

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**HEKİM VE HEMŞİRELERİN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ İLE
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÜZERİNE BİR
ÇALIŞMA**

Hilal AYTEKİN

1130232503

Yüksek Lisans Tezi

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Elif KAYA

ISPARTA-2019



SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Öğrencinin Adı Soyadı	Hilal AYTEKİN
Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi
Tez Başlığı	Hekim ve Hemşirelerin Kişilik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi
Yeni Tez Başlığı ¹ (Eğer değişmesi önerildi ise)	Hekim ve Hemşirelerin Kişilik Özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Bir Çalışma

Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği hükümleri uyarınca yapılan Yüksek Lisans Tez Savunma Sınavında Jürimiz 17/06/2019 tarihinde toplanmış ve yukarıda adı geçen öğrencinin Yüksek Lisans tezi için;

OY BİRLİĞİ OY ÇOKLUĞU²

ile aşağıdaki kararı almıştır.

- Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarılı bulunmuş ve tez **KABUL** edilmiştir.
- Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ**³ kararlaştırılmıştır.
- Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarısız bulunmuş ve tezinin **REDDEDİLMESİ**⁴ kararlaştırılmıştır.

TEZ SINAV JÜRİSİ	Adı Soyadı/Üniversitesi	Kabul/Ret	İmza
Danışman	Dr. Öğr. Üyesi Elif KAYA/ SDÜ/ Sağlık Yönetimi	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Aynur TORAMAN/ SDÜ/ Sağlık Yönetimi	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Meral BEKTAŞ/MAKÜ/ Büro Hizmetleri ve Sekreterlik Bölümü	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret	
Jüri Üyesi		<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret	
Jüri Üyesi		<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret	

¹ Tez başlığının DEĞİŞTİRİLMESİ ÖNERİLDİ ise yeni tez başlığı ilgili alana yazılacaktır. Değişme yoksa çizgi (-) konacaktır.

² OY ÇOKLUĞU ile alınan karar için muhalefet gerekçesi raporu eklenmelidir.

³ DÜZELTME kararı için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır.

YÖK LİSANSÜSTÜ EĞİTİM-ÖĞRETİM VE SINAV YÖNETMELİĞİ Madde 9-(8) Tezi hakkında düzeltme kararı verilen öğrenci en geç üç ay içinde düzeltmeleri yapılan tezi aynı jüri önünde yeniden savunur. Bu savunma sonunda da başarısız bulunarak tezi kabul edilmeyen öğrencinin yükseköğretim kurumu ile ilişkisi kesilir.

⁴ Tezi REDDEDİLEN öğrenciler için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır. Tezi reddedilen öğrencinin enstitü ile ilişkisi kesilir.

Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “**Hekim ve Hemşirelerin Kişilik Özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Bir Çalışma**” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlâk ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.


Hilal AYTEKİN

17/06/2019

(AYTEKİN, Hilal, *Hekim ve Hemşirelerin Kişilik Özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Bir Çalışma*, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2019)

ÖZET

Kişilik, bireyin geçmişten gelen alışkanlıkları, çevresindeki olaylar karşısında sergilediği tutum ve davranışları, duyguları, düşünceleri ve olaylara yaklaşım tarzını gösteren bir bütündür. Kişiliği anlamak, bireylerin birbiriyle olan ilişkilerindeki değişkenleri ve davranışların altında yatan nedenleri anlayabilmek ile mümkündür. Bireylerin kişisel alışkanlıkları ve özellikleri sağlıklarını doğrudan etkileyen davranışlar sergilemelerine sebep olabilir. Sağlığı tehdit eden alışkanlık ve davranışların terk edilmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi, geliştirilip sürdürülmesi hastalıklardan korunmanın ve sağlıklı olmanın temel yoludur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, yaşam tarzı olarak benimseyen bireylerin yaşam kalitelerini sağlıklı bir şekilde idame ettirdikleri söylenebilir. Mesleki sorumlulukları gereği sağlıkta rol model olan hekim ve hemşirelerin hizmet verdikleri toplumlara karşı sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda bir takım sorumluluk düşmektedir.

Bu çalışmada kişilik özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki ve etki araştırılmaktadır. Araştırmanın evrenini Isparta il merkezinde faaliyet gösteren Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Isparta Şehir Hastanesi'nde görevli hekim ve hemşireler oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında 365 hekim ve hemşireye ulaşılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak Benet-Martinez ve John (1998) tarafından "Beş Faktör Envanteri" ismiyle geliştirilen, Sümer ve Sümer (2005) tarafından Türkçe 'ye uyarlanan 44 ifadeden oluşan *Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği* ile Walker ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilip, 1996 yılında revize edilen 52 ifadeden oluşan *Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II* kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, gruplar arası karşılaştırmalarında bağımsız örnekler (Independent Samples) t testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek yönlü (One way) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey (b) testi kullanılmıştır. Kişilik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi korelasyon analizi ile incelenmiştir. Kişilik özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının alt boyutları üzerindeki etkisi Çoklu Regresyon Analizi (Enter yöntemi) ile incelenmiştir.

Araştırmanın sonuçlarına göre, kişilik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi olduğu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği tespit edilmiştir. Kişilik özelliklerinde hekim ve hemşirelerin, yaş, cinsiyet, medeni durum, görev, birim ve çalıştığı kuruma göre farklılık gösterirken, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında bu bağımsız değişkenlere ek olarak öğrenim durumunun da farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Beş Faktör Kişilik Özellikleri, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Hekim ve Hemşireler

(AYTEKİN, Hilal, *A Study on Physicians and Nurses' Personality Characteristics and Healthy Lifestyle Behaviors*, Master's Thesis, Isparta, 2019)

ABSTRACT

Personality is a whole that shows the habits of the individual from the past, the attitudes and behaviors he displayed in front of the events around him, his emotions, thoughts and approach to events. Understanding the personality is possible by understanding the variables in individuals' relationships with each other and the reasons underlying their behaviors. Individuals' personal habits and characteristics might cause behaviors that directly affect their health. Giving up of health-threatening habits and behaviors, adoption, development and maintenance of healthy lifestyle behaviors are the basic means of protection from diseases and healthy. It might be said that individuals who accept healthy lifestyle behaviors as a lifestyle maintain their quality of life in a healthy way. As their professional responsibilities, physicians and nurses, who are role models in health, have some responsibilities in terms of healthy lifestyle behaviors towards the communities they serve.

In this study, effects and the relationship between personality traits and healthy lifestyle behaviors have been investigated. The nature of the study consists of physicians and nurses working in the Isparta City Hospital and Süleyman Demirel University Research and Application Hospital. 365 physicians and nurses have been reached within the scope of the study. The five factor personality traits scale, which was developed by Benet-Martinez and John (1998) as a Five-Factor Inventory 2005 by Sümer and Sümer (2005) and adapted to Turkish (44 statements and Five-Factor Personality Properties Scale), was conducted by Walker et al. (1987). and Healthy Life Style Behavior II, consisting of 52 statements which were revised in 1996, have been used. In the evaluation of data, descriptive statistical methods (frequency, percentage, mean, standard deviation), as well as two groups in the comparison of quantitative data, independent samples in the comparison between the groups (Independent Samples) t test, one-way comparison of the parameters between groups in the case of more than two groups Anova test and tukey's (b) test have been used in the determination of the group causing the difference. Correlation analysis of personality traits with healthy lifestyle behaviors has been examined. The effects of personality traits on the sub-dimensions of Healthy Lifestyle Behaviors have been investigated by Multiple Regression Analysis (Enter method).

According to the results of the study, it has been determined that personality traits are related to healthy lifestyle behaviors and affect healthy lifestyle behaviors. While in personality characteristics of physicians and nurses differ in according to age, gender, marital status, duty, unit and institution, plus, these independent healthy lifestyle behaviours have also determined to differ.

Key Words: Five-Factor Personality Properties, Healthy Lifestyle Behaviors, Physicians and Nurses

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI	i
YEMİN METNİ	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
ÖNSÖZ	xi
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KİŞİLİK KAVRAMI VE BEŞ FAKTÖR KİŞİLİK MODELİ

1.1. KİŞİLİK KAVRAMI	5
1.2. KİŞİLİĞİ OLUŞTURAN FAKTÖRLER	6
1.2.1. Kalıtım ve Bedensel Yapı Faktörleri	7
1.2.2. Sosyo Kültürel Özellik Faktörleri	8
1.2.3. Ailesel Faktörler	9
1.2.4. Sosyal Sınıf Faktörü	10
1.2.5. Coğrafi ve Fiziki Faktörler	11
1.2.6. Diğer Faktörler	12
1.3. KİŞİLİĞİN ÜÇLÜ BİLEŞENLERİ	13
1.3.1. Karakter	13
1.3.2. Mizaç	15
1.3.3. Yetenek	16
1.4. KİŞİLİK KURAMLARI	17
1.4.1. Biyolojik ve Fizyolojik Kuramlar	18
1.4.2. Psikanalitik (Psikodinamik) Kuramlar	20
1.4.3. İnsancıl Kişilik Kuramları (Fenomenolojik Yaklaşım)	26
1.4.4. Sosyal Öğrenme Kuramı (Davranışsal Yaklaşım)	29
1.4.5. Ayırıcı Özellik Kuramları (Hiyerarşik Kişilik Kuramları)	33
1.4.5.1. Beş Faktör Kişilik Modeli	41
1.4.5.1.1. Dışa Dönüklük (Extroversion-E)	44
1.4.5.1.2. Uyumluluk/Yumuşak Başlılık/Geçimlilik (Agreeableness-A)	46
1.4.5.1.3. Sorumluluk/Özdenetim (Conscientiousness-C)	47
1.4.5.1.4. Duygusal Dengesizlik/Nevrotiklik (Emotional Stability/ Neuroticism -N)	47
1.4.5.1.5. Gelişime Açıklık (Openness to Experience-O)	48

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

2.1. SAĞLIK KAVRAMI	50
2.2. SAĞLIK DAVRANIŞI	51
2.3. SAĞLIĞIN KORUNMASI	52
2.4. SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ	53
2.4.1. Sağlığı Geliştirme Modeli	55
2.4.1.1. Sağlığı Geliştirmede Bilişsel-Algılama Faktörleri	57
2.4.1.2. Sağlığın Geliştirmede Değiştirilebilir Faktörler	60
2.5. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI	61
2.5.1. Sağlık Sorumluluğu	63
2.5.2. Fiziksel Aktivite ve Egzersiz	63
2.5.3. Beslenme	65
2.5.4. Manevi Gelişim-Tinsellik (Spiritüalizm)	68
2.5.5. Kişilerarası İlişkiler	69
2.5.6. Stres Yönetimi	71

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

3.1. GEREÇ VE YÖNTEM	74
3.1.1. Amaç ve Önem	74
3.1.2. Çalışmanın Problem Cümlesi	75
3.1.3. Çalışmanın Varsayımları	75
3.1.4. Çalışmanın Kısıtlıkları	75
3.1.5. Çalışmanın Evren ve Örneklemi	75
3.1.6. Veri Toplama Aracı	76
3.1.7. Analiz ve Yöntem	77
3.1.8. Araştırmanın Hipotezleri	78
3.2. BULGULAR	78
3.2.1. Hekim ve Hemşirelerin Demografik Özellikleri	78
3.2.2. Hekim ve Hemşirelerin Kişilik Özelliklerine İlişkin Bulgular	80
3.2.3. Hekim ve Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulgular	82
3.2.4. Hekim ve Hemşirelere Yönelik Algılamalara İlişkin Boyutların Psikometrik Özellikleri	84
3.2.5. Kişilik Özelliklerinin Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması	87
3.2.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması	93

3.2.7. Kişilik Özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki	102
3.2.8. Kişilik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisinin Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi	106
3.2.9. Hipotezlerin Kabul/Reddi	113
3.3. TARTIŞMA	115
SONUÇ.....	125
KAYNAKLAR	130
EKLER	152
ÖZGEÇMİŞ	161



KISALTMALAR

Akt.	: Aktaran
TDK	: Türk Dil Kurumu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
WHO	: World Health Organization
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences For Windows
SDÜ	: Süleyman Demirel Üniversitesi
Çev.	: Çevirmen
Vb.	: Ve benzeri
Vd.	: Ve diğerleri
Ed.	: Editör
SS	: Standart Sapma
\bar{x}	: Aritmetik Ortalama

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1.1. Kişilik Tanımları.....	6
Tablo 1.2. Cattell'in Yüzey ve Kaynak Özellikleri Listesinden Örnekler.....	36
Tablo 1.3. Kişiliğin Beş Büyük Boyutu.....	44
Tablo 2.1. Sağlığı Geliştirme Modeli.....	56
Tablo 2.2. Beden Kitle İndeksi'nin formülü.....	67
Tablo 3.1. Hekim ve Hemşirelerin Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	79
Tablo 3.2. Hekim ve Hemşirelerin Kişilik Özellikleri ile İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımları.....	80
Tablo 3.3. Hekim ve Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımları.....	82
Tablo 3.4. Kişilik Özellikleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Boyutlarının Psikometrik Değerleri.....	85
Tablo 3.5. Duygusal Dengesizlik Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	87
Tablo 3.6. Dışa Dönüklük Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	89
Tablo 3.7. Gelişime Açıklık Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	90
Tablo 3.8. Uyumluluk Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	91
Tablo 3.9. Sorumluluk/Özdenetim Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	92
Tablo 3.10. Sağlık Sorumluluğu Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	94
Tablo 3.11. Fiziksel Aktivite Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	95
Tablo 3.12. Beslenme Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	96
Tablo 3.13. Kişilerarası İlişkiler Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	97
Tablo 3.14. Stres Yönetimi Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	99
Tablo 3.15. Manevi Gelişim Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	100
Tablo 3.16. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişki.....	103
Tablo 3.17. Kişilik Özellikleri Boyutlarının Sağlık Sorumluluğu Üzerindeki Etkisi...	107
Tablo 3.18. Kişilik Özellikleri Boyutlarının Fiziksel Aktivite Üzerindeki Etkisi.....	108
Tablo 3.19. Kişilik Özellikleri Boyutlarının Beslenme Üzerindeki Etkisi.....	109
Tablo 3.20. Kişilik Özellikleri Boyutlarının Kişilerarası İlişkiler Üzerindeki Etkisi...	110
Tablo 3.21. Kişilik Özellikleri Boyutlarının Stres Yönetimi Üzerindeki Etkisi.....	111
Tablo 3.22. Kişilik Özellikleri Boyutlarının Manevi Gelişim Üzerindeki Etkisi.....	112
Tablo 3.23. Hipotezlerin Kabul ve Red Durumu.....	113

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Bandura “Sosyal-Öğrenme” Modeli	32
Şekil 2. Eysenck’in Kişilik Yaklaşımı	38
Şekil 3. Eysenck’e Göre Kişilik Tipleri	39



ÖNSÖZ

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışma sürecimde engin bilgilerini benimle paylaşan, desteklerini esirgemeyen ve tezime ilgili çalışmalarda bana yol gösterici olan saygıdeğer büyüğüm Prof. Dr. Ramazan ERDEM'e çok teşekkür ederim. Tez sürecim boyunca aklıma takılan her şeyi çekinmeden sorabildiğim, bilgi ve deneyimleri ile sonuca ulaşmamda bana destek olan ve anlayış gösteren değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Elif KAYA'ya sonsuz teşekkür ederim.

Çalışmaya başladığım ilk andan itibaren yanımda olan, rehberlik ve anlayışını esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, manevi olarak büyük destek sağlayan, geç bulduğum ama hiç kaybetmek istemediğim canım arkadaşım, ahretliğim Fatma Nur POLAT'a çok teşekkür ederim. Tez döneminin başında samimi bir şekilde bilgisini, tecrübesini, desteğini esirgemeyen hocam Dr. Öğr. Üyesi Rukiye ÇELİK'e çok teşekkür ederim.

Hayatım boyunca en büyük destekçilerim olan, her zaman bana güvenen ve yanımda olan, hayatımın tek değişmezleri canım annem Yaşar AYTEKİN'e ve canım babam Şemi AYTEKİN'e sonsuz teşekkür ederim.

Tez sürecimde çalışmalarımı yakından takip eden ve desteğini esirgemeyen Süleyman Demirel Üniversitesi Personel Daire Başkanı saygıdeğer büyüğüm Ferhat DALDAL'a teşekkür ederim. "Başaracaksın", "Biz sana güveniyoruz", "Sen başarısın" cümleleri ile beni yüreklendiren, motive olmamı sağlayan, her zaman yanımda olan çalışma arkadaşlarıma ve müdürümüz Zeynel TUFAN'a canı gönülden teşekkür ederim.

Ayrıca bu çalışma 4561-YL1-16 no'lu Bilimsel Araştırma Projesi (BAP) tarafından desteklenmiştir. Bu sebeple, BAP yetkililerine verdikleri maddi destekten ötürü teşekkürü borç bilirim.

GİRİŞ

İnsanın var oluşu ile birlikte başlayan insanı anlama süreci, içerisinde kişiliğin anlaşılmasında önemli bir faktör olmuştur. Davranışların altında yatan nedenleri, insanlar arasındaki farklılıkları, insanların birbirleriyle olan ilişkilerindeki temel parametreleri anlamlandırmak kişiliği anlamak ile mümkün olabilmektedir. Bu anlamda öncelikle kişiliğin tanımını yapmak önem arz etmektedir.

Kişilik kavramının bireyin tüm fiziki özelliklerinin, içgüdülerinin, onu motive edici faktörlerin, eğilimlerinin ve kazanılmış deneyimlerinin bir bütünü olarak değerlendirildiği belirtilmektedir. Bireyin, gelişme evrelerinde kullandığı bağlantılar ile bunların tutum ve davranışlarına yansıyan özellikler bir bütün oluşturmakta ve söz konusu bu bütünün bireyin çevresine uyum sağlarken gösterdiği davranışlardan da etkilendiği ifade edilmektedir (Köknel, 1982: 28). Bir başka ifadeyle kişilik: biyolojik, ruhsal yapı, davranış biçimleri, yetenek, ilgi, beceri ve tutumların bireye özel bir şekilde bütünleşik bir yapı arz etmesi şeklinde tanımlanmaktadır (İlal, 1984: 275).

Kişilik, geçmişten gelen alışkanlıklar, şuan yaptıklarımız ve gelecekte sergileyeceğimiz tutumları oluşturan bir bütündür. Bu nedenle kişilik, herhangi bir zaman dilimine sığdırılabilecek bir kavram değildir. Birey dünyaya geldiği andan itibaren çevresiyle bir etkileşim içerisinde olmaktadır. Bu etkileşim sonucunda da kişiliğin oluşmasında ve gelişmesinde etkili olan faktörler ortaya çıkmaktadır. Bu faktörler ise; kalıtım ve bedensel yapı faktörleri, sosyo-kültürel özellik faktörleri, ailesel faktörler, sosyal sınıf faktörü, coğrafi- fiziki faktörler ve diğer faktörler olarak ifade edilmektedir.

Kişilik tek bir olgu olarak değil, birden fazla olgunun bütünü olarak tanımlanmaktadır (Erdoğan, 1994: 244). Karakter ve mizaç kavramı toplumda kişilik kelimesinin yerine kullanılan, hatta kimi zaman onunla karıştırılan, kişilik ile aynı anlamda olmayan fakat kişiliğin ne olduğunun anlaşılmasında önem taşıyan olgulardır. Kişiliğin yapısını oluşturan bileşenlerin kişilik adına neleri temsil ettiğine bakılacak olunursa, karakter sosyal ve kültürel anlamda, mizaç, duygusal ve biyolojik anlamda, yetenek ise, genler aracılığı katkı sağlamaktadır.

Kişiliğin gelişim sürecini açıklamak için birçok kuram geliştirildiği, bu kuramların birbiriyle ilişkili olsa da farklı bakış açılarıyla bu karmaşık süreci açıklamaya

çalıştığı belirtilmektedir. Her bir gelişim kuramı insan psikolojisinin ve gelişiminin özellikle bir alanını odak noktası olarak kabul etmiş ve bu gelişimi genel olarak diğer alanlarda bütünleşecek biçimde ortaya koymuşlardır (Özdemir vd., 2012: 566). Araştırmacıların geliştirmiş oldukları kuramlar, “Biyolojik ve Fizyolojik Kuramlar”, “Psikoanalitik Kuramlar”, “İnsancıl Kişilik Kuramları”, “Sosyal Öğrenme Kuramı” ve “Özellik Kuramları” gibi farklı başlıklar altında incelenmektedir.

Kişilik özelliklerinin davranış bilimlerinde uzun zamandır kullanılıyor olmasına rağmen son zamanlarda bu özelliklerin öneminin azaldığı ve beş faktör kişilik özelliklerine önemli bir şekilde destek verildiği belirtilmektedir (Luthans, 2011: 132). Beş faktör kişilik modelinin, kişiliğin kapsamlı bir sınıflandırmasını sağladığı ve bireyin, duygusal, kişilerarası, deneyimsel, davranışsal ve motivasyon tarzı üzerine kırk yıllık araştırmalardan daha fazlasını bir araya getirdiği belirtilmektedir. Her kişilik boyutu kendine özgü ve sınırlı özellikleri oluşturarak psikolojinin işlevselliğinin geniş bir alanını açıklamaktadır (Zhao ve Seibert, 2006: 261). Beş faktör kişilik modeli, sözcüksel varsayımdan yola çıkarak geliştirilip, bireyin kişiliğinin beş bağımsız faktör ile incelenip tanımlanabileceğini savunmaktadır (Goldberg, 1993: 26). Beş faktör kişilik modeli; deneyime açıklık, sorumluluk, dışa dönüklük, uyumluluk ve duygusallık faktörlerinden oluşmaktadır.

Sağlık ile kişisel alışkanlıklar arasındaki bağa bağlı olarak bu alışkanlıkların önemli bir kısmı sağlığı doğrudan etkileyen davranışlardır. Sağlığın korunup devam ettirilebilmesi için alışkanlıkların iyi kazanılmış davranışlar olması gerekmektedir. Sağlık davranışı, insanların sağlıklıyken hasta olmamak için sergilediği davranışlar olarak da tanımlanabilir. Gochman’a (1982: 169) göre, sağlık yaşam biçimi davranışları kişinin, inançları, beklentileri, değerleri, algıları, kişisel tavırları, alışkanlıkları, duygusal ve psikolojik durumlarını içeren kişisel nitelikleri olarak tanımlanmaktadır. Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası iletişim ve stres yönetimi sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında sayılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık; sadece bir hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden de tam bir huzur ve iyilik içinde olma durumu olarak tanımlanmaktadır (Baltaş, 2008: 34; Ay, 2012: 7; Akdemir, 2003: 7). Sağlık kavramının evrensel bir kavram olduğu, sağlığa verilen anlamın kişiden kişiye,

toplumdan topluma ya da kültürden kültüre farklılıklar gösterebileceği belirtilmektedir (Fertman ve Allensworth, 2012: 4-5). Günümüzde sağlığa fiziksel, zihinsel ve sosyal yöne ek olarak, her bir bireyin ailesinden başlamak üzere, fiziksel, duygusal, manevi ve sosyal çevresiyle toplumsal anlamda bütünleşmiş olarak iyilik halinde olması durumu sağlıklı olarak ifade edilmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşam tarzı olarak benimseyen bireylerin, sağlığa kavuşup, yaşamlarını sağlıklı bireyler olarak devam ettirdikleri ve kaliteli yaşam sürdürdükleri yapılan araştırmalar neticesinde görülmektedir. Sağlığa zarar veren, sağlığı tehdit eden davranışlardan ve alışkanlıklardan vazgeçmek, hastalıklardan korunmanın, fiziksel, ruhsal, sosyal ve zihinsel olarak tam bir iyilik halinde sağlıklı olmanın teminatıdır denilebilir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılmasının toplumda yaygın olarak görülen kalp damar hastalıkları, obezite, şeker, kas-eklem ağrıları ve bazı kanser türleri gibi birçok olumsuzluğun azalmasında önemli rolünün olduğu yapılan kanıta dayalı çalışmalarda vurgulanmaktadır.

Sağlık, her birey için önemli olduğu gibi sağlık çalışanlarının başında gelen hekim ve hemşireler açısından da son derece önem arz etmektedir. Sağlık çalışanlarının etkili bir hizmet sunabilmesi için öncelikle kendi sağlıklarını iyi düzeyde tutmaları gerekmektedir. Bununla birlikte sağlık çalışanlarının sergilediği sağlıklı yaşam biçimi davranışları hastalara ve topluma örnek olması bakımından da önemlidir.

Yukarıda bahsi geçen amaçlar doğrultusunda çalışmanın ilk bölümünde, özü oluşturan kişilik kavramı açıklanmış, kişiliği oluşturan faktörlere, kişiliğin üçlü bileşenine, kişilik kuramlarına ve beş faktör kişilik özellikleri detaylı olarak incelenmiştir. İkinci bölümde kişilik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi varsayımıyla sağlık kavramı, sağlık davranışı, sağlığın korunması, sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının boyutlarına yer verilmiştir. Çalışmanın son bölümde ise Isparta il merkezinde faaliyet gösteren Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Şehir Hastanesi'nde görevli hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisini değerlendirmek adına "Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği Anketi" ve "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Anketi" yapılmıştır. Araştırmanın amaç, yöntem, kısıtlılıklar ile analiz

tablolarına ve boyut karşılaştırmalarına yer verilmiştir. Analizler SPSS 22.0 paket programında değerlendirilip yorumlanmıştır.



BİRİNCİ BÖLÜM

KİŞİLİK KAVRAMI VE BEŞ FAKTÖR KİŞİLİK MODELİ

Bu bölümde; kişilik kavramı, kişiliği oluşturan faktörler ve kişiliğin bileşenleri çerçevesinde açıklanmış olup, önemli kişilik kuramlarına değinilmiştir. Son olarak araştırmanın uygulama kısmında kullanılan Beş Faktörlü Kişilik Modelinden bahsedilmiştir.

1.1. KİŞİLİK KAVRAMI

Kişilik kelimesinin İngilizce karşılığı ‘personality’ dir. Bu kelimenin kökeni Antik Yunan’dan gelmektedir. Yunanca ‘persona’ şeklinde kullanılan kelimenin anlamı ise “maske”dir. Antik Yunanda tiyatro oyunlarında canlandırılan belli kimlikler, oyuncuların yüzlerine maske takması şeklinde gerçekleşirdi. Tiyatroda seyirci ile oyuncular arasındaki mesafenin fazla olması ve dolayısıyla oyuncuların mimiklerinin fark edilememesi kaygısıyla canlandırılan kimliği yansıtan maskeler takılarak seyirciye bu kimliklerin özellikleri iletildi. Antik Yunan’dan gelen bu gösteri şekli zaman içinde maskenin kişilikle ilişkilendirilmesine sebep olmuştur (İlal, 1984: 275). Antik Yunan’daki tiyatro sanatına ilişkin bu alışkanlık günümüzde kullandığımız kişilik kelimesinin temellerini oluşturmaktadır. Türk Dil Kurumunun yaptığı tanımlamaya göre kişilik; “*bireyin toplumsal hayatı içinde edindiği alışkanlıkların ve davranışların bütünü*” olarak tanımlanmaktadır (www.tdk.gov.tr, 2018). Köknel’e (1982: 23) göre kişilik kavramı, bireyin kendine özgü ve onu diğerlerinden ayıran davranışlarının bütünü olarak da açıklanabilir. Gün içerisinde yapılan konuşmalar dikkate alındığında ise kişiliğin genellikle mizaç, huy, karakter, zayıf kişilik, kişilik sahibi, güvenilir kişilik ve kişiliksiz gibi sözcüklerle de birlikte kullanıldığı görülmektedir.

Kişilik kavramının tanımı farklı birçok araştırmacı tarafından yapılmaktadır. Bu tanımlar birbirlerinden büyük farklılıklar ile ayrılmasa da her birinden bahsetmek yerinde olacaktır. Bu sebeple kişilik kavramına ilişkin tanımlar Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1.1. Kişilik Tanımları

Buchanan ve Huczynski, 1991: 121	Kişilik, bireyin çeşitli durum ve zamanlarda genel anlamda onu diğerlerinden ayırt eden ve istikrarlı bir şekilde gösterdiği psikolojik özellikleridir.
Baymur, 1994: 253	Kişilik, bireyin tüm ilgi, tutum, yetenek, davranış, konuşma tarzı, dış görünüş özelliği ve çevresine uyum sağlama biçimlerini kapsayan oldukça geniş bir kavramdır. Buna ek olarak kişilik ahenkli, kendine özgü ve bütünlük arz eden bir yapı olarak tanımlanabilmektedir.
Eroğlu, 1998: 138	Kişilik, bireyin yaşam tarzıdır. Bir toplumun yaşama biçimi nasıl ki kültürünü gösteriyorsa, kişilikte insanın yaşam biçimini yansıtır.
Özkalp vd., 2004: 78	Kişilik, bireyin istikrarlı düşünmesi, duygu ve davranışlarının genelinde çelişki bulunmaması durumudur.
Chamorro-Premuzic ve Furnham, 2005: 1	Kişilik, bireyin olaylar karşısında sergilediği tutum ve davranışların kendine has olması, bu tutum ve davranışlarının da devamlılık arz etmesidir.
Morgan, 2009: 286	Kişilik, bireyin karakteristik ve onu diğerlerinden farklı kılan davranışlarını içeren özel bir kavramdır.
Burger, 2010: 4	Kişilik, bireyler arası etkileşim süreçlerinin kişinin kendine has özellikleri ile şekillendirdiği bireysel davranış, tutum, alışkanlık, duygu, düşünce ve fiillerini kapsayan bir yapıdır.
Eren, 2010: 83	Kişilik, bireyin kendisi hakkındaki fiziki yapısı, ruhsal durumu, algılama yetisini değerlendirmesi ve bunlardan kendine fayda sağlayabileceği konuma gelmek istemesidir.
Güney, 2011: 3	Kişilik, bireyin tutum, davranış, kabiliyet, konuşma şekli, dış görünüşü ve yaşadığı ortama uyum biçimini gösteren bir bütündür.
Schermerhorn vd., 2011: 48	Kişilik, bireyin kalıtımının ve içinde yaşadığı çevresinin kendisini yarı yarıya etkilediği ve bunun sonucunda tamamen kişiye özel bir özellikler kombinasyonunun oluştuğu bir bütündür.
Cüceloğlu, 2011: 404	Kişilik, bireyin iç ve dış çevresiyle kurmuş olduğu, onu diğer bireylerden farklı kılan, kendi içinde tutarlı ve yapılaşmış bir ilişki biçimi olarak açıklanmaktadır.
İnanç ve Yerlikaya, 2012: 3	Kişilik, bireyi diğerlerinden farklılaştıran kendine ait özelliklerin kuramsal bir yapı arz etmesidir. Genetik ve biyolojik eğilimler, sosyal hayata ait tecrübeler, içinde yaşadığı çevrenin koşullarına uyum gösterme sürecindeki evrimsel davranışlar ve bunların tutarlı bir kalıp oluşturması bireyin kişiliğini ortaya çıkarmaktadır.
Smith vd., 2012: 454	Kişilik, bireyin çeşitli durum ve zamanlarda çevresindeki insanlara karşı sergilediği fiziksel ve sosyal davranışlarının bütünüdür.

Tablo 1.1’de görüldüğü gibi kişiliğe ilişkin tanımlar farklılık göstermekle birlikte temelde anlam olarak benzerlikler göstermektedir.

1.2. KİŞİLİĞİ OLUŞTURAN FAKTÖRLER

Kişiliğin oluşumu ve gelişiminde, farklı alanlardan birçok bilim insanının da belirttiği gibi çok sayıda faktörün etkili olduğu literatürde yapılan incelemelerde görülmektedir. Görüş ayrılıkları olmasına rağmen bu faktörlerin içinde büyük öneme sahip çalışmalar ele alındığında kişiliği etkileyen faktörlerin genel olarak kalıtım ve

bedensel yapı faktörleri, sosyo kültürel özellik faktörleri, ailesel faktörler, sosyal sınıf faktörü, coğrafi ve fiziki faktörler ve diğer faktörler olmak üzere altı temel faktör altında sınıflandırıldığı görülmektedir.

1.2.1. Kalıtım ve Bedensel Yapı Faktörleri

Kişilikle ilgili yapılan çalışmalarda araştırmacılar, kişiliğin çevrenin mi yoksa kalıtımın sonucu mu olduğu üzerine tartışmalar yapmaktadır. Araştırmacılar bu tartışmalara net bir şekilde cevap bulamamış olsalar da kişilik üzerinde hem çevrenin hem de kalıtımın etkenlerinin olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Kalıtım, anne ve babanın bazı özelliklerinin kromozomlar yoluyla bireye aktarılmasını ifade etmektedir (Robbins ve Judge, 2012: 135). Diğer bir tanıma göre ise, fiziki ve biyolojik bazı özelliklerin genetik yoluyla kuşaktan kuşağa geçmesidir. Göz, saç, ten rengi, kemik ve akıl yapısı gibi bazı özellikler de kalıtımın sonucu olarak gösterilmektedir (İlal, 1984: 278). Çocuğa anne ve babasından geçen bu genetik özellikler yaşadığı çevrenin de etkileşimi sonucu bireyin kişiliğini şekillendirmektedir (Aytaç, 2000: 163) .

Bedensel ve ruhsal yaşamın alt yapısını oluşturan genler sayesinde, bireyin kişiliği gelişim göstermekte ve toplum içerisinde de diğer bireylerle arasında farklılığa neden olmaktadır (Köknel, 1982: 31). Başka bir ifadeyle genetik özelliklerin kişilik üzerine etkisi kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Bireyin, zihinsel özellik ve davranışsal eğilimlerinde genetik faktörlerin etkisi önemli seviyede olurken, değer yargılarının oluşmasında ve ideallerinin belirlenmesindeki etkisi bu kadar fazla olmamaktadır. Bu durumun nedeni ise; değer yargılarının oluşmasında kültürel etkenlerin etkisinin genetik etkenlerden daha fazla olmasıdır (Aktaş, 2006: 6). Bireyin davranışlarında içinde bulunduğu çevre koşulları kadar ona miras kalan spesifik genlerin de etken olduğu düşünülmektedir. Bireyin bir olay karşısında sergileyeceği tutumun ve davranışların, uyum sağlayıcı nitelikte mi yoksa saldırgan bir nitelikte mi olacağı miras olarak edinmiş olduğu genlerle alakalı bir durum olarak ele alınmaktadır. Yapılan araştırmalar sonucunda özellikle anti-sosyal kişilik bozukluğu teşhisi konulan kişilerin bu davranış modelinde olmalarında genetik mirasın önemli bir payının olduğu düşünülmektedir (Ferguson, 2010: 161).

İnsanın fiziki yapısındaki bir durumu örneğin, sakatlığı ya da genetik bir hastalığı bireyde belli bir kişilik yapısına yol açmakta ve bu durum kişiliğin doğrudan etkilemese

de dolaylı olarak etkilemektedir (İlal, 1984: 278). Jain'e (2005: 73) göre ise; insanın dış görünüşünün kişiliğinde büyük etkisi olduğu düşünülmektedir. Örneğin bir kişinin kısa ya da uzun olması, zayıf ya da kilolu olması, güzel ya da çirkin olması, siyah ya da beyaz tenli olması o kişinin çevresindeki insanlar üzerindeki izlenimlerini dolayısıyla bu da kişinin kendisine olan algısını etkilemektedir.

Günümüze kadar yapılan çalışmalara bakıldığında, beden yapısı kilolu olan kişilerin; keyfine düşkün, rahat tavırları olan ve kendine güvenen hareketler sergilediği, zayıf beden yapısına sahip kişilerin ise; asabi, içine kapanık ve huysuz davranış biçimleri sergiledikleri ifade edilmektedir (İlal, 1984: 279). Buradan yola çıkarak insanın fiziki yapısındaki farklılıkların kişinin kendi davranışlarını ve çevresinin ona karşı davranışlarını etkilediği söylenebilir.

Genetik etkenler bireylerin fiziksel özelliklerini belirlerken, fiziksel özellikler de bireylerin kişilik oluşumunu etkilemektedir. Anne-babanın, çocuklarına veya gençlere karşı olan davranışlarını onların fiziksel görünüşleri etkilemektedir. Ufak-tefek, zayıf, güçsüz gibi görünen çocuk ve gençlere karşı fazla kabiliyeti olmayan, duyarlı kişilermiş gibi davranılırken; boyu uzun ve sağlam görünen çocuklara ve gençlere ise, onların daha olgun olduğu düşünülerek daha yetişkinlermiş gibi davranıldığı görülmekte ve onların daha yetenekli ve özgür oldukları düşünülmektedir (Kulaksızoğlu, 2008: 109). Buradan da anlaşılacağı üzere, insanın dış görünüşü tek başına bireyin kişiliğini belirleyememektedir. Fakat diğer bireyler ile olan iletişimini ve çevresindeki kişilerin bireye karşı olan tutumunu belirlemekte etkili olmaktadır.

1.2.2. Sosyo Kültürel Özellik Faktörleri

Çevre koşulları içerisinde bireyleri en çok etkileyen faktör, içinde buldukları toplumun sosyo-kültürel özellikleridir. Her insan yaşadığı toplumsal çevre ile etkileşim halindedir (Zel, 2011: 13). Bu etkileşim sonucunda da bireyin, davranışları üzerinde doğup büyüdüğü toplumun büyük etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle insan yetiştiği toplumun değer yargılarını, davranış, konuşma ve giyiniş biçimlerini kabullenerek o toplumun bir üyesi haline gelmektedir. Doğum, evlenme, sünnet gibi bazı merasimler; çocuk bakımı, eğlenme tarzları; geçmişten günümüze kadar gelen atasözleri, insanların kişilik özelliklerini etkilemektedir (Baymur, 1994: 272).

Toplumun kültürel yapısı ile öğrenme arasında önemli bir bağ vardır. Öğrenme, kişiliği doğrudan etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Yakut, 2006: 38). Bireyin bulunduğu çevreye uyum sağlaması algılama yoluyla gerçekleşmektedir. Bireyin algılaması ise, kişinin çevresindeki etkenlere, olaylara ve objelere duyu organları aracılığıyla verdiği tepkilerdir. Öğrenme ve algılama bireyin hem fiziki hem de sosyal çevreye uyum sağlamasına yardımcı olan zihinsel bir oluşturdur (Zel, 2011: 13). Sonuç olarak bireyin kişiliğinin oluşmasında etkili olan ve onu yaşadığı toplumun bir parçası haline getiren kültür, öğrenim yoluyla kazanılmakta ve kontrol edilmektedir (İlbars, 1987: 211).

1.2.3. Ailesel Faktörler

Çevresel etkiler içerisinde yer alan aile, kişilik gelişimi üzerinde etken faktörler arasında değerlendirilmektedir (Forman ve Forman, 1981: 163). Aile, bireyin sosyal davranışlarını ilk öğrenmeye başladığı ortamdır. Bu nedenle anne-baba toplumsallaşmanın ilk örneği olarak yer almaktadır (Eroğlu, 1998: 144).

Kişilik üzerine yapılan araştırmaların sonuçları incelendiğinde çocuklarda gözlenen kişilik özelliklerinin bazılarının ailede bulunan kişilik özelliklerinden etkilendiği görülmektedir. Bu durum incelendiğinde, kız çocuklarının davranışlarının anneye, erkek çocuklarının davranışlarının ise babaya benzerliğini gözlemlemek mümkün olmaktadır (Hoffeditz, 1934: 214). Anne ve babaların çocuklarını yetiştirirken bu benzerliği fark edip etmedikleri bilinmezken, çocukların ahlâki değer ve davranışlarda ebeveynlerini taklit ettikleri göz ardı edilemez bir gerçektir (Eroğlu, 1998: 145). Bu duruma göre anne ve babaların ilişkilerinde sevgi ve saygıyı ön planda tutmaları çocukların sevgi ve saygıyla hareket etmelerini sağlayacaktır. Yapılan araştırmalarda otoriter olan anne ve babaların çocuklarının da insan ilişkilerinde sert ve katı olduğu doğrulanmaktadır (Zel, 2011: 14).

Bireyin yetiştiği aile ortamı ve aile fertleri arasında olan ilişkileri, kişiliğinin oluşmasında önemli bir role sahiptir (Türkel, 1992: 30). Buna bağlı olarak anne ve babanın reaksiyonları bazı davranışları pekiştirirken, bazı davranışlar için cesaret kırıcı özellik taşıyarak farklı huyların ve değerlerin öğrenilmesine yardımcı olmaktadır. Örneğin çocuk, bağırp çağırıldığında ailenin onu rahat bırakması ona istediğini yapmasına izin verildi şeklinde yansımaktadır. Başka bir ailenin çocuğu ise bu durumu, bağırp

çağırmanın değil de hasta numarası yapmanın istediğini elde etmede etkili olduğunu anlayabilir. Çocuğun anne ve babası ile kurduğu iletişimdeki yöntemler onun aile dışındaki ilişkilerine de yansımaktadır. Bireyin ileride eşine karşı tutum ve davranışları, bireyin anne-babasından öğrendiği ve ona miras kalan davranışlarını göstermektedir (Morgan, 2009: 297).

Aile yapısının, ailedeki bireyleri ve onların birbiriyle olan iletişimini ve davranışlarını etkilediği düşünülmektedir. Bununla birlikte ailenin yapısı ebeveynlerin tutum ve davranışlarına yön vermekte ve çocukların aile içindeki konumunu belirlemektedir (Kulaksızoğlu, 2008: 117). Aile etkeni içerisinde kardeşlik sırası ve kardeşlik ilişkilerinin de kişiliğin oluşmasında dönem dönem etkili olduğu düşünülmektedir. Tek çocuk olmak, ailenin bütün ilgi ve sevgisine sahip olmakla beraber ebeveynler tarafından aşırı koruyuculuk ve ideallerin onun üzerinde toplanması, ileride toplum içerisine giren çocuğun paylaşmayı ve kendi ayakları üzerinde durmayı öğrenmesini zorlaştırmaktadır. Bu durum bireyin, kendi yaşlılarıyla bir şeyler paylaşmasını ve bulunduğu ortamlarda kendi varoluşunu ispatlamasını engelleyecek aynı zamanda da gelecekte yer alacağı yeni toplumsal ortamlarda insanlarla ilişki kurmasında zorluklar yaşamasına neden olacaktır (İlal, 1984: 285). Buradan da anlaşılacağı üzere aile çocuğun gelişiminin her evresinde onun kişilik gelişimi için çok önemli bir etkidir. Bu etkenler de bireyin yetişkin döneminde sergilediği davranışlarda kendini göstermekte ve kişiliğini yansıtmaktadır.

1.2.4. Sosyal Sınıf Faktörü

Kişiliğin oluşumunda etkili olan önemli bir faktörde kişinin mensubu olduğu sosyal sınıf etkenidir.

Sosyal sınıf, bireyin yaşama biçimini, düşüncesini, eğitim imkânlarını, davranışlarını ve kişisel özelliklerini etkilemektedir (Zel, 2011: 15). Her toplumun kendine özgü kültürel bir yapısı bulunmakta ve bu kültürel yapı kişiliğin genel özellerini ortaya çıkarmaktadır. Her kültürel yapının içerisinde de belirli alt kültürler ve değişik sosyal gruplar yer almakta ve bunlar da farklı kişilik tiplerinin meydana gelmesine neden olmaktadır (Güney, 2011: 59). Bireyin kendine ait bazı özelliklere göre mensup olduğu sosyal gruplar bilinmeden de tahmin edilebilirken, bazı özellikleri yalnız bağlı bulunduğu sosyal sınıfın bilinmesi durumunda anlamlı olmaktadır. Belirli bir sosyal grup

içerinde yer alan her bireyin eğitim ve benzeri gelişme etkenleri aynı olmamakta yani farklılık göstermektedir. İşte bu farklılığın kişilik farklılığının doğmasında önemli bir rolü olduğu söylenmektedir. Aynı şekilde kişilerin bağlı buldukları sosyal gruplara bağlılık dereceleri de kişiliklerinin oluşmasında ve şekillenmesinde etkili olduğu belirtilmektedir (Türkel, 1992: 29).

İnsanların ait oldukları sosyal gruplar yaşamları boyunca değişiklik göstermektedir. Bireyin normal koşullarda içinde bulunduğu ilk sosyal grup ailesi olmakla beraber, yaşamının ilerleyen dönemlerinde farklı sosyal gruplara dahil olması kaçınılmaz olmaktadır (Eroğlu, 1998: 147). Örneğin, mahalle ve okul arkadaşları, spor takımındaki arkadaşları, meslek ve çalışma arkadaşları gibi sosyal grupların oluşumu genel olarak sosyal sınıf faktörü altında yer almaktadır. İnsanların, grup üyesi olarak sahip oldukları birçok rol ve deneyim de bu tür grupların, kişilik farklılıklarının önemli bir diğer kaynağını temsil ettiği belirtilmektedir. Öyle ki birisinin kişiliğini anlamada, kişinin şimdi ki ve geçmişte ait olduğu grupları anlamaya çalışmak gerekmektedir (Hellriegel ve Slocum, 2009: 41).

1.2.5. Coğrafi ve Fiziki Faktörler

Bireyin kişiliğinin oluşmasında ve gelişmesinde doğduğu ve yaşadığı coğrafyanın da etkisi vardır. Coğrafi çevre etkenleri içerisinde iklim, tabiat ve yaşanan bölgenin doğa koşulları bireyin kişilik özelliklerini önemli derecede etkilemektedir. Coğrafi ve fiziki şartların bireylerin kişilik özellikleri üzerinde doğrudan ziyade dolaylı yönde etkileri bulunmaktadır. Bireyin kişilik oluşumunda etkili olan diğer faktörler arasında, özellikle toplum kültürü ve antropolojisi üzerinde coğrafi faktörlerin önemi büyüktür (Zel, 2011: 16). Yapılan araştırmalarda iklim ve fiziki yöre şartlarının belirli bazı kişilik tiplerinin meydana gelmesinde etkili olduğu ifade edilmektedir (İlal, 1984: 283). Örneğin, kıyı kesiminde yaşayan insanlarla, kara bölgelerinde veya dağlık bölgelerde, sıcak ya da soğuk iklimlerde yaşayanlar birbirlerinden farklı olmaktadır. Buna bağlı olarak soğuk iklimlerde yaşayan insanların daha sert ve donuk mizaca; kıyı kesim, sıcak iklimlerde yaşayanların ise daha sıcakkanlı ve rahat bir mizaca sahip oldukları belirtilmektedir (Güney, 2007: 495).

Toplumların yerleştikleri mekânların konumları, arz ve enlem ile rakım (denize olan yükselti) durumlarının bireylerin kişilik özellikleri üzerinde dolaylı da olsa etkisi

bulunmaktadır. İklim yapısı ılıman olan ülkelerde mevsimler çok sık değişir yani dört mevsimi yaşamak mümkündür, buna bağlı olarak da insanların gereksinimleri, görev ve çalışma faaliyetleri çeşitlilik göstermektedir. Mevsimlerin değişiklik göstermesi bireylerin kişilik özelliklerinde ve davranış şekillerinde değişmelere sebep olmaktadır. Böylece, mevsimsel bu değişimler insanları da değişikliklere itmekte ve onları harekete geçirerek ilerlemeye teşvik etmektedir. Mevsimsel değişimlerin hiç olmadığı, sürekli sıcak ya da soğuk olan yerlerde fazla bir hareketlilik gözlemlenmemektedir. Bu durum mevsimleri güçlü bir değişime uğrayan ülkelerde yüksek kültürlerin doğmasına neden olmaktadır (Kessler, 1985: 217-218).

Sonuç olarak coğrafi faktörler, bireylerin kişilik özellikleri üzerinde toplumların sahip olmuş olduğu kültürler sayesinde etkide bulunmaktadır. Ancak belirli bir coğrafyada yaşayan bireylerin kişisel özellikleri ve davranış şekillerindeki farklılıkların sebebi o coğrafyada yaşamaları değil, o bölgede nesiller boyunca oluşmuş ve sonraki nesillere aktararak gelen davranış özelliklerinin olduğu unutulmamalıdır (Eroğlu, 1998: 148).

1.2.6. Diğer Faktörler

Kişiliğin oluşumunda çok önemli bir yeri olan kültürel, ailevi ve sosyal faktörlerin yanı sıra kişiliği etkileyen diğer faktörler de mevcuttur. Zel'e (2011: 16) göre diğer faktörler, kitle iletişim araçları, yetişkinler grubu ve doğum sırası olarak adlandırılmıştır. Erdoğan'a (1994: 243) göre, bireyin kişiliğinin şekillenmesinde kitle iletişim araçları önemli bir yere sahiptir. Bu sebeple kitle yayın araçlarından faydalanan ve faydalanmayan bireyler arasında bazı farklılıklar kaçınılmaz olmaktadır. Öyle ki yayınların türü ve yayın amaçları ile kişilik arasında bile bir ilişki bulunmaktadır. Kitaplar ve dergiler çocukların gelişimi, gençlerin ise davranışlarının şekillenmesinde önemli bir yere sahiptir.

Bireylerin yaşamındaki sosyal gruplar içerisinde yer alan yetişkinler grubu da, kişiliğin oluşmasında etkili olan faktörler arasında yer almaktadır (Türkel, 1992: 32). Çünkü bireyler, bazı düşüncelerini hayata geçirirken, gelecekle ilgili planlar yaparken veya davranışlarını sergilerken yakın çevrelerinde bulunan yetişkinleri kendilerine örnek almaktadırlar (Eroğlu, 1998: 148). Bu örnek alınan kişiler de, kişiliğin oluşumunda önemli bir faktör olarak görülmektedir (Zel, 2011: 16-17).

Alfred Adler'e göre, bireyin doğum sırasının da kişilik gelişimi üzerinde etkileri olduğu söylenmektedir. Yapılan araştırmalara göre, bireyin akıl ve yetenek düzeyini doğumdaki sıra etkilemektedir. Bu kurama göre, ilk doğan çocuğun daha zeki ve yetenekli olabileceği ileri sürülmektedir (Erdoğan, 1994: 243). Sonuç olarak kişilik, doğumla beraber kazanılan genetik yapı etkisi altında oluşan ve kişinin yaşadığı çevre ile etkileşimi sonucunda değişen ve gelişen bir süreçtir.

1.3. KİŞİLİĞİN ÜÇLÜ BİLEŞENLERİ

Kişiliği tanımlayan ve temel katmanlarını meydana getiren pek çok faktörün olduğu belirtilmektedir (Zel, 2011: 19). Bu faktörleri üç ana başlık altında toplayabiliriz (Erdoğan, 1994: 244):

- 1-Karakter
- 2-Mizaç
- 3-Yetenekler

1.3.1. Karakter

Karakter sözcüğü, Platon ve Aristoteles gibi filozofların yazılarında “işaretlemek” veya “oymak” manasına kullanılan bir kavramdır (Benninga ve Wynne, 1998: 441). Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde (TDK, 2017); “*bir bireyin kendine özgü yapısı, onu başkalarından ayıran temel belirti ve bireyin davranış biçimlerini belirleyen, üstün ana özellik*” olarak tanımlanmaktadır.

Karakter kavramı çoğu yerde kişilik kelimesi yerine kullanılmaktadır. Hâlbuki karakter, kişiliğin tamamı değil, kişiliğin oluşmasını sağlayan özelliklerden bir tanesidir (Erdoğan, 1994: 244). Başka bir ifade ile bireyin karakteri, kişilik özellikleri ve yaşadığı çevrenin ahlâki yargılarından oluşmaktadır. Kısacası bireyin karakteri, kişiliği ve yaşadığı çevrenin de değer yargısıyla beraber yorumlanmaktadır (Köknel, 1982: 24)

Karakter, başta aile, okul ve kişinin sosyal çevresiyle beraber çocukluktan itibaren şekillenmeye başlamaktadır (Güney, 2000: 264). Karakterin şekillenmesinde, çevremizdekilerle olan ilişkilerimize verdiğimiz ahlâki değer ve kendi isteklerimiz etkili olmaktadır. Uzun vadede yaşanan duygusal tecrübelerin karakterin oluşmasında etkisi olduğu belirtilmektedir (Sennett, 2010: 10).

Sosyal ve ahlâki açıdan karakter, kişinin bu konulardaki farklı yönlerini ifade etmek maksadıyla kullanılmaktadır (Zel, 2011: 19). Karakter özellikleri, bir kişinin yaşama şeklinin ve tavırlarının dışarıya yansımaları olarak da açıklanmaktadır. Bu durumda bu karakter özellikleri, bir kişinin diğer insanlara, çevresine, yaşamını sürdürdüğü topluma ve hayatın getirdiği koşullara karşı tutumunu anlamamızı sağlamaktadır. Kişilik bütünlüğü açısından karakter özellikleri önemli bir yere sahip olmakla birlikte bu özellikler bireyin yaşam şeklini de belirlemektedir (Adler, 2000: 171).

Davranışlarını, toplumdaki ahlâki kurallara ve toplumsal değerlere uyduran ve kabullenenlere “karakterli” ifadesini; buna karşılık, davranışlarını toplumun değerlerine uydurmayan kişilere de “karaktersiz” ifadesi kullanılmaktadır. Gerçekte olumsuz kişilik özellikleri dikkate alınarak bazı kişiler için kullanılan “şahsiyetsiz” nitelemesi, o kişinin kişiliği olmadığı anlamında değil kişiliğinin “karakter” dilimindeki aykırılığını vurgulamak için söylenmektedir (Eroğlu, 1998: 149). Karakteri iyi olan insanlar alışkanlıklarıyla ve sergiledikleri davranışlarıyla iyi bilinmektedirler. Bu nedenle, cömert birinin çevresindeki insanlara önemli hediyeler verdiği ya da cesur birinin kahramanca hareketler sergilediği, nazik kişilerin ise diğer insanlara karşı daha düzgün ve medeni hareketler sergilediği görülmektedir (Benninga ve Wynne, 1998: 441).

Bireyin kişiliğini oluşturan önemli olgulardan biri olan karakter üç şekilde gelişip olgunlaşmaktadır (Güney, 2011: 62). Bunlar kısaca;

- **Ceza ve Ödüllendirme Yöntemi:** Kişi, aile içinde, arkadaş çevresinde ve herhangi bir ortamdayken çevresindeki insanlarla birçok sosyal ilişki kurmakta ve bununla birlikte yeni alışkanlıklar kazanmaktadır. Bu ilişkiler neticesinde ortaya çıkan bazı davranış ve alışkanlıklar sonucunda birey, ödüllendirilmekte bazı davranışları sonucunda cezalandırılmaktadır. Çocuk için bu ödüllendirilme maddi olduğu gibi manevi şekilde de olabilmektedir. Örneğin, oyuncak ya da para gibi maddi değerlerin yanında toplum içinde saygınlık kazanmak da ödüllendirilme şekillerinden biridir. Cezalandırma yönteminin ise; çocuğu toplum içinde azarlama ve küçük düşürme şeklinde olabilmektedir. Bu durumun da çocuğun psikolojisinde derin izlere neden olduğu belirtilmektedir. Karakterin şekillenmesinde bu ödül ve cezalar etkili olmaktadır (Adasal, 1977: 899).
- **Mantıklı Düşünme Yöntemi:** Mantıklı düşünmenin ahlâki kural ve değerleri seçip, iyi ile kötünün ayrılmasında rolü olduğu düşünülmektedir. Başka bir ifadeyle, insanlar

muhakeme yolu ile doğruyla yanlışı, güzel ile çirkini, olumlu ile olumsuzu ayırt edebilmektedir. Bu nedenle de karakter bir taklidin sonucu değil mantıklı düşünmenin sonucu ortaya çıkmaktadır (Adasal, 1977: 899).

• **Duygusal Benimsemeler ve Örnek Alma Yöntemi:** Birey, ilk olarak çocukluğunda yaşadığı çevrede bulunan, sevilen sayılan ve kendince güçlü olarak kabul ettiği kişileri (anne, baba, öğretmeni vb.) örnek almaktadır. Çocuklar büyüklerin davranışlarını görerek, benimseyerek büyümekte ve bu davranışları çevrelerine sergilemektedirler. Çocukların benimsediği bu davranışlar karakter oluşumunu sağlamaktadır. Bireyler iyi ve güzel olan şeyleri örnek aldıkları gibi, sergilendiğinde toplum tarafından hoş karşılanmayan bazı davranışları da benimsemektedirler (Adasal, 1977: 899).

1.3.2. Mizaç

Kişiliğin ikinci yönünü olan mizaç da karakter gibi kişiliğin bir kısmının oluşmasını sağlamaktadır. Kişilik ile mizaç arasında yakın bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Bu ilişkide mizaç, kişiliğin duygulara dayalı becerilerini ve biyolojik temellerini oluşturulmasını sağlamaktadır. Mizaçtaki farklılıklar, bebeklik ve çocukluk döneminde ortaya çıkarak kişiliğin özünü meydana getirmektedir (Ferguson, 2016: 1).

Günümüzde araştırmacılar huy, diğer bir ifadeyle mizacı; değişik şekillerde ifade etmekte ve kişinin belirli davranış türlerine karşı gösterdiği duygu ve tutumlar olarak tanımlamaktadır (Burger, 2010: 230). Diğer bir ifadede mizaç, bireyin duygusal hayatının özelliklerinin tamamı olarak adlandırılmaktadır (Camgöz, 2009: 27). Köknel' e (1982: 24) göre ise mizaç, günlük yaşantı içinde bireye özgü, oldukça sınırlı, belirli duygusal tepkilerin nitelik ve nicelik yönünden değişmesidir. Mizaç, insanın duygusal hayatının bütünü, kişiliğin ise bir yanını oluşturmaktadır (Güney, 2011: 267). Mizacın temel özelliklerini kavramak, kişinin kendisini ve insanlığın doğasını anlamasında daha derin bilgilere ulaşmasını sağlamaktadır (Ferguson, 2016: 1).

Otonom sinir sisteminin özelliği ve iç salgı bezlerinin çalışma düzeyleri gibi kalıtsal yollarla aktarılan özellikler mizacı meydana getirmektedir (Güney, 2000: 267). Bunun yanı sıra mizaç, bireyin duygusal yönünü temsil ettiği için sadece kalıtım yoluyla değil aynı zamanda alışma ve öğrenme yoluyla da kazanılmaktadır (Zel, 2011: 20). Öfkelenmek, sıkılmak, çabuk kızmak, neşelenmek, hareketli olmak vb. bireyden bireye değişen bazı mizaç özellikleri bulunmaktadır (Köknel, 1982: 24). Ayrıca mizaç

özellikleri, korku, öfke ve nefret gibi başlıca duyguları da düzenlemektedir (Cloninger ve Svrakic, 2016: 542). İnsanların anlama, olayları algılama ve yargılama kapasiteleri üzerinde mizaçlarının önemli etkisi vardır. Yapılan araştırmalarda, insanın hormonal yapısının, depresyona, huysuzluğa, çabuk duygulanması ve neşeli olması bu duruma neden olduğu görüşünü doğrulanmıştır. Kişinin sürekli kendini yorgun hissetmesi, her şeye karşı çıkması ya da sürekli güler yüzlü olması kişinin mizacını ifade eden bazı özelliklerdendir (Güney, 2000: 267). Hipokrat bedensel özelliklerin mizaç üzerinde önemli etkilerini olduğunu ileri sürerek mizacı dört grupta incelemiştir (Zel, 2011: 21);

- **Neşeli Mizaç:** Bu mizaçta olan bireyler hareketli ve neşelidirler. İlgi duydukları şeyler kolayca değişebilmektedir.
- **Soğukkanlı Mizaç:** Fazla neşeli ve hareketli olmayan, soğukkanlı ve kuvvetli kişiliği ifade etmektedir.
- **Kızgın Mizaç:** Çok çabuk kızan, heyecanlı, hareketli ve kuvvetli mizaç tipidir.
- **Melankolik Mizaç:** Üzgün, sıkılgan, hareketsiz ve zayıf kişiliği yansıtan mizaç biçimidir.

Buradan hareketle herkes doğduğu andan itibaren farklı mizaçlara sahip olmaktadır. Toplum içinde mizaç yerine daha çok “huy” kavramı tercih edilir. Kişiliğin mizaç bölümünde daha çok biyolojik özelliklerin etkili olduğunu görmekteyiz. Buradan yola çıkarak bir kişinin mizacını değişmesinin kolay olmadığını anlayabiliriz.

1.3.3. Yetenek

Kişiliği oluşturan bir diğer olgu da yetenektir. Yetenek, sadece kişiliği oluşturan bir olgu değil aynı zamanda kişiliğin biçimlenmesini sağlayan önemli bir etkidir. Türk Dil Kurumu Sözlüğü’nde (TDK, 2017); “*bir duruma uyma konusunda organizmada bulunan ve doğuştan gelen güç, kapasite*” olarak açıklanmaktadır. Diğer bir tanıma göre ise yetenek, ortaya çıkarılıp geliştirilmiş yetiler olarak ifade edilmektedir. Yeteneklerin genler aracılığı ile doğuştan kalımsal olduğu savunulmaktadır. Kuşkusuz yeteneğin alt yapısı genetik olabilir ancak yeteneklerin ortaya çıkması ve gelişmesi kişilerin hemen hemen yaşantılarının da ürünü olduğu belirtilmektedir (Açıklalın, 1999: 145).

Bireyin sahip olduğu yetenek, zihinsel ve bedensel olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Zihinsel yetenek, kişinin belirli ilişkileri kavrayabilme, analiz edebilme ve sonuca varabilme gibi zihinsel özelliklerin tamamıdır. Buna bağlı olarak, kişilerin, sayısal

ilgi, teknik kavrama ve teknik ilgi, ilişki bulma, soyut düşünme, hafıza yeteneği, bazı durumlarda karşılaştırma yapabilmeleri ve öğrenme gibi yeteneklerin hepsi özel zihinsel yeteneklerinin en önemlilerindedir (Eroğlu, 1998: 149). Zihinsel yetenekler, yaş cinsiyet ve diğer bireysel özelliklere bağlı olarak kazanıldığı gibi; doğuştan gelen yeteneklerle de ilgilidir (Şimşek vd., 2014: 82). Bedensel yetenek ise, bireyin duyu organları vasıtasıyla bazı olguları gerçekleştirebilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Bunların büyük bir kısmı bireyin doğuştan kazandığı, zamanla kullanılabilir duruma getirdikleri özellikleridir. Yürüme, koşma, görme, derinliği ayırma, ses tonlarını ayırt etme, tat ve koku hissetme, el ve ayak gibi organları belli bir koordinasyon içerisinde kullanma gibi özellikler kişinin bedensel yeteneğinin en önemli özelliklerindedir (Zel, 2011: 21).

Bireylerin yaşama ve çevrelerinin sosyal yapılarına ayak uydurabilmeleri ve bazı bedensel yetenekleri kullanabilmeleri için zihinsel yeteneklerine de ihtiyaçları vardır (Zel, 2011: 22). Zihinsel yetenek ile zekâ arasında yakın bir ilişki olduğu birçok araştırma ile ortaya çıkarılmıştır. Buna ek olarak, zekâ ile bazı fiziksel yeteneklerin kazanılması ve kullanılması arasında da küçümsenemeyecek ilişkilerin olduğu saptanmıştır. Bu durumda kişiliğin zihinsel yönü dendiğinde, bireysel zekâdan da söz etmek gerekmektedir (Mischel, 1968: 88-91; Akt.: Erdoğan, 1994: 245-246). Araştırma bulguları, kişilik ile zekâ arasında özellikle bireyin yaratıcı yönü ile zekâ arasında ilişkinin bulunduğunu göstermektedir (Erdoğan, 1994: 246).

1.4. KİŞİLİK KURAMLARI

Psikolojinin alt alanlarından “kişilik psikolojisi” kavramını inceleyen araştırmacılar, kişiliğin oluşumu, gelişimi ve davranışlara yansımaları konusunda araştırmalar yapmışlar ve farklı kuramlar geliştirmişlerdir (Sudak, 2011: 5). Araştırmacılar tarafından ileri sürülen teorilerin bazıları kişiliğin görünüşünü bazıları ise kişiliğin oluşumunu ele almaktadır (Zel, 2011: 29). Araştırmacılar geliştirmiş oldukları kuramlarda, kişiliğin bileşenleri ve özellikleri hakkında varsayımlarda bulunmaktadırlar (Alpkent, 2007: 10). Geliştirilen bu kuramlarda herhangi bir görüş birliğine varılamadığı gözlenmektedir. Çünkü her bir kuram, kuramcısının kişisel geçmişinin, çocukluk yaşantısının, dünya görüşünün ve kişilerarası ilişkilerinin yansımaları şeklindedir (İnanç ve Yerlikaya, 2012: 6).

Kişilik kuramları; “Biyolojik ve Fizyolojik Kuramlar”, “Psikoanalitik Kuramlar”, “İnsancıl Kişilik Kuramları”, “Sosyal Öğrenme Kuramı” ve “Özellik Kuramları” gibi farklı başlıklar altında incelenmektedir (Şimşek vd., 2014: 83). Bu bağlamda, kişilik kuramlarını bağlı oldukları felsefi açıdan incelemek daha etkili olacaktır.

1.4.1. Biyolojik ve Fizyolojik Kuramlar

Kişilik kavramını, biyolojik ve fizyolojik açıdan inceleyen araştırmacıların temel yaklaşımı; insanların bedensel görüntüleri ve bunlara atfedilen niteliklere sahip olmalarıyla bağlantılıdır (Girgin, 2007: 61).

Kişiliği biyolojik açıdan ele alan kuramcılar, insanların nesiller boyunca belli özelliklerini yakınlarına aktardığını ve bazı kişilik belirtilerinin ise kalımsal nitelik taşıdığı görüşünü savunmaktadırlar. Bu görüşe göre kişiliğin tahlili için, insanın özellikleri ve bireyin incelenmesi büyük önem taşımaktadır (Erdoğan, 1994: 252). Araştırmacılar bulgularında çevresel faktörlerin, kişilikteki bireysel farklılıklara yaptığı etkiden ziyade kalıtımın kişiliğe katkısı olduğu üzerinde durmaktadırlar (Deary ve Matthews, 1993: 299). Kalımsal özelliklerle kişiliğin incelenmesini ilk araştıranlardan Galton, aile tarihçesi ile kalımsal özellik-kişilik ilişkisini çözmek istemektedir. Galton, genler sayesinde aileden gelen bazı özelliklerin zamanla aynı ailenin devamında görüldüğünü ileri sürmektedir (Schultz ve Ellen Schultz, 2002: 208-209). Tyron ise, soya çekim yöntemiyle genetik faktörlerin kişilik üzerindeki etkilerini açıklamakta ve kalıtım ile zekâ arasında bağın olduğunu savunmaktadır (Erdoğan, 1994: 252).

Kişiliği etkileyen kalımsal faktörlerin açıklanması konusunda, ikiz kardeşlerin incelenmesi pek çok psikolog tarafından başvurulan bir çalışma biçimi olmaktadır. Böyle bir çalışma yöntemiyle Gottesman benzer ve farklı çevrelerde ikiz kardeşlerin davranışlarını incelemekte ve benzer kişilik özelliklerinin genlerden geldiği görüşünü öne sürmektedir. İlk ikiz araştırmacılarından olan Newman, Freeman ve Holzinger, ikiz kardeşler arasında vücudun fizyolojik yapısı, ağırlıkları ve zekâ düzeylerinde benzerlikler olduğunu bu benzerliklerin ise kardeşlerin kişilik özelliklerini oluşturduğunu ileri sürmektedir (Erdoğan, 1994: 252-253).

M.Ö.4. yüzyılda Hipokrat, kişiliğin önemli bir kısmını oluşturan mizaç üzerinde beden kimyasının etkili olabileceğini savunmaktadır. Hipokrat, insan mizacını bedende

en çok bulunan, egemen sıvıya göre dört bölüme ayırmaktadır. Bunlar (Baymur, 1994: 252-253);

- Hafif Kanlı (Sanguine) tipte olan kişiler bedeninde “kan” egemendir. Böyle kişiler hoşsohbet, eğlence seven, neşeli ve canlıdırlar.
- Ağır Kanlı (Phlegmatic) olan kişiler, dinlenmeyi, uykuyu sever, güç duygulanan ve yavaş hareket eden tiplerdir. Bunların bedenlerinde balgam sıvısı ağır basmaktadır.
- Sevdalı (Melankolik) mizaçta olan kişiler, derin görüşlü, cesur, duygusal ve romantik tabiatlı olmaktadır. Bunların vücutlarında kara safra oranı yüksektir.
- Asabi (Choleric) mizaçtaki kişiler ise ateşli, sert ve çabuk kızmaktadır. Böyle bir kişinin kanında da sarı safra oranı egemen olmaktadır.

Böyle çeşitli mizaçların bu belli sıvıların oran bakımından kişilerde yüksek olmasından meydana geldiği düşünülmektedir. Ancak günümüzde beden kimyasının kişiliği etkileyebileceği fikrinin bilimsel bir değerinin olmadığı, son zamanlarda hormonların kişilik üzerindeki etkileri üzerine yapılan araştırmalarla açıklanmaktadır. Çeşitli bezlerin vücutta bulunma oranları ve etkileri her insanda farklı oranda olmaktadır. Buna bağlı olarak, insanların farklı duygusal özellikler göstermesine bu bez salgıları sebep olmaktadır (Baymur, 1994: 253).

Günümüzde yapılan araştırmalar; hipofiz, tiroid, adrenaller ve gonadlar gibi kanalsız bez salgılarının vücut yapısı ve davranışlar üzerinde etkili olduğunu açıklamaktadır (Baymur, 1994: 253). Araştırmacılarından Carton bu dört temel tipin belirli olaylar karşısında özelliklerini şu şekilde ifade etmektedir; Safıralı: girişken, akara verir, çalışır, çabalar ve başarır. Lenfatik: duraklar, karşılaştırır, ayarlar, düzeltir, seyredir ve düşünür. Sinirli: arar, tasarlar, birleştirir ve coşkuya kapılır. Kanlı: şaşırır, hayal eder, bulur ve öfkelenir (Altinköprü, 2003: 22-23). Carton’un burada yaptığı kurgulamanın, Hipokrat’ın dört unsur teorisine benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Kişilerin fizyolojik yapı ve özellikleri ile kişilik yapıları ve kişiliğin davranışsal yönü arasında ilişkiler hakkında yapılan araştırmalar ise çok eskiye dayanmaktadır. Bireyin bedensel yapısı ile kişiliği arasındaki ilişkinin varlığı, gerçekte kişiliğin davranışa yansıyan yönüyle birlikte değerlendirilmektedir. Kişilikle ilgili araştırma yapan kuramcılar, bireyin yaşı, cinsiyeti ve fiziksel yapısı ile kişiliği arasında ilişki olduğunu ileri sürmektedir. Bireylerin cinsiyetlerine göre yapabilecekleri ve yapamayacakları davranışlar, yaşadığı kültürel yapının niteliklerine göre şekillenmektedir. Bu şekillenme

de her kültürde farklı bir biçimde görülmektedir. Böyle bir olgu da bireyin davranışları ve kişiliği arasında ilişki kurulmasına yol açmaktadır (Erdoğan, 1994: 256).

1.4.2. Psikanalitik (Psikodinamik) Kuramlar

Psikanalitik yaklaşımın kurucusu olan Sigmund Freud, kişiliği duygusal yönden inceleyip, kişilik olarak adlandırılan bu olguyu bireysel duygunun yapısını meydana getirdiği görüşünü ileri sürmektedir (Burger, 2017: 8; Akt.: Erdoğan, 1994: 253-254). Diğer bir ifade ile Topçuoğlu ve arkadaşları (2013: 15) psikanalitik yaklaşımı, Freud'un ortaya koyduğunu ve psikanaliz kuramından sosyal çalışmaya aktarıldığını ileri sürmekte ve müracaatçının sorununun bireysel olduğunu varsaymaktadır. Bu yaklaşım ise, kuramda sorunların analizinde ve çözüm stratejisinde bireye odaklanmaktadır. Morris (2002: 456)' e göre psikodinamik kuramlar davranışı, kişide oluşan ve genelde bilinçdışı psikolojik dinamiklerin sonucu olarak kabul görülmektedir. Kuramın yaratıcısı olan Freud, kendi zamanının fizik bilimi çalışmalarından yola çıkarak "psikodinamik" kavram ifadesini oluşturmuştur. Termodinamik, fizikte ısı ve mekanik enerjinin ne olduğu ve birbirine nasıl dönüştürüldüğü konusunun çalışıldığı bilim dalı olarak açıklanmaktadır. Psikodinamik ise, psişik enerjinin ne olduğu ve davranışa nasıl yansıdığına çalışılması şeklinde ifade edilmektedir. Psikodinamik kuramcılar bu psişik enerjinin ne olduğu konusunda fikir ayrılığına düşmektedir. Bazıları, örneğin Freud, bu enerjinin kökenini cinsellik ve saldırganlık içgüdülerinde araştırırken, Karen Honey konuyu kişinin bağımlılıkla olan savaşı olarak ele aldığı belirtilmektedir. Tüm psikodinamik kuramların ortak yanın ise, kişiliğin temelde bilinçdışı süreçlerle belirlendiği ve anlaşılabilir en iyi şeklinin de yaşam süreci içinde olduğu vurgulanmaktadır.

Sigmud Freud'un fikirleri ve psikolojisinin 21. yüzyılın düşüncesi üzerinde etkisi çok yaygın olmasına rağmen insanlar tarafından bu kuram çoğu zaman takdir görmemektedir. Freud, bilinçaltından bahseden ilk bilim adamı değildir; ancak ondan önce de hiç kimse insan davranışlarını açıklamak için bilinçaltı süreçleri üzerinde bu kadar uzun süreli durmamıştır. Aynı zamanda rüyaların, içimizdeki korkuları ve istekleri dışa vurup vurmadığını merak etme durumu, Freud'un popülerleştirdiği görüşü benimsemiş olduklarını göstermektedir. İnsanlar binlerce yıldan beri rüyaları yorumlamış olsalar da rüya yorumunu kapsamlı psikolojik bir kurama dâhil eden ilk kişinin Freud olduğu söylenmektedir (Burger, 2017: 34). Freud, insan zihninin buzdağına

benzetmektedir. Buzdağının suyun yüzeyindeki küçük bölümünün bilinci, suyun altında kalan büyük bölümün ise bilinçaltını temsil ettiğini ifade etmektedir. Freud, yaptığı diğer araştırmalarda buzdağı modelinin insan kişiliğini açıklayamayacak kadar basit olduğunu keşfetmekte ve kendi yapısal modelini geliştirmek için çalışmalara başlamaktadır (Smith vd., 2012: 459-460). Bu model de; Freud, ahlâk ve kişilik gelişimini duygusal- güdüsel bir süreç olarak ele almakta ve bu süreçteki ahlâk gelişimini de id, ego süper ego ilişkilerindeki denge kavramı ile bağdaştırmaktadır (Kağıtçıbaşı, 2013: 361).

Freud, kişiliğin üç ayrı fakat birbiri ile etkileşim içindeki bileşenlerden oluştuğunu savunan kapsamlı teorisinde kişilikten; id (ilkel/alt benlik), ego (benlik) ve süper ego (üst benlik) olarak bahsetmektedir (Feldman, 2011: 440). Freud'e göre kişilik kuramını oluşturan yapılardan ilki olan id; kalıtsal olarak gelen içgüdüleri içeren ve doğuştan var olan psikolojik, biyolojik ve fizyolojik ihtiyaçların yer aldığı alan olarak ifade edilmektedir (Yanbastı, 1996: 21; Güney, 2000: 271). Freud'un libido olarak adlandırdığı id, ayıp, günah, suç ve yasak gibi kültürel sınırlamalardan etkilenmemekte ve insanların doğal dürtü ve hislerini temsil etmektedir (Eroğlu, 1998: 152). Freud id'i, insanın ilkel zihinsel yapısı olarak belirtmektedir. İd, esas itibarıyla içgüdüsel ve bilinçsiz denebilecek davranışların kaynağı durumundadır ve zaman içinde şuursuz biçimde gelişebileceği ileri sürülmektedir. Aynı şekil de id'in görünümü de değişebilmektedir. Belirli refleksler ve şuursuz tepkiler zaman içerisinde farklı şekillerde görülebilir. Görünümü ne olursa olsun, bu tepkiler ve tepkilerin görünümü çevreye şuursuzluk olarak yansıtılmaktadır. Örneğin, açlık sonucu belirli davranışların oluşması, bilinçsiz uyarıcılara karşı yine bilinçsiz tepkilerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır ve bu tepkilerin id ile ilgili olduğu düşünülmektedir (Erdoğan, 1994: 254).

Ruhsal enerji kaynağı olan id, enerjisini bedensel süreçlerden almakta ve diğer iki sistem olan ego ve süper egonun çalışması için gerekli olan gücü sağlamaktadır. Freud, id için, "gerçek ruhsal varlık" ifadesini kullanmaktadır. İd'in fazla enerji birikimine katlanamayacağını, böyle bir durum gerçekleşirse organizmada gerilim yaratacağını belirtmektedir. Böyle bir durumda, gerilimin giderilebilmesi için id'in biriken enerjiyi boşaltma eğilimi göstereceği ve bunun da id'in haz ilkesi olarak tanımlanacağı ifade edilmektedir (Yanbastı, 1996: 21).

Ruhsal enerji, doyurulma isteği ile içgüdü şeklinde ortaya çıkınca ego devreye girmektedir. Ego, kişiliğin yürütme organı olarak belirtilmektedir. İd'in istekleri ile dış dünyanın (ve süper egonun) eşleştirilmesi, bütünleştirilmesi ile uğraşmaktadır. Ego, id'in isteklerini gerektiğinde ertelemeye, hoş yaşantıları seçmeye ve hoş olmayanları ise uzak tutmaya çalışmaktadır. Ego, kişiliğin akıllı ve mantıklı bölümü olmakla beraber bir anlamda da kişiliğin karar organı olarak ifade edilmektedir (Bacanlı, 2012: 122). İd ise ego'nun tam aksine, mantıklı ve pratik olmayan tarafta yer almaktadır. Ego çoğu kez id ile çelişki halinde olsa da esas görevinin id'in arzu ve dürtülerini mümkün olduğu kadar yerine getirmek olduğunu bilmekte ve hep o yönde çalışmaktadır (Cüceloğlu, 2011: 408). Ego, hem doğayı temsil eden id'in istek, ihtiyaç ve iştahlarını gerçekleştirme yollarını kontrol edip bunun sonucunda bireyi dış çevresinden gelebilecek tehlikelerden korumakta hem de insanın başarısını ve güvenilirliğini sağlamaya çalışmaktadır. Burada, haz prensibinin değil, gerçeklik ilkesinin hüküm sürdüğu belirtilmektedir (Baymur, 1994: 254).

Sadece id ve egodan oluşan bir kişilik yapısının çok bencil olacağı ve bu yapının etkin biçimde çalışsa bile sosyal olmayacağı düşünölmektedir. Yetişkin davranışlarını gerçeklik kadar ahlâki kurallar da belirlemektedir. Kişinin vicdanı, yani ahlâki değerleri, ana-babası ve toplumla olan etkileşimi sonucunda oluşmakta ve kişiliğin ahlâki değerlerini gözetken bu kısmı da süper ego olarak tanımlanmaktadır (Morris, 2002: 458). Kişiliğin üçüncü ve en son gelişen sistemi süper ego, toplumsal kural ve davranışların standartlarını kapsamaktadır (Yanbastı, 1996: 22; İnanç ve Yerlikaya, 2012: 23). Süper ego, çocukluk döneminde gelişmeye başlayıp ilerleyen dönemlerde ise kişinin ailesi, öğretmenleri, çevresindeki diğer önemli kişiler tarafından öğretilen değer yargıları, hataları ve aynı zamanda yanlış yaptığımız anlarda bizi suçlu hissettirerek ahlâki açıdan uygunsuz davranmamızı engelleyen vicdanımızı temsil etmektedir. (Feldman, 2012: 441). Buradan da anlaşılacağı üzere, insanlar doğuştan süper egoya sahip olarak doğmazlar bu durumu yaşamlarındaki insanlarla iletişimleri sonucunda zamanla kazanmaktadırlar.

Freud'e göre yeni doğan bebekler farklı aşamalardan geçerek kişiliklerini geliştirmektedir. Freud bu aşamaları 'psikoseksüel gelişim dönemi' olarak adlandırmış ve kişilik gelişiminin beş dönem içinde kendini gösterdiğini savunmuştur. Ancak Freud yaşamın ilk altı yılına denk gelen gelişim dönemlerinde geçirilen yaşantıların üzerinde

durarak o dönemlerde geçirilen yaşantıların izlerinin hiçbir zaman tümüyle yok olmadığını ve yetişkinlik yıllarında da davranışları etkilemeye devam ettiğini ileri sürmektedir (Erden ve Akman, 2004: 86-87). Freud'un insan kişiliğine etki eden bu beş önemli dönemi yaşlar itibari ile şu şekilde ifade edilmektedir (Corey, 2008: 75-76):

- Oral Dönem (Yaşamın ilk yılı, 0-1 Yaş)
- Anal Dönem (1-3 Yaş)
- Fallik Dönem (3-6 Yaş)
- Gizli Dönem (6-12 Yaş)
- Genital Dönem (12 Yaş ve sonrası)

Freud'un teorilerine 1911'den sonra onu takip eden araştırmacılar tarafından karşı çıkılmakta ve bu teorileri sorgulamaya başladıkları gözlemlenmektedir. Birçok teorisyen bazı Freudiyen noktalardan başlamakla beraber daha sonra onun bu modeline yeni alternatif açıklamalar getirmektedirler. Bu kişilerin psikodinamik tipte çeşitli teoriler kurdukları ve bu teorileri de Freud'den bazı şeyler almakla birlikte onun orijinal teorisinden oldukça uzaklaştıkları görülmektedir. Bunlardan birisi olan Alfred Adler, kişiliğin şekillenmesinde sosyal etkilerin daha büyük bir payı olduğunu ileri sürmektedir (Arkonaç, 2003: 389).

Adler'in (1997: 16) kişilik kuramı, amaca yönelik ve bütünlüğü olan yaratıcı bir benlik anlayışından oluşmaktadır. Bu tutumun sağlıklı olması durumunda, çevreyle olumlu, yapıcı ve ahlâklı bir ilişkinin yürütülebileceğini ileri sürmektedir. Adler benliğin bütünlüğünü, "hayat tarzı" kavramı olarak adlandırmaktadır. Adler (2000: 16)'e göre, çocuklukta meydana gelen hayat tarzı, sarsıntı geçirmeden iyi bir şekilde var olduğu sürece hayatta kalmaktadır. Adler (1998: 39-40) kişilik kuramında, "aşağılık duygusu" ve "üstünlük duygusu" kavramlarını kullanmakta ve bu duyguların aşırı şekilde gelişmesini ise kompleks olarak ifade etmektedir. Her aşağılık kompleksinin altında az ya da gizli bir şekilde üstünlük duygusu, her üstünlük kompleksinin altında ise az ya da gizli bir şekilde aşağılık duygusunun bulunduğu belirtilmektedir.

Adler, kişiliğin şekillenmesinde doğum sırasının önemli olduğunu vurgulayan ilk psikolog olup; ailenin ilk çocuğunun ortancadan, ortancanın da ondan sonra doğanlardan farklı kişilik özelliklerine sahip olabileceğini vurgulamaktadır. Adler, ilk doğan çocukların anne babalarından aşırı ilgi görmeleri sonucunda şımarık bir yapıya sahip olduklarını, aynı şekilde en küçük çocukların da ailenin bütün üyeleri tarafından

şımartıldıklarını, ancak ortanca çocukların asla şımartılma lüksünün olmadığını savunmaktadır. Bu yüzden şımartılan çocukların ileriki yaşantılarında daha sorunlu bireyler olabileceğini belirtmektedir (Burger, 2017: 86). Adler'e (1998: 47) göre, ailedeki çocuklardan biri diğerlerinden üstün tutulduğunda diğer çocukların hepsinde bir aşağılık kompleksi oluşmakta ve hepsinin de bir üstünlük kompleksine kavuşmak için çaba harcadıkları ileri sürülmektedir.

İnsan yaşamında geçmişi inkâr etmeyen Adler, asıl önemli olanın geleceğe yönelik beklenti ve güdüler olduğunu bu sebeple de varılmak istenen amacın ister gerçekçi ister hayali olsun davranışlara yön verdiğini vurgulamaktadır (Altıntaş ve Gültekin, 2014: 28). Adler biyolojik kişisel özelliklerden çok sosyal ilişkilere ve toplumsal özelliklere önem vermektedir. Adler'in ilgi odağını, bireyin çevreyi ve geçmişi ne şekilde algıladığı, olayları ve kişiler arası ilişkileri nasıl yorumladığı bu yorumlardan da bireyin, etkilenme ve yaratma kapasitesi belirlemektedir. (Corey, 2008: 109; Altıntaş ve Gültekin, 2014: 29).

Freud ile fikir ayrılığına düşen kuramcılardan bir diğeri Carl Gustav Jung, cinselliğe gereğinden fazla önem verdiğini düşündüğü için Freud ile yollarını ayırmıştır. Salt bireysel bilinçaltının önemini vurgulayan Freud, onun birey ötesi bir boyutunun olabileceğini düşünmemektedir (Sambur, 2005: 39). Jung ise, kişiliğin önemli parçaları olan bilinçdışı ve benlik konusunda hocası Freud'e katılmakla birlikte kuramında daha çok kişiliğin şekillenmesinde ırk ve soya çekim faktörlerine önem vermektedir. Buradan hareketle ırkların özelliklerini taşıyan ve tüm insanlık tarihini kapsayan kalıtım ve genler yoluyla nesiller boyu devam eden "ırk bilinçdışı kavramını" savunmaktadır. Bu durum günümüz koşulların da olanaksız gibi gözükse de sosyolojik açıdan bazı örf, adet ve yaşama biçimlerinin davranışlara etki edebileceği mantıklı görülmektedir (Eren, 2010: 88).

İçedönük (introvert) ve dışadönük (extravert) kavramlarını kullanan ve üzerinde duran ilk kişi Jung'tur. Jung, bir kimsenin etkin bir yaşam sürdürebilmesi için bu iki yönü dengede tutulması gerektiğini savunmaktadır. Ona göre kişilik sorunları içedönüklük ve dışa dönüklük arasındaki dengesizlikten meydana gelmektedir (Cüceloğlu, 2011: 415). Jung'a göre bu iki temel tipin özellikleri (Schultz ve Ellen Schultz, 2008: 106):

- İçedönük tip, iç dünyalarına yönelmiş durumda; diğer insanlarla az birlikte olan, kendi düşünce ve duygularına odaklanan, utangaç tiplerdir.

- Dışadönük tip, sürekli başkalarıyla beraber olmak isteyen, toplumsal olarak iddialı ve katılımcı tiplerdir.

Jung'a göre herkesin her iki duruma da kapasitesinin bulunduğu ancak sadece birisinin kişilikte hâkim olabileceği ileri sürülmektedir. Egemen tutum kişinin bilinçli davranışlarını yönlendirirken bununla birlikte hâkim olmayan tutum ise, etkili olmaya devam etmekte ve davranışı etkileyebilecek bilinçaltının bir parçası haline gelmektedir (Schultz ve Ellen Schultz, 2008: 106).

Freud'dan oldukça etkilenen ve sonrasında yolları ayrılan bir diğer düşünür Erich Fromm, kuramında kişilik üzerinde tarihsel, ekonomik, sosyolojik ve antropolojik gibi faktörlerin etkilerinin olduğunu savunmaktadır (İnanç ve Yerlikaya, 2012: 113). Fromm, insanı "sosyal" bir yaratık olarak nitelendirmektedir. İnsanın şüphesiz açlık, susuzluk, cinsellik, uyku ihtiyacı gibi hayvanlarla ortak yönlere sahip birtakım temel fizyolojik ihtiyaçları olduğunu vurgulamaktadır. Ama bu ihtiyaçları insanların ifade ve tatmin şekilleri toplumdan topluma ya da kültürden kültüre değişiklik göstermekte ve dolayısı ile sosyo-kültürel etkenlerle belirlenmektedir (Fromm, 1994: 15).

Karen Horney'in, özellikle Freud'un kadının anatomik yapısı sebebiyle kendini eksik ve yetersiz hissetmesi hakkındaki görüşlerini eleştirmekte ve bu görüşüne karşı çıktığı belirtilmektedir (Hewstone vd., 2005: 297). Horney geliştirdiği kuramında, bireylerdeki davranışlar üzerinde bir takım çevresel faktörlerin etkisi olduğunu savunmakla birlikte; kişilerdeki olumsuz yaşantıların ebeveyn-çocuk arasındaki bağıllık ilişkisinin problemleri olmasından kaynaklanabileceğini ileri sürmektedir (Coolidge vd., 2001: 1387-1388).

Horney'in nörolojik işleyiş üzerindeki vurgusunun, insanların temel aksiyete ile başa çıkma yöntemlerinin yani bir çocuğun potansiyel olarak tehlikeli olan bu dünyada hissettiği yalnızlık, çaresizlik ve savunmasızlık duygusu gibi olumsuz etkilerden kaynaklandığı belirtilmektedir (Pervin ve Cervone, 2016: 142; Horney, 2007: 9). Çocuğun potansiyel tehlikelerden korkması nedeniyle, dünyayla güvenli bir yoldan başa çıkmasını mümkün kılan bazı "nevrotik eğilimler" geliştirmesi gerektiği ve bunların sonucunda sergilenen narsistik, mazoşistik ve kusursuzculuk gibi eğilimlerin içgüdüsel güçlerden değil temelde bireyin bilinmeyen tehlikelerle dolu vahşi bir yaşamda kendi yolunu bulma çabasına karşılık geldiği savunulmaktadır (Horney, 2007: 9).

Horney, kişiliğin temel elemanlarını “kaygı ve korku” olarak açıklamaktadır. İnsanlar çeşitli sebeplerden kaynaklanan kaygı ve korkularını ortadan kaldırmak için bir takım davranışlar sergilemektedir (Eren, 2010: 89). Horney, kişilerin kaygı ve korkularıyla başa çıkmak için sergileyebilecekleri davranışları; sempatik (uyumlu, dışadönük olma), saldırgan (antipatik, öfkeli olma) ve kendini geri çekme (içedönük olma) olarak üç temel başlık altında sınıflandırmaktadır (Boeree, 2006: 93). Sempatik (dışadönük) davranış; çocuğun insanlara sevgi ve yakınlık duygusu ile yaklaşması, düşüncelerini kabul ettirebilmek için büyüklerine karşı çıkabilen davranışlar geliştirmesi olarak açıklanmaktadır. Saldırgan (öfkeli) olma davranışı ise; bu tip davranışlar sergileyen çocukların genellikle çevresi tarafından reddedilen kişiler olup, davranışlarını güvenlik sağlama gereksinimlerine göre düzenlediği ifade edilmektedir. Saldırgan olma davranışı sergileyen çocukların, her şeyi kavga ederek ve tartışarak elde etmeye çalışma çabaları, çocukların kaygı ve korkularından bu yolla kurtulabileceği düşüncesine neden olmaktadır. Kendini geri çekme (içedönük olma) davranışı ise; çocukların insanlardan uzak durmasına ve başkalarına güvenmemesini neden olmakta, tek başlarına hareket ederek korkularından kurtulma çabasında olan çocuklar tarafından bu davranışlar sergilenmektedir (Yanbastı, 1996: 107).

1.4.3. İnsancıl Kişilik Kuramları (Fenomenolojik Yaklaşım)

İnsancıl kuramların, sağlıklı gelişim ve ilerleme yönünde doğuştan getirilen potansiyeller üzerine odaklandığı savunulmaktadır. Bu yaklaşıma göre, patolojinin nedeni, sağlıklı potansiyelimizin patojenik çevre koşulları tarafından engellenmesi olarak belirtilmekte ve böyle bir engelleme durumunda oluşabilecek bir takım rahatsızlıklardaki temel belirtinin kişinin kim olduğu, gerçekte ne istediği konusundaki farkındalığının azalması yani kendine özgü bir yaşam sürdürememesi olarak ifade edilmektedir. (İnanç ve Yerlikaya, 2012: 293). İnsancıl kişilik yaklaşımı, 20. yüzyılın ortalarına gelindiğinde insan doğasını açıklamak için yaygın bir şekilde kullanılan psikanalitik ve davranışçı yaklaşımlara duyulan hoşnutsuzluğa tepki olarak ortaya çıkmaktadır (Burger, 2017: 253).

Hümanistik kuramcılarının, mevcut durumsal şartlar ile bireylerin karakter özellikleri arasında bir etkileşim olduğunu ve dış güçlerin etkisiyle hareket etmenin kişiliği açıklamaya yeterli olmadığını düşünerek bu kişilik yaklaşımını geliştirdikleri belirtilmektedir. Bu yaklaşımın kuramcıları, davranışın kişinin dünyayı algılama şekline

ve düşüncesine bağlı olarak şekillendiğini savunmakta ve bireylerin kişilik yapısındaki farklılıkların, bireylerin dünyaya bakış açıları ile yakın bir ilgisi olduğunu düşünmektedirler (Kaşlı, 2009: 24). Diğer bir ifade ile teorisyenler, kişinin geçmiş yaşantılarının onun yetişkin davranışlarını etkilemediğini düşündükleri için kişinin kendisini ve çevresini şuan nasıl algıladığı, tercihlerini nasıl yaptığı ile ilgilenmekte ve buna önem vermektedirler. Dolayısıyla bu teorilerde “ben” kavramına ve rolüne verilen önemin çok büyük olduğu anlatılmaktadır (Arkonaç, 2003: 392).

İnsancıl kişilik yaklaşımının başlıca psikologlarından biri olan Maslow’un iki temel varsayımı bulunmaktadır. Bu varsayımlardan birincisine göre, kişinin ortaya koyduğu her davranışın temelinde ihtiyaçlarının bulunduğu ve bu davranışların kişinin sahip olduğu ihtiyaçları gidermeye yönelik olduğu savunulmaktadır. Dolayısıyla ihtiyaçların davranışları etkileyen önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (Koçel, 2011: 623). Yaklaşımın ikinci varsayımına göre ise, Maslow temel ihtiyaçların birbirleri ile kademeli olarak sıralı olduğunu ve bu sıralamanın çevre ilişkileri ile uyumun büyük önem arz ettiğini ifade etmektedir (Maslow, 2017: 40). Diğer bir ifade ile bireyin ihtiyaçları belirli bir hiyerarşi doğrultusunda dizilmekte ve alt kademede bulunan ihtiyaçlar giderilmeden üst kademede bulunan ihtiyaçların kişiyi davranışa sevk edemediği ileri sürülmektedir (Koçel, 2011: 623). Maslow’a göre, bir ihtiyacın karşılanması onun önemini azaltmamakta aksine daha yüksek bir ihtiyacı isteme düzeyini ortaya çıkarmaktadır (Maslow, 2017: 36). Bu durum insanın, biyolojik bir varlık olarak su ve yemek olmadan hayatını devam ettiremediğini; aynı şekilde, psikolojik bir varlık olarak da diğer temel ihtiyaçları karşılanmadan tam olarak gelişme gösteremediğini belirtmektedir. Dolayısı ile bu ihtiyaçların en temel fizyolojik ihtiyaçlardan başlayarak önemli psikolojik ihtiyaçlara doğru hiyerarşik bir düzen içerisinde olduğu savunulmaktadır (Pervin ve Cervone, 2016: 206).

Maslow (2017: 163) kişilik gelişiminde, ihtiyaçların bir öncelik sırasının olduğunu ve en gerekli ihtiyacın ilk olarak karşılandığını belirtmektedir. Sırasıyla bu ihtiyaçlar aşağıdaki gibidir:

1) Fizyolojik İhtiyaçlar: Açlık ve susuzluk gibi vücudun ihtiyaç duyduğu temel ihtiyaçlardır (Maslow, 1954: 35; Maslow, 2000: 253).

2) **Güvenlik İhtiyacı:** Fizyolojik ihtiyaçlardan yeteri kadar memnun kalındığında güvenlik ihtiyaçları ortaya çıkmaktadır. Kişinin kendini güvende hissetme ihtiyacı olarak ifade edilmektedir (Maslow, 1954: 39; Maslow, 2000: 256).

3) **Sevgi ve Aidiyet İhtiyacı:** Fizyolojik ve güvenlik ihtiyaçları tatminkâr sevide olduğunda ortaya çıkmaktadır. Çevresindeki insanlar ile yakın ilişki kurmak, benimsemek ve bağlanma isteğinden kaynaklanmaktadır (Maslow, 1954: 43; Maslow, 2000: 260).

4) **Saygı İhtiyacı:** Genellikle tüm insanlar tarafından özsaygı, benlik saygısı ve başkalarının saygınlığı için istikrarlı, sağlam temelli ve çoğunlukla yüksek arzular olarak tanımlanmaktadır. Güç, başarı, statü, tanınma ve beğenilme arzusudur (Akt.: Alderfer, 1967: 458).

5) **Kendini Gerçekleştirme İhtiyacı:** Bu ihtiyaçlar kişiden kişiye değişebilen ve bireysel farklılıklar gösteren ihtiyaçlar olarak açıklanmaktadır. Bir insanın sahip olduğu yetenekleri doğrultusunda, kendinin ne olduğunu gerçekleştirme çabası olarak ifade edilmektedir (Maslow, 1954: 46; Maslow, 2000: 261).

Hümanistik düşünörlere göre, bütün insanlığın tek bir motivasyonel gücü var olup onun da kendini gerçekleştirme yeteneği olduğu ifade edilmektedir. Carl Rogers, kendini gerçekleştirme yeteneğini “organizmanın kendi varlığını sürdürmesi ya da geliştirmesi için doğuştan gelen yeteneği” şeklinde tanımlamaktadır (Altıntaş ve Gültekin, 2014: 60). Diğer bir ifade ile Rogers insanların farkında olsun ya da olmasın kendini gerçekleştirme amaçlarının olduğunu ileri sürmektedir. Kişi kendini gerçekleştirme çabası içine girdiğinde, takındığı maskeleri çıkarıp, rolleri bırakarak kendi düşüncelerini, duygularını ve kişi olma özgürlüğünü sağladığında asıl amacına yönelmiş olmaktadır. Rogers’a göre kişinin kendini gerçekleştirmesi yani kendi olması, gerçek duygu ve davranışları arasındaki bütünlük ve uyumun keşfedilmesi şeklinde açıklanmaktadır (Rogers, 2011: 167-169).

Rogers’ın teorisine göre, insanın yaşamın engelleri tarafından önü kesilmediği sürece başarma ve mutluluk konumuna doğru ilerlediği ifade edilmektedir. Benlik kavramıyla çelişen bir bilgiyle karşılaşan insanların, ortaya çıkabilecek kaygıları önlemek için genellikle çarpıtma ve inkâr etme yolunu öğrendikleri belirtilmektedir. Rogers, bu inkârın üstesinden gelmek için anne-babalara ve terapistlere, koşulsuz olumlu düşünce

kullanımını önermektedir (Burger, 2010: 338). Rogers hastaları ile yaptığı terapi süreçleri sonucunda, terapistin kurduğu ilişkide davranışlarının gerçekçi ve tutarlı olması, terapiyi alan hastaya karşı kabul edici, sıcak ve olumlu tavırlar sergilemesi ve empati kurması (terapistin, terapiyi alan hastanın yaşadığı hisleri ve olaylara verdiği anlamları algılayıp ona yansıtması) ile beraberinde hastanın takındığı maskelerden sıyrılıp kişiliğini gerçekleştirebileceği savunulmaktadır (Rogers, 2011: 103-106).

Sonuç olarak, Maslow'un ortaya koyduğu yaklaşımda, kişilik gelişiminde temel ihtiyaçların etkili olduğu ve kişinin bir ihtiyacını gidermesi sonucunda bir diğer ihtiyacının ortaya çıkması ile beraber kişilik gelişiminde de üst düzeye çıktığı söylenebilir. Rogers ise, kişilik gelişiminde kendi gerçekleştirmenin önemi üzerinde durmakta ve yaklaşımında daha çok hastalarını yani danışanlarını her koşulda kabullenme fikrini önemsemektedir.

1.4.4. Sosyal Öğrenme Kuramı (Davranışsal Yaklaşım)

Davranışçı psikolojinin genelde psikanalitik kurama bir tepki olarak ortaya çıkıp gelişme gösterdiği ve o zamana kadar psikolojinin konusunun zihinsel ve ruhsal fonksiyonlar olduğu belirtilmektedir. Davranışçı psikolojinin konusu ise, salt davranış ve davranışsal birimler olarak açıklanmaktadır (Yanbastı, 1996: 139). Davranışçı yaklaşıma göre kişilik, bir insanın geçmişte yaşadığı koşulların toplam bir sonucu olmakla beraber psikologların zihinsel durumları incelemeyi durdurması gerektiğini ve yalnızca gözlemlenebilir davranışların incelenmesi gerektiğini savunmaktadır. Davranışçılar, davranışların gelişimini ve sürdürülmesini klasik ve edimsel koşullar ile açıklamaktadır. 1924'lerde Jonh B. Watson tarafından başlatılan davranışçılık akımı daha sonralar da Skinner, Pavlov, Thorndike, Rotter ve Bandura gibi araştırmacılar ile hayat bulmaktadır (Burger, 2017: 311-313).

Geleneksel yaklaşıma göre davranışlarımızın büyük bir kısmı tepkisel ve edimsel koşullanma yoluyla kazanılmaktadır. Ancak bu iki koşullanma türünü öğrenen kişilerin belirli uyarıcılarla doğrudan karşılaşması gerektiği vurgulanmaktadır. Oysa ki günlük hayatta başkalarının davranışlarını ve bu davranışların ne tür sonuçlar doğurduğunu gözlemleyerek, örnek alarak, işiterek ya da okuyarak da önemli bilgi ve beceriler edinildiği ileri sürülmektedir (Özkalp vd., 2004: 233; Morgan, 2009: 295). Diğer

insanların içinde buldukları durumları ve deneyimlerini gerektirdiği için bu tür öğrenmeye sosyal öğrenme de denilmektedir. (Özkalp vd., 2004: 233). Sosyal öğrenme kuramcılarının getirdiği kavramlardan biri de davranış-çevre-davranış etkileşimi olarak açıklanmaktadır (Staats, 1996: 205). Yani çevre sadece davranışları etkilememekte aynı zamanda davranışın içinde bulunulan çevrenin türünü belirlemekte ve bu da davranışları etkilemektedir. Yaklaşımcılar, insanların hareketlerini kısmen çevredeki diğer insanların hareketlerinin belirlediğini çünkü insanların dışsal ödülleri olmadığı zamanlarda da kendi pekiştirmelerini sağlayabildiklerini savunmaktadır (Burger, 2010: 351).

Davranışçı psikolojinin temellerini oluşturan ve önemli çalışmaları olan Pavlov, fizyolojik araştırmalarının büyük bir kısmını köpeklerin koşullanması üzerine yaptığını belirtmektedir (Altıntaş ve Gültekin, 2014: 179). Pavlov tarafından gerçekleştirilen ilk koşullanma deneyinin zil sesine karşı bir köpeğin salya akıtması olduğu ileri sürülmektedir. Bu deneyde köpeğe düzenli olarak, yiyecek verilmeden hemen önce zil sesi verilmekte ve bu işlem pek çok kez tekrarlandıktan sonra, yiyecek verilmediği halde köpeğin zil sesini duyduğunda salya salgıladığı gözlemlenmektedir. Diğer bir ifadeyle köpeğin zil sesine salya salgılamayı öğrendiği anlatılmaktadır (İnanç ve Yerlikaya, 2012: 183). Weiten ve arkadaşlarına (2016: 45) göre, Pavlov'un bu keşfine koşullanmış refleks denilmektedir. Klasik olarak koşullanmış tepkilerin, bunların çoğu nispeten istem dışı olduğu için, refleks olarak kabul edildiği ifade edilmektedir. Klasik koşullanmanın ürünü olan tepkilerin, öğrenilmiş olduğu ve refleks kelimesinin de bu tepkileri otomatik olarak tetiklediği düşüncesini iletmek için kullanıldığı söylenmektedir.

Bu yaklaşımın diğer kurucularından biri olan Watson, bir davranışçı olarak psikolojiyi, doğal bilimin tamamen nesnel bir dalı olduğunu ve hedefinin de davranışın tahmin edilmesi ve denetlenmesi olduğunu ileri sürmektedir. İç gözlemin (psikolojide) kullanılan yöntemlere temel oluşturamayacağını ve verilerinin de bilimsel değeri bilinç bağlamında yapılan yorumlara bağlı olamayacağını savunmuştur (Watson, 1913: 158-176). Kısacası Watson incelemenin asıl konusunun, düşünme, duygular ve akıl yürütme gibi gözlemlenemeyen süreçleri içeren bilinç değil, davranışlar olduğunu söylemektedir (Goldstein, 2013: 41). Watson'a göre kuramcıların; bilinçle değil davranışla uğraşan psikoloji çalışmaları yapmaları ve hedef noktalarının bu olması gerektiği belirtilmektedir (Watson, 1913: 158-176).

Watson, uyarılara karşı verilen duygusal tepki türlerinin başlangıçta korku, öfke ve sevgi olmak üzere üç tip olduğunu ancak bunları destekleyen doğrudan deneysel kanıtların bulunmadığını savunmaktadır. Bu tepkilerin bebeklik döneminde çok az olduğunu ve bu duygusal tepkileri koşullanmamış tepkiler olarak varsaymaktadır (Watson ve Rayner, 1920: 117). Watson ve Rayner 9 aylık bir bebekte bir dizi deney yapmışlar ve bu deneylerin sonucunda koşullanmış tepkilerin bebeğin davranışlarının doğrudan ve dolaylı olarak etkilediğini gözlemlemişler (Goldstein, 2013: 41).

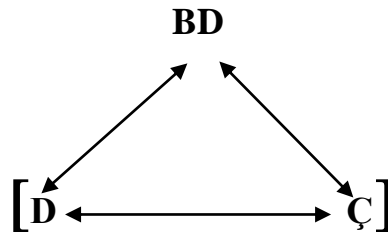
Skinner'in davranışçılığa yeni bir araç sunarak bu yaklaşımın daha uzun yıllar psikolojide egemen olmasını sağladığı belirtilmekte ve yemek ya da sosyal onay gibi pozitif pekiştiricilerin ya da şok veya sosyal reddedilme gibi negatif pekiştiricilerin kaldırılmasının davranışı nasıl güçlendirdiğine odaklanarak edimsel koşullanma düşüncesini psikolojiye getirdiği vurgulanmaktadır (Goldstein, 2013: 43). Skinner, kişiliğin üzerinde çevresel faktörlerin önemli etken olduğunu ve “edimsel koşullanma” kavramının insan davranışlarına uygulanan, davranışın sonucu ile kontrol edilebilen bir analiz olduğunu savunmaktadır (Skinner, 1976: 164). Edimsel koşullanma, davranışların sonuçlarının, şartlandırılması yani belli bir uyarıcının kontrolü altında benzer davranışların sergilendiği güdülenme kuramı olarak da bilinmektedir (Skinner, 1976: 199-202). Bir diğer ifade ile davranışın sonuçlarını iyileştirerek değiştirmenin yöntemlerine verilen tedavinin genel adı olarak da adlandırılmaktadır (Gerrib ve Zimbardo, 2012: 487). Bir davranışın edimsel bir davranış olup olmadığını anlamının en kolay yolunun, o davranışı neden yaptığımızı anlamak olduğu belirtilmektedir. Eğer belirli bir davranış sergilenerek bir amaca ya da sonuca ulaşmak isteniyorsa o davranış edimsel bir davranış olarak ifade edilmektedir. Edimsel davranışların, kendi yarattıkları sonuçlara bağlı olarak değişen davranışlar olduğu ve sonuçları değiştiğinde, bu davranışların gelecekte tekrarlanma olasılığının da değişebileceği ileri sürülmektedir (Özkalp vd., 2004: 230).

Bilişsel-sosyal öğrenme kuramcıları, kişilerin kendi beklenti ve değerlerini kendi davranışlarını yönlendirecek şekilde örgütlediğine inanmaktadırlar. Bu tür kişisel standartlar bütününe bireyin yaşam öyküsünden oluştuğu bunun için de her bireyde kendine özgü bir yapının görüldüğü belirtilmektedir. Davranışlarımızın, bilişler (kişilerin bir durumu ve o durumda kendi davranışları hakkında ne düşündükleri) ile öğrenme ve geçmiş deneyimlerin (pekiştirme, ceza ve model almada dâhil olmak üzere) ve yakın

çevrenin etkileşiminin bir ürünü olduğu savunulmaktadır (Morris, 2002: 474). Bilişsel-davranışçı bir kuramcı olan Albert Bandura'nın, kişiliğin önemli ölçüde öğrenme ile şekillendiğine inandığı için davranışçılık dürtüsünü kabul ettiği ifade edilmektedir (Weiten, 2016: 48). Ancak Bandura, koşullanmanın insanların pasif katılımcılar olduğu mekanik bir süreç olmadığını ve davranışların oluştuğu veya değiştiği ortamlarda incelendiğini iddia etmekte bu duruma tepki olarak da kendi kuramsal bakış açısını (sosyal-öğrenme) geliştirmektedir (Nelson-Jones, 1982: 131; Weiten, 2016: 48; Schultz ve Ellen Schultz, 2008: 506).

Sosyal öğrenme kuramı, klasik ve edimsel koşullanma olan iki temel öğrenme türünü kabul etmektedir. Ayrıca “gözleyerek öğrenme” ve “örnek alarak öğrenme” denilen özel bir ayırt etme öğrenmesi üzerinde de durmaktadır. Bu tür öğrenmede kişinin, bir duruma karşı yapacağı davranımı, aynı davranımı yapan birini gözleyerek öğrendiği ileri sürülmektedir (Altıntaş ve Gültekin, 2014: 210). Bandura, Skinner'in görüşlerine tamamen itiraz etmez, ancak insan öğrenmesinin sosyal bir ortamda ve çocukların en önemli öğrenme yaşantılarının başkalarının davranışlarını gözlemleyerek oluştuğunu savunmaktadır (Cüceloğlu, 2011: 426).

Skinner'in bakış açısına göre çevresel belirleyicilik modelinde; davranışlarda (D) çevresel olasılıkların (Ç) bir sonucu (S), bu (D=S(Ç)) şeklinde ifade edilmektedir. İnsancıl bakış açısına göre kişisel belirleyicilik modelinde; çevre (Ç) davranış (D) tarafından belirlenmekte (S) bu da (Ç=S(D)) biçimde ifade edilmektedir. Bandura “sosyal-öğrenme” modelinde ise; insan davranışlarını (D), bilişsel-davranış (BD) ve çevresel (Ç) belirleyiciler arasında karşılıklı etkileşimler olarak ele almaktadır. Bu karşılıklı belirleyicilik durumu, aşağıdaki şekilde ifade edilmektedir (Nelson-Jones, 1982: 131):



Şekil 1. Bandura “sosyal-öğrenme” Modeli (Kaynak: Nelson-Jones, 1982: 131)

Şekil 1.1' de görüldüğü üzere çevrenin bireylerin davranışları etkileme noktasında hem sonuç hem neden olduğunu görülmektedir.

Sosyal öğrenme kuramına göre insanların kendi yaşamlarının doğası ve niteliği üzerinde etkiye bulunma kapasitelerinin olduğu belirtilmektedir. Bu sebeple insanların sosyal sistemlerin hem ürünü hem üreticisi olduğundan bahsedilmektedir (İnanç ve Yerlikaya, 2012: 209).

1.4.5. Ayırıcı Özellik Kuramları (Hiyerarşik Kişilik Kuramları)

Ayırıcı özellik kuramları (traits), özellik kuramları olarak da adlandırılmaktadır. “Özellik Kuramı” (Traits), bireylerin çeşitli özellikler bakımından birbirlerinden farklı olduğu gerçeğine dayandırılan ve bir bireyi diğer bireylerden ayırabilen kalıcı ve belirgin özellikler olarak adlandırılmaktadır (Özgüven, 2014: 30; Morgan, 2009: 286). Bu kuram, kişiliği tipolojik açıdan inceleyen araştırmalara dayanmakta ve bir kişinin değil bir özellik sürekliliğinde değişik noktalarda bulunan insanların davranışlarını çalışmaktadır. Bir diğer ifade ile kuramın temsilcileri, kişinin temel özelliklerinin belirli bir zaman içerisinde kararlı bir şekilde devamlılık göstermesi ve bu özelliklerin farklı durumlarda dâhi istikrarını sürdürmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Burger, 2017: 135). İnsan kişiliğini, kişiliği nitelendiren özelliklerin bir sentezi olarak değerlendiren bu psikoloji dalı, kişinin temel özelliklerinin tespit edilmesi durumunda kişiliğinin de anlaşılacağına savunmaktadır. Bu amaçla kişiliği niteleyici ve birbirine zıt özellikler belirlenerek bireyin bunlar ile ilgili durumunun bileşimi olarak kişilik profilleri üretilmektedir (Cüceloğlu, 2011: 416-418).

Ayırıcı özellik yaklaşımını, bir dizi ortak varsayım birlikte tanımlamaktadır. En temel varsayım da insanların belirli şekilde tepki vermek için özellik adı verilen geniş çaplı ön eğilimlere sahip olması ile ilgili olduğu, yani bireyin davranış, his ve düşüncelerinde tutarlılık eğilimini yansıtan kişilik özelliklerine sahip olmasıdır (Pervin ve Cervone, 2016: 235). Bu duruma örnek olarak, dışa dönüklük eğilimi yüksek olan insanlar, diğerlerine nazaran çevreleriyle daha fazla ilişki kurmaya yatkın ve daha rahat hareketler sergileyen insanlardır. Özellik yaklaşımı kuramcılarına göre, insanlar kişiliklerini oluşturan özelliklerinin seviyelerine göre birbirlerinden ayrılmaktadır (Carver ve Scheier, 1996; Akt.: Isır, 2006: 51).

Ayırıcı özellik yaklaşımları, kişilik gelişimini açıklama ve kişiliği değiştirme konuları ile daha az ilgilenmekte olup daha çok kişiliği tasvir ederek bu tasvire dayalı yapılan davranışları yorumlamaktadır (Ciccarelli ve White, 2016: 424). Özellik yaklaşımının amacı, kişilik testleri ve dereceleme ölçekleri ile ölçülen bireyi tanımlamaya yönelik belirli sayıda niteliğin bir araya getirilmesi olarak belirtilmektedir. Özellikleri seçme ve ölçmenin bilimsel yollarından biri de faktör analizi olarak ifade edilmektedir. Bu matematiksel bir işlem olup farklı nitelikler arasındaki ilişkileri incelemenin bir tekniği olarak açıklanmaktadır (Morgan, 2009: 286-287).

Bu yaklaşımın bilinen ilk ayırıcı özellik kuramcısının ve aynı zamanda kişiliği oluşturan özellikleri listeleme ve betimleme girişimlerinden ilk çalışmaları yapanın Gordon Allport olduğu belirtilmektedir (Goldberg, 1990: 1216; Allport ve Odbert, 1936: 3). Bilinen ilk çalışması 1921 yılında olan Allport'un, "Kişilik Özellikleri: Sınıflandırılması ve Ölçümü" adlı çalışmasını kendisi de psikolog olan ağabeyi Floyd ile birlikte, Freud'un bilinçdışı süreçler üzerindeki aşırı vurgusuna bir tepki olarak gerçekleştirdikleri ileri sürülmektedir (İnanç ve Yerlikaya, 2012: 241).

Allport'a göre, ayırıcı özellikler veya onu deyimiyle "yatkınlık" sinir sisteminde bulunan ve farklı durumlarda davranışları tutarlı bir şekilde yönlendiren yapılar olarak adlandırılmaktadır. Yine Allport'a göre, bu özellikler pek çok insanda yaygın olarak görülmesine rağmen her kişinin ayırıcı özellik "kümesi" nin benzersiz yani kendine özgün bir bütün olduğu savunulmaktadır (Ciccarelli ve White, 2016: 425; Morris, 2002: 471). Allport, önce insanları karşılaştırarak bunlar arasında ortak ve genel olan nitelikleri belirleyip, sonra her insanda ayrı ayrı var olup da diğer insanlarda bulunmayan yalnızca "kişiliğe özgü" olan özellikleri tespit etmiştir. Allport'a göre bir insanı kişisel özellikleri bakımından ölçmek onu, belli bir kültür grubunda bulunan insanlardaki ortaklaşa olan özelliklere göre değerlendirmek anlamına gelmektedir (Öztabağ, 1970: 184).

Allport kişilik kavramını; bireyin çevresine olan özel uyumunu belirleyen psiko-fizyolojik sistemlerinin dinamik bir örgütlenmesi olarak tanımlamaktadır. Allport kişiliği incelemiş ve kişilikte bulunan davranış eğilimleri olarak tanımladığı treyt kavramı üzerinde yoğunlaşmıştır (Yanbastı, 1996: 207-209). Kişiliği oluşturan özellikleri listeleme ve betimleme girişimlerinin ilk çalışmalarının Allport tarafından gerçekleştirildiği ileri sürülmektedir (Ciccarelli ve White, 2016: 425; Morris, 2002: 471). İngilizcede kişilik

özelliklerini ifade eden pek çok sözcüğün olduğu, Allport ve meslektaşı Odbert'in, ayırıcı kişilik özelliğini belirleyen bu sözcükleri sözlükten tarayıp 18.000 tanesini bulduktan sonra betimleyici "sıfatların" bir listesini oluşturdukları belirtilmektedir (Morris, 2002: 471; Özgüven, 2007: 319). Allport ve Odbert'in sonrasında bireylerin kişilik özelliklerini niteleyen sözcükleri ayırarak bu listeyi 4.504'e indirdikleri ve eş anlamlılarını eleyerek "Gerçek Nitelik" adını verdikleri 200 özelliğe kadar düşürdükleri fakat bu sayının da çok yüksek bulunduğu anlatılmaktadır (Ciccarelli ve White, 2016: 425; Morris, 2002: 471; Özgüven, 2007: 319).

Treyt düşüncesinin kişiliğin tanımlanmasında ana unsurlardan birisi olduğunu savunan Raymond Cattell, bu düşünceye en çok katkıda bulunan bilim adamlarından bir tanesidir. Cattell Treyt'i, kişilik yaklaşımının temel eğitim birimi ve davranıştan anlam çıkaran zihinsel yapı olmakla beraber davranışsal tutarlılığı açıklayan temel bir yapı olarak ifade etmektedir (Mischel vd., 2007: 51). Lisans derecesi kimya alanında olan Cattell'in, insan kişiliğini oluşturan öğelerle ilgili kavramlar geliştirmede aksine diğer bilimlerde kullanılan yaklaşımları benimsediği belirtilmekte ve bir kimyagerin araştırmaya başlamadan önce doğada ne tür elementlerin olduğunu tahmin etmeye çalışmaması gibi psikologların da önceden belirlenen kişilik özellik listesi ile işe başlamamaları gerektiğini savunmaktadır. Kişiliğin nasıl olması gerektiğine dair sezgileri doğrulamak yerine bu soruya cevap bulabilmek için araştırmacıların deneysel yöntemler kullanmalarını önermektedir. Cattell'in çalışmalarının yön bulmasını sağlayan ana unsurun, kaç tane temel kişilik özelliğinin bulunduğunu keşfetmek üzerine olduğu belirtilmektedir (Burger, 2017: 140-141).

Allport gibi Cattell de bütün insanlarda ortak olan treytlere özel treytlere ayırarak, özel treytlere sadece belirli insanlarda mevcut olduğunu, hiçbir şekilde başka insanlarda aynı şekilde görülmediğini savunmaktadır (Mischel vd., 2007: 51). Cattell'in kendisinden önce bu konuda çalışan Allport ve Odbert (1936)'in çalışmalarını faktör analizi yöntemini kullanarak sürdürdüğü ve onların "Gerçek Nitelikler" (Real Traits) listesinden diğer sıfatları da temsil edeceğine inandığı sıfatları seçerek, bunlara psikoloji ve psikiyatri literatüründe olan nitelikleri de ekleyerek 171 betimleyici nitelikten oluşan yeni bir liste meydana getirdiği belirtilmektedir (Özgüven, 2007: 319).

Cattell bu 171 sıfatı bir derecelendirme ölçeği şeklinde düzenlemekte ve üniversite öğrencilerine arkadaşlarını derecelendirmek üzere uygulamaktadır. Cattell, elde ettiği veriler arasında “ara korelasyonları” bulmuş ve bunlara faktör analizi yöntemini uygulayarak listedeki kişilik niteliklerini 36 “boyuta” indirgemıştır. Cattell’in (1957) bu nitelikleri “Yüzeysel Nitelikler” (Surface Traits) olarak adlandırdığı ifade edilmektedir (Özguven, 2007: 319). Cattell’in araştırmalarının sonucunda insan kişiliğini oluşturan birbirinden bağımsız 16 temel nitelik bulunduğu ve bunlara “Kaynak Nitelikler” (Source Traits) ’in 10 boyutu adını vererek 1949 yılında “16 Kişilik Faktörü Envanteri” nin ilk halini yayımladığı belirtilmektedir (Burger, 2017: 143; Özguven, 2007: 319). Kerlinger’e (1973: 245) göre faktör analizi, aynı olguya ilişkin ve birbiriyle ilişkili iki veya daha fazla değişkenin birbirleri ile olan ilişkilerini inceleyerek bu değişkenlerin sayısını azaltmak ve bu fazla sayıdaki değişkenden daha az sayıda tanımlanabilir anlamlı değişkenler keşfetmek amacıyla uygulanan istatistiksel bir yöntemdir.

Cattell, yüzeysel nitelikleri ortaya çıkaran, kaynak nitelikleri daha derin, köklü ve daha saf bir birlik gösteren özellikler olarak tanımlamaktadır. Korelasyonları yüksek yüzey ve kaynak listelerinden birer örnek Tablo 1. 2’de sunulmuştur (Öztabağ, 1970: 185):

Tablo 1.2. Cattell’in Yüzey ve Kaynak Özellikleri Listesinden Örnekler

YÜZEY ÖZELLİKLER	KAYNAK ÖZELLİKLER
Doğruluk, diğergamlık- Aldatıcı, güvensizlik	Heyecan bakımından zengin –Duygu kütlüğü
<ul style="list-style-type: none"> • Güvenilir-Aldatıcı (sahtekar) • Sadık-Dönek • İyi niyetli- Taraf tutan 	<ul style="list-style-type: none"> • İyi huylu • Kibar tavırlı (insanlara karşı dikkatli)- • Kayıtsız, müstağni • Güvenilir- Şüpheli
Disiplinli düşünüş- Budalalık (Aptallık)	Kendisine Güvenir-Duygusaluluk, asabiyet
<ul style="list-style-type: none"> • Düşünceli- Düşüncesiz • Akıllı- Budala • Ağır başlı- Hovarda 	<ul style="list-style-type: none"> • Olgun- Bozulmalara tahammül edemeyen • Olaylar karşısında gerçekçi olan- Çekingen, kararsız • Sinir yorgunluğu olmayan-Asabi yorgunluk
Sokulganlık-Utangaçlık	Hakimiyet- Boyun eğme
<ul style="list-style-type: none"> • Sosyal (girgin)- Utanç • Sosyal (atak)- Münzevi • Saldırgan- İçer dönük 	<ul style="list-style-type: none"> • Kendine güvenen, emin- Boyun eğen, emin olamayan • Öğünen, kibirli- Alçakgönüllü, içe kapanık • Saldırgan, kavgacı- Hoşgören
Tutum, dik başlılık- Çabuk değişme	Fazla telaş- Alınganlık
<ul style="list-style-type: none"> • Muhafazakâr-Değişmeyen • Tutumlu- Müsrif (mala önem vermeyen) • Ukala, düzenli- Düzensiz 	<ul style="list-style-type: none"> • Neşeli, sevinçli- Çöküntülü, karamsar • Girgin, hevesli- İçer kapanık, çekingen • Gayretli- Kendini koyvermiş, gevşek

Kaynak: Hilgard, 1967: 472-473; Akt.: Öztabağ, 1970: 185.

Tablo 1.2’de Cattell’in yüzey özellikleri; doğruluk, diğergâmlık-aldatıcı, güvensizlik, disiplinli düşünüş-budalalık (aptallık), soğukkanlılık-utangaçlık, tutum, dik başlılık-çabuk değişme gibi, kaynak özellikler ise; heyecan bakımından zengin-duygu kütlüğü, kendisine güvenir-duygululuk, asabiyet, hakimiyet-boyun eğme, fazla telaş-alınganlık faktörleri ile açıklanmaktadır.

Hans J. Eysenck de Cattell gibi psikolojinin amacının davranışı tahmin etmek olduğunu ve kişiliğin incelenmesinde faktör analizinden yararlanılması gerektiğini belirtmektedir. Eysenck, insan kişiliğinin yapısının değerlendirilmesi ve ölçülmesi konusunda karmaşık psikometrik tekniklerin gerekli olduğuna ancak bunların tek başına yeterli olamayacağına inanmakta (1997), biyolojik temeller de ortaya konulmadıkça faktör analizi yöntemi ile elde edilecek kişilik bileşenlerinin yetersiz ve anlamsız olacağını savunmaktadır (İnanç ve Yerlikaya, 2012: 272). Eysenck’in faktör analizini kullanma yönteminin Cattell’den biraz farklı olduğu belirtilmektedir. Tümevarımcı bir yaklaşımı benimseyen Cattell’in aksine Eysenck’in tümdengelim yaklaşım yöntemini kullandığı yani verileri toplamaya başlamadan önce ölçülmek istenen temel özelliklerle ilgili iyi geliştirilmiş önyargılı hipotezler ile işe başladığı ve bu özelliklerle ilgili kesin ölçümler gerçekleştirilerek yola devam edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Eysenck bu yaklaşımla kişilik faktörlerini belirlemede dört temel düzey ortaya koymaktadır (Feist ve Feist, 2008: 405).

Kişiliği hiyerarşik açıdan inceleyen Eysenck’in kuramının temeli, kişiliği oluşturan faktörlerin sıralanması veya belirli bir hiyerarşi içinde oluşması esasına dayandırılmaktadır. Eysenck (1950), kişiliği dört düzeyde incelemektedir (Eysenck, 1950: 28-32; Erdoğan, 1994: 248-249; Güney, 2000: 77):

-Birinci Düzey: Kişiliğin en alt ve çok özel tepkiler içeren düzeyi olarak açıklanmaktadır. Belirli uyarılara karşı biyolojik tepkilerin gösterilmesi ve kalıtsal özelliklere göre bireyin belirli özellikleri taşımasının bu düzeyle ilgili olduğu ifade edilmektedir.

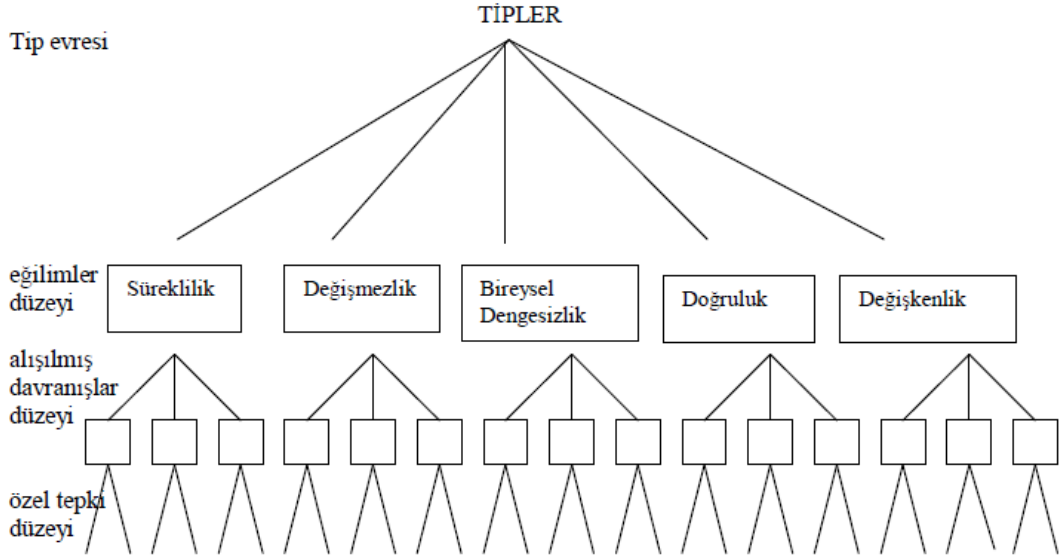
-İkinci Düzey: Bireyin bazı bilgi ve deneyimleri elde etmesi sonucunda benzer koşullar altında benzer davranışlarını tekrarlama eğilimi göstermesi yani alışkanlıklara dayalı özelliklerle ilgili olan düzeydir. Kişiliğin ikinci basamağı olarak ifade edilen bu düzeyle bireysel davranışların tutarlılık seviyesi ölçülmektedir.

-Üçüncü Düzey: Eğilimler düzeyi ve kişinin birçok alışılmış davranışlar arasında belirli eğilimleri kazanması olarak tanımlanmaktadır. Bu düzeyde kişilik kalıplarının ve eğilimler düzeyinde kişiliğin süreklilik, değişmezlik, bireysel dengesizlik, doğruluk, değişkenlik ve heyecanlılık özelliklerinin ortaya çıktığı görülmektedir.

-Dördüncü Düzey: Kişiliğin son düzeyi olan tip safhasında ise baskın özelliklere göre belirgin tiplerin ortaya çıktığı ileri sürülmektedir. Eysenck'in yaklaşımına göre tipin ortaya çıkmasında her bir düzeyin baskın faktörünün etkisini ve bireyin kişilik özelliğinin hangi dilimden fazla etkilendiğinin önemi vurgulanmaktadır.

Eysenck ve teorisini benimseyenlere göre, kişiliğin ortaya çıkması ve belirgin tiplerin oluşması bu faktörlerin ağırlığının bireyden bireye değişiklik göstermesine bağlıdır (Erdoğan, 1994: 249). Eysenck'in yaklaşımın şekil yardımı ile açıklayacak olursak:

Şekil 2. Eysenck'in Kişilik Yaklaşımı

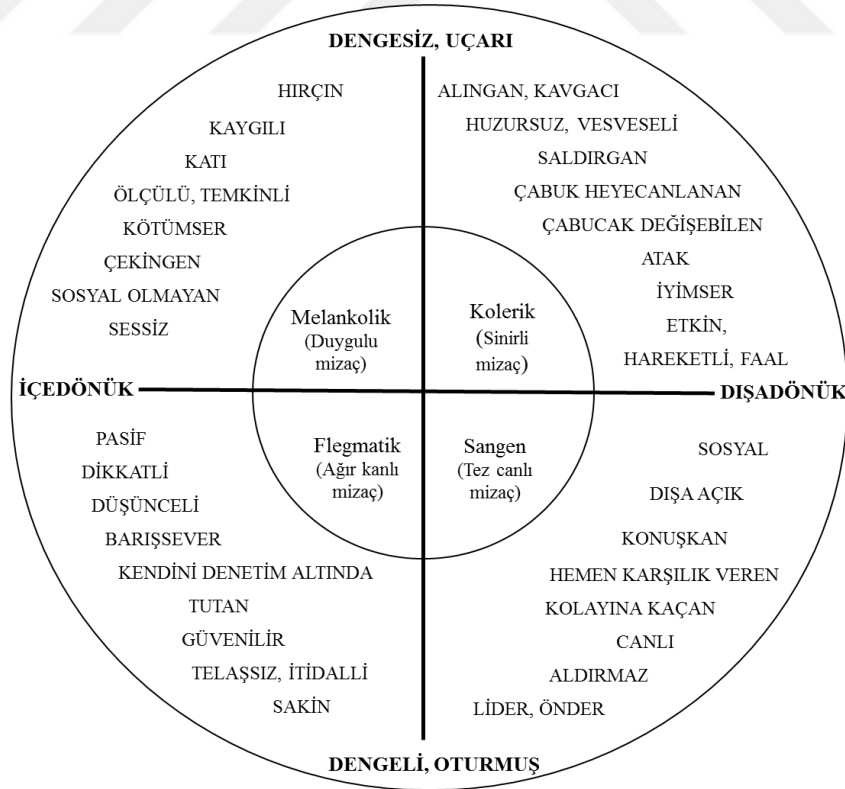


Kaynak: Erdoğan, 1994: 249; Türkel, 1992: 39

Kişiliğin biçimlenmesini sağlayan faktör, tip evresine kadar olan aşamadaki özelliklerin bireyde kümelenme biçimi olarak tanımlanmaktadır. Bu kümelenmenin her bireyde değişik olmasından kaynaklanan tip farklılıkları, başka bir deyiş ile kişilik farklılıkları ortaya çıkacaktır (Türkel, 1992: 39; Erdoğan, 1994: 249).

Eysenck'in kişilik tiplemesi teorisini, iki ayrı boyut ve bu boyutların her bir ucunda birer kişilik özelliği bulunan bir kalıp içerisinde oluşturduğu ileri sürülmektedir. Bu boyutlardan birincisi, içedönük-dışadönük özelliğinden oluşan boyutlar, ikicisi ise, dengeli/oturmuş- dengesiz/uçarı özelliklerinden oluşan boyutlar olarak belirtilmektedir (Eysenck ve Wilson, 1998: 16). Şekil 1.3.'de dengeli ve dengesiz ile içedönük ve dışadönük tabloyu dört gruba ayırmaktadır. Bu gruplar “dengesiz-dışadönükler”, “dengesiz-içedönükler” ve “dengeli-dışadönükler”, “dengeli-içedönükler” şeklinde gösterilmekte ve grupların özellikleri maddeler halinde gösterilmektedir. Eysenck ve Wilson' (1998: 16) göre, ortada yer alan bölmede ise, Yunan tiplerinin isimleri yer almakta ve “melankolikler” duygulu mizaç olarak dengesiz-içedönük, “kolerikler” sinirli mizaç olarak dengesiz-dışadönük, “flegmatikler” ağırkanlı mizaç olarak dengeli-içedönük, “sangenler” tez canlı mizaç olarak dengeli-dışadönük olarak ifade edilmektedir. Yunan modelinde herkesin dört gruptan birine ya da diğerine uymak zorunluluğunda olduğu günümüzde ise iki grupta birleşen kişiliklerin mümkün olduğu belirtilmektedir.

Şekil 3. Eysenck'e Göre Kişilik Tipleri



Kaynak: Eysenck ve Wilson 1998: 17

Eysenck'in ie dönüklük-dışa dönüklük boyutlarını, bir kişinin temel yönelimlerinin kendine ya da dış dünyaya dönük olma derecesini anlamak için kullandığı belirtilmektedir. Ölçeğin içedönüklük ucundaki kişilerin; utangaç, daha çok tek başına çalışmayı tercih eden, özellikle duygusal stres ve sorunlarla karşı karşıya kaldıklarında ilerine kapanma eğilimi gösterdikleri, dışa dönüklük ucundaki kişilerin ise; sosyal, başka insanlarla doğrudan temasta bulunmayı gerektiren meslekleri seçen, stres zamanlarında ise yanlarında birileri olsun isteyen kişilik yapısında oldukları savunulmaktadır. Nörotisizm (dengeli-dengesiz), bir duygusallık boyutu olarak ifade edilmektedir. Ölçeğin bir ucunda hırçın, kaygılı ve kötümser kişiler, diğer ucunda ise sakin dışa açık kişiler vardır (Smith vd., 2012: 454).

Eysenck yaptığı çalışmalarının sonucunda kişiliğin büyük oranda kalıtsal faktörler tarafından belirlendiğini vurgulamakta ve buna bağlı olarak da; *“Kişiliğimizi değiştirmek için yapabileceğimiz bir şeyler olsaydı, belki de o kadar kötü olmayacaktı; ne yazık ki durum böyle değildir”* yorumunu yapmaktadır. Eysenck, kişiliğin ana ve babanın genlerinin rastlantısal düzeniyle olduğunu, çevrenin kişiliğin oluşumunda etkisinin bulunması ile birlikte çevreyi kısıtlı bir etki olarak görmektedir (Eysenck ve Wilson, 1998: 20).

Allport'la başlayan, Cattell ve Eysenck ile devam eden ayırıcı özellik araştırmalarının ve kişiliğin temel boyutlarını belirleme çabalarının 1970'lerin sonundan 1980'lerin başlarına kadar Robert McCrae ve Paul Costa'nın çalışmaları ile yeni bir noktaya ulaştığından bahsedilmektedir (Costa ve McCrae, 1985,1992; Akt.: İnanç ve Yerlikaya, 2012: 286). Kişiliğin özelliklerini ve sürekliliğini incelemek amacıyla faktör analizine yönelen bu iki araştırmacının öncelikle dışa dönüklük ve nevrotizizm boyutlarına odaklandığı sonrasında ise “deneyime açıklık” adını verdikleri yeni bir boyut keşfettikleri ileri sürülmektedir. McCrae ve Costa'nın araştırmalarının sonucunda bu boyutları ölçmek amacı ile Neo Kişilik Envanterini ortaya çıkardığı belirtilmektedir (McCrae ve Costa, 1987: 82; Costa ve McCrae, 1997: 86).

McCrae ve Costa, beş faktörün kişilik raporları ile kendi raporları olan dışa dönüklük, nevrotizizm ve deneyime açıklık arasında eş değerlendirme yaparak kişilik raporlarını karşılaştırmışlardır. Yapılan alışmalar sonucunda, Norman tarafından 1963 yılında “kişilik özelliklerinin derecelendirme leği” olarak sunulan beş faktör

modelindeki; kültür faktörünü deneyime açıklık şeklinde yorumlayarak dışa dönüklük ve nevrotikliğe uygunluğu gösterilmiştir (McCrae ve Costa, 1987: 82). 1978 yılında “Neo Kişilik Envanteri” olarak yola çıkılan çalışmalarda, envantere 1985 yılında uyumluluk ve sorumluluk boyutları eklendiği, 1989’da “Neo Kişilik Envanteri” ile birleştirildiği, 1992’de tüm boyutları ile genişletilerek günümüz araştırmalarında da kullanılan beş faktör kişilik ölçeğinin ortaya çıktığı belirtilmektedir (Costa ve McCrae, 1997: 86-87). Beş faktör kişilik modeli kişilik özelliklerinin, sistemli ve kapsamlı bir şekilde sınıflandırılması için temel oluşturmaktadır; Neo kişilik envanteri ise, kişiliğin beş faktör modelinin bir ölçeği olarak uygulanmaktadır (McCrae ve Costa, 1991: 227).

Özellikler yaklaşımının dilde yer alan “kişiliği tanımlayıcı” sözcüklerden hareket ettiği ve bu konuda çalışan yaklaşımçıların, birbirinden farklı ama birbirine yakın değerler elde ettiği ifade edilmektedir. İngilizcede bu rakamın 20,000’in üzerinde olduğu, yapılan çalışmalar sonucunda psikologların bu kadar çok kelime ile analiz yapamayacakları için bu kelimelerin gruplanması yoluna gittikleri ve araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre faktör analizlerini ortaya çıkardıkları görülmektedir. Böylece tüm tanımlayıcı kelimelerin, faktör analizleriyle tespit edildiği belirtilmektedir (Cüceloğlu, 2011: 419).

1.4.5.1. Beş Faktör Kişilik Modeli

“Büyük Beş (Big Five)” ya da beş faktör kişilik modelinin, kişilikteki farklılıkları evrensel ve kapsamlı şekilde tanımlayabilmesi için deneysel kanıtlarla desteklenen bir sınıflandırma sunduğu ifade edilmektedir (Digman, 1990: 418; Goldberg, 1993: 28; McCrae ve Costa, 1986: 1001). Beş faktör kişilik modeli, uzun bir geçmişi olan yeni bir bakış açısı olarak değerlendirilmektedir. Önceki yaklaşımların bakış açılarından farkı, teoriye değil bilimsel gözleme dayalı olarak kişiliği beş temel boyutta ele alması ve insanları kategorilere ayırmak yerine çeşitli kişilik boyutlarında farklı düzeylere yerleştirmek olarak tanımlanmaktadır. (NEO PI-R, 2018: 1).

Tarihsel olarak bakıldığında beş faktör kişilik modelinin geçmişi, kişilik özelliklerini tanımlayan sıfatları belirlemeye yönelik çalışmalar yapan Francis Galton’un (1884) girişimleri ile başlamış; Klages (1926/1932), Baumgarten (1933), Allport ve Odbert (1936), Cattell (1943) ve Norman’ın (1963) çalışmaları ile devam etmiştir (John vd., 1988: 174-176). 1963’e gelindiğinde üzerinde büyük ölçüde uzlaşılan beş faktör

kişilik modelinin, Norman'ın dışa dönüklük, yumuşak başlılık/uzlaşılabilirlik, özdenetim/sorumluluk, duygusal dengelik ve kültür olmak üzere beş faktörü isimlendirmesi ve sonrasında yapılan araştırmaların da büyük ölçüde bu faktörleri desteklediği ileri sürülmektedir. 1985 yılında McCrae ve Costa, Norman'ın önerilerini güncelleyerek beşinci faktör olan “kültür” yerine “deneyime açıklık” faktörünü tespit ettikleri ve bu bulgularını farklı sınıflarda farklı zamanlar içinde doğruladıkları ifade edilmektedir (Somer vd., 2011: 3).

Kişilik özellikleri üzerine çalışılması ile birlikte kişiliğin tüm boyutlarını kapsamasa da “dil”, kişilik özelliklerinin incelenmesinde bir çerçeve olarak ele alınmakta ve bu kişilik psikologlarına çok kapsamlı bir kaynak oluşturmaktadır. Kişilik özelliklerini incelemek isteyen araştırmacıların, Galton'un öne sürdüğü gibi, insanların gösterdikleri bireysel farklılıkların dünyadaki bütün dillerde kodlanacağı ve kelimeler halinde yansıtacağı hipotezinden hareketle kişilik yapısını kapsayacak bir sınıflama (taksonomi) oluşturmaya çalıştıkları ileri sürülmektedir (Somer vd., 2011: 2; Somer, 1998: 18). Bilimsel sınıflandırmaların en temel hedeflerinden biri, çok sayıda özel örneğin basit bir şekilde anlaşılabilmesi kapsayıcı alanların tanımlanması olarak açıklanmaktadır. Böylece kişilik psikolojisinde sınıflandırma, araştırmacılara bireyin kendine özgü binlerce özel niteliği ayrı ayrı incelemek yerine, kişiliğin belirli özellik alanlarını inceleme şansı vermektedir. Buna ilaveten genel olarak kabul görmüş bir sınıflamanın, standart bir kelime hazinesi önererek, deneysel bulguların toplanmasını ve iletilmesini büyük ölçüde kolaylaştırdığı görülmektedir (John ve Srivastava, 1999: 2; John vd., 2008: 114).

Yıllarca yapılan araştırmalardan sonra, kişilik özelliklerinin genel bir sınıflandırılması olan “Büyük Beş (Big-Five)” kişilik boyutları üzerinde uzlaşmaya varıldığı ve bu boyutların, belirli bir kuramsal bakış açını temsil etmediği ancak insanların kendilerini ve başkalarını tanımlamak için kullandıkları dil terimlerinin analizlerinden elde edildiği ileri sürülmektedir. Önceki yapılan bütün sistemleri yenilemek yerine Büyük-Beş sınıflaması, bütünleyici bir fonksiyon sunmuş, kişiliği tanımlamanın farklı ve çeşitli sistemlerini ortak bir çerçevede toplamıştır (John ve Srivastava, 1999: 2-3, John vd., 2008: 116). Beş faktör kişilik modelinin, kişilik özelliklerinin kapsamlı bir modeli olarak geniş bir kabul görmesi dört kanıtla dayandırılarak açıklanmaktadır. Bu kanıtlar şu şekildedir (Costa ve McCrae, 1992: 653):

- Boyuna ve çapraz gözlemci çalışmalar beş faktörü göstermekte ve bu beş faktördeki davranış kalıplarında kendini gösteren eğilimlerin etkisinin uzun süre devam ettiği belirtilmektedir.
- Her bir faktör ile ilgili kişilik özelliklerinin, çeşitli kişilik sistemlerinde bulunması ve bunların tanımlarının doğal dilleri ile tutarlılık gösteriyor olmasıdır,
- Bu beş faktör farklı yaşlarda, cinsiyetlerde, ırklarda ve dil gruplarında bulunmakta bununla birlikte de farklı kültürlerde farklı şekilde ifade edilebilmektedir.
- Kalıtımsal kanıtlar, hepsinin bazı biyolojik temelleri olduğunu göstermektedir.

Beş faktör kişilik modelinde yer alan her boyut birbirine zıt iki kutuptan oluşmaktadır. Buna göre modelin, dışa dönüklük/içer dönüklük, uyumluluk/düşmanlık, duygusal denge/nevrotiklik, sorumluluk/dürtüsellik ve yeni deneyimlere açıklık/gelenekçilik boyutlarından oluştuğu belirtilmektedir. Bu boyutlardan her biri altı alt boyuttan/alt ölçekten oluşmakta ve böylelikle de toplam otuz faktörün meydana geldiği görülmektedir. Bu boyutlardan örneğin; dışa dönüklük, sosyallik, atılganlık, kendini ifade edebilme, heyecan arama, sempatiklik, üstün olma ve ödül kazanma isteği gibi davranışları kapsamaktadır (Solmuş, 2018: 1). Beş faktör kişilik özellikleri için bazen farklı terimler kullanılsa da içerik olarak aynı özelliği ifade etmektedir. Psikolojide “Beş Büyük” kişilik özelliği olarak bilinen boyutlar:

- (O) Gelişime Açıklık/Açıklık (Openness to experience),
- (C) Özdisiplin/Sorumluluk (Conscientiousness),
- (E) Dışa Dönüklük (Extraversion),
- (A) Uyumluluk/Geçimlilik (Agreeableness),
- (N) Nevrotiklik/Duygusal Dengesizlik (Neuroticism)’dir (Zhang, 2006: 1179; John ve Srivastava, 1999: 31; John vd., ,2008: 139).

Bu kelimelerin İngilizce olarak baş harflerinin okyanus anlamına gelen OCEAN kelimesini oluşturduğu gözlemlenmektedir (Burger, 2010: 159; John ve Srivastava, 1999: 31; John vd., 2008: 139). Burada “büyük” derken bulgulara dayanarak her bir faktörün özgül kişilik özelliklerini daha geniş bir faktörün kapsamı amaçlanmakta ve “Büyük Beş”in kişilik farklılıklarının sadece beş özelliğe indirgenemeyeceği savunulmaktadır (John ve Srivastava, 1999: 7; John vd., 2008: 139).

Beş faktör kişilik modeline göre hazırlanan NEO-PR envanterinin Türkçe versiyonu üzerinde çalışmalar yapan Sami Gülgöz (2002) ile Türk Dilinde beş faktörün

araştırmalarını yapan Oya Somer (1998), Somer ve Goldberg (1999) de, aynı beş faktörün Türkçe için de geçerli olduğunu ileri süren veriler elde etmişlerdir (Somer vd., 2011: 5).

Tablo 1.3. Kişiliğın Beş Büyük Boyutu

Dışa dönüklük	Konuşkan, cesur, şamatacı, zorlayıcı, girişken, doğal, gösterimci, enerjik, maceracı, dostça, sözünü sakınmayan, yüksek sesli, gürültülü, hırslı, baskın, sosyal
Uyumluluk	Sıcak, nazik, işbirliği gösteren, bencil olmayan, esnek, dürüst, kibar, bağışlayıcı, yardımsever, memnun, sevgi dolu, ince, iyi kalpli, sempatik, güvenli, cömert, düşünceli, uyumlu
Öz disiplin	Örgütlü, dayanabilir, dikkatli, sorumlu, çalışkan, etkili, yeterli, ihtiyatlı, özen gösteren, dakik, pratik, mükemmel, idareli, tedbirli, ciddi, ekonomik, güvenilir
Duygusal Dengelilik	Duygusal ve kıskanç olmayan, rahat, nesnel, sakin, dengeli mizaçlı, iyi huylu, durağan, halinden memnun, güvenli, ağırbaşlı, talepkâr olmayan, uysal, barışçıl
Kültür/Yaşantıya Açıklık/Zekâ	Zeki, uyanık, meraklı, hayal gücü yüksek, çözümlayıcı, derin düşünen, sanatsal, iç görümlü, keşfedici, akıllı, esprili, yaratıcı, karmaşık düşünen, bilgili, entelektüel, ilgileri geniş, çok yönlü, özgün, derin, kültürlü

Kaynak: Morris, 2002: 470.

Tablo 1.3' te Beş faktör modelini oluşturan alt boyutlar ve bunlara yüklenen içerik özellikleri görülmektedir. Kültür boyutu uzun zaman kullanılmasına rağmen son zamanlarda yaşantıya açıklık veya gelişime açıklık olarak dönüşüme uğradığını söylenebilir.

Kişilik araştırmacılarına göre kişiliğın beş boyutu vardır ve bu beş boyut birbirleri ile bağımlı değildir. Örneğın kişinin bir boyuttan aldığı puanı bilmek diğer dört boyuttan alacağı puan için bilgi sağlamamaktadır (Sayar ve Dinç, 2008: 106). Kısacası bu beş boyut şöyle açıklanmaktadır:

1.4.5.1.1. Dışa Dönüklük (Extroversion-E)

Bu terimin ilk olarak Jung tarafından ortaya atıldığı ve dışadönükleri sosyal kişiler olarak tanımladığı ileri sürülmektedir (Sayar ve Dinç, 2008: 107). John ve arkadaşlarına

(1994: 161) göre dışa dönüklük, hareketli, enerjik, iddialı, konuşkan, sosyal, kendini ifade edebilmede zorluk çekmeyen ve sürekli olarak diğer kişiler ile iletişimde olabilen kişilik özelliklerini kapsamaktadır.

Başka bir tanımda ise dışadönüklüğün, sessizlik, çekingenlik ve pasif davranışların aksine konuşkan, atılgan ve etkin olma gibi özellikleri kapsadığı belirtilmektedir (Goldberg, 1993: 27). Brief ve Weiss'e (2002: 284) göre, dışadönük kişiler kendilerini neşeli, hevesli, aktif enerjik ve kendinden emin olarak tasvir ederler. Costa ve McCrae'ye (1992: 5) göre dışadönük kişilerin, sosyallik, etkinlik, neşe ve zevk gibi olumlu duyguları yaşama eğiliminde oldukları belirtilmektedir. Bu özelliklerine ek olarak dışadönük kişilerin, ödüllendirici sosyal durumlara karşı daha duyarlı ve bu durumlar karşısında hemen tepki gösterdikleri savunulmaktadır (Lucas ve Diener, 2000: 454-455). Dışa dönükler bu tepkileri vermek için motivasyona ihtiyaç duymazlar, onların aktif, atılgan, enerjik olma gibi birçok özelliği bu durumu kolaylaştırmaktadır.

Dışa dönüklük, insanlarla ilişki kurmayı ve onları harekete geçirebilecek ilham kaynağı davranışları gerektirmektedir. Herhangi bir atılımda bulunmaktan çekinmeyen bu bireylerin, toplu hareket etme ve girişken olabilme özelliğine sahip oldukları görülmektedir (Nyhus ve Pons, 2005: 367). Dışa dönüklük (E) ölçüsü yüksek çıkan insanların, atılgan olma ve kendilerine güvenmeleri başka insanlarla çalışmayı tercih etme sebebi olarak gösterilmektedir (Zhang, 2006: 1179). Bireylerin sosyal, aktif ve yeni deneyimlere açık olma durumları, eğitime daha fazla katılmalarına ve sonuç olarak daha fazla şey öğrenmelerine sebep olmaktadır (Mounth ve Barrick, 1998: 851). Buradan da anlaşılacağı üzere dışadönük bireyler öğrenmeye isteklidir.

Bireylerin birbirleri ile samimi ilişki kurmaları ve sosyal faaliyetlere katılmaları dışa dönüklük sayesinde gerçekleşmektedir. Dışa dönüklük sonucunda bireylerin birbirleri ile kaynaşmalarının sağlandığı ve sosyalleştikleri belirtilmektedir. Bu bireylerin ait olduğu grubu yönlendirme yani liderlik gücünün olduğu da ifade edilmektedir (Ashton ve Lee, 2007: 156). Dışadönük bireylerin, büyük ve gürültülü kalabalıklardan hoşlandığı, bu gibi organizasyonlarda güzel vakit geçirdiği ve mutlu olmaya önem verdikleri bahsedilen özellikleri arasında yerini almaktadır (Costa ve McCrae, 2011: 233). Dışa dönüklük özelliği yüksek olan kişilerin olaylar karşısında daha duyarlı oldukları, aktif ve rasyonel problem çözme yöntemlerini daha fazla kullandıkları ve problemler karşısında sosyal desteğe daha çok başvurdukları belirtilmektedir (Vatan, 2013: 89).

Dışa dönüklük özelliklerinin bulunmadığı kimseler yani içedönükler, arkadaş sevmeyen, yalnız kalmaktan hoşlanan, çekingen görünen, mesafeli, ciddi, dikkat çekmeyen ve kararlarını kendi başlarına almaktan hoşlanan kişiler olarak tanımlanmaktadır (Costa ve McCrae, 1992: 4; Akt.: Somer vd., 2011: 34).

1.4.5.1.2. Uyumluluk/Yumuşak Başlılık/Geçimlilik (Agreeableness-A)

Uyumluluk; sempati, güven, işbirliği ve fedakârlık gibi duyguları içermektedir. (McCrae ve Costa, 1989: 24). Uyumluluk, daha çok insani yönlerden bahseden ılımlı/insancıl bir özellik olarak görülmektedir. Bu boyutun iki ucunun olduğu, bunların; fedakârlık, önemsemek, manevi ilgi, duygusal destek ucu ile diğerlerine karşı düşmanlık, ilgisizlik, bencillik, kindarlık ve kıskançlık gibi özelliklerden oluştuğu belirtilmektedir (Digman, 1990: 423-424). Ölçeğin en üst seviyesi, arkadaş canlısı, rahat, cana yakın; ölçeğin en düşük seviyesi ise huysuz, hırçın, geçinmesi zor gibi kişinin temel duygusal özelliklerini ifade etmektedir (Sayar ve Dinç, 2008: 107).

Uyumluluk (A) ölçeği yüksek olan kişilerin, güvenilir, hoşgörülü olma, kabul edici, diğerlerinin inanç ve geleneksel değerlerine saygılı olmaları gerektiği savunulmaktadır (Zhang, 2006: 1179). Uyumluluk faktöründen yüksen alan kişilerin, kendi ihtiyaçlarından önce başkalarını düşündüğü, genel olarak eleştirel ve şüpheli bir yapıya sahip olmadıkları, diğer kişiler ile ilişkilerinde alttan alan taraf oldukları ve yatıştırıcı eğilimler sergiledikleri belirtilmektedir. Bu kişiler, başkaları tarafından çabuk kabul gören, sempatik, nazik, sıcakkanlı ve saygılı olarak tasvir edilmektedir (Ordun, 2005: 63). Bireylerin uyumluluk özelliğine sahip olmaları diğer kişiler arasında pozitif ilişkiyi ortaya çıkarmaya yardımcı olabilir.

Bu faktörden düşük puan alan kişilerin, başkalarının ihtiyaçları ile kendi çıkarları çeliştiğinde daha kolay hayır diyebilen, yüksek puan alan kişiler gibi diğer insanlara güvenmek yerine daha çok şüpheli bir yaklaşım sergileyen, zaman zaman bencil hatta kavgacı olarak tanımlanabilen kişiler olduğundan bahsedilmektedir. Düşük puanlı kişilerin, işbirliğinden çok rekabeti sevdiği, bu özellikleri sayesinde de yarışma, mücadele etme ve bağımsız karar vererek diğer insanlara karşı durmayı gerektiren durumlarda yüksek puanlılara göre kendilerini rahat hissettikleri belirtilmektedir. Diğer bir ifade ile boyutun her iki ucunun da sosyal olarak avantajlı ve dezavantajlı yönlerinin bulunduğu

görülmektedir. İlgili özelliklerin gerektirdiği sosyal durumlarda, yüksek puanlı kişiler sevilen olabileceken, düşük puanlı kişilerin başarılı olabileceğinden bahsedilmektedir (Somer vd., 2011: 35). Literatürde bazı kaynaklarda uyumluluk alt boyutu, geçimlilik veya yumuşak başlılık olarak da ifade edilmektedir.

1.4.5.1.3. Sorumluluk/Özdenetim (Conscientiousness-C)

Sorumluluk bilincine sahip olan kişilerin, planlı ve organize bir şekilde çalıştığı ve daha karalı hedefe ulaştırdıkları ifade edilmektedir. Kendilerinden bekleneni karşılayabilen, başarıya odaklanan ve daha zor hedeflere ulaşmak için çabalayan kişilerde sorumluluk özelliğinin bulunduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda bu kişilerin organizasyona bağlılıkları da bulunmaktadır (Barrick vd., 1993: 716). Sorumlulukta yüksek puan alan kişilerin dikkatli ve güveniler olduğu, işlerini doğru ve eksiksiz yapmak için zaman ayırdıkları, bunun için acele etmedikleri ve işlerini baştan savma yapmadıkları söylenmektedir. Bu kişilerin işlerine başlamadan önce planlar yaptıkları, düzenli ve kararlı bir şekilde çalıştıkları görülmektedir (Burger, 2010: 171). Bu özelliğe sahip olan kişiler öz disiplini sağlayıp, bir işi yapabilecek yeterliliği bulunan kişilerdir. Sorumluluk düzeyi düşük olan kişilerin ise, işlerini spontane bir şekilde yerine getirdiği ve işlerini planlama konusunda eksiklik çektikleri belirtilmektedir (Kottle ve Kimura, 2009: 67).

Sorumluluk düzeyi yüksek olan kişilerin, genel olarak mantıklı, verimli ve karar verme süreçlerinde rasyonel davrandıkları algılanmaktadır. Bu kişilerin aynı zamanda iyi organize edildiği, dakik oldukları ve buldukları organizasyonun kurallarına olması gerekenden daha fazla özen gösterdikleri savunulmaktadır (Costa ve McCrae, 2011: 234). Sorumluluk özelliği yüksek bu kişilerin iradelerinin güçlü, görev ve başarı odaklı olduklarından da bahsedilmektedir (Zhang, 2006: 1179). Sorumluluk özelliği güvenilir ve kararlı olma dereceleri ile ilgiliyken, buna karşılık sorumsuz, amaçsız, güvenilirmez, tembel, düzensiz, rahat, ihmalci, kararsız ve zevk düşkünü olmakla ilişkilendirilmektedir (Yürür, 2009: 27).

1.4.5.1.4. Duygusal Dengesizlik/Nevrotiklik (Emotional Stability/ Neuroticism -N)

Duygusal dengenin tersi olan nevrotikliğin, üzüntü, sinirlilik, depresyon, kaygı alınganlık, hassasiyet, gergin olma gibi bilişsel ve davranışsal belirtilerin ortaya çıkarılması yatkınlığını içermektedir (Benet-Martinez ve John, 1998: 730; John vd., 1994:

162; McCrae ve Costa, 1989: 23). Nörotisizm “N” özelliği yüksek olan kişilerin, duygusal kararsızlık, utangaçlık, suçluluk, kötümserlik ve düşük özsayı gibi negatif duygulara eğilimli oldukları belirtilmektedir (Zhang, 2006. 1179). Bu boyut, heyecanlı-endişeli bir yapı, güvensizlik, sinirlilik ve yüksek düzeyde uyarılabilirlik gibi özellikler ile ifade edilmektedir. Bu kişilerin duygusal dengesizliklerinin sıklıkla değişme eğilimi gösterebileceği belirtilmektedir (Somer, 2011: 38-39).

Ordun’a (2005: 63) göre duygusal dengesizlik boyutu, anlam olarak olumsuz bir yapıdır. Duygusal dengesizlik puanı yüksek kişiler, yapı olarak endişeli ve kişisel yeterlilikleri konusunda kaygı duyan kişilerdir. Kızgınlık, suçluluk, bıkkınlık ve benzeri olumsuz duyguları ve hislerinin etkisi altında kalabilir, mantık dışı düşünceler üzerinde ısrarcı davranabilirler. Bu kişiler, tepkilerini daima kontrol altında tutmakta zorluk çekebilir ve stresle mücadelede diğer kişilere nazaran daha başarısız olurlar. McCrae ve Costa’ya (1987: 87) göre ise, nevroitiklik puanı yüksek olan kişiler, sigarayı bırakma konusunda diğer insanlara göre daha çok zorlanırlar, çünkü yokluğun neden olduğu üzüntü, bu kişilerde daha güçlü bir duygu olarak hissedilir. Rahatsız, yıkıcı duygular ile sürekli baş etmek zorunda kaldıklarından yakışıksız karşılıklarda ve düşmanca tepkilerde bulunabilecekleri belirtilmektedir. Bu kişilerin, kendilerini suçlama gibi mantıksız inançları benimsediği ve bu inançların, onların yaşadıkları olumsuz duygulardan oluştuğu ileri sürülmektedir. Nevrotiklik, sadece negatif etkileri değil, aynı zamanda duygusal üzüntülere eşlik eden rahatsız edici düşünceleri ve davranışları da içermektedir. Somer ve arkadaşlarına (2011: 39) göre bu boyuttan düşük puan alan kişiler, kendine güvenli, engeller ile başa çıkmada etkili, uyumlu, telaşsız, sakin ve ego gücü yüksek kişiler olarak tanımlanmaktadır.

1.4.5.1.5. Gelişime Açıklık (Openness to Experience-O)

Açıklık (openness), kişilerin yaratıcı olup yeni şeyler yapmaları, sanata duyarlı olmaları, diğer kişilerden farklı düşünebilmeleri, davranışsal olarak esnek, düşünsel olarak olaylara farklı açıdan bakabilmeleri, deneyimlere istekli ve açık olmalarını ifade etmektedir (McCrae ve Sutin, 2009: 258; Sayar ve Dinç, 2008: 107). Duyguların yönetilebilmesi, hayal gücünün aktif olması, estetik duyarlılık ve entelektüel açıdan meraklı olmanın açıklık ile ilgili olduğu ileri sürülmektedir. Açık olmayan insanların, duygusal tepkilerinin daha sakin bir şekilde dile getirdiği, bakış açılarının dar ve

davranışlarının kalıplaşmış olduğu belirtilmektedir. Açık olan kişilerin ise, farklı davranışları geliştirebildiği, iç ve dış dünyayı daha çok merak ettiği ve yaşamlarının deneyimsel olarak daha zengin olduğu ifade edilmektedir. (Rothmann ve Coetzer, 2003: 69).

Gelişime açıklık (O), puanı yüksek olan kişilerin, açık görüşlü, aktif hayal gücü, çeşitlilik tercihi ve yargıda bağımsızlık gibi doğal özellikler ile karakterize edildikleri belirtilmektedir (Zhang, 2006: 1179). Bu kişilerin aynı zamanda yeni gelişmeleri ve fikirleri çok çabuk kavradığı, idealist ve yaratıcı oldukları, hedefler geliştirme eğilimi gösterdikleri de ileri sürülmektedir (Bozionelos, 2004: 71). Açıklık özelliği yüksek olan kişilerin, etkili bir hayal gücüne sahip olmakla birlikte akıllarında alışılmışın dışında soyut bir dünya oluşturdukları savunulmaktadır. Bu kişilerin duygularının ve tepkilerinin onlar için önemli olduğu, başkalarının duygularını tanımak için de ortalamadan daha büyük bir yeteneğe sahip oldukları belirtilmektedir (Costa ve McCrae, 2011: 249). Gelişime açıklık puanı düşük olan kişiler ise, somut faaliyetleri soyut faaliyetlere tercih eden, pratik, ince düşünmekten pek hoşlanmayan, fikirlerle fazla uğraşmayan, muhafazakâr, yenilik karşıtı, ilgili alanları sınırlı ve geleneksel fikirleri sorgulamayan kişiler olarak tanımlanmaktadır (Somer vd., 2011: 40).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

2.1. SAĞLIK KAVRAMI

Sağlık kavramının ilk başlarda hastalık kavramı ile birlikte ya da onun karşıtı olarak ele alındığı bu durumun da zamanla sağlığın gerçek anlamının anlaşılmasını zorlaştırdığı ifade edilmektedir. Çünkü pek çok hastalık olmasına rağmen bir tek sağlık kavramı bulunmamaktadır. Sağlık ve hastalık kavramının birbirinin simetriği ya da eşdeğer olamayacağı görüşünün zaman içerisinde benimsenmesinden sonra sağlığın pek çok tanımının yapıldığı belirtilmektedir (Tabak, 2000: 1).

Larson'a (1991: 1) göre, sağlığın anlamı oldukça zor ve karmaşık bir kavram olarak ifade edilmektedir. Sağlığın tanımı, söz konusu tarihsel döneme ve tanımlandığı kültüre bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Son 150 yıldır sağlık konusunda beklentilerin artış göstermesi ABD'de sağlık kavramının kişilerin, "hayatta kalma", "hastalıktan kurtulma", "günlük faaliyetlerini yerine getirebilme", "mutluluk ve refah" duygusuna sahip olmalarına kadar farklı şekillerde tanımlanmasına neden olduğu belirtilmektedir (McDowell, 2006: 11; Larson, 1991: 1). Terris, sağlığın işlevsel ve öznel terimlerle tanımlanması gerektiğini belirtmektedir. Terris'e göre WHO'nun sağlık tanımı ise "sağlık, sadece hastalığın ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, zihinsel, sosyal iyilik hali ve işlevsel yeteneklere sahip olunması" şeklinde yorumlamaktadır (Terris, 1975: 1038). Bircher ise sağlığı, yaş, kültür ve kişisel sorumluluk ile orantılı bir yaşamın taleplerini karşılayan fiziksel, zihinsel ve sosyal bir potansiyel ile karakterize edilen dinamik bir iyi olma hali olarak tanımlanmaktadır (Bircher, 2005: 335).

Sağlığın günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilebilmesi için, sosyal ve kişisel kaynakların, fiziksel yeteneklerin öne çıkarılmasını sağlayan pozitif bir kaynak olduğu, hayatın amacı olmadığı ifade edilmektedir (Fertman ve Allensworth, 2012: 4-5). Sağlık kavramının daha iyi anlaşılabilmesi için subjektif ve objektif olarak ikiye ayrılması gerektiği belirtilmektedir (Birol, 2004: 16).

Subjektif sağlık kavramı, bireyin fiziksel, sosyal ve mental yönden kendi durumunu algılaması halidir. Bu bakış açısına göre bireyin, hasta olmadığı halde kendini

hasta ya da hasta olduğu halde kendini sağlıklı olarak algılayabilmesi olarak ifade edilmektedir. Bu nedenle de birey tarafından subjektif sağlık algısının bilinmesinin önemi üzerinde durulmaktadır (Biol, 2004: 16). Objektif sağlık kavramı ise, hekim muayenesi ve yapılan tanı testleri sonuçlarına göre bireyde hastalığın olup olmadığının belirlenmesi olarak tanımlanmaktadır (Bolsoy ve Sevil, 2006: 79). Bu tanımlamalar doğrultusunda bir bireye sağlıklı diyebilmek için, hem bireyin kendini subjektif olarak sağlıklı algılaması hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı olması gerekmektedir (Biol, 2004: 16; Bolsoy ve Sevil, 2006: 79).

Sağlık, bireyin yaşamı boyunca değişebilen dinamik bir durumdur. Bireyin fiziksel, zihinsel, ruhsal, sosyal boyut fonksiyonlarının birbiri ile etkileşim içinde olmasını ve bu fonksiyonlara uyum sağlayabilmesini ifade etmektedir (Ay vd., 2008: 39). Sağlığı boyutlarını şu şekilde özetleyebiliriz:

- **Fiziksel Sağlık:** Vücudun mekanik fonksiyonları ile ilgili olup, bireyin sağlıklı olabileceğini gösteren en belirgin boyut olarak açıklanmaktadır. Fiziksel sağlık, fiziksel muayene ve tanı işlemleri sonucunda bireyde hastalık ya da bozukluğun olmaması durumudur (Aksungur vd., 2011: 2).
- **Spirüüel/Manevi Sağlık:** Maneviyat, bireylerin anlam ve amaç arama ve ifade etme biçimi olmak ile birlikte bu yolun bireyin kendine, yaşadığı anâ, kutsallığa, doğaya ve başkalarına bağlılıklarını deneyimleme biçimi olarak ifade edilmektedir (Puchalski vd., 2009: 887).
- **Ruhsal/Duygusal Sağlık:** Bireyin duygularını tanıyabilme ve kendini uygun bir şekilde anlatabilme yeteneği olarak ifade edilmektedir. Bireyin düşünce ve davranışları ile kendisi ve çevresi ile uyum içinde olması durumu olarak tanımlanmaktadır (Aksungur vd., 2011: 2).
- **Sosyal Sağlık:** Bireyin çevresinde bulunan diğer insanlar ile olumlu iletişim kurabilmesi, kendinden beklenen rol ve sorumlulukları yerine getirebilmesi olarak belirtilmektedir (Ay vd., 2008: 39; Aksungur vd., 2011: 2).

2.2. SAĞLIK DAVRANIŞI

Davranış kelimesi, her zaman bilinçli ya da gönüllü olmasa da, insanların yaptıkları ya da yapmaktan sakındıkları şeyleri anlatmak olarak tanımlanmaktadır (Gochman, 1998: 3). Tabak'a (2000: 34) göre, kişisel alışkanlıklar ile sağlık arasındaki

ilişkinin kabul edilen bir gerçek olduğu ve bu alışkanlıkların önemli bir bölümünü sağlığı doğrudan etkileyen davranışların oluşturduğu belirtilmektedir. Sağlık ile ilgili alışkanlıkların iyi kazanılmış ve genellikle otomatik ya da yarı otomatik olarak gerçekleştirilen davranışlar olduğu görülmektedir. Sağlık davranışının, sağlıklı yaşam biçimi geliştirilmesinin ve hastalıklardan korunmanın temeli olduğu görüşü savunulmaktadır.

Sağlık davranışının, sağlık durumu kavramı ile karıştırılmasından dolayı, hastalara yapılan tedavi şekli olarak anlaşılabilmesi gerektiği üzerinde durulmaktadır. Örneğin kırık kemiklerin onarılması, yaraların iyileştirilmesi, hastalığa karşı bağışıklık ve enfeksiyona karşı direnç göstermek gibi davranışların yerine bedensel durumların yansıtılması sağlık davranışı olarak değil, sağlık durumu olarak açıklanmaktadır. Sağlık davranışı, klinik iyileşme ya da fizyolojik iyileşme üzerinde değil, sadece iyileştirme veya iyileşme üzerinde etkisi olan belirli davranışların analizlerini içermektedir. Kısacası, sağlık davranışı bireyin, sağlıklı olabilmek için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zamanlarda hastalığı önleyici davranışları olarak tanımlanmaktadır. Sağlık davranışının yalnızca doğrudan gözlemlenebilir açık davranışları değil, aynı zamanda gözlemlenmiş olan zihinsel olayları ve duygu durumlarını da içerdiği belirtilmektedir (Gochman, 1998: 3).

Günümüz sağlık bakım anlayışında, hastalıkların önlenmesi, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi, yaşam kalitesi, kişisel bakım ve sağlıklı yaşam biçimi tarzının desteklenmesi gibi konuların ağırlıkla ele alındığı görülmektedir. Anlam ve amaç farkının çok az olduğu bu kavramların, uzun yıllar ortak kullanım alanı içinde yer aldığı ve son yıllarda da, “sağlığı sürdüren hastalıkları önleyen” ve “sağlığı geliştiren” faaliyetlerin farklı sağlık sınırları ile açıklandığı vurgulanmaktadır (Erdoğan vd., 1994: 30; Tripp ve Stachowiak, 1992: 155).

2.3. SAĞLIĞIN KORUNMASI

Sağlığı koruma, 1953 yılında Leawell ve Clark tarafından tanımlanmış olup, sağlık durumunu bozan davranışın yapılmaması ya da uzak durulması olarak ifade etmektedir (Phalank, 1999; Akt.: Kırtepe, 2015: 12). Kişilerin, yaşamlarında kendilerini iyi hissetme ve sağlıklarını korumak için gerçekleştirdikleri uygulamaları içeren sağlığı

koruma davranışı, hastalık ya da yaralanma ile karşılaşma ihtimalini azaltarak, sağlık risklerinin görülme sıklığını minimum düzeye indirgediği görülmektedir (Walker vd., 1990: 268). Sağlığı koruma davranışlarına, bireyin meme kanserine karşı kendi kendini muayene etmesi, emniyet kemerinin takılması, sigara ve alkolün kullanılmaması örnek olarak verilebilir (Erdoğan vd., 1994: 32).

Sağlık hizmetleri, koruyucu, tedavi edici ve iyileştirici sağlık hizmetleri olarak üç temel alanda sınıflandırılmıştır (Akdemir, 2003: 8). Koruyucu sağlık hizmetleri:

- **Birincil Koruma:** Sağlık sorunlarını önlemeyi, sağlık eğitiminin ve davranışlarının geliştirilmesine ve teşvik edilmesine yönelik uygulamaları amaçlamaktadır (Jones vd., 2005: 409; Akdemir, 2003: 8). Bunlar bağışıklama, dengeli ve yeterli beslenme eğitimi ve ana çocuk sağlığı hizmetleri olarak açıklanmaktadır (Akdemir, 2003: 8).
- **İkincil Koruma:** Hastaların tarama hizmetlerinden yararlanması, kendilerine uygun bakım uygulamaları, erken tanı ve tedavi olanaklarını aramaları ve önerilen tedaviye uymaları olarak belirtilmektedir (Bertan ve Güler, 1997: 424).
- **Üçüncül Koruma:** Bireyleri hastalıkların tekrarlamasından ve sakatlık durumundan korumaya yönelik hizmetleri kapsamaktadır (Akdemir, 2003: 8).

2.4. SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ

Sağlığın geliştirilmesi, sağlığa yönelik davranış ve yaşam durumu için, sağlık eğitimini temel alan ilgili örgütsel, ekonomik, politik ve çevresel birçok desteğin birleşiminden oluşturulması ile birlikte kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırmayı ve geliştirmeyi olanaklı kılan bir süreçtir (Özvarış, 2016: 5-7; Bertan ve Güler, 1997: 424). DSÖ'nün tanımına göre ise sağlığı geliştirme, insanların sağlıkları üzerinde kontrol gücüne sahip olmaları ve sağlıklarını geliştirmeyi amaçlayan bir süreç olarak ifade edilmektedir (www.who.int, 2018).

Sağlığın geliştirilmesi fikrinin yeni bir kavram olmadığı, temellerinin 19. yüzyılda toplum sağlığı yöntemlerinin ortaya çıkmasına kadar uzandığı, fakat sağlık politikası alanında ve uygulamasında tanımlanmış özel bir alan olarak ilk ortaya çıkışının 1974'lü yılları bulduğu belirtilmektedir (Poland vd., 2000: 2). 1986 yılında Kanada'nın Ottawa kentinde yapılan ilk uluslararası "Sağlığı Geliştirme Konferansı" bu konuya olan ilginin

artmasını sağlamış ve tüm dünyada sağlığı geliştirme etkinlikleri yayılmaya başlamıştır (www.who.int, 2018; Dhillon ve Philip, 1991: 4).

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasında ortak hareketin belirlenmesi adına, çeşitli örgütler tarafından, dünyanın çeşitli yerlerinde çok uluslu konferanslar düzenlenmiş, hedefler ortaya konulmuş ve bu konuda birçok bildirme yayınlanmıştır (Aktan ve Işık, 2018: 1; www.canaktan.org, 2018). Sağlık alanındaki başlıca bildirmeler (Öztek, 1985: 7; Aktan ve Işık, 2018: 1; www.canaktan.org, 2018; www.who.int, 2018; WHO, 2009: 6-26):

- 1978 yılında Alma Ata Bildirgesi yayınlanmıştır Bu bildirmede temel sağlık hizmetlerinin önceliğinin kabul edildiği vurgulanmaktadır.
- 1981 yılında Lizbon Bildirgesi yayınlanmıştır. Bu bildirmede de hasta hakları üzerinde durulmuştur.
- 1986 yılında Ottawa Şart Bildirgesi ile sağlık hizmetlerine ilişkin ortaya çıkan sorumlulukların sadece sağlık sektörünün sorumluluğunda olmadığı, bu konuda ortaya çıkan ihtiyaçların diğer sektörlerin de sorumluluğunda olması gerektiği kabul edilmiştir.
- 1988 yılında Adelaide Tavsiye Bildirgesinde sağlıklı halk politikaları eylemi ve stratejileri oluşturulması benimsenmiştir.
- 1994 yılında Amsterdam Bildirgesi'nde hasta hakları; sağlık bakımında insan haklarının önemi ve değerleri, bilgilendirmenin önemi, mahremiyet ve özel hayata karşı saygının tesisi gibi ilkeler kabul edilmiştir.
- 1994 Kopenhag Bildirgesi'nde sağlığın hizmetlerinin geleceğinin şekillenmesi üzerinde durulduğu belirtilmektedir.
- 1997 yılındaki Jakarta Bildirgesi'nde sağlık belirleyicilerin yeniden incelenmesi, 21. yüzyılda Sağlığı Geliştirme Planları ve Stratejilerinin Belirlenmesi için bu toplantının bir fırsat olduğu ifade edilmektedir.
- 2000 yılında Mexico City'de yapılan sağlığı geliştirme konferansında ülkeler arasında ve ülkelerdeki bölgeler arasında eşitsizliği gidermenin gerekliliği üzerinde durulduğu belirtilmektedir.
- 2005 Bangkok'da yapılan konferansta küreselleşmiş dünyada sağlığın belirleyicilerini ele almak için gerekli eylem ve öneriler tanımlanmıştır.

Sağlığı geliştirme konusuna olan ilginin artmasının temelinde bir takım farklı güçlerin söz konusu olduğu ifade edilmektedir. Anderson bu güçleri 5 başlık altında toplamıştır (Anderson, 1984; Akt.: Rootman vd., 2001: 7-8):

1. Sağlığın olumlu hale getirilmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi,
2. Kişilerin kendi yaşamlarını kontrol altına alma isteklerinin artması,
3. Sağlık eğitimi ile ilgili geleneksel stratejilerin etkisinin sınırlı olması,
4. Birçok hastalığın kişilerin hayat tarzları ile ilişkili olduğunu anlaşılması,
5. Sağlık hizmetleri ve sağlık durumu arasındaki ilişkinin zayıflığına yönelik artan bilimsel kanıtlar.

Sağlığın geliştirilmesi kavramı, 1980 yılında entegre bir yaklaşım olarak gündeme gelmektedir. Bu yaklaşımın temelinde ise kişilerin yaşam tarzlarındaki olumlu değişikliklerin, fiziksel, psiko-sosyal, kültürel ve ekonomik çevrelerindeki gelişmelerin, morbidite ve mortalitelerde azalmaların etkili olduğu ileri sürülmektedir (Özvarış, 2016: 9).

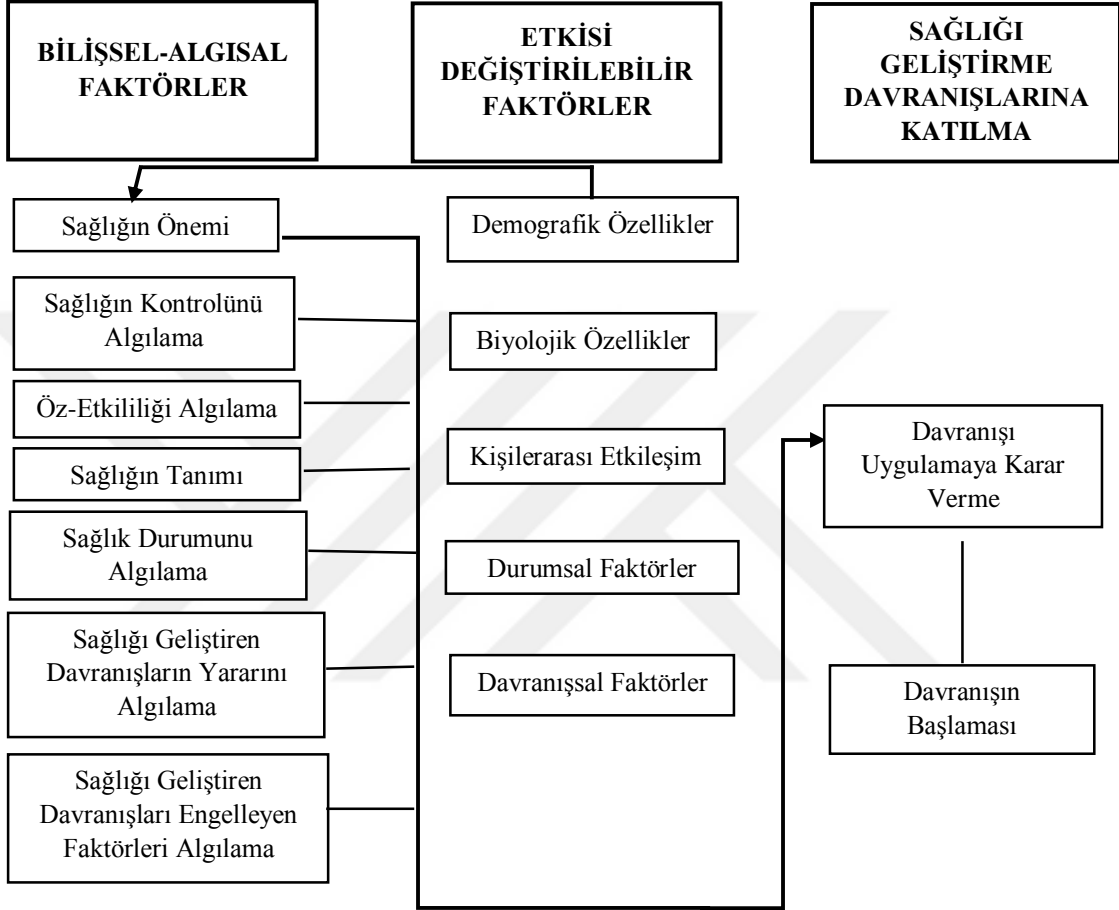
2.4.1. Sağlığı Geliştirme Modeli

Sağlığı Geliştirme Modeli, sağlığı geliştiren yaşam biçimlerini etkileyen öğeleri ve mekanizmaları tanımlamaktadır (Tabak, 2000: 71). Pender tarafından (1982-1984) geliştirilen Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM), sağlığı koruma modelinin tamamlayıcısı olarak ve bilişsel faktörlere odaklanarak, sağlığın yükseltilmesini ve sağlık davranışlarının iyileştirilmesini benimsemektedir (Ay vd., 2008: 46).

Hastalık davranışlarından kaçınmak yerine sağlık davranışlarına yaklaşma yolunun kullanılması ile sağlık potansiyellerinin gerçekleştirilmesi ve iyilik düzeyinin yükseltilmesi gibi amaçları kapsaması nedeni ile bu model hastalık önleme değil sağlık geliştirme modeli olarak ifade edilmektedir (Tabak, 2000: 71). Sağlığın geliştirilmesinin, bireyin refah seviyesini ve kendini gerçekleştirme düzeyi ile mümkün olabileceği düşünülmektedir. Bu model, sosyal öğrenme teorisinden kaynaklanmış olup, bireyin sağlığı geliştirici davranışlarını etkileyen bilişsel süreçlerin önemini açıklamaktadır. Yapısal olarak sağlığı geliştirme modeli, bireyin sağlığa ilişkin davranışları yapmaya ya da yapmamaya motive eden, eylem olasılığını etkileyen değişkenleri anlamayı amaçlayan

Sağlık İnanç Modeli'ne benzer bir şekilde düzenlenmiştir (Pender ve Pender, 1987: 57-60; Ay vd., 2008: 44-46).

Tablo 2.1. Sağlığı Geliştirme Modeli



Kaynak: Potter ve Perry, 1995; Akt.: Ay vd., 2008: 47.

Sağlığı geliştirme modeli, 1996 yılında Pender ve arkadaşları tarafından gözden geçirilerek yenilenmekte ve davranış belirleyicileri, bilişsel algısal-faktörler (bireysel deneyimler), etkisi değiştirilebilir faktörler ve davranışın oluşmasını etkileyen faktörler olarak sınıflandırılmaktadır (Pender ve Pender, 1987: 60; Ay vd., 2008: 46). Sağlığı geliştiren davranışları belirlemek ve etkileyen faktörleri değerlendirmek için kullanılan bu modelin, demografik ve toplumsal faktörlerde sağlığı etkileyebildiği düşüncesi ileri sürülmektedir. Bireyin sağlık etkinliklerinde aktif rol almasının gerekliliği üzerinde duran bu rolün, aynı zamanda toplumun geneli için planlanmış ve test edilmiş bir model olduğu da belirtilmektedir (Ay vd., 2008: 46).

Sağlığı geliştirme modelinde etkisi değiştirilebilir faktörler; demografik, biyolojik, kişilerarası, durumsal ve davranışsal etkileşim faktörleri olarak açıklanmaktadır. Sağlığın önemi, sağlığın kontrolünü algılama, öz-etkililiği algılama, sağlığın tanımı, sağlık durumunu algılama, sağlığı geliştiren davranışların algılanan yararları ve sağlığı geliştiren davranışların algılanan engellerinin, bilişsel-algısal faktörler üzerinde doğrudan etkisi var olmaktadır. Tabak'a (2000: 71) göre, bilişsel-algısal faktörlerin de sağlığı geliştirme davranışını uygulamaya karar verme üzerinde doğrudan etkisi olduğu da ifade edilmektedir. Modelin bu yapısından dolayı Sağlık İnanç Modeli'ne benzediği, her iki modelde de algılamalar, koruyucu ya da sağlığı geliştiren eylemleri uygulanma olasılığı üzerinde etkisi olan değiştirici etmenlerin kullanılması gerektiği belirtilmektedir. Fakat etmenlerin sıralaması ve ayrıntıları açısından da iki modelin birbirinden farklı olabileceği vurgulanmaktadır.

2.4.1.1. Sağlığı Geliştirmede Bilişsel-Algılama Faktörleri

Sosyal öğrenme teorisi olarak da bilinen bilişsel algılama faktörlerinin, sağlığı geliştirme davranışlarının kazanılmasında ve sürekliliğinde etki olduğu belirtilmektedir. Bilişsel algılama faktörleri davranışın sadece iç psikolojik güçler tarafından değil, aynı zamanda sosyal çevre tarafından da etkilendiğini ve bunun sonucunda şekillendiğini savunmaktadır. İnsan davranışları, dışsal olaylar ile kişisel donanım gibi kişisel belirleyicilerin karşılıklı etkileşiminin bir sonucu olmaktadır (Gözüm ve Bağ, 1998: 35).

Bireyin sosyal çevresi tarafından birçok yararlı ya da zararlı davranışları öğrendiği görülmektedir. Sağlığa yararlı davranışların benimsenmesi, zararlı davranışlardan da uzak durulması birçok insan için zor bir durumdur. Bilişsel algılama faktörlerinin bireyin olumlu sağlık davranışı kazanmasında doğrudan etkili olduğu düşünülmektedir (Gözüm ve Bağ, 1998: 35-39). Bilişsel algılama faktörlerinden sağlık kontrolünü algılama, sağlık durumunu algılama ve öz-etkililiği algılama sağlığı geliştirici davranışların en güçlü belirleyicilerindedir (Phalank, 1991; Pender vd., 2002; Stanhope ve Lancaster, 1992; Tillet ve Pender, 1998; Akt.: Tuygar, 2009: 85).

Sağlığın Önemi: Bireyin sağlığına verdiği önem onun davranışlarını etkilemektedir. Bireylerin, sağlıklarına genellikle önem ve değer verdiği düşüncesinin yanlış olduğu, genellikle hasta oldukları ya da ölümden korktukları anlarda sağlıklarının

değerini bildikleri ve sağlıklarına kavuştuklarında ise çoğu zaman bunu unuttukları görülmektedir (Öztek, 2000: 73). Birey olarak sağlıklı bir yaşam amaç olmalıdır. Sağlığın önemini kavramak için kaybedilmesini beklememek gerekir ve bu nedenle sağlığı korumak ve geliştirmek için bir takım önlemler alınmalıdır.

Sağlığın Kontrolünü Algılama: Sağlık davranışı üzerinde bireysel kontrolün öneminin pek çok bilimsel çalışma tarafından desteklendiği, bireyin kendi sağlık davranışını nasıl algıladığının ve kontrol ettiğinin bilinmesinin bireye yeni bir davranış kazandırmasının önemi belirtilmektedir. Bireyin sağlık kontrolü, içsel sağlık, dışsal sağlık ve şans etkisi olmak üzere üç düzeyde açıklanmaktadır. İçsel sağlık kontrolü, bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıtır (Pender vd., 1992; Akt.: Berçin, 2010: 19). Yapılan çeşitli çalışmalarda, bireyin içsel sağlık kontrolü ne kadar yüksek ise olumlu sağlık davranışlarına sahip olma düzeyinin de o oranda yüksek olabileceğini ileri sürülmektedir (Wallston ve Wallston, 1978: 108). Dışsal sağlık kontrolü, bireyin sağlığı üzerinde diğer kişilerin (aile, arkadaş vb.) etki düzeyini göstermektedir. Şans etkisi ise, bireyin sağlığını şansa bırakma düzeyi olarak açıklanmaktadır (Pender vd., 1992; Akt.: Berçin, 2010: 19). Dışsal etki ve şans düzeyinin de yüksek olması durumunda, bireyin olumlu sağlık davranışa sahip olma ya da kazanma düzeyinin düşük olacağı belirtilmektedir (Lakin, 1988: 42).

Öz-Etkililiği Algılama: Öz-etkililik, bireyin başarılı bir performans ile belli bir davranışı sergilemesi inancı olarak tanımlanmaktadır (Pender vd., 2006: 58). Başka bir ifade ile öz-etkililiğin bireyin gelecekte karşılaşılabileceği güç durumların üstesinden gelmede ne derecede başarılı olabileceğine ilişkin kendi hakkındaki yargısı ve inancı olarak açıklanmaktadır. Öz yeterlilik, bireyin becerilerinin bir fonksiyonu olarak değil, becerisini kullanarak yapabildiklerine ilişkin yargılarının bir ürünü yani bir sonucu olarak belirtilmektedir (Senemoğlu, 2011: 230). İnsanların bu yargılarının oluşmasında başkalarının deneyimlerinin olumlu etkilerinin gözlemlenmesi kaynak olarak gösterilmektedir. Bir davranışa yönelik oluşan bu olumlu etkilerin daha fazla algılanan öz-etkililik ile sonuçlanabileceği ve olumlu etkilerin artmasına sebep olabileceği görüşü ileri sürülmektedir (Alligood, 2014: 399-403).

Sağlığın Tanımı: Sağlığın negatif tanımı hastalıkların olmayışı, pozitif tanımı ise, iyi olma derecesidir (Akdemir, 2003: 7). Sağlık, bireyin yaşamı boyunca değişebilen dinamik bir durum olarak da tanımlanmaktadır. Bireyin farklı fizyolojik ve sosyo-psiko-

sosyal boyutlarda fonksiyonlarını sürdürebilmesini ve uyum sağlayabilmesini ifade etmektedir. Birey, fizyolojik fonksiyonlarını sürdürüp, sosyal yaşantısında düzenli, üretken olup, duygu ve düşüncelerini ifade edebiliyor ise bu birey sağlıklı olarak tanımlanmaktadır. Sağlık fiziksel iyilik ve yeterlilik kadar, bireysel ve çevresel kaynaklar ile ilişkili olup, bireyin ihtiyaçlarını karşılayabilme, çevreye sunabilme ve çevreyi değiştirebilme düzeyi olarak da açıklanmaktadır (Ay vd., 2008: 39).

Sağlık Durumunu Algılama: Mevcut sağlık durumunun öznel hale gelerek evrimleşmesi olarak tanımlanmaktadır (Pender vd., 1990: 326). Diğer bir ifade ile algılanan sağlık durumu, kişilerin genel olarak sağlık durumlarını değerlendirmelerine dayandığı ve sağlığın çok boyutluluğunu yansıtan, kişinin biyolojik, ruhsal ve toplumsal durumunu değerlendirmesine olanak sağlayan basit ancak güçlü bir gösterge olarak açıklanmaktadır. Sağlık durumunun algılanmasının, kişilere sorulan tek bir soru ile elde edilebileceği ve aynı zamanda birçok olay ile ilişkili olabileceği de mümkün olmaktadır (Erengin ve Dedeoğlu, 1997: 11; Kaplan ve Camacho, 1983: 292-304).

Sağlığı Geliştiren Davranışların Yararını Algılama: Sağlık davranışlarından kaynaklanan olumlu davranışlar olarak ifade edilmektedir (Alligood, 2004: 399). Diğer bir ifadeye göre, bir kişinin ciddi bir sağlık durumuna karşı kişisel duyarlılığı algılamış olsa bile, bu algının davranış değişikliğine yol açıp açmayacağı, kişinin hastalık riskini önlemek için mevcut çeşitli eylemlerin algılanan yararına ilişkin inançlarından etkilenmesidir (Glanz vd., 2008: 47). Bulduk ve arkadaşlarına (2015: 29) göre ise algılanan yarar, tedbirli davranışlarda bulunmanın faydaları anlamına gelmektedir. Bir davranışı değiştirmek için eyleme geçme isteğinin gelmesi ve tedbirli davranışın da hastalığı etkili bir biçimde önleyebileceği görüşüne inanması gerektirdiğini ifade etmektedir. Örneğin, sigara içmekle kanser arasında nedensel bir ilişkinin bulunduğuna inanmayan kişilerin sigarayı bırakmalarının beklenmediği; çünkü onların sigarayı bırakmanın kendilerini hastalığa karşı korumayacağı düşüncesine inandıkları görülmektedir.

Sağlığı Geliştiren Davranışları Engelleyen Faktörleri Algılama: Sağlığı geliştirme davranışlarını engelleyen özellikler, eyleme bağlılığı ve gerçek davranışları kısıtlayan, sağlığı geliştiren davranışların gerçekleşmesini olumsuz yönde etkileyen içsel ve dışsal etmenler olarak açıklanmaktadır (Pender, 2011: 5; Erdoğan vd., 1994: 30). Engelleyen özellikler arasında bu etmenlerin, fiziksel ve psikolojik özellikleri,

motivasyon ve çevresel özellikleri, bireyin sağlık durumu ve kişisel nedenleri de sayılabilmektedir (Erdoğan vd., 1994: 30). Janz ve Becker'a (1984: 2) göre belirli bir sağlık eyleminin potansiyel olumsuz yönlerinin, önerilen davranışın gerçekleştirilmesi için engel teşkil edebileceği belirtilmekte ve aynı zamanda fayda-maliyet analizi kapsamında bu engellere örnek olarak, zaman ayıramama, bireyin ekonomik yetersizliği, davranışın tehlikeli, zor ve rahatsız edici olarak algılanması gösterilmektedir.

2.4.1.2. Sağlıkta Geliştirmede Değiştirilebilir Faktörler

Sağlıklı yaşam davranışları; demografik özelliklerden, biyolojik özelliklerden, kişilerarası etkileşimden, durumsal ve davranışsal faktörlerinden etkilenmektedir.

Demografik Özellikler: Pender sağlık tanımını, bilişsel-algisal faktörler, değişen faktörler ve sağlığı teşvik eden davranışları uygulama olasılığını etkileyen değişkenler olarak üçe ayırmaktadır. Demografik, sosyo-psikolojik ve yapısal değişkenlerin sağlık teşvik edici davranışları dolaylı olarak etkileyip değiştirdiği, bilişsel-algisal faktörlerin ise doğrudan davranışları etkilediği görüşü ileri sürülmektedir (Pender ve Pender, 1987: 44). Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum gibi özellikler sağlığı geliştiren davranışların oluşumunda etkindir (Johnson, 2005: 134). Volden ve arkadaşları (1990: 20), Sağlıkta Geliştirme Modelini temel alarak 478 yetişkin birey üzerinde yaptıkları çalışmada, yaş ve cinsiyet değişkenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanmasında ve sürdürülmesinde etkili olduğu görüşünü bulmuşlardır. Johnson ve arkadaşlarının (1993: 132) yaptıkları çalışmada ise, Sağlıkta Geliştirme Modeli'ni test etmek amacıyla 3025 yetişkin bireye yapılan anket çalışmasında; cinsiyet, yaş, gelir, medeni durum ve eğitim gibi değişkenlerin sağlığı geliştirme davranışları üzerinde doğrudan etkili olduğu belirtilmektedir.

Biyolojik Özellikler: Bir takım biyolojik faktörlerin, egzersiz bağlılığı ile ilişkisinin bulunduğu ve bunun sonucunda, bireyin vücut ağırlığının sağlık davranışlarını etkilediği belirtilmektedir (Pender ve Pender, 1987: 67). Sağlıkta Geliştirme Modeli için yapılan çalışmalarda, biyolojik özelliklerin; yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksinin sağlığı geliştirme davranışı üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (Pender, 1996: 68; Johnson vd., 1993: 132).

Kişilerarası Etkileşim: Kişilerarası etkileşimin birincil kaynaklarının, aile, arkadaşlar, akrabalar ve sağlık hizmetlerini sağlayan çalışanlar olduğu belirtilmektedir (Alligood, 2014: 399). Kişilerarası etkileşimin, başka bireylerin davranışlarını, inançlarını ve tutumlarını etkileyerek sağlığa teşvik davranışları üzerinde teorik öneme sahip olduğu ileri sürülmektedir (Alligood, 2014: 399; Pender ve Pender, 1987: 67; Pender, 1996: 66).

Durumsal Faktörler: Kişisel algıların, herhangi bir durum veya ortamın şartlarının davranışı kolaylaştırabileceği ya da engelleyebileceği belirtilmektedir. Durumsal etkiler sağlık davranışını doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir. Sağlığı teşvik edici davranışlar üzerinde durumsal ve çevresel etkilerin arasında, bireyin ya da grubun tam bir iyilik haline ulaşabilmesi için çevresiyle uyumlu yaşaması, çevresini değiştirebilmesi, isteklerini belirleyebilmesi, tanımlayabilmesi ve doyum alması gerekmektedir (Pender ve Pender, 1987: 68; Pender vd., 2002: 72; Pender, 2011: 5; Alligood, 2014: 399).

Davranışsal Faktörler: Bu faktöre göre bilgi ve beceri düzeyi bireyin davranış kazanmasında etkili olmaktadır. Sosyal Bilişsel Kurama göre, bilgi, beceriler ve bireysel yeterlilik sağlık davranışını destekleyen etmenlerdir. Bilgi, davranışın değişikliği için ön koşul olarak kabul edilmekte ve davranış değişikliği başlamadan önce insanların karşılaştıkları ya da karşılaşacakları risk etmenlerin etkisini azaltacak alternatif davranışlar konusunda bilgiye sahip olmaktadır. Kazanılan bilginin davranış değişikliğine ya da geliştirilmesine doğrudan yol açmamasının temel nedenlerinden biri olarak, davranışı uygulama becerisindeki bireysel yetersizlik gösterilmektedir. Sağlık davranışının gösterilmesinden ya da öğretilmesinden sonra bilgi ve becerin uygulanmasını sağlayan temel etmenin öz-yeterlilik olduğu görüşü ileri sürülmektedir (Tabak, 2000: 47-48).

2.5. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Sağlığı koruma ve geliştirme denilince uzun bir süre insanların aklına ilk olarak hekimler, hemşireler ve hastanelerin geldiği, daha sonrasında ise insanların sağlıklarının yaşam biçimleri ile çok fazla ilişkili olduğu fark edilmeye başlandığı belirtilmektedir (Özvarış, 2016: 5). Sağlıklı yaşam biçimi, bireylerin kendisinin ve diğer insanların

sağlıklarını koruma ve geliştirme amaçlı uygulamaya çalıştığı bilinçli davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin sağlıklı yaşam biçimine dair tutum ve davranışları birçok hastalığın önlenmesinde ya da tedavisinde önemli bir yer tutmaktadır. Çünkü hastalığın, ölüm ve sakatlık halinin en aza indirgenebilmesi için bireylerin ve toplumun sağlıklı yaşam biçimi düzeylerinin artırılması gerektiği vurgulanmaktadır (Kılıç, 2017: 15).

İnsanlar karşılaştıkları riskler ya da sağlık seçenekleri konusunda bilgi sahibi olmadıklarından veya değer yargılarının, edindikleri bilgiye göre davranış biçimlerini değiştirmeleri için yeterli gelmemesinden, sağlıklarını bozan tutum ve davranışlarda bulunabilecekleri belirtilmektedir (sbu.saglik.gov.tr, 2018). Günümüzde, egzersiz, diyet, sigara içme ve stres gibi yaşam biçimi unsurlarının sağlığı ve kardiyovasküler (kalp damar) hastalık riskini etkilediği, kanser, kalp hastalığı, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklardaki morbidite ve mortalitenin yaşam biçimi değişikliklerini önemli ölçüde azaltılabildiği görüşü savunulmaktadır (Ferguson, 1998; Akt.: Çetiner, 2014: 16; Kohl, 2001: 472-473). Wang ve arkadaşlarına (2005: 1451) göre, yapılan çalışmalarda yaşam biçimi ile sağlık durumu, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık sistemi maliyetleri arasında ilişki olduğu belirtilmektedir.

Bireylerin olumlu sağlık davranışları kazanabilmesi için, bu davranışlar konusunda bilgi sahibi olmaları ve edindikleri bilgiyi davranış biçimlerini değiştirmek için kullanmaları gerekmektedir. Aksi halde, bireyler olumsuz sağlık davranışı gösterebilirler. Olumsuz sağlık davranışı, bireylerin sağlığı için risk oluşturabilecek eylemde bulunması olarak tanımlanmaktadır. Olumsuz sağlık davranışlarına örnek olarak, sigara içme, alkol kullanma, düzensiz yemek yeme verilebilmektedir. Olumlu sağlık davranışları ise, iyi sağlığa ulaşma, yeniden kazanma, sürdürme ve hastalığı önleme ile ilgili aktiviteler olarak tanımlanmaktadır (Ay vd., 2008: 43). Farrand ve Cox'a (1993: 208) göre olumlu sağlık davranışlarının demografik unsurlardan, sağlık deneyimlerinden, aile yapısı ve büyüklüğünden, benlik saygısından etkilendiği, kişiler arası ilişkinin ve etkin desteğin de en az sağlık bilgisi ve beceri kapasitesi kadar önemli olduğu vurgulanmaktadır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası iletişim ve stres yönetimi başlıklarını içermektedir.

2.5.1. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık için kişisel sorumluluk kavramlarının, insanlık tarihi boyunca ortaya çıktığı ve süregeldiği vurgulanmaktadır. Yaşam biçiminin sağlık üzerindeki etkilerinin, Yunan ve Roma'da vurgulandığı ve kişilerin kendi sağlıkları üzerinde biraz da olsa sorumlu olması kavramının Orta Çağ ve Rönesans dönemi boyunca devam ettiği belirtilmektedir (Reiser, 1985: 7). Sağlık sorumluluğu, bedensel, ruhsal, sosyal iyilik halinin korunması için bireyin tutum ve davranışlarını değiştirmesi, üzerine düşen görevleri yerine getirmesi olarak açıklanmaktadır (Avcı, 2016: 259). Oral'a (2018: 22) göre sağlık sorumluluğu aynı zamanda, bireyin kendi sağlığını ne derecede önemseydiğini sağlığı hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğunu ve sağlığına ne derecede katıldığını gösteren bir belirleyicidir.

Sağlık sorumluluğu, kişinin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesi, kendi sağlığına özen göstermesi, sağlığı hakkında bilgi sahibi olması ve gerekli olan durumlarda da profesyonel bir yardıma başvurabilmesi olarak tanımlanmaktadır (Bahar vd., 2008: 2). Bireylerin sağlık sorumluluklarının bilincinde olmaları, bu konudaki sorumluluklarını belirlemeleri, uygun bir yaşam tarzını seçmeleri, yaşam kalitelerini ve güvencelerini etkileyebileceği görüşü savunulmaktadır (Oral, 2018: 22).

2.5.2. Fiziksel Aktivite ve Egzersiz

Fiziksel aktivite ve egzersiz, tarih boyunca farklı toplum ve uygarlıklarda yaşamın bütün dönemlerinde önemli bir yer tutmaktadır. Milattan önce ve sonraki dönemlerde egzersiz, fiziksel aktivite ve sağlık arasında birçok ilişkinin kurulduğu görülmektedir. Çin'de güzel hareket öğretisi bulunan bir egzersiz sistemi olan Tai Chi Chuan ve Hindistan'da fiziksel uygunluk, uygun solunum, diyet ve duyguları kontrol etmek üzerine odaklanan Yoga felsefesi, milattan önceki dönemlere örnekler olarak gösterilmektedir. Eski Yunan'da ise, yüksek atletik düzeye ulaşan kişilerin, tanrıların ruhsal ve fiziksel kuvvetlerini temsil ettikleri düşünülmektedir. Batı tarihindeki eğitimci hekimlerin büyük çoğunluğu tarafından, fiziksel olarak aktif olmanın sağlıklı yaşamaya yardımcı olacağı, fiziksel fonksiyonları geliştireceği ve yaşam süresini uzatacağı fikri öne sürülmektedir (Özer, 2001: 1-2).

Egzersiz tanım olarak, belirli bir oranda soluk alıp vermeyi sıklaştırıp, derinleştiren, kalp atışlarını hızlandıran ve bir süre yapıldıktan sonra az da olsa terlemeye sebep olan, kollar ve bacaklar gibi büyük kas grupları ile yapılan bedensel hareketler olarak tanımlanmaktadır. Egzersiz, fizik aktivitenin alt sınıfı ve fiziksel uygunluğun bir ya da birkaç unsurunu geliştirmeyi amaçlayan sürekli aktiviteler olarak da belirtilmektedir (Tayar ve Korkmaz, 2007: 225). Özer'e (2001: 11) göre fiziksel uygunluk, günlük işleri canlı ve uyanık, yorgunluk duymaksızın, boş zamanlarını neşeli uğraşlar ile geçirebilecek gerekli enerjiye sahip ve beklenmeyen tehlikeleri karşılayabilecek yeterliliğe sahip olmak anlamını taşımaktadır.

Egzersizin amacı, oksijen dağılımını ve metabolik süreçleri yoluna koymak, kuvveti, dayanıklılığı geliştirmek, vücut yağını azaltmak, kas-eklem hareketlerini iyileştirmektir (Tayar ve Korkmaz, 2007: 225). Fiziksel aktivitenin, her yaşta sağlığa yararlı olduğu, düzenli yapılması sonucunda, sağlıklı kilonun sürdürülmesi, dayanıklılık, güç ve esnekliğin artmasındaki rolünün yanı sıra günümüz hastalığı olarak kabul edilen kronik hastalıklara yakalanma riskini azalttığı düşünülmektedir. Dünyanın her yerinde giderek maliyeti artan sağlık hizmetleri açısından koruyucu sağlık hizmetleri kapsamındaki fiziksel aktivitenin sağladığı yararların, önemli bir tasarruf sağladığı ileri sürülmektedir (Toprak vd., 2002: 118). Yürümek, koşmak, sıçramak, yüzmek, bisiklete binmek, çömelme-kalkmak, kol ve bacak hareketleri, baş ve gövde hareketleri gibi temel vücut hareketlerinin tümünü ya da bir kısmını içeren çeşitli spor dalları, dans, egzersiz, oyun ve gün içerisindeki aktiviteler fiziksel aktivite olarak kabul edilmektedir (Bek, 2008: 9).

Düzenli fiziksel aktivitenin, birçok faydasının olduğu, kişinin kendisini iyi hissetmesinin yanında özgüveni artırdığı, sağlam ve sağlıklı kalmasını sağladığı, aşağıda yer alan özellikleri nedeni ile de hem hastalıklara karşı koruyucu, hem de tedavi edici bir araç olarak kullanılabilmesi belirtilmektedir (Aktürk, 2013: 60). Bu özellikler:

- İskelet-kas kuvvetini, eklem hareketliliğini ve esnekliğini artırır,
- İnsülin hassasiyetini artırır, kan şekerinin kontrolünü sağlayarak düşürür,
- Kan basıncını düşürür,
- Vücut yağ yüzdesini azaltır, metabolizmayı hızlandırır kilo alımını önler,
- Olumlu düşünme, aksiyete ve stresi azaltmada etkilidir,

- Lokomotor sistemin hastalıklarını önler ve tedavi eder,
- Meme, kolon ve prostat gibi kanser türlerini gelişim riskini azaltır, kansere karşı koruma sağlar,
- Kardiyovasküler işlev durumunu ve performansı iyileştirir,
- Kötü kolesterolü düşürücü, iyi kolesterolü yükseltici olumlu etkisi vardır,
- Osteoporozu önler,
- Hareketsiz yaşayan bireylere göre yaşam beklentisini artırır gibi daha bir çok olumlu özelliği sıralayabiliriz (Akyol vd., 2008: 9-10; Bek, 2008: 10-13; Aktürk, 2013: 60).

Günümüzde yaşam kalitesini artırarak yaşamın, uzun yaşamak kadar önemli bir konu haline geldiği belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nun 2002 raporuna göre, hareketsiz yaşamın dünya çapında yılda 1.9 milyon kişinin ölmesine, meme kanseri, kolon kanseri ve diyabet vakalarının yaklaşık olarak %10-16'sına ve kalp hastalıklarının %22'sine hareketsiz yaşamın sebep olduğu ifade edilmektedir (Akyol vd., 2008: 7). Sonuç olarak, fiziksel aktivite, fiziksel ve zihinsel sağlığı önemli yönde etkilemektedir. Ancak aşırı ve yoğun egzersiz yapan egzersize bağımlı kişilerin (bu durumun genel olarak beslenme bozuklukları ile birlikte görüldüğü) çok sağlıklı görülmediği düşüncesi ileri sürülmektedir. Çünkü aşırı egzersizin, sakatlanma, aşırı yoğunluk ve psikolojik rahatsızlıklara yol açabileceği görülmektedir (Toprak, 2002. 119).

2.5.3. Beslenme

Gıda, yenilip, içilebilen, fizyolojik etkisi olan, besin öğelerini içeren maddeler anlamına gelmektedir (Tayar ve Korkmaz, 2007: 3). Diğer bir tanıma göre gıda, açlığı gidermek, büyümek, üremek, vücudun çalışmasının ve iş yapmasını sağlamak, dokuları onarmak ve lezzet almak gibi amaçlarla alınan maddeler olarak adlandırılmaktadır. Besin ise, gıdaların içinde bulunan, bireyin yaşamını sürdürmek, büyümek, üremek, metabolik faaliyetlerini gerçekleştirmek, iş yapmak için dışarıdan almak zorunda olduğu enerji substratlarını (enzimlerini) yapı taşlarını veya biyolojik katalizörleri belirleyen bir terim olarak ifade edilmektedir (Sencer ve Orhan, 2005: 1).

Beslenme, büyümek, vücudun işlerini gerçekleştirmek, yaşamın sağlıklı ve mutlu devam ettirilmesi için vücudun yediğimiz besinlerden yararlanması olarak

tanımlanmaktadır (Kavas, 200: 6). Diğer bir tanıma göre, beslenme, açlık duygusunu bastırmak, karın doyurmak ya da canının çektiği şeyleri yemek içmek değil, sağlığını korunması, geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli olarak yapılması gerekli olan eylemler olarak ifade edilmektedir (www.bdb.hacettepe.edu.tr, 2019; Baysal, 2000: 9). Bir ülkenin beslenme durumunun o ülkenin en önemli sağlık göstergesi olarak kabul edildiği ve uluslararası insan hakları belgelerine göre bir hak olarak ifade edilmektedir (Soylu, 2006: 37).

Bilimsel araştırmalarda insan yaşamı için 50'ye yakın besin öğesine ihtiyacın olduğu, insanın sağlıklı büyüme, gelişme ve üretken olarak uzun süre yaşayabilmesi için bu öğelerin günlük ne kadar alınması gerektiğini belirtmiştir. Bu öğelerin herhangi biri alınmadığında, gereğinden az ya da çok alındığında, büyüme ve gelişmenin engellendiği, sağlık durumunun da bozulmasının bilimsel olarak kanıtlandığı vurgulanmaktadır (www.bdb.hacettepe.edu.tr, 2019; Baysal, 2000: 9). Beslenme biliminde besin öğeleri; makro ve mikro besin öğeleri olarak 2 gruba ayrılmaktadır. Günlük gereksinin için miktarı çok olan makro besin öğelerinde, proteinler, yağlar, karbonhidratlar ve su; günlük gereksinim için az miktarda gerekli olan mikro besin öğelerinde ise, vitaminler, mineraller ve iz elementler (demir, flor vb.) yer almaktadır (Tayar ve Korkmaz, 2007: 7; Toprak vd., 2002: 6).

Vücudun büyümesi, dokuların yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan bu besin öğelerinin her birinin yeterli miktarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması durumu “yeterli ve dengeli beslenme” deyimini ile açıklanmaktadır. Besin öğeleri ihtiyacı düzeyinde alınmazsa yeterli enerji oluşmadığı ve vücut dokuları yapılamadığından “yetersiz beslenme” durumunun oluştuğu belirtilmektedir. İnsanın gereğinden çok yemesi, bu besin öğelerini gereğinden çok almasına ve vücudunda yağ olarak birikmesine sebep olmaktadır. Sağlığı için zararlı olan bu durum “dengesiz beslenme” ile adlandırılmaktadır. İnsan yeterince yemesine karşın, uygun seçim yapamadığı ya da yanlış pişirme yöntemi uyguladığı için bu besin öğelerinin bazılarını alamayabilir. Bu durumda, o besin öğesinin vücut çalışmasındaki işlevi yerine getirilemediğinden yine sağlık bozukluğunun oluşabileceği ve bu durumun da “dengesiz beslenme” olarak açıklanabileceği belirtilmektedir (Baysal, 2000: 10; Toprak vd., 2002: 5-6; Tayar ve Korkmaz, 2007: 5-6).

Yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı pek çok hastalığın hem maddi hem manevi hem de sosyal hayatta çeşitli olumsuzluklara yol ağtığı, yaşam suresini ve kalitesini etkilediği belirtilmektedir (dosyasb.saglik.gov.tr,2019). Günüümüzde beslenme ile ilgili sorunların başında, modern yaşamda günlük enerji tüketiminin azalmasına rağmen rafine gıdalardan alınan enerjinin artması sonucunda şişmanlama meydana gelmektedir (Esen ve Turgut, 2013: 10). Dengesiz beslenmeye bağlı olarak gelişen şişmanlığın, büyüme geriliğine sebep olduğu, fiziksel gelişimi etkilediği ve ilerleyen yaşlarda beslenmeye bağlı kronik hastalıkları da ciddi anlamda tetiklediği ileri sürülmektedir. Zayıflığın ise verimliliği ve vücut direncini düşüren, olumsuz bir durum olduğu ve bu durumun her zaman dengede olması gerektiği ifade edilmektedir (dosyasb.saglik.gov.tr,2019). Yetersiz ve dengesiz beslenme yüzünden zihnen ve bedenen iyi gelişmemiş, yorgun, isteksiz ve hasta bireylerin toplum için bir güç ve kuvvet değil, bir yük olabileceği ifade edilmektedir (Tayar ve Korkmaz, 2007: 6; Baysal, 2000: 11).

Son yıllarda tüm dünyadaki sağlık problemlerinin başında gelen obezite, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “yağ dokularında sağlığı bozacak düzeyde anormal veya aşırı miktarlarda yağ birikmesi” olarak tanımlanmaktadır. Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının %15-18'i, kadınlarda ise %20-25'ini yağ dokusu oluşturmaktadır. Bu oranın erkeklerde %25, kadınlarda ise %30'un üstüne çıkması obeziteyi oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2019). Bir bireyin normal kiloda olup olmadığı Beden Kitle İndeksi (BKİ) ile hesaplanmaktadır. BKİ: Ağırlık (kg) / Boy Uzunluğu (m)² formülü ile hesaplanır (Mercanlığil, 2008: 7; Yıldırım vd., 2008: 8-13).

Tablo 2.2.'de Beden Kitle İndeksi'nin formülü

18,5 kg/ m ² nin altında ise	Zayıf
18,5- 24,9 kg/ m ² arasında ise	Normal kilolu
25- 29,9 kg/ m ² arasında ise	Fazla kilolu
30- 34,9 kg/ m ² arasında ise	I. derece obez
35- 39,9 kg/ m ² arasında ise	II. derece obez
40 kg/ m ² üzerinde ise	III. morbid obez olarak değerlendirilmektedir.

Kaynak: (www.sbn.gov.tr, 2019; www.bdb.hacettepe.edu.tr, 2019).

Beden Kitle İndeksi (BKİ) değeri 30'un üzerinde olan bir kişi I. derece obez, 25'in üzerinde olan ise fazla kiloluluk olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002

yılı raporuna göre, yaklaşık olarak diyabetik hastaların %58'i, iskemik kalp hastalarının, %21'i ve kanser hastalarının, %8-42'sinin BKİ'si 21 kg/m²' nin üzerinde olduğu belirtilmektedir (Mercanlıgil, 2008: 7; Yıldırım vd., 2008: 8-13).

Sağlıklı Beslenme Konusundaki Uyarılar

- Sağlıklı beslenmek için doğal ve taze besinler tercih edilmelidir,
- Az ve sık yemek, güne mutlaka kahvaltı ile başlamak, öğün atlamamak, abur cubur yememek,
- Günde en az 4 - 6 bardak su içmek, asitli içecekler, aşırı çay ve kahve tüketiminin yerine, taze sıkılmış meyve suları, ayran, limonata tercih etmek,
- Kızartma, kavurma, aşırı yağlı, tuzlu ya da şekerli gıdalar ve açıkta satılan yiyeceklerden kaçınmak, yağ seçiminde doymamış yağları tercih etmek,
- Daha az tuz içeren besinler tüketmek,
- Çiğ yenen meyve ve sebzeleri bol ve temiz suyla iyice yıkamak,
- Saflaştırılmamış ve zenginleştirilmiş tahıl ürünleri tercih etmek, beyaz ekmek yerine kepekli, esmer ekmek tercih etmek,
- Fazla miktarda katkı maddesi içeren besinlerden kaçınılmalıdır (Esen ve Turgut, 2013: 10; Toprak vd., 2002: 30).

2.5.4. Manevi Gelişim-Tinsellik (Spiritüalizm)

Tinsel anlam olarak, Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde (TDK, 2019), herhangi bir maddeyle ilgisi olmayan manevi kelimeleriyle karşılık bulmaktadır. Tinsellik, bireyin kendisinin ve onun varlığının ötesindeki güç olarak tanımlanmaktadır. Başka bir tanımda ise, hem fiziksel hem de metafizik boyutu kapsayan kişisel farkındalık olarak ifade edilmektedir (Tuncay, 2007: 11; King vd., 1994: 632). Tinsellik, birleştirici bir güç, yaşam ve hastalıkta anlam, bireyin kişisel ve kişilerarası bağlılığı gibi amaçlara ilişkin olup bu kavramların tinselliğin boyutlarını oluşturduğu dolayısıyla, bireyin yaşamın anlamını ve amacını yakaladığı yerin bireyin tinsel alanı olduğunu göstermektedir (O'Neill ve Kenny, 1998: 276; Banks vd., 1984: 16).

Manevi refahın ve dinsel aktivitelerin, hastalıkların önlenmesinde, tedavi edilmesinde, ağrı ve depresyonun azaltılmasında, sorunlar ile başa çıkmada ve hayattan

zevk alınıp yaşam kalitesinin geliştirilmesi ile pozitif yönde ilişkisi olduğu yapılan araştırmalarda ileri sürülmektedir (Nelson vd., 2002: 215-218; Brady vd., 1999: 417). Yapılan çalışmaların büyük bir bölümünde din/maneviyat ile fiziksel ve zihinsel sağlık sonuçları arasında ilişki kurulduğu, kişinin manevi inançlarının, sağlığını, uzun bir yaşamı ve fiziksel hastalığının iyileşmesini pozitif olarak etkileyebildiği bulunmuştur (Rippentrop vd, 2005: 311). Sağlık davranışları üzerinde dinin faydalarının etkili olduğu, bazı dinlerin, sağlıkta risk oluşturan tütün kullanımı, alkol kullanımı, şiddet ve riskli cinsel davranışlar gibi özel yasaklar içerdiği belirtilmektedir. Diğer pek çok dinin, kişinin kendine bakması gerektiğini, beden maddi önemi olduğu kadar manevi öneminin de olması sonucunda sağlığın geliştirilmesine teşvik ettiği vurgulanmaktadır (George vd., 2000: 110).

Sağlık, son yıllarda sadece fiziksel, psikolojik, zihinsel ve sosyal olarak değil, aynı zamanda ruhsal olarak da tam bir refahı öngören çok boyutlu bir kavram olarak ifade edilmektedir. Bu çerçevede bazı filozofların yanı sıra birçok davranışsal ve sosyal bilim akademisyeni tarafından sağlık, ruhun zihni kontrol ederken, daha sonra vücudu kontrol ettiği, felsefi gerekçelerle sağlığın, zihnin, bedenin ve ruhun bütünlüğü ve özellikle uyumu olarak tanımlanmaktadır. Daha da ileri gidilecek olunursa bireyi, felsefi olarak “manevi deneyimleri taşıyan bir insan” olarak değil, “insan deneyimlerini taşıyan bir manevi varlık” olarak tanımladıkları belirtilmekte ve bu nedenle de manevi alanın bireyin refahını oluşturmada yüksek öncelikli bileşenler arasında gerçekleştirdiği düşünülmektedir (Tuncay, 2007: 11; Kelly, 2004: 162; Watson, 1999: 56).

2.5.5. Kişilerarası İlişkiler

İnsanın, doğumundan ölümüne kadar süren varoluşun temelini oluşturan bireyin çevresi ile kurduğu iletişimin, ilişkilerin insanı var ettiği, diğer canlılardan ayıran en önemli özelliklerden biri aynı zamanda sağlıklı bir yaşam ve iyilik halinin sağlanmasında son derece etkili bir faktör olduğu açıklanmaktadır. Bireyin diğer insanlarla kurduğu ilişkiler yoluyla benlik duygusunun, dış dünyaya ilişkin algı ve tutumlarının oluşturduğu ve etkilendiği ifade edilmektedir. Kişilerarası iletişim, en az iki insanın karşılıklı olarak bilgi, duygu, düşünce ve yaşantılarını belirli yollarla paylaştıkları psiko-sosyal bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Etkili bir iletişimin kurulması için ise verici, alıcı, iletilen mesaj

ve iletim yolunun etkin olması gerektiği vurgulanmaktadır (Oral, 2018: 26; Kaya, 2011: 1-5).

Kişilerarası ilişkilerin tüm insanların yaşamında önemli bir yere sahip olduğu, bireylerin kurdukları ilişkilerden etkilendiği, bu ilişkilerin kişilerarası ilişki tarzlarının oluşmasına neden olduğu ve bireyin yaşam kalitesine etki ettiği belirtilmektedir. Kişilerarası iletişimin başlatılması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi kapsamında ilişkilerin algılanış, yorumlanış ve değerlendiriliş biçiminin de önemli olduğu vurgulanmaktadır. (Erözkan, 2009: 57). Kişilerarası ilişkilerin, karşılıklı etkileşim ile bireyin kişilere yüklediği anlamlar ve önemli gördüğü kişilerin bireye sunduğu imkânlar çerçevesinde oluşturulduğu belirtilmektedir (Sapmaz, 2006: 44). Kişilerarası destek davranışları, yakın arkadaşlar ile vakit geçirmek, başkalarıyla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurup sürdürmek, başkalarına karşı sevgi ve sıcaklık göstermek, onlara karşı içten olmak, yakın arkadaşlara ve aile üyelerine dokunmaktan ve onların dokunmasından hoşlanmak, kişisel sorunları ve endişelerini yakınların ile paylaşmak olarak tanımlanmaktadır (Chen, 1999: 127).

Kişilerarası iletişimin etkili bir şekilde gerçekleştirilmesinin en önemli koşullarından biri bireyin kendisiyle iletişimini gerçekleştirme kapasitesinin, becerisinin olması ve kişilerarası iletişimin kişiden geçerek (kendi kendine iletişim) diğer kişiler ile olan ilişkiyi gerçekleştirme olarak ifade edilmektedir. Dolayısıyla kişiler hem kendileriyle hem de diğerleriyle iletişimi aynı anda gerçekleştirirler (Erdoğan, 2011: 267). Bireyin çevresine olan ilgisinin doğuştan var olan ve toplumsal ortam içinde ortaya çıkan bir yetenek olduğu belirtilmektedir. Küçük yaşlardan itibaren çevredeki insanlara gösterilen sevgi ve yakınlık tepkilerinin sonraki yıllarda etkileşim, paylaşım ve yardım gibi davranışlarla daha anlamlı hale geleceği, ilerleyen zamanla birlikte sosyal yönlerden kendini daha fazla geliştirmesi bakımından bireyde kişilerarası ilişkiler geliştirme ve bu ilişkilerinde kabul görme isteğinin söz konusu olabileceği düşünülmektedir (Erözkan, 2004: 7)

Sosyal destek terimi, sosyal ilişkilerin çeşitli yönlerini ifade etmektedir. Sosyal desteğin içeriği, duygusal, değerler, bilgilendirici ve parasal destek olarak dört sınıfta tanımlanmaktadır (House ve Kahn, 1985: 84-90). Duygusal destek; bireyin sevgisi, ilgisi, hoşlanması, şefkati, saygısı, empatisi, dinlemesi ve güvenidir. Değerler desteği; doğrulama, geribildirim, sosyal karşılaştırma gibi bireyin öz değerlendirmesini etkileyen

destek birimleridir. Bilgilendirici destek ise; önerileri ve bazen de yönergeleri içeren destektir. Maddî destek ise; para, mal ve eşya gibi araç gereç olduğu kadar işgücü gibi faktörleri içeren destektir (Oral, 2018: 27; Phelan vd., 2010: 29).

Kişilerarası desteğin bireyin şimdiki olduğu kadar gelecekteki yaşamını da etkileyen, sağlığında tehlikelere karşı maruz kalma durumunu azaltabilen, bireye stresle başa çıkabilme ve sorunları çözebilme yetisi kazandıran sosyal bir gereksinim olduğu ifade edilmektedir. Sosyal desteğin hastalıkların, morbitite ve mortalitenin üzerine olumlu etkilerini gösteren çalışmaların olması, kişilerarası sosyal ilişkilerin sağlığın belirleyicilerinden biri olduğunun kanıtı olarak gösterilmektedir (House, 1987: 135-139; House vd., 1988: 296). Kişilerarası ilişkilerin ve sosyal desteğin, bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını etkileyen strese karşı savunma mekanizmasının geliştirilmesinde etkili, aynı zamanda kültürel, sosyal, dini ve ekonomik pek çok faktörden şekillenebilen bir olgu olduğu düşünülmektedir (Oral, 2018: 27).

2.5.6. Stres Yönetimi

Stres sözcüğünün, Latince “estricia” dan geldiği, 17. yüzyılda felaket, bela, musibet, dert, keder, elem gibi anlamlarda kullanıldığı ifade edilmektedir. 18. ve 19. yüzyıllarda ise bu, kavramın anlamının değiştiği ve güç, baskı, zor gibi anlamlarda objelere, kişiye, organlara ve ruhsal yapıya yönelik olarak kullanıldığı, buna bağlı olarak da stresin, nesne ve kişinin bu tür güçlerin etkisi ile biçiminin bozulmasına, çarpıtılmasına karşı bir direnç anlamında kullanılmaya başlandığı belirtilmektedir (Güçlü, 2001: 92). Stresin, farklı koşullarda yer alan insanlar için çok farklı anlamları olmuş olsa da, Selye stresi vücudun herhangi bir talebe karşı spesifik olmayan cevabı olarak tanımlamaktadır (Fink, 2017: 4). Cüceloğlu’na (2016: 321) göre ise stres bireyin, fizik ve sosyal çevreden gelen uyumsuz koşullar nedeniyle, bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı gayret olarak adlandırılmaktadır.

Davranış bilimlerinde stresin, tehdit algısı, kaygı rahatsızlığı, duygusal gerginlik ve uyum zorluğu olarak görüldüğü ifade edilmektedir. Lazarus ise, stresin farklı anlamlarını ortaya koyarak, terimin anlam tutarsızlığına rağmen, stresi insan yaşamında merkezi bir sorun olarak kabul etmektedir (Selye, 2013: 17-18). Uyarıcı tabanlı tanımlamaların stresi, baskının bir sonucu olarak gördüğü, tepki tabanlı tanımlamaların ise stresin, zararlı ya da rahatsız edici uyaranlara karşı verilen bir cevap olmasına

odaklandığı belirtilmektedir (Butler, 1993: 1; Oral, 2018: 28). Tıbbi açıdan stres, insanların iç ve dış dünyaları tarafından tehdit edilip, kafa tutma durumları ile karşı karşıya kaldıkları durumlar karşısında ürettikleri psikolojik (duygusal gerilimler, iç ve dış çatışmalar), fizyolojik (travma, sıcak, soğuk gibi) ve davranış reaksiyonları olarak ifade edilmektedir. Stresin iyi ya da kötü olabileceği, insana ihtiyacı olan gücü ve canlılığı verdiği durumlarda iyi, yönlendirilmediği durumlarda, insan için zararlı olduğu ve hastalıklara neden olduğu durumlarda ise kötü olarak açıklanmaktadır. Halk arasında stres kelimesinin çoğu zaman karşılığı kötü olarak ifade edilmektedir (Balcıoğlu, 2005: 9; Bozhüyük vd., 2012: 15).

Strese neden olan durumların beş ana grupta değerlendirildiği bunların; bireyin kendisi, ev ve aile yaşamı, eğitim ve okul yaşamı, iş yaşamı ve yaşadığı genel çevre ile ilgili olduğu belirtilmektedir (Bozkurt vd., 2010: 17). Bireyin kişilik özelliklerinin strese yatkın olması, kaygı, olumsuz düşünce, özgüven eksikliği, işleri erteleme alışkanlığı, mükemmeliyetçilik duygusu, karşılaştığı yaşam olayları (hastalıklar, eş kaybı, boşanma, emeklilik, işten atılma gibi) ve zor hayat şartları bireyin kendisinden kaynaklanan stres nedenleri olarak gösterilmektedir (Bozkurt vd., 2010: 17-18; Braham, 2004: 36). Aile bireyleri ile yaşanan ilişki sorunları, okul yaşamındaki sınavlar, sınavlara verilen anlam ve ailelerinin beklentisinin yüksek olması strese yol açan bir diğer kaynak olarak düşünülmektedir (Bozkurt vd., 2010: 19-21). İş yaşamında çalışma saatlerinin uzun olması, vardiya usulü çalışma, sorumluluk fazlalığı, fiziksel tehlikelerin varlığı, işsizlik korkusu gibi birçok nedenin çalışanlar üzerinde baskı ve zorlama yarattığı bu zorlamanın da uzun sürmesinin sağlıkta ciddi sonuçların doğmasına sebep olduğu ifade edilmektedir (Bozkurt vd., 2010 :22; Baltaş ve Baltaş, 2010: 76). Son olarak, ekonomik koşullar, politik yaşam, teknolojinin hızlı değişimi ve gelişimi ve sosyokültürel uyum sürecinin getirdiği zorluklar da stresin kaynakları arasında gösterilmektedir (Bozkurt vd., 2010: 24).

Stresin, baş ağrısı, uyku bozukluğu, kas-eklem ağrıları, tansiyon değişikliği, iştah değişikliği, yorgunluk gibi fiziksel belirtilerinin, kaygı endişe, depresyon, gerginlik, öfke patlamaları, tükenmişlik, güvensizlik gibi duygusal belirtilerinin, unutkanlık, konsantrasyon güçlüğü, hafızada zayıflık, iş kalitesinde düşüklük, hatalarda artış gibi zihinsel belirtilerinin ve insanlara karşı güvensizlik, içine kapanma, başkalarını suçlamak, alkol, sigara gibi sosyal ve davranışsal belirtilerinin ortaya çıkabileceği ileri sürülmektedir (Braham, 2004: 53-56; Baltaş ve Baltaş, 2010: 30).

Stresle başa çıkma, stresin neden olduğu bedensel, psikolojik ve sosyal aşırı uyarılma halini ve bunu belirleyen etmenleri azaltmaya, yok etmeye ya da uzaklaştırmaya yönelik dışsal ve içsel tepkileri ya da bunlar arasındaki çatışmaları denetim altına almaya odaklı bireyin, kaynaklarını genişletici veya sınırlayıcı davranışsal ve zihinsel gayretler olarak tanımlanmaktadır (Lazarus, 1984: 178; Savcı ve Aysan, 2014: 45; Oral, 2018: 28). Doğan ve Eser (2013: 31) ise stres ile başa çıkmayı, stresi tamamen ortadan kaldırmak değil, stresi olumlu bir düzeyde tutabilmeyi öğrenmek olarak açıklamaktadır. Stres ile başa çıkma, stres kaynağı olan duygusal tepkileri değiştirme, tolere etme ya da kaçınma amacıyla (Dressler, 1985: 499), dış kaynaklı olumsuz olaylara karşı verilen tepkiler olarak ifade edilmektedir (Billings ve Moos, 1980: 140).

Stresle başa çıkmada; bireyin yaşam tarzının, tutum ve davranışlarının, sağlığı algılamasının, sorumluluklarının farkındalığının, dengeli ve düzenli beslenmesinin, fiziksel aktivitenin ihmal edilmemesi gerektiğinin, sosyal bir yaşam ile çevreye uyumun sürdürülmesinin, gerektiği zaman sosyal ve psikolojik desteğin alınmasının, problem çözme becerisinin kazanılması ve uygulanabilmesi için stresle başa çıkmada gerekli eğitimlerin alınmasının son derece önemli olduğu vurgulanmaktadır (Oral, 2018: 29).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

3.1. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde, araştırmanın amaç ve önemine, veri toplama araçlarına, verilerin istatistiksel analizlerine ve yorumlarına yer verilerek, hipotezler belirtilmiştir.

3.1.1. Amaç ve Önem

Bu çalışmada, kişiliğin oluşmasında etkili olan faktörler, bu faktörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi incelenmiştir.

Sağlık, her birey için önemli bir kavram olmakla beraber sağlık çalışanı olan hekim ve hemşireler açısından da son derece önem teşkil etmektedir. Çalışma alanlarının doğası gereği, insan vücuduna dokunma ve müdahalede bulunma ayrıcalığı kendisine tanınmış olan hekim ve hemşirelerin topluma karşı önemli görevleri vardır. Bu görevlerin başında sağlığın korunmasının ve geliştirilmesinin önemli bir yere sahip olduğu düşünüldüğünde, hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi de önem kazanmaktadır. Çalışmalar sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda hekim ve hemşireleri sadece meslek gereği olarak değil, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği hizmet ettikleri çevreyi etkileme özelliğine sahip oldukları ve kendi bireysel sorumluluklarına özen göstermeleri konusunda farkındalık oluşturulması bu çalışmanın önemini ortaya koymaktadır.

Hekim ve hemşirelerin insanlara etkili ve yeterli bir hizmet verebilmesi için öncelikle kendi sağlıklarına önem verdiklerini hal ve hareketleri ile göstermesi, söyledikleri ile yaptıklarının tutarlı olması, hastalara kazandırmaya çalıştığı davranışları kendilerinin sergilemesi oldukça önemlidir. Bireylerin sağlıkları ile ilgili sorunları ilk danıştığı hekim ve hemşirelerin, sağlığı olumsuz etkileyebilecek davranışları ve alışkanlıkları, toplumda hekim ve hemşirelere olan inancın sarsılmasına sebep olabilir.

Bu yüzden hekim ve hemşireler sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemini kavramalı ve topluma bu konuda örnek olmalıdırlar.

Çalışmanın bu bağlamdaki öneminden hareketle, sağlık çalışanları arasında önemli bir yere sahip olan, hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisini ortaya çıkarmak araştırmanın temel amacını oluşturmaktadır. Bu araştırma Isparta Şehir Hastanesi ve Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde görevli hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.1.2. Çalışmanın Problem Cümlesi

Araştırmanın problem cümlesini; “Kişilik özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” ve “Kişilik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi var mıdır?” soruları oluşturmaktadır.

3.1.3. Çalışmanın Varsayımları

Araştırma kapsamında hekim ve hemşirelerin anket sorularına verdikleri cevapların gerçek durumu yansıttığı varsayılmaktadır.

3.1.4. Çalışmanın Kısıtlıkları

Bu araştırma Isparta ili merkezinde faaliyet gösteren Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Isparta Şehir Hastanesi hekim ve hemşireleri ile yapılmıştır. Araştırma bu hastanelerde çalışan hekim ve hemşirelerin verdikleri cevaplar ile sınırlıdır. Bu nedenle ankete verilen cevaplar bu evrenin özellikleri ile sınırlı olduğundan genellemeler yapılırken bu sınırlılık dikkate alınmalıdır.

3.1.5. Çalışmanın Evren ve Örneklemi

Hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisinin incelendiği bu araştırmanın evrenini Isparta il merkezinde faaliyet göstermekte olan Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Isparta Şehir Hastanesinde çalışan 1579 hekim ve hemşirelerden oluşmaktadır. Evren büyüklüğünün belli olduğu

durumlarda mevcut evrenden hata toleransı %5, güvenilirlik düzeyi %95 alındığından yaklaşık 378 hekim ve hemşireye ulaşan bir örneklem yeterli sayılabilmektedir (Kan, 2006: 89). Araştırma için bahsi geçen hastanelerden kolayda örneklem yoluyla 365 ankete ulaşılmış olup, elde edilen anketler değerlendirmeye alınmıştır.

3.1.6. Veri Toplama Aracı

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak Benet-Martinez ve John (1998) tarafından geliştirilen, Sümer ve Sümer (2005) tarafından Türkçe'ye uyarlanan 44 ifadeden oluşan *Beş Faktör Envanteri*" (*The Big Five Inventory*), Walker ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilen, Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından Türkçe'ye çevrilip, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan 52 ifadeden oluşan *Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II* kullanılmıştır.

Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği

Beş faktör kişilik ölçeği Benet-Martinez ve John (1998) tarafından "Beş Faktör Envanteri" (*The Big Five Inventory*) ismiyle geliştirilmiş olup, 44 maddeden oluşmaktadır. Araştırmacıların etkili ve hızlı değerlendirmeleri bakımından kısa hazırlanan bu ölçek kişilik özelliklerinden "duygusal dengesizlik," "dışa dönüklük," "gelişime açıklık", "uyumluluk" ve "sorumluluk/özdenetim" boyutlarını ölçmektedir. Ölçekte "duygusal dengesizlik" ve "dışa dönüklük" faktörleri 8'er madde, "uyumluluk" ve "sorumluluk/özdenetim" faktörleri 9'ar madde, "gelişime açıklık" faktörü ise 10 madde ile ölçülmektedir. Ölçek 5'li likert tipi şeklinde puanlanmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması, 56 ülke kapsamında kişilerin kendini tanımlama profilleri ve örüntüleri konusunda yapılan bir çalışmanın (Schmitt vd., 2007) Türkiye ayağı kapsamında Sümer ve Sümer (2005) tarafından yapılmıştır. Beş faktör kişilik ölçeğinin bu çalışmada seçilmesinin nedeni, ölçeğin kültürlerarası bağlamda yapılan bu çalışmada geçerlilik ve güvenilirliğinin gösterilmiş olmasıdır. Anılan çalışmada beş faktör kişilik ölçeğinin Cronbach Alfa güvenilirlik değerleri 0.79, 0.77, 0.76, 0.70 ve 0.78 olarak sırasıyla "duygusal dengesizlik", "dışa dönüklük", "gelişime açıklık", "uyumluluk" ve "sorumluluk/özdenetim" faktörlerini gösterdiği ortaya konmaktadır (Schmitt vd., 2007).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Ölçek, Walker ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilip, 1996 yılında tekrar revize edilmiştir (Walker vd., 1996). 2008 yılında Bahar ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevrilip, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Bahar vd., 2008). Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçen, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II bu çalışmada da katılımcıların sağlık davranışını ölçmek için kullanılmıştır. Ölçek 52 maddeden ve 6 faktörden oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim (9 ifade), kişilerarası ilişkiler (9 ifade), beslenme (9 ifade), fiziksel aktivite (8 ifade), sağlık sorumluluğu (9 ifade) ve stres yönetimidir (8 ifade). Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Derecelendirme 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri, toplam ölçek için 0.94 olup, altı alt faktörler için 0.79-0.87 arasında değişim göstermektedir (Bahar vd., 2008: 4).

3.1.7. Analiz ve Yöntem

Anket formları aracılığıyla elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 22.0) programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve verilerin analizinde bu programdan yararlanılmıştır. Toplanan veriler üzerinde tanımlayıcı bilgiler elde etmek için aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde hesaplamaları ile analiz edilmiştir. İstatistiksel değerlendirmeler bu puan ortalamaları üzerinden yapılmıştır. Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerden elde edilen veriler, normallik testine tabi tutulmuş ve verilerin normal dağıldığı tespit edilmiştir. Yapılan normallik testi sonuçları Skewness (çarpıklık) ve Kurtosis (basıklık) katsayılarına göre yorumlanmıştır. Herhangi bir veri setinin normal dağılım sergilediğini yorumlayabilmek için basıklık ve çarpıklık katsayılarının -1 ile +1 arasında bir değer alması gerekmektedir (Hair vd., 2014: 39). Bu duruma göre Tablo 3.4'ün geneline bakıldığında basıklık ve çarpıklık katsayıları -1 ile +1 arasında değerler aldığından dolayı veri setinin normal dağılıma uygun olduğu görülmektedir. Bu nedenle verilerin analizinde parametrik testler kullanılmıştır. Hekim ve hemşirelere yönelik ifadeler ve bu ifadelerin toplandığı boyutların demografik değişkenlerine göre karşılaştırılmasında parametrik varsayımlar yerine getirildiği

durumlarda iki grubu karşılaştırmak için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi), ikiden fazla gruplar karşılaştırıldığında ise varyans analizi (ANOVA), gruplar arasındaki farklılığın tespitini ortaya koymak için de Tukey (b) testi kullanılmıştır. Hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki ise korelasyon analizi ile incelenmiştir. Kişilik özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının alt boyutları üzerindeki etkisi Çoklu Regresyon Analizi (Enter yöntemi) ile incelenmiştir.

3.1.8. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın amacına uygun olarak aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur.

H1: Hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin alt boyutlarından en az bir tanesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğu boyutu üzerinde etkilidir.

H2: Hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin alt boyutlarından en az bir tanesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından fiziksel aktivite ve egzersiz boyutu üzerinde etkilidir.

H3: Hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin alt boyutlarından en az bir tanesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenme boyutu üzerinde etkilidir.

H4: Hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin alt boyutlarından en az bir tanesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından kişilerarası ilişkiler boyutu üzerinde etkilidir.

H5: Hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin alt boyutlarından en az bir tanesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından stres yönetimi boyutu üzerinde etkilidir.

H6: Hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin alt boyutlarından en az bir tanesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından manevi gelişim boyutu üzerinde etkilidir.

3.2. BULGULAR

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular aşağıda detaylı olarak verilmiştir.

3.2.1. Hekim ve Hemşirelerin Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 3.1'de gösterilmektedir. Tabloda yer alan yaş grupları, daha çok üniversite bitirme ve bitirmeye yakın grup (18-24), orta yaş denilebilecek daha genç bir grup (25-34) ve orta

yaş üstü (35+) olarak, katılımcıların eğitim durumları ve meslekleri baz alınarak sınıflandırılmıştır.

Tablo 3.1. Hekim ve Hemşirelerin Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş(Yıl)		
18-24	108	29.6
25-34	186	51.0
35+	71	19.5
Cinsiyet		
Kadın	236	64.7
Erkek	129	35.3
Medeni Durum		
Evli	127	34.8
Bekâr	238	65.2
Görevi		
Hekim	107	29.3
Hemşire	258	70.7
Birim		
Dahili	235	64.4
Cerrahi	130	35.6
Öğrenim Durumu		
Lise	69	18.9
Önlisans	45	12.3
Lisans	169	46.3
Lisansüstü	82	22.5
Çalıştığı Kurum		
Üniversite Hastanesi	160	43.8
Şehir Hastanesi	205	56.2
Toplam	365	100.0

Tablo 3.1’de görüleceği üzere, yaş gruplarına göre araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin %51’i 25-34 yaşları arasındadır. 18-24 yaş aralığındaki katılımcılar %29.6’sını oluştururken, 35 yaş ve üzerindeki ise %19.5’ini oluşturmaktadır. Katılımcıların %64,7’si kadınlardan oluşurken %35.3’ü erkeklerden oluşmaktadır. Medeni durumlarına göre bakıldığında hekim ve hemşirelerin yarıdan fazlasının (65.2) bekâr olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin görev dağılımlarına bakıldığında, %29.3’ünü hekimler, %70.7’sini hemşireler oluşturmaktadır. Görev yaptıkları birimlere göre çalışanların %64.4’ü yani 235 kişi dâhili biriminde, %35.6’sına tekabül eden 130 kişi de cerrahi biriminde görev yapmaktadır. Hekim ve hemşirelerden katılımcıların eğitim

durumlarına bakıldığında, lise %18.9'unu, önlisans %12.3'ünü, lisans %46.3'ünü, lisansüstü bireyler %22.5'ini oluşturmaktadır. Son olarak katılımcıların %43.8'i üniversite hastanesinde, %56.2'si şehir hastanesinde hizmet vermektedir.

3.2.2. Hekim ve Hemşirelerin Kişilik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin Kişilik Özellikleri Anketinde yer alan ifadelere vermiş oldukları cevapların aritmetik ortalaması ve standart sapması Tablo 3.2'de gösterilmektedir.

Tablo 3.2. Hekim ve Hemşirelerin Kişilik Özellikleri ile İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımları

No	İFADELER	\bar{X}	SS
1	Konuşkan	3.523	1.081
2	Başkalarında hata arayan	3.764	1.064
3	İşini tam yapan	4.079	0.872
4	Bunalımlı, melankolik	2.458	1.196
5	Orijinal, yeni görüşler ortaya koyan	3.416	1.039
6	Ketum/Vakur	3.458	1.298
7	Yardımsaver ve çıkarıcı olmayan	4.113	1.010
8	Biraz umursamaz	3.198	1.175
9	Rahat, stresle kolay baş eden	2.918	1.195
10	Çok değişik konuları merak eden	3.553	1.124
11	Enerji dolu	3.637	1.086
12	Başkalarıyla sürekli didişen	3.934	1.155
13	Güvenilir bir çalışan	4.230	0.982
14	Gergin olabilen	3.003	1.088
15	Yaratıcı, derin düşünen	3.463	1.088
16	Heyecan yaratabilen	3.351	1.106
17	Affedici bir yapıya sahip	3.904	1.102
18	Dağınık olma eğiliminde	3.220	1.371
19	Çok endişelenen	2.978	1.209
20	Hayal gücü yüksek	3.614	1.100
21	Sessiz bir yapıda	3.153	1.315
22	Genellikle başkalarına güvenen	3.392	1.248
23	Tembel olma eğiliminde olan	3.611	1.241
24	Duygusal olarak dengeli, kolayca keyfi kaçmayan	2.901	1.163
25	Keşfeden, icat eden	3.134	1.130

26	Atılgan bir kişiliğe sahip	3.455	1.149
27	Soğuk ve mesafeli olabilen	3.179	1.180
28	Görevi tamamlanıncaya kadar sebat edebilen	3.863	0.988
29	Dakikası dakikasına uymayan	2.553	1.330
30	Sanata ve estetik değerlere önem veren	3.277	1.257
31	Bazen utangaç, çekingen olan	3.052	1.102
32	Hemen hemen herkese karşı saygılı ve nazik olan	3.967	1.071
33	İşleri verimli yapan	3.995	1.005
34	Gergin ortamlarda sakin kalabilen	2.760	1.201
35	Rutin işleri yapmayı tercih eden	2.696	1.115
36	Sosyal, girişken	3.744	1.091
37	Bazen başkalarına kaba davranabilen	3.582	1.114
38	Planlar yapan ve bunları takip eden	3.365	1.063
39	Kolayca sinirlenen	3.025	1.258
40	Düşünmeyi seven, fikirler geliştirebilen	3.646	1.057
41	Sanata ilgisi çok az olan	2.393	1.247
42	Başkalarıyla işbirliği yapmayı seven	3.610	1.048
43	Kolaylıkla dikkati dağılan	2.973	1.197
44	Sanat, müzik ve edebiyata çok ilgili	3.203	1.312

Tablo 3.2’de Beş Faktör Kişilik Özellikleri anketinde yer alan her bir ifadenin aritmetik ortalaması ve standart sapma dağılımına yer verilmiştir. Tabloya bakıldığında “*Bunalımlı, melankolik*” ifadesi hekim ve hemşirelerden 2.458 ± 1.196 puan almıştır. Tüm katılımcıların ifade ortalamalarına bakıldığında bu ifadeye olan katılımın orta düzeyin altında olduğu, hekim ve hemşirelerin zaman zaman bunalımlı ve melankolik davranışlar sergilediği görülmektedir. Hekim ve hemşirelerin “*Sanata ilgisi çok az olan*” ifadesi ankete katılanlardan 2.393 ± 1.247 puan almıştır. Bu durum ise, katılımcıların sanata ilgili olduklarını göstermektedir.

“*Rutin işleri yapmayı tercih eden*” ifadesi 2.696 ± 1.115 puan almıştır. Bu durum ankete katılan hekim ve hemşirelerin zaman zaman günlük rutin işleri yaptıklarını göstermektedir. “*Genellikle başkalarına güvenen*” ifadesi katılımcılardan 3.392 ± 1.248 puan almıştır. Bu ifadeden de anlaşılacağı üzere ankete katılan hekim ve hemşirelerin çevrelerindeki insanlara güvenme eğiliminde oldukları görülmektedir. Bu iki ifadenin de aldıkları puanlardan orta düzeyin üzerinde bir katılıma sahip olduğu anlaşılmaktadır.

“Güvenilir bir çalışan” ifadesi tüm katılımcılardan 4.230±0.982 puan almıştır. Bu durumun katılımcılardan en yüksek puanı aldığı görülmektedir. “Yardımsaver ve çıkarıcı olmayan” ifadesi tüm katılımcılardan 4.113±1.010 puan almıştır. Ankete katılan hekim ve hemşirelerin yaptıkları işlerde insanlara yardım etmekten hoşnut oldukları ve çıkar gözetmedikleri anlaşılmaktadır.

3.2.3. Hekim ve Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Anketinde yer alan ifadelere vermiş oldukları cevapların aritmetik ortalaması ve standart sapması Tablo 3.3’de gösterilmektedir.

Tablo 3.3. Hekim ve Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımları

No	İFADELER	\bar{X}	SS
1.	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.	2.604	0.867
2.	Sıvı ve katı yağ kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.	2.192	0.928
3.	Doktora ya da bir sağlık görevlisine vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.	2.564	0.892
4.	Düzenli bir egzersiz programı yaparım.	1.964	0.825
5.	Yeterince uyurum.	2.488	0.934
6.	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.	2.700	0.796
7.	İnsanları başarıları için takdir ederim.	2.994	0.824
8.	Şekeri ve tathıy kısıtlarım.	2.108	0.953
9.	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.	1.994	0.888
10.	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi) yaparım.	2.310	0.985
11.	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.	2.442	0.893
12.	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.	3.019	0.864
13.	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.	2.912	0.807
14.	Her gün 6-11 öğün ekme, tahıl, pirinç ve makarna yerim.	1.884	0.887
15.	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.	2.472	0.906
16.	Hafif ve orta düzeyde egzersiz (örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm) yaparım.	2.355	0.942
17.	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.	2.551	0.904
18.	Geleceğe umutla bakarım.	2.942	0.825
19.	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.	2.868	0.839
20.	Her gün 2-4 öğün meyve yerim.	2.368	0.873
21.	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.	2.273	0.812

22.	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fiziksel aktiviteler yaparım.	2.113	0.836
23.	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.	2.650	0.896
24.	Kendimle barışık biriyim ve kendimi yeterli hissedirim.	2.937	0.824
25.	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.	2.887	0.839
26.	Her gün 3-5 öğün sebze yerim.	2.094	0.829
27.	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.	2.525	0.921
28.	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.	1.934	0.928
29.	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.	2.361	0.862
30.	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.	2.860	0.872
31.	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.	2.895	0.899
32.	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.	2.482	0.946
33.	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.	2.323	0.913
34.	Günlük işler sırasında egzersiz (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim) yaparım.	2.656	0.969
35.	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.	2.540	0.901
36.	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.	2.343	0.883
37.	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.	2.482	0.882
38.	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.	2.154	0.894
39.	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.	2.096	0.840
40.	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.	2.155	0.970
41.	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.	2.080	0.902
42.	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.	3.082	0.812
43.	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.	2.444	0.931
44.	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.	2.333	0.987
45.	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.	1.970	0.940
46.	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.	1.945	0.903
47.	Yorulmaktan kendimi korurum.	2.160	0.907
48.	İlahi bir gücün varlığına inanırım.	3.359	0.895
49.	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.	2.981	0.848
50.	Kahvaltı yaparım.	2.919	1.009
51.	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.	2.581	0.964
52.	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.	3.000	0.903

Tablo 3.3’de Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları anketinde yer alan her bir ifadenin aritmetik ortalaması ve standart sapma dağılımına yer verilmiştir. Tüm katılımcıların ifade ortalamalarına bakıldığında “Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç

ve makarna yerim” ifadesinin 1.884 ± 0.887 ile bu ifadeye orta düzeyin altında bir katılım olduğu ve katılımcılardan en düşük puanı aldığı görülmektedir. Katılımcıların 6 ile 11 öğün arasında ekmek, tahıl, pirinç ve makarna tüketmedikleri görülmektedir. “*Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım*” ifadesi hekim ve hemşirelerden 2.525 ± 0.921 puan almıştır. Bu durum ankete katılımın orta düzeyin üzerinde olduğunu ve katılımcıların yaşadıkları sağlık sorunlarını meslektaşlarına danıştıklarını göstermektedir. “*İlahi bir gücün varlığına inanırım*” ifadesi ankete katılan hekim ve hemşirelerden 3.359 ± 0.895 puan almıştır. Bu ifadenin ankette en yüksek katılımı sağladığı görülmektedir.

3.2.4. Hekim ve Hemşirelere Yönelik Algılamalara İlişkin Boyutların Psikometrik Özellikleri

Araştırmada hekim ve hemşirelerin davranışları 11 boyut çerçevesinde değerlendirilmiş ve her bir boyutun aldığı psikometrik değerler Tablo 3.4'de gösterilmiştir.

Veri toplama aracının güvenilirliği, alpha değeri temel alınarak Cronbach Alpha katsayısı hesaplanarak sınımlanmıştır. Boyutlar bazında katsayılar baktığımızda; sağlık sorumluluğu boyutu 0.737, fiziksel aktivite boyutu 0.791, beslenme boyutu 0.693, kişilerarası ilişkiler boyutu 0.737, stres yönetimi boyutu 0.662 ve son olarak manevi gelişim boyutu 0.708 değerlerini elde etmiştir. Ölçeğin “oldukça güvenilir” bir niteliğe sahip olabilmesi için, Cronbach Alpha katsayısının 0.60 ile 0.80 arası olması gerekmektedir. 0.80 ve üzeri katsayılar ise “yüksek düzeyde” güvenilir olarak nitelendirilebilir (Kayış, 2010: 405). Görüldüğü üzere katsayı kabul edilebilir sınırların aralığındadır. Bu da göstermektedir ki anketteki sorular tutarlı ve güvenilir bir nitelik taşımaktadır.

Tablo 3.4. Kişilik Özellikleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Boyutlarının Psikometrik Değerleri

Ölçek	Boyutlar	İfade Sayısı	Max/Min	Cronbach Alfa	\bar{X}	SS	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
BFKÖ	Duygusal Dengesizlik	8	1-5	0.701	2.819	0.686	0.345	0.144
	Dışa Dönüklük	7	1-5	0.748	3.417	0.716	-0.328	0.072
	Gelişime Açıklık	9	1.44-4.89	0.730	3.332	0.641	0.244	-0.352
	Uyumluluk	8	1.88-5	0.694	3.758	0.617	-0.293	-0.222
	Sorumluluk/ Özdenetim	9	1.33-5	0.722	3.613	0.618	-0.287	0.127
SYBD	Sağlık Sorumluluğu	9	1-4	0.737	2.313	0.508	0.103	-0.287
	Fiziksel Aktivite	8	1-4	0.791	2.171	0.585	0.200	-0.257
	Beslenme	8	1-4	0.693	2.196	0.511	0.351	0.125
	Kişilerarası İlişkiler	9	1.11-4	0.737	2.793	0.486	0.089	0.128
	Stres Yönetimi	8	1-4	0.662	2.406	0.489	0.017	0.130
	Manevi Gelişim	9	1.33-4	0.708	2.924	0.491	-0.121	0.297

Ankette bulunan on bir boyut şu şekildedir:

- *Duygusal Dengesizlik*: Bu boyut 8 ifadeden oluşmaktadır. Her bir ifade hekim ve hemşirelerin kişilik özellikleri üzerinde duygusal dengesizlik unsurunun ne derece önemli olduğunu ifade etmektedir. Duygusal dengesizlik boyutunun aritmetik ortalaması 2.819 ve standart sapması 0.686 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0.701 olarak güvenilir bulunmuştur.
- *Dışa Dönüklük*: Boyut içerisindeki ifadelerden bir tanesi (anketteki 6. soru) güvenilirlik katsayısını düşürdüğü için boyuttan çıkarılmıştır. Bu nedenle boyut 7 ifadeden oluşmaktadır. Boyuttaki her bir ifade hekim ve hemşirelerin kişilik özellikleri üzerinde dışa dönüklük unsurunun önemini ifade etmektedir. Dışa dönüklük boyutunun aritmetik ortalaması 3.417 ve standart sapması 0.716 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0.748 olarak güvenilir bulunmuştur.
- *Gelişime Açıklık*: Bu boyut toplamda 10 ifadeden oluşmaktadır ancak anketteki 41. soru güvenilirlik katsayısını düşürdüğü için boyuttan çıkarılmıştır. Bu nedenle boyut 9 ifadeden oluşmaktadır. Bu boyutta verilen ifadeler hekim ve hemşirelerin kişilik özellikleri üzerinde gelişime ne derecede açık olduklarının önemini göstermektedir. Boyutun aritmetik ortalaması 3.332 ve standart sapması 0.641 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) 0.730 ve güvenilir olduğu bulunmuştur.
- *Uyumluluk*: Boyut içerisindeki ifadelerden bir tanesi (anketteki 22. soru) güvenilirlik katsayısını düşürdüğü için boyuttan çıkarılmıştır. Bu nedenle boyut 8 ifadeden

oluşmaktadır. İfadeler, hekim ve hemşirelerin uyumluluk unsurunun kişilik özelliklerinde ne derece önemli olduğunu göstermektedir. Uyumluluk boyutunun aritmetik ortalaması 3.758 ve standart sapması 0.617 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0.694 olarak güvenilir bulunmuştur.

- *Sorumluluk/Özdenetim*: 9 ifadeden oluşan bu boyut, hekim ve hemşirelerin kişilik özellikleri üzerinde sorumluluk unsurunun ne derece önemli olduğunu ifade etmektedir. Boyutun aritmetik ortalaması 3.613 ve standart sapması 0.618 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0.722 olarak güvenilir bulunmuştur.

- *Sağlık Sorumluluğu*: 9 ifadeden oluşan bu boyut, hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında sağlık sorumluluğu unsurunun ne derece önemli olduğunu göstermektedir. Boyutun aritmetik ortalaması 2.313 ve standart sapması 0.508 olarak bulunmuştur. Sağlık sorumluluğu boyutunun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) 0.737 ve güvenilir bulunmuştur.

- *Fiziksel Aktivite*: Hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında vücut hareketlerinin önemini ölçüldüğü bu boyut 8 ifadeden oluşmaktadır. Boyutun aritmetik ortalaması 2.171 ve standart sapması 0.585 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0.791 olarak güvenilir bulunmuştur.

- *Beslenme*: Bu boyut toplamda 9 ifadeden oluşmaktadır ancak anketteki 50. soru güvenilirlik katsayısını düşürdüğü için boyuttan çıkarılmıştır. Bu nedenle boyut 8 ifadeden oluşmaktadır. İfadeler, hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında beslenme unsurunun önemini ortaya koymaktadır. Beslenme boyutunun aritmetik ortalaması 2.196 ve standart sapması 0.511 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesinin (Cronbach Alpha) ise 0.693 ile güvenilir olduğu bulunmuştur.

- *Kişilerarası İlişkiler*: Bu boyut 9 ifadeden oluşmaktadır. Her bir ifade hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında kişilerarası bağların ne derece önemli olduğunu göstermektedir. Boyutun aritmetik ortalaması 2.793 ve standart sapması 0.486 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) 0.737 ve güvenilir olduğu bulunmuştur.

- *Stres Yönetimi*: Bu boyut 8 ifadeden oluşmaktadır. İfadeler, hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında stres yönetimi unsurunun önemini ortaya koymaktadır. Boyutun aritmetik ortalaması 2.406 ve standart sapması 0.486 olarak

bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0.662 olarak güvenilir bulunmuştur.

- *Manevi Gelişim*: Hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında manevi gelişimin önemini gösteren bu boyut 9 ifadeden oluşmaktadır. Boyutun aritmetik ortalaması 2.924 ve standart sapması 0.491 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0.708 olarak güvenilir bulunmuştur.

3.2.5. Kişilik Özelliklerinin Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Kişilik özellikleri boyutlarının aldığı puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırmasına ilişkin bilgiler sırasıyla aşağıdaki Tablo 3.5, Tablo 3.6, Tablo 3.7, Tablo 3.8 ve Tablo 3.9'da gösterilmektedir.

Tablo 3.5. Duygusal Dengesizlik Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
18-24	108	2.860	0.730	F=3.553 p=0.030*
25-34	185	2.870	0.685	
35+	70	2.625	0.584	
Cinsiyet				
Kadın	235	2.848	0.712	t=1.072 p=0.284
Erkek	128	2.767	0.634	
Medeni Durum				
Evli	127	2.744	0.664	t=-1.547 p=0.123
Bekâr	236	2.860	0.695	
Görevi				
Hekim	105	2.666	0.628	t=-2.738 p=0.006*
Hemşire	258	2.882	0.700	
Birim				
Dahili	233	2.788	0.660	t=-1.183 p=0.238
Cerrahi	130	2.876	0.730	
Öğrenim Durumu				
Lise	69	2.891	0.695	F=0.826 p=0.480
Önlisans	45	2.897	0.870	
Lisans	168	2.808	0.655	
Lisansüstü	81	2.739	0.625	
Çalıştığı Kurum				
Üniversite Hastanesi	158	2.718	0.636	t=-2.492 p=0.013*
Şehir Hastanesi	205	2.898	0.714	

*= p<0,05

Tablo 3.5’de kişilik özelliklerindeki duygusal dengesizlik boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Kişilik özelliklerini etkileyen duygusal dengesizlik boyutunun puanları hekim ve hemşirelerin yaşlarına (F=3.553, p=0.030) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu

tespit edilmiştir. Farkın 35 yaş ve üstünde olan katılımcıların diğer yaş gruplarına göre puanının düşük olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Bu durumda katılımcıların duygusal dengesizlik boyutunu üç kategoride de önemsedikleri görülmektedir. Ancak 35 yaş ve üzerinde olan katılımcıların diğer yaş gruplarına göre uysal, dengeli ve kendine güvenen kimseler olduğu ifade edilebilir.

Bunun yanı sıra duygusal dengesizlik boyutunun hekim ve hemşirelerin mesleklerine göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($t=-2.738$, $p=0.006$). Katılımcılardan hemşirelerin hekimlere göre puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Bu nedenle katılımcılardan hemşirelerin hekimlere göre daha telaşlı, gergin ve denge kurmada zorlananlar olduğu, hekimlerin iç dengeyi sağlamada daha başarılı oldukları sonucu çıkarılabilir.

Duygusal Dengesizlik boyutunun hekim ve hemşirelerin çalıştığı kurumlara göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($t=-2.492$, $p=0.013$). Şehir hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin puanlarının Üniversite hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelere nispeten daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumda üniversite hastanesinde çalışan katılımcıların daha dengeli tutarlı ve dayanıklı bir duygusal yapıya eğilimli oldukları söylenebilir.

Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin duygusal dengesizlik boyutunun puanları cinsiyet durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1.072$, $p=0.284$). Aynı şekilde duygusal dengesizlik boyutu hekim ve hemşirelerin medeni durumlarına ($t=-1.547$, $p=0.123$), çalıştıkları birimlere ($t=-1.183$, $p=0.238$), ve öğrenim durumlarına ($F=0.826$, $p=0.480$) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 3.6. Dışa Dönüklük Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
18-24	107	3.337	0.798	F=1.971 p=0.141
25-34	185	3.411	0.682	
35+	70	3.555	0.658	
Cinsiyet				
Kadın	234	3.415	0.716	t=-0.064 p=0.949
Erkek	128	3.420	0.719	
Medeni Durum				
Evli	126	3.479	0.695	t=1.205 p=0.229
Bekâr	236	3.384	0.726	
Görevi				
Hekim	105	3.423	0.678	t=0.095 p=0.924
Hemşire	257	3.415	0.732	
Birim				
Dahili	232	3.443	0.676	t=0.916 p=0.360
Cerrahi	130	3.371	0.783	
Öğrenim Durumu				
Lise	69	3.422	0.719	F=2.340 p=0.073
Önlisans	44	3.607	0.706	
Lisans	168	3.325	0.735	
Lisansüstü	81	3.500	0.658	
Çalıştığı Kurum				
Üniversite Hastanesi	158	3.437	0.688	t=0.469 p=0.639
Şehir Hastanesi	204	3.402	0.738	

Tablo 3.6’da kişilik özelliklerindeki dışa dönüklük boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Dışa dönüklük boyutunun puanları hekim ve hemşirelerin yaşlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=1.971, p=0.141). Aynı şekilde dışa dönüklük boyutunun hekim ve hemşirelerin cinsiyetlerine (t=0.064, p=0.949), medeni durumlarına (t=1.205, p=0.229), görevlerine (t=0.095, p=0.924), çalıştıkları birimlere (t=0.916, p=0.360), öğrenim durumlarına (F=2.340, p=0.073) ve çalıştığı kurumlara (t=0.469, p=0.639) göre karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 3.7. Gelişime Açıklık Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
18-24	108	3.326	0.609	F=0.037 p=0.964
25-34	184	3.328	0.653	
35+	70	3.350	0.666	
Cinsiyet				
Kadın	235	3.315	0.630	t=-0.656 p=0.513
Erkek	127	3.362	0.664	
Medeni Durum				
Evli	127	3.288	0.668	t=-0.946 p=0.345
Bekâr	235	3.355	0.626	
Görevi				
Hekim	104	3.425	0.600	t=1.758 p=0.080
Hemşire	258	3.294	0.655	
Birim				
Dahili	232	3.390	0.634	t=2.339 p=0.020*
Cerrahi	130	3.227	0.644	
Öğrenim Durumu				
Lise	69	3.264	0.725	F=0.512 p=0.643
Önlisans	45	3.343	0.692	
Lisans	167	3.327	0.610	
Lisansüstü	81	3.393	0.604	
Çalıştığı Kurum				
Üniversite Hastanesi	157	3.382	0.621	t=1.319 p=1.188
Şehir Hastanesi	204	3.293	0.655	

*= p<0,05

Tablo 3.7’de kişilik özelliklerinde gelişime açıklık boyunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Gelişime açıklık boyutunun hekim ve hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (t=2.339, p=0.020). Yapılan çalışmada dâhili biriminde görev yapan hekim ve hemşirelerin cerrahi biriminde görev yapan hekim ve hemşirelere göre puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumda dâhiliye biriminde görev yapan hekim ve hemşirelerin, cerrahi biriminde görev yapanlara nispeten daha orijinal görüşler ortaya atabilen, yaratıcı ve gelişime daha açık bireyler olduğu sonucu çıkarılabilir.

Bunun yanı sıra kişilik özelliklerini etkileyen gelişime açıklık boyutunun puanları hekim ve hemşirelerin yaş durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=0.037, p=0.964). Aynı şekilde gelişime açıklık boyutu hekim ve hemşirelerin cinsiyetlerine (t=-0.656, p=0.513), medeni durumlarına (t=-0.946, p=0.345), görevlerine (t=1.758, p=0.080), öğrenim durumlarına (F=0.512, p=0.643) ve

çalıştığı kurumlara (t=1.319, p=1.188) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 3.8. Uyumluluk Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
18-24	107	3.779	0.546	F=8.861 p=0.000*
25-34	185	3.652	0.631	
35+	69	4.009	0.614	
Cinsiyet				
Kadın	234	3.808	0.604	t=2.132 p=0.034*
Erkek	127	3.664	0.632	
Medeni Durum				
Evli	126	3.851	0.628	t=2.110 p=0.036*
Bekâr	235	3.708	0.607	
Görevi				
Hekim	105	3.703	0.628	t=-1.072 p=0.284
Hemşire	256	3.780	0.612	
Birim				
Dahili	233	3.757	0.651	t=-0.041 p=0.967
Cerrahi	128	3.759	0.553	
Öğrenim Durumu				
Lise	69	3.688	0.618	F=0.821 p=0.483
Önlisans	45	3.863	0.647	
Lisans	167	3.744	0.597	
Lisansüstü	80	3.787	0.642	
Çalıştığı Kurum				
Üniversite Hastanesi	158	3.774	0.596	t=0.449 p=0.654
Şehir Hastanesi	203	3.745	0.634	

*= p<0,05

Kişilik özelliklerinin uyumluluk boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bilgiler Tablo 3.8’de gösterilmektedir. Uyumluluk boyutu hekim ve hemşirelerin yaşlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (F=8.861, p=0.000). Farkın kaynağına bakıldığında 35 yaş ve üstünde olan katılımcıların diğer iki yaş grubuna göre puanının yüksek olduğu görülmektedir. Buradan hareketle 35 yaş ve üzerinde olan bireylerin çevrelerindeki insanlara ve olaylara daha kolay uyum sağladıkları sonucuna varılabilir.

Bunun yanı sıra uyumluluk boyutu hekim ve hemşirelerin cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (t=2.132, p=0.034). Farkın kaynağı incelendiğinde katılımcılardan kadınların erkeklere göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Yani, kadınların erkeklere göre uyum sağlamada daha az zorlandıkları söylenebilir.

Ayrıca uyumluluk boyutunda medeni durumları açısından karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=2.110$, $p=0.036$). Buna göre hekim ve hemşirelerden evli olan katılımcıların bekâr olan katılımcılara göre puanının yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum katılımcılardan evli olanların uyum sağlama noktasında daha başarılı olduklarını göstermektedir.

Katılımcılardan alınan puanlar uyumluluk boyutunda, hekim ve hemşirelerin görevlerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=-1.072$, $p=0.284$). Aynı şekilde uyumluluk boyutunun hekim ve hemşirelerin çalıştıkları birimlere ($t=-0.041$, $p=0.967$), öğrenim durumlarına ($F=0.821$, $p=0.483$) ve çalıştıkları kurumlara ($t=0.449$, $p=0.654$) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 3.9. Sorumluluk/Özdenetim Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
18-24	107	3.516	0.575	F=15.932 p=0.000*
25-34	184	3.532	0.615	
35+	70	3.973	0.566	
Cinsiyet				
Kadın	236	3.685	0.623	t=3.069 p=0.002*
Erkek	125	3.477	0.589	
Medeni Durum				
Evli	127	3.810	0.592	t=4.579 p=0.000*
Bekâr	234	3.506	0.607	
Görevi				
Hekim	105	3.611	0.582	t=-0.029 p=0.977
Hemşire	256	3.613	0.634	
Birim				
Dahili	233	3.629	0.653	t=0.697 p=0.486
Cerrahi	128	3.582	0.551	
Öğrenim Durumu				
Lise	68	3.527	0.711	F=0.773 p=0.510
Önlisans	45	3.698	0.563	
Lisans	167	3.630	0.591	
Lisansüstü	81	3.600	0.622	
Çalıştığı Kurum				
Üniversite Hastanesi	157	3.655	0.603	t=1.138 p=0.256
Şehir Hastanesi	204	3.580	0.629	

*= $p<0,05$

Kişilik özelliklerini etkileyen sorumluluk/özdenetim boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bilgiler Tablo 3.9’da gösterilmektedir. Katılımcılardan alınan puanların sorumluluk/özdenetim boyutunda hekim ve

hemşirelerin yaşlarına göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F=15.932$, $p=0.000$). Farkın analiz sonucuna bakıldığında, hekim ve hemşirelerden 18-24 ve 25-34 yaş aralığındaki bireylerin 35 yaş ve üstündeki bireylere göre puanlarının düşük olduğu görülmektedir. Bu durumda 18-24 ve 25-34 yaş aralığındaki katılımcıların 35 yaş ve üzeri katılımcılara göre daha az sorumluluk duygusu hissettikleri söylenebilir.

Bunun yanı sıra katılımcılardan alınan puanlar sorumluluk/özdenetim boyutunda hekim ve hemşirelerin cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($t=3.069$, $p=0.002$). Kadın hekim ve hemşirelerin erkek hekim ve hemşirelere oranla puanlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda katılımcılardan kadınların erkeklere göre daha otokontrollü olduklarını sonucu çıkarılabilir.

Yine katılımcılar sorumluluk/özdenetim boyutunda medeni durumları açısından karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=4.579$, $p=0.000$). Burada hekim ve hemşirelerden evli olanların bekâr olan katılımcılara göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir. Bu durumda katılımcılardan evli olanların daha çok sorumluluk hissettikleri anlaşılmaktadır.

Sorumluluk/Özdenetim boyutunun puanları hekim ve hemşirelerin görevlerine ($t=-0.029$, $p=0.977$) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Aynı şekilde sorumluluk/özdenetim boyutunun hekim ve hemşirelerin çalıştıkları birimlere ($t=0.697$, $p=0.486$), öğrenim durumlarına ($F=0.773$, $p=0.510$) ve çalıştıkları kurumlara ($t=1.138$, $p=0.256$) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

3.2.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları boyutlarının aldığı puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırmasına ilişkin bilgiler sırasıyla aşağıdaki Tablo 3.10, Tablo 3.11, Tablo 3.12, Tablo 3.13, Tablo 3.14 ve Tablo 3.15'de gösterilmektedir.

Tablo 3.10. Sağlık Sorumluluğu Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
18-24	100	2.431	0.486	F=7.120 p=0.001*
25-34	166	2.210	0.512	
35+	65	2.393	0.480	
Cinsiyet				
Kadın	217	2.336	0.493	t=1.147 p=0.301
Erkek	114	2.269	0.534	
Medeni Durum				
Evli	116	2.261	0.542	t=-1.361 p=0.174
Bekâr	215	2.341	0.487	
Görevi				
Hekim	98	2.216	0.469	t=-2.258 p=0.025*
Hemşire	233	2.353	0.519	
Birim				
Dahili	210	2.384	0.505	t=3.425 p=0.001*
Cerrahi	121	2.189	0.491	
Öğrenim Durumu				
Lise	63	2.299	0.532	F=1.100 p=0.345
Önlisans	41	2.365	0.577	
Lisans	151	2.347	0.492	
Lisansüstü	76	2.228	0.475	
Çalıştığı Kurum				
Üniversite Hastanesi	144	2.308	0.451	t=-0.143 p=0.887
Şehir Hastanesi	187	2.316	0.549	

*= p<0,05

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen “sağlık sorumluluğu” boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bilgiler Tablo 3.10’da gösterilmektedir. Sağlık Sorumluluğu boyutunun hekim ve hemşirelerin yaşlarına göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (F=7.120, p=0.001). Farkın analiz sonucuna bakıldığında, hekim ve hemşirelerden 25-34 yaş aralığındaki katılımcıların, 18-24 yaş aralığı ve 35 yaş üstü katılımcılara göre puanlarının düşük olduğu görülmektedir. Bu durum 25-34 yaş aralığındaki katılımcıların sağlık sorumluluklarına karşı daha duyarsız olduklarını göstermektedir.

Sağlık Sorumluluğu boyutunda katılımcılardan alınan puanlar hekim ve hemşirelerin görevlerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (t=-2.258, p=0.025). Yapılan çalışmada farkın hemşirelerin hekimlere göre puanlarının yüksek olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Buna göre hemşirelerin herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşması durumunda üzerine düşen görevi yerine getirdiği sonucu çıkarılabilir.

Yine katılımcılar sağlık sorumluluğu boyutunda çalıştıkları birimlere göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($t=3.425$, $p=0.001$). Farkın analiz sonucuna bakıldığında, dâhili birimde görev yapan hekim ve hemşirelerin cerrahi biriminde görev yapan hekim ve hemşirelere nispeten daha yüksek puan aldığı görülmektedir. Yani, cerrahi birimlerde çalışanların çalışma yoğunluğunun dâhili birimlerde çalışan katılımcılara nispeten fazla olması, uzun süren müdahaleleri, ameliyatları ve çalışma koşulları, cerrahi birimlerde çalışanların kendilerine daha az zaman ayırmalarına sebep olmaktadır denilebilir. Bu durumda sonucun kaynağı olarak gösterilebilir.

Sağlık Sorumluluğu boyutunun puanları hekim ve hemşirelerin cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1.147$, $p=0.301$). Aynı şekilde sağlık sorumluluğu boyutunun hekim ve hemşirelerin medeni durumlarına ($t=-1.361$, $p=0.174$), öğrenim durumlarına ($F=1.100$, $p=0.345$) ve çalıştıkları kurumlara ($t=-0.143$, $p=0.887$) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 3.11. Fiziksel Aktivite Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
18-24	103	2.248	0.575	F=1.331 p=0.266
25-34	179	2.146	0.587	
35+	68	2.119	0.591	
Cinsiyet				
Kadın	226	2.122	0.582	t=-2.134 p=0.034*
Erkek	124	2.261	0.582	
Medeni Durum				
Evli	122	2.063	0.627	t=-2.543 p=0.011*
Bekâr	228	2.229	0.554	
Görevi				
Hekim	103	2.180	0.590	t=0.194 p=0.847
Hemşire	247	2.167	0.584	
Birim				
Dahili	224	2.214	0.583	t=1.833 p=0.068
Cerrahi	126	2.095	0.583	
Öğrenim Durumu				
Lise	66	2.140	0.611	F=0.224 p=0.880
Önlisans	43	2.223	0.671	
Lisans	162	2.280	0.554	
Lisansüstü	79	2.150	0.583	
Çalıştığı Kurum				
Üniversite Hastanesi	153	2.135	0.556	t=-1.009 p=0.314
Şehir Hastanesi	197	2.199	0.606	

*= $p<0,05$

Tablo 3.11’de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarındaki fiziksel aktivite boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Fiziksel aktivite boyutu hekim ve hemşirelerin cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($t=-2.134$, $p=0.034$). Hekim ve hemşirelerden erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir. Bu durumda erkek katılımcıların, sağlıklı yaşamın sürdürülmesinde önemli yeri olan fiziksel aktivitelere daha çok önem verdiği anlaşılmaktadır.

Bunun yanı sıra fiziksel aktivite boyutunun hekim ve hemşirelerin medeni durumlarına göre karşılaştırılması yapıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($t=-2.543$, $p=0.011$). Burada evli olmayan hekim ve hemşireler evli katılımcılara göre daha yüksek puan almıştır. Böylece evli olmayan katılımcıların günlük hayatlarında fiziksel aktivitelere daha çok zaman ayırdığı ifade edilebilir.

Fiziksel aktivite boyutunun puanları hekim ve hemşirelerin yaşlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=1.331$, $p=0.266$). Aynı şekilde fiziksel aktivite boyutu hekim ve hemşirelerin görevlerine ($t=0.194$, $p=0.847$), öğrenim durumlarına ($F=0.224$, $p=0.880$) ve çalıştıkları kurumlara ($t=-1.009$, $p=0.314$) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 3.12. Beslenme Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
18-24	95	2.201	0.518	F=4.929 p=0.008*
25-34	169	2.128	0.496	
35+	68	2.356	0.510	
Cinsiyet				
Kadın	214	2.236	0.502	t=1.945 p=0.053
Erkek	118	2.122	0.521	
Medeni Durum				
Evli	118	2.266	0.542	t=1.878 p=0.061
Bekâr	214	2.157	0.491	
Görevi				
Hekim	98	2.126	0.462	t=-1.614 p=0.107
Hemşire	234	2.225	0.529	
Birim				
Dahili	216	2.251	0.511	t=2.668 p=0.008*
Cerrahi	116	2.095	0.498	
Öğrenim Durumu				
Lise	63	2.136	0.508	F=0.846 p=0.470
Önlisans	40	2.293	0.524	
Lisans	152	2.207	0.535	
Lisansüstü	77	2.172	0.459	
Çalıştığı Kurum				
Üniversite Hastanesi	149	2.145	0.486	t=-1.643 p=0.101
Şehir Hastanesi	183	2.238	0.529	

*= $p<0,05$

Tablo 3.12’de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarındaki beslenme boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Beslenme boyutu hekim ve hemşirelerin yaşlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (F=4.929, p=0.008). Farkın analiz sonucuna göre hekim ve hemşirelerden 25-34 yaş aralığındaki katılımcıların 35 yaş ve üzerindeki katılımcılara göre daha düşük puan aldığı görülmektedir. Bu durum 25-34 yaş aralığındaki katılımcıların 35 yaş ve üzeri olan katılımcılara göre yiyecek seçimlerine, öğünlerine ve beslenme düzenlerine daha az önem verdiklerini göstermektedir.

Bunun yanı sıra beslenme boyutunda hekim ve hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre karşılaştırılması yapıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (t=2.668, p=0.008). Burada dâhili biriminde görev yapan hekim ve hemşirelerin cerrahi biriminde görev yapan hekim ve hemşirelere göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum da cerrahi biriminde görev yapan hekim ve hemşirelerin dâhili birimlerde çalışanlara göre uzun süren müdahaleleri, ameliyatları ve çalışma koşullarından dolayı düzenli beslenemediklerini söylenebilir.

Beslenme boyutunun puanları hekim ve hemşirelerin cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=1.945, p=0.053). Aynı şekilde beslenme boyutu hekim ve hemşirelerin medeni durumlarına (t=1.878, p=0.061), görevlerine (t=-1.614, p=0.107), öğrenim durumlarına (F=0.846, p=0.470) ve çalıştıkları kurumlara (t=-1.643, p=0.101) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 3.13. Kişilerarası İlişkiler Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
18-24	101	2.908	0.467	F=4.188 p=0.016*
25-34	176	2.735	0.504	
35+	67	2.773	0.443	
Cinsiyet				
Kadın	227	2.840	0.504	t=2.539 p=0.012*
Erkek	117	2.700	0.438	
Medeni Durum				
Evli	120	2.748	0.465	t=-1.251 p=0.212
Bekâr	224	2.817	0.497	
Görevi				
Hekim	101	2.748	0.427	t=-1.103 p=0.271
Hemşire	243	2.811	0.509	

Birim				
Dahili	223	2.836	0.504	t=2.243 p=0.026*
Cerrahi	121	2.713	0.444	
Öğrenim Durumu				
Lise	64	2.760	0.629	F=0.323 p=0.809
Önlisans	44	2.853	0.553	
Lisans	159	2.789	0.427	
Lisansüstü	77	2.792	0.428	
Çalıştığı Kurum				
Üniversite Hastanesi	152	2.789	0.482	t=-0.118 p=0.906
Şehir Hastanesi	192	2.796	0.491	

*= p<0,05

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen kişilerarası ilişkiler boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bilgiler Tablo 3.13'te gösterilmektedir. Kişilerarası İlişkiler boyutu hekim ve hemşirelerin yaşlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (F=4.188, p=0.016). Yapılan çalışmada farkın 25-34 yaş aralığındaki katılımcıların 18-24 yaş aralığındaki katılımcılara göre daha düşük puan almasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Bu durumda 25-34 yaş aralığındaki katılımcıların çevrelerindeki kişiler ile ilişkilerinin daha zayıf olduğunu sonucu çıkarılabilir.

Bunun yanı sıra kişilerarası ilişkiler boyutu hekim ve hemşirelerin cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (t=2.539, p=0.012). Hekim ve hemşirelerden kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumda kadın katılımcıların kişilerarası ilişkiler kurma konusunda erkek katılımcılara nispeten daha başarılı oldukları söylenebilir.

Kişilerarası İlişkiler boyutunda katılımcılardan alınan puanlar çalıştıkları birimlere göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (t=2.243, p=0.026). Farkın kaynağına bakıldığında dâhili biriminde görev yapan hekim ve hemşirelerin cerrahi birimlerde görev yapan hekim ve hemşirelere göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna göre dâhili birimlerde görev yapan katılımcıların cerrahi birimlerdeki katılımcılara nispeten çevrelerindeki kişiler ile ilişkilerinde daha başarılı olduğu söylenebilir.

Kişilerarası İlişkiler boyutunun puanları hekim ve hemşirelerin medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır

($t=-1.251$, $p=0.212$). Aynı şekilde kişilerarası ilişkiler boyutu hekim ve hemşirelerin görevlerine ($t=-1.103$, $p=0.271$), öğrenim durumlarına ($F=0.323$, $p=0.809$) ve çalıştıkları kurumlara ($t=-0.118$, $p=0.906$) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 3.14. Stres Yönetimi Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
18-24	106	2.514	0.433	F=4.760 p=0.009*
25-34	177	2.332	0.536	
35+	68	2.430	0.410	
Cinsiyet				
Kadın	228	2.427	0.485	t=1.110 p=0.268
Erkek	123	2.366	0.496	
Medeni Durum				
Evli	122	2.376	0.513	t=-0.847 p=0.398
Bekâr	229	2.422	0.476	
Görevi				
Hekim	104	2.363	0.515	t=-1.077 p=0.282
Hemşire	247	2.424	0.477	
Birim				
Dahili	224	2.460	0.497	t=2.773 p=0.006*
Cerrahi	127	2.311	0.461	
Öğrenim Durumu				
Lise	64	2.324	0.573	F=1.446 p=0.229
Önlisans	43	2.476	0.521	
Lisans	165	2.442	0.417	
Lisansüstü	79	2.359	0.532	
Çalıştığı Kurum				
Üniversite Hastanesi	154	2.325	0.449	t=-2.762 p=0.006*
Şehir Hastanesi	197	2.469	0.510	

*= $p<0,05$

Tablo 3.14'de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarındaki stres yönetimi boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Stres yönetimi boyutu hekim ve hemşirelerin yaşlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F=4.760$, $p=0.009$). Buna göre 18-24 yaş aralığındaki katılımcıların 25-34 yaş aralığındaki katılımcılara göre puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumda 18-24 yaş aralığındaki katılımcıların stresli durumlar karşısında daha başarılı olduğu sonucuna varılabilir.

Bunun yanı sıra stres yönetimi boyutu hekim ve hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($t=2.773$, $p=0.006$). Yapılan çalışmada farkın dâhili birimlerde görev yapan hekim ve

hemşirelerin cerrahi birimlerde görev yapan hekim ve hemşirelere göre puanlarının daha yüksek olmasından kaynaklandığı anlaşılmaktadır. Bu durumdan dâhili birimlerde görev yapan katılımcıların cerrahi birimlerde görev yapan katılımcılara nispeten stres ile başa çıkmayı daha iyi yönettikleri sonucu çıkarılabilir.

Ayrıca stres yönetimi boyutunda hekim ve hemşirelerin çalıştıkları kurumlara göre karşılaştırılması yapıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($t=-2.762$, $p=0.006$). Farkın analiz sonucuna göre şehir hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin üniversite hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelere göre puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumda şehir hastanesinde görev yapan katılımcıların üniversite hastanesinde görev yapan katılımcılara nispeten stres ile mücadelede daha başarılı oldukları söylenebilir.

Stres yönetimi boyutunun puanları hekim ve hemşirelerin cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1.110$, $p=0.268$). Aynı şekilde stres yönetimi boyutu hekim ve hemşirelerin medeni durumlarına ($t=-0.847$, $p=0.398$), görevlerine, ($t=-1.077$, $p=0.282$) ve öğrenim durumlarına ($F=1.446$, $p=0.229$) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 3.15. Manevi Gelişim Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
18-24	102	3.004	0.495	F=6.029 p=0.003*
25-34	176	2.835	0.487	
35+	69	3.032	0.460	
Cinsiyet				
Kadın	224	2.970	0.482	t=2.383 p=0.018*
Erkek	123	2.840	0.498	
Medeni Durum				
Evli	123	2.935	0.486	t=0.320 p=0.749
Bekâr	224	2.918	0.495	
Görevi				
Hekim	104	2.911	0.473	t=-0.324 p=0.746
Hemşire	243	2.930	0.500	
Birim				
Dahili	220	2.961	0.484	t=1.835 p=0.067
Cerrahi	127	2.860	0.499	
Öğrenim Durumu				
Lise	63	2.779	0.622	F=2.750 p=0.043*
Önlisans	43	3.036	0.499	
Lisans	162	2.934	0.437	
Lisansüstü	79	2.957	0.457	

Çalıştığı Kurum				
Üniversite Hastanesi	149	2.897	0.456	t=-0.898 p=0.370
Şehir Hastanesi	198	2.945	0.516	

*= p<0,05

Tablo 3.15’de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarındaki manevi gelişim boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Manevi gelişim boyutu hekim ve hemşirelerin yaşlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (F=6.029, p=0.003). Bu durumun 25-34 yaş aralığındaki katılımcıların diğer yaş gruplarına göre puanının düşük olmasından kaynaklandığı görülmektedir. Buna göre katılımcıların manevi gelişim boyutunu üç kategoride de önemseydiği ancak 25-34 yaş aralığındaki katılımcıların diğer yaş gruplarındaki katılımcılara nispeten maneviyat bakımından daha zayıf oldukları sonucu çıkarılabilir.

Bunun yanı sıra manevi gelişim boyutu hekim ve hemşirelerin cinsiyetlerine göre karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (t=2.383, p=0.018). Hekim ve hemşirelerden kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumda kadın katılımcıların manevi gelişim konusunda erkek katılımcılara nispeten daha duyarlı olduğu ifade edilebilir.

Yine katılımcıların manevi gelişim boyutunda öğrenim durumlarına göre karşılaştırılması yapıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (F=2.750, p=0.043). Farkın öğrenim durumu lise olan katılımcıların öğrenim durumu önlisans olan katılımcılara göre puanının düşük olmasından kaynaklandığı görülmektedir. Buna göre eğitim düzeyi önlisans olan katılımcıların maneviyatı algılama düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Manevi gelişim boyutunun puanları hekim ve hemşirelerin medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=0.320, p=0.749). Aynı şekilde manevi gelişim boyutu hekim ve hemşirelerin görevlerine (t=-0.324, p=0.746), çalıştıkları birimlere (t=1.835, p=0.067) ve çalıştıkları kurumlara (t=-0.898, p=0.370) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

3.2.7. Kişilik Özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki

Kişilik özelliklerinin alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutları arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiş ve sonuçları Tablo 3.16'da gösterilmiştir.

Değişkenler arası ilişkiler şu kriterlere göre değerlendirilmiştir (Kalaycı, 2016: 116):

r	İlişki
0,00-0,25	Çok Zayıf
0,26-0,49	Zayıf
0,50-0,69	Orta
0,70-0,89	Yüksek
0,90-1,00	Çok Yüksek

Tablo 3.16. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişki

BOYUT		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	1. Sağlık Sorumluluğu	1										
	2. Fiziksel Aktivite	r=0.525 p=0.000**	1									
	3. Beslenme	r=0.586 p=0.000**	r=0.532 p=0.000**	1								
	4. Kişilerarası İlişkiler	r=0.439 p=0.000**	r=0.205 p=0.000**	r=0.266 p=0.000**	1							
	5. Stres Yönetimi	r=0.455 p=0.000**	r=0.521 p=0.000**	r=0.438 p=0.000**	r=0.431 p=0.000**	1						
	6. Manevi Gelişim	r=0.397 p=0.000**	r=0.268 p=0.000**	r=0.261 p=0.000**	r=0.615 p=0.000**	r=0.549 p=0.000**	1					
Beş Faktör Kişilik Özellikleri	7. Duygusal Dengesizlik	r=-0.130 p=0.018*	r=-0.025 p=0.644	r=-0.083 p=0.131	r=-0.197 p=0.000**	r=-0.199 p=0.000**	r=-0.188 p=0.000**	1				
	8. Dışa Dönüklük	r=0.177 p=0.001*	r=0.140 p=0.009*	r=0.138 p=0.000**	r=0.294 p=0.000**	r=0.130 p=0.015*	r=0.357 p=0.000**	r=-0.105 p=0.045*	1			
	9. Gelişime Açıklık	r=0.298 p=0.000**	r=0.295 p=0.000**	r=0.198 p=0.000**	r=0.271 p=0.000**	r=0.222 p=0.000**	r=0.392 p=0.000**	r=-0.095 p=0.070	r=0.495 p=0.000**	1		
	10. Uyumluluk	r=0.067 p=0.230	r=-0.208 p=0.000**	r=0.001 p=0.987	r=0.338 p=0.000**	r=0.044 p=0.414	r=0.279 p=0.000**	r=-0.374 p=0.000**	r=0.244 p=0.000**	r=0.285 p=0.000**	1	
	11. Sorumluluk/ Özdenetim	r=0.080 p=0.150	r=-0.099 p=0.065	r=0.113 p=0.042*	r=0.189 p=0.000**	r=0.018 p=0.734	r=0.261 p=0.000**	r=-0.320 p=0.000**	r=0.146 p=0.006*	r=0.228 p=0.000**	r=0.536 p=0.000**	1

*= p<0,05 **= p<0,01

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutları ile kişilik özellikleri ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişkiler Tablo 3.16'da yer almaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutlarının kendi aralarındaki korelasyonlarına bakıldığında, sağlık sorumluluğu boyutu ile; fiziksel aktivite ($r=0.525$, $p=0.000$) ve beslenme ($r=0.586$, $p=0.000$) boyutları arasında anlamlı ve pozitif yönlü orta derece ilişkiler olduğu bulunmuştur. Sağlık Sorumluluğu boyutu ile; kişilerarası ilişkiler ($r=0.439$, $p=0.000$), stres yönetimi ($r=0.455$, $p=0.000$) ve manevi gelişim ($r=0.397$, $p=0.000$) boyutları arasında anlamlı ve pozitif yönlü zayıf ilişkiler olduğu tespit edilmiştir.

Fiziksel aktivite boyutu ile; beslenme ($r=0.532$, $p=0.000$) ve stres yönetimi ($r=0.521$, $p=0.000$) boyutları arasında anlamlı ve pozitif yönlü orta derece ilişkiler olduğu bulunmuştur. Yine aynı boyutunun, manevi gelişim boyutu ($r=0.268$, $p=0.000$) ile arasında ise anlamlı ve pozitif yönlü zayıf bir ilişkisi bulunurken, kişilerarası ilişkiler boyutu ($r=0.205$, $p=0.000$) ile arasında anlamlı ve pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Beslenme boyutunun, kişilerarası ilişkiler ($r=0.266$, $p=0.000$) ve manevi gelişim ($r=0.261$, $p=0.000$) boyutları ile arasında anlamlı ve pozitif yönlü çok zayıf ilişkiler olduğu bulunurken, stres yönetimi boyutu ($r=0.438$, $p=0.000$) ile arasında ise anlamlı ve pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Kişilerarası İlişkiler boyutunun, stres yönetimi boyutu ($r=0.431$, $p=0.000$) ile arasında anlamlı ve pozitif yönlü zayıf bir ilişki varken, manevi gelişim boyutu ($r=0.615$, $p=0.000$) ile arasında ise anlamlı ve pozitif yönlü orta derece ilişki vardır. Son olarak stres yönetimi ile manevi gelişim ($r=0.549$, $p=0.000$) boyutu arasında pozitif yönlü orta derece anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Kişilik özelliklerinin alt boyutu olan duygusal dengesizlik boyutunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutları olan sağlık sorumluluğu ($r=-0.130$, $p=0.018$), kişilerarası ilişkiler ($r=-0.197$, $p=0.000$), stres yönetimi ($r=-0.199$, $p=0.000$) ve manevi gelişim ($r=-0.188$, $p=0.000$) boyutları ile arasında negatif yönde çok zayıf ilişkiler bulunmuştur. Aynı boyutun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin bir diğer alt boyutları olan fiziksel aktivite ($r=-0.025$, $p=0.644$) ve beslenme ($r=-0.083$, $p=0.131$) boyutları ile arasındaki negatif ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmamaktadır.

Kişilik özellikleri ölçeğinin bir diğer alt boyutu olan dışa dönüklük boyutunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutları olan sağlık sorumluluğu

($r=0.177$, $p=0.001$), fiziksel aktivite ($r=0.140$, $p=0.009$), beslenme ($r=0.138$, $p=0.000$) ve stres yönetimi ($r=0.130$, $p=0.015$) boyutları ile arasında anlamlı ve pozitif yönlü çok zayıf ilişkiler varken; kişilerarası ilişkiler ($r=0.294$, $p=0.000$) ve manevi gelişim ($r=0.357$, $p=0.000$) boyutları ile arasında ise anlamlı ve pozitif yönlü zayıf bir ilişkiler vardır. Dışa dönüklük boyutunun kişilik özellikleri ölçeğinin alt boyutu olan duygusal dengesizlik boyutu ($r=-0.105$, $p=0.045$) ile arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir.

Kişilik özellikleri ölçeğinin alt boyutu olan gelişime açıklık boyutunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutları olan sağlık sorumluluğu ($r=0.298$, $p=0.000$), fiziksel aktivite ($r=0.295$, $p=0.000$), kişilerarası ilişkiler ($r=0.271$, $p=0.000$) ve manevi gelişim ($r=0.392$, $p=0.000$) boyutları ile arasında anlamlı ve pozitif yönlü zayıf ilişkiler vardır. Yine aynı boyutun beslenme ($r=0.198$, $p=0.000$) ve stres yönetimi ($r=0.222$, $p=0.000$) boyutları ile arasında ise anlamlı ve pozitif yönlü çok zayıf ilişkiler olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra gelişime açıklık boyutunun kişilik özellikleri ölçeğinin alt boyutu olan dışa dönüklük boyutu ($r=0.495$, $p=0.000$) ile arasında anlamlı ve pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Gelişime açıklık boyutunun kişilik özellikleri ölçeğinin alt boyutu olan duygusal dengesizlik ($r=-0.095$, $p=0.070$) ile arasındaki negatif ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmamaktadır.

Kişilik özellikleri ölçeğinin alt boyutu olan uyumluluk boyutunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutları olan kişilerarası ilişkiler ($r=0.338$, $p=0.000$) ve manevi gelişim ($r=0.279$, $p=0.000$) boyutları ile arasında anlamlı ve pozitif yönde zayıf ilişkiler olduğu bulunurken, yine aynı boyutun fiziksel aktivite boyutu ($r=-0.208$, $p=0.000$) ile arasında ise anlamlı ve negatif yönlü çok zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Uyumluluk boyutunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutları olan sağlık sorumluluğu ($r=0.067$, $p=0.230$), beslenme ($r=0.001$, $p=0.987$) ve stres yönetimi ($r=0.044$, $p=0.414$) boyutları ile arasındaki pozitif yönlü ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmamaktadır. Bunun yanı sıra uyumluluk boyutunun kişilik özellikleri ölçeğinin alt boyutu olan duygusal dengesizlik boyutu ($r=-0.374$, $p=0.000$) ile arasında anlamlı ve negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır. Yine aynı boyutun dışa dönüklük ($r=0.244$, $p=0.000$) boyutu ile arasında anlamlı ve pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki bulunurken, gelişime açıklık ($r=0.285$, $p=0.000$) boyutu ile arasında ise anlamlı ve pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir.

Kişilik özellikleri ölçeğinin alt boyutu olan “sorumluluk /özdenetim” boyutunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutları olan beslenme ($r=0.133$, $p=0.042$) ve kişilerarası ilişkiler ($r=0.189$, $p=0.000$) boyutları ile arasında pozitif yönlü çok zayıf ilişkiler olduğu bulunurken, aynı ölçeğin manevi gelişim ($r=0.261$, $p=0.000$) boyutu ile arasında ise pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sorumluluk/özdenetim boyutunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutları olan sağlık sorumluluğu ($r=0.080$, $p=0.150$) ve stres yönetimi ($r=0.018$, $p=0.734$) boyutları ile arasındaki pozitif ilişkiler istatistiksel olarak önemli bulunmamaktadır. Yine aynı ölçeğin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutu olan fiziksel aktivite boyutu ($r=-0.099$, $p=0.065$) ile arasındaki negatif ilişki de istatistiksel olarak önemli bulunmamaktadır.

Kişilik özellikleri ölçeğinin alt boyutu olan sorumluluk/özdenetim boyutunun, bu ölçeğin alt boyutu olan duygusal dengesizlik boyutu ($r=-0.320$, $p=0.000$) ile arasında anlamlı ve negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır. Yine aynı boyutun, dışa dönüklük ($r=0.146$, $p=0.006$) ve gelişime açıklık ($r=0.228$, $p=0.000$) boyutları ile arasında anlamlı ve pozitif yönlü çok zayıf ilişkiler bulunurken, uyumluluk ($r=0.536$, $p=0.000$) boyutu ile arasında ise anlamlı ve pozitif yönlü orta derece bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

3.2.8. Kişilik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisinin Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Kişilik özelliklerinin beş boyutunun (duygusal dengesizlik, dışa dönüklük, gelişime açıklık, uyumluluk ve sorumluluk/özdenetim) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutları üzerindeki etkisi çoklu regresyon analizi (Enter Yöntemi) ile incelenmiştir. Regresyon denkleminde bağımsız değişken olarak kişilik özelliklerinin duygusal dengesizlik, dışa dönüklük, gelişime açıklık, uyumluluk ve sorumluluk/özdenetim boyutları, bağımlı değişken olarak da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sağlık sorumluluğu boyutu eklenmiş ve ortaya çıkan regresyon analizi sonuçları Tablo 3.17'de gösterilmiştir. Aynı regresyon modeli sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve manevi gelişim boyutları için de kurulmuş ve analiz sonuçları sırası ile Tablo 3.18, Tablo3.19, Tablo3.20, Tablo3.21 ve Tablo3.22'de gösterilmiştir. Çoklu regresyon analizi sonuçlarını gösteren tablolar R^2 , regresyon denklemindeki bağımsız değişkenlerin, bağımlı

değişkende meydana getirdikleri varyansın yüzdesini, β değerini, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin gücünü ve yönünü gösteren, standardize edilmiş regresyon katsayısıdır. En yüksek β değerine sahip olan bağımsız değişken, görece olarak en önemli yordayıcıdır (Büyüköztürk, 2004: 94-95).

Araştırmada kişilik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının boyutları üzerindeki etkisi tablolarda (3.17, 3.18, 3.19, 3.20, 3.21 ve 3.22) gösterilmektedir.

Tablo 3.17. Kişilik Özellikleri Boyutlarının Sağlık Sorumluluğu Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Model Özeti		Etkiler			ANOVA	
		R	R ²	β	t	p	F	P
Duyusal Dengesizlik	Sağlık Sorumluluğu	0.315	0.099	-0.124	-2.125	0.034*	6.979	0.000*
Dışa Dönüklük				0.037	0.601	0.548		
Gelişime Açıklık				0.279	4.460	0.000*		
Uyumluluk				-0.070	-1.046	0.296		
Sorumluluk/Özdenetim				0.001	0.018	0.986		

*= p<0,05

Tablo 3.17’de görüldüğü gibi Kişilik Özellikleri boyutları ile Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları boyutlarından sağlık sorumluluğu arasında kurulan çoklu regresyon modeli önemli bulunmuştur (F=6.979, p=0.000). Bu model sağlık sorumluluğu boyutundaki değişimin yaklaşık %10’unu (R²=0.099) açıklamaktadır. Tablo 3.17’deki β değerine dayanarak Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları boyutu olan sağlık sorumluluğu bağımlı değişkenini yordayan Kişilik Özellikleri boyutlarını görmek mümkündür. Analiz sonucunda duygusal dengesizlik boyutunun sağlık sorumluluğu boyutunu açıkladığı, anlamlı ve negatif bir etkiye sahip olduğu görülmektedir (β =-0.124, t=-2.125, p=0.034). Duygusal dengesizlik Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları boyutlarından sağlık sorumluluğu üzerinde negatif bir etkiye sahiptir. Duygusal dengesizlik zayıfladıkça sağlık sorumluluğunda artma gözlemlenebilir.

Analiz sonucunda gelişime açıklık boyutunun Sağlık Sorumluluğu boyutunu açıkladığı, anlamlı ve pozitif bir etkiye sahip olduğu görülmektedir (β =0.279, t=4.460,

p=0.000). Gelişime açıklık Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları boyutlarından Sağlık Sorumluluğu üzerinde pozitif bir etkiye sahiptir. Buna göre, gelişime açıklık arttıkça sağlık sorumluluğunun da artması beklenir.

Bunun yanında dışa dönüklük ($\beta=-0.037$, $t=0.601$, $p=0.548$), uyumluluk ($\beta=-0.070$, $t=-1.046$, $p=0.296$) ve sorumluluk/özdenetim ($\beta=0.001$, $t=0.018$, $p=0.986$) boyutlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarından sağlık sorumluluğu üzerinde herhangi bir etkiye sahip olmadığı bulunmuştur.

Tablo 3.18. Kişilik Özellikleri Boyutlarının Fiziksel Aktivite Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Model Özeti		Etkiler			ANOVA	
		R	R ²	β	t	p	F	P
Duygusal Dengesizlik	Fiziksel Aktivite	0.444	0.197	-0.148	-2.780	0.006*	16.445	0.000*
Dışa Dönüklük				0.044	0.783	0.434		
Gelişime Açıklık				0.371	6.504	0.000*		
Uyumluluk				-0.354	-5.775	0.000*		
Sorumluluk/Özdenetim				-0.045	-0.773	0.440		

*= $p < 0,05$

Tablo 3.18’de görüldüğü gibi Kişilik Özellikleri boyutları ile Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları boyutlarından fiziksel aktivite arasında kurulan çoklu regresyon modeli önemli bulunmuştur ($F=16.445$, $p=0.000$). Bu model fiziksel aktivite boyutundaki değişimin yaklaşık %20’sini ($R^2=0.197$) açıklamaktadır. Tablo 3.18’deki β değerine dayanarak Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları boyutu olan fiziksel aktivite bağımlı değişkenini yordayan Kişilik Özellikleri boyutlarını görmek mümkündür. Analiz sonucunda duygusal dengesizlik ($\beta=-0.148$, $t=-2.780$, $p=0.006$) ve uyumluluk ($\beta=-0.354$, $t=-5.775$, $p=0.000$) boyutlarının fiziksel aktivite boyutunu açıkladığı, anlamlı ve negatif bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Duygusal dengesizlik ve uyumluluk, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları boyutlarından fiziksel aktivite üzerinde negatif bir etkiye sahiptir. Duygusal dengesizlik ile birlikte fiziksel aktiviteler kısıtlanabilir, buna bağlı olarak da duygusal dengesizlik arttıkça fiziksel aktivite davranışlarının azaldığı söylenebilir. Uyumluluk sağlayan insanların sosyal yaşantılarına daha yakın olmaları, onların fiziksel aktivite için çok fazla zaman ayırmaya ihtiyaç hissetmemelerine neden

olabilir. Bu durumda da uyumluluk derecesi arttığında fiziksel aktiviteleri azalır sonucu ortaya çıkmaktadır.

Yine analiz sonucunda gelişime açıklık boyutunun fiziksel aktivite boyutunu açıkladığı, anlamlı ve pozitif bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ($\beta=0.371$, $t=-5.775$, $p=0.000$). Buna göre gelişime açıklık, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları boyutlarından fiziksel aktivite üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu ve gelişime açıklığın arttıkça fiziksel aktivitenin de arttığı görülebilir.

Bunun yanında dışa dönüklük ($\beta=0.044$, $t=0.783$, $p=0.434$) ve sorumluluk/özdenetim($\beta=-0.045$, $t=-0.773$, $p=0.440$) boyutlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarından fiziksel aktivite üzerinde herhangi bir etkiye sahip olmadığı bulunmuştur.

Tablo 3.19. Kişilik Özellikleri Boyutlarının Beslenme Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Model Özeti		Etkiler			ANOVA	
		R	R ²	β	t	p	F	P
Duyusal Dengesizlik	Beslenme	0.259	0.067	-0.106	-1.800	0.073	4.500	0.000*
Dışa Dönüklük				0.067	1.076	0.283		
Gelişime Açıklık				0.172	2.728	0.007*		
Uyumluluk				-0.183	-2.645	0.009*		
Sorumluluk/Özdenetim				0.142	2.188	0.029*		

*= $p<0,05$

Tablo 3.19’da görüldüğü gibi Kişilik Özellikleri boyutları ile Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları boyutlarından beslenme arasında kurulan çoklu regresyon modeli önemli bulunmuştur ($F=4.560$, $p=0.000$). Bu model beslenme boyutundaki değişimin yaklaşık %7’sini ($R^2=0.067$) açıklamaktadır. Tablo 3.19’daki β değerine dayanarak Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları boyutu olan beslenme bağımlı değişkenini yordayan Kişilik Özellikleri boyutlarını görmek mümkündür. Analiz sonucunda uyumluluk boyutunun beslenme boyutunu açıkladığı, anlamlı ve negatif bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ($\beta=-0.183$, $t=-2.645$, $p=0.009$). Buna göre uyumluluk, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları boyutlarından beslenme üzerinde negatif bir etkiye sahiptir. Bu

duruma sosyal hayat açısından bakılacak olunur ise, günümüzde beslenme ile ilgili bireyin toplum içinde uyumluluk göstermesi onu düzensiz beslenme şekillerine yöneltebilir. Birey, bulunduğu çevrede uyumluluğu bozmamak adına yanlış beslenme şekillerini tercih edilebilir. Buna bağlı olarak da uyumluluk arttıkça düzenli beslenme davranışının zayıfladığı söylenebilir.

Yine analiz sonuçlarına bakıldığında gelişime açıklık ($\beta=0.172$, $t=2.728$, $p=0.007$) ve sorumluluk/özdenetim ($\beta=0.142$, $t=2.188$, $p=0.029$) boyutlarının beslenme boyutunu açıkladığı, anlamlı ve pozitif bir etkiye sahip oldukları görülmektedir. Gelişime açıklık ve sorumluluk/özdenetimin, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları boyutlarından beslenme üzerinde pozitif bir etkiye sahiptir. Buna göre gelişime açıklık ve sorumluluk arttıkça beslenmenin de sağlıklı olması beklenmektedir.

Bunun yanı sıra duygusal dengesizlik ($\beta=-0.106$, $t=-1.800$, $p=0.073$) ve dışa dönüklük ($\beta=0.067$, $t=1.076$, $p=0.283$) boyutlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarından beslenme üzerinde herhangi bir etkiye sahip olmadığı bulunmuştur.

Tablo 3.20. Kişilik Özellikleri Boyutlarının Kişilerarası İlişkiler Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Model Özeti		Etkiler			ANOVA	
		R	R ²	β	t	p	F	P
Duygusal Dengesizlik	Kişilerarası İlişkiler	0.420	0.176	-0.088	-1.621	0.106	14.134	0.000*
Dışa Dönüklük				0.166	2.864	0.004*		
Gelişime Açıklık				0.125	2.140	0.033*		
Uyumluluk				0.240	3.861	0.000*		
Sorumluluk/Özdenetim				-0.020	-0.340	0.734		

*= $p < 0,05$

Tablo 3.20’de görüldüğü gibi Kişilik Özellikleri boyutları ile Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları boyutlarından Kişilerarası İlişkiler arasında kurulan çoklu regresyon modeli önemli bulunmuştur ($F=14.134$, $p=0.000$). Bu model Kişilerarası İlişkiler boyutundaki değişimin yaklaşık %18’ini ($R^2=0.176$) açıklamaktadır. Tablo 3.20’deki β değerine dayanarak Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları boyutu olan Kişilerarası İlişkiler bağımlı değişkenini yordayan Kişilik Özellikleri boyutlarını görmek mümkündür. Analiz

sonucunda dışa dönüklük ($\beta=0.166$, $t=2.864$, $p=0.004$), gelişime açıklık ($\beta=0.125$, $t=2.140$, $p=0.033$) ve uyumluluk ($\beta=0.240$, $t=3.861$, $p=0.000$) boyutlarının kişilerarası ilişkiler boyutunu açıkladığı, anlamlı ve pozitif bir etkiye sahip oldukları görülmektedir. Buna göre dışa dönüklük, gelişime açıklık ve uyumluluk, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları boyutlarından kişilerarası ilişkiler üzerinde pozitif bir etkiye sahiptir. Dışadönüklüğün, gelişime açıklığın ve uyumluluğun artması durumunda kişilerarası ilişkilerin de artması beklenmektedir.

Bunun yanında duygusal dengesizlik ($\beta=-0.088$, $t=-1.621$, $p=0.106$) ve sorumluluk/özdenetim ($\beta=-0.020$, $t=-0.340$, $p=0.734$) boyutlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarından kişilerarası ilişkiler üzerinde herhangi bir etkiye sahip olmadığı bulunmuştur.

Tablo 3.21. Kişilik Özellikleri Boyutlarının Stres Yönetimi Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Model Özeti		Etkiler			ANOVA	
		R	R ²	β	t	p	F	P
Duygusal Dengesizlik	Stres Yönetimi	0.310	0.096	-0.235	-4.205	0.000*	7.173	0.000*
Dışa Dönüklük				0.032	0.533	0.595		
Gelişime Açıklık				0.224	3.708	0.000*		
Uyumluluk				-0.078	-1.222	0.220		
Sorumluluk/Özdenetim				-0.059	-0.973	0.331		

*= $p<0,05$

Tablo 3.21’de görüldüğü gibi Kişilik Özellikleri boyutları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları boyutlarından stres yönetimi arasında kurulan çoklu regresyon modeli önemli bulunmuştur ($F=7.173$, $p=0.000$). Bu model stres yönetimi boyutundaki değişimin yaklaşık %10’unu ($R^2=0.096$) açıklamaktadır. Tablo 3.21’deki β değerine dayanarak Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları boyutu olan stres yönetimi bağımlı değişkenini yordayan Kişilik Özellikleri boyutlarını görmek mümkündür. Analiz sonucunda duygusal dengesizlik boyutunun stres yönetimi boyutunu açıkladığı, anlamlı ve negatif bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ($\beta=-0.235$, $t=-4.205$, $p=0.000$). Buna göre duygusal dengesizlik Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları boyutlarından stres

yönetimi üzerinde negatif bir etkiye sahiptir. Duygusal dengesizlik azaldıkça stres yönetiminin artması beklenmektedir.

Yine analiz sonucuna bakıldığında gelişime açıklık boyutunun stres yönetimi boyutunu açıkladığı, anlamlı ve pozitif bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ($\beta=0.224$, $t=3.708$, $p=0.000$). Gelişime açıklık Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları boyutlarından stres yönetimi üzerinde pozitif bir etkiye sahiptir. Buna göre gelişime açıklık arttıkça stres yönetiminin de artması beklenmektedir.

Bunun yanında dışa dönüklük ($\beta=0.032$, $t=0.533$, $p=0.595$), uyumluluk ($\beta=-0.078$, $t=-1.222$, $p=0.220$) ve sorumluluk/özdenetim ($\beta=-0.059$, $t=-0.973$, $p=0.331$) boyutlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarından stres yönetimi üzerinde herhangi bir etkiye sahip olmadığı bulunmuştur.

Tablo 3.22. Kişilik Özellikleri Boyutlarının Manevi Gelişim Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Model Özeti		Etkiler			ANOVA	
		R	R ²	β	t	p	F	P
Duygusal Dengesizlik	Manevi Gelişim	0.491	0.241	-0.104	-2.011	0.045*	21.066	0.000*
Dışa Dönüklük				0.193	3.487	0.001*		
Gelişime Açıklık				0.253	4.519	0.000*		
Uyumluluk				0.075	1.268	0.206		
Sorumluluk/Özdenetim				0.108	1.910	0.057		

*= $p<0,05$

Tablo 3.22’de görüldüğü gibi Kişilik Özellikleri boyutları ile Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları boyutlarından manevi gelişim arasında kurulan çoklu regresyon modeli önemli bulunmuştur ($F=21.066$, $p=0.000$). Bu model manevi gelişim boyutundaki değişimin yaklaşık %24’ünü ($R^2=0.241$) açıklamaktadır. Tablo 3.22’deki β değerine dayanarak Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları boyutu olan manevi gelişim bağımlı değişkenini yordayan Kişilik Özellikleri boyutlarını görmek mümkündür. Analiz sonucunda duygusal dengesizlik boyutunun manevi gelişim boyutunu açıkladığı, anlamlı ve negatif bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ($\beta=-0.104$, $t=-2.011$, $p=0.045$). Duygusal dengesizlik Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları boyutlarından manevi gelişim üzerinde

negatif bir etkiye sahiptir. Duygusal dengesizlik arttıkça manevi gelişimin azaldığı görülebilir.

Yine analiz sonucunda dışa dönüklük ($\beta=0.193$, $t=3.487$, $p=0.001$) ve gelişime açıklık ($\beta=0.253$, $t=4.519$, $p=0.000$) boyutlarının manevi gelişim boyutunu açıkladığı, anlamlı ve pozitif bir etkiye sahip oldukları görülmektedir. Buna göre dışa dönüklük ve gelişime açıklık, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları boyutlarından manevi gelişim üzerinde pozitif bir etkiye sahiptir. Dışa dönüklük ve gelişime açıklık arttıkça manevi gelişimin artması beklenmektedir.

Bunun yanında uyumluluk ($\beta=0.075$, $t=1.268$, $p=0.206$) ve sorumluluk/özdenetim ($\beta=0.108$, $t=1.910$, $p=0.057$) boyutlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarından manevi gelişim üzerinde herhangi bir etkiye sahip olmadığı bulunmuştur.

3.2.9. Hipotezlerin Kabul/Reddi

Araştırmada oluşturulan hipotezlerin kabul/red durumları Tablo 3.23’de gösterilmektedir.

Tablo 3.23. Hipotezlerin Kabul ve Red Durumu

No	Hipotezler	Kabul/Red
H1.	Hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin alt boyutlarından en az bir tanesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğu boyutu üzerinde etkilidir.	Kabul
H2.	Hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin alt boyutlarından en az bir tanesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından fiziksel aktivite ve egzersiz boyutu üzerinde etkilidir.	Kabul
H3.	Hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin alt boyutlarından en az bir tanesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenme boyutu üzerinde etkilidir.	Kabul
H4.	Hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin alt boyutlarından en az bir tanesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından kişilerarası ilişkiler boyutu üzerinde etkilidir.	Kabul
H5.	Hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin alt boyutlarından en az bir tanesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından stres yönetimi boyutu üzerinde etkilidir.	Kabul
H6.	Hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin alt boyutlarından en az bir tanesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından manevi gelişim boyutu üzerinde etkilidir.	Kabul

Regresyon analizi sonucunda, hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğu üzerinde kişilik özelliklerinden gelişime açıklık boyutunun pozitif, duygusal dengesizlik boyutunun ise negatif etki ettiği tespitine ulaşılmış ve boyutlar arasında anlamlı bir ilişki bulunduğundan “*Hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin alt boyutlarından en az bir tanesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğu boyutu üzerinde etkilidir.*” hipotezi kabul edilmiştir.

Hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından fiziksel aktivite ve egzersiz boyutu üzerinde kişilik özelliklerinden gelişime açıklık boyutunun pozitif, duygusal dengesizlik ve uyumluluk boyutlarının ise negatif etki ettiği tespit edildiğinden *“Hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin alt boyutlarından en az bir tanesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından fiziksel aktivite ve egzersiz boyutu üzerinde etkilidir.”* hipotezi kabul edilmiştir. Benzer şekilde hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenme boyutu üzerinde kişilik özelliklerinden gelişime açıklık ve sorumluluk/özdenetim boyutlarının pozitif, uyumluluk boyutunun ise negatif bir etkiye sahip olduğu tespitine ulaşılmış, bu sebeple de *“Hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin alt boyutlarından en az bir tanesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenme boyutu üzerinde etkilidir.”* hipotezi kabul edilmiştir.

Hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından kişilerarası ilişkiler boyutu üzerinde kişilik özelliklerinden dışa dönüklük, gelişime açıklık ve uyumluluk boyutlarının pozitif etki ettiği tespitine ulaşılmış, bu nedenle de *“Hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin alt boyutlarından en az bir tanesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından kişilerarası ilişkiler boyutu üzerinde etkilidir.”* hipotezi kabul edilmiştir. Benzer şekilde, hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından stres yönetimi boyutu üzerinde kişilik özelliklerinden gelişime açıklık boyutunun pozitif, duygusal dengesizlik boyutunun ise negatif etkisi tespit edilmiş, bu sebeple de *“Hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin alt boyutlarından en az bir tanesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından stres yönetimi boyutu üzerinde etkilidir.”* hipotez kabul edilmiştir.

Hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından manevi gelişim boyutu üzerinde kişilik özelliklerinden dışa dönüklük ve gelişime açıklık boyutlarının pozitif, duygusal dengesizlik boyutunun ise negatif etki ettiği tespit edildiğinden *“Hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin alt boyutlarından en az bir tanesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından manevi gelişim boyutu üzerinde etkilidir.”* hipotez kabul edilmiştir.

3.3. TARTIŞMA

Bu bölümde yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular tartışılarak, kişilik özelliklerinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili yapılan çalışmaların bulguları karşılaştırılmıştır.

Yapılan bu çalışmada elde edilen bulgulara göre en yüksek puan ortalamasını kişilik özelliklerinin alt boyutları olan uyumluluk (3.758 ± 0.617) ve sorumluluk/özdenetim (3.613 ± 0.618) boyutlarının, en düşük puan ortalamasının ise duygusal dengesizlik (2.819 ± 0.686) boyutunun aldığı görülmektedir. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında Alan ve Baykal'ın (2018: 123) yönetici hemşirelere yaptığı çalışmasında en yüksek puan ortalaması sorumluluk/özdenetim (4.22 ± 0.35), en düşük puan ortalaması duygusal dengesizlik (2.07 ± 0.53) boyutlarında; Çakıroğlu'nun (2015: 46) hemşireler ile yaptığı çalışmasında en yüksek puan ortalaması uyumluluk ($3,97\pm0,499$), sorumluluk/özdenetim ($3,90\pm0,556$) boyutlarında, en düşük puan ortalaması ise duygusal dengesizlik ($3,19\pm0,602$) boyutunda tespit edilmiştir. Hemşirelerin kişilik özelliklerinin değerlendirildiği bir başka çalışma olan Erdek'in (2016: 28) yapmış olduğu araştırmaya göre ise en yüksek puan ortalamasını kişilik özelliklerinin alt boyutları olan sorumluluk (3.31 ± 0.45) ve gelişime açıklık (3.31 ± 0.52) boyutları, en düşük puan ortalamasını ise duygusal dengesizlik (2.96 ± 0.51) boyutunun aldığı görülmektedir. Buradan hareketle bu bulgular katılımcıların öz disiplinlerinin yüksek, hedef odaklı çalışan, tutarlı, planlı, düzenli, azimli, değişiklikleri seven, yeniliğe açık ve duygusal dengesizlik durumunun sağlayabilen bireyler olduklarını göstermektedir. Literatürdeki bu çalışmalara baktığımızda bizim bulgularımızla uyumlu olduğu görülmektedir.

Hekim ve hemşireler ile yapılan bu çalışmada edinilen bulgularda anketi yanıtlayan hekim ve hemşirelerin %35.3 erkekler, %64.7'sini ise kadınlar oluşturmaktadır. Bu araştırmaya benzer şekilde, Alkan'ın (2014: 78) hemşirelerde kişilik özelliğini araştırdığı çalışmasından edinilen bulgulara bakıldığında anketi yanıtlayanların %6.5'i erkek, %93.5'i kadınlardan oluşturduğu görülmektedir. Bu durumun, kadın hekim ve hemşirelerin erkek personele oranla daha fazla olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin kişilik özellikleri incelendiğinde, çoğunluğun 25-34 yaş grubunda, kadın, bekâr ve lisans eğitimi alan katılımcılar olduğu

görülmektedir. Bu çalışmada hekim ve hemşirelerin *yaş grupları* ile Beş Faktör Kişilik Özellikleri alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında 35 yaş ve üzeri katılımcıların uyumluluk ve “Sorumluluk” puanlarının arttığı; duygusal dengesizlik puanlarının ise azaldığı ve bu boyutlarda anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Bu farkın yaş arttıkça artan puan ortalamasından kaynaklanması; yaşla birlikte hekim ve hemşirelerin deneyimlerinin de katkısıyla sorumluluklarının bilincinde, ılımlı, tutarlı ve dengeli davranışlar sergileyen kendine güveni olan kişiler olabilecekleri düşünülmektedir. Bu sonuç Çakıroğlu'nun (2015: 43) kamuda çalışan hemşireler üzerine yaptığı araştırmadaki demografik özelliklerden cinsiyet, medeni durum ve öğrenim durumu verileriyle benzerlik göstermektedir. Alkan'ın(2014: 102) hemşirelerde kişilik özelliğini araştırdığı çalışmasında yaş değişkeninin sorumluluk, uyumluluk ve dışa dönüklük faktörleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur ($P<0,05$). Alan ve Baykal'ın (2018: 125) Beş Faktör Kişilik Özelliklerini kullanarak özel, kamu ve üniversite hastanelerinde çalışan 900 yönetici hemşire ile yaptığı çalışmasında yaş değişkeninde uyumluluk ve sorumluluk/özdenetim alt boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bu sonuçlara göre yapılan çalışmanın literatürdeki diğer çalışmalarla örtüştüğü söylenebilir.

Araştırmada elde edilen bağımsız değişkenlerden *cinsiyet* ile Beş Faktör Kişilik Özellikleri alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında; uyumluluk ve sorumluluk/özdenetim boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Kadınlar erkeklere göre daha cana yakın, hoşgörülü, sempatik, yumuşak kalpli, erkeklere kıyasla çalışmalarda daha uyumlu ve planlı hareket ettikleri, kararlı ve güven verici kişilik özelliklerinden dolayı erkeklerden daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları söylenebilir. Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında, Alan ve Baykal (2018: 125) tarafından yapılan araştırmada sorumluluk/özdenetim, uyumluluk ve dışa dönüklük özelliklerine sahip yönetici hemşirelerin bu çalışmaya benzerlik göstermekte ve kadın çalışanlarının ortalama değerlerinin erkek çalışanlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Bir diğer araştırma, Alkan'ın (2014: 97) hemşireler üzerine yapmış olduğu bilimsel çalışmasında uyumluluk ve sorumluluk/özdenetim boyutlarında cinsiyet değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($P<0,05$). Bu araştırmada her iki boyutta da erkek katılımcıların puan ortalamaları kadın katılımcıların puanlarından yüksek bulunmuştur.

Hekim ve hemşirelerde yapılan bu çalışmada *medeni durum* ile Beş Faktör Kişilik Özellikleri alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sorumluluk/özdenetim ve uyumluluk boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmıştır. Evli katılımcıların puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu anlamda Alan ve Baykal'ın (2018: 125) yapmış oldukları araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Yönetici hemşirelerin medeni durumları kişilik özellikleri alt boyutlarından sorumluluk/özdenetim ($t= 3.48, p=0.00$) ve uyumluluk ($t=2.09, p=0.03$) boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Her iki çalışmada da evlilerin puan ortalamalarının bekârlardan daha yüksek olması, onların çocukları ya da eş ile bağlayıcı ilişkileri ve sorumluluk üzerine kurulmuş bir hayatlarının olması ile bağlantılı olduğunu düşündürmektedir. Yine Alkan'ın (2014: 99) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmasında medeni durum değişkeni gelişime açıklık boyutunda anlamlı farklılıklar göstermiş ($P<0,05$), evli çalışanların bekâr çalışanlara göre puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hekim ve hemşirelerin çalıştıkları *birimler* ile Beş Faktör Kişilik Özellikleri alt boyutlarının puan ortalamalarına bakıldığında; gelişime açıklık boyutunda istatistiki olarak anlamlılık çıkmıştır ($t=2.339, p=0.020$). Yapılan çalışmada dâhili biriminde görev yapan hekim ve hemşirelerin cerrahi biriminde görev yapan hekim ve hemşirelere göre puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumda dâhili birimlerde çalışanlar için, gerçekleşen yeniliklere ve değişikliklere kolayca uyum sağlayabilen, araştırmacı, açık görüşlü ve yaratıcı kişiler oldukları söylenebilir. Alan ve Baykal'ın (2018: 126) da yönetici hemşireler üzerindeki çalışmasında ise, çalışılan birim ile kişilik özelliklerinin alt boyutları karşılaştırıldığında tüm boyutlarda istatistiki olarak anlamlılık çıkmıştır. Yönetici hemşirelerin çalıştıkları birimler genel servis, kritik birimler ve yönetim olarak belirtilmiş ve boyutların puanları dışa dönüklük ($F=4.46, p=0.00$), uyumluluk ($F=3.95, p=0.02$), sorumluluk/özdeneti ($F=3.20, p=0.04$), duygusal dengesizlik ($F=6.50, p=0.00$) ve gelişime açıklık ($F=10.03, p=0.00$) olarak bulunmuş. Yoğun bakım, acil servis, doğumhane, organ nakli gibi riskli birimlerde çalışan hemşirelerin dışa dönüklük, uyumluluk, sorumluluk /özdenetim ve gelişime açıklık puan ortalamaları en düşükken duygusal dengesizlik puan ortalamasının en yüksek olmasının dikkat çekici olduğu, bu bulgunun nedeni olarak da bu birimlerde çalışan yönetici hemşirelerin çalışma koşulları ve hasta potansiyeli yönünden daha komplike, hasta

bakımında kullanılan malzeme ve makinalar yönünden daha karmaşık koşullarda çalışmalarından dolayı duygusal iniş çıkışları daha sık yaşadıkları düşünülmektedir.

Yapılan bu çalışmada hekim ve hemşirelerin **çalıştıkları kurum** ile Beş Faktör Kişilik Özellikleri alt boyut puanları karşılaştırıldığında; duygusal dengesizlik boyutunda ($t=-2.492$, $p=0.013$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Puan ortalamalarına bakıldığında Şehir Hastanesinin ($\bar{X}=2.898$) puan ortalamasının Üniversite Hastanesinin ($\bar{X}=2.718$) puan ortalamasından yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumun Şehir hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin, çalışma koşullarının daha stresli olmasından, çalıştıkları birimlerdeki hemşire, doktor, hasta yakını ve diğer sağlık çalışanları şeklinde daha geniş bir yelpazede insan topluluğu ile iletişimde olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Alan ve Baykal'ın (2018:125) yönetici hemşireler üzerine yapmış olduğu çalışmada ise, çalıştıkları kurum ile kişilik özellikleri alt boyutlarından dışa dönüklük ($F=3.19$, $p=0.04$) boyutunda istatistiki olarak anlamlı fark bulunmuştur. Puan ortalamalarına bakıldığında özel hastanelerin puan ortalamasının en yüksek olduğu ve bunu üniversite hastaneleri ve devlet hastanelerinin izlediği görülmektedir.

Yapılan bu çalışmada hekim ve hemşirelerin **görevleri** ile Beş Faktör Kişilik Özellikleri alt boyut puanları karşılaştırıldığında; duygusal dengesizlik ($t=-2.738$, $p=0.006$) boyutunda istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Katılımcılardan hemşirelerin ($\bar{X}=2.882$) hekimlere ($\bar{X}=2.666$) göre puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun da hemşirelerin hasta ve hasta yakınları ile hekimlerden daha çok vakit geçirmesi ve hastaların hayatları ile duygusal bir bağ kurmalarından, uzun nöbet saatlerinden, çoğunluğu kadın olan hemşirelerin evdeki annelik ve eş rollerinden kaynaklandığı söylenebilir.

Bu araştırmada elde eden bulgulara göre hekim ve hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD) alt gruplarına bakıldığında en yüksek puanı manevi gelişim (2.924 ± 0.491) boyutu almıştır. Yapılan çalışmaların büyük bir kısmında da benzer sonuçlar saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında manevi gelişim Bostan (2013: 27) 26.16 ± 4.26 , Emeksiz (2018: 35) $24,88\pm 4,97$, Cürcani ve arkadaşları (2010: 490) $25,36\pm 4,47$ tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmalarda SYBD ölçeğinde en yüksek puanı alan boyuttur. Tekin'in (2015: 60) Denizli İli kamu

hastanelerinde görev yapan hekimler üzerine yapılan araştırmasında da manevi gelişim boyutu ($X_{\text{erkek}}=26.11\pm4.25$), ($X_{\text{kadın}}=25.80\pm4.25$) SYBD ölçeğinde en yüksek puanı almıştır. Bazı çalışmalarda ise en yüksek puanı kişilerarası ilişkiler ve alt boyutu almıştır. Bu duruma Akçakanat ve arkadaşları (2015: 88) $25,59\pm3,66$ ile Çakır ve arkadaşları (2015: 212) $23,3\pm4,4$ tarafından hekimler üzerinde yapılan çalışmalar örnek olarak gösterilebilir.

Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre, hekim ve hemşirelerin SYBDÖ II'den alt boyutlar bazında en düşük puanı fiziksel aktivite (2.171 ± 0.585) boyutunun aldığı görülmektedir. Akçakanat vd. (2015: 88) $15,63\pm4,28$, Bostan (2013: 27) 15.32 ± 4.81 , Cürcani vd. (2010: 490) $14,04\pm4,22$, Çakır vd. (2015: 212) $14,4\pm4,5$, Emeksiz (2018: 35) $15,75\pm5,24$, Özyazıcıoğlu vd. (2011: 282) 16.60 ± 4.24 , Tekin (2015: 62) ($X_{\text{erkek}}=17.98\pm5.32$), ($X_{\text{kadın}}=16.26\pm4.58$) ve Zoroğlu'nun (2018: 31) 15.44 ± 4.85 yaptığı çalışmalarda da fiziksel aktivite alt boyutu en düşük puan alınan alt boyut olmuştur. Bu bulgular toplumumuzun egzersiz yapma alışkanlığının düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra yoğun çalışma temposu ve nöbet sistemi ile çalışan hekim ve hemşirelerin fiziksel egzersiz vb. yapmaya zaman ayıramıyor olmaları fiziksel aktivite puanlarının düşük olmasını açıklayabilir.

Yapılan bu çalışmada hekim ve hemşirelerin SYBD ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde *yaş grupları* ile sağlık sorumluluğu ($F=7.120$, $p=0.001$), beslenme ($F=4.929$, $p=0.008$), kişilerarası ilişkiler ($F=4.188$, $p=0.016$), stres yönetimi ($F=4.760$, $p=0.009$). ve manevi gelişim ($F=6.029$, $p=0.003$) boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre farkın kaynağına bakıldığında hekim ve hemşirelerin yaşları ile SYBD ölçeğinin sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim alt boyutlarında, 25-34 yaş aralığındaki katılımcıların diğer yaş gruplarına göre puanının düşük olmasından kaynaklandığı görülmektedir. Kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi boyutlarındaki farkın 25-34 yaş aralığındaki katılımcıların 18-24 yaş aralığındaki katılımcılara göre daha düşük puan almasından kaynaklandığı ve beslenme boyutundaki farkın ise, 25-34 yaş aralığındaki katılımcıların 35 yaş ve üzerindeki katılımcılara göre daha düşük puan almasından kaynaklandığı bulunmuştur. Edilen bulgular yaşın artması ile birlikte bireyleri sağlık alanında daha fazla deneyim sahibi olmalarına, düzenli ve daha dengeli bir hayat tarzı benimsemelerine, ilerleyen yaşa bağlı olarak ortaya çıkan sağlık

problemleri ve bunların sonucunda yaşanan kayıpların bireylerin sağlıklarına daha fazla önem vermeleri gibi nedenlere bağlanabilir. Elde edilen bulgular yaşın artması ile kişilerarası ilişkiler ve stres yonnetimi davranışının kazanılmasında azalış olabileceğine, beslenme ve manevi gelişim davranışının kazanılmasında ve artış olabileceğinin bir gostergesi olabilir. Literatüre bakıldığında, 149 hekim ile SYBD olceği kullanılarak yapılan çalışmada 41 yaş ve uzeri grupta olan hekimlerin 40 yaş ve altı grupta bulunan hekimlerden yuğsek puanlar aldıkları goruğlmektedir (Akçakanat vd., 2015: 89). Bostan'ın (2013: 38) 18-24 yaş grubu hemşirelik oğrencilerinin kişilerarası ilişkiler ve stres yonnetimi puan ortalaması daha yuğsek bulunurken, 39 yaş ve ustu grubunun manevi gelişim, beslenme puan ortalamalarının daha yuğsek olduğu bulunmuştur. Emeksiz (2018: 78), Demirtaş (2018: 34) ve Cürcani ve arkadaşlarının (2010: 489) hemşireler uzerine yaptığı çalışmalarda yaş ile sağlıklı yaşam biçimi puanları arasında ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$)

Hekim ve hemşirelerin araştırmada elde edilen bağımsız değişkenlerden *cinsiyete* gore SYBD ilişkisi incelendiğinde fiziksel aktivite ($t=-2.134$, $p=0.034$), boyutunda erkek ($\bar{X}=2.261$) katılımcıların kadın ($\bar{X}=2.122$) katılımcılara gore daha yuğsek puan aldığı, kişilerarası ilişkiler ($t=2.539$, $p=0.012$), ($\bar{X}_{kadın}=2.840$, $\bar{X}_{erkek}=2.700$) ve manevi gelişim ($t=2.383$, $p=0.018$), ($\bar{X}_{kadın}=2.970$, $\bar{X}_{erkek}=2.840$) boyutlarında ise kadın katılımcıların erkek katılımcılara gore puanlarının daha yuğsek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Literatürdeki benzer çalışmalara bakıldığında, Ezer'in (2018: 60) 274 hekim ve hemşire ile SYBD olceğini kullanılarak yaptığı çalışmasında, fiziksel aktivite puanlarının erkeklerde (18.04 ± 5.79) kadınlara (16.29 ± 4.77) gore daha yuğsek bulunduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=2.082$, $p=0.041$). Tekin'in (2015: 60) hekimler uzerinde yaptığı çalışmasında SYBD olceğinin cinsiyet değişkeni açısından fiziksel aktivite alt boyutunda anlamlı farklılık olduğu ($p=0.012 < 0.05$), erkek hekimlerin ($X_{erkek}=17.98\pm 5.32$), kadın hekimlerden ($X_{kadın}=16.26\pm 4.58$) yuğsek puan aldığı bulunmuştur. Elde edilen bulgular kadın katılımcıların fiziksel aktivite boyutunda puanlarının erkeklerden duşuk olma sebepleri konusunda toplumumuzda kadın ve erkeğin ev sorumluluklarının ve gorev dağılımlarının erkeğe daha fazla alan yaratmakta olduğundan ve noğbet sistemi ile çalışan kadın hekim ve hemşirelerin egzersiz yapmak için kendilerine zaman ayıramadıklarından kaynaklanabileceğini duşündürmektedir. Yine kadın katılımcıların kişilerarası ilişkiler

puanının yüksek bulunması hemşirelik mesleğinin genellikle kadın mesleği olarak algılanması ve meslek mensuplarının bulunduğu sosyal çevrenin genelde kadınlardan oluşması etkili bir faktör olabilir.

Çakır ve arkadaşlarının (2015: 217) 144 hekim ile SYBD ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarında, cinsiyete göre beslenme alt grubunda kadınlar daha yüksek puan almıştır ($p=0.015$). Bostan'ın (2013: 38) hemşirelere yaptığı çalışmasında, cinsiyet ile beslenme alt grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ($p<0.05$), kadınların ($X=20.17\pm 4.28$) beslenme alt grubu puan ortalamalarının erkeklere ($X=17.91\pm 4.50$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Özyazıcıoğlu ve arkadaşlarının (2011: 329) hemşirelik öğrencileri üzerine yaptığı çalışmasında ise; SYBD ölçeğinin alt ölçeklerinden sağlık sorumluluğu ($t=2.51$ $p<0.05$), beslenme ($t=2.82$ $p<0.01$) ve kişilerarası ilişkiler ($t=3.24$ $p<0.001$) boyutlarında kız öğrencilerin erkek öğrencilerden daha yüksek puan aldığı ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca bakıldığında kadınların erkeklere göre beslenme davranışının daha iyi olmasının nedeni olarak, geleneksel rollerinden biri olan yemek yapma, market-bakkal alışverişlerinde bulunma gibi ev işlerinden daha fazla sorumlu olma eğiliminde olmaları ile açıklanabilir.

Bu çalışma hekim ve hemşirelerin *medeni durumlarına* göre SYBD ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde fiziksel aktivite ($t=-2.543$, $p=0.011$) boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, bekâr ($\bar{X}=2.229$) katılımcıların evli ($\bar{X}=2.063$) katılımcılara göre daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Araştırmanın sonuçları doğrultusunda bekâr hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam puanlarının daha yüksek olması, bekâr olmaları nedeniyle eş, çocuk gibi sorumluluklarının olmaması kendilerine daha fazla zaman ayırabilmeleri ile açıklanabilir. Yapılan benzer çalışmaların sonuçlarına bakıldığında; Bostan'ın (2013: 39), Emeksiz'in (2018: 79) ve Akçakanat ve arkadaşlarının (2015: 93) hemşirelere, Zoroğlu'nun (2018: 107) sağlık personeli, hekim ve hemşirelere yönelik çalışmalarında da medeni durumda fiziksel aktivite alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu çalışmaların hepsinde de yapılan bu çalışmada olduğu gibi bekâr katılımcıların puanları evli katılımcılardan yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmada hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları *görevleri* açısından karşılaştırıldığında sağlık sorumluluğu alt boyut puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($t=-2.258$, $p=0.025$). Yapılan çalışmada farkın

hemşirelerin ($\bar{X}=2.353$), hekimlere ($\bar{X}=2.216$) göre puanlarının yüksek olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Yaptığımız bu çalışmada 129 erkek 236 kadın katılımcıya ulaşılmıştır. Çalışmaya katılan hekim sayısının hemşire sayısının yarısından az sayıda olması, hemşirelik mesleğinde çalışan erkek sayısının halen kadın sayısına ulaşamamış olması yapılan bu çalışmada hemşirelerin puanlarını artırmış olabilir. Yapılan çalışmaların bir kısmında da benzer sonuçlar saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında, Ezer'in (2018: 62) 274 hekim ve hemşire ile SYBD ölçeği kullanılarak yaptığı çalışmada sağlık sorumluluğu alt boyutunda ($t=-3.007$ $p=0.003$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları meslek açısından karşılaştırıldığında, sağlık sorumluluğu puanlarının hemşirelerde hekimlere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yine Zoroğlu'nun (2018: 62) sağlık çalışanları, hekim ve hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada da sağlık sorumluluğu boyutunda anlamlı farklılıklar olduğu gözlenmiştir ($p=0.000$). Bu çalışmada da asistan hekimlerin sağlık sorumluluğu alt ölçek puanı hemşire ve ebelerden anlamlı ölçüde düşük çıkmıştır.

Hekim ve hemşirelerin araştırmada elde edilen bağımsız değişkenlerden **çalıştıkları birime** göre SYBD ilişkisi incelendiğinde sağlık sorumluluğu ($t=3.425$, $p=0.001$), beslenme ($t=2.668$, $p=0.008$), kişilerarası ilişkiler ($t=2.243$, $p=0.026$) ve stres yönetimi ($t=2.773$, $p=0.006$) alt boyutlarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutlarında puan ortalamaları ile çalışma birimi karşılaştırıldığında dâhili birimlerde görev yapan hekim ve hemşirelerin cerrahi birimlerde görev yapan hekim ve hemşirelere göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir. Bu duruma sebep, cerrahi birimlerde çalışanların çalışma yoğunluğunun fazla olması, uzun süren müdahaleleri, ameliyatları ve çalışma koşullarından dolayı beslenme davranışlarına dikkat etmemeleri, daha stresli olmaları ve kendilerine daha az zaman ayırıyor olmaları olarak düşünülebilir. Literatürdeki araştırmalara bakıldığında Akçakanat ve arkadaşlarının (2015: 90) çalışmasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm alt boyutlardan elde edilen puanların, hekimlerin çalıştıkları bölümler dikkate alındığında anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). SYBD toplam puanlarına bakıldığında, temel tıp bilimleri (112.33 ± 5.86) bölümünde görev yapanların puanlarının, cerrahi

(105.46±1.99) ve dâhili (103.85±1.71) tıp bilimlerinde görev yapan hekimlere kıyasla daha yüksek seviyede gerçekleştiği tespit edilmiştir. Bostan'ın (2013: 42) çalışmasında hemşirelerin SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, çalışma birimi ile fiziksel aktivite alt grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Bu farkın tanı birimlerinde ve acil-yoğun bakımda çalışan hemşirelerin fiziksel aktivite puan ortalamasının dâhili birimlerde çalışanlara oranla daha yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur. Ezer'in (2018: 50) yaptığı çalışmasında ise hekim ve hemşireler çalıştıkları birimlere göre gruplandırıldıklarında, dâhili branşlar, cerrahi branşlar ve yoğun bakım çalışanlarında fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $p=0.011$, $p=0.005$ ve $p=0.002$).

Bu çalışmada hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları **öğrenim durumları** açısından karşılaştırıldığında manevi gelişim alt boyut puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=2.750$, $p=0.043$). Bu farkın öğrenim durumu lise ($\bar{X}=2.779$) olan katılımcıların öğrenim durumu önlisans ($\bar{X}=3.036$) olan katılımcılara göre puanının düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bostan'ın (2013: 40) ve Emeksiz'in (2018: 80) yapmış oldukları çalışmalarda SYBDÖ ve alt boyut puan ortalamaları ile öğrenim durumları aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Öte yandan yapılan benzer çalışmalara bakıldığında, Cürcani ve arkadaşlarının (2010: 489) yaptığı çalışmada eğitim durumu ile SYBD ölçeğinin alt boyutlarından; beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler alt boyutu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Zoroğlu'nun (2018: 39) çalışmasında ise sağlık sorumluluğu alt ölçeği puanlarında eğitim durumuna göre anlamlı farklılık olduğu ($p<0,001$) ve üniversite mezunlarının sağlık sorumluluğu alt ölçek puanları yüksek lisans/doktora/uzman grubunun puanlarından anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum bireylerin eğitim düzeylerinin artmasıyla daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışları gösterdiği sonucuna bağlanabilir.

Hekim ve hemşirelerin araştırmada elde edilen bağımsız değişkenlerden **çalıştıkları kuruma** göre SYBD ilişkisi incelendiğinde stres yönetimi boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($t=-2.762$, $p=0.006$), farkın şehir hastanesinde ($\bar{X}=2.469$) çalışan katılımcıların puanlarının üniversite hastanesinde ($\bar{X}=2.325$) çalışanlara göre yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur. Bu durumda şehir

hastanesinde görev yapan hekim ve hemşirelerin üniversite hastanesindeki hekim ve hemşirelere nispeten, sağlıklı yaşam biçimi davranışı olarak stres yönetimi açısından daha başarılı olduğu söylenebilir. Çalışılan kurum ile SYBD ölçeğinin kullanıldığı benzer çalışmalara bakıldığında Demirtaş'ın (2018: 25) yapmış olduğu çalışmada çalışılan kurumun SYBDÖ puan ortalamalarını istatistiksel olarak etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$). Tekin'in (2015: 63) yapmış olduğu çalışmada çalışılan kurum ile SYBD ölçeği alt boyutlarından sadece sağlık sorumluluk bilinci boyutunda anlamlı farklılık ($p = 0.000$) bulunmuştur. Zoroğlu 'nun (2018: 40) hekim ve hemşireler ile yaptığı çalışmasında ise çalışılan kurum ile SYBD ölçeği alt boyutlarından beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi boyutlarında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).



SONUÇ

Bu çalışmada hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi araştırılmıştır. Hekim ve hemşirelerde Beş Faktör Kişilik Özellikleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına yönelik demografik ifadeler hariç toplam 98 ifade yöneltmiş, “Dışa Dönüklük, Uyumluluk, Sorumluluk/Özdenetim, Duygusal Dengesizlik, Gelişime Açıklık, Sağlık Sorumluluğu, Egzersiz ve Fiziksel Aktivite, Beslenme, Manevi Gelişim ve Stres Yönetimi” boyutlarıyla değerlendirilmiştir.

Hekim ve hemşireler üzerinde yapılan bu çalışmada demografik özellikler ile beş faktörlü modelin alt boyutları arasındaki ilişkinin analiz sonuçlarına bakıldığında; kadınların uyumluluk ve sorumluluk/özdenetim boyutlarına göre ortalaması, erkeklerin ortalamasından daha yüksektir. Bu durumda kadınların erkeklere göre daha cana yakın, hoşgörülü, sempatik, yumuşak kalpli, erkeklere kıyasla çalışmalarda daha uyumlu ve planlı hareket ettikleri söylenebilir.

Yaşa göre bakıldığında, çalışmada 35 yaş ve üzeri katılımcıların uyumluluk ve sorumluluk/özdenetim puanlarının arttığı; duygusal dengesizlik puanlarının ise azaldığı tespit edilmiştir. Yapılan bu çalışmada bahsi geçen boyutlarda yaş ile birlikte puan ortalamalarındaki değişiklikte; yaşın artması ile birlikte kişinin iş ve aile sorumluluklarının artmasının ve deneyimlere bağlı olarak duygusal yönden daha dengeli davranışlar sergilenmesinin bu sonucu etkilediği düşünülebilir.

Medeni durumlarına göre bakıldığında, evli hekim ve hemşirelerin sorumluluk ve uyumluluk boyut puanları, bekâr katılımcılara göre daha yüksektir. Evli bireyler, eş, çocuk hatta diğer aile bireyleri ile uyum içinde olma becerisini geliştirirken, bekar bireylerde bu beceri, sadece aile ve arkadaşlık ilişkileri ile sınırlı kaldığı için gelişmemiş olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca evlilerin, çocukları ya da eş ile bağlayıcı ilişkileri ve sorumluluk üzerine kurulmuş bir hayatlarının olması da bu sonucu etkilemiş olabilir.

Çalıştıkları birime göre ise, dâhili biriminde çalışan katılımcıların gelişime açıklık boyutunda puanları cerrahi biriminde çalışanlara oranla daha yüksektir. Duygusal dengesizlik boyutunda, çalışmaya katılan hekim ve hemşirelerin görevlerine ilişkin analiz sonuçlarına bakıldığında, hemşirelerin hekimlere göre puanının daha yüksek

olduğu görülmektedir. Bu duruma hemşirelerin hasta ve hasta yakınları ile hekimlerden daha çok vakit geçirmesi ve hastaların hayatları ile duygusal bir bağ kurmaları, uzun nöbet saatleri, çoğunluğu kadın olan hemşirelerin evdeki annelik ve eş rolünün etki ettiği söylenebilir. Çalıştıkları kuruma göre incelemesine bakıldığında ise duygusal dengesizlik boyutunda, Şehir hastanesinde çalışan katılımcıların Üniversite hastanesinde çalışanlara göre puanın daha yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden en yüksek puanları manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler, en düşük puanı fiziksel aktivite boyutunun aldığı görülmektedir. Hekim ve hemşirelerin yaş gruplarına göre bakıldığında, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve manevi gelişim boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır. 18-24 yaş arası olan katılımcılar stres yönetimi konusunda daha başarılı, 25-34 yaş aralığındaki katılımcıların ise sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının genelinde daha pasif oldukları görülmektedir.

Araştırmada katılımcılardan erkeklerin, fiziksel aktivite boyutunda, kadınların ise kişiler arası ilişkiler ve manevi gelişim alt boyutlarında puanları daha yüksektir. Bu durumda kadın hekim ve hemşirelerin çevrelerindeki insanlar ile ilişkilerinde daha başarılı, maneviyatta ise daha duyarlı oldukları söylenebilir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğindeki fiziksel aktivite boyutunda, hekim ve hemşirelerden bekâr olan katılımcıların evli olanlardan puanları daha yüksektir. Medeni durumuna bakılarak bekâr olanların fiziksel aktiviteye önem verdiği ve buna ayırabilecekleri daha çok zamanlarının olduğu söylenebilir. Hemşirelerin sağlık sorumluluğu puanları hekimlere göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmaya katılan hekim ve hemşirelerin büyük bölümünün asistanlık seviyesinde bulunmaları, yoğun çalışma, kariyer tamamlama çabaları, kendine zaman ayıramama gibi nedenlerle sağlık sorumluluğunu ihmal ettiklerini düşündürebilir.

Sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutlarında, dâhili birimlerde görev yapan hekim ve hemşirelerin puanları cerrahi birimlerdeki katılımcıların puanlarından daha yüksektir. Cerrahi biriminde görev yapan hekim ve hemşirelerin çalışma şartlarının dâhili birimine göre daha ağır ve zor olması, uzun süren ameliyatlara, nöbetlerin bu birimde çalışanların beslenme, kişilerarası

ilişkiler ve stres ile başa çıkma gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını genel olarak etkilediği söylenebilir.

Yine bu çalışmada katılımcılardan lise mezunlarının önlisans mezunlarına göre manevi gelişim puanları daha düşüktür. Çalışmaya katılan hekim ve hemşirelerin stres yönetiminde, çalıştıkları kuruma göre bakıldığında ise, şehir hastanesinde çalışan katılımcıların puanlarının üniversite hastanesinde çalışan katılımcılara nispeten yüksek olduğu görülmektedir. Bu duruma üniversite hastanesinin sağlık hizmetine ek olarak, araştırma ve eğitim yükünün olması etki olmuş olabilir.

Hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisinin araştırıldığı bu çalışmada, kişilik özelliklerinin alt boyutu olan duygusal dengesizlik boyutunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve manevi gelişim ile arasında negatif yönlü çok zayıf ilişkiler bulunmuştur. Bu durum duygusal dengesizliğin artması durumunda sergilenen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının azalacağını göstermektedir. Aynı boyutun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutlarından, fiziksel aktivite ve beslenme ile arasında ilişki görülmüş fakat bu durum istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır.

Kişilik özelliklerini etkileyen alt faktörlerden dışa dönüklük boyutu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi ile arasında pozitif yönlü çok zayıf ilişkiler bulunurken, aynı boyutun kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişim boyutları ile arasında pozitif yönde zayıf ilişkiler bulunmuştur. Gelişime açıklık boyutu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişim ile arasında pozitif yönlü zayıf ilişkiler bulunurken, yine aynı boyutun beslenme ve stres yönetimi boyutları ile arasında ise pozitif yönlü çok zayıf ilişkiler tespit edilmiştir. Bu durum dışa dönüklük ve gelişime açıklık arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının artacağını göstermektedir. Uyumluluk boyutunun, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından fiziksel aktivite boyutu ile arasında negatif yönlü çok zayıf, kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişim boyutları ile arasında pozitif yönlü zayıf ilişkiler olduğu görülmektedir. Aynı boyutun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutlarından sağlık sorumluluğu, beslenme ve

stres yönetimi ile arasında ilişki görülmüş fakat bu durum istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır.

Kişilik özelliklerinden sorumluluk/özdenetim boyutunun, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenme ve kişilerarası ilişkiler boyutları ile arasında pozitif yönlü çok zayıf ilişkiler varken, aynı boyutun manevi gelişim boyutu ile arasında ise pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sorumluluk/özdenetim boyutunun, sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutlarından sağlık sorumluluğu ve beslenme ile arasındaki pozitif, fiziksel aktivite boyutu ile arasındaki negatif ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır.

Çalışmada kişilik özellikleri alt boyutu olan duygusal dengesizlik, sağlıklı yaşam biçimi davranışları boyutlarından sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve manevi gelişim boyutlarını açıklamakta ve bu boyutlar üzerinde anlamlı ve negatif bir etkiye sahiptir. Buna göre duygusal dengesizlik zayıfladıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında artma gözlenebilir. Gelişime açıklık boyutu ise sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının tamamını açıklamakta, boyutların hepsinde anlamlı ve pozitif bir etkiye sahiptir. Uyumluluk boyutu sağlıklı yaşam biçimi davranışları boyutlarından fiziksel aktivite ve beslenme üzerinde anlamlı ve negatif bir etkiye sahipken kişilerarası ilişkiler üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkiye sahiptir. Uyumluluğun artması diğer kişiler ile olan iletişimin artmasına etki olabilir. Dışa dönüklük boyutu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları boyutlarından kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişim üzerinde pozitif bir etkiye sahiptir. Sorumluluk/özdenetim boyutunun ise sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenme boyutunu açıkladığı bu boyut üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlardan hareketle aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir;

- 1.** Duygusal dengesizlik kişilik özelliği yüksek olan hekim ve hemşirelerin sınırlı ve endişeli olmalarından dolayı hasta ile iletişimi istenilen düzeyde kurulamamaktadır. Hekim ve hemşirelerin daha sakin, stressiz ve dingin bir ortamda rahat iletişim kurabilecekleri çalışma ortamları oluşturularak, uygulamaların hekim ve hemşirelerin kişilik özelliklerine olan etkisi değerlendirilmelidir.
- 2.** Kişilik özelliklerinin tıp mesleği ve tıp kariyerindeki etkisi ve önemi araştırılabilir, daha sonra bunlar tıp öğrencilerine uygulanabilir.

- 3.** Nöbet tutma sayıları ve sürelerinin fazla olmasının, sağlıklı yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Bu nedenle sağlık personeli istihdam politikasında yenilikler yapılabilir, daha fazla personel istihdamı için daha fazla tıp öğrencisi yetiştirilebilir, personel sayısı artırılabilir buna bağlı olarak da nöbet sayı ve sürelerine sınırlama getirilmesine yönelik politikalar geliştirilebilir.
- 4.** Sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda hekim ve hemşirelere farkındalık ve uyarıcılar geliştirilebilir.
- 5.** Sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça profesyonel yaşam kalitesinin arttığı saptandığı için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hekim ve hemşirelerde desteklenmesi ve geliştirilmesine yönelik düzenlemeler önerilir.
- 6.** Hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları içinde en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite alt grubunda bulunmuştur. Hekim ve hemşireler, fiziksel aktivite ve egzersiz yapmaları konusunda teşvik edilmeli, bu konuda yeterli imkân ve süre sağlanması gerekmektedir.
- 7.** Sağlıklı yaşam konusunda topluma rol model olacak olan hekim ve hemşirelerin, konuyla ilgili olumsuz ya da eksik davranışlarını düzelterek iyi bir rol modeli olmaya çalışması sağlanabilir.
- 8.** Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik olarak daha geniş örnekleme kapsayan araştırmaların yapılması önerilebilir.
- 9.** Hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamama sebeplerinin araştırıldığı çalışmaların yapılması artırılabilir.
- 10.** Değişkenlerin daha kapsamlı sosyodemografik özellikler ile olan ilişkisi incelenebilir.
- 11.** Araştırma Isparta ilindeki SDÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Şehir Hastanesinde yapılmış olduğundan, diğer illerdeki üniversite ve devlet hastanelerinde de araştırmanın uygulanarak kıyaslama yapılması sağlanabilir.
- 12.** Ayrıca kamu ve özel sektör hastanelerinde görev yapan hekimler arasında değişkenler açısından fark olup olmadığı araştırılabilir.
- 13.** Hekimlerin zor ulaşılan bir kitle olması hasebiyle çalışmada daha fazla sayıda hekime ulaşılamamış ve özel hastanelerden izin çıkmamıştır. Başka hastanelerden hekimler de örnekleme dâhil edilerek daha büyük örnekleme çalışması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Açıklan, A., (1999), İnsan Kaynağının Yönetimi-Geliştirilmesi, 1. Baskı, Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Adasal, R., (1977), *Normal ve Anormal Yönleriyle Yeni Medikal Psikoloji*, 3. Baskı, İstanbul: Minnetoğlu Yayınları.
- Adler, A., (1997), *Psikolojik Aktivite (Üstünlük ve Toplumsal İlgi)*, (Çev. B. Çorakçı), 3. Baskı, İstanbul: Say Yayınları.
- Adler, A., (1998), *Yaşama Sanatı*, (Çev. K. Şipal), 6. Baskı, İstanbul: Say Yayınları.
- Adler, A., (2000), *İnsan Tabiatını Tanıma*, (Çev. A. Yörükân), 5. Baskı, Ankara: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Adler, A., (2000), *Sosyal Duygunun Gelişiminde Bireysel Psikoloji*, (Çev. H. Özgü), 10. Baskı, İstanbul: Hayat Yayıncılık.
- Akçakanat, T., Toraman, A. ve Çarıkçı, İ. H., (2015), *Tıp Fakültesi Öğretim Üyelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi*, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 7(13): 84-97.
- Akdemir, N., ve Birol, L., (2003), *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 1. Baskı, İstanbul: Ekin Tıbbi Yayıncılık.
- Aksungur, A., Göktaş, B., Önder, Ö. R. ve Cankul, İ. H., (2011), *Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Değerlendirilmesi*, Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 10(1): 1-12.
- Aktan, C. C. ve Işık, A. K.,(2018), *Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış*, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sagligin-korunmasi.pdf>, Erişim Tarihi ve Saati: 29.10.2018, 14:36.
- Aktaş, A., (2006), *Farklı Kültürlerdeki Yöneticilerin Kişilik Özelliklerine Dayanarak Liderlik Anlayışlarının Belirlenmesi: Türk ve Amerikan Otel Yöneticilerinin Karşılaştırmalı Analizi*, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Anabilim Dalı, Antalya.

- Akyol, A., Bilgiç, P. ve Ersoy, G., (2008), *Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam*, 1. Baskı, Ankara: Klasmat Matbaacılık,
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t50.pdf>, Erişim Tarihi ve Saati:
01.01.2019, 22:22.
- Alan, H. ve Baykal, U., (2018), *Yönetici Hemşirelerin Kişilik Özellikleri ve Etkileyen Kişisel ve Mesleki Özellikler*, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(2): 119-128.
- Alderfer, C. P., (1967), *An Organizational Syndrome*, Johnson Graduate School of Management, Cornell University, *Administrative Science Quarterly*, 12(3): 440-460.
- Alkan, G., (2014), *Kişilik Özelliklerinin Örgütsel Stres Üzerine İlişkisi (Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Hemşireleri Üzerine Bir Çalışma)*, Yüksek Lisan Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Bilim Dalı, İstanbul.
- Alligood, M. R., (2014), *Nursing Theorist and Their Work*, 8. Baskı, United States of America: Elsevier Mosby.
- Allport, G. W. and Odbert, H. S., (1936), *Trait-Names: A Psycho-Lexical Study*. (Ed. J. Peterson), *Psychological Monographs*, 47(211).
- Alpkent, M., (2007), *Sağlık Sektörü Bazında Kamu ve Özel Sektörde Üst Düzey Yöneticilerin Kişilik Yapılarının Karşılaştırması: Ankara Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim Ve Organizasyon Bilim Dalı, Ankara.
- Altınköprü, T., (2003), *İnsanı Tanımada Yazı ve Karakter*, 6. Baskı, İstanbul: Hayat Yayıncılık.
- Altıntaş, E. ve Gültekin, M., (2014), *Psikolojik Danışma Kuramları*, 1. Baskı, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Arkonaç, S. A., (2003), *Psikoloji: Zihin Süreçleri Bilimi*, 3. Baskı, İstanbul: Alfa Basım Yayım.
- Ashton, M. C. and Lee, K., (2007), *Empirical, Theoretical, and Practical Advantages of The HEXACO Model of Personality Structure*, *Personality And Social Psychology Review*, 11(2): 150-166.
- Avcı, Y. D., (2016), *Kişisel Sağlık Sorumluluğu*, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3): 259-266.

- Ay, F. A., Ertem, Ü. T., Özcan, N. K., Ören, B. G., Işık, R. D. ve Sarvan, S. Z., (2008), *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*, (Ed. F. A. Ay), 2. Baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Aytaç, S., (2000), *İnsanı Anlama Çabası (Psikolojiye Giriş)*, 1. Baskı, Bursa: Ezgi Kitapevi Yayınları.
- Bacanlı, H., (2012), *Eğitim Psikolojisi*, 18. Baskı, Ankara: Pegem Akademi.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F. ve Kıssal, A., (2008), *Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1): 1-13.
- Balcioğlu, İ., (2005), *Medikal Açıdan Stres ve Çareleri; Stres Kavramı ve Tarihsel Gelişimi*, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 47: 9-12.
- Baltaş, Z. ve Baltaş, A., (2010), *Stres ve Başaçıkma Yolları*, 26. Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Baltaş, Z., (2008), *Sağlık Psikolojisi: Halk Sağlığında Davranış Bilimleri*, 4. Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Banks, R., Poehler, D. L. and Russell, R. D., (1984), *Spirit and Human Spiritual Interaction as a Factor in Health and in Health Education*, Health Education, 15(5). 16-19.
- Barrick, M. R., Mount, M. K. and Strauss, J. P., (1993), *Conscientiousness and Performance of Sales Representatives: Test of the Mediating Effects of Goal Setting*, Journal of Applied Psychology, 78(5): 715-722.
- Baymur, F., (1994), *Genel Psikoloji*, 14. Baskı, İstanbul: İnkılap ve Anka Basımevi.
- Baysal, A., (2000), *Genel Beslenme*, 10. Baskı, Ankara: Hatiboğlu Yayınları.
- Bek, N., (2008), *Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, 1. Baskı, Ankara: Klasmat Matbaacılık, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t43.pdf>, Erişim Tarihi ve Saati: 01.01.2019, 21:30.
- Benet-Martinez, V. and John, O. P., (1998), *Los Cinco Grandes Across Cultures and Ethnic Groups: Multitrait Multimethod Analyses of the Big Five in Spanish and English*, Journal of Personality and Social Psychology, 75(3): 729-750.

- Benninga, J. S. and Wynne, E. A., (1998), *Keeping in Character: A Time Tested Solicion*, Phi Delta Kappan, 79(6): 439-448.
- Berçin, T., (2010), *Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Eğitimi Programı, Ankara.
- Bertan, M. ve Güler, Ç., (1997), *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, 2. Baskı, Ankara: Güneş Kitapevi.
- Biilings, A. G. and Moss, R. H., (1980), *The Role of Coping Responses and Social Resources in Attenuating the Stress of Life Events*, Journal of Behavioral Medicine, 4(2): 139-157.
- Bircher, J., (2005), *Towards a Dynamic Definition of Health and Disease*, Medicine, Health Care and Philosophy, 8(3):335-341.
- Biol, L., (2004), *Hemşirelik Süreci*, 6. Baskı, İzmir: Etki Matbaacılık.
- Boeree, C. G., (2006), *Personality Theories*, Psychology Department Shippensburg University Original E-Text-Site:
- Bolsoy, N. ve Sevil, Ü., (2006), *Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(3): 78-87.
- Bostan, N., (2013), *Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimini Etkileyen Faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E. ve Bozdemir, N., (2012), *Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği*, Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 6(1): 13-21.
- Bozionelos, N., (2004), *The Big Five of Personality and Work Involvement*. Journal of Managerial Psychology, 19(1): 69–81.
- Bozkurt, T., Uluğ, M., Çelik, A. T., Oktuğ, Z., İçellioğlu, S., Özden, S. ve Soysal Ö., (2010), *Stres*, İstanbul: İstanbul Kültür Üniversitesi Yayınları: 122.
- Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M. and Cella, D., (1999), *A Case for Including Spirituality in Quality of Life Measurement in Oncology*, Psycho-Oncology, 8: 417–428.
- Braham, B. J., (2004), *Stres Yönetimi: Ateş Altında Sakin Kalabilmek*, (Çev. V. G. Diker), İstanbul: Hayat Yayınları.

- Brief, A. P. and Weiss, H. M., (2002), *Organizational Behaviour : Affect in the Workplace*, Annual Review of Psychology, 53: 279-307.
- Buchanan, D.A. and Huczynski A., (1991), *Organizational Behaviour an Introductory Text*, 4 Baskı, UK: Prentice Hall.
- Bulduk, S., Yurt, S., Dinçer, Y. ve Ardiç, E., (2015), *Sağlık Davranışı Modelleri*, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5(1): 28-34.
- Burger, J.M., (2010), *Personality*, 8. Baskı, USA: Wadsworth Cengage Learning Publishing.
- Burger, J. M., (2017), *Personality*, 10 Baskı, USA: Cengage Learning Solutions.
- Butler, G., (1993), *Definitions of Stress*, Occas Pap R Coll Gen Pract., 61: 1-5.
- Büyüköztürk, Ş., (2004), *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi Elkitabı: İstatistik, Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum* , 4. Baskı, Ankara, Pegem A Yayınları.
- Camgöz, S. M., (2009), *Kişilik Özellikleri ile Finansal Performans Arasındaki İlişkiler: A- Tipi Yatırım Fonu Yöneticileri Üzerinde Bir Değerlendirme*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Ankara.
- Chamorro-Premuzic, T. and Furnham, A., (2005), *Personality and Intellectual Competence*, 1. Basım, London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Chen, M-Y., (1999), *The Effectiveness of Health Promotion Counseling to Family Caregivers*, Public Health Nursing, 16(2): 125-132.
- Ciccarelli, S. K. and White, J. N., (2016), *Psychology an Exploration*, (Çev. Ed. D. N. Şahin), 3. Baskı, Ankara: Nobel Akademik Yayınları.
- Cloninger, C. R. and Svrakic, D. M., (2016), *The Medical Basis of Psychiatry : Personality Disorders*, (Ed. S. H. Fatemi, P. J. Clayton) 4. Baskı, USA: Springer Science+ Business Media.
- Coolidge, F. L., Moor, C. J., Yamazaki, T. G., Stewart S. E. and Segal, D. E., (2001), *One the Relationship Between Karen Horney's Tripartite neurotic Type Theory and Personality Disorder Features*, Personality and Individual Different, 30(2001): 1387-1400.
- Corey, G., (2008), *Psikolojik Danışma, Psikoterapi Kuram ve Uygulamaları*, (Çev. T. Ergene), 7. Baskı, Ankara: Mentis Yayıncılık.
- Costa, P. T. and McCrae, R. R., (1992), *Four Ways Five Factors are Basic*, Personality and İndividual Differences, 13(6): 653-665.

- Costa, P. T. and McCrae, R. R., (1992), *Normal Personality Assessment in Clinical Practice: The NEO Personality Inventory*, Psychological Assessment , 4(1): 5-13.
- Costa P. T. and McCrae, R. R., (1992), *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R)*, Psychological Assessment Resources, 1-18.
- Costa P. T. and McCrae, R. R., (1997), *Stability and Change in Personality Assessment the Revised NEO Personality Inventory in the 2000*, Journal of Personality Assessment, 68(1): 86-94.
- Costa, P. T. and McCrae, R. R., “*The NEO Inventories*”, (Ed. R. P. Archer and S. R. Smith), (2011), *Personality Assessment*, New York: Routledge.
- Cüceloğlu, D., (2011), *İnsan ve Davranışı Psikolojinin Temel Kavramları*, 21. Baskı, İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Cüceloğlu, D., (2016), *İnsan ve Davranışı Psikolojinin Temel Kavramları*, 32. Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Cürçani, M., Tan, M. ve Özdelikara, A., (2010), *Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*, TAF Preventive Medicine Bulletin, 9(5): 487-492.
- Çakır, M., Piyal, B. ve Aycan, S., (2015), *Hekimlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi: Tıp Fakültesi Tabanlı Kesitsel Bir Çalışma*, Ankara Med J, 5(4): 209-219.
- Çakıroğlu, O. Ç., (2015), *Kamu Hastaneler Birliğine Bağlı Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Kişilik Özellikleri ile Değişime Yönelik Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı Hemşirelikte Yönetim Programı, İstanbul.
- Çetiner, H., (2014), *Hastane Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Deary, I. and Matthews, G., (1993), *Personality Traits are Alive and Well*, the Psychologist, 7(6): 289- 336.
- Demirtaş, S. A., (2018), *Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Trabzon.

- Dhillon, H. S. and Philip, L., (1991), *Health Promotion in Developing Countries Action for Public Health*, Division of Health Education, World Health Organization, Geneva.
- Digman, J. M., (1990), *Personality Structure: Emergence of the Five-Factor Model*, Annual Review of Psychology, 41: 417-440.
- Doğan, B. ve Eser M., (2013), *Üniversite Öğrencilerinin Stres ile Başa Çıkma Yöntemleri: Nazilli MYO Örneği*, Electronic Journal of Vocational Colleges, 3(4). 29-39.
- Dressler, W. W., (1985), *The Social and Cultural Context of Coping: Action, Gender and Symptoms in a Southern Black Community*, Social Science & Medicine, 21(5): 499-506.
- Emeksiz, B., (2018), *Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- Erdek, N., (2016), *Hemşirelerin Kişilik Özelliklerine göre Çatışma Yönetim Yaklaşımlarının Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Erzurum.
- Erden, M. ve Akman, Y., (2004), *Gelişim ve Öğreneme*, 13. Baskı, Ankara: Arkadaş Yayınevi.
- Erdoğan, İ., (1994), *İşletmelerde Davranış*, 4. Baskı, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Erdoğan, İ., (2011), *İletişimi Anlamak*, 4. Baskı, Ankara: Pozitif Matbaacılık.
- Erdoğan, S., Nahçıvan, N., Esin, M. N. ve İbrikçi, S., (1994), *Sağlığı Sürdürme, Sağlığı Geliştirme ve Hemşirelik*, Hemşirelik Bülteni, 8(32): 28-36.
- Eren, E., (2010), *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*, 12. Baskı, İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Erengin, H. ve Dedeoğlu, N., (1997), *Sağlığı Ölçmenin Kolay Bir Yolu: Algılanan Sağlık, Toplum ve Hekim*, 12(77): 11-16.
- Eroğlu, F., (1998), *Davranış Bilimleri*, 4. Baskı, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.

- Erözkan, A., (2004), *Romantik İlişkilerde Reddedilmeye Dayalı İncinebilirlik Bilişsel Değerlendirme ve Başa Çıkma*, Doktora Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberli ve Psikolojik Danışmanlık Programı, Trabzon.
- Erözkan, A., (2009), *Üniversite Öğrencilerinin Kişiler Arası İlişki Tarzları ve Mizah Tarzları*, Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, 26: 56-66.
- Esen, F., Turgut, A., Erdal, M., Şenkal, S., Gürel, S., Aktürk, Z., Işık, M., Urgan, M., Tekiner, A.S., Peker, A. G. C. ve Ünal, M., (2013), *Sağlıklı Yaşam*, (Ed. Z. Aktürk, A. Turgut), 1. Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesin Yayın No: 2866.
- Eysenck, H. J., (1950), *Dimensions of Personality / Hans Eysenck; With a New Introduction by the Aauthor*, USA: Transaction Publishers.
- Eysenck, H. J. and Wilson, G., (1998), *Kişiliğinizi Tanıyın*, (Çev. E. Erduran), 3. Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Ezer, S., (2018), *Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Profesyonel Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- Farrand, L. L. and Cox, C. L., (1993), *Determinants of Positive Health Behavior In Middle Childhood*, Nursing Research, 42(4): 208-213.
- Feist, J. and Feist, G. J., (2008), *Theories of Personality*, 7. Baskı, USA: McGraw-Hill Primis.
- Feldman, R. S., (2011), *Understanding Psychology*, 10. Baskı, US: The McGraw-Hill Companies.
- Ferguson, C. J., (2010), *Genetic Contributions to Antisocial Personality and Behavior: A Meta-Analytic Review From an Evolutionary Perspective*, the Journal of Social Psychology, 150(2): 160-180.
- Ferguson, G., (2016), *Temperament (Psychology)*, Salem Press Encyclopedia of Health,
- Fertman, C. I. and Allensworth, D. D., (2012), *Sağlığı Geliştirme Programları Teoriden Pratiğe*, (Çev. Ed. N. M. Işıman), 1. Baskı, Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Fink, G., (2017), *Stress: Concepts, Definition and History*, Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology, 1-9.

- Forman, S. G. and Forman, B. D., (1981), *Family Environment its Relation to Adolescent Personality Factors*, Journal of Personality Assessment, 45(2): 163-167.
- Fromm, E., (1994), *Erdem ve Mutluluk Ahlâk Psikolojisi Üzerine Bir İnceleme*, (Çev. A. Yörükân), 2. Baskı, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- George, L. K., Larson, D. B., Koenig, H. G. and McCullough, M. E., (2000), *Spirituality and Health: What We Know, What We Need to Know*, Journal of Social and Clinical Psychology, 19(1): 102-116.
- Gerrib, R. J. and Zimbardo, P. G., (2012), *Psikoloji ve Yaşam, Psikolojiye Giriş*, (Çev. G. Sart), 19. Baskı, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Girgin, B., (2007), *Beş Faktör Kişilik Modelinin İş Yerinde Duygusal Tacize (Mobbing) Etkileri*, Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Kütahya.
- Glanz, K., Rimer, B. K. and Viswanath K., (2008), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, (Ed. C. T. Orleans), 4. Baskı, San Francisco: Jossey-Bass.
- Gochman, D. S., (1982), *Labels, System and Motives: Some Perspectives For Future Research and Programs*, Health Education Quarterly, 9(2&3): 167-174.
- Gochman, D. S., (1998), *Health Behavior Emerging Research Perspectives*, New York: Springer Science+Business Media,LLC.
- Goldberg, L. R., (1990), *An Alternative "Description of Personality": The Big-Five Factor Structure*, Journal of Personality and Social Psychology, 59(6): 1216-1229.
- Goldberg, L. R., (1993), *The Structure of Phenotypic Personality Traits*, American Psychologist, 48(1): 26-34.
- Goldstein, E. B., (2013), *Bilişsel Psikoloji*, (Çev. O. Gündüz), 1. Baskı, İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Gözüm, S. ve Bağ, B., (1998), *Etkin Sağlık Eğitiminde Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramının Kullanımı*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1(2): 32-43.
- Güçlü, N., (2001), *Stres Yönetimi*, Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 21(1): 91-109.
- Güney, S. (2000), *Yönetim ve Organizasyon El Kitabı*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

- Güney, S. (2007), *Yönetim ve Organizasyon*, 2. Baskı, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Güney, S., (2000), *Davranış Bilimleri*, 2. Baskı, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Güney, S., (2011), *Örgütsel Davranış*, 3. Baskı, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. and Anderson, R. E., (2014), *Pearson New International Edition*, 7. Baskı, United States of America: British Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Hellriegel, D. and Slocum, J. W., (2009), *Organizational Behavior*, 12. Baskı, USA: South-Western Cengage Learning.
- Hewstone, M., Fincham, F. D. and Foster, J., (2005), *Psychology*, 1. Baskı, UK. Blackwell Publishing.
- Hoffeditz, E. L., (1934), *Family Resemblances in Personality Traits: From The Psychological Laboratory of the University of Nebraska*, The Journal of Social Psychology, 5(2): 214-227.
- Horney, K., 2007, *Psikanalizde Yeni Yollar*, (Çev. S. Budak), 5. Baskı, İstanbul: Öteki Yayınevi.
- House, J. S. and Kahn, R. L., (1985), Measures and Concepts of Social Support, (Ed. S. Cohan, S. L. Syme), *Social Support and Health*, New York: Academic Press.
- House, J. S., (1987), *Social Support and Social Structure*, Sociological Forum, 2(1): 135-146.
- House, J. S., Umberson, D. and Landis, K. R., (1988), *Structures and Processes of Social Support*, Annual Review of Sociology, 14(1): 293-318.
- Isır, T., (2006), *Örgütlerde Personel Seçim Süreci: Bir Kamu Kuruluşundaki Yönetici Personelin Kişilik Özelliklerinin Tespit Edilerek Personel Seçim Sürecinin İyileştirilmesi Üzerine Bir Araştırma*, Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Adana.
- İlal, G. K., (1984), *Tıpsal Psikoloji Tıpta Davranış Bilimleri*, 2. Baskı, İstanbul: Beta Bası Yayın Dağıtım.
- İlbar, Z., (1987), *Kişiliğin Oluşmasındaki Kültürel Etmenler*, Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi, 31(1.2): 201-211.
- İnanç, B. Y. ve Yerlikaya E. E., (2012), *Kişilik Kuramları*, 10. Baskı, Ankara: Pegem Akademi.

- Jain. N. K., (2005), *Organizational Behaviour*, 1. Baskı, India: Atlantic Publishers&Distributors.
- Janz, N. K. and Becker, M. H., (1984), *The Health Belief Model: A Decade Later*, Health Education Quarterly, 11(1): 1-47.
- John, O. P, Angleitner, A. and Ostendorf F., (1988), *The Lexical Approach to Personality: a Historical Review of Trait Taxonomic Research*, European Journal of Personality, 2: 171-203.
- John, O. P. and Srivastava, S., (1999), *The Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Theoretical Perspectives*, To Appear in John, O. P., Robins, R. W. and John, O. P., Robins, R. W. and Pervin, L. A., (2008), *Handbook of Personality: Theory and Research*, 2. Baskı, New York: Guilford Press.
- John, O. P., Caspi, A., Robins, R. W., Moffitt, T. E. and Stouthamer-Loeber, (1994), *The Little Five": Exploring the Nomological Network of the Five-Factor Model of Personality in Adolescent Boys*, Child Development, 65: 160-178.
- Johnson, J. L., Rather, P. A., Bottorff, J. L. and Hayduk, L. A., (1993), *An Exploration of Pender's Health Promoting Model Using LISREL*, Nursing Research, 42(3): 132-138.
- Johnson, R. L., (2005), *Gender Differences in Health-Promoting Lifestyles of African Americans*, Public Health Nursing, 22(2): 130-137.
- Jones, R., Britten, N., Culpepper, L., Gass, D., Grol, R., Mant, D. and Silagy, C., (2005), *Oxford Textbook of Primary Medical Care*, 1. Cilt, New York: Oxford University Press.
- Kağıtçıbaşı, Ç., (2013), *Günümüzde İnsan ve İnsanlar Sosyal Psikolojiğe Giriş*, 14. Baskı, İstanbul: Evrim Yayınevi.
- Kalaycı, Ş., (2016), *SPSS Uygulamaları Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, 7. Baskı, Asil Yayınevi, Ankara.
- Kan, İ., (2006), *Biyoistatistik*, 4. Baskı, Ankara, Nobel Basımevi.
- Kaplan, G. A. and Camacho, T., (1983), *Perceived Health and Mortality: A Nine-Year Follow-Up of the Human Population Laboratory Cohort*, American Journal of Epidemiology, 117(3): 292-304.

- Kaşlı, M., (2009), *Otel İletmelerinde İşgörenlerin Kişilik Özellikleri, Lider-Üye Etkileşimi ve Tükenmişlik İlişkisinin İncelenmesi*, Doktora Tezi, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Anabilim Dalı, Balıkesir.
- Kavas, A., (2000), *Sağlıklı Yaşam için Doğru Beslenme*, 1. Baskı, İstanbul: Literatür Yayınları.
- Kaya, A., (2011), *Kişilerarası İlişkiler ve Etkili İletişim*, 3. Baskı, Ankara: Pegem Akademi Yayınevi.
- Kayış, A., (2010), *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri “Güvenilirlik Analizi”*, (Ed. Ş. Kalaycı), Asil Yayın Dağıtım, Ankara.
- Kelly, J., (2004), *Spirituality as a Coping Mechanism*, Dimensions of Critical Care Nursing, 23(4): 162-168.
- Kerlinger, F. N., (1973), *Foundations of Behavioral Research*, 2. Baskı, USA: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Kessler, G., (1985), *Sosyolojiye Başlangıç*, (Çev. Z. F. Fındıkoğlu), 2. Baskı, İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yayınları: 69.
- Kılıç, L., (2017), *Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Bazı Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Antrenörlük Eğitimi Anabilim Dalı Hareket ve Antrenman Bilim Dalı, İstanbul.
- Kırtepe, A., (2015), *Yerel Yönetimlerde Refreatif Etkinliklere Düzenli Olarak Katılan ve Katılmayan Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılması, (Ankara Büyükşehir Belediyesi Örneği)*, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Ankara.
- King, M., Speck, P. and Thomas, A., (1994), *Spiritual and Religious Beliefs in Acute Illness-Is This a Feasible Area for Study?*, Social Science and Medicine, 38(4): 631-636.
- Koçel, T., (2011), *İşletme Yöneticiliği*, 13. Baskı, İstanbul: Beta Basım Yayım.
- Kohl, H. W., (2001), *Physical Activity and Cardiovascular Disease: Evidence for a Dose Response*, Medicine&Science in Sports&Exercise, 33(6 Suppl): 472-483.

- Kottle, J. L. and Kimura, S., (2009), *Assessing Individuals For Team Worthiness: Investigating The Intersection of The Big Five Personality Factors, Organizational Citizenship Behavior, and Teamwork Aptitude*, (Ed. Palcroft, L. B. and Lopez), M.V., *Personality Assessment: New Research*, New York: Nova Science Publishers.
- Köknel, Ö., (1982), *Kaygıdan Mutluluğa Kişilik*, 3. Baskı, İstanbul: Altın kitaplar Yayınevi.
- Kulaksızoğlu, A., (2008), *Ergenlik Psikolojisi*, 10. Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Lakin, J. A., (1988), *Self-Care, Health Locus of Control, and Health Value Among Faculty Women*, *Public Health Nursing*, 5(1): 37-44.
- Larson, J. S., (1991), *The Measurement of Health: Concepts and Indicators*, United States: Greenwood Press.
- Lazarus, R. S. and Folkman, S., (1984), *Stress, Appraisal, and Coping*, Newyork: Springer Press.
- Lucas, R. E., Diener, E. and Grob, A., (2000), *Cross-Cultural Evidence for the Fundamental Features of Extraversion*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(3): 452-468.
- Luthans, F., (2011), *Organizational Behavior: An Evidence-Based Approach*, 12. Baskı, United States: McGraw-Hill/Irwin.
- Maslow, A. H., (1954), *Motivation and Personality*, Harper & Row, Publishers.
- Maslow. A. H., (2000), *The Maslow Business Reader*, (Ed. D. C. Stephens), Canada: Jonh Wiley& Sons Inc.
- Maslow, A. H., (2017), *İnsan Olmanın Psikolojisi*, (Çev. O. Gündüz), 5. Baskı, İstanbul: Kuraldışı Yayıncılık.
- McCrae, R. R. and Costa, P. T., (1986), *Clinical Assessment can Benefit from Recent Advances in Personality Psychology*, *American Psychologist*, 41: 1001-1003.
- McCrae, R. R. and Costa, P. T., (1987), *Validation of the Five-Factor Model of Personality Across Instruments and Observers*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1): 81-90.
- McCrae R. R. and Costa P. T., (1989), *Reinterpreting the Myers-Briggs Type Indicator From the Perspective of the Five-Factor Model of Personality*, *Journal of Personality*, 57(1): 17-40.

- McCrae, R. R. and Costa P. T. (1991), *Adding Liebe und Arbeit: The Full Five-Factor Model and Well-Being*, PSPB, 17(2): 227-232.
- McCrae, R. R. and Sutin A. R., (2009), *Openness to Experience*, In (Ed. Leary, M. R. and Hoyle, R. H.), *Handbook of Individual Differences in Social Behavior*, New York: Guilford.
- McDowell, I., (2006), *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, 3. Baskı, New York: Oxford University Press.
- Mercanlıgil, S. M., (2008), *Şişmanlık*, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No:729 (<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t54.pdf>), Erişim Tarihi ve Saati: 27.05.2019, 01:51.
- Mischel, W., Shoda, Y. and Ayduk, O., (2007), *Introduction to Personality Toward an Integrative Science of the Person*, 8. Baskı, USA: JohnWiley&Sons, Inc.
- Morgan, C.T., (2009), *Psikolojiye Giriş*, (Çev. S. Karakaş, R. Eski), 18. Baskı, Konya: Eğitim Akademi Yayınları.
- Morris, C. G., (2002), *Psikolojiyi Anlamak*, (Çev. Ed. H. B. Ayvaşık, M. Sayıl), 1. Baskı, Ankara: Türk psikologlar Derneği Yayınları: 23.
- Mount, M. K. and Barrick, M. R., (1998), *Five Reasons Why The "Big Five" Article Has Been Frequently Cited*, Personnel Psychology, 51: 849-857.
- Nelson, C. J., Rosenfeld, B., Vreitbart, W. and Galietta, M., (2002), *Spirituality, Religion, and Depression in the Terminally Ill*, Psychosomatics, 43(3): 213-220.
- Nelson-Jones, R., (1982), *Danışma Psikoloji Kuramları (The Theory and Practice of Counseling Psychology)*, (Çev. Ed. F. Akkoyun, S. Doğan, V. Duyan, B. Eylen, F. Korkut), Cassell Educational Limited.
- NEO PI-R Kişilik Envanteri, (2018), *Beş Faktör Modeli*, <http://www.assess.com.tr/neo-p-ir-hakkinda>, Erişim Tarihi ve Saati: 14.04.2018, 08:51.
- Nyhus, E. K. and Pons, E., (2005), *The Effects of Personality on Earnings*, Journal of Economic Psychology, 26: 363-384.
- O'Neill, D. P. and Kenny, E. K., (1998), *Spirituality and Chronic Illness*, Journal of Nursing Scholarship, 30(3): 275-280.
- Oral, B., (2018), *Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri.

- Ordun, G., (2005), *Kişilik Faktörleri ve Satış Temsilcilerinin Performansı Arasındaki İlişkiler Üzerine Bir Çalışma*, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi, 16(51): 56-68.
- Özdemir, O., Özdemir, P. G., Kadak, M. T. ve Nasıroğlu, S., (2012), *Kişilik Gelişimi/Personality Development*, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 4(4): 566-589.
- Özer, K., (2001), *Fiziksel Uygunluk*, 1. Baskı, Ankara: Nobel Yayınları.
- Özgüven, İ. E., (2007), *Psikolojik Testler*, Ankara: PDREM Yayınları.
- Özgüven, İ. E., (2014), *Bireyi Tanıma Teknikleri*, 10. Baskı, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Özkalp, E., Arıcı, H., Bayraktar, R., Aydın, O., Erkal, B. ve Uzunöz, A., (2004), *Davranış Bilimlerine Giriş*, 3. Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web-Ofset Tesisleri.
- Öztabağ, L., (1970), *Psikolojide İlk Adım*, İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Öztek, Z., (1985), *Temel Sağlık Hizmetleri ve Türkiye*, Toplum ve Hekim Dergisi, 38: 5-12.
- Öztek, Z., (2000), *Sağlık Kavramı ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri*, Hacettepe Tıp Dergisi, 31(1): 73-77.
- Özvarış, Ş. B., (2016), *Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi*, 2. Baskı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Özyazıcıoğlu, N., Kılıç, M., Erdem, N., Yavuz, C. ve Afacan, S., (2011), *Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi*, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 8(2): 277-332.
- Pender, N. J. and Pender A. R., (1987), *Health Promotion in Nursing Practice*, 2. Baskı, New York: Appleton & Lange.
- Pender, N. J., (1996), *Health Promotion in Nursing Practice*, 3. Baskı, Stamford: Appleton & Lange.
- Pender, N. J., (2011), *Health Promotion Model Manuel*, <http://hdl.handle.net/2027.42/85350>, Erişim Tarihi ve Saati: 06.12.2018, 12:50.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. and Parsons, M. A., (2002), *Health Promotion in Nursing Practice*, 4. Baskı, Upper Saddle River, New Jersey: Prendice Hall.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. and Parsons, M. A., (2006), *Health Promotion in Nursing Practice*, 5. Baskı, London: Prendice Hall.

- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R. and Frank-Stromborg, M., (1990), *Predicting Health-Promoting Lifestyles in the Workplace*, Nursing Research, 39(6): 292-304.
- Pervin, L. A. and Cervone, D., (2016), *Kişilik Psikolojisi Kuram ve Araştırma*, (Çev. Ed. M. Baloğlu), 12. Baskı, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Phelan, J. C., Link, B. G. and Tehranifar, P., (2010), *Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications*, Journal of Health and Social Behavior, 51(s): 28-40.
- Poland, B. D., Green, L. W. and Rootman, I., (2000), *Settings for Health Promotion Linking Theory and Practice*, London: Sage Publications.
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K. and Sulmasy, D., (2009), *Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference*, Journal of Palliative Medicine , 12(10): 885-904.
- Reiser, S. J., (1985), *Responsibility for Personal Helath: A Historical Perspective*, *The Journal of Medicine and Philosophy*. 10(1): 7-18.
- Rippentrop, A. E., Altmaier, E. M., Chen, J. J., Found, E. M. and Keffala, V. J., (2005), *The Relationship Between Religion/Spirituality and Physical Health, Mental Health, and Pain in a Chronic Pain Population*, Pain, 116: 311-321.
- Robbins, S. P. and Judge, T. A., (2012), *Örgütsel Davranış: Organizational Behavior*, (Çev. Ed. İ. Erdem), 14. Baskı, İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Rogers, C. R., (2011) *Kişi Olmaya Dair: Bir Terapistin Gözüyle Psikoterapiye Bakış*, (Çev. S. Budak), 1. Baskı, İstanbul: Okuyan Us Yayın.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D. V., Potvin, L., Springett, J. and Ziglio, E., (2001), *Evaluation in Health Promotion Principles and Perspectives*, Canada: WHO Regional Publications, European Series; No:92
- Rothmann, S. and Coetzer, E. P., (2003), *The Big Five Personality Dimensions and Job Performance*, SA Journal of Industrial Psychology, 29(1): 68-74.
- Sağlık Bakanlığı, Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları, *Global Konferanslardan Bildiriler*, (2011), Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1. Baskı, Ankara.

- Sağlık Bakanlığı (2019), *Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı*, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nedir.html>, Erişim Tarihi ve Saati: 27.05.2019, 01:43.
- Sağlık Bakanlığı, *Sağlık Bakanlığı Türkiye Beslenme Rehberi 2015 (TÜBER)*, (2016), Ankara. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/10915,tuber-turkiye-beslenme-rehberipdf.pdf>, Erişim Tarihi ve Saati: 27.05.2019, 00:46.
- Sambur, B., (2005), *Bireyselleşme Yolu Jung'un Psikoloji Teorisi*, 1. Baskı, Ankara: Elis Yayınları.
- Sapmaz, F., (2006), *Üniversite Öğrencilerinin Uyumlu ve Uyumsuz Mükemmeliyetçilik Özelliklerinin Psikolojik Belirti Düzeyleri Açısından İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Eğitimde Psikolojik Bilimler Bilim Dalı, Sakarya.
- Savcı, M. ve Aysan, F., (2014), *Üniversite Öğrencilerinde Algılanan Stres Düzeyi ile Stres ile Başa Çıkma Stratejileri Arasındaki İlişki*, Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, 44-56.
- Sayar, K. ve Dinç, M., (2008), *Psikolojiye Giriş*, 1. Baskı, İstanbul: Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları.
- Schermerhorn, J. R., Osborn, R. N., Uhl-Bien, M. and Hunt J. G., (2011), *Organizational Behaviour*, 12. Baskı, USA: John Wiley & Sons Publications.
- Schmitt, D. P., Allik, J., McCrae, R. R. and Benet-Martínez, V., (2007), *The Geographic Distribution of Big Five Personality Traits: Patterns and Profiles of Human Self-Description Across 56 Nations*, Journal of Cross-Cultural Psychology, 38(2): 173-212.
- Schultz, D. P. and Ellen Schultz S., (2002), *Modern Psikoloji Tarihi*, (Çev. Y. Aslay), 2. Baskı, İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Schultz, D. P. and Ellen Schultz S., (2008), *Theories of Personality*, 9. Baskı, USA: Wadsworth Cengage Learning.
- Selye, H., (2013), *Stress in Health and Disease*, Bostan: Butterworths.
- Sencer, E. ve Orhan, Y., (2005), *Beslenme*, 1. Baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Senemoğlu, N., (2011), *Gelişim Öğrenme ve Öğretim Kuramdan Uygulamaya*, 20 Baskı, Ankara: Pegem Akademi.

- Sennett, R., (2012), *Karakter Aşınması Yeni Kapitalizmde İşin Kişilik Üzerindeki Etkileri*, (Çev. B. Yıldırım), 6. Baskı, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Skinner, B. F., (1976), *About Behaviorism*, USA: Vintage Books Edition.
- Smith, E. E., Nolen-Hoeksema. S., Fredrickson, B. L., Loftus, G. R., Bem, D. J. and Maren, S., (2012), *Atkinson ve Hilgard Psikolojiye Giriş: Atkinson & Hilgard's Introduction to Psychology*, (Çev. Ö. Öncü, D. Ferhatoğlu), 14. Baskı, Ankara: Arkadaş Yayınevi.
- Solmuş, T., (2018), *İş Yaşamında Kullanılan Kişilik Ölçüm Araçları*, <https://www.xing.com/communities/posts/is-yasaminda-kullanilan-kisilik-olcuem-araclari-1004550865>, Erişim Tarihi ve Saati: 14.0.4.2018, 15:53.
- Somer, O., (1998), *Türkçe 'de Kişilik Özelliği Tanımlayan Sıfatların Yapısı ve Beş Faktör Modeli*, Türk Psikoloji Dergisi, 13(42): 17-32.
- Somer, O., Korkmaz, M. ve Tatar, A., (2011), *Kuramdan Uygulamaya Beş Faktör Kişilik Modeli ve Beş Faktör Kişilik Envanteri (5HKE)*, 2. Baskı, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayın No:128, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.
- Soylu, M., (2006), "Sağlıklı Beslenme-Sağlıklı Süt", *1. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı*, Marmaris-Muğla.
- Staats, A. W., (1996), *Behavior and Personality: Psychological Behaviorism*, 2. Baskı, Springer Publishin Company.
- Sudak, M. K., (2011), *Kişilik Tipleri, Duygusal Zeka, İş Tatmini ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı İlişkisi Üzerine Bir Araştırma*, Doktora Tezi, Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Gebze.
- Sümer, N. ve Sümer, H. C., (2005), *Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği* (Yayınlanmamış çalışma).
- Şimşek, M. Ş., Çelik, A. ve Akgeçici, T., (2014), *Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış*, 8. Baskı, Konya: Eğitim Kitapevi.
- Tabak, R. S., (2000), *Sağlık Eğitimi*, Ankara: Somgür Eğitim Hizmetleri Yayıncılık.
- Tayar, M. ve Korkmaz, N. Ş., (2007), *Beslenme & Sağlıklı Yaşam*, 2. Baskı, Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Tekin, M., (2015), *Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Kamu Hastanelerinde Çalışan Hekimler Açısından İncelenmesi: Denizli İl Merkezi Örneği*, Yüksek Lisans Tezi,

Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı
Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.

- Terris, ., (1975), *Approaches to an Epidemiology of Health*, The American Journal of Public Health, 65(10): 1038-1045.
- Topçuoğlu, R. A., Erbay, E., Kuşgözoğlu, T., Tomanbay, İ., Öntaş, Ö. C., Şeker, A. ve Akbaş, E., (2013), *Sosyal Hizmet Uygulamaları*, (Ed. İ. Tomanbay), 1. Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını: 1832.
- Toprak, İ., Şentürk, Ş., Yüksel, B., Özer, H., Çakır, B. ve Bideci, A. E., (2002), *Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi, Saha Personeli için Toplum Beslenmesi Programı Eğitim Materyali*, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü& Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1432,sahapersbeslenmepdf.pdf>, Erişim Tarihi ve Saati: 01.01.2019, 21:52.
- Tripp, S. L. and Stachowiak, B., (1992), *Health Mintenance, Health Promotion: Is There a Difference?*, Public Health Nursing, 9(3): 155-161.
- Tuncay, T., (2007), *Spirituality in Coping with HIV/AIDS*, HIV and AIDS Review, 6(3). 10-15.
- Tuygar, Ş. F., (2009), *Bağımlılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Geliştirme Eğitiminin Beden Kitle İndeksi Üzerine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı Bağımlılık Danışmanlığı, İzmir.
- Türgay, A., Süzen, B., Yıldırım, B., Sarı, D., Ay, F. A., Kuyurtar, F., Tosun, H., Küçük, L., Aydınoglu, N., Gençtürk, N., Işık, R., Akpınar, R., Çelik, S., Sarva, S., Ertem, Ü., Usta, Y. ve Demir, Y., (2012), *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*, (Ed. F. A. Ay), 4. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Türkel, A. U., (1992), *İşletme Yöneticilerinin Davranışlarına Yön Veren Hakim Kişilik Faktörleri ile Yöneltilmiş Davranış Arasındaki İlişkiler ve Uygulama*, İstanbul: Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları: 394.
- Türkiye'ye Özgü Temel Beslenme Rehberi Yeterli ve Dengeli Beslenme*, (2004), Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü,

- <http://www.bdb.hacettepe.edu.tr/torehberi.pdf>, Erişim Tarihi ve Saati: 03.01.2019, 20: 33.
- Ulusal Sağlık Politikası, (1993), T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/ulusalsaglikpolitikasi.pdf>, Erişim Tarihi ve Saati: 26.12.2018, 00:10.
- Vatan, S., (2013), *Üniversite Öğrencilerinin Kişilik Özellikleri, Umutsuzluk, Çaresizlik ve Talihsizlik Düzeyleri İle Problem Çözme Yaklaşımları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi*, Klinik Psikiyatri, 16(7-17): 88- 97.
- Volden, C., Langemo, D., Adamson, M. and Oechsle, L., (1990), *The Relationship of Age, Gender, and Exercise Practices to Measures Health, Life-Style, and Self-Esteem*, applied Nursing Research, 3(1): 20-26.
- Walker, S. N., Kerr, M. J., Pender, N. J. and Sechrist, K. R., (1990), *A Spanish Language Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile*, Nursing Research, 39(5): 268-273.
- Walker, S.N. and Hill-Polerecky, D. M., (1996), *Psychometric Evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished Manuscript*, University of Nebraska Medical Center.
- Walker, S.N., Sechrist, K. R. and Pender, N. J., (1987), *The Health Promoting Lifestyle Profile Development and Psychometric Characteristics*, Nursing Research, 36(2): 76-80.
- Wallston, B. S. and Wallston, K. A., (1978), *Locus of Control and Health: A Review of the Literature*, Health Education Monographs, 6(2): 107-117.
- Wang, F., McDonald, T., Reffitt, B. and Edington, D. W., (2005), *BMI, Physical Activity, and Health Care Utilization/Costs among Medicare Retirees*, Obesity Research, 13(8): 1450-1457.
- Watson, J. B., (1913), *Psychology as the Behaviorist Views it*, Classics in the History of Psychology An Internet Resource Developed by Christopher D. Green York University, Toronto, Ontario, 20(1): 158-177.
- Watson, J. B. and Rayner, R., (1920), *Conditioned Emotional Reactions*, Journal of Experimental Psychology, 3(1): 117-128.

- Watson, J., (1999), *Nursing: Human Science and Human Care : a Theory of Nursing*, USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Weiten, W., Hammer, E. Y. and Dunn, D. S., (2016), *Psikoloji ve Çağdaş Yaşam İnsan Uyumu*, (Çev. Ed. E. İkiz), 10 Baskı, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Yakut, Ö., (2006), *Eğitim Yöneticilerinin Liderlik Davranışları ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Küçükçekmece İlçesi Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Yedi Tepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yanbastı, G., (1996), *Kişilik Kuramları Ders Kitabı*, 2. Baskı, İzmir: Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları No: 53.
- Yıldırım, M., Akyol A. ve Ersoy, G., (2008), *Şişmanlık (Obezite) ve Fiziksel Aktivite Enerji Dengesinin Aktivite Yönüne Bir Bakış*, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No:729, (<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t44.pdf>), Erişim Tarihi ve Saati: 27.05.2019, 01:56.
- Yürür, S., (2009), *Yöneticilerin Çatışma Yönetim Tarzları ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Analizine Yönelik Bir Araştırma*, C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 10(1): 23-42.
- Zel, U., (2011), *Kişilik ve Liderlik Evrensel Boyutlarıyla Yönetimsel Açıdan Araştırmalar Teoriler ve Yorumlar*, 3. Baskı, Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Zhang, L., (2006), *Thinking Styles and the Big Five Personality Traits Revisited*, Personality and Individual Differences, 40: 1177-1187.
- Zhao, H. and Seibert, S. E., (2006), *The Big Five Personality Dimensions and Entrepreneurial Status: A Meta-Analytical Review*, 91(2): 259-271.
- Zoroğlu, G., (2018), *Düzce Merkez İlçesindeki Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personeli ile Üniversite Hastanesi Asistan Hekim ve Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Düzce.
- http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a3c273b2aabe6.01146587, Erişim Tarihi ve Saati: 12.11.2017, 09:10.
- http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a3f8dd4401fd2.03686188, Erişim Tarihi ve Saati: 23.12.2017, 16:04.

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a50e8fb8e3bc1.35558027, Erişim Tarihi ve Saati: 06.01.2018, 15:26.

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c324472e13d67.19610911, Erişim Tarihi ve Saati: 06.01.2019, 21: 21.

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>, Erişim Tarihi ve Saati: 27.10.2018, 14:39.

<https://theeye.eu/public/WorldTracker.org/Psychology/Boere%20%20Personality%20Theories.pdf>

<https://www.sbn.gov.tr/BKindeksi.aspx>, Erişim Tarihi ve Saati: 04.01.2019, 00: 24.



EKLER

EK-1

Hekim ve Hemşirelerin Kişilik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi Anketi

Bu araştırma, hekim ve hemşirelerin kişilik testiyle sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasındaki ilişkisini yüksek lisans tezi kapsamında incelemeyi amaçlamaktadır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel çalışmalarda kullanılacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz. (Hilal AYTEKİN, Dr. Öğr. Üyesi Elif KAYA, SDÜ İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü, İletişim için: hilalaytekin@sdu.edu.tr)

Bu kısımda “**Kendimi** biri olarak görüyorum” cümlesindeki boşluğu aşağıda yer alan 44 ifade ile doldurmanız beklenmektedir. Lütfen bu ifadelerin başına aşağıda 1’den 5’e kadar yazılmış olan ve sizin için en uygun olan ifadeye denk gelen rakamı yazınız.

1. En az
2. Nadiren
3. Zaman Zaman
4. Çoğunlukla
5. En çok

I. BÖLÜM: BEŞ FAKTÖR KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ

İFADELER	En Az (1)	Nadiren (2)	Zaman Zaman (3)	Çoğunlukla (4)	En Çok (5)
1. Konuşkan					
2. Başkalarında hata arayan					
3. İşini tam yapan					
4. Bunalımlı, melankolik					
5. Orijinal, yeni görüşler ortaya koyan					
6. Ketum /Vakur					
7. Yardımsever ve çıkarıcı olmayan					
8. Biraz umursamaz					
9. Rahat, stresle kolay baş eden					
10. Çok değişik konuları merak eden					
11. Enerji dolu					
12. Başkalarıyla sürekli didişen					
13. Güvenilir bir çalışan					
14. Gergin olabilen					
15. Yaratıcı, derin düşünen					
16. Heyecan yaratabilen					
17. Affedici bir yapıya sahip					
18. Dağınık olma eğiliminde					
19. Çok endişelenen					
20. Hayal gücü yüksek					
21. Sessiz bir yapıda					
22. Genellikle başkalarına güvenen					
23. Tembel olma eğiliminde olan					
24. Duygusal olarak dengeli, kolayca keyfi kaçmayan					
25. Keşfeden, icat eden					
26. Atılgan bir kişiliğe sahip					

27.	Soğuk ve mesafeli olabilen					
28.	Görevi tamamlanıncaya kadar sebat edebilen					
29.	Dakikası dakikasına uymayan					
30.	Sanata ve estetik değerlere önem veren					
31.	Bazen utangaç, çekingen olan					
32.	Hemen hemen herkese karşı saygılı ve nazik olan					
33.	İşleri verimli yapan					
34.	Gergin ortamlarda sakin kalabilen					
35.	Rutin işleri yapmayı tercih eden					
36.	Sosyal, girişken					
37.	Bazen başkalarına kaba davranabilen					
38.	Planlar yapan ve bunları takip eden					
39.	Kolayca sinirlenen					
40.	Düşünmeyi seven, fikirler geliştirebilen					
41.	Sanata ilgisi çok az olan					
42.	Başkalarıyla işbirliği yapmayı seven					
43.	Kolaylıkla dikkati dağılan					
44.	Sanat, müzik ve edebiyatta çok ilgili					

II. BÖLÜM: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİM DAVRANIŞLARI

Aşağıda şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Her alışkanlığınızın sıklığını size uyan seçeneği göz önünde bulundurarak yanıtlayınız.

İFADELER		Hiçbir zaman (1)	Bazen (2)	Sık Sık (3)	Düzenli olarak (4)
1.	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.				
2.	Sıvı ve katı yağlı kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
3.	Doktora ya da bir sağlık görevlisine vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.				
4.	Düzenli bir egzersiz programı yaparım.				
5.	Yeterince uyurum.				
6.	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.				
7.	İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8.	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.				
9.	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10.	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi) yaparım.				
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 (örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm) yaparım.				
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.	Bos zamanlarımda yüzmeye, dans etmeye, bisiklete binme gibi eğlendirici fiziksel aktiviteler yaparım.				
23.	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				
24.	Kendimle barışık biriyim ve kendimi yeterli hissederim.				
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 kucaklaşıyorum.				
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 (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim) yaparım.				
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.				

III. BÖLÜM: DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

- Cinsiyetiniz: 1. Kadın () 2. Erkek ()
- Yaşınız:
- Medeni Durumunuz: 1. Evli () 2. Bekâr ()
- Mesleğiniz (Göreviniz): 1. Hekim () 2. Hemşire ()
- Çalıştığınız Birim.....
- Öğrenim Durumunuz: 1. Lise () 2. Ön Lisans () 3. Lisans () 4. Yüksek Lisans () 5. Diğer

Etik Kurul İzni



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 87432956/050/99/ **3-1104**
Konu : Etik Kurulu Onayı.

20 Ocak 2016

Sayın, Hilal AYTEKİN
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

Yürütücüsü olduğunuz, "Hekim ve Hemşirelerin Kişilik Özelliklerinin Sağlıkta Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi" konulu yüksek lisans tezi Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'nun 13.01.2016 tarih ve 9/1 sayılı kararı ile uygun bulunmuştur.

Kararın bir sureti yazımız ekinde gönderilmiş olup, ilgi başvurunuza cevaben bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Murat ALI DULUPÇU
Rektör Yardımcısı
Etik Kurulu Başkanı

EKLER:
1- Zarf

Hastanelerden Alınan İzinler



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Isparta İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 80795514/044
Konu : Tez Hazırlama İsteği Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Hilal AYTEKİN'in "Hekim ve Hemşirelerin Kişilik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi" konulu tezinin anket uygulamasını Hastanenizde/Merkezinizde yapma isteği Genel Sekreterliğimizce uygun değerlendirilmiştir.

Gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Osman AYDIN
Genel Sekreter

EKLER:

- 1- Tez Hazırlama isteği hk.Hilal Aytekin)_Ustyazi
- 2- Tez Hazırlama isteği hk.Hilal Aytekin)_Ek_Tarama_20151203102843

Dağıtım:

Isparta Devlet Hastanesi
Isparta Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
Isparta Dr.Sadık Yağcı Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi

Adres : İstiklal mah.113 cad.no:84 İSPARTA
Performans,Kalite ve Eğitim Birimi/Sağlık Turizmi ve Sağlık Oteliçiliği Birimi/Uzman E.GÜNAYDIN
e-posta:emel.gunaydin@saglik.gov.tr Tel:246 232 70 72 Fax: 246 232 79 79

Yeniden elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 10205314-5a4b-4b37-90d-06d84d911363 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Isparta İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 80795514/044
Konu : Tez Hazırlama İsteği

Sayın :Hilal AYTEKİN

"Hekim ve Hemşirelerin Kişilik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi" konulu tezinizin anket uygulamasını Isparta Devlet Hastanesi,Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Dr. Sadık Yağcı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde yapma talebiniz Genel Sekreterliğimizce uygun değerlendirilmiştir.

Gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Osman AYDIN
Genel Sekreter

Adres : İstiklal mah.113 cad.no:84 ISPARTA
Performans,Kalite ve Eğitim Birimi/Sağlık Turizmi ve Sağlık Önceliği Birimi/Uzman E.GÜNAYDIN
e-posta:emol.gunaydin@saglik.gov.tr Tel:246 232 70 72 Fax: 246 232 79 79

Evsoken elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden file7c474-034e-4dc4-ab0b-6ccf73a39f4b kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 31566701.800/ - 1014
Konu : Anket Çalışması (Hilal AYTEKİN)

09 Şubat 2016

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 29/01/2016 tarihli ve 93389805.300/225 sayılı yazınız.

İlgi tarihli yazınız ile Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Hilal AYTEKİN'in "Hekim ve Hemşirelerin Kişilik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi" konulu tez çalışmasını hastanemizde uygulama izin talebi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet YILDIRIM
Başhekim

ELDEN GÖNDERİLMİYEN ENRAK

Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği,
Doğu Kampüsü 32260 İsparta, Tel: 0246 211 29 00 Faks: 02462112930
e-posta : hastane@sdu.edu.tr Web: www.sdu.edu.tr

Bilgi için: Züleyha YILDIRIM
Tel: 0 (246) 211 2847
Enrak Kayıt Birimi Dabül No: 2842

ÖZEL
ŞİFA HASTANESİ
MESUL MÜDÜRLÜĞÜ
ISPARTA

Sayı: 600/180
Konu: Anket Çalışması(Hilal AYTEKİN)

08.02.2016

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi: 29.01.2016 tarihinde 93389805,300/225 sayılı yazınıza istinaden;

Yönetim Kurulumuzca yapılmış olan toplantıda, hastanemiz bünyesinde anket çalışması yapılmasının uygun olmadığı kararı alınmıştır.

Bu hususta göndermiş olduğunuz yazıya istinaden de ayrıca teşekkürlerimizi sunar bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr.Kumru AYGÜL
Mesul Müdür





ÖZEL
İSPARTA HASTANESİ

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
(SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE)

Sayı: 06.02.2016 / 1895
Konu: ANKET ÇALIŞMASI hk.

29.01.2016 tarihli 93389805.300/225 sayılı Anket Çalışması konulu yazınıza istinaden HİLAL AYTEKİN'in hastanemiz de anket çalışması yapması hastane yönetimimiz tarafından uygun görülmemiştir.
Gereğini bilgilerinize arz ederiz.

MESUL MÜDÜR
DR. MEVLÜT YAMAN


Dr. Mevlüt YAMAN
Dış. No: 8204.8-001
Dış. Tem. No: 71111
Özel İsparta Hastanesi
Mesul Müdür

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Adı ve Soyadı : Hilal AYTEKİN

Doğum Yeri ve Yılı : Isparta-1987

Medeni Hali : Bekâr

Eğitim Durumu:

Lisans Öğrenimi : Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler
Fakültesi, İşletme Bölümü (2011)

Yabancı Dil ve Düzeyi:

İngilizce YDS: Orta Düzey

İş Deneyimi:

Süleyman Demirel Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Biriminde
Memur