16.01 ± 4.82 'dir. (Çakır ve ark., 2015; Çalışkan ve Saykılı, 2020; Çetiner ve Ulupınar, 2018; Duran ve ark., 2018; Şimşekoğlu ve ark., 2016; Uçar, 2021; Yanık ve Nogay, 2017). Kayseri'de yetişkinlerin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması 15.67 ± 5.05 olarak bulunmuştur (Borlu ve ark., 2018). Çeşitli ülkelerde yapılan bazı araştırmalardaki fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarına bakacak olursak; İran'da Afgan göçmen kadınların 14.70 ± 3.78 , Amerika'da düşük gelirli yetişkinlerin 15.84 ± 4.97 , İran'da yetişkinlerin 13.4 ± 4.1 , Kore'de orta yaş kadınların 11.55 ± 3.22 , Sri Lanka'da post-menopoz kadınların 12.50 ± 4.35 ve Suudi Arabistan'da post-menopoz kadınların ise 16.18 ± 1.8 'dir (Abdelaziz ve ark., 2022; Ahmadi ve ark., 2020; Joyce, 2021; Rathnayake ve ark., 2020; Shin ve ark., 2007; Zhou ve ark., 2022). Araştırmamızda diyetisyenlerin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması, çeşitli ülkelerde yapılan bu araştırmalardaki katılımcıların fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarının tamamından yüksek bulunmuştur. Araştırmamızda diyetisyenlerin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması, hem sağlık çalışanlarında

hem de normal popülasyonda yapılan tüm çalışmalardakinden yüksek bulunmuştur. Bu durumun sebebi diyetisyenlerin fiziksel görüntüsünün danışanları ve toplum tarafından dikkat çekmesi, danışanlarına ve topluma örnek olabilmek için fiziksel aktivitesine daha çok dikkat etmeleri olabilir.

Araştırmamızda diyetisyenlerin manevi gelişim alt boyut puan ortalaması 26.6 ± 4.2 'dir. Sağlık çalışanlarında yapılan bazı araştırmalardaki manevi gelişim alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; Ankara'da hemşirelerin 26.35 ± 4.31 , Isparta'da eczacıların 26.81 ± 4.31 , Kırklareli'nde sağlık çalışanlarının 26.96 ± 4.53 ve Nevşehir'de sağlık çalışanlarının ise 26.43 ± 4.16 'dır (Çalışkan ve Saykılı, 2020; Uçar, 2021; Uz ve Kitiş, 2017; Yanık ve Nogay, 2017). Çalışmada tespit edilen manevi gelişim alt boyutu puanı diğer sağlık çalışanlarında yapılan çalışmalardakine benzerdir. Toplumda yapılan çalışmalarda ise bu çalışmadakinden daha yüksek, benzer veya daha düşük manevi gelişim alt boyut puanlarına rastlanmıştır. Kayseri'de yetişkinlerin manevi gelişim alt boyut puan ortalaması 26.45 ± 4.45 olarak bulunmuştur (Borlu ve ark., 2018). Çeşitli ülkelerde yapılan bazı araştırmalardaki manevi gelişim alt boyut puan ortalamalarına bakacak olursak, Sri Lanka'da post-menopoz kadınların 20.42 ± 4.87 , Tayvan'da yetişkinlerin 22.72 ± 4.96 , Çin'de yetişkinlerin 22.89 ± 4.84 , Suudi Arabistan'da post-menopoz kadınların 24.00 ± 6.60 , Amerika'da düşük gelirli yetişkinlerin 24.50 ± 5.99 , İran'da Afgan göçmen kadınların 24.56 ± 5.06 , İran'da yetişkinlerin 33.6 ± 5.1 ve Kore'de orta yaş kadınların ise 33.93 ± 4.48 'dir (Abdelaziz ve ark., 2022; Ahmadi ve ark., 2020; Chuang ve ark., 2017; Joyce, 2021; Mouodi ve ark., 2019; Rathnayake ve ark., 2020; Shin ve ark., 2007; Zhou ve ark., 2022). Araştırmamızda diyetisyenlerin manevi gelişim alt boyut puan ortalamalarıyla, çeşitli ülkelerdeki katılımcıların manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın nedeni; farklı toplumların inanç durumu ve kültürel alışkanlıkları arasındaki değişiklikler olabilir.

Araştırmamızda diyetisyenlerin kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalaması 25.8 ± 3.6 'dır. Araştırmamızda diyetisyenlerin puanı, Konya'da işçilerin $23,80 \pm 4,20$ ve Diyarbakır'da öğretmenlerin $25,0 \pm 4,3$ kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur (Bükecik ve ark., 2021; Çelik ve Ersoy, 2022). Isparta'da eczacıların 25.84 ± 3.99 ve Kırklareli'nde sağlık çalışanlarının 25.89 ± 4.22 kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamalarıyla yakındır (Uçar, 2021;

Yanık ve Nogay, 2017). Bu durumun sebebi sağlık çalışanlarının meslekleri gereği olumlu kişilerarası ilişkiler kurması olabilir. Kayseri’de yetişkinlerin kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalaması 25.90 ± 4.31 olarak bulunmuştur (Borlu ve ark., 2018). Çeşitli ülkelerde yapılan bazı araştırmalardaki kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamalarına bakacak olursak; İran’da Afgan göçmen kadınların 23.76 ± 4.49 , Amerika’da düşük gelirli yetişkinlerin 23.41 ± 6.19 , Çin’de yetişkinlerin 24.16 ± 4.53 , İran’da yetişkinlerin 23.9 ± 4.3 , Kore’de orta yaş kadınların 17.67 ± 3.05 , Sri Lanka’da post-menopoz kadınların 20.23 ± 4.54 ve Suudi Arabistan’da post-menopoz kadınların ise 19.75 ± 6.33 ’tür (Abdelaziz ve ark., 2022; Ahmadi ve ark., 2020; Joyce, 2021; Mouodi ve ark., 2019; Rathnayake ve ark., 2020; Shin ve ark., 2007; Zhou ve ark., 2022). Araştırmamızda diyetisyenlerin kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalaması, çeşitli ülkelerde yapılan bu araştırmalardaki katılımcıların kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamalarının tamamından yüksek bulunmuştur. Bu durumun sebebi diyetisyenlerin meslekleri gereği insanlar ile yakın ilişki içinde olmaları, hastalarına daha çok zaman ayırabilmeleri, mesleki eğitimlerinin içinde iletişim olması ve sağlıklı yaşam tarzını sunmalarındaki olanakları olabilir.

Araştırmamızda diyetisyenlerin sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 23.3 ± 4.8 olarak bulunmuştur. Farklı meslek gruplarıyla yapılan bazı araştırmalardaki sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarına bakacak olursak; Konya’da işçilerin 20.91 ± 4.53 , Diyarbakır’da öğretmenlerin 20.6 ± 4.5 , Kocaeli’nde fabrika çalışanlarının 20.75 ± 4.88 ve Manisa’da öğretim elemanlarının ise 20.43 ± 4.47 ’dir (Bükecik ve ark., 2021; Çelik ve Ersoy, 2022; Gürsel ve ark., 2016; Kolaç ve ark., 2018). Araştırmamızda diyetisyenlerin sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması, bu araştırmalardaki çeşitli meslek gruplarının sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarının tamamından yüksek bulunmuştur. Diyetisyenlerin diğer meslek gruplarından daha yüksek sağlık sorumluluğu puanına sahip olmalarının sebebi; egzersiz ve kilo kontrolüne daha fazla dikkat etmeleri, sağlık hizmeti verdikleri için sorumluluk duymaları ve sağlık sorumluluğu konusunda daha duyarlı olmaları olabilir. Kayseri’de yetişkinlerin sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 21.52 ± 4.57 olarak bulunmuştur (Borlu ve ark., 2018). Çeşitli ülkelerde yapılan bazı araştırmalardaki sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarına bakacak olursak; İran’da Afgan göçmen kadınların 20.02 ± 4.76 , Amerika’da düşük gelirli

yetişkinlerin 19.71 ± 4.75 , Çin’de yetişkinlerin 22.21 ± 4.60 , İran’da yetişkinlerin 33.8 ± 7.1 , Kore’de orta yaş kadınların 35.67 ± 7.83 , Sri Lanka’da post-menopoz kadınların 17.10 ± 5.93 , Suudi Arabistan’da post-menopoz kadınların 21.15 ± 5.40 ve Tayvan’da yetişkinlerin ise 22.42 ± 4.82 ’dir (Abdelaziz ve ark., 2022; Ahmadi ve ark., 2020; Chuang ve ark., 2017; Joyce, 2021; Mouodi ve ark., 2019; Rathnayake ve ark., 2020; Shin ve ark., 2007; Zhou ve ark., 2022). Araştırmamızda diyetisyenlerin sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması, bu araştırmalardaki çeşitli meslek gruplarının sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarının tamamından yüksek bulunmuştur. Diyetisyenlerin diğer meslek gruplarından daha yüksek sağlık sorumluluğu puanına sahip olmalarının sebebi; egzersiz ve kilo kontrolüne daha fazla dikkat etmeleri, mesleki bilgileri, sağlık hizmeti verdikleri için sorumluluk duymaları ve sağlık sorumluluğu konusunda daha duyarlı olmaları olabilir.

Araştırmamızda kadınların fiziksel aktivite alt boyutu hariç diğer tüm alt ölçek puan ortalamaları ve genel ölçek puan ortalaması erkeklerden daha yüksek olmakla birlikte bu fark anlamlı değildir ($p > 0.05$). Ankara’da hekimlere, Kırklareli’nde sağlık çalışanlarına, Diyarbakır’da öğretmenlere ve Tayvan’da yetişkinlere yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Çakır ve ark., 2015; Çelik ve Ersoy, 2022; Chuang ve ark., 2017; Yanık ve Nogay, 2017). Bu durumun sebebi; kadınların sağlığına, dış görüşüne ve iletişimine vb. erkeklerden daha çok dikkat etmesi olabilir.

Araştırmamızı medeni duruma göre karşılaştırdığımızda, evli olmayanların fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p \leq 0.05$). Kocaeli’nde fabrika çalışanlarına ve Diyarbakır’da öğretmenlere yapılan araştırmalarda da aynı sonuca ulaşılmıştır (Çelik ve Ersoy, 2022; Kolaç ve ark., 2018; Şimşekoğlu ve Mayda, 2016). Bu durumun sebebi; evli olmayanların ev ve aile sorumluluklarının daha az olması ve kendilerine daha fazla vakit ayırabilmeleri olabilir. Araştırmamızda çocuk sahibi olmayan diyetisyenlerin fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması da daha yüksek bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Düzce Üniversitesi hastanesinde hemşirelere yapılan araştırmada da aynı sonuca ulaşılmıştır (Şimşekoğlu ve Mayda, 2016). Bu durumun sebebi, çocuk sahibi getirdiği sorumluluk ve rollerden dolayı olan bireylerin fiziksel aktiviteye ayıracak vaktinin ve enerjisinin olmaması olabilir.

Araştırmamızda diyetisyenleri çalıştıkları kuruma göre karşılaştırdığımızda, özelde çalışanların genel ölçek beslenme, manevi gelişim ve sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Bu durum özelde çalışanların sağlığa, beslenmeye, fiziksel aktiviteye, iletişime vb. daha çok dikkat ettiğini gösterir.

Araştırmamızda düzenli fiziksel aktivite yapanların SYBD-II ölçek puan ortalaması; stres yönetimi, fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Dicle Tıp Fakültesi öğrencilerine ve Kırklareli'nde sağlık çalışanlarına yapılan araştırmalarda düzenli fiziksel aktivite yapanların SYBD-II ölçek puan ortalaması ve tüm alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Gömlüksiz ve ark., 2020; Yanık ve Noğay, 2017). Bu durumun sebebi, düzenli fiziksel aktivite yapmanın; sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına verilen önemi artırdığı, stresle baş edebilme kabiliyetini artırdığı, bireylere özellikle sağlık alanında sorumluluk davranışı kazandırdığı olabilir.

Araştırmamızda 50 yaş ve üzeri diyetisyenlerin SYBD-II ölçek puan ortalaması, beslenme, stres yönetimi, manevi gelişim alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Isparta'da eczacılara yapılan araştırmada 42-53 yaş grubunun beslenme alt ölçek puan ortalaması en yüksek bulunmuştur (Uçar, 2021). Bu durumun sebebi çeşitli sağlık sorunlarının ve tecrübenin artması sebebiyle sağlığı geliştirici davranışlara ve beslenmeye daha çok dikkat edilmesi, stresle daha kolay başa çıkılması ve maneviyata daha çok önem verilmesi olabilir.

Araştırmamızda çocuk sahibi olmayan diyetisyenlerin fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Düzce Üniversitesi hastanesinde hemşirelere yapılan araştırmada da aynı sonuca ulaşılmıştır (Şimşekoğlu ve Mayda, 2016). Bu durumun sebebi, çocuk sahibi olan bireylerin fiziksel aktiviteye ayıracak vaktinin ve enerjisinin olmaması olabilir.

Araştırmamızda sağlık durumu iyi olan diyetisyenlerin genel ölçek puan ortalaması ve tüm alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Dicle Tıp Fakültesi öğrencilerine yapılan araştırmada da aynı sonuca ulaşılmıştır (Gömlüksiz ve ark., 2020). Hemşirelik öğrencilerine yapılan araştırmada Covid-19 korkusu arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha çok benimsendiği bulunmuştur (Tok Özen ve Çetin, 2023). Bu durum; beslenmesine dikkat eden, stres yönetimini

bilen, düzenli fiziksel aktivite yapan, manevi gelişimine önem veren, kişilerarası ilişkilerine özen gösteren ve sağlığı geliştirici diğer davranışlara da dikkat eden bireylerin sağlık durumunun daha iyi olduğunu gösterebilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

SYBD-II ölçeği minimum puanı 81, maksimum puanı 197'dir. Buna göre, Kayseri'de çalışan diyetisyenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Diyetisyenlerin yanıtlarına göre yapılan analiz sonucunda; en yüksek puana sahip alt boyutun Manevi Gelişim, en düşük puana sahip alt boyutun ise Fiziksel Aktivite olduğu bulunmuştur. Özel sektörde çalışan diyetisyenlerin SYBD-II ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur. Düzenli fiziksel aktivite yapanların SYBD-II ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur. 23-29 yaş grubu ve 50 yaş ve üstü diyetisyenlerin SYBD-II ölçek puanı, 30-39 yaş grubu diyetisyenlerden daha yüksek bulunmuştur. Sağlık durumu iyi olan diyetisyenlerin SYBD-II ölçek puanı, sağlık durumu orta olan diyetisyenlerden daha yüksek bulunmuştur. Özel sektörde çalışan diyetisyenlerin beslenme alt boyut puanı daha yüksek bulunmuştur. 23-29 yaş grubu ve 50 yaş ve üstü diyetisyenlerin beslenme alt boyut puanı, 30-39 yaş grubu diyetisyenlerden daha yüksek bulunmuştur. Sağlık durumu iyi olan diyetisyenlerin beslenme alt boyut puanı, sağlık durumu orta olan diyetisyenlerden daha yüksek bulunmuştur. Düzenli fiziksel aktivite yapanların stres yönetimi alt boyut puanı daha yüksek bulunmuştur. 40-49 yaş grubu diyetisyenlerin stres yönetimi alt boyut puanı, 30-39 yaş grubu diyetisyenlerden; 50 yaş ve üstü diyetisyenlerin stres yönetimi alt boyutu puanı, 23-29 yaş grubu ve 30-39 yaş grubu diyetisyenlerden daha yüksek bulunmuştur. Sağlık durumu iyi olan diyetisyenlerin stres yönetimi alt boyut puanı, sağlık durumu orta olan diyetisyenlerden daha yüksek bulunmuştur. Evli olmayanların fiziksel aktivite alt boyut puanı daha yüksek bulunmuştur. Çocuk sahibi olmayan diyetisyenlerin fiziksel aktivite alt boyut puanı, 2 çocuk sahibi olan diyetisyenlerden daha yüksek bulunmuştur. Sağlık durumu çok iyi ve iyi olan diyetisyenlerin fiziksel aktivite alt boyutu puanı, sağlık durumu orta olan

diyetisyenlerden daha yüksek bulunmuştur. Özel sektörde çalışan diyetisyenlerin manevi gelişim alt boyut puanı daha yüksek bulunmuştur. 50 yaş ve üzeri diyetisyenlerin manevi gelişim alt boyutu puanı, 30-39 yaş grubu diyetisyenlerden daha yüksek bulunmuştur. Sağlık durumu iyi olan diyetisyenlerin manevi gelişim alt boyutu puanı, sağlık durumu orta olan diyetisyenlerden daha yüksek bulunmuştur. Sağlık durumu iyi olan diyetisyenlerin kişiler arası ilişki alt boyutu puanı, sağlık durumu orta olan diyetisyenlerden daha yüksek bulunmuştur. Özel sektörde çalışan diyetisyenlerin sağlık sorumluluğu alt boyut puanı daha yüksek bulunmuştur. Düzenli fiziksel aktivite yapanların sağlık sorumluluğu alt boyut puanı daha yüksek bulunmuştur. 23-29 yaş grubu diyetisyenlerin sağlık sorumluluğu alt boyutu puanı, 30-39 yaş grubu diyetisyenlerden daha yüksek bulunmuştur. Sağlık durumu iyi olan diyetisyenlerin sağlık sorumluluğu alt boyutu puanı, sağlık durumu orta olan diyetisyenlerden daha yüksek bulunmuştur.

Topluma sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından rol model olan ve danışmanlık yapan meslek gruplarından diyetisyenlerin; lisans eğitimlerine sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlığı geliştirme gibi derslerin eklenmesi ve meslek hayatlarında da hizmet içi eğitimler düzenlenmesi faydalı olacaktır.

Beden yapısı açısından dikkat çeken bir meslek grubu olan diyetisyenlerin fiziksel aktivite açısından yetersiz olması olumsuz bir durumdur. Araştırmamızda düzenli fiziksel aktivite yapanların SYBD, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu durumlara dikkat çekilerek fiziksel aktivite için uygun zaman ve ortam ayarlanması, konferans ve hizmet içi eğitim planlaması yapılmalıdır.

Sağlık durumunu iyi olarak algılayanların ölçek puanlarının daha yüksek olduğuna dikkat çekilerek, sağlığı geliştirmeye yönelik eğitimler ve teşvikler yapılarak, bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılmalıdır.

Özel sektörde çalışan diyetisyenlerin, beslenme, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, SYBD-II ölçek puanlarının daha yüksek bulunmasına dikkat çekilerek kamuda çalışan diyetisyenlere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını teşvik edici eğitimler ve uygulamalar planlanmalıdır.

Hizmet içi eğitimler, teŖvikler ve uygulamalar planlanırken ölçek puanlarının yaŖ, medeni durum, ocuk sahibi olma durumu gibi sosyodemografik deđiŖkenlerden etkilendiği göz önünde bulundurulmalıdır.



7. KAYNAKLAR

- Abdelaziz EM, Bassuoni Elsharkawy N, Mohamed S. Health promoting lifestyle behaviors and sleep quality among Saudi postmenopausal women. *Front Public Health*, 2022; 10: 1-9.
- Açıkgöz A, Akgün MF, Korkut B, Cecen E, Kocaoğlu NM, Dayı A. Tıp fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. *DEU Tıp Derg*, 2018; 32(2): 99-110.
- Adana F, Türk G, Yıldırım B, Yeşilfidan D. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler. *NWSAMS*, 2019; 14(1): 11-21.
- Ahmadi Z, Amini L, Haghani H. Determining a health-promoting lifestyle among Afghan immigrants women in Iran. *J Prim Care Community Health*, 2020; 11: 1-8.
- Aksoy T, Uçar H. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *HÜHFD* 2014; 53-67.
- Alkan SB, Ersoy E, Eskici G, Ersoy G. Assessment of eating attitudes and healthy lifestyle behaviors of female students studying nutrition and dietetics. *IJND*, 2017; 54(1): 13-28.
- Altay B, Çavuşoğlu F, Güneştaş İ. Tıp fakültesi hastanesi'nde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *DEUHFED*, 2015; 8 (1): 12-18.
- Arabacı R, Çankaya C. Beden eğitimi öğretmenlerinin fiziksel aktivite düzeylerinin araştırılması. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2007; 20(1): 1-15.
- Arslan H, Şener D. Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009; 2(1): 51-58.
- Avcı Y. Kişisel sağlık sorumluluğu. *TAF Prev Med Bull*, 2016; 15(3): 259-266.

- Aydoğdu N, Bahar Z. Yoksul kadınlarda sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi. DEUHYO ED, 2011; 4(1): 34-40.
- Ayhan DE, Günaydın E, Gönlüaçık E, Arslan U, Çetinkaya F, Asımı H, Uncu Y.
- Bahar Z, Açıl D. Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı. DEUHYO ED, 2014; 7(1): 59-67.
- Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçęđi II'nin geçerlik ve güvenilirlik araştırması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;12(1):1-13.
- Başgöl Ş. Pelvik taban disfonksiyonunu önlemede sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme. HSP, 2016; 3(1): 57-65.
- Batıgün A, Hasta D. İnternet bağımlılığı: yalnızlık ve kişilerarası ilişki tarzları açısından bir değerlendirme. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2010; 11(3): 213-219.
- Baysal A. Sağlıklı beslenme ve Akdeniz diyeti. J Nutr and Diet, 1996; 25(1): 21-29.
- Baysal A. Sağlıklı beslenme: uzmanların önerisi. J Nutr and Diet, 1998; 27(2): 1-4.
- Bebiş H, Akpunar D, Özdemir S, Kılıç S. Kadınların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler. Gülhane Tıp Derg, 2015; 57: 129-135.
- Bilgili N, Ayaz S. Kadınların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bull, 2009; 8(6): 497-502.
- Bilgin N, Ak B, Cerit B, Ertem M, Tunç G. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. SAK, 2019; 4(3): 188-210.
- Borlu A, Öztürk A, Timur A, Yıldız S. Healthy lifestyle behaviors of adults in Kayseri province center. Journal of Environmental Protection and Ecology, 2018; 19(3): 1378-1388.
- Bostan N, Beşer A. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. HEAD, 2017; 14(1): 38-44.
- Bulut S. Sağlıkta sosyal bir belirleyici; fiziksel aktivite. Turk Hij Den Biyol Derg, 2013; 70(4): 205-214.
- Bükeçik N, Yeşilfidan D, Adana F. İşçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler: bir hastane örneği. Sağlık ve Toplum, 2021; 31(1): 128-135.

- Can S, Arslan E, Ersöz G. Güncel bakış açısı ile fiziksel aktivite. Ankara Üniv Spor Bil Fak, 2014; 12(1): 1-10.
- Cangöl E, Şahin N. Emzirmenin desteklenmesinde bir model: Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı motivasyonel görüşmeler. HEAD, 2017; 14 (1): 98-103.
- Chuang SP, Wei Wu JY, Wang CS, Hsiang Pan L. Health-promoting lifestyles and psychological distress associated with well-being in community adults. Am J Health Behav, 2017; 41(4) :446-453.
- Cürçani M, Tan M, Özdelikara A. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. TAF Prev Med Bull, 2010; 9(5): 487-492.
- Çaka S, Topal S, Suzan Ö, Çınar N, Altınkaynak S. Hemşirelik öğrencilerin sağlık algısı ile özgüvenleri arasındaki ilişki. J hum rhythm, 2017; 3(4): 199-203.
- Çakır M, Piyal B, Aycan S. Hekimlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi. Ankara Med J, 2015; 15(4): 209-219.
- Çalık A, Kapucu S. Diyabetli hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme. HUEMFAD, 2017; 4(2): 62-75.
- Çalışkan Z, Saykılı S. İl sağlık müdürlüğü çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve antropometrik ölçümlerinin belirlenmesi. ASBD, 2020; 9(2): 1-12.
- Çalıştır B, Dereli F, Eksen M, Aktaş S. Muğla Üniversitesi öğrencilerinin beslenme konusunda bilgi düzeylerinin belirlenmesi. UİBD, 2005; 2(2): 1-8.
- Çebi M. Sporcuların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. İÜBESBD, 2018; 5(1): 13-20.
- Çelik A, Ersoy P. Öğretmenlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları. SDÜ Tıp Fak Derg, 2022; 29(3): 336-345.
- Çetiner H, Ulupınar S. Sağlık profesyoneli olan ve olmayan hastane çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Sted, 2018; 27(1): 1-10.
- Çınar F, Aslan Eti F. Spiritüalizm ve hemşirelik: yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. JAREN, 2017; 3(1): 37-42.
- Dağdevire Z. Şimşek Z. Şanlıurfa il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ve ilişkili faktörler. TAF Prev Med Bull, 2013; 12(2): 135-142.

- Dedeli Ö, Karadeniz G. Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. *AĞRI*, 2009; 21(2): 45-53.
- Değerli H, Yiğit A. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyinin belirlenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 2020; 11(27): 573-586.
- Demircan S. Ateroskleroz: primer ve sekonder korunma. *J Exp Clin Med*, 2012; 29: 141-146.
- Demirezen E, Coşansu G. Adölesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Sted*, 2005; 14(8): 174-178.
- Dereli F, Yıldırım B, Özvurmaz S, Adana F. Üniversite hizmet personelinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *NWSAMS*, 2021; 16(2): 30-37.
- Doğan B, Eser M. Üniversite öğrencilerinin stresle başa çıkma yöntemleri. *UMYOS*, 2013; 3(4): 29-39.
- Doğan T, Sapmaz F. Kişilerarası ilişki tarzları ve öznel iyi oluş. *TEBD*, 2012; 10(3): 585-601.
- Duran Ü, Ögüt S, Asgarpour H, Kunter D. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2018; 2(3): 138-147.
- Enginoğlu H, Üçgün A, Yürekli MV, Uskun E. Yaşam kalitesinin yordayıcısı olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları: Tıp Fakültesi öğretim elemanları örneği. *Turk J Public Health*, 2021; 19(1): 55-68.
- Ergin A, Uzun SU, Bozkurt Aİ. Tıp fakültesi öğrencilerinde stresle başa çıkma yöntemleri ve bu yöntemlerin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Fırat Tıp Derg*, 2014; 19(1): 31-37.
- Eroğlu K, Koç G. Düünden bugüne sağlık mevzuatında kadın sağlığı kapsamında ana çocuk sağlığı hemşirelik hizmetleri. *J Nursology*, 2012; 15(2): 136-151.
- Erözkan A. Lise öğrencilerinde kişilerarası ilişki tarzlarının yordayıcıları. *SUSBED*, 2009; (21): 543-551.
- Erözkan A. Üniversite öğrencilerinin kişiler arası ilişki tarzları ve mizah tarzları. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi* 2009; 26: 56-66.

- Ersin F, Bahar Z. Sağlığı geliştirme modelleri'nin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi. DEUHYO ED, 2012; 5 (1): 28-38.
- Faul, Franz, et al. "Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses." Behavior research methods 41.4 (2009): 1149-1160.
- Gezer C, Kabaran S. Beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencileri arasında görülen ortoreksiya nervosa riski. SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013; 4(1): 14-22.
- Gömlüksüz M, Yakar B, Pirinçci E. Tıp fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler. Dicle Med J, 2020; 47(2): 347-358.
- Güler Ö, Çınar S. Hemşirelik öğrencilerinin algıladıkları stresörler ve kullandıkları baş etme yöntemlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010; Sempozyum Özel Sayısı: 253-261.
- Güngör AE, Dağ B, Süzen B, Dağ A. COVID-19 döneminde diyetisyenlerdeki sağlık anksiyetesi, koronavirüs anksiyetesi ve sağlıklı beslenme kaygısı arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi. Bes Diy Derg, 2022; 50(1): 53-62.
- Gürsel N, Özbey S, Güzel P. Öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi. IJSSR, 2016; 5(2): 10-25.
- Hayran O. Koruyucu hizmetler sağlık harcamalarını azaltabilir mi. Journal of BSHR, 2019; 3(3): 170-175.
- Joyce L. Health-promoting behaviors of low-income adults in a community health center. J Community Health Nurs, 2021; 38(2): 61-72.
- Kaba İ. Stres. ruh sağlığı ve stres yönetimi. Akademikbakış Dergisi, 2019; 73: 63-81.
- Kaçan C, Örsal Ö. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyinin değerlendirilmesi. DÜ Sağlık Bil Enst Derg, 2019; 9(1): 19-24.
- Kalkan İ, Pehlivan M, Öztürk S, Ersoy G. İstanbul Aydın Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik 1. Sınıf öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite düzeylerinin saptanması. Aydın Sağlık Dergisi, 2018; 4(1): 45-60.
- Karabekiroğlu S, Ünlü N. Toplum bazlı koruyucu ağız diş sağlığı programlarında erken dönem koruyucu uygulamaların yeri ve önemi. EÜ Dişhek Fak Derg, 2017; 38(2): 89-100.
- Karaküçük S, Başaran Z. Stresle başa çıkmada rekreasyon faktörü. Bed Eğt Spor Bil Der, 1996; 4(1): 55-64.

- Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, Yorgancı E, Öz BÇ, Kankaya FC. Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Kor Hek*, 2008; 7(1): 59-64.
- Keskin B, Günver MG, Yurtseven CN, Yurtseven E. Gemi adamlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Turkish Studies – Education*, 2020; 15(6): 4343-4352.
- Kılıç T, Balta TS. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Turkishstudies*, 2019; 14(1): 425-438.
- Kolac N, Balci AS, Sisman FN, Atacer BE, Dincer S. Fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısı. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2018; 14(3): 267-274.
- Kostak Akgün M, Kurt S, Süt N, Akarsu Ö, Ergül GD. Hemşirelik ve sınıf öğretmenliği öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *TAF Prev Med Bull*, 2014; 13(3): 189-196.
- Köseoğlu SZ, Tayfur A. Adölesan dönemi beslenme ve sorunları. *JCP*, 2017; 15(2): 50-62.
- Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyol Derg* 2011; 11: 619-626.
- Mouodi S, Hosseini SR, Ghadimi R ve ark. Lifestyle interventions to promote healthy nutrition and physical activity in middle- age (40-60 years) adults: a randomized controlled trial in the north of Iran. *J Res Health Sci*, 2019;19(1): 1-8.
- Özcan S, Bozhüyük A. Çukurova üniversitesi sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam davranışları. *Cukurova Med J* 2016; 41(4): 664-674.
- Özel Y, Karabulut A. Günlük yaşam ve stres yönetimi. *TÜSBAD*, 2018; 1(1): 48-56.
- Özer AE, Dede S, Dursun A, Avşar YK. Gıda Piramitleri. *Fonksiyonel Beslenme* 2016;13-30.
- (https://www.researchgate.net/publication/322525663_Gida_Piramitleri)
- Özgür M, Uçar A. Ankara’da yaşayan üniversite öğrencilerinde besin bağımlılığı ve gece yeme sendromunun değerlendirilmesi. *ASBD*, 2018; 7(1): 10-21.

- Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008; 3(7): 89-105.
- Özkaraman A, Balcı Alparslan G, Gökçe S, Babadağ B, Gölge H, Derin Ö, Bilgin M. Hemodiyaliz yapılan kronik böbrek hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Osmangazi Tıp Dergisi 2016; 38(2): 51-61.
- Özkaraman A, Balcı Alparslan G, Gökçe S, Babadağ B, Gölge H, Derin Ö, Bilgin M. Hemodiyaliz yapılan kronik böbrek hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Osmangazi Tıp Dergisi 2016; 38(2): 51-61.
- Özlu S, Ercoşkun H. Et ve sağlıklı beslenme. Gıda ve Yem Bilimi Teknolojisi Dergisi, 2021; (25): 15-29.
- Özpulat F. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde hemşirenin çağdaş bir rolü: eğitici kimliği. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi Sempozyum Özel Sayısı, 2010; 293-297.
- Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA, Eds. Health promotion in nursing practice, 6th ed. New Jersey: Pearson; 2002. p.13.
- Rathnayake N, Alwis G, Lenora J, Lekamwasam S. Applicability of health promoting lifestyle profile-II for postmenopausal women in Sri Lanka; a validation study. Health Qual Life Outcomes, 2020; 18(1):122.
- Savuncu Y. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları. JSRR, 2020; 2(1): 34-43.
- Saygın M, Öngel K, Çalışkan S, Yağlı MA, Has M, Gonca T, Kurt Y. Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. SDÜ Tıp Fak Derg, 2011; 18(2): 43-47.
- Sert A. Tıp fakültesi ve meslek yüksekokulu öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Turk J Public Health, 2019; 17(2): 132-142.
- Shin HS, Lee J, Lee KH, Song YA. Health behavioral patterns associated with psychologic distress among middle-aged Korean women. Asian Nurs Res, 2007; 1(1): 61-67.
- Sümen A, Öncel S. Türkiye’de lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. Eur J Ther, 2017; 23: 74-82.

- Şen MA, Ceylan A, Kurt ME, Palancı Y, Adın C. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Dicle Med j*, 2017; 44(1): 1-11.
- Şimşekoğlu N, Mayda AS. Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg*, 2016; 6(1): 19-29.
- Tok Özen A, Çetin Y. Hemşirelik bölümü öğrencilerinde covid-19 korkusu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Karya J Health Sci*, 2023; 4(1): 26-33.
- Top F, Ocakçı AF. Ergenlerde sağlığı geliştirme modeli ve bilgi işlem kuram temelli ağız diş sağlığı davranışı geliştirme. *KSBD*, 2018; 10(18): 23-37.
- Tuygar ŞF, Arslan M. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2015; 6(2): 59-66.
- Tuzcu A, Bahar Z. Göçmen kadınlarda sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi. *EGEHFD*, 2012; 28(2): 91-103.
- Türkmen AB, Hüyük A, Erdem AG, Gezgör CK, Uysal E, Demirci G, Sarıgül MD, Soylu S. Okul öncesi öğretmenlerinin menü hazırlamaya yönelik görüşleri. *IJETSAR*, 2016; (1): 13-33.
- Türkmen E, Badır A, Ergün A. Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. *ACU Sağlık Bil Derg*, 2012; 3(4): 223-231.
- Uçar B. Eczacıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Gün Hem Ar Derg*, 2021; 1(2): 68-79.
- Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve bunları etkileyen faktörler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2012; 38(2): 97-104.
- Uncu B, Üstündağ H. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *HSP*, 2018; (3): 306-315.

- Uz D, Kitiş Y. Bir hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz etkililik düzeylerinin belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017; 2(3): 27-39.
- Ünsal A. Beslenmenin önemi ve temel besin öğeleri. KAEÜ Sağıl Bil Derg, 2019; 2(1): 1-10.
- Ünsal A. Hemşireliğin dört temel kavramı: insan, çevre, sağılık&hastalık, hemşirelik. KAEÜ Sağıl Bil Derg, 2017; 1(1): 11-25.
- Vançelik S, Önal SG, Güraksın A, Beyhun E. Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi ve alışkanlıkları ile ilişkili faktörler. Kor Hek, 2007; 6(4): 242-248.
- Vural P, Bakır N. Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. ACU Sağılık Bil Derg, 2015; 6(1): 36-42.
- Yalçınkaya M, Özer F, Karamanoğlu A. Sağılık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Kor Hek, 2007; 6(6): 409-420.
- Yanık A, Noğay NH. Sağılık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Fırat Med J, 2017; 22 (4): 167-176.
- Yaşar Ö, Karadağ N, Kaymak G. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. Balıkesir Sağılık Bil Derg, 2018; 7(3): 82-87.
- Yetgin M, Agopyan A. Spor bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Spormetre, 2017; 15 (3): 177-184.
- Yıldırım İ, Özşevik K, Özer S, Canyurt E, Tortop Y. Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite ile depresyon ilişkisi. Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 2015; 9(özel sayı): 32-39.
- Yıldırım N. Üniversite öğrencilerinin bazı sosyodemografik özelliklerinin bazı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. Yüksek lisans tezi. Cumhuriyet Üniversitesi. Sağılık bilimleri enstitüsü hemşirelik programı. Sivas, 2005.
- Yılmaz E, Karahan N. Gebelikte sağlıklı yaşam davranışları ölçeğinin geliştirilmesi ve geçerlik güvenilirliği. Cukurova Med J, 2019; 44(1): 498-512.
- Yılmaz E, Özkan S. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. Fırat Sağılık Hizmetleri Dergisi, 2007; 2(6): 87-104.
- Yurtseven E, Eren F, Vehid S. Beyaz yakalı çalışanların beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi, 2014; 15(1): 20-26.

Yüksel S. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Spor ve Rekreasyon Araştırmaları Dergisi 2020; 2(1): 34-43.

Zhou C, Zheng W, Tan F, Lai S, Yuan Q. Influence of health promoting lifestyle on health management intentions and behaviors among Chinese residents under the integrated healthcare system. PLoS One, 2022; 17(1): 1-12.



EKLER

Etik İzin

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (2011 - KAİK-80)			
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kayseri'de çalışan diyetisyenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU			
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
	AÇIK ADRES	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı/Melikgazi/KAYSERİ	
	TELEFON	0 352 437 49 10 - 11	
	FAKS	0 352 437 52 85	
	E-POSTA	serifeserim@erciyes.edu.tr	
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI / ADI / SOYADI	Doc. Dr. Arda Borlu	
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı	
	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD., Kayseri	
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ ADI SOYADI		
	DESTEKLEYİCİ		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>
FAZ 4		<input type="checkbox"/>	
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>	
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>	
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>	
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>	
Diğer ise belirtiniz	Yüksek Lisans Tezi		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOKMERKEZ <input type="checkbox"/> ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/> ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>		

ASLI GİBİDİR

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (2011 - KAEK-80)

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Kayseri'de çalışan diyetisyenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları					
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU							
DEĞERLEN DIRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama					
	SIGORTA						
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ						
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU						
	İLAN						
	YILLIK BİLDİRİM						
	SONUÇ RAPORU						
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ						
DİĞER							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2021/693	Tarih : 20...					
	Yukarıda bilgileri verilen prospektif başvuru dosyası ile ilgili yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar						

ABLI GİBİDİR

KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyileştirme
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Sema Kader KÖSE

Unvanı / Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	
Prof. Dr. Sema Kader KÖSE	Tıbbi Biyokimya	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Selma GÖKAHMETOĞLU	Mikrobiyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Zuhal HAMURCU	Tıbbi Biyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Hüseyin Sinan TOPÇUOĞLU	Endonti	E.Ü. Diş Hek.Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Adnan BAYRAM	Anest ve Rean.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Mehmet DOLANBAY	Kadın Hast. ve Doğum	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Fatih KARDAŞ	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Zafer SEZER	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Hakan İMAMOĞLU	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Oktay BOZKURT	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. Üyesi Kemal Erdem BAŞARAN	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. Üyesi Gözde E. ZARARSIZ	Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>
Uzm. Dr. Uğur AYDEMİR	Genel Cerrahi	Bünyan Dev. Hst	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>
Av. Haluk Korkusuz	Avukat	Kayseri Barosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>
Sevtaç KOÇER	Sivil Üye	Serbest	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>

*: Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Sema Kader KÖSE

İdari İzin

KARARA ESAS OLAN EVRAKIN				GÜNDEM
KARAR SIRA NO.	TARİHİ	NO.	NEREDEN GÖNDERİLDİĞİ	
20				- Tes izlen komitesinin belirlenmesi - Doktora ek kontenjanın belirlenmesi - Plombran araştırmaları
Toplantı Tarihi: 01 / 09 / 2021				
Başkan: Prof. Dr. Ahmet Öztürk				
Üyeler: Prof. Dr. Feyyaz Çetinkaya, Prof. Dr. Elcan Balcı, Doc. Dr. İskender Gün, Doc. Dr. Arda Barlı, Dr. Öğr. Üyesi Hasan Durmuş				
KARAR				
- Anabilim Dalımız doktora öğrencisi Hasan Tüle'nin tez izlen komitesinin aşağıdaki isimlerden oluşturulmasına; Danışman: Prof. Dr. Ahmet Öztürk Prof. Dr. Sevdâ İsmailoğlu (Nöroloji Anabilim Dalı) Doc. Dr. Arda Barlı				
- Anabilim Dalımız doktora öğrencisi Simeyye Ahi'nin tez izlen komitesinin aşağıdaki isimlerden oluşturulmasına; Danışman: Prof. Dr. Feyyaz Çetinkaya Prof. Dr. Melis Uçar (Tıp Eğitimi Anabilim Dalı) Prof. Dr. Elcan Balcı				
- 2021-2022 Eğitim öğretim dönemi "Göz yarıyılı" için Anabilim Dalımıza 2 (iki) ek doktora öğrencisi kontenjanı açılmasına;				
- Anabilim Dalımız yüksek lisans öğrencisi Ulmaçan Utku Seyhan'ın danışmanı Doc. Dr. Arda Barlı ile "Koyseri'de calsan diyetisyenlerin optikli yaşam biçimi davranışları" başlıklı tez çalışmasını yapmasına;				
- Anabilim Dalımız yüksek lisans öğrencisi Süheda Yücesel'in Doc. Dr. Arda Barlı danışmanlığında "Dönemli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan kadınlarda osteoartrit ve nervozite gösterme sıklığı" başlıklı tez çalışmasını yapmasına;				
- Anabilim Dalımız doktora öğrencisi Leyla Sezer'in Prof. Dr. Elcan Balcı danışmanlığında "Bir doğal taş istene ve kesme taşında calsan işçilerde kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) prevalansı ve ilişkili faktörler" başlıklı tez çalışmasını yapmasına				
Davamı →				

KARAR NO.	KARARA ESAS OLAN EVRAKIN			GÜNDEM
	TARİHİ	NO.	NEREDEN GÖNDERİLDİĞİ	
Karar Tarihi :				
Başkan :				
Üyeler :				

01.09.2021 tarihli toplantının devamı

KARAR

- Anabilim Dalımız tıpta uzmanlık öğrencisi Ayşe Nur Tatlı'nın Prof.Dr.Elcin Balcı danışmanlığında "Instagram'da Sözlük: En çok takip edilen sosyal medya etkileyicisi hesapların profesyonel hesapların içerik ve etik yönünden değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmalarını yapmasını,

- Anabilim Dalımız Öğretim üyesi Dr. Öğr. Üyesi Hasan Durmuş, Prof.Dr.Elcin Balcı ile Araştırma görevlileri Dr. Ozan Özbek ve Dr. Bayan Nur Barış'ın "Hekimlerde sosyal medya bağımlılığı ve asi tereddütü arasındaki ilişkinin incelenmesi" başlıklı çalışmalarını yapmasını,

bu karar ile karar verilmiştir.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı,

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Arda BORLU ve bölüm öğrencisi Yılmazcan Utku SEYHAN tarafından Kayseri’de Çalışan Diyetisyenlerin Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Değerlendirilmesi amacıyla bir çalışma yapmaktayız.

Bu araştırmadan elde edilecek bulgular Kayseri’de Çalışan Diyetisyenlerin Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Değerlendirilmesine yardımcı olacaktır. Bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamak konusunda serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz size bazı sorular soracağız. Bu sorular; sizin sosyo-demografik özelliklerinizi, manevi gelişiminizi, kişiler arası ilişkilerinizi, beslenmenizi, fiziksel aktivitenizi, sağlık sorumluluğunuzu ve stres yönetiminizi kapsamaktadır.

Bilgilendirme Bölümü:

Araştırmada izniniz doğrultusunda kişisel bilgileriniz kayıt altına alınacaktır. Eğer bu araştırmaya katılmayı kabul ederseniz konunun uzmanları tarafından yukarıda belirtilen veriler toplanacaktır. Bu kayıtlar kimliğiniz belirtilmeden ve özel bilgileriniz korunarak bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilemeyecektir. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına sahipsiniz.

Gönüllü Olur Bölümü:

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Arda BORLU ve bölüm öğrencisi Yılmazcan Utku SEYHAN tarafından " Kayseri’de Çalışan Diyetisyenlerin Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Değerlendirilmesi " konulu bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya ‘Katılımcı’ olarak davet edildim.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi

isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel ve özel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda araştırmacı Yılmazcan Utku Seyhan'ı ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, numaralı telefonda arayabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, özgür irademle (kendi rızamla) katılmayı kabul ediyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen araştırma projesinde 'katılımcı/araştırma grubu üyesi' olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Katılımcı ile görüşen çalışmacı

Adı, Soyadı:

Adı Soyadı, Unvanı:

Adres:

Adres:

Tel:

Tel:

İmza

İmza

**KAYSERİ'DE ÇALIŞAN DİYETİSYENLERİN
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI**

Değerli gönüllüler;

Kayseri'de çalışan diyetisyenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla sizlerin bu konudaki kıymetli görüşlerine ihtiyaç duymaktayız. Ankete vereceğiniz yanıtlar bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılımınız ve sağlayacağınız katkılar için çok teşekkür ederiz.

BİRİNCİ BÖLÜM

SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. **Cinsiyetiniz:** (1) Kadın (2) Erkek
2. **Yaşınız:**
3. **Kilonuz:** **Boyunuz:**
4. **Medeni Durumunuz:** (1) Evli (2) Evli Değil
5. **Çocuğunuz var mı?** (1) Evet (çocuk) (2) Hayır
6. **Ekonomik Durumunuz:** (1) Çok iyi (2) İyi (3) Orta (4) Kötü (5) Çok kötü
7. **Eğitim Düzeyiniz Nedir?** (1) Lisans (2) Yüksek Lisans (mezun) (3) Doktora(mezun)
8. **Mesleki Tecrübeniz:** (1) <1 yıl (2) 1-5 yıl (3) 6-10 yıl (4) >10 yıl
9. **Şu An Çalıştığınız Kurum:**
 - Şehir / Devlet Hastanesi
 - İl Sağlık Müdürlüğü
 - İlçe Sağlık Müdürlüğü / Toplum Sağlığı Merkezi / Sağlıklı Yaşam Merkezi
 - Üniversite Hastanesi
 - Özel Hastane
 - Özel Beslenme ve Diyet Danışma Merkezi (Diyetisyen Ofisi)
 - Diğer.....
10. **Kronik hastalığınız var mı?** (1) Hayır (2) Evet..... (Lütfen belirtiniz)
11. **Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?** (1) Hayır (2) Evet.....(Lütfen belirtiniz)
12. **Sigara kullanıyor musunuz?** (1) Evet (2) Hayır (3) Bıraktım
13. **Alkol kullanıyor musunuz?** (1) Evet (2) Hayır (3) Bıraktım
14. **Düzenli olarak fiziksel aktivite yapıyor musunuz (Haftada en az 3 kez 30'ar dakika)?**
 - (1) Evet (2) Hayır
15. **Sağlık durumunuzu nasıl nitelendirirsiniz?**
 - (1) Çok iyi (2) İyi (3) Orta (4) Kötü (5) Çok kötü

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-II

Bu ölçekte, yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınızla ilgili sorular mevcuttur. **Lütfen soruları en doğru şekilde ve eksiksiz yanıtlamaya özen gösteriniz.** Size uygun olan seçeneği “X” şeklinde işaretleyiniz.

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

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

TURNİTİN

KAYSERİ'DE ÇALIŞAN DİYETİSYENLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

ORJİNALLİK RAPORU

% 20	% 18	% 10	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 5
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 3
3	jag.journalagent.com İnternet Kaynağı	% 1
4	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	% 1
5	library.cu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	acikerisim.karabuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
7	9lib.net İnternet Kaynağı	% 1
8	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	% 1
9	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	% 1

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Yılmazcan Utku SEYHAN

Uyruğu: Türkiye (TC)

EĞİTİM

<u>DERECE</u>	<u>KURUM</u>	<u>MEZUNİYET</u>
Lisans	Erciyes Üniversitesi SBF Beslenme ve Diyetetik	28.06.2019
Lise	Kayseri Anadolu Lisesi	12.06.2015

İŞ DENEYİMLERİ

<u>YIL</u>	<u>KURUM</u>	<u>GÖREV</u>
2022	Sinop Boyabat 75. Yıl Devlet Hastanesi	Diyetisyen