



**T.C. YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE
HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE ENNEAGRAM KİŞİLİK
TİPLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. Hatice Şeyma Erçin

Ankara 2018



**T.C. YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE
HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE ENNEAGRAM KİŞİLİK
TİPLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hatice Şeyma Erçin

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Basri Furkan Dağcıoğlu

Ankara 2018

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez yazım sürecinde göstermiŐ olduğu hoŐgörü, sabır ve katkılarından dolayı tez danışmanım değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Basri Furkan DAĞCIOĞLU' ya,

Uzmanlık eğitimim süresince deneyim ve destekleri ile yol gösteren kıymetli hocalarım Prof. Dr. Mehmet UĞURLU, Prof. Dr. Yusuf ÜSTÜ, Doç. Dr. Ahmet KESKİN, Uzm. Dr. İrep KARATAŐ ERAY ve Uzm. Dr. Aylın BAYDAR ARTANTAŞ'a,

Bugünlere gelmemde en çok emeđi harcayan, maddi manevi her zaman yanımda olan, hayatım boyunca olduđu gibi tez yazım süresince de ilgi ve desteklerini esirgemeyen en baŐta canım annem Cemile Yeter KENANOĐLU, babam Hüseyin KENANOĐLU ve ablam Sümeýra KENANOĐLU olmak üzere aileme,

Asistanlık sürecimin bana kazandırdığı baŐta Dr. Ebru ÇETİN olmak üzere çok kıymetli asistan arkadaşlarıma, eskimeyen dostum Emel KELEŐTEMUR'a,

Sevgili eŐim, Ertuğrul ve biricik oğlum, gözümün nuru Süleyman'ıma

Sonsuz sevgi, saygı ve teŐekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Hatice Şeyma ERÇİN

Ankara 2018

ÖZ

Giriş: İnsanoğlu, var olduğu günden bu yana daha sağlıklı ve uzun yaşamının yollarını araştırmıştır. Yapılan çalışmalar, sağlıklı yaşam davranışlarının benimsenmesiyle kronik hastalıklardan kaynaklanan mortalite ve morbiditenin azaltılabileceğini göstermiştir. Sağlıklı yaşam davranışlarını etkileyen birçok faktör mevcuttur. Bu çalışmanın amacı, sağlıklı yaşam davranışları üzerinde Enneagram kişilik tiplerinin etkisinin olup olmadığını araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran kronik hastalığı veya ilaç kullanımı olmayan gönüllü bireylerden oluşan 553 kişi oluşturdu. Veriler isimsiz sosyodemografik bilgi formu, SYBD-II ölçeği ve Enneagram Kişilik Ölçeğinden oluşan 92 soruluk anket formu ile Haziran- Eylül 2018 tarihleri arasında toplandı.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin %42,68'i (n=236) erkek, %57,32'si (n=317) kadındı. Yaş ortancası 30 (min:18, maks:80) idi. Kişilik tipleri açısından SYBD-II toplam puanları incelendiğinde en yüksek puanı 7 numaralı (maceracı) kişilik tipinin, en düşük puanı ise 5 numaralı (gözlemci) kişilik tipinin aldığı görüldü. Aynı zamanda sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, tinsellik ve stres yönetimi alt ölçeklerinden de en yüksek puanı 7 numaralı kişilik tipi aldı. Fiziksel aktivite alt ölçeğinde 2 numaralı (yardımcı) kişilik tipiyle 7 numaralı Tip arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Kişilerarası ilişkiler alt boyutunda ise 5 numaralı kişilik tipinin 2,7 ve 1 numaralı (mükemmeliyetçi) kişilik tiplerinden anlamlı olarak daha az puan aldığı saptandı.

Sonuç: Sağlığı korumak ve sürdürmek için bireylerin yapması gereken en önemli şey, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamaktır. Bireylerle ilk ve en yakın teması kuran, kişilere bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşan aile hekimlerinin de hastalarına rehberlik yaparken, her bir hastanın kişisel sağlık ve çevre koşullarıyla birlikte kişilik özelliklerini de göz önünde bulundurması, yapacakları rehberlikten etkin sonuç alınmasını sağlayabilir. Ayrıca çalışmamızda sağlıklı yaşam davranışları ile kişilik tipleri arasında toplam puan, kişilerarası ilişkiler ve fiziksel aktivite ölçeklerinde anlamlı farklılıklar saptanmış olmakla birlikte, sağlıklı yaşam davranışları, kişilik tiplerinden bağımsız olarak, öğrenilebilir davranışlardır. Kişilerin kendi sağlık sorumluluklarını olarak sağlıklı yaşam davranışlarını etkin bir şekilde uygulamaları gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlıklı yaşam biçimi, Enneagram, Kişilik



ABSTRACT

Objectives: The mankind has been searching for ways to live healthier and longer since the day he exists. Studies have shown that the adoption of healthy life behaviors can reduce the mortality and morbidity caused by chronic diseases. There are many factors affecting healthy lifestyle behaviors. The aim of this study is to investigate the effects of personality types on healthy life behaviors.

Materials and Methods: The sample of the study consisted of 553 people who were admitted to Ankara Atatürk Training and Research Hospital without any chronic disease or regular drug use. The data were collected between June and September 2018 with a questionnaire consisting of 92 questions, consisted of anonymous sociodemographic information form, SYBD-II scale and the Enneagram Personality Scale.

Results: 42.68% (n = 236) of the participants were male and 57.32% (n = 317) were female. The median age was 30 (min:18, max:80) years. When the total score of HLSB-II was evaluated in terms of personality types, the highest score was found in type 7 (Enthusiast) personality and the lowest score was found in type 5 (Investigator) personality. At the same time, the highest score on health responsibility, physical activity, spirituality and stress management subscales received by type 7 personality. The difference between type 2 personality (Helper) and type 7 was statistically significant in terms of physical activity subscale. In the subscale of interpersonal relations, it was found that type 5 personality received significantly lower scores than the types 2, 7 and 1 (Reformer) personalities.

Conclusion: The most important thing that individuals need to do to maintain health is adopting healthy lifestyle behaviors. While providing guidance to the patients of the family physicians who establish the first and nearest contact with the individuals and approach them with a holistic perspective, taking into consideration of the personal characteristics of each patient along with the personal health and environmental conditions, can provide effective results from the guidance they will undertake. In our study, although there was a significant relationship between healthy lifestyle behaviors and Enneagram personality types in terms of total score, interpersonal relationships and physical activity sub-scales, healthy lifestyle behaviors were learnable behaviors,

regardless of personality types. Persons should take their own health responsibilities and apply healthy lifestyle behaviors effectively.

Keywords: Healthy lifestyle behavior, Enneagram, Personality



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZ	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
KISALTMALAR	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. SAĞLIK	3
2.2. SAĞLIĞIN KORUNMASI.....	4
2.2.1. Primordiyal Koruma	4
2.2.2. Birincil Koruma	4
2.2.3. İkincil Koruma.....	5
2.2.4. Üçüncül Koruma.....	5
2.2.5. Dördüncül Koruma	5
2.3. SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ	6
2.4. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ	8
2.4.1. Beslenme	9
2.4.2. Fiziksel Aktivite	11
2.4.3. Stres Yönetimi.....	14
2.4.4. Tinsellik	15
2.4.5. Kişilerarası İlişki	16
2.4.6. Sağlık Sorumluluğu.....	16

2.5.	KİŞİLİK VE MİZAC	17
2.5.1.	Kişiliği Etkileyen Faktörler	19
2.6.	ENNEAGRAM	20
2.6.1.	Tip 1- Mükemmeliyetçi	22
2.6.2.	Tip 2- Yardımcı	23
2.6.3.	Tip 3: Başaran	23
2.6.4.	Tip 4- Özgün	24
2.6.5.	Tip 5- Gözlemci	25
2.6.6.	Tip 6- Sorgulayan	25
2.6.7.	Tip 7- Maceracı	26
2.6.8.	Tip 8- Reis	27
2.6.9.	Tip 9- Uzlaşmacı	28
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1.	ÇALIŞMANIN DİZAYNI VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	29
3.1.1.	Sosyo-demografik Veri Formu	29
3.1.2.	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	29
3.1.3.	Enneagram Kişilik Ölçeği	30
3.1.4.	Verilerin İstatistiksel Analizi	31
4.	BULGULAR	33
5.	TARTIŞMA	65
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	70
7.	KAYNAKLAR	72
8.	EKLER	79
	EK-1: Etik Kurul Onayı	79
	EK-2 Anket Formu	80
9.	ÖZGEÇMİŞ	84

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli	8
Şekil 2: Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Piramidi	10
Şekil 3: Sağlıklı Yemek Tabakası	11
Şekil 4: Enneagram Sistemi	21
Şekil 5. Sigara Kullanım Alışkanlıklarının Cinsiyete göre Dağılımı.....	36
Şekil 6. Alkol Kullanım Alışkanlıklarının Cinsiyete göre Dağılımı.....	37
Şekil 7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puanlarının Meslek Gruplarına göre Dağılımı	41
Şekil 8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puanlarının Sigara Kullanım Alışkanlıklarına göre Dağılımı ve Fark Testleri	44
Şekil 9. Kümülatif sigara kullanımı ve sağlıklı yaşam davranış biçimi ilişkisi.....	45
Şekil 10. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puanlarının Alkol Kullanım Alışkanlıklarına göre Dağılımı ve Fark Testleri	46
Şekil 11. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puanlarının Kümülatif Sigara Kullanım Durumuna Göre Dağılımı ve Fark Testi.....	47
Şekil 12. SYBD Puanlarının Doktora Başvuru Nedenine göre Değerlendirilmesi.....	48
Şekil 13. SYBD Puanlarının Bireylerin Kendi Sağlık Algılarına göre Dağılımı ve Fark Testi.....	49
Şekil 14. Kişilik tiplerinin erkek ve kadın cinsiyetlerine göre dağılımı	52
Şekil 15. Sigara Kullanım Alışkanlıklarının Kişilik Tipleri Arasındaki Dağılım Yüzdeleri.....	54
Şekil 16. Kişilik Tiplerinin Alkol Tüketim Alışkanlığına göre Dağılımı	56
Şekil 17. Kişilik Tiplerinin Doktora Başvuru Nedenlerine göre İstatistiksel Dağılımı ..	59
Şekil 18. Kişilik Tiplerinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	60
Şekil 19. Kişisel Sağlık Algısının Kişilik Tiplerine Göre Orantısal Dağılımı.....	61
Şekil 20. Kişilik Tiplerinin SYBD-II Ölçek Toplam Puanına göre İstatistiksel Dağılımı	62
Şekil 21. Kişilik Tiplerinin Fiziksel Aktivite Ve Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutlarına Göre İstatistiksel Dağılımı	64

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	34
Tablo 2. Katılımcıların Sigara-Alkol Tüketim Alışkanlıkları, Beden Kitle İndeksleri ve Sağlık Algılarına Ait Bilgiler	35
Tablo 3. Katılımcılara ait yaş, boy, kilo, BKİ ve kümülatif sigara kullanım değerleri... 38	
Tablo 4. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD-II) ve alt ölçeklerine ait iç tutarlılık analizi	39
Tablo 5. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve alt ölçeklerine ait tanımlayıcı istatistik bilgiler.....	40
Tablo 6. Meslek Gruplarına göre SYBD-II Ölçeği Toplam Puan Dağılımı	40
Tablo 7. Meslek Gruplarının SYBD-II ölçeği alt boyutları bakımından karşılaştırılması	42
Tablo 8. Meslek Grupları arasında “Kişilerarası İlişkiler” boyutu bakımından ikili fark testi sonuçları	42
Tablo 9. Sağlık çalışanları (Doktorlar dâhil) ve diğer meslek gruplarının SYBD-II ölçek alt boyutları bağlamında karşılaştırması	43
Tablo 10. Sigara ve Alkol Kullanım Alışkanlıklarına göre SYBD-II Ölçeği Toplam Puan Dağılımı	43
Tablo 11. Sağlık Algısı Kategorilerinin SYBD toplam puanı bakımından ikili gruplar bazında istatistiksel karşılaştırması	49
Tablo 12. Katılımcıların Kişilik tipi ile ilgili sayı ve oranları.....	50
Tablo 13. Kişilik tiplerinin erkek ve kadın cinsiyetleri açısından karşılaştırması	51
Tablo 14. Kişilik Tiplerinin Sigara kullanımı ile ilişkisi	53
Tablo 15. Kişilik Tiplerinin Kümülatif Sigara Kullanımı ile ilişkisi.....	55
Tablo 16. Kişilik Tiplerinin Alkol Alışkanlığı Bakımından İstatistiksel Karşılaştırması	57
Tablo 17. Kişilik Tiplerinin Meslek Gruplarına göre İstatistiksel Karşılaştırması	58
Tablo 18. Kişilik Tipleri ile Beden Kitle Endeksi Arasındaki İlişki.....	59
Tablo 19. Farklı Kişilik Tiplerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puan İstatistikleri.....	62
Tablo 20. Kişilik tiplerinin, SYBD-II Alt Boyutları İle ilişkisi.....	63

KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

BOH: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

BKİ: Beden Kitle Endeksi

MET: Metabolic Equivalent of Tasks

ACSM: Amerikan Spor Hekimliği Koleji

AHA: Amerikan Kalp Derneği

BFM: Beş Faktör Kişilik Modeli

PKM: Yedi Faktörlü Psikobiyojik Kişilik Modeli

AMM: Afektif Mizaç Modeli

MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory

SYBD-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II

1.GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlık gelişimi boyunca daha uzun yaşamanın, sağlıklı olmanın yollarını araştırmış ve her toplum kendi yaşam standartlarına, çevre koşullarına, inançlarına göre sağlıklı yaşam davranışları geliştirmeye çalışmıştır.

Ortalama yaşam süresinin artmasıyla kronik hastalık prevalansı artmakta, bu da dünya genelinde mortalite sebepleri arasında bulaşıcı olmayan hastalıkların oranını artırmaktadır. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Süreç Değerlendirmesi 2017 'ye göre, Türkiye'de BOH'lara bağlı ölümlerin yüzdesi %88'dir [1, 2]. Günümüzde obezite, fiziksel aktivite azlığı, stres ve sigara kullanımının özellikle kardiyovasküler hastalık riskini artırdığı; kanser, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet gibi kronik hastalıkların neden olduğu mortalite ve morbiditenin yaşam tarzı değişiklikleriyle büyük ölçüde azaltılabileceği bilinmektedir. [3]

Sağlıklı yaşamın ve sağlığı geliştirmenin temeli hastalıkların tedavisinden çok sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik davranışların kazanılmasıdır. Sağlığı koruma ve geliştirme kavramları tartışılırken önceleri sağlık çalışanları ve sağlık kurumları odaklı düşünceler hakimken, daha sonraları yaşam tarzının önemi anlaşılmıştır.[4] Sağlığı korumada en büyük pay bireye aittir, kişi kendi sağlık sorumluluğunu alarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları benimsemelidir. Çocukluk çağlarından itibaren sağlıklı beslenme, kilo kontrolü, fiziksel aktivite, stres yönetimi, sağlığa zararlı maddelerin kullanımından kaçınma gibi sağlıklı yaşam davranışlarını uygulayan bireyler sağlıklı bir toplum oluşturacaktır.

Kişilik bireyin duygu, düşünce ve davranış kalıplarını oluşturan, yaşam boyu süreklilik gösteren özellikleri olarak tanımlanabilir.[5] Başka bir deyişle kişilik bireyin doğuştan gelen özellikleriyle mikro ve makro çevresinin etkileşimi sonucu ortaya çıkan özellikler bütünüdür. [6]

Kişilik ve mizaç çok eski zamanlardan beri bilimin ilgi alanında olmuştur. Tarih boyunca insanları anlamak için kişilik özellikleriyle ilgili çok farklı tanımlama ve sınıflamalar geliştirilmiştir. Her sınıflamanın avantaj, dezavantajları ve eksik yönleri bulunmaktadır[7]. Kökenleri Antik Yunan ve Anadolu tasavvuf öğretilerine dayanan,

rasyonel çıkarımları olan, tutarlı ve sistematik bir yöntem olan Enneagram da kişilik motiflerini açıklar[6]. Diğer kişilik teoremlerinden en önemli farkı kanat faktörü, stres ve güvenlik noktaları tanımları ile keskin sınırları olmayan, daha dinamik ve kişiye özel yorumlanabilen bir kişilik sistemi olmasıdır.

Bu çalışmanın amacı kişilik özellikleriyle sağlıklı yaşam davranışlarının uygulanması arasında ilişki olup olmadığını değerlendirmektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK

Sağlık insanlığın yüzyıllar içindeki değişim ve gelişimiyle, değişen çevre koşullarıyla anlamı ve kapsamı gelişen dinamik bir kavramdır. Günümüzde kişinin bireysel ve toplumsal sağlığını ve iyilik halini koruyan ve geliştiren davranışlar kazanmasını, sağlık sorumluluğunu almasını hedefleyen sağlık merkezli bakım yaklaşımı kabul görmektedir.[8-11]

En çok kabul edilen ve çok yönlü değerlendirmeye sahip olan, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1948 yılında yaptığı tanımdır. Buna göre sağlık; yalnızca hastalık veya sakatlık durumu olmaması değil, bedenen ruhen ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halidir. [12]

Hastalık ise fiziksel ve bedensel bozukluğun olmasıyla beraber bireyin ekonomik, sosyal, entelektüel ve psikolojik fonksiyonlarını ve çevresiyle uyum ve iletişimini de etkileyen üretkenliğini azaltan sosyal bir süreçtir.[13]

Sağlık anlayışı kişinin eğitimine, sosyokültürel düzeyine, ekonomik imkanlarına, içinde bulunulan toplum ve zamana göre de farklılıklar gösterebilir. Bu etkenlerle sağlığın tanımı da genişlemektedir.[14]

Sağlık kavramını "The Measurement of Health. Concepts and Indicators" isimli kitabında ele alan Larson başlıca beş farklı model tanımlamıştır. Bunlar; Tıbbi model, holistik model, çevre modeli, iyilik modeli ve eklektik modeldir. Bunlardan en çok kabul gören tıbbi ve holistik modeldir. Daha çok sağlık profesyonellerince kabul edilen tıbbi modele göre sağlık; hastalık belirti ve bulgularının olmayışıdır. Bu model özellikle mortalite ve morbidite istatistikleri geliştirilmesinde rol oynar. Holistik modele göre ise sağlık çok yönlü bir kavram olup fiziksel sosyal ve ruhsal boyutlarla ele alınmalıdır. Bu model DSÖ'nün tanımına en yakın modeldir. [15, 16]

İnsanı çevre ve biyolojik faktörlerle bir bütün halinde değerlendiren tümelci yaklaşıma göre sağlığı etkileyen dört temel parametre vardır. Bunlar çevre, davranış

(beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi), genetik ve sağlık hizmetleridir [17]. Ayrıca küresel çevre, gelir durumu, sosyokültürel seviye, aile ilişkileri, yaş, cinsiyet, iş/meslek, inanç ve eğitim de sağlığı etkileyen faktörler arasında sayılabilir. [18]

Gerek kişisel gerekse toplumsal iyilik hali insan ilişkilerini, sosyal ve ekonomik gelişmişliği doğrudan etkiler. İnsani gelişmişlik endeksinin sosyoekonomik alandaki üç temel başlığı 'gelir düzeyi, eğitim ve sağlıktır.[19] Sağlıklı bireylerden oluşan toplumun bu göstergeleri de en yüksek düzeylerde olacaktır.

2.2.SAĞLIĞIN KORUNMASI

Sağlık, kişilerin mutluluğu ve toplumun refahı için ön şarttır. Bir ülkenin ekonomik dengesinin korunmasında da bireylerin sağlıklı olması, hastalık veya sakatlık nedeniyle oluşacak iş gücü kaybının da en alt seviyede olması gereklidir.[20] Hem etkililik hem de maliyet açısından sağlıkla ilgili ilk yapılması gereken sağlığın korunmasıdır. Sağlığı korumak bireyin ve toplumun sağlığı iyileştirecek davranış ve alışkanlıkları benimseyip, sağlığı bozabilecek riskli davranış ve alışkanlıklardan uzaklaşması olarak tanımlanabilir.

Leavell ve arkadaşları 1940'lerde birincil korumayı, daha sonraları ise ikincil ve üçüncül korumayı tanımlamışlardır.[21] Sağlık alanındaki gelişmeler ilerledikçe sağlığı korumanın önemi daha iyi anlaşılmış, kapsamı genişlemiş ve 1978 yılında Strasser tarafından primordiyal koruma tanımlanmıştır.[22, 23]

2.2.1. Primordiyal Koruma: Hastalığa neden olabilecek davranışsal, sosyal veya çevresel risk faktörlerinin ortaya çıkmasını önlemek için alınacak tedbirleri kapsar. Risk faktörlerini elimine etmek veya en aza indirmekle hastalıklarla en etkin mücadeleyi yapmaktır. Primordiyal korumanın öznesi henüz risk grubu olmayan sağlıklı kişilerdir. Bireysel ve toplumsal eğitim programlarıyla uygulanır. Obezitenin engellenmesi için uygun yaşam tarzı alışkanlıkları geliştirilmesi gibi [23]

2.2.2. Birincil Koruma: Hastalık etkenlerini ortadan kaldırmak veya hastalığa karşı direnci artırmak yoluyla hastalıkların önlenmesini ve daha sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesini kapsar. Sağlığı geliştirme ve özel koruma birincil korumanın konusudur. Sağlığı geliştirme kişinin genel sağlık durumunun iyileştirilmesini hedef alırken; özel

koruma spesifik bir hastalık grubuna yönelik tedbirler almaktır. Kişisel hijyen, aşılama, çevre sağlığı ve atık yönetimi, stres yönetimi, kişisel sağlık sorumluluğu birincil koruma tedbirlerinden bazılarıdır.[10, 24]

2.2.3. İkincil Koruma: Hastalıkların erken tanı ve hızlı tedavisini kapsar. Hastalığın ilerlemesi engellenebilir veya durdurulabilir. Kanser taramaları, gebe ve bebek izlemleri, ulusal topuk kanı uygulaması (Fenilketonüri, konjenital hipotiroidi vs.) ikincil koruma tedbirlerine örnektir. [25]

2.2.4. Üçüncül Koruma: Hastalığa yakalanmış kişilerin etkin tedavi ve rehabilitasyonunu amaçlar. Temel hedef ağrıyı, hasarı, komplikasyonları önlemek, hastalığın ilerlemesini durdurmaştır. Hastaların günlük işlevleri mümkün olan en iyi seviyeye getirilmeye ve hasta konforu artırılmaya çalışılır. [26]

2.2.5. Dördüncül Koruma: Tıbbın en temel öğretilerinden olan “primum non nocere” (önce zarar verme) ilkesi gereğince ortaya atılmıştır. Hekimlerin tıbbi uygulamalardan kaynaklanabilecek zararları önlemesini veya azaltmasını amaçlamaktadır. Teknolojinin gelişmesi ile tanı ve tedavi olanakları da hızla artmıştır. Bu da tıbben gerekli olmadığı halde tanı ve tedavi imkanlarının aşırı harcanmasına neden olmaya başlamıştır. Fizyolojik durumların hastalık olarak tanımlanması hem ülkeye aşırı sağlık maliyetine hem de hastaların fiziksel ve ruhsal stresle karşılaşmalarına neden olmaktadır. Dördüncül korumanın temel amacı da hem hastaları aşırı tanı ve tedaviden korumak hem de sağlık ve mali kaynakların gereksiz yere kullanımını önlemektir. Böylece hasta yükü de azaltılarak gerçekten tıbbi bakıma ihtiyacı olanların sağlık kaynaklarına etkin ve zamanında ulaşması sağlanacaktır. [23, 27]

Sağlığın korunması ayrıca kişiye ve çevreye yönelik alınacak önlemler olarak iki başlıkta da incelenebilir. Kişiyeye yönelik tedbirler; sağlık eğitimi, bağışıklama, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, kişisel hijyen, aile planlaması, sağlığa zararlı madde kullanımının engellenmesi vs. olarak sıralanabilir. Çevrenin korunması ile ilgili alınacak tedbirler ise; atık yönetimi, temiz ve yeterli içme suyu, temiz gıda, sağlıklı konut, bulaşıcı hastalıklar ve vektörlerle mücadele, hava kirliliği ve gürültünün önlenmesidir. [18]

2.3.SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ

Sağlığın geliştirilmesi toplumsal, ekonomik, eğitimsel gibi faktörlere bağlı olan dinamik bir süreçtir.[28] Sağlık eğitimiyle kişilerin farkındalığını artırmak, kendi sağlıkları konusunda sorumluluk alıp söz sahibi olmalarını sağlamakla beraber, sosyal ekonomik ve çevresel faktörlerin de katkısıyla sağlık hizmetlerinin iyileşmesini amaçlar[4, 29]

Sağlığın geliştirilmesinde en önemli basamaklardan biri de kişilerin kendi sağlıklarının sorumluluğunu almalarıdır. Bu noktada sağlık eğitimi kavramı önem kazanır. DSÖ'ye göre sağlık eğitimi; kişilere ve topluma sağlıklı yaşam için alınacak tedbirleri öğretmek, hayata geçirmelerini sağlamak, sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını sağlamak, sağlıklarını ve çevreyi daha iyi hale getirmek için farkındalık yaratmak, ikna etmek, alışkanlık kazandırmak için uygulanan eğitim faaliyetleridir. [18] Birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanabilecek sağlığı geliştirme yöntemleri ise; tıbbi yaklaşım, yaşam biçimi ve sosyal yaklaşımdır.

Sağlığın geliştirilmesi konusunun temelleri Alma-Ata Konferansında atılmış, daha sonra 1986 yılında Ottawa'da "1.Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi" konferansı düzenlenmiştir. Konferansta sağlığın geliştirilmesi insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrolünü artırma ve sağlık düzeylerini daha da iyiye götürme sürecinin tamamı olarak tanımlanmış, beş farklı yaklaşım geliştirilmiştir. Bunlar;

- Toplum faaliyetlerinin güçlendirilmesi
- Sağlığı geliştirecek politikalar üretilmesi
- Kişisel becerilerin geliştirilmesi
- Destekleyici çevre oluşturulması, doğal çevrenin korunması
- Sağlık hizmetlerin yeniden düzenlenmesi [30].

Konferansta sağlıklı yaşamın ön koşulları ise:

Barış, barınma, ekonomik durum, temiz gıda, eğitim, eşitlik, sosyal adalet, kaynakların yeterli ve sürekli olması, doğa dengesi olarak sıralanmıştır.

DSÖ 2016 yılında Çin’de Şanghai’da düzenlediği ‘Sağlık Herkes İçindir ve Herkes İçin Sağlık’ konulu 9. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansında sağlık okuryazarlığın teşvik edilmesi, toplumsal seferberliğin güçlendirilmesi ve yaygınlaştırılması, her ülkenin farklı sektörlerin sağlığa katkısını sağlanması konuları ele alınmıştır. [31]

Sağlığın geliştirilmesi kişilerin uzun vadeli yüksek standart ve kalitede yaşam sürmesinin yolunu açar. Sağlıklı yaşam davranışlarına uyum sağlamasına, enerjisinin artmasına ve sosyal problemlerin azalmasına yardımcı olur. [32]

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla pek çok model de tanımlanmıştır. Bunlardan bazıları; Sağlık İnanç Modeli, Transteoretik Model, Sosyal Biliş Modeli, Planlanmış Davranış Teorisi, Korunma Motivasyonu Teorisi ve Pender’ in Sağlığı Geliştirme Modeli’ dir.[31]

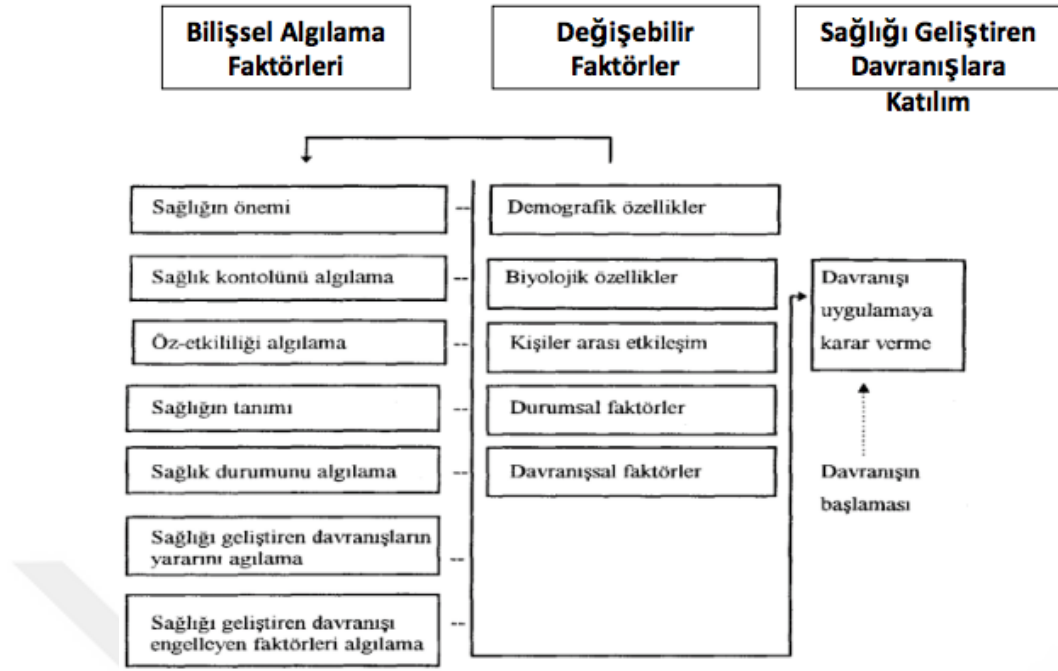
Pender’ in Sağlığı Geliştirme Modeli

Pender 1982 yılında tanımladığı sağlığı geliştirme modelini 1996 yılında revize etmiştir. Sağlığı geliştirmeyi “iyilik düzeyini artırma ve kişi, aile ve toplumun sağlık kapasitesini üst düzeye çıkarma” olarak tanımlamıştır.

Pender’in Sağlığı Geliştirme Modelinde diğer modellerden farklı olarak sadece hastalıkları önlemek değil kişinin iyilik halini geliştirmek, yaşam kalitesini artırmak ve sağlık sorumluluğu kazandırmak da ön planda olmuştur. [33]

Modele göre “sağlığa verilen önem”, “öz-etkililik ve yeterliliği anlama”, “sağlık durumunu algılama”, “sağlığı geliştiren davranışların yararını algılama”, “sağlığı geliştiren davranışı engelleyen ve destekleyen faktörleri algılama” yı kapsayan bilişsel algısal faktörler, sağlığı geliştirme davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesindeki esas motivasyon kaynağıdır. [30, 34]

Bireye bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşan bu modele göre sosyodemografik özellikler, biyolojik özellikler ile kişilerarası etkileşim, durumsal ve davranışsal faktörler de kişilerin sağlık durumunu etkilemektedir. [34, 35]



Şekil 1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli [34]

2.4. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ

Sağlıklı yaşam biçimini oluşturacak davranışların temelleri çocukluk çağlarından itibaren ailede atılır, eğitim ve sosyal ilişkilerle gelişir. Bu davranışları yaşam tarzına entegre eden kişinin iyilik hali gelişir.[36]

Dünyada ve ülkemizde bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) ölüm ve hastalık nedenleri arasında üst sıralarda yer alan en önemli sağlık sorunlarından biridir.[37] Kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, diyabet ve kronik solunum hastalıklarını kapsayan BOH'ların risk faktörleri arasında obezite, tütün kullanımı, stres, sedanter yaşam gibi önlenemez nedenler başı çekmektedir. Bu risk faktörleri hem artan sağlık harcamalarına hem de iş gücü kaybına ve yaşam yılı kaybına neden olmaktadır.[38]

DSÖ, maliyet etkin ve uygulanabilir bir dizi kanıta dayalı yaşam tarzı değişikliği önerileri tanımlamaktadır. Bunlardan bazıları tütün kullanımının azaltılması ya da önlenmesi, fiziksel aktivitenin artırılması, tüketilen tuzun ve yağın azaltılması, günde en

az beş porsiyon meyve ya da sebze tüketilmesini içerecek şekilde yeterli ve dengeli beslenmenin teşvikidir.[39, 40]

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Süreç Değerlendirmesi 2017 'ye göre, Türkiye'de BOH'lara bağlı ölümlerin yüzdesi %88'dir. Türkiye'de toplam BOH ölümü 392.000 ve BOH'lara bağlı erken ölme riski %17'dir. [1, 2] Ülkemizde sağlık bakanlığı tarafından bireylerin risk faktörlerinden korunması, sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazanması için çalışmalar yürütülmektedir.

Toplumun sağlık ve iyilik halinin geliştirilmesinde temel adım erken çocukluk döneminden itibaren bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsetilmesidir.[41]

2.4.1. Beslenme

Besin veya gıda; günlük diyetinde yer alan, vücudun ihtiyacı olan yapıtaşlarını içeren yenilebilen bitki ve hayvan dokularıdır. Besin ögeleri makro ve mikro besin ögeleri olarak ikiye ayrılır. Makro besin ögeleri; karbonhidratlar, yağlar, proteinler ve sudur. Mikro besin ögeleri ise vitaminler, mineraller ve eser elementlerdir. [42]

Beslenme uluslararası insan hakları belgelerinde belirtilen temel haklardan biridir. Bireylerin ve toplumun refah içerisinde ve sağlıklı yaşaması, sosyal ve ekonomik açılarından gelişmesi için en temel şartlardan biri sağlıklı, yeterli ve dengeli beslenmedir.[43]

Beslenme bedensel ve ruhsal sağlığın korunması ve geliştirilmesinde en önemli adımlardandır. Çocukluk çağlarından itibaren yerleştirilen sağlıklı ve düzenli beslenme hem bedensel ve zihinsel gelişimin yeterli olmasını hem de obezite riskinin azalmasını sağlayacaktır.

Yeterli ve dengeli beslenme kişinin yaşına, cinsiyetine, içinde bulunduğu fizyolojik duruma ve günlük aktivitesine uygun şekilde düzenlenmiş, makro ve mikro besin ögelerinden yeterli miktarda içeren beslenme olarak tanımlanabilir. Yetişkin bir bireyin günlük diyetinin yaklaşık %45-60'ı karbonhidrat, %20-35'i yağ, %12-20'si proteinlerden oluşmalıdır. [42, 44]

Yetişkinler için sağlıklı beslenmenin sağlanması için;

Günde en az 3 ana öğün, gerekliyse 2-3 ara öğün alınmalı, her besin grubundan yeterli miktarda alınarak(bkz. Şekil 2) besin çeşitliliği sağlanmalı, BKİ 20-24.99 arasında tutulmalı, bu aralıkların dışında kalan kimseler için özel beslenme programları oluşturulmalı, yeterli sıvı alımı sağlanmalı, kemik yoğunluğunun korunması için günde en az 2-3 porsiyon süt ve süt ürünü tüketilmeli, her gün mutlaka kahvaltı yapılmalı, besinler yavaş ve tam çiğnenerek tüketilmeli, uygun pişirme koşulları sağlanmalı, doymuş yağlar yerine mümkün olduğunca bitkisel yağlar tercih edilmeli, posa alımı artırılmalı, tuz ve şeker alımı optimal seviyede tutulmalı, kafein içeren ve gazlı/gazsız içecek tüketimi azaltılmalı, tütün ve alkolden uzak durulmalıdır. [44, 45]

Öğün sayıları ve düzeni ile ilgili artık farklı yaklaşımlar da tartışılmaya başlanmıştır. Çeşitli araştırmalarda günde 2 öğün yenilmesinin, uzun süre (5-6 saat) aç kalınmasının metabolizma üzerine olumlu etkilerinin olduğuyla ilgili sonuçlar bulunmuştur. [46]



Şekil 2. Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Piramidi[44]

Beslenme ile ilgili çalışmalar başladıktan sonra ilk olarak Besin ve Beslenme Konseyi 1958 besin türlerini süt grubu, ekmek ve tahıl grubu, meyve ve sebze grubu ile et, yumurta, kuru baklagil grubu olmak üzere dört grupta sınıflandırmıştır. Bu sınıflandırmanın ışığında her ülke kendi koşullarına ve alışkanlıklarına göre düzenlemeler yapmıştır. Ülkemizde ise önceleri dört yapraklı yonca modeli olarak adlandırılan sınıflama 2015 yılında yayınlanan Türkiye Beslenme Rehberinde “Sağlıklı Yemek Tabağı” olarak güncellenmiş ve beş gruba ayrılmıştır:

Süt ve ürünleri grubu; et, yumurta, kuru baklagiller ve yağlı tohumlar grubu, ekmek ve tahıllar, sebze grubu ve meyve grubu



Şekil 3. Sağlıklı Yemek Tabağı [44]

2.4.2. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite kas grupları kullanılarak ve enerji harcanarak yapılan bütün günlük yaşam aktivitelerini kapsayan bir terimdir. Egzersiz ise planlı, yapılandırılmış ve tekrarlayıcı hareketlerden oluşan, fiziksel uygunluğun bir veya daha fazla komponentini geliştirmek amacıyla yapılan bir fiziksel aktivite alt türüdür.[47]

Fiziksel aktivite hem bedensel, ruhsal ve sosyal anlamda sağlıklı yaşamın sürdürülmesinde hem de kronik hastalıklarla mücadele etmede büyük önem taşımaktadır. Fiziksel aktivite azlığı dünya genelinde ölüme sebep olan risk faktörlerinden biridir. Dünya genelindeki ölümlerin yaklaşık %6'sından sorumludur.[48] Ayrıca fiziksel aktivite kronik hastalıklar için en önemli risk faktörlerinden olan obeziteyle mücadelede en etkili yöntemdir. Yapılan araştırmalar fiziksel aktivite azlığının iskemik kalp hastalıkları, diyabet, meme ve kolon kanseri gibi ölümcül hastalıkların sebeplerinden olduğunu ortaya koymuştur.

2017 verilerine göre Türkiye'de nüfusun %43,6'sı yetersiz fiziksel aktivitede bulunmaktadır (haftada 150 dakikadan daha az, orta yoğunlukta fiziksel aktivite ya da eşdeğeri) (erkekler %33,1; kadınlar %53,9). Etkili bir fiziksel aktiviteye katılanların yüzdesi ise yalnızca %18,7'dir. (erkekler %29,9; kadınlar %7,8). [2]

Fiziksel Aktivitenin Faydaları

Beden, ruh sağlığı ve sosyal yaşam ile yaşlanma üzerine etkileri olmak üzere üç grupta incelenebilir: [48]

Kas iskelet sistemi üzerinde kas kuvvetinin artırılması, eklem hareketliliğinin korunması, postür ve dengenin sağlanması, dayanıklılığın artırılması, yorgunluğun azaltılması, kemik mineral yoğunluğun artırılarak osteoporozun önlenmesi gibi faydaları vardır.

Diğer organ ve sistemler açısından kalp atım sayısının azalması, kalp ritminin ve kan basıncının düzenlenmesi, kan kolesterol düzeylerini düşürerek kalp- damar hastalıklarının önlenmesi, akciğer kapasitesinin artırılması, metabolizmanın hızlanması, insülin aktivitesinin düzenlenmesi, kilo alımının engellenmesi konularında yarar sağlar.

Ruh sağlığı ve sosyal yaşam üzerindeki faydaları kişinin kendini mutlu hissetmesi, depresyon ve kaygı bozukluğu riskini azaltması, benlik saygısında artma, sosyal ilişkilerde ve iletişim becerilerinde gelişme olarak sıralanabilir.

Yaşlanma üzerine etkilerinden bazıları da şunlardır:

Kronik hastalıklar nedeniyle veya ani ölüm riskini azaltır, kanser ve kronik hastalık gelişim riskini azaltır. Osteoporozdan korur, dengenin artırılmasıyla düşme ve buna bağlı kırıkları önler, daha sağlıklı, aktif ve mutlu yaşlanmayı sağlar.[48]

Fiziksel Aktivitenin Planlanması

Fiziksel aktivite yoğunluğunu sınıflandırmada farklı ölçütler kullanılmaktadır. Bunlardan biri de Metabolik Eşdeğerlik (Metabolic Equivalent of tasks/MET)' tir. 1 MET 70 kg ağırlığındaki bir erişkinin dinlenme esnasında 1 dakikada harcadığı enerjiyi tanımlar. [47]

Hafif şiddetli fiziksel aktiviteler (<3.0 MET); yavaş yürüyüş (<3 km/sa), ütü yapmak, televizyon izlemek, duş almak vs.

Orta şiddette fiziksel aktiviteler (3-6 MET); normal tempoda yürüyüş (3-6km/sa) , bisiklet sürmek, bahçe işleri, jimnastik vs.

Yüksek şiddette fiziksel aktiviteler (>6 MET); yürüyüş (6-7 km/sa), jogging, koşu, yüzme, ip atlama, basketbol, voleybol vs. [48]

Fiziksel aktivite sıklığı ve yoğunluğu kişinin yaşına, cinsiyetine, günlük aktivite yoğunluğuna, genel sağlık durumuna göre değişmekle birlikte Amerikan Spor Hekimliği Koleji (ACSM) ve Amerikan Kalp Derneği (AHA)'nın ortak önerisi olan egzersiz yoğunluğu şöyledir. 18-65 yaş arası sağlıklı yetişkinler için; haftada 5 gün 30 dakikalık (150 dakika/hafta) orta yoğunlukla egzersiz veya haftada 3 gün 20 dakika yoğun egzersiz yapılması önerilmektedir.[47, 49]

Egzersiz mutlaka kas gruplarının ve vücudun egzersize hazırlandığı ısınma, asıl egzersizin yapıldığı yüklenme ve egzersizin yavaş tempoda devam ettirilerek kas ve kanda birikmiş olan laktik asidin atılımının sağlandığı soğuma evrelerinden oluşmalıdır. [48]

Haftalık plan dâhilinde yapılan egzersizin sağlığa maksimum yarar sağlaması için mutlaka dayanıklılık (aerobik) aktivitelerine denge, kuvvet ve esneklik aktiviteleri eklenmelidir.[48]

Düzenli egzersiz yapsa da yapmasa da bireylerin fiziksel aktiviteyi günlük yaşamın bir parçası haline getirmesi gerekmektedir. Gün içinde hareketsiz geçen süreyi azaltmak,

asansör yerine merdiven kullanmak, kısa mesafelerde araçla değil yürüyerek ulaşım sağlamak, aracı uzağa park etmek veya toplu taşıma araçlarından erken inmek gibi tedbirlerle gün içerisindeki fiziksel aktivite artırılabilir. [48]

2.4.3. Stres Yönetimi

Kelime anlamı zorlama, baskı, gerilme olan stres modern yaşamın hastalığı olarak kabul edilir. Sosyal bir varlık olan insan hayatta kalmak ve yaşamını sürdürmek için hayatın getirdiği değişimlere ayak uydurmak zorundadır. Bu değişimler sırasında da fiziksel, ruhsal veya sosyal olarak gerilimlere maruz kalması, kendini tehdit altında hissetmesi kaçınılmazdır[50]. Bununla birlikte optimal düzeyde stres kişinin hayatta kalması ve zorluklarla mücadele etmesi için şarttır[51].

Stres nedenleri temelde üç gruba ayrılır [51]:

-Fiziksel nedenler: gürültü, kalabalık, açlık, travma gibi

-Sosyal nedenler: aile ve iş ilişkileri

-Psikolojik nedenler: diğer iki gruba bağlı olarak veya kendiliğinden ortaya çıkan hayal kırıklığı, yetersizlik hissi gibi

Stres etmenleriyle karşılaşan vücut kendini tehdit altında hisseder ve stres hormonlarını salgılar. Böylece kalp hızı ve kas tonusu artar, kan basıncı yükselir. Kişi stresörle savaşmak veya stresörden kaçmak için gerekli enerjiyi bulur [52].

Ancak stres altında geçen sürenin artması ve durumun kronikleşmesi organ ve sistemlerde bazı olumsuz etkilere neden olur. Örneğin;

Aşırı kortizol beyni olumsuz etkiler. Kan basıncının sürekli yüksek olması damarlara zarar verir, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklara neden olabilir. Pankreastan aşırı kortizol salınımı insülin- kan şekeri dengesini bozar, diyabete yatkınlık ortaya çıkar. Mide mukozası olumsuz etkilenir, mide ağrısı ve bulantıya neden olur. Kortizol yüksekliği testosteron salgısını azaltır cinsel isteksizlik, erektil disfonksiyon ortaya çıkar. Kadınlarda menstrüel döngünün bozulmasına neden olur. Sitokin sentezini ve lenfatik sistemini olumsuz etkiler ve hastalıklara yatkınlık artar. Aşırı stres beden ve

zihin fonksiyonlarını etkiler, insan ilişkileri bozulur, yaygın vücut ağrılarına, anksiyete ve depresyona neden olur.[51]

Vücudun strese verdiği tepki üç aşamada incelenmiş ve “Genel Uyum Belirtileri” olarak tanımlanmıştır. Bunlar; alarm tepkisi, direnme ve tükenmedir. [53, 54]

Her bireyin stres etmenlerine verdiği tepki ve stresle başa çıkma yöntemi birbirinden farklıdır. Kişinin yaşam tarzı, ekonomik ve sosyal durumu, insanlarla olan iletişimi ve ilişkileri, problem çözme yeteneği stresle mücadele üzerinde etkilidir. Stresle mücadele ve stresin zararlı etkilerinden korunma öğrenilebilir ve geliştirilebilir bir olgudur.

Stres yönetimi stresi ve nedenlerini tamamen ortadan kaldırmak değil, zarar vermeyecek optimal seviyede tutmak anlamına gelir [55]. Stresle başa çıkmada ilk adım farkındalıktır, ayrıca gevşeme teknikleri, psikoterapi, fiziksel aktivite, telkin, stres nedenlerinden uzaklaşma, nefes egzersizleri, sosyal aktivitelere katılma, davranış terapileri yaygın kullanılan metotlardandır. Davranış değiştirme metotlarından Braham’ın tanımladığı dört aşamalı DKBY modeli D; değiştir, K; kabul et, B; boş ver, Y; yaşam tarzını yönet şeklindedir. [56]

2.4.4. Tinsellik

Tinsellik; maneviyat, inanç veya ruhsal yön olarak da adlandırılabilir. Bazı kaynaklarda da bireyin kendini gerçekleştirdiği, yaşamın anlamını ve amacını sorguladığı alan olarak tanımlanır. [57] Uzun yıllar boyu sağlık çalışanları tarafından göz ardı edilen bu boyutun önemi ve sağlık üzerinde etkili olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur. Bazı çalışmalarda tinselliğin bedensel ve mental sağlık, stres yönetimi, uzun yaşam süresi üzerine olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir.

Tinselliğin inanç boyutunu ortaya koyan bir çalışmada düzenli olarak kiliseye giden kişiler depresyonla mücadele, stres yönetimi, hastalıkların iyileşmesi konularında gitmeyenlere göre daha başarılı bulunmuş ve bu kişilerde kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon ve mortalite oranlarının daha az olduğu saptanmıştır.[58]

Sağlık çalışanlarının bireyi bir bütün olarak değerlendirmesi (bütüncül/holistik yaklaşım), onun fiziksel ve sosyal yönünü olduğu kadar tinsel yönünü de önemsemesi,

hastayı bir bütün olarak değerlendirmesi gerekmektedir [59]. Elison tarafından tanımlanan tinsel sağlık ölçeğine göre sağlığın tinsel boyutu; kişinin varlığını ve bütünlüğünü tehdit eden herhangi bir durum olduğunda kişiye destek olur ve güç verir. Sağlığın tinsel boyutu ayrıca kişinin yaşamın anlamını ve amacını sorgulamasını, ölümü kabullenmesini ve ilahi/ olağanüstü bir güçle ilişki kurmasını sağlar. [60]

2.4.5. Kişilerarası İlişki

İnsan sosyal bir varlıktır. Başkalarıyla iletişim ve ilişki kurarak toplum hayatında varlığını sürdürür. Bireylerin yaşam boyu mutluluk, öz saygı, üretkenlik ve sağlık durumlarını etkileyen önemli olgulardan biri de insan ilişkileridir. Bunlara karı-koca, evlat-ebeveyn, öğrenci-öğretmen, akraba ilişkisi, arkadaşlık ilişkisi gibi örnekler verilebilir.[61]

Kişiler arası olumlu ilişkilerin hastalıkların mortalite ve morbiditesini azaltıcı etkisi olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu da sosyal ve toplumsal ilişkilerin sağlık üzerinde son derece güçlü bir etkisi olduğunu göstermektedir. [62] Başka bir çalışmada kişiler arası ilişki desteği; yakın arkadaşlarla birlikte zaman geçirmek, hoşlandığı kişilerle fiziksel temas, sorunlarını aile ve arkadaşlarla paylaşmak, başkalarına ilgi ve sevgisini ifade etmek olarak tanımlanmıştır. [63]

2.4.6. Sağlık Sorumluluğu

Bireyin kendi sağlığını korumak ve geliştirmek için alınacak tedbirlere etkin katılımıdır.

Herkes kendi sağlığından sorumludur. Özellikle hastalıklardan korunmada sağlık hizmetlerinden çok kişilerin yaşam tarzı ve davranışları önem kazanmaktadır. Sağlığı koruyucu ve geliştirici tutum ve davranışların tamamını sağlık kurumlarından beklemek hem hizmetin etkinliğini düşürür, hem de hizmete ulaşmayı zorlaştırır[64]. Dolayısıyla kişiler kendi sağlık durumlarını koruyucu ve geliştirici davranışlar sergilemelidir. Bu tutum ve davranışlar bireyin kendi sağlık durumunu ne kadar önemseydiğini de gösterir. [65]

Bireyin kendi sağlık sorumluluğunu alabilmesi; kendini ve vucudunu taniması, sağlık durumu ile ilgili değişiklik olduğunda gerekli onlemleri alması, gerektiğinde sağlık kurumlarına başvurması, duzenli araliklarla sağlık kontrollerini yaptırması, sağlıkla ilgili gelişmeleri takip etmesi, kendi iyilik halini takip etmesi ile mumkun olur. [65]

2.5.KIşILIK VE MIZAC

Tanım: kişilik ve mizaç farklı anlamda kelimeler olmasına rağmen zaman zaman birbiri yerine kullanılmaktadır. Turk Dil Kurumu'na gore;

Kişilik: Bir kimseye ozgu belirgin ozellik, manevi ve ruhsal niteliklerin butunu, şahsiyet. Bireyin toplumsal hayatı içinde edindiği alişkanlıkların ve davranışların butunu.

Mizaç: huy, yaradılış, tabiat, karakter. [66]

Kişilik bireyin yalnızca zihinsel değil, duygusal, bedensel ve sosyal açıdan da sureklilik goşteren ozelliklerini kapsar.[67, 68] Bir insanı tanımlayan, diğerlerinden ayıran ozelliklerini, tutumlarını, yeteneklerini, diş çevre ve diğer insanlarla uyumunu, alişkanlıklarını, diş çevresini, konuşma tarzını da içine alan oldukça geniş bir kavramdır. [69] Dolayısıyla kişilik; doğuştan gelen mizaç ozellikleriyle aile, çevre ve eğitimle edinilen ozelliklerin birleşmesinden oluşur. [70]

Kişilik ve mizaç tarih boyunca başta psikoloji olmak üzere birçok bilim dalının ilgi alanına girmiştir. Mizacı ilk olarak M.Ö. 4. Yuzyılda Hipokrat neşeli, kızgın, soğukkanlı ve melankolik mizaç olarak dort gruba ayırmıştır. [71, 72]

Kretschmer kişiliği vucut tiplerine gore sınıflandırmıştır. Piknik tip insanları sakin mizaçlı, yemeğe duşkun ve sosyal bireyler olarak değerlendirmiştir. Atletik yapılı insanların enerjik ve cesur kişilik ozelliklerinde, astenik yapılı şahısların ise içe donuk, duşunceli, kuruntulu ve sinirli yapılı olduğunu soylemiştir. Bu sınıflandırmayı 1942'de Sheldon geliştirip guncellemiştir. [7, 73]

Eysenck'in sınıflamasında kişilik dort boyuttan oluşur. Bu boyutlar Psikotizm, dişadonukluk, nototizm ve yalandır. Psikotizm; başkalarının başına dert ačan, rahatsızlık

verici tipleri, dışadönüklük; sosyal ve neşeli tipleri, nörotizm; kaygılı, aksi ve küskün tipleri, yalan; sahte görünüm verme çabasında olan tipleri temsil eder.

Horney kişiliğin temelini korku ve kaygılar olduğunu savunurken, Jensen genetik faktörlere yoğunlaşmıştır. Rotter davranışların sosyal deneyimler sayesinde öğrenildiğini ileri sürmüştür. Kişilik iç ve dış uyaranların nasıl algılandığına ve yorumlandığına göre şekillenir. [74-76]

Holland meslek gruplarına göre bir sınıflama yapmıştır. Kişiliği altı gruba ayıran bu yaklaşıma göre; gerçekçi bireyler somut sorunlarla uğraşan, araştırmacı bireyler matematik ve soyut problemlere ilgili, sanatçı kişiler estetik bakış ve hayal gücü gelişmiş, sosyal bireyler başka insanların sorun ve mutluluklarına ilgili ve rehberlik eden, girişimci bireyler liderlik vasfı ile ikna kabiliyetleri gelişmiş olan ve geleneksel bireyler titiz, rutinleri seven kişilerdir. [77]

Freadman ve Rosenman'ın koroner kalp hastaları üzerinde yaptıkları çalışmaya göre;

A tipi kişiliğe sahip bireyler; çok çalışan, hızlı konuşan, başarı odaklı, aynı anda birden fazla iş yapan, sabırsız, sinirli,

B tipi kişiliğe sahip bireyler ise rahat, sakin, az stres yaşayan kişilerdir. [78]

Eric Berne göre kişiliğin ebeveynlik, çocukluk ve olgunluk olmak üzere üç boyutu vardır. Kişilerin başkalarına nasihat etme, sınırlar ve yasaklar koyma gibi davranışları ebeveynlik; bağımlı, bencil ve sorumsuz davranışlar, sadece içinde bulunulan zamanı düşünmek, eğlence ve oyun odaklı, içgüdüsel davranışlar çocukluk yönünün dışavurumudur. Bağımsız, sorumlu ve duyarlı davranışlar, çalışma ve başarılı olmaya odaklanma, isteklerin mevcut şartlara göre sınırlandırılması gibi tutumlar ise yetişkinlik dönemini temsil eden olgunluk boyutunu ortaya koyar. [74, 79]

Psikanaliz kuramının babası Freud'a göre ise kişiliği oluşturan ögeler id (alt benlik), ego(benlik) ve süper ego (üst benlik)dur. Freud 20. Yy başlarında ortaya attığı kişilik kuramında erişkin dönem kişilik özelliklerinin ilk beş yaştaki psikoseksüel gelişim dönemlerine bağlı olduğunu savunmuştur. Freud yaşamın erken dönemlerindeki cinsel dürtüler kişilik gelişiminde temel faktör olduğunu söylemekle beraber, cinsel dürtülerin gelişiminde biyolojik gelişimin, sosyal ve çevresel yapının etkisinin de önemini

vurgulamıştır. Birey çocukluk döneminde oral, anal, fallik, latent, genital dönemlerden hangisinde sapsanmışsa yetişkin olduğunda o döneme ait özellikleri baskın olarak taşıır. [79, 80] Freud'a göre kişiliğin temel özellikleri süper egonun ortaya çıktığı altı yaşına kadar nihai şeklini almıştır. Freud'a benzer şekilde kişilik gelişimini dönemler halinde tanımlayan Erikson ise cinsel değil sosyal gelişim basamaklarını baz almış ve psikososyal kuramı tanımlamıştır. Erikson Freud'un aksine kişilik gelişiminin yaşam boyu sürdüğünü savunmuştur. [81]

Psikolojide pek çok kişilik teorisi tanımlanmış olmakla birlikte en çok kabul görenler; Psikoanalitik Kuram (Freud), Özellikler Kuramı (Cattell, Norton), Benlik Kuramı (Maslow, Rogers), Sosyo-Psikolojik Kuram (Erikson, Jung) dir. [71]

Her ne kadar bazı özellikleri bir diğeriyle benzerlik gösterse de her bireyin kişiliği kendine özgüdür, her insan biriciktir, tektir. Bu yüzden hiçbir sınıflandırma kişilik tiplerini tam olarak sınıflandıramaz. Kişilik özelliklerinin sınıflandırılması ile kişilerle ilgili yalnızca genel bir fikir edinilebilir. Ancak tıbbi olarak tanısai amaçlı ve bilimsel amaçlarla en baskın kişilik özellikleri değerlendirilerek kişilik tipleri sınıflandırma sistemleri geliştirilmiştir. [82]

Mizaç ve kişiliğin bilimsel yöntemlerle incelenmesi Allport'un (1987) ayırıcı özellik kavramını tanımlamasıyla başlamıştır. Ayırıcı özellik zaman içerisinde durağan olan, farklı durumlar karşısında benzer tarzda sergilenen davranışlardır. [83] Ayırıcı özellikler kategorik ve boyutsal olarak değerlendirilebilir.[7] Boyutsal yaklaşımda normal ile anormal arasında kategorik bir fark yoktur, süreğenlik vardır. Bireylerin ayırıcı özelliğe ne derece sahip olduğunu değerlendiren bu yaklaşıma örnek modeller Costa ve McCrae'nin Beş Faktör Kişilik Modeli (BFM) (1990) ve Cloninger'ın yedi faktörlü Psikobiyolojik Kişilik Modelidir (PKM) (1993). [83, 84] Kategorik yaklaşımda; ayırıcı özelliklerin varlığı veya yokluğu baz alınarak sınıflandırma yapılır. Kategorik yaklaşıma örnek olabilecek modeller; Akiskal'ın beş kategoriden oluşan Afektif Mizaç Modeli (AMM) (1987), Myers-Briggs' in Kişilik Modeli ve Gurdjieff'in Enneagram modelidir.

2.5.1. Kişiliği Etkileyen Faktörler

Kişilik insan yaşamı boyunca gelişmeye devam eden canlı bir süreçtir.[85] Kişiliği etkileyen faktörler şöyle sıralanabilir: [86]

Genetik unsurlar: Kişilik özelliklerinin her insanda farklılık göstermesinin temel sebeplerinden biri genetik faktörlerdir. Kişinin anne-babasından genler yoluyla aldığı fiziksel özellikler ve mizaç özellikleri kişilik yapısının temelidir.

Fizyolojik ve Fiziksel Unsurlar: Hormonlar ve salgı bezlerinin normalden az veya fazla çalışması kişilik özelliklerini etkileyebilir. Fiziksel özellikler ve dış görünüş bireyin diğer insanlarla iletişim kurarken alacağı tepkileri ve toplumda kabul görmesini etkileyebildiğinden kişilik üzerinde de etkili olduğu düşünülmüştür.

Aile: Kişiliği etkileyen faktörler arasında en çok etkisi olan unsurdur. Adler'e göre özellikle yaşamın ilk yıllarındaki anne-baba tutumu kişilik üzerine oldukça etkilidir. Ebeveynlerin aşırı ilgili- ilgisiz veya engelleyici- baskılayıcı tutumları çocuğun ilerdeki davranış kalıpları üzerinde ve kişiliğin şekillenmesinde rol oynar.

Çocukluk çağında kişilik gelişimini destekleyecek en iyi ebeveyn tutumu demokratik model olarak açıklanmıştır. Müdahale ve baskı ortamı olmadan büyüyen çocuklar ilerde daha özgüvenli ve ne istediğini bilen bireyler olacaktır. [67]

Çevre: kişinin yetiştiği sosyal, kültürel çevre, ekonomik şartlar, eğitim fırsatları da kişiliğin gelişmesinde rol sahibidir. [68]

Diğer faktörler: Teknolojinin gelişmesiyle internet, televizyon, radyo, kitap gibi kitle iletişim araçlarının da kişilik üzerinde etkisi olduğunu savunan görüşler vardır. Kişi etkisinde kaldığı yayın aracılığıyla kişiliğine yön verebilir. [87]

2.6.ENNEAGRAM

Yunanca “ennea”(dokuz) ve “grammos”(noktalar) sözcüklerinin birleşimiyle meydana gelen Enneagramın temelleri çok eski yıllara dayanır.[88] Bennet'e göre Enneagramın kökenleri 4500 yıl öncesine ve Mezopotamya bölgesine dayanır.[89] Ancak Enneagramla ilgili ilk bilimsel çalışmalar Gurdjieff tarafından 1930'larda yapılmıştır. Daha sonra Ichazo ve Naranjo'nun katkılarıyla bir kişilik tip modeli haline gelmiştir. [71, 90] Enneagram sistemi temel alınarak geliştirilmiş farklı test formları mevcuttur.

Enneagram sistemi kategorik olarak sınıflanmış dokuz kişilik tipini, bunların birbiriyle olan karmaşık ilişkilerini, sağlıklı, ortalama ve sağlıklı davranışlarını inceleyen bir modeldir. İnsanın zihin, duygu ve içgüdü olarak üç temel merkezinin olduğunu ve her merkezde üçer kişilik tipinin bulunduğunu savunur. İnsanı üç merkezde değerlendiren tek yaklaşım Enneagram değildir. İslam felsefesinde ve Freud'un geliştirdiği Psikanaliz kuramında da üç merkez/üç potansiyel yaklaşımı mevcuttur. Bu merkezler İslam felsefesinde Kuvve-i Akliye, Kuvve-i Gadabiye, Kuvve-i Şehviye olarak adlandırılan bu üç merkez, psikanalizde Süper ego, Ego ve İd isimlerini alır. [71]

Her bir merkezden gelen dürtüler kişilik üzerinde etkiye sahiptir. İçgüdü merkezinin dürtüsü öfkedir, duygu merkezinin dürtüsü korku ve zihin merkezinin dürtüsü 'ne hissediyorum' dur.



Şekil 4. Enneagram Sistemi [6, 71, 90]

Enneagram her bir bireyi bir kişilik tipinde değerlendirmekle beraber kanat tip, stres noktası, güven noktası gibi kavramlarla kişilik tiplerinin kalıplarını genişletir ve daha özgün bir hale gelmesine olanak verir. Her bir kişilik tipinin iki yanında bulunan tipler kanat tipleridir. Her insanda farklı bir kanat baskın olabilir veya her iki kanat dengede olabilir. Kişi stres altındayken sembolde ana tipten uzaklaşan ok yönündeki tipin olumsuz

davranışlarını sergileyebilir. Sembolde ana tipe yaklaşan ok da güven noktasını gösterir. Kişi güven durumlarında o tipin olumlu özelliklerini sergileme eğiliminde olur. [6]

Somutlaştıracak olursak ana tipi 6 olan bir kişinin kanat tipleri 5 ve 7, güven noktası 9, stres noktası ise 3 numaralı kişilik tipidir.

Farklı Enneagram çalışmalarında, kişilik tipleri farklı şekillerde adlandırılmıştır. Bu çalışmada standart olarak numaralandırma kullanılmakla beraber, Subaş ve arkadaşlarının önerdiği isimlendirme de kullanılmıştır.[71] Aşağıda her bir kişilik tipinin temel özelliklerine kısaca değinilmiştir. Ortalama tip özellikleri her tipin genel özelliklerini, sağlıklı tip özellikleri tipin ideallerini, sağlıksız tip özellikleri tipin sorunlarını ortaya koyar.

2.6.1. Tip 1- Mükemmeliyetçi

Ortalama Tip 1' ler hep haklı olmak isterler ve haklı olduklarını düşünürler, bu da sosyal ilişkilerinde zorlanmalara sebep olabilir. Herkesi düzeltmek isterler, her zaman eleştireldirler. Aşırı tedbirdir, hata yapmaktan korkarlar. Değişimden çekinirler, sabit fikirlidirler.[6] İçgüdüsel dürtülerini, toplum ve kendi üst benlikleri (süper ego) tarafından kabul edilebilir davranışlara yönlendirmek için çabalarlar. Mücadeleci, reformcu, avukat, eleştirmen, eğitici ve soylu idealist olurlar. Amaca yönelik hareket başlatırlar [90].

Prensipli, objektif, dengeli bir karakter olan sağlıklı Tip 1'ler her şeyin kusursuz olmasını ister. İdeal olanın peşinde koşar. Düzenli, akılcı, dürüst ve etikler. Öz disiplinleri yüksektir. En sağlıklı hallerinde kendilerine karşı eleştirel, bilge tavırlara sahiptirler. Ahlak ve inanç onlar için son derece önemlidir.[6]

Sağlıksız Tip 1'ler ise titiz, kusursuz olduğunu düşünen, gergin, kızgın, takıntılı ve işkoliktir. Herkes hakkında keskin yargıları mevcuttur, inatçı ve dar görüşlüdürler. Onlar için siyah ve beyaz vardır. Kendileri birçok hata yapsa da başkalarının hatalarına karşı tahammülsüz ve takıntılıdır.[6]

Tip 1'lerin güvenlik noktası 7 noktasıdır. Güven durumunda iyimser, heyecanlı, esnek ve enerjiktirler. Farklı deneyimlere açıktırlar, daha canlı ve neşeli olurlar. [6]

Temel korkuları yanlış/kötü yapmaktır.[71]

Güçlü yönleri; düzenli, disiplinli idealist, vicdanlı olmalarıdır. Zayıf yönleri; yargılayıcı, uzlaşmayan, eleştirel esnek olmayan bireylerdir.[71]

2.6.2. Tip 2- Yardımcı

Verici, şefkatli, alçakgönüllü, cömert ve hizmet odaklıdır. Başkaları için vazgeçilmez olmak, sevilme ve takdir görmek arayışındadır. Kendini başkalarının gereksinimlerine adar. Yalnız kalmaktan korkar.[71] Başkalarını kırmaktan korktukları için kolay kolay hayır diyemezler.[91, 92] Empati yetenekleri oldukça gelişmiş olan ikiler her şeye olumlu bakma özelliğine sahiptir. İyi niyetli ve dostane ilişkiler kurarlar. Sağlıklı bir Tip 2 başkalarının ihtiyaçlarıyla sorunlarıyla yakından ilgilidir. Kendisi ve diğerleri arasında denge kurabilir. Koşulsuz ve karşılıksız sevmek, merhamet ve nezaket onlar için çok değerlidir. Mütevazı bir yapıları vardır. Gelişmiş bir Tip 2, gerçekten yardımsever ve destek vericidir. [6, 93]

Sağlıksız tutumları arasında saldırgan, saplantılı ve baskıcı davranışları vardır. Bu da diğerleriyle ilişki kurmasına zorlaştırıp yalnız kalmasına neden olabilir. Onaylanmadıklarında kurban psikolojisine girerler. Sürekli yakınır. Narsistik bir yönleri vardır. Değer-değersizlik ile ilgili sorunları vardır. [6, 71, 93]

Temel korkusu başkalarını hayal kırıklığına uğratmak ve reddedilme. Güçlü yönleri; empati yeteneği gelişmiş, motive edici, ince düşünceli olmasıdır. Zayıf yönleri aşırı fedakâr, alıngan ve talepkâr olmasıdır. [6, 71]

2.6.3. Tip 3: Başaran

Sonuç odaklı, vazgeçmeyen ve her zaman motive olan Tip 3'ler her zaman yüksek performans ve hırslarıyla dikkat çekerler. Kendilerine değer verirler ve diğerlerini cezbeden bir ışıltıları vardır. Statü ve imaja önem gösterirler, yeniliklere çabuk ayak uydururlar. Sosyal hayatlarında takdir görmeyi çok önemserler. Odaklanma yetenekleri yüksek olduğu için olduklarından daha yetenekli görünürler. Tip 3ler için kariyer aileden önce gelir. Aynı zamanda itibar düşkünü ve kibirlidirler. Sahip oldukları şeylerle övünmeyi severler. Etraflarına elit bir görüntü vermeye çalışırlar. Eleştiri veya stres durumunda öfkeli ve küstah olabilirler. Savunma mekanizmaları kibir üzerine kuruludur.

Sağlıklı Tip 3'ler iş konusunda oldukça profesyonellerdir. Sürekli iş programları mevcuttur.[6] Çoğunlukla dış görünüşünü önemseyen ve başkalarını bu şekilde etkileyebileceklerine inanan insanlardır. Özgüvenleri fazlasıyla yüksektir.[94]

Sağlıksız Tip 3'ler hedeflerine daha fazla odaklanırlar. Başarısız olmak onlar için küçük düşmek anlamına gelir. İntikam ve kıskançlık duyguları kabarır, sosyal hayatta çokça yalan söyleyebilirler. İnsanları aldatmak, paranoya günlük hayatlarının rutini haline gelebilir. Sağlıksız Tip 3'ler depresyon ve bazı psikopatolojilere meyillidir. Kendilerine başarısızlıklarını hatırlatan her şeye karşı takıntılı bir nefret duyarlar. Güven noktası Tip 6'dır. Kendilerini güvende hissettiklerine bencillikten uzaklaşıp takım oyuncusu rolünü benimseyebilirler. Etraflarındaki insanlara güven duyarlar. [6]

Temel korkusu; başarısızlıktır. Verimli, sonuç odaklı ve içten motivasyonlu olması pozitif yönleriyken; kinci, benmerkezci ve hileci olması da tipin eksi yönleridir. [71]

2.6.4. Tip 4- Özgün

Duyularını açıkça ifade eden, melankolik, içe dönük, yaratıcı, sanatçı ruhludurlar. Estetik anlayışları oldukça gelişmiştir. Kendilerine ve başkalarına karşı nazik, duyarlı, düşünceli ve anlayışlı bireylerdir. Gizemli görünmelerinin sebebi genellikle yetenekleri ve farklı tarzlarıdır. Romantik ve tutkulu olan Tip 4'ler aynı zamanda dürüst ve samimidirler. Aşırı duygusallık içinde kolayca incinebilir duruma gelirler; kendilerini "değişik" ve "yabancı" hissederler. Değişken ruh halleri ve fırtınalı duyguları çevresindekileri tedirgin edebilir. Yaşadığı çevre şartlarında rahat olmazlarsa daha fazla içine kapanır, her şeyi kendilerine yönelik algırlar. [6, 90]

Sağlıksız tutum içerisindeki Tip 4'lerde öne çıkan özellik inkârdır. Güven duygularını yitirdiklerinde kendilerini sorgulayan insanlara düşmanca davranırlar. Bu da onlardan uzaklaşma veya tam tersine bağımlı hale gelmelerine sebep olabilir. Yoğun arzu ve nefreti birlikte yaşarlar ve bu onların günlük yaşamını etkiler. İstediklerine ulaşamadıklarında yarı yolda bırakıldıklarını düşünür ve öfke duyarlar. Stres durumları arttıkça kendilerini toplumdan ve yakın çevresinden soyutlarlar. Kendine acıma ve başkalarını kıskanma duyguları, hayal kırıklığının yanında hiçlik duygusu yaşarlar. [6, 71]

Sıradanlaşma temel korkularıdır. Pozitif yönleri sanatçı ruhlu, özgün, kibar olmalarıdır. Melankolik, kıskanç ve karamsar yapıları ise zayıf yönleridir. [71]

2.6.5. Tip 5- Gözlemci

Ortalama Tip 5'ler entelektüel alanlara ilgi duyan, her türlü olayı kavramsallaştırma eğiliminde olan kişilerdir. İnsanlarla çabuk kaynaşamaz, yalnızlıktan hoşlanırlar. Öğrenme onlar için içsel bir ihtiyaçtır. Sezgileri, gözlem yeteneği ve öngörülerini oldukça geliştirmiştir. Vesveseli, gerçeklerden ziyade kendi düşüncelerine önem veren bir yapıları vardır. Üst düzey zihinsel kapasiteleri ile dikkat çeken Tip 5'ler aynı zamanda dikkatli, çalışkan, meraklı ve öğrenmeye açıktır. Hafızaları güçlü, algıları açıktır. Yenilikler her zaman ilgilerini çeker. Her ne kadar zihinsel boyutu ön planda olan bir kişilik tipi olsa da sağlıklı Tip 5'ler merhametli, naif, saygılı ve güvenilirlerdir. Yaratıcı zekâları ön plandadır. Ön yargısız ve objektiftir. Tip 5'ler bir davranışı gerçekleştirmeden önce her şeyi zihinlerinde planlarlar: Modeli oluştururlar, bilgi toplayıp hazırlanırlar, pratik yaparlar. Gerçek dünyadan uzaklaşarak kendi kavram ve hayal dünyalarına çekilirler. [6, 71, 90]

Sağlıksız Tip 5'ler kendilerini insanlardan soyutlar, adeta inzivaya çekilirler. Sosyal ilişkilerini koparır, ketumlaşır. Saldırgan, şüpheli tutum sergilerler, rasyonelliklerini kaybedebilirler. Tip 5'lerin güvenlik noktası Enneagramın 8 noktasıdır. Bu sayede Tip 5'lerin özgüveni artar, kendinden emin ve kararlı olurlar. [6]

Temel korkusu bilememek olan Tip 5 analitik- sorgulayıcı düşünce yapısına sahiptir. İnsanlarla iç içe olmaktan, bağlanmaktan çekinirler. [71, 95]

2.6.6. Tip 6- Sorgulayan

Güvenilir, kendini adayan, savunmacı ve şüpheli tiplerdir.[71] Sadakat duyguları gelişmiş, gruplarda olması istenen, işbirliğine açık olan Tip 6'lar tam bir "dava adamıdır". Kendilerini mazlum gördükleri kişilerle özdeşleştirir, onlara karşı korumacı ve merhametli bir tavır içerisinde olurlar. Dost canlısı, öz disiplini güçlü, güçlükler karşısında sebatkar ve sözünde durmaya gayret eden insanlardır. Kaliteli iş yapmak, doğru davranmak Tip 6'lar için oldukça önemlidir. Ortalama bir Tip 6, kendi dâhil herkese ve her şeye şüpheli bakar, hayatını sorgular. Bu yüzden zaman ve enerjilerini güvenilir olduğuna inandıkları şeylere ayırırlar. Sürekli tetikte olan Tip 6'nın güvenini kazanmak zordur. Adil bir otoritenin gerekliliğine inanır. Çatışmadan uzak kalmak

isterler. Harekete geçmekten çekinen, ön plana çıkmaktan hoşlanmayan bir yapıları vardır. Kararsız ve ürkek tavırlarına rastlanabilir. Genellikle bir grup içerisinde hareket etmeyi tercih ederler. Güvensizliklerinin arttığı durumda daha inatçı, tepkisel, iğneleyici bir tutum içerisinde olurlar, esnekliklerini kaybederler. Sabit fikirli ve otoriter olmaya başlarlar. [6, 90]

Sağlıksız Tip 6'lar kötümser, pasif- agresif tavırlar sergiler, kabuklarına çekilirler. İnisiyatif almaktan kaçınıp işlerini geciktirdikleri için de kendilerini değersiz ve işe yaramaz hisseder, aşağılık duygusuna kapılırlar. Birilerinin kendilerini kurtarmasını beklerler. Bir yandan destek istemezken bir yandan da bağımlı olurlar. Kendilerine haksızlık edildiğini düşünürler. [6]

Güven noktası Tip 9'da bulunur. Daha uyumlu, uzlaşmacı olurlar. Kendilerine ters gelen eylemlerle karşılaşınca çatışmamak için yok sayma eğiliminde olurlar. [6]

Tip 6'ların temel korkusu güvensizliktir. Risk almaktan ve göz önüne çıkmaktan çekinirler. Endişeli, şüpheli, aksi tavırlar zayıf yönleridir. Sadık, takım oyuncusu, görev bilincine sahip olmaları da pozitif yönleridir. [71]

2.6.7. Tip 7- Maceracı

Özgür ruhlu, iyimser, neşeli, kendiyle barışık ve mutlu tiplerdir. İnce zevkleri vardır. Macerayı ve eğlenmeyi çok severler. Kıvrak zekalıdırlar, aynı anda birden fazla alanla ilgilenebilirler. Mükemmel olduklarını düşünürler. Heyecan verici aktivitelerden hoşlanırlar. Yaşam felsefesi "carpe diem / ânı yaşa" dır. Zihin merkezli olduklarından çabuk kavrayan, kıvrak zekalı tiplerdir. Sağlıklı olma durumu arttıkça pratik ve yaratıcı olurlar, yetenekleri ortaya çıkar. Tinsel alanda daha fazla düşünürler.[6]

Ortalama bir Tip 7'nin zihinsel yönü daha ön plandadır. Bu da heyecan verici yeniliklere odaklanmalarını engeller. Gösteriş ve abartıyı önemser, aşırı tüketim eğiliminde olurlar. Kendilerini ifade etmek ve dikkat çekmek için aşırı bir çaba içine girerler. Trend takipçisidirler, yeni sporlara başlar, bilinmeyen tatil yerlerini merak ederler. [6]Daha iyi seçenekleri kaçırma korkusundan dolayı tek bir şeye odaklanmak istemezler. Önceliklerini belirleyemez ve hayır diyemezler. Dikkatleri dağınık, hiperaktif bir kişi olarak kendilerini bir etkinlikten öbürüne atarlar, akıllarına her geleni yaparlar.

[90] Kendilerine sınırlar koyulmasından pek hoşlanmadıkları için disiplin içinde rahatça yaşayamazlar. Genellikle dağınık ve düzensizlerdir.[92, 96]

Sağlıksız Tip 7'ler anlık öfkeler, bıkkınlık ve panik yaşarlar. Mükemmel olduğundan emin olan Tip 7 kendilerinden fazla emindirler. Narsistik, çocuksu ve huysuz tavırlar sergileyebilirler. [6]

Temel korkuları sınırlandırılmaktır. Pozitif yönleri neşeli, enerjik, yenilikçi olmalarıdır. Maymun iştahlı, patavatsız, dağınık, hiperaktif, konsantrasyonunu çabuk kaybeden, dürtülerine boyun eğen tavırlar Tip 7'lerin zayıf yönleridir. [71]

2.6.8. Tip 8- Reis

Otoriter olmayı seven ve başarılı insanlar. Özgüvenleri çok yüksektir. Bu özgüvenin altında yüksek fiziksel kapasitelerine olan güven yatar. Öfkelerini ve gücünü açıkça sergiler, savaşçıdır. Gelişmiş bir Tip 8, özellikle düşmana karşı bir mücadele söz konusu olduğunda, mükemmel bir liderdir. Çevresindeki insanlar için güçlü bir destekçidir. Görev bilinci yüksek, kendinden emin, ne istediğini bilen ve cesur bireylerdir. [6, 93]

Ortalama bir Tip 8; bağımsız ve özerk olmak için gayret eder. Kendi kendine yeterli olmak ve maddi anlamda bağımsızlık önemlidir. Girişimci, iş döndüren, çetin insan olurlar. Tip 8'ler aynı zamanda çeşitli zevkleri tatmak isteyen, cüretli, tutkulu, serüven seven, kendilerini kanıtlamak ve heyecan duymak için risk alan insanlardır. Gerilim arttıkça kendilerini korumaya ve duygusal olarak savunmaya yönelirler. Çabalarının desteklenmediği kanısına saplanırlar. Önemli kişi olduklarını anlatmaya çalışırlar; övünmeye, kibirlenmeye başlarlar; büyük planlar yaparlar, büyük vaatler verirler.[71, 90]

Kendilerine güvenleri azaldıkça yani sağlıksız tutum içerisine girdikçe daha baskıcı, saldırgan hale gelirler. Her şeyi bir güç savaşı olarak algırlar ve geri çekilmeyi bilmezler. Kindar, iddialı, zorba ve korkutucu olabilirler. Acımasız davranırlar. Ancak her daim korku ve endişe de yaşarlar. Sosyopatik eğilimler de görülebilir.[6]

Temel korkusu güçsüz kalmaktır. Güven noktası Tip 2'de bulunan Tip 8'ler bu durumda daha empatik ve babacan tavırlar sergilerler. Diğerlerini koruyup desteklemek

onlar için önemli hale gelir. Pozitif yönleri kendinden emin, cesur, kararlı ve adil olması iken, negatif yönleri kavgacı, sahiplenici, baskın olmasıdır.[6, 71]

2.6.9. Tip 9- Uzlaşmacı

Çatışmalardan kaçınan, uzlaşmacı, rehber, barışçı kimselerdir. Hem iş hem özel hayatlarında gerginlik yaratmaktan uzak tiplerdir. Kişiliklerinin dengede tutmaya gayret ederler, sürekli kendilerini gözden geçirirler. İnsanlarla uyum içinde çalışan, mutluluğu dışardan belli olan kişilerdir. Samimi ve sakin tavırları vardır. Oldukça kararsız ve utangaçtırlar. Farklılıklara saygılı, fikirleri yargılamadan kabul edebilen, pozitif rekabetten yana kişilerdir. Canlı, hayat dolu, arabulucu tiplerdir. Başkalarının bakış açılarını, düşüncelerini anlarlar fakat kendilerinin ne istediğini veya düşündüğünü bilme konusunda bu kadar iyi değildirler. Çatışmadan korkarlar, bu yüzden geri plana çekilirler, başkalarına ve duruma uyarlar, istemedikleri şeylere evet derler. Kendilerini değil, başkalarını memnun etmeyi amaç edinirler. Başkalarının düşüncelerine göre yaşamaya başlarlar. [6, 90]

Sağlıksız 9'ları ifade eden en iyi tanım öğrenilmiş çaresizliktir. Kendilerini beceriksiz ve başarısız görürler, zamanla edilgenleşirler. Öfkesinin bastırmaya veya reddetmeye çalışır. İnsanlarla ilişkileri bozulur, üretkenlikleri azalır. Yetersizlik hissine kapılır, yaşam enerjileri düşer, depresyona meyillidirler. Çaba göstermeden sorunların kendiliğinden çözülmesini beklerler.[6]

Tip 9'lar güven durumunda Tip 3'ün ortalama özelliklerini sergilerler. Daha enerjik olurlar, başkalarından kabul görmek, ilgi odağı olmak önem kazanır. Temel korkuları; çatışmadır. Zayıf yönleri üşengeç, iddiasız, kararsız ve unutkan olmasıyken; arabulucu, uyumlu, sakin tavırları pozitif yönleridir. [6, 71]

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMANIN DİZAYNI VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Çalışmamız 01.06.2018-30.10.2018 tarihleri arasında Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran bireyler arasından çalışmaya katılmaya gönüllü olan 553 kişi üzerinde yapılan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildikten sonra onam alınarak üç bölümden oluşan anket formu uygulandı. Çalışmaya 18 yaş üstü olan, okur-yazar olan, bilinen kronik hastalığı veya ilaç kullanımını olmayan gönüllüler dâhil edildi.

Anket formu 12 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu, 52 soruluk Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği-II ve 27 soruluk Enneagram Kişilik Ölçeğinden oluşmaktaydı.

3.1.1. Sosyo-demografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan formda katılımcıların sosyo-demografik özellikleri hakkında bilgi alınması amaçlandı. Yaş, cinsiyet, boy-ağırlık, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir-gider dengesi, kişinin kendi sağlık durumunu değerlendirmesi, doktora son başvuru zamanı ve nedeni, sigara kullanım durumu, alkol kullanım durumu sorgulandı. Katılımcılardan kimlik bilgisi istenmedi.

3.1.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

İlk olarak Pender'in sağlığı geliştirme modeli esas alınarak Walker ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. 1996 yılında revize edilerek SYBD-II adını alan ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. [97]

Alt faktörler; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir.[98] Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Bahar ve ark. Tarafından 2008 yılında yapılmıştır.

SYBD-II ölçeği, dördümlü Likert'e göre [1 (hiçbir zaman), 2 (bazen), 3 (sık sık) ve 4 (düzenli olarak)] tamamı olumlu 52 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçekten alınan toplam puan kişinin sağlıklı

yaşam davranışı puanını gösterir. Puanların artması, kişinin belirtilen sağlık davranışlarını daha sık uyguladığını düşündürür.

Altı alt başlığı bulunmaktadır:

Manevi Gelişim (Tinsellik): Bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini, kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini gösterir (Manevi gelişim alt ölçeği madde numaraları: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52).

Beslenme; Bireyin öğün ayarlama ve dengeli- yeterli beslenme tedbirlerine uyum durumunu gösterir. (Beslenme alt ölçeği madde numaraları: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50).

Fiziksel aktivite; Kişinin sağlıklı yaşamın önemli bir parçası olan hafif, orta ve ağır egzersiz uygulamalarını ne düzeyde uyguladığını gösterir (Fiziksel aktivite alt ölçeği madde numaraları: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46).

Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlık ve iyilik halini koruma ve sürdürme tedbirlerine ne düzeyde katıldığını ve kendi sağlığı konusunda sorumluluk alıp almadığını gösterir. (Sağlık sorumluluğu alt ölçeği madde numaraları: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51).

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

Stres yönetimi; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını gösterir. (Stres yönetimi alt ölçeği madde numaraları: 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47).

3.1.3. Enneagram Kişilik Ölçeği

Çalışmada katılımcıların kişilik tiplerini belirlemek amacıyla Enneagram metodolojisi temel alınarak Subaş ve arkadaşları tarafından geliştirilen 27 soruluk Enneagram Kişilik Ölçeği kullanıldı. Ölçeğin 27 maddesinin Cronbach- α değeri 0,901; Guttman güvenilirlik katsayısı 0,915; Spearman Brown katsayısı ise 0,91'dir. [71]

Dörtlü likert tipi tasarlanan ölçek her kişilik tipi için üç soru içermektedir. Ölçeklerin likert tipi cevaplarının derecelendirmesi şu şekildedir:

0: Beni "hiç" anlatmıyor

1: "Bir kısmı" beni anlatıyor

2:"Geneli" beni anlatıyor

3: "Tamamı" beni anlatıyor

Ölçeğin dokuz alt tipinin her biri bir kişilik tipini temsil etmektedir.

Tip1: Mükemmeliyetçi

Tip 2: Yardımcı

Tip 3: Başaran

Tip 4: Özgün

Tip 5: Gözlemci

Tip 6: Sorgulayan

Tip 7: Maceracı

Tip 8: Reis

Tip 9: Uzlaşmacı

Araştırma için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulundan 28.06.2018 tarih ve 19 sayılı izin alınmıştır.

3.1.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışma sonucunda elde edilen araştırma verileri R (sürüm 3.5.1) istatistiksel programlama dili aracılığıyla bilgisayar ortamına aktarılarak analiz edildi.

Yaş, beden kitle endeksi ve sigara paket/yıl endeksi gibi değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Shapiro-Wilk testi ile test edildi. Normal dağılım gösteren değişkenlerin tanımlayıcı istatistik bilgilerinin sunumunda ortalama (\pm) standart sapma değeri, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin istatistiksel sunumunda ise ortanca ve Çeyreklikler Arası Genişlik – ÇAG, (Interquartile Range-IQR) kullanıldı. Diğer yandan,

değişkenlerin minimum – maksimum değerleri, frekans dağılımı ve yüzdeler bilgileri de ilgili tablolarda gösterildi. İkili gruplar arası farklılıkların tespiti için parametrik test olarak bağımsız gruplar arasında t-test, parametrik olmayan test olarak ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Çoklu gruplar arasındaki tek-yönlü ANOVA, parametrik olmayan test olarak ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Kruskal Wallis testlerinin ikili grup karşılaştırmalarında (post-hoc testleri) ise Dunn-Bonferroni testi kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare (Pearson Chi-Square Test) testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Anket formu ile belirlenen katılımcılara ait yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, beden kitle endeksi, alkol kullanıp kullanmadığı, kişinin kendi sağlık durumu algısı ve kümülatif sigara kullanımı gibi bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişken olarak öngörülen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi Ölçeği-II ve ona ait alt boyutlarının puanlarına anlamlı bir etkisi olup olmadığı, regresyon analizi ve (enter) metodu ile incelendi. SYBD-II sıralamalı (ordinal) ölçek olduğundan, bağımsız değişkenler arası ilişkiler parametrik olmayan Spearman Rho korelasyon katsayısı testi ile incelendi. Diğer yandan, çalışmada ayrıca katılımcılara ait kişisel veriler ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi Ölçeği-II puanlarının katılımcıların Enneagram Kişilik Tipleri ile ilişkileri de analiz edildi. Analitik testlerde, Kruskal Wallis, Mann Whitney-U ve Chi-Square testleri uygulandı.

4. BULGULAR

Tanımlayıcı Bilgiler

Çalışmada temel olarak, katılımcılara ait Enneagram kişilik tipleri ile SYBD-II ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı incelendi. Bunun yanında, anket ile ölçümü yapılan kümülatif sigara kullanımı, alkol kullanım durumu, meslek grupları, yaş, cinsiyet, beden kitle endeksi, kişinin kendisine ait sağlık algısı gibi sayısal ve kategorik değişkenlerle, kişilik tipleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı da analiz edildi. Çalışmaya 553 kişi katıldı. Çalışmaya katılan bireylerin %42,68'i (n=236) erkek, %57,32'si (n=317) kadındı. Ortanca yaş değeri 30 idi. En düşük yaş 18, en büyük ise 80 idi. Çalışmaya katılan bireylerin demografik özellikleri Tablo 1 de ayrıntılı olarak belirtildi.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	317	57,32
Erkek	236	42,68
Medeni Durum		
Evli	315	56,96
Bekâr	213	38,52
Boşanmış	21	3,8
Eşi Vefat Etmiş	4	0,72
Yaş (yıl)		
18-34	345	62,39
35-49	152	27,49
50-64	52	9,40
65 ve üzeri	4	0,70
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar	2	0,36
İlkokul	35	6,32
Orta Okul	38	6,86
Lise	141	25,45
Üniversite	256	46,39
Yüksek Lisans/Doktora	81	14,62
Meslek		
Öğretmen	59	10,67
Doktor	40	7,23
Hemşire	26	4,7
Mühendis	26	4,7
Diğer Sağlık Çalışanı*	21	3,8
Diğer	381	68,89
Gelir Durumu		
Geliri giderden az	101	18,23
Geliri giderine denk	303	54,87
Geliri giderden fazla	149	26,9

*Diğer sağlık çalışanları kategorisi; diş hekimi, laborant, sağlık teknikeri, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni, ebe, paramedik ve radyoloji teknisyenini kapsamaktadır.

Katılımcıların sigara-alkol kullanım alışkanlıkları, beden kitle endeksleri ve kendilerini ne kadar sağlıklı hissettikleri gibi temel sağlık durumları ile ilgili veriler Tablo 2’de sunuldu.

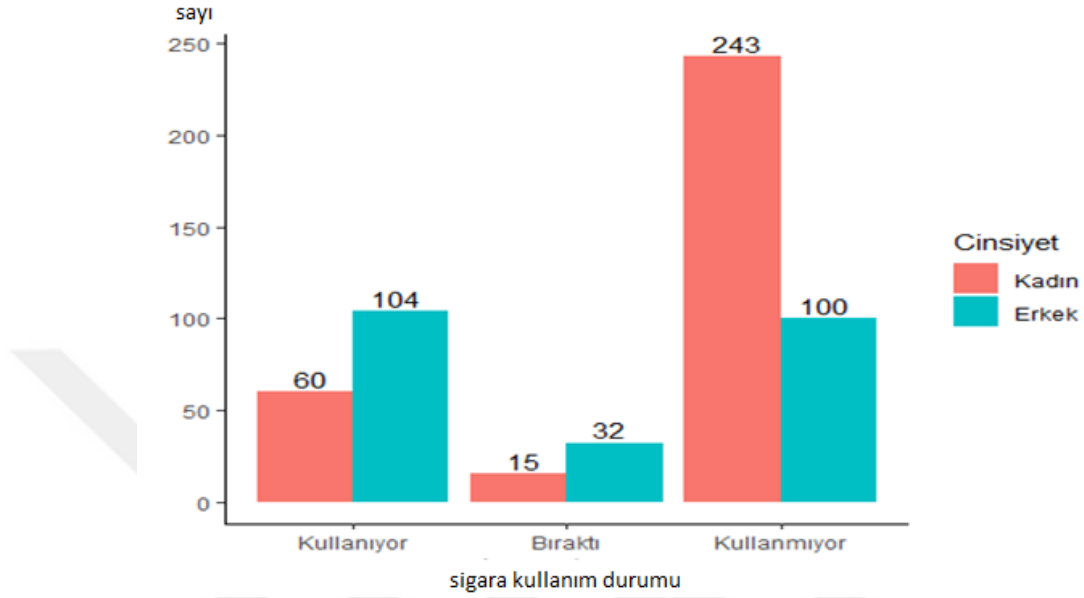
Tablo 2. Katılımcıların Sigara-Alkol Tüketim Alışkanlıkları, Beden Kitle İndeksleri ve Sağlık Algılarına Ait Bilgiler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara Kullanımı		
Kullanıyor	164	29,66
Kullanmıyor	342	61,84
Bıraktı	47	8,50
Alkol Kullanımı		
Kullanıyor	73	13,20
Kullanmıyor	468	84,63
Bıraktı	12	2,17
Beden Kitle İndeksi (kg/m²)		
Zayıf	23	4,16
Normal	270	48,82
Fazla Kilolu	176	31,83
Obez	84	15,19
Kişisel Sağlık Algısı		
Çok Zayıf	6	1,08
Zayıf	22	3,97
Orta	191	34,48
İyi	280	50,54
Mükemmel	55	9,93

Not: Beden Kitle İndeksine göre, 0-18,49 arası zayıf, 18,5-24,99 arası normal, 25-29,99 arası fazla kilolu, 30 ve üzeri ise obez olarak sınıflandırılmıştır.

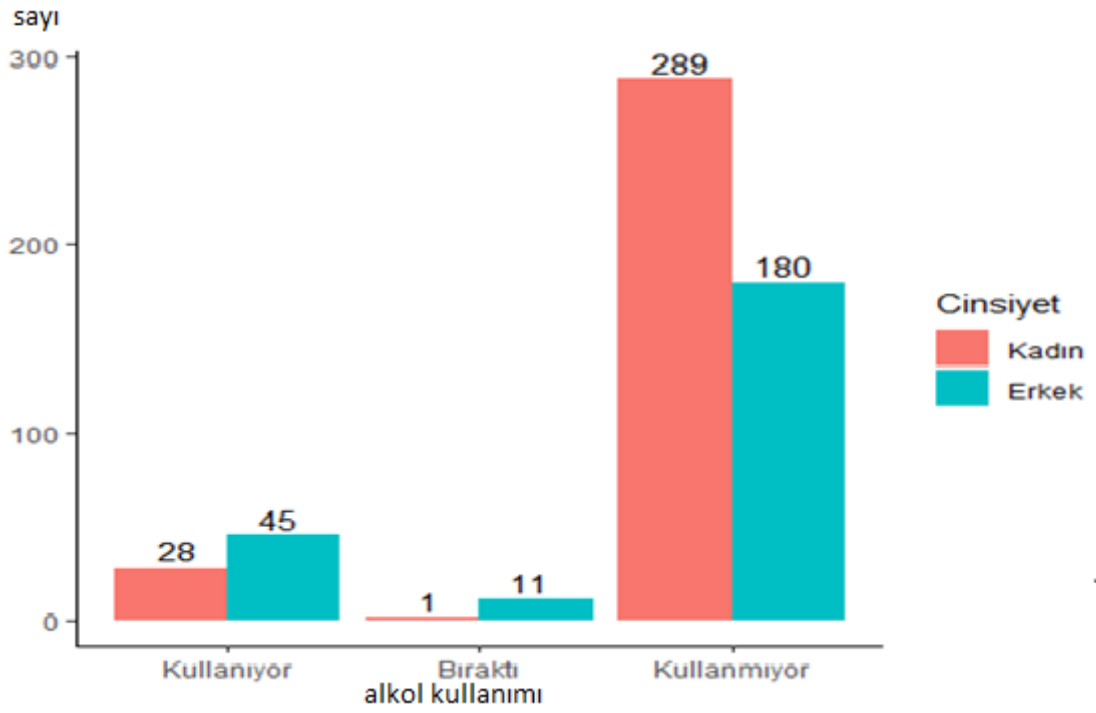
Sigara kullanma oranlarına bakıldığında, kadınların %76’sının (n=243) sigara kullanmadığı, erkeklerde ise sigara kullanma ve kullanmama oranlarının hemen hemen aynı olduğu tespit edildi. Erkeklerden %13’ü (n=32) sigarayı bırakırken, bu oranın kadın katılımcılarda %5 olduğu (n=15) görüldü (Şekil 5). Kadın ve erkek katılımcıların sayılarının, sigara kullanım durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar

gösterdiği görüldü [$\chi^2(2) = 66,47, p < 0,001$]. Yapılan post-hoc testlerinde, hem sigara kullanımı, hem de sigara bırakma bakımından kadınlarla erkekler arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,001, p < 0,001$).



Şekil 5. Sigara Kullanım Alışkanlıklarının Cinsiyete göre Dağılımı

Alkol kullanma alışkanlıklarına bakıldığında ise, erkek katılımcılardan %76'sının, kadın katılımcılardan ise %91'inin alkol kullanmadığı görüldü (Şekil 6). Kadın ve erkek katılımcıların sayılarının, alkol kullanım durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği görüldü [$\chi^2(2) = 25,91, p < 0,001$]. Hem alkol kullanımı, hem de alkol bırakma bakımından kadınlarla erkekler arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001, p < 0,001$).



Şekil 6. Alkol Kullanım Alışkanlıklarının Cinsiyete göre Dağılımı

Çalışmaya katılan bireylere ait sayısal değişkenlerin kadın ve erkeklere göre detaylı tanımlayıcı istatistikleri Tablo 3'te sunuldu.

Tablo 3. Katılımcılara ait yaş, boy, kilo, BKİ ve kümülatif sigara kullanım değerleri

Sayısal Veriler	Ortalama ± SS	Ortanca (ÇAG)	Min; Maks
Yaş (yıl)			
Kadın	32,16 ± 10,21	30 (14)	18; 80
Erkek	34,67 ± 12,35	31,5 (18,75)	18; 71
Toplam	33,23 ± 11,23	30 (15)	18; 80
Boy Uzunluğu (cm)			
Kadın	164,19 ± 5,71	164 (8)	138; 180
Erkek	176,15 ± 6,02	176 (8)	155; 192
Toplam	169,29 ± 8,31	169,5 (12)	138; 192
Vücut Ağırlığı (kg)			
Kadın	65,77 ± 13,21	63 (17,25)	40; 120
Erkek	81 ± 13,03	80 (18,75)	54; 147
Toplam	72,26 ± 15,13	70 (23)	40; 147
Beden Kitle Endeksi (kg/m²)			
Kadın	24,42 ± 4,92	23,48 (6,13)	16,41; 43,66
Erkek	26,13 ± 4,17	25,90 (5,47)	17,53; 42,04
Toplam	25,15 ± 4,69	24,59 (6,01)	16,41; 43,66
Kümülatif sigara kullanımı (paket/yıl)			
Kadın	2,29 ± 6,70	0 (0)	0; 45
Erkek	9,40 ± 17,19	1,5 (11,13)	0; 100
Toplam	5,31 ± 12,79	0 (4)	0; 100

Not: SS, standart sapma değerini, ÇAG ise, Çeyrekler Arası Genişlik (Inter Quartile Range) değerini ifade etmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin analizi

Ankette kullanılan 52 maddelik Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi Ölçeğine verilen cevapların iç tutarlılık katsayısı (Cronbach- α) 0,92 olarak belirlendi. Ölçeğe ait alt boyutların iç tutarlılık analizi Tablo 4'te gösterildi.

Tablo 4. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBD-II) ve alt ölçeklerine ait iç tutarlılık analizi

Ölçek ve Alt Ölçekler	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
SYBD-II Ölçeği	52	0,92
Sağlık Sorumluluğu	9	0,76
Fiziksel Aktivite	8	0,8
Beslenme	9	0,64
Tinsellik	9	0,78
Kişilerarası İlişkiler	9	0,8
Stres Yönetimi	8	0,67

SYBD-II ölçeği alt ölçeklerine ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 5'te verildi. Ankete katılan bireylerin cevapları incelendiğinde en yüksek puan ortalamasına sahip alt ölçeğin tinsellik, en düşük puan ortalamasına sahip alt ölçeğin ise fiziksel aktivite olduğu görüldü.

Yaş, cinsiyet ve beden kitle endeksine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin değerlendirilmesi

SYBD-II puanları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü [$r_s(551)=-0,014$, $p=0,736$].

SYBD-II puanlarının, katılımcıların cinsiyetine göre anlamlı bir farklılık göstermediği görüldü ($Z=0,27$, $p=0,780$).

SYBD-II puanlarının, katılımcıların beden kitle endeksine göre anlamlı bir farklılık göstermediği görüldü [$r_s(551)=-0,043$, $p=0,316$].

Tablo 5. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve alt ölçeklerine ait tanımlayıcı istatistik bilgiler

Ölçek ve Alt Ölçekler	Ortalama \pm SS	Ortanca (ÇAG)	Min; Maks
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD-II)	126,72 \pm 20,04	126 (26,25)	57; 191
Sağlık Sorumluluğu	20,31 \pm 4,47	20 (6)	9; 36
Fiziksel Aktivite	16,12 \pm 5,04	16 (7)	8; 32
Beslenme	19,97 \pm 4,06	20 (5)	10; 34
Manevi Gelişim (Tinsellik)	26,03 \pm 4,59	26 (6)	10; 36
Kişilerarası İlişkiler	25,04 \pm 4,65	25 (7)	11; 36
Stres Yönetimi	19,01 \pm 3,91	19 (5)	9; 32

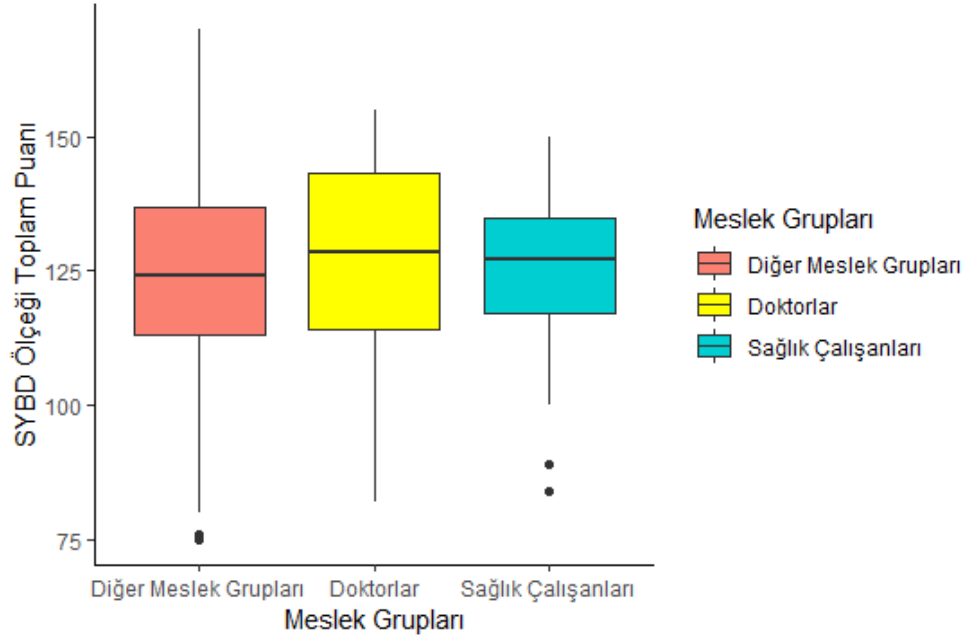
Meslek Gruplarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği üzerinden değerlendirilmesi

Ankete katılan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanlarının katılımcıların meslek gruplarına göre değerleri Tablo 6’da gösterildi.

Tablo 6. Meslek Gruplarına göre SYBD-II Ölçeği Toplam Puan Dağılımı

Meslek Grupları	Ortalama	SS	Ortanca	Minimum	Maksimum
Doktorlar	127,28	18,66	128.5	82,00	155,00
Diğer Sağlık Çalışanları	125,93	15,17	127.0	84,00	150,00
Diğer Meslek Çalışanları	126,70	20,58	125.0	57,00	191,00

SYBD-II Ölçek Puanlarının Meslek gruplarına göre dağılımı Şekil 7 ’de gösterildi.



Şekil 7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puanlarının Meslek Gruplarına göre Dağılımı

Meslek Grupları arasında SYBD-II ölçeği toplam puanları bakımından anlamlı bir fark olup olmadığını test edebilmek amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucunda, doktorlar, sağlık çalışanları ve diğer meslek grupları arasında SYBD-II ölçeği toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı [$\chi^2(2) = 0,59, p = 0,74$].

Bunun üzerine, doktorlar, sağlık çalışanları (diş hekimi, laborant, hemşire, sağlık teknikeri, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni, ebe, paramedik ve radyoloji teknisyeni) ve diğer meslek grupları arasında SYBD-II ölçeği alt boyutları puanları açısından anlamlı bir farkın olup olmadığı incelendi. Kruskal Wallis testleri sonucunda, doktorlar, sağlık çalışanları ve diğer meslek grupları arasında SYBD-II ölçeği alt boyutları arasından sadece “Kişilerarası ilişkiler” boyutu bakımından anlamlı bir farkın olduğu görüldü (Tablo 7).

Tablo 7. Meslek Gruplarının SYBD-II ölçeği alt boyutları bakımından karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	p değeri	ki-kare değeri
Sağlık Sorumluluğu	0,938	0,12
Fiziksel Aktivite	0,115	4,31
Beslenme	0,475	1,48
Tinsellik	0,662	0,82
Kişilerarası İlişkiler	0,021	7,67
Stres Yönetimi	0,412	1,77

Yapılan Dunn-Bonferroni post-hoc testi sonucunda, “doktorların” kişilerarası ilişkilerinin (ortanca=27, min=18, maks=34), “diğer meslek gruplarının” kişiler arası ilişkiler boyutuna (ortanca=25, min=11, maks=36) göre daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($Z = -2,2$; $p = 0,083$) (Tablo 8).

Tablo 8. Meslek Grupları arasında “Kişilerarası İlişkiler” boyutu bakımından ikili fark testi sonuçları

Grup-1	Grup-2	Z	p
Doktorlar	Sağlık Çalışanları	0,33	1
Doktorlar	Diğer Meslek Grupları	-2,21	0,083
Sağlık Çalışanları	Diğer Meslek Grupları	-1,86	0,189

Diğer yandan, meslek gruplarını, tüm sağlık çalışanları (doktorlar dâhil) ve diğer meslek grupları olarak iki kategoriye ayırarak SYBD-II ölçeği alt boyutları incelendiğinde, bu iki kategorideki meslek gruplarının, alt boyutlardan Fiziksel Aktivite ve Kişiler arası ilişkiler boyutları bakımından istatistiksel farklılık gösterdiği görüldü. Yapılan Mann Whitney U testleri sonucunda, sağlık çalışanlarının (doktorlar dâhil), diğer meslek gruplarına göre daha düşük Fiziksel Aktivite ($z = 2,07$, $p = 0,038$) ve daha yüksek Kişilerarası İlişkiler ($z = -2,75$, $p = 0,006$) skorlarına sahip olduğu tespit edildi (Tablo 9). Sağlık çalışanları grubunun Kişilerarası İlişkiler boyutu puanı (ortanca = 27, min=15, maks=34) diğer meslek çalışanları grubunun Kişilerarası İlişkiler boyutu puanından (ortanca = 25, min=11, maks=36) daha yüksekti ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Diğer yandan, Sağlık çalışanları grubunun Fiziksel Aktivite boyutu puanı

(ortanca = 15, min=8, maks=26) diğ er meslek ç alışanları grubunun Fiziksel Aktivite boyutu puanından (ortanca = 16, min=8, maks=32) daha d ũřũktũ ve bu fark da istatistiksel olarak anlamlıydı.

Tablo 9. Sağlık ç alışanları (Doktorlar dâhil) ve diğ er meslek gruplarının SYBD-II ölçek alt boyutları bağlamında karşılaştırması

Ölçek Alt Boyutları	Z	p değeri
Sağlık Sorumluluğu	0,33	0,739
Fiziksel Aktivite	2,07	0,038
Beslenme	-0,07	0,944
Tinsellik	-0,16	0,868
Kişilerarası İlişkiler	-2,75	0,006
Stres Yönetimi	-0,96	0,337

Sigara ve Alkol Kullanımının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği üzerinden değerlendirilmesi

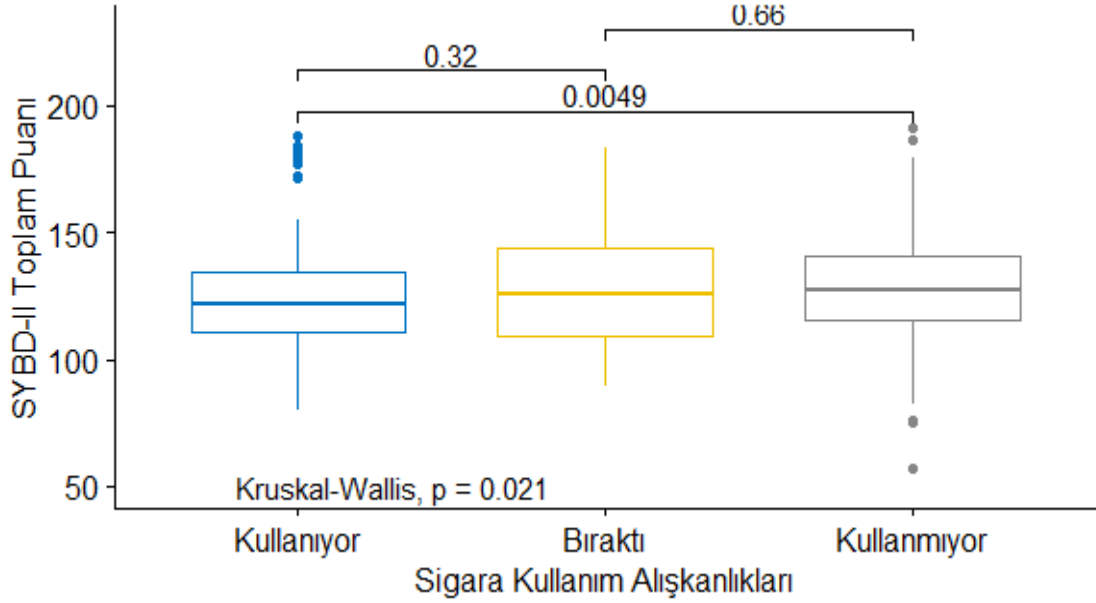
Ankete katılan bireylerin sigara ve alkol kullanım alışkanlıklarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanları Tablo 10’da gösterildi.

Tablo 10. Sigara ve Alkol Kullanım Alışkanlıklarına göre SYBD-II Ölçeği Toplam Puan Dağılımı

Sigara & Alkol Alışkanlığı	n	Ortalama	SS	Ortanca	Minimum	Maksimum
Sigara Kullanıyor	164	123,67	20,60	121.5	80	188
Sigara Kullanmıyor	343	127,98	19,25	127.5	57	191
Sigarayı Bıraktı	47	127,74	22,78	126.0	89	183
Alkol Kullanıyor	73	125,93	19,64	125,00	82	182
Alkol Kullanmıyor	469	126,67	20,07	126,00	57	191
Alkolü Bıraktı	12	131,83	22,01	127,00	108	175

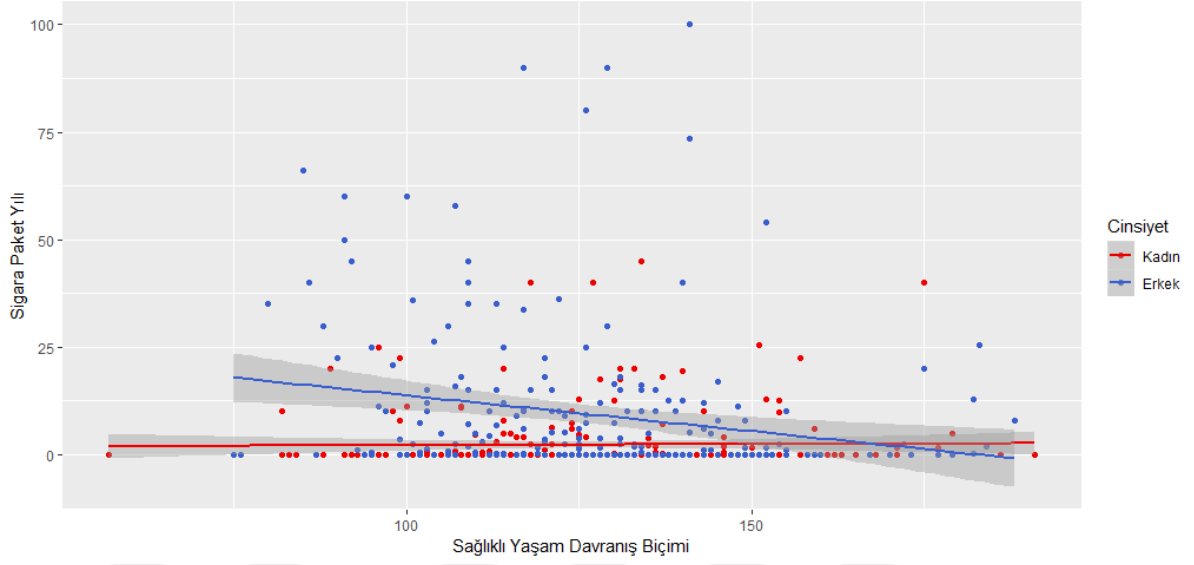
Farklı sigara alışkanlıklarına sahip katılımcılar arasında, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanları yönüyle anlamlı bir fark olduğu görũldũ [$\chi^2(2) = 7,73$, $p = 0,021$]. Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Dunn-Bonferroni post-hoc testleri sonucunda, sigara kullanmayan grubun sağlıklı yaşam

davranış biçimleri ölçek toplam puanının sigara kullanan gruptan daha yüksek olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p = 0,005$). Diğer yandan, sigara kullanan ile sigarayı bırakan grupların sağlıklı yaşam biçimi davranışları yönüyle arasındaki fark anlamlı değildi (Şekil 8).



Şekil 8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puanlarının Sigara Kullanım Alışkanlıklarına göre Dağılımı ve Fark Testleri

Diğer yandan, sigara kullanım miktarlarının, sağlıklı yaşam davranış biçimlerine olan etkisinin, cinsiyete göre farklılık gösterdiği anlaşıldı. Yapılan korelasyon analizlerinde, kadınlarda kümülatif sigara kullanımı ile sağlıklı yaşam davranış biçimi arasındaki korelasyon istatistiksel olarak anlamlı çıkmazken [$r_s(551) = -0,007, p = 0,902$], erkeklerde ise bu ilişki negatif ve ters yönde anlamlı bulundu. [$r_s(551) = -0,261, p < 0,001$]. Kümülatif sigara kullanımı ve sağlıklı yaşam davranış biçimi ilişkisi, Şekil 9’da sunuldu.



Şekil 9. Kümülatif sigara kullanımı ve sağlıklı yaşam davranış biçimi ilişkisi

SYBD alt boyutundan olan Kişiler Arası İlişkiler boyutunun sigara tüketim alışkanlığına göre anlamlı bir farklılık göstermediği görüldü [$\chi^2(2)=1,01$; $p=0,601$].

SYBD alt boyutundan olan Beslenme boyutunun sigara tüketim alışkanlığına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği görüldü [$\chi^2(2)=9,84$; $p=0,007$]. Yapılan Dunn-Bonferroni post-hoc testleri sonucunda, hem sigara kullanmayanların, hem de sigarayı bırakanların beslenme boyutuna ilişkin puanlarının, sigara kullananlara kıyasla daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (sırasıyla $Z=-2,96$, $p=0,003$; $Z=2,09$, $p=0,036$).

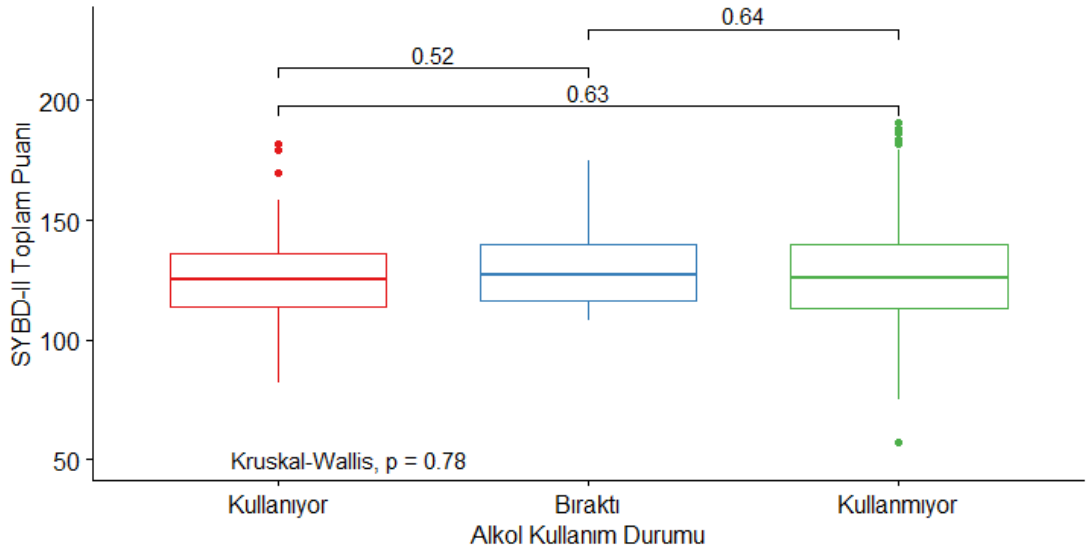
SYBD alt boyutundan olan Sağlık Sorumluluğu boyutunun sigara tüketim alışkanlığına göre anlamlı bir farklılık göstermediği görüldü. [$\chi^2(2) = 4,58, p = 0,1$].

SYBD alt boyutundan olan Fiziksel Aktivite boyutunun sigara tüketim alışkanlığına göre anlamlı bir farklılık göstermediği görüldü [$\chi^2(2) = 5,67, p = 0,058$].

SYBD alt boyutundan olan Stres Yönetimi boyutunun sigara tüketim alışkanlığına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği görüldü [$\chi^2(2) = 6,07, p = 0,048$]. Yapılan Dunn-Bonferroni post-hoc testleri sonucunda, sigara kullanmayanların Stres Yönetimi boyutuna ilişkin puanlarının, sigara kullananlara kıyasla daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($Z=-2,44$, $p=0,014$).

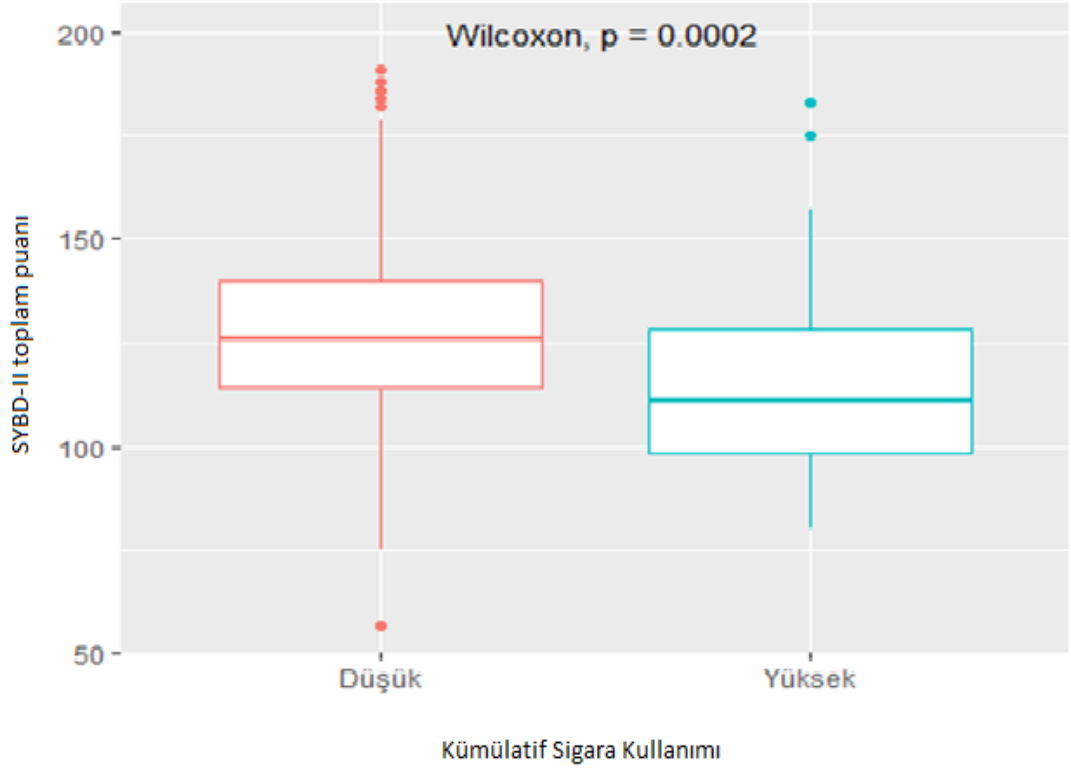
SYBD alt boyutundan olan Tinsellik boyutunun sigara tüketim alışkanlığına göre anlamlı bir farklılık göstermediği görüldü [$\chi^2(2) = 2,15, p = 0,34$].

Alkol alışkanlıklarına bakıldığında ise, normal dağılım göstermeyen SYBD-II ölçek toplam puanlarının ortancaları baz alınarak yapılan Kruskal Wallis Testi sonucunda, her üç grubun da ölçek toplam puanları bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı görüldü [$\chi^2(2) = 0,48, p = 0,784$]. (Şekil 10).



Şekil 10. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puanlarının Alkol Kullanım Alışkanlıklarına göre Dağılımı ve Fark Testleri

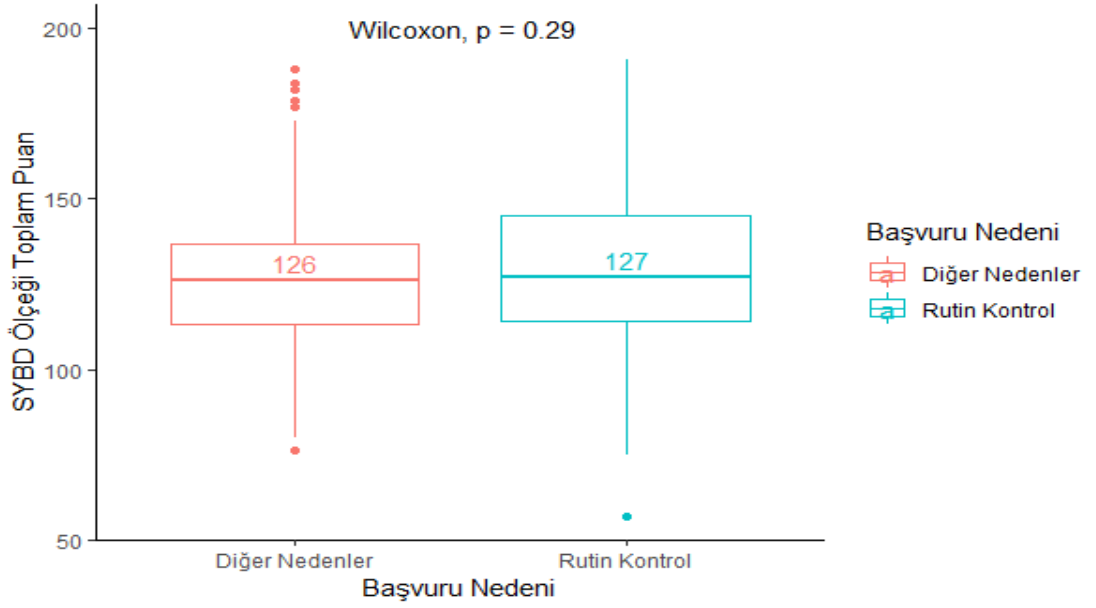
Katılımcıların sigara kullanımı miktarları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanları arasında bir fark olup olmadığı incelendiğinde, sigara kullanımı 20 paket/yıl ve altında (düşük, n=511) olan bireylerin sağlıklı yaşam davranış biçimlerinin (ortanca=126), 20 paket/yılın üzerinde olan (yüksek, n=42) bireylerin sağlıklı yaşam davranış biçimlerinden (ortanca=111) daha yüksek seviyede olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($Z=3,72, p < 0,001$) (Şekil 11).



Şekil 11. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puanlarının Kümülatif Sigara Kullanım Durumuna Göre Dağılımı ve Fark Testi

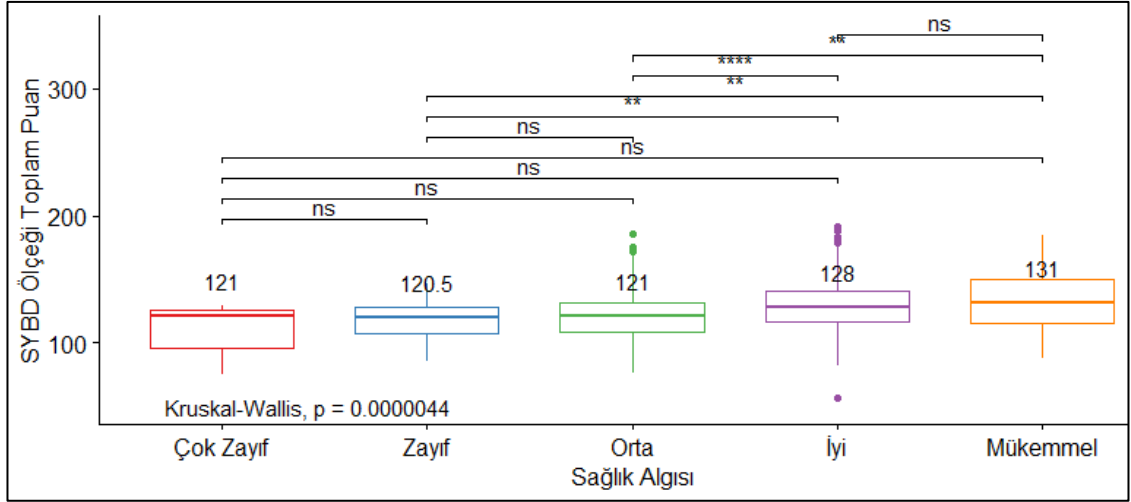
Doktora Başvuru Nedeni ve Kişisel Sağlık Algısının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği üzerinden değerlendirilmesi

Doktora rutin kontrol amaçlı başvuran bireyler ile diğer sağlık sorunları nedeniyle başvuran bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($Z=-1,06$, $p= 0,29$). (Şekil 12).



Şekil 12. SYBD Puanlarının Doktora Başvuru Nedenine göre Değerlendirilmesi

Diğer yandan, bireylerin kendilerine yönelik kişisel sağlık algılarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanlarına istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olup olmadığı da incelendi. 5 farklı sağlık algısına ait katılımcı gruplarının SYBD puanları bakımından genel anlamda bir farklılığı olup olmadığını ölçmek için yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunduğu görüldü [$\chi^2(4) = 30,22, p < 0,001$]. Bu farklılıkların hangi ikili gruplar arasında mevcut olduğunu analiz edebilmek için yapılan parametrik dışı ikili fark testleri (Dunn-Bonferroni) sonucunda, kendisini sağlık bakımından “çok zayıf” görenlerin (ortanca=121), diğer gruplarla arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı yönüyle anlamlı bir farkın olmadığı, kendisini sağlık bakımından “zayıf” olarak görenlerin (ortanca =120,5), kendisini “iyi” ve “mükemmel” olarak hissedenlere kıyasla daha düşük SYBD puanına sahip olduğu, kendisini sağlık bakımından “orta” olarak tanımlayanların (ortanca=121), hem “iyi”, hem de “mükemmel” kategorisindeki bireylere kıyasla daha düşük SYBD puanına sahip olduğu, kendisini sağlık bakımından “iyi” olarak tanımlayanların (ortanca=128), kendisini sağlık bakımından “mükemmel” olarak tanımlayan bireylerle aralarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı açısından anlamlı bir farkın olmadığı saptandı (Şekil 13).



** : $p < 0,01$

*** : $p < 0,001$

ns (non-significant): anlamlı fark yok

Şekil 13. SYBD Puanlarının Bireylerin Kendi Sağlık Algılarına göre Dağılımı ve Fark Testi

Sağlık algısı seviyelerinin SYBD puanı bakımından ikili gruplar arasında istatistiksel karşılaştırma Tablo 11’de gösterildi.

Tablo 11. Sağlık Algısı Kategorilerinin SYBD toplam puanı bakımından ikili gruplar bazında istatistiksel karşılaştırması

İkili Gruplar	Z	p
Çok Zayıf - Zayıf	-0,4	0,594
Çok Zayıf - Orta	-0,93	0,320
Çok Zayıf - İyi	-1,93	0,310
Çok Zayıf - Mükemmel	-2,12	0,370
Zayıf - Orta	0,89	0,416
Zayıf - İyi	2,76	0,039
Zayıf - Mükemmel	2,87	0,032
Orta - İyi	4,37	<0,001
Orta - Mükemmel	3,42	0,005
İyi - Mükemmel	-0,76	0,348

Katılımcıların Kişilik Tiplerine İlişkin Bulgular

Çalışmamızda oranı en yüksek kişilik tipi 1 numaralı, en az görülen kişilik tipi ise 5 numaralı kişilik tiptiydi. Katılımcıların kişilik tipleri ile ilgili sayı ve oranları Tablo 12’de gösterildi.

Yapılan çok terimli (multi nominal) test sonucunda, katılımcıların 9 farklı kişilik tipine göre dağılım yüzdeleri arasında anlamlı bir fark olduğu ortaya çıktı ($p<0,001$). Bu farklılıkların hangi kişilik tiplerinde olduğunu saptamak için yapılan tek terimli (binom) testleri sonucunda, 1 ve 7 numaralı kişilik tipinin dağılım yüzdelerinin, öngörülen 1/9 dağılım yüzdelerinin üzerinde olduğu (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,041$); 2, 4, 5 ve 6 numaralı kişilik tiplerinin ise öngörülen 1/9 dağılım oranının altında olduğu (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,048$, $p<0,001$, $p<0,001$) belirlendi.

Tablo 12. Katılımcıların Kişilik tipi ile ilgili sayı ve oranları

Kişilik Tipleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Mükemmeliyetçi (1)	127	22,97
Yardımsaver (2)	35	6,33
Başaran (3)	63	11,39
Özgün (4)	43	7,78
Gözlemci (5)	27	4,88
Sorgulayan (6)	34	6,15
Maceracı (7)	82	14,83
Reis (8)	79	14,29
Uzlaşmacı (9)	63	11,39

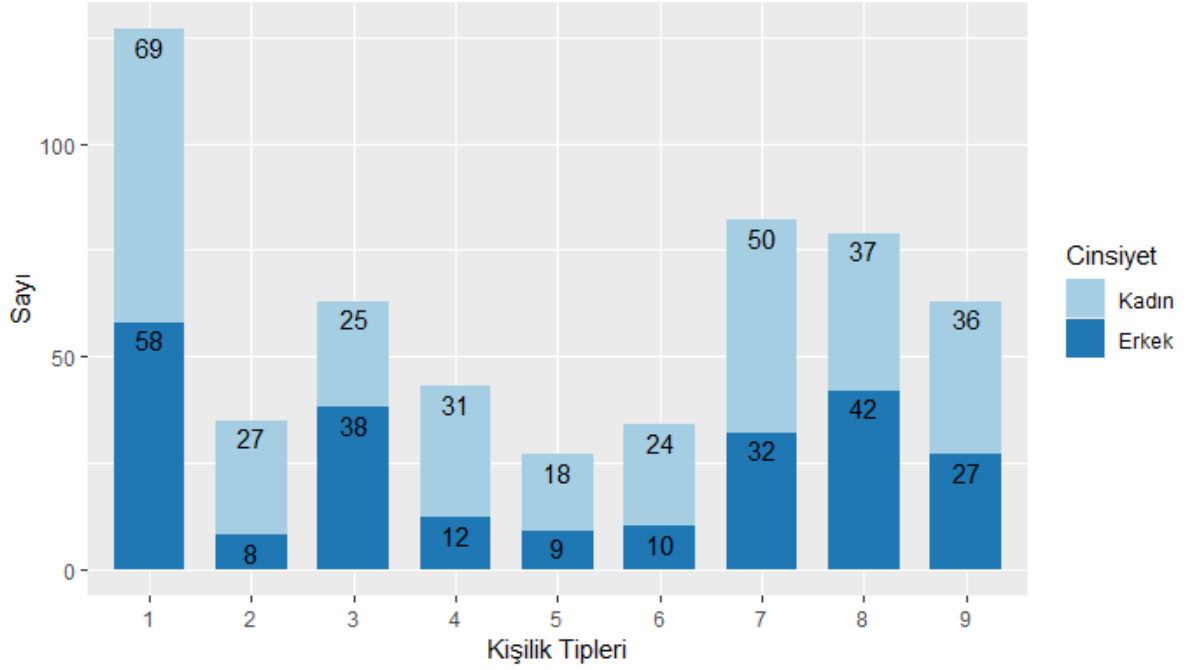
Kişilik tiplerinin kadınlar ve erkeklerde farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde, kadınlarla erkeklerin istatistiksel olarak farklı kişilik tiplerine sahip olduğu saptandı [$\chi^2(8)=25,34$; $p=0,001$]. Bu farklılığın hangi kişilik tipi/tiplerinde mevcut olduğunu saptamak için yapılan post-hoc testleri sonucunda, kadınların %7,9’u ($n=25$) 3 numaralı kişilik tipinde yer alırken, erkeklerden ise %16,1’inin ($n=38$) 3 numaralı kişilik tipi kategorisinde yer aldığı ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi

($p=0,002$). Diğer kişilik tiplerinde ise, erkekler ve kadınlar arasındaki orantısal farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Tablo 13). Kişilik tiplerinin erkek ve kadınlara göre istatistiksel dağılımı, Şekil 14’te sunuldu.

Tablo 13. Kişilik tiplerinin erkek ve kadın cinsiyetleri açısından karşılaştırması

Kişilik Tipleri	Kadın (%57,42; n=317)			Erkek (%42,70; n=236)			Toplam		
	n	Sütun Yüzdesi	Satır Yüzdesi	n	Sütun Yüzdesi	Satır Yüzdesi	n	%	p
Mükemmeliyetçi (1)	69	21,77	54,33	58	24,60	45,67	127	22,97	0,437
Yardımsever (2)	27	8,52	77,14	8	3,40	22,86	35	6,33	0,014
Başaran (3)	25	7,89	39,68	38	16,10	60,32	63	11,39	0,002
Özgün (4)	31	9,78	72,09	12	5,10	27,91	43	7,78	0,041
Gözlemci (5)	18	5,68	66,67	9	3,80	33,33	27	4,88	0,314
Sorgulayan (6)	24	7,57	70,59	10	4,20	29,41	34	6,15	0,107
Maceracı (7)	50	15,77	60,98	32	13,60	39,02	82	14,83	0,469
Reis (8)	37	11,67	46,84	42	17,80	53,16	79	14,29	0,042
Uzlaşmacı (9)	36	11,36	57,14	27	11,40	42,86	63	11,39	0,975

Not: Düzeltilmiş standartlaştırılmış artık (adjusted standardized residual) hesaplamalarına göre düzeltilmiş istatistiksel anlamlılık değeri $p<0,0027$ ’dir. Bu değerin üzerindeki değerler istatistiksel anlamlılık kapsamı dışında tutulmuştur.



Şekil 14. Kişilik tiplerinin erkek ve kadın cinsiyetlerine göre dağılımı

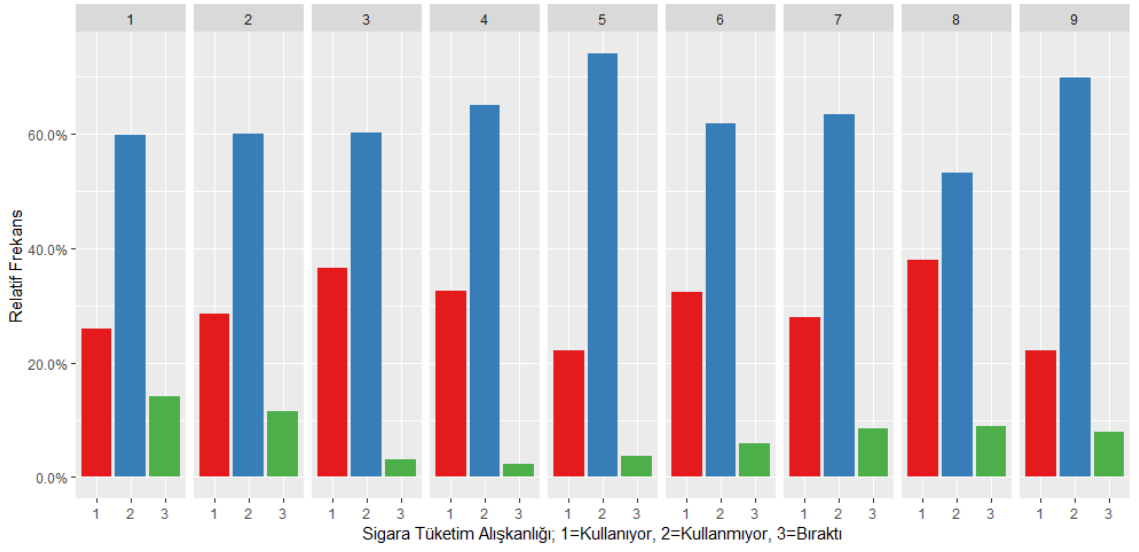
Katılımcıların kişilik tipleri ile sigara içme durumunun karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 14’te verildi. Sigara kullanımının 1 numaralı kişilik tipinde en fazla, 5 numaralı kişilik tipinde en düşük olduğu görüldü. Sigara kullanan, kullanmayan ve bırakan gruplar arasında kişilik tipleri yönüyle farklılıklar yapılan “Pearson Chi-Square” ve “Fisher’s Exact” testinin sonuçlarına göre anlamlı bulunmadı [$\chi^2(8) = 18,11$, $p=0,316$, Fisher’s Exact test; $p= 0,36$].

Tablo 14. Kişilik Tiplerinin Sigara kullanımı ile ilişkisi

Kişilik Tipleri	Sigara Kullanımı			Toplam n (%)	p
	Kullanıyor	Bıraktı	Kullanmıyor		
Mükemmeliyetçi (1)	33 (%25,98)	18 (%14,17)	76 (%59,84)	127 (%22,97)	0,316
Yardımsaver (2)	10 (%28,57)	4 (%11,43)	21 (%60,00)	35 (%6,33)	
Başaran (3)	23 (%36,50)	2 (%3,18)	38 (%60,32)	63 (%11,39)	
Özgün (4)	14 (%32,55)	1 (%2,33)	28 (%65,12)	43 (%7,78)	
Gözlemci (5)	6 (%22,22)	1 (%3,71)	20 (%74,07)	27 (%4,88)	
Sorgulayan (6)	11 (%32,35)	2 (%5,88)	21 (%61,77)	34 (%6,15)	
Maceracı (7)	23 (%28,04)	7 (%8,54)	52 (%63,42)	82 (%14,83)	
Reis (8)	30 (%37,97)	7 (%8,86)	42 (%53,17)	79 (%14,29)	
Uzlaşmacı (9)	14 (%22,22)	5 (%7,94)	44 (%69,84)	63 (%11,39)	
Sütun Toplamı	164	47	342	553	
Yüzdesi (%)	%29,66	%8,50	%61,84	%100	

Not: Hücre içindeki veriler, toplam sayı (n) ve satır yüzdesini ifade etmektedir.

Sigara tüketim alışkanlıklarının, kişilik tiplerine göre orantısal dağılım frekansları incelendiğinde, her üç sigara tüketim seviyesinin de (kullanıyor, kullanmıyor, bıraktı), kişilik tipleri arasında orantısal olarak dağıldığı görüldü (Tablo 14). Şekil 15'e bakıldığında, sigara kullanım alışkanlıklarının kişilik tiplerine göre istatistiksel olarak farklılık göstermediği daha net görülebilmektedir.



Şekil 15. Sigara Kullanım Alışkanlıklarının Kişilik Tipleri Arasındaki Dağılım Yüzdeleri

Sigarayı bırakan ve kullanmayan gruplar tek bir grup olarak birleştirilip, bu grubun sigarayı kullananlar grubu ile arasında kişilik tipleri yönüyle fark olup olmadığına bakıldığında da, benzer şekilde, sigara içenler ile sigara içmeyenler (kullanmayan + bırakan) grubu arasında kişilik tipleri bakımından bir fark bulunamadı [$\chi^2(8) = 10,5, p=0,231$, Fisher's Exact test; $p=0,225$].

Her bir kişilik tipi, sigara tüketim alışkanlığı bakımından, tek tek diğer tiplerle karşılaştırılmak yerine, diğer tüm kişilik tipleri “diğer tipler” kategorisi altında birleştirilerek her bir kişilik tipi, “diğer tip” ile karşılaştırıldı. Yapılan 3x2 tablolü Ki-kare testleri sonucunda, 1 numaralı kişilik tipinin sigara kullanma alışkanlıklarının, diğer kişilik tipleri kategorisinden farklılık gösterdiği görüldü [$\chi^2(2) = 7,1, p = 0,028$]. Bu farklılıkların hangi tüketim alışkanlıklarında olduğunu saptamak için yapılan post-hoc test sonuçlarına göre, 1 numaralı kişilik tipi içerisinde olan bireylerin, “diğer kişilik tipleri” kategorisindeki bireylere kıyasla sigarayı daha fazla bıraktıkları ($p=0,008$), sigara kullanma ve sigara kullanmama açısından ise istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı saptandı.

Kümülatif sigara kullanım verileri, paket-yıl endeksine (PYE) göre iki kategoriye ayrılarak, $PYE \leq 20$ ise “düşük”, $PYE > 20$ ise “yüksek” endeks olarak sınıflandırıldı. Kişilik tipleri arasında en fazla “yüksek” paket yıl endeks oranına sahip tipin 8 numaralı

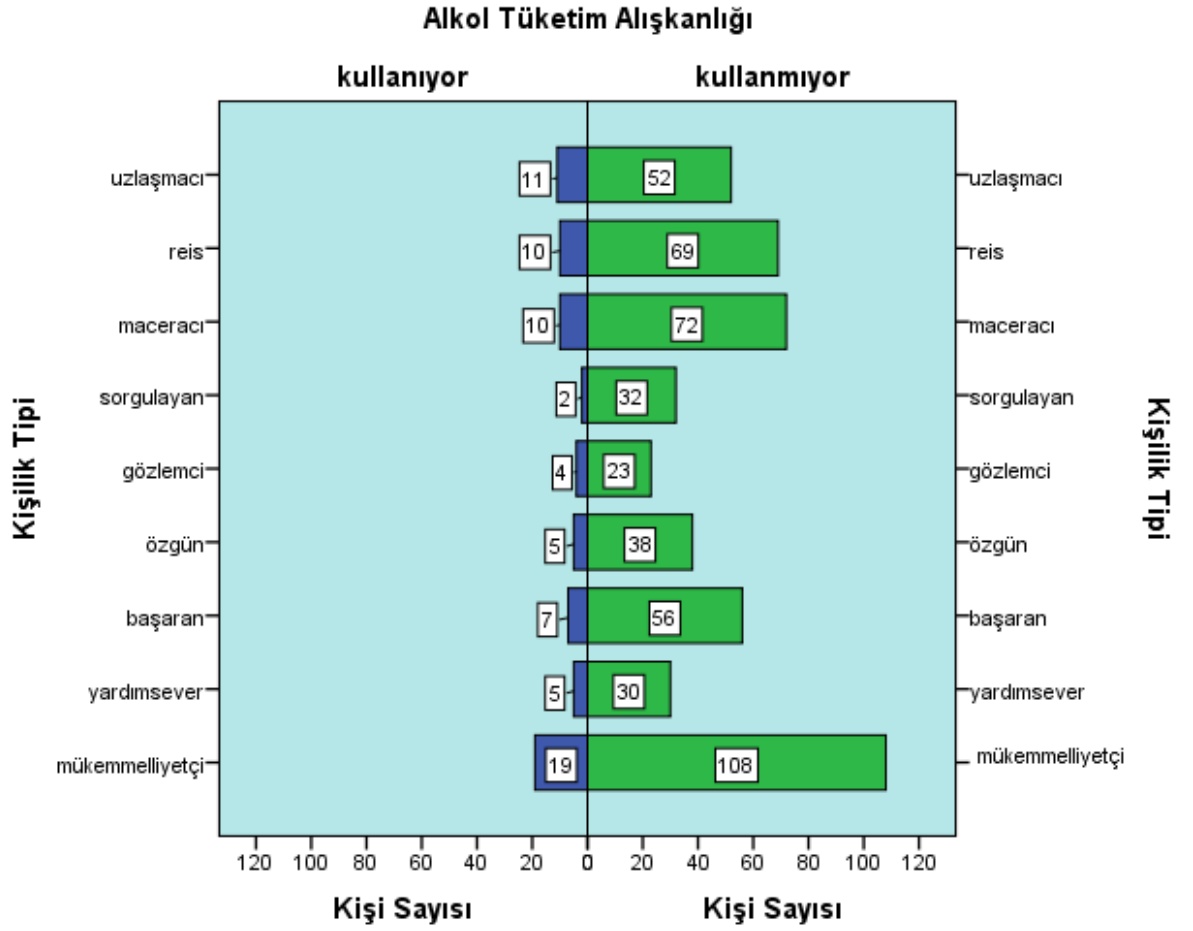
kişilik tipi (%15,2) olduğu görüldü (Tablo 15). Yapılan ki-kare testi sonucunda, paket yıl endeksi ile kişilik tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı [$\chi^2(8) = 18,495, p = 0,018$]. Bu ilişkinin hangi kişilik tipi/tiplerindeki paket yıl farkından kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan post-hoc testleri sonucunda, 8 numaralı kişilik tipindeki “yüksek” paket yıl endeksine sahip bireylerin sayısının 12 olduğu, bu sayının beklenen değerin (beklenen değer=6) üzerinde olduğu, bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p=0,005$).

Tablo 15. Kişilik Tiplerinin Kümülatif Sigara Kullanımı ile İlişkisi

Kişilik Tipleri	Kümülatif sigara kullanımı (paket x yıl)		p
	0-20 arası	20,1 ve üzeri	
Mükemmeliyetçi (1)	114 (%89,76)	13 (%10,24)	0,018
Yardımsaver (2)	31 (%88,57)	4 (%11,43)	
Başaran (3)	57 (%90,48)	6 (%9,52)	
Özgün (4)	41 (%95,35)	2 (%4,65)	
Gözlemci (5)	25 (%92,59)	2 (%7,41)	
Sorgulayan (6)	34 (%100)	0 (%0)	
Maceracı (7)	80 (%97,56)	2 (%2,44)	
Reis (8)	67 (%84,81)	12 (%15,19)	
Uzlaşmacı (9)	62 (%98,41)	1 (%1,59)	
Sütun Toplamı	511	42	
Yüzdesi (%)	92,40%	7,60%	

Not: Hücre içindeki veriler sırasıyla, toplam sayı (n) ve satır yüzdesini ifade etmektedir.

Alkol tüketim alışkanlığı yönüyle kişilik tipleri incelendiğinde, kişilik tipleri içerisinde alkol kullananların orantısal olarak en yüksek olduğu grubun 9 numaralı kişilik tipi olduğu (%17,5), alkol kullanmayanların en yüksek olduğu grubun 6 numaralı Tip olduğu (%94,1), alkolü bırakanların en yüksek olduğu grubun ise 3 numaralı kişilik tipi olduğu (%6,3) saptandı (Şekil 16).



Şekil 16. Kişilik Tiplerinin Alkol Tüketim Alışkanlığına göre Dağılımı

Kişilik tipleri arasında, alkol tüketim alışkanlığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı [$\chi^2(16) = 13,8, p = 0,613$, Fisher's Exact Test $p = 0,603$]. (Tablo 16).

Her bir kişilik tipi, alkol tüketim alışkanlığı bakımından, tek tek diğer tiplerle karşılaştırılmak yerine, diğer tüm kişilik tipleri “diğer tipler” kategorisi altında birleştirilerek ve her bir kişilik tipi, “diğer tip” ile karşılaştırıldı. Yapılan 3x2 tablolulu Ki-kare testleri sonucunda, 3 numaralı kişilik tipinin alkol tüketim alışkanlıklarının, “diğer kişilik tipleri” kategorisinden istatistiksel olarak farklılık gösterdiği anlaşıldı [$\chi^2(2) = 5,99, p = 0,049$]. Bu farklılıkların hangi tüketim alışkanlıklarında olduğunu saptamak için yapılan post-hoc test sonuçlarına göre, 3 numaralı kişilik tipi içerisinde olan

bireylerin, “diğer kişilik tipleri” kategorisindeki bireylere kıyasla alkolü daha fazla bıraktıkları (3 numaralı kişilik tipi = %6,3, diğer tipler kategorisi=%1,6), istatistiksel anlamlılık derecesi $p < 0,1$ olarak belirlendiğinde, bu farkın anlamlı olduğu görüldü ($p = 0,015$). Alkol kullanma ve alkol kullanmama açısından ise 3 numaralı kişilik tipi ile “diğer tipler” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamadı.

Tablo 16. Kişilik Tiplerinin Alkol Alışkanlığı Bakımından İstatistiksel Karşılaştırması

Kişilik Tipleri	Alkol Alışkanlığı			Toplam n(%)	p
	Kullanıyor	Bıraktı	Kullanmıyor		
Mükemmeliyetçi (1)	19 (%14,96)	1 (%0,79)	107 (%84,25)	127(%22,97)	0,614
Yardımsaver (2)	5 (%14,29)	1 (%2,85)	29 (%82,86)	35 (%6,32)	
Başaran (3)	7 (%11,11)	4 (%6,35)	52 (%82,54)	63 (%11,39)	
Özgün (4)	5 (%11,63)	1 (%2,32)	37 (%86,05)	43 (%7,78)	
Gözlemci (5)	4 (%14,82)	1 (%3,70)	22 (%81,48)	27 (%4,88)	
Sorgulayan (6)	2 (%5,88)	0 (%0)	32 (%94,12)	34 (%6,15)	
Maceracı (7)	10 (%12,20)	0 (%0)	72 (%87,80)	82 (%14,83)	
Reis (8)	10 (%12,66)	3 (%3,80)	66 (%83,54)	79 (%14,29)	
Uzlaşmacı (9)	11 (%17,46)	1 (%1,59)	51 (%80,95)	63 (%11,39)	
Sütun Toplam n (%)	73 (%13,20)	12 (%2,17)	468 (%84,63)	553 (%100)	

Not: Hücre içindeki veriler sırasıyla, toplam sayı (n) ve satır yüzdesini ifade etmektedir.

Katılımcıların kişilik tipleri ile meslekleri arasındaki ilişki incelendiğinde, kişilik tipleri arasında en fazla doktor oranına sahip tipin 6 numaralı kişilik tipi (%14,7), kişilik tipleri arasında en fazla sağlık çalışanları oranına sahip tipin 1 numaralı kişilik tipi (%11,8), en az sağlık çalışanı oranına sahip tipin ise 9 numaralı (%1,6) kişilik tipi olduğu, kişilik tipleri arasında en fazla “diğer meslek grupları” oranına sahip kişilik tipinin 5 numaralı kişilik tipi (%92,6) ve en az “diğer meslek grupları” oranına sahip kişilik tipinin ise 6 numaralı kişilik tipi (%76,5) olduğu görüldü. Meslek grupları arasındaki farklılıklar, yapılan “Pearson Chi-Square” ve “Fisher’s Exact” testinin sonuçlarına göre anlamlı bulunmadı [$\chi^2(16) = 19.51, p=0,243$, Fisher’s Exact test; $p= 0,19$]. Katılımcıların

kişilik tipleri ile meslek grupları karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 17’de gösterildi.

Tablo 17. Kişilik Tiplerinin Meslek Gruplarına göre İstatistiksel Karşılaştırması

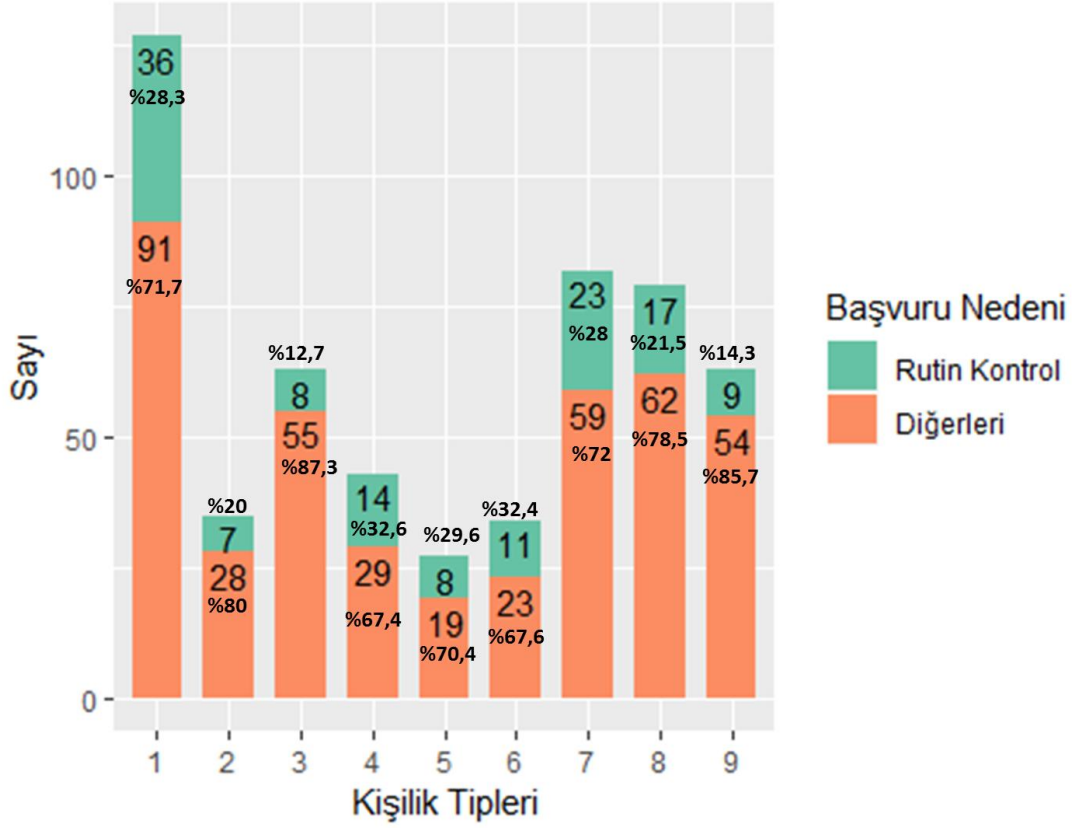
Kişilik Tipleri	Meslek Grupları			Toplam n (%)	p
	Doktorlar	Sağlık Çalışanları	Diğer Meslek Grupları		
Mükemmeliyetçi (1)	9 (%7,09)	15 (%11,81)	103 (%81,10)	127 (%22,97)	0,243
Yardımsever (2)	3 (%8,57)	3 (%8,57)	29 (%82,86)	35 (%6,33)	
Başaran (3)	3 (%4,76)	4 (%6,35)	56 (%88,89)	63 (%11,39)	
Özgün (4)	2 (%4,65)	2 (%4,65)	39 (%90,70)	43 (%7,78)	
Gözlemci (5)	0 (%0)	2 (%7,41)	25 (%92,59)	27 (%4,88)	
Sorgulayan (6)	5(%14,71)	3 (%8,82)	26 (%76,47)	34 (%6,15)	
Maceracı (7)	9(%10,98)	6 (%7,31)	67 (%81,71)	82 (%14,83)	
Reis (8)	2 (%2,53)	9 (%11,39)	68 (%86,08)	79 (%14,29)	
Uzlaşmacı (9)	7 (%11,11)	1 (%1,59)	55 (%87,30)	63 (%11,39)	
Sütun Toplamı n(%)	40 (%7,23)	45 (%8,14)	468 (%84,63)	553	

Not: Hücre içindeki veriler sırasıyla, toplam sayı (n) ve satır yüzdesini ifade etmektedir

Her bir kişilik tipi, meslek grupları bakımından, tek tek diğer tiplerle karşılaştırılmak yerine, diğer tüm kişilik tipleri “diğer tipler” kategorisi altında birleştirilmiş ve her bir kişilik tipi, meslek grupları yönüyle “diğer tipler” ile karşılaştırıldı. Yapılan 3x2 tablolulu Ki-kare testleri sonucunda da, herhangi bir meslek grubunun, kişilik tipi bakımından diğer meslek gruplarından farklı olmadığı görüldü. Doktor grubu ile sağlık çalışanları grubu tek bir kategori halinde birleştirilip, kişilik tipleri yönüyle diğer meslek grubu kategorisi ile karşılaştırıldığında da anlamlı bir fark saptanmadı.

Katılımcıların doktora başvuru nedenleri, rutin başvuru ve diğer nedenler olarak iki kategoriye ayrılarak rutin başvuru yapan bireylerin, diğer nedenlerle başvuru yapan bireylerden kişilik tipi yönüyle farklı olup olmadıkları araştırıldı. Kişilik tipleri arasında rutin başvuru oranı en yüksek olan kişilik tipinin 4 numaralı kişilik tipi (%32,6), en düşük olan kişilik tipinin 3 numaralı kişilik tipi (%12,7) olduğu görüldü. Başvuru nedenleri arasındaki farklılıklar, yapılan “Pearson Chi-Square” ve “Fisher’s Exact” testinin sonuçlarına göre anlamlı bulunmadı [$\chi^2(8) = 13.77, p=0,087$, Fisher’s Exact test; $p=$

0,068]. Katılımcıların kişilik tipleri ile doktora başvuru nedenleri karşılaştırılmasına ilişkin veriler Şekil 17’de sunuldu.



Şekil 17. Kişilik Tiplerinin Doktora Başvuru Nedenlerine göre İstatistiksel Dağılımı

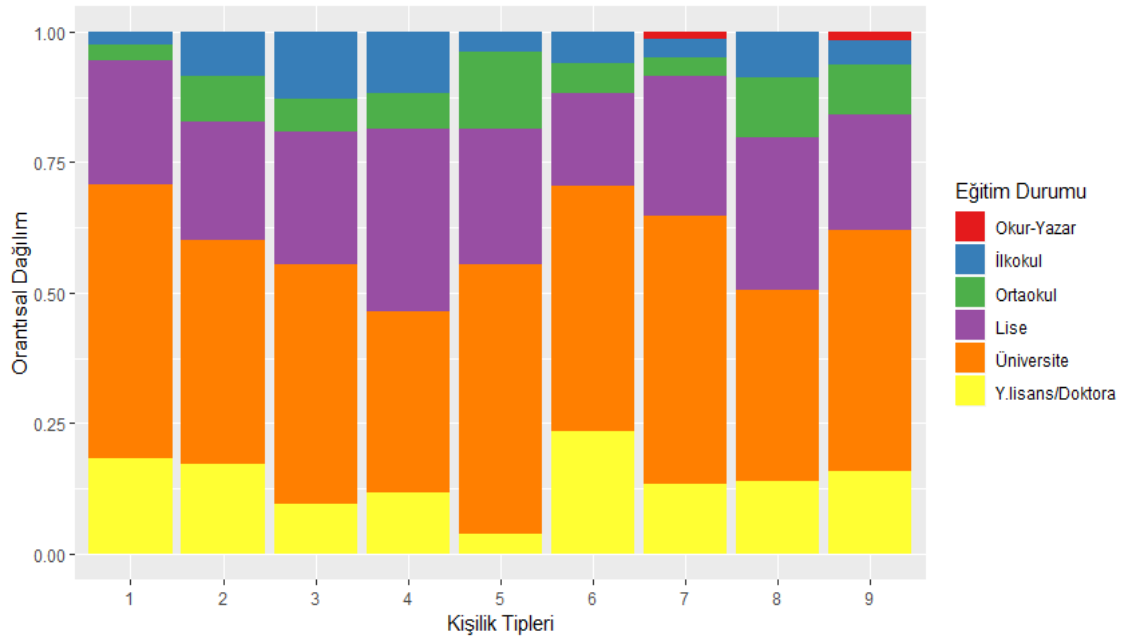
Katılımcıların kişilik tipleri ile beden kitle endeksi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanamadı. ($p=0,194$) Söz konusu ilişki Tablo 18’de gösterildi.

Katılımcıların kişilik tipleri ile eğitim durumları arasındaki ilişki incelendiğinde, tüm katılımcılar arasında en yüksek yüksek lisans/doktora mezunu (%28,4), üniversite mezunu (%26,2), lise mezunu sıklığına sahip tipin (%21,3) 1 numaralı kişilik tipi, en yüksek ortaokul mezunu sıklığına sahip tipin 8 numaralı (%23,7) kişilik tipi, en yüksek ilkokul mezunu sıklığına sahip tipin 3 numaralı (%22,9) kişilik tipi olduğu görüldü. Örneklem içerisindeki toplam 2 okur-yazar katılımcının biri 7 numaralı, diğeri ise 9 numaralı kişilik tipinde idi. Kişilik tiplerinin, eğitim durumuna göre istatistik farklılık göstermediği belirlendi [$\chi^2(40) = 41,64, p=0,39$, Fisher’s Exact test; $p=0,26$]. Eğitim

durumuna göre her bir kişilik tipinin kendi içindeki orantısal dağılımı Şekil 18’de sunuldu.

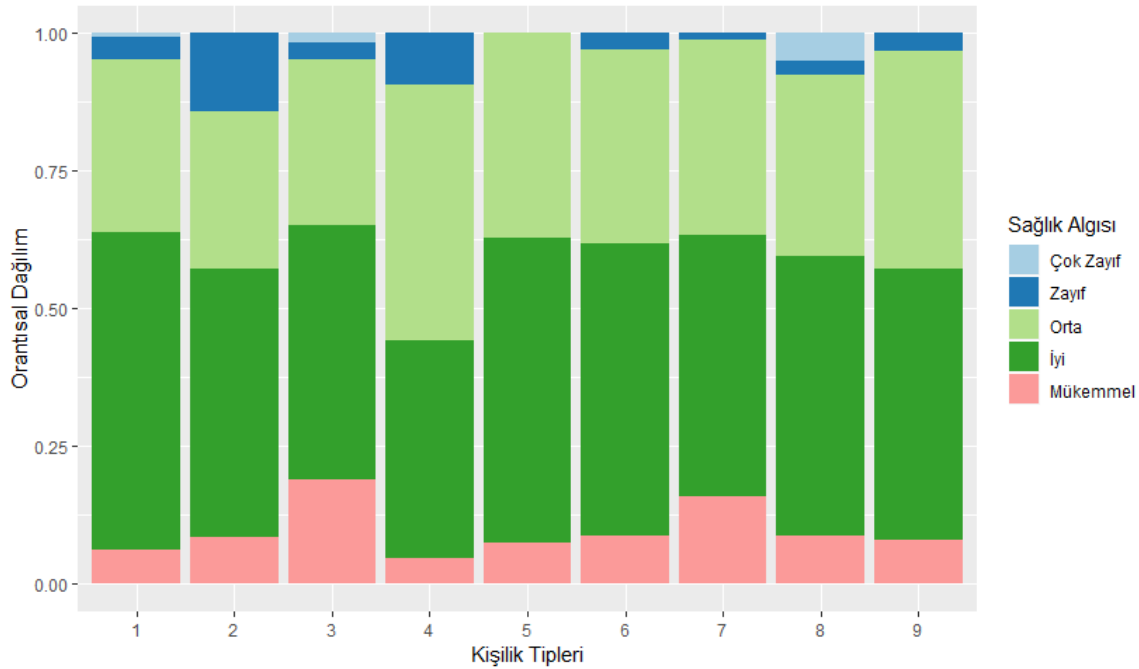
Tablo 18. Kişilik Tipleri ile Beden Kitle Endeksi Arasındaki İlişki

Kişilik Tipleri	n	Ortalama (kg/m ²)	Std. Sapma (±)	p
Mükemmeliyetçi (1)	127	25,38	4,55	0,194
Yardımcı (2)	35	23,60	4,71	
Başaran (3)	63	25,57	4,51	
Özgün (4)	43	25,70	4,97	
Gözlemci (5)	27	24,72	4,85	
Sorgulayan (6)	34	25,14	4,53	
Maceracı (7)	82	24,15	4,25	
Reis (8)	79	25,88	4,64	
Uzlaşmacı (9)	63	25,31	5,43	
Toplam	553	25,15	4,70	



Şekil 18. Kişilik Tiplerinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Katılımcıların kişilik tipleri ile sağlık algıları arasındaki ilişki incelendiğinde, bütün katılımcılar arasında en yüksek “mükemmel” sağlık algısı sıklığına sahip tipin 7 numaralı (%23,6) kişilik tipi, en yüksek “iyi” (%26,2) ve “orta” sağlık algısı sıklığına sahip tipin 1 numaralı (%20,9) kişilik tipi, en yüksek “zayıf” sağlık algısı sıklığına sahip tipin 2 numaralı (%22,7) kişilik tipi, en yüksek “çok zayıf” sağlık algısı sıklığına sahip tipin 8 numaralı (%66,7) kişilik tipi olduğu tespit edildi. Kişilik tiplerinin, kişisel sağlık algısına göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptandı [$\chi^2(32) = 48,6, p=0,03$]. Bu farklılığın hangi tipte ve hangi algı seviyesinde olduğunu belirlemek için yapılan post-hoc testlerinde; 2 numaralı kişilik tipinin, istatistiksel olarak beklenenden çok daha fazla sayıda “zayıf” sağlık algısına sahip kişi içerdiği ($p=0,001$), 8 numaralı kişilik tipinin ise, istatistiksel olarak beklenenden çok daha fazla sayıda “çok zayıf” sağlık algısına sahip kişi içerdiği ($p<0,001$) saptandı. Her bir kişilik tipinin kendi içindeki sağlık algısı orantısal dağılımı Şekil 19’da sunuldu.



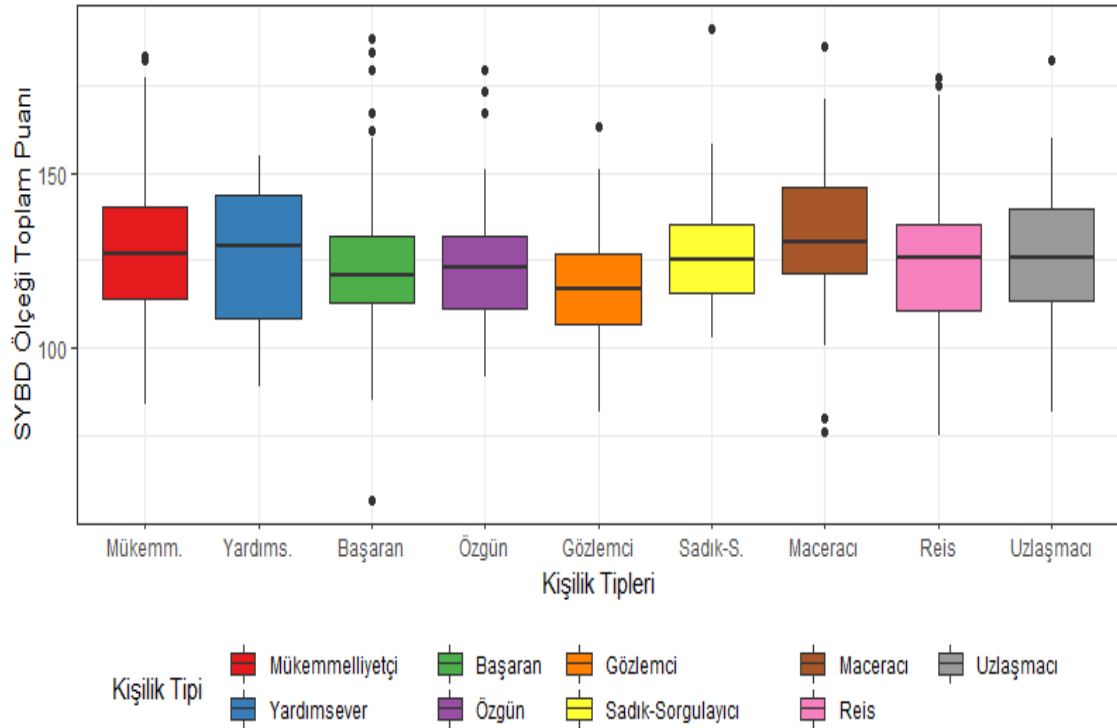
Şekil 19. Kişisel Sağlık Algısının Kişilik Tiplerine Göre Orantısal Dağılımı

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği ve alt boyutlarının, Kişilik Tipleri bakımından incelenmesi

9 farklı kişilik tipinin SYBD-II ölçeği toplam puanları Tablo 19’da gösterildi.

Tablo 19. Farklı Kişilik Tiplerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puan İstatistikleri

Kişilik Tipleri	n	Ortalama	SS	Ortanca	Minimum	Maksimum
Mükemmeliyetçi	127	127,88	20,20	127	84	183
Yardımsaver	35	125,37	20,03	129	89	155
Başaran	63	125,67	23,27	121	57	188
Özgün	43	124,28	19,48	123	92	179
Gözlemci	27	117,26	17,61	117	82	163
Sorgulayan	34	127,03	16,98	125	103	191
Maceracı	82	131,99	18,55	130,5	76	186
Reis	79	124,90	21,30	126	75	177
Uzlaşmacı	63	126,83	18,27	126	82	182



Şekil 20. Kişilik Tiplerinin SYBD-II Ölçek Toplam Puanına göre İstatistiksel Dağılımı

Kişilik tipleri arasında SYBD-II ölçeği toplam puanları bakımından anlamlı bir fark olup olmadığını test edebilmek amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H testi sonucunda, kişilik tipleri arasında SYBD-II ölçeği toplam puanları yönüyle istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu [$\chi^2(8) = 17,957, p = 0,021$]. Bu farkın hangi ikili gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Dunn-Bonferroni post-hoc testleri sonucunda, 5 numaralı kişilik tipi (ortanca=117,26) ile 7 numaralı kişilik tipi (ortanca=131,99) arasındaki SYBD toplam ölçek puanı farkı, istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($Z = -3,66, p = 0,008$). Diğer ikili gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Kişilik tiplerinin sağlıklı yaşam biçimi değerlendirmesi ölçek puanı karşılaştırması, Şekil 20’de sunuldu.

Kişilik tiplerinin, SYBD-II alt boyutları ile ilişkisine yönelik yapılan inceleme Tablo 20’de gösterildi.

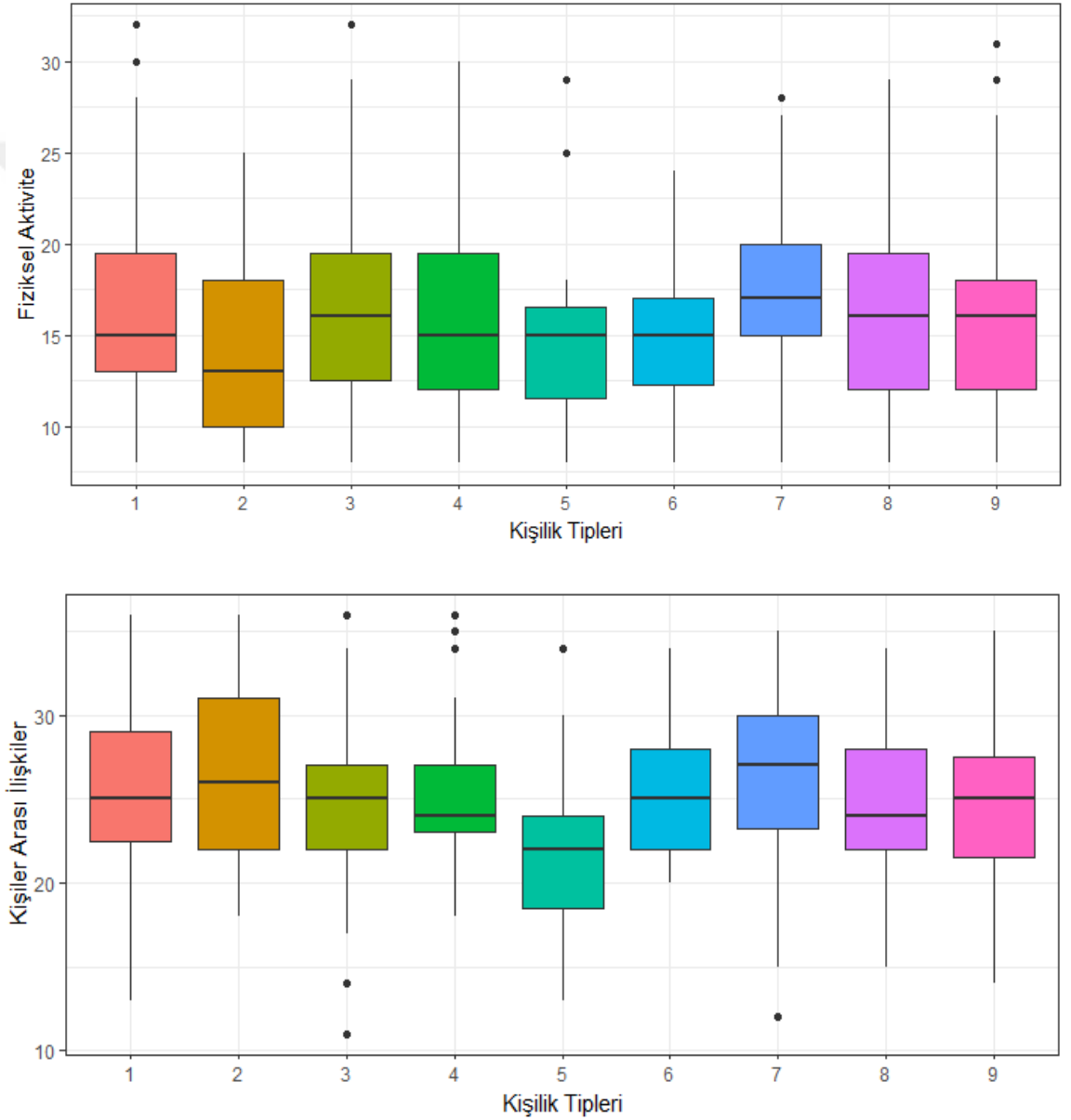
Tablo 20. Kişilik tiplerinin, SYBD-II Alt Boyutları İle İlişkisi

	SYBD-II Alt Boyutları																	
	Kişilerarası İlişki			Beslenme			Sağlık Sorumluluğu			Fiziksel Aktivite			Stres Yönetimi			Tinsellik		
Kişilik Tipleri	Ortn	Min	Maks	Ortn	Min	Maks	Ortn	Min	Maks	Ortn	Min	Maks	Ortn	Min	Maks	Ortn	Min	Maks
Mükemmeliyetçi	25	13	36	20	12	33	20	11	34	15	8	32	19	10	30	26	13	36
Yardımsaver	26	18	36	19	14	29	20	14	28	13	8	25	19	12	25	27	16	34
Başaran	25	11	36	20	10	33	19	9	33	16	8	32	18	9	31	27	10	36
Özgün	24	18	36	19	12	30	21	10	33	15	8	30	19	12	30	25	17	35
Gözlemci	22	13	34	18	12	24	19	10	27	15	8	29	19	14	25	24	15	34
Sorgulayan	25	20	34	20	14	34	21	14	36	15	8	24	18	13	28	27	19	35
Maceracı	27	12	35	20	11	30	21	12	35	17	8	28	19	9	30	28	14	36
Reis	24	15	34	20	13	27	19	9	31	16	8	29	18	9	32	26	14	36
Uzlaşmacı	25	14	35	19	12	28	20	11	31	16	8	31	19	10	30	27	15	36
p değeri	<0,001			0,234			0,425			0,023			0,55			0,144		

Kişilik tipleri arasında, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyut puanları yönüyle bir fark olup olmadığı, Kruskal Wallis testi ile test edilerek, kişilik tiplerinin ölçek alt boyutlarından Fiziksel Aktivite ve Kişilerarası İlişkiler alt boyut puanları bakımından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 20).

Hangi kişilik tiplerinin Fiziksel Aktivite alt boyutu farklılıklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğunu test etmek amacıyla yapılan Dunn-Bonferoni post-hoc testinde, 7 numaralı ve 2 numaralı kişilik tipleri arasındaki fark anlamlı bulundu ($Z=3,45$,

p=0,023). Diğer yandan, Kişilerarası ilişkiler alt boyutunda ise 5 numaralı kişilik tipinin kişilerarası ilişkiler boyutu ile; hem 2 numaralı, hem 7 numaralı, hem de 1 numaralı kişilik tiplerinin Kişilerarası ilişkiler boyutu arasında fark, istatistiksel olarak anlamlı bulundu (5 numaralı-2 numaralı kişilik tipi, $Z=-3,63$, $p=0,01$; 5 numaralı-7 numaralı kişilik tipi; $Z=-4,43$, $p<0,001$; 5 numaralı-1 numaralı kişilik tipi, $Z=-3,67$, $p=0,008$). Kişilik tiplerinin Fiziksel Aktivite ve Kişilerarası İlişkiler alt boyutlarına göre istatistiksel dağılımı Şekil 21’de sunuldu.



Şekil 21. Kişilik Tiplerinin Fiziksel Aktivite Ve Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutlarına Göre İstatistiksel Dağılımı

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran sağlıklı bireylerden oluşan 553 katılımcının Enneagram kişilik tipleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki olup olmadığı değerlendirildi.

2010 yılında yapılan TURDEP-II çalışmasına göre Türkiye’de obezite sıklığı %35 olarak saptanmıştır[99]. OECD 2017 verilerine göre ise Türkiye nüfusunun %22,3’ü obezdir.[100] Çalışmamızda katılımcıların obezite sıklığı Türkiye genelinden düşük bulundu.

Araştırmamızda sigara kullananların sıklığı genel popülasyon ve erkekler açısından 2011 ve 2017 yıllarında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çok merkezli prevalans çalışmalarıyla uyumludur. Ancak çalışmamızda kadınların sigara kullanım sıklığı, ilgili çalışmalardan daha yüksek saptandı.[2, 101] Sigarayı bırakanların sıklığı yine literatürle uyumlu saptandı.

Araştırmamızda alkol kullanım sıklığı Türkiye geneli verileriyle uyumlu bulundu [2]. Kadınlarla erkekler alkol tüketim alışkanlıkları bağlamında karşılaştırıldığında, kadınların erkeklere göre çok daha az alkol kullandıkları gözlemlendi.

Literatürde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği- II kullanılarak yapılmış çok sayıda çalışma mevcuttur. SYBD-II ölçeği ile eğitim durumu, çeşitli meslek grupları, üniversite öğrencileri ve bazı kronik hastalıklar gibi çeşitli konular çalışılmıştır [31, 98, 102, 103].

Kişilik tipleriyle ilgili yapılmış çalışmalarda ise daha çok MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), Eysenck Kişilik Envanteri gibi psikopatolojik sınıflama yapan kişilik testleri kullanılmıştır. Enneagram sistemi ise patolojik bir sınıflama olmayıp kişinin sahip olduğu tüm özellikleri değerlendirerek yorumlanan bir sistemdir. Enneagram sistemi kullanılarak oluşturulmuş birden fazla test formatı mevcuttur. Ülkemizde ve dünyada Enneagram sistemi kullanılarak yapılan çalışmaların çoğunluğu sosyal bilimler alanındadır. [6, 71, 83, 95, 104] Ülkemizde tıp alanında yapılan çalışmalarda Enneagram kişilik tiplerinin depresyon, sigara kullanımı ve baş ağrısı ile ilişkisi araştırılmıştır.[76, 105, 106]

Literatürde kişilik tipleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ilişkisini ortaya koyan bir çalışma araştırdığımız kadarıyla yoktu.

Çalışmamızda oranı en sık görülen kişilik tipi 1 numaralı (mükemmeliyetçi) kişilik tipi, en az görülen ise 5 numaralı (gözlemci) kişilik tipiydi. Kişilik tipleri cinsiyete göre incelendiğinde, en fazla kadın katılımcı oranına sahip kişilik tipinin %77,1 ile 2 numaralı (yardımcı) kişilik tipi olduğu, en fazla erkek katılımcı oranına sahip tipin ise %60,3 ile 3 numaralı (başaran) kişilik tipi olduğu görüldü. Yılmaz'ın sigara kullanımı ile kişilik tipleri ilişkisini araştırdığı çalışmada 2 numaralı kişilik tipinin en sık ve 6 numaralı kişilik tipinin en az oranda olduğu görülmektedir[105]. Makas Oral'ın depresyon hastalarının kişilik tiplerini araştırdığı çalışmada ise 4 numaralı kişilik tipi en fazlayken 7 numaralı kişilik tipi en az oranda saptanmıştır. [76]

Çalışmamızda SYBD-II ortalaması $126,072 \pm 20,04$ olarak bulundu. Ülkemizde SYBD-II ölçeği kullanılarak yapılan çeşitli çalışmalarda, araştırılan popülasyonun özelliklerine göre değişen, daha düşük [107, 108] ve daha yüksek ortalama toplam puan bulunan çalışmalar mevcuttur [109, 110].

Kişilik tipleri açısından SYBD-II toplam puanları incelendiğinde en yüksek puanı 7 numaralı (maceracı) kişilik tipinin, en düşük puanı ise 5 numaralı (gözlemci) kişilik tipinin aldığı görüldü. Aynı zamanda SYBD-II alt ölçeklerinden sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, tinsellik ve stres yönetiminden de en yüksek puanı 7 numaralı kişilik tipi aldı. Bunlardan yalnızca Fiziksel aktivite alt ölçeğinde 2 numaralı (yardımcı) kişilik tipiyle arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. 7 numaralı kişilik tipinin enerjik, canlı, yorulmak bilmeyen, maceraperest yapısı fiziksel aktiviteye olan ilgisinin fazla olabileceğini düşündürmektedir. Mutlu, olumlu, uyumlu ve rahat tavırları; can sıkıntısı, bıkkınlık gibi duyguları dışarıda bırakmayı amaçlayan yapısı da stres yönetimi konusunda başarılı olabileceğini düşündürmektedir. Hayata bağlı olması, hayatı boyunca mutluluğu araması ve olumlu düşünce yapısı nedeniyle sağlıklı yaşama gayreti olduğunu böylece SYBD-II puanının diğer tiplere kıyasla yüksek çıkmış olabileceği çıkarılabilir.[6]

Kişilerarası ilişkiler alt ölçeğinde ise 5 numaralı (gözlemci) kişilik tipinin, 1 numaralı (mükemmeliyetçi), 2 numaralı (yardımcı) ve 7 numaralı (maceracı) kişilik tiplerine göre anlamlı olarak daha düşük puan aldığı saptandı. 5 numaralı kişilik tipine

sahip bireyler duygusal ve kişilerarası boyutlara az değer verir ve bu yönleri az geliştirmiştir. İnsanlarla çabuk kaynaşamazlar. Ketum, sessiz, utangaç yapılarının, yalnızlığı sevmelerinin de kişilerarası ilişkiler alt ölçeğinden diğer tiplere kıyasla düşük puan almalarına neden olduğu düşünülmektedir. Tip 2'nin yardımsever, başkalarına odaklı, fedakâr yapısı, diğerlerinin ihtiyaçlarıyla ve sorunlarıyla yakından ilgilenmesi ve bundan keyif alması kişilerarası ilişkilerinin gelişmiş olmasına neden olmuş olabilir. Ayrıca Tip 7'nin neşeli, olumlu, rahat tavırları, dost canlısı olması, girdiği ortama neşe saçması; Tip 1'lerin başkalarını düzeltmek için devamlı onlarla iletişim halinde olması, sağlıklı hallerinde çevresindeki kişileri hataları ile beraber kabul etmesi, rehberlik ederek hataları düzeltmeye çalışması da bu iki tipin kişilerarası ilişkiler boyutundan yüksek puan almalarını açıklayabilir. [6]

SYBD-II alt ölçekleri açısından katılımcıların geneline bakıldığında en yüksek puan ortalaması tinsellik, en düşük puan ortalaması ise fiziksel aktivite alt boyutundan alındı. Demir ve arkadaşlarının tıp ve hemşirelik öğrencilerine yaptığı çalışmada, Ayaz ve arkadaşlarının, Sivas hemşirelik yüksekokulu öğrencilerine yaptığı çalışmada, Kaya ve arkadaşlarının öğretim elemanlarına yaptığı çalışmada ve Diez ve ark. üniversite öğrencilerinin sağlığı davranışlarını etkileyen sosyo-demografik değişkenleri inceleyen çalışmasında da en yüksek alt ölçek puanı tinsellik grubunda bulunurken, en düşük puan fiziksel aktivite alt grubundadır[10, 111-113]. Tinselliğin yüksek çıkmasının toplumumuzun sosyokültürel yapısı ve dini inançlarla ilgili olduğu düşünülmektedir. Fiziksel aktivitenin düşük çıkmasının nedenleri arasında bireylerin yoğun iş hayatı, zor yaşam koşulları, spor yapma alışkanlığı kazanmamış olmaları ve halka açık spor alanlarının az bulunmasının rol oynadığı düşünülebilir.

Sağlık çalışanları (doktorlar dâhil) kişilik tipleri açısından değerlendirildiğinde en sık görülen tipin 1 numaralı kişilik tipi olduğu saptandı. Sağlık çalışanları ile diğer meslek grupları SYBD-II ölçeği alt boyutları açısından kıyaslandığında sağlık çalışanlarının “Kişilerarası ilişkiler” boyutundan aldıkları puan diğer meslek mensuplarına göre yüksek, “Fiziksel Aktivite” alt boyutundan aldıkları puan ise düşüktü. Bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Çetin'in sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada da en düşük puan fiziksel aktivite alt ölçeğinden alınmıştır [114]. Yalçınkaya ve ark.'nın sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi konulu çalışmasında da en yüksek puan kişilerarası ilişki alt ölçeğinde bulunurken en düşük puan

fiziksel aktivite alt ölçeğindedir [115]. Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam davranışları açısından topluma göre daha bilinçli ve rol model olması beklenirken fiziksel aktivite alt ölçek puanları düşük çıkmıştır. Bu da her ne kadar fiziksel aktivite gerekliliğinin farkında olsalar da yorucu çalışma koşulları, uzun mesai saatleri nedeniyle sağlık çalışanlarının fiziksel aktiviteye yeterli zamanı ayıramadıklarını düşündürmektedir. Bu fark 1 numaralı kişilik tipinin özelliklerine bakıldığında kişilikten ziyade meslek ve çalışma koşulları ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Kişilik tipi ile ilişkisinin olup olmadığını saptamak için daha fazla sağlık çalışanı ile yapılacak Enneagram çalışmaları yol gösterici olabilir.

Kişilik tipleri ile meslek, doktora başvuru nedenleri ve eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı. Kişilik tipleri arasında doktora rutin başvuru oranı en yüksek olan kişilik tipinin 4 numaralı (özgün) kişilik tipi (%32,6), en düşük olanın ise 3 numaralı (başaran) kişilik tipi (%12,7) olduğu görüldü. 4 numaralı kişilik tipinin özellikle sağlıksız tutumları arasında yer alan melankolik, karamsar ve kaygılı yapısı nedeniyle sağlık konusunda da kaygı duydukları, hastalanma korkusu yaşadıkları, dolayısıyla rutin kontrol amacıyla doktora başvuru oranının diğer tiplere kıyasla sık olduğu sonucu çıkarılabilir.[6]

Sigara kullanım sıklığının en fazla olduğu kişilik tipinin 1 numaralı, en düşük olduğu kişilik tipinin ise 5 numaralı kişilik tipi olduğu görüldü. Sigara kullanan, kullanamayan ve bırakan gruplar arasında kişilik tipleri yönüyle anlamlı farklılık bulunamadı. Yılmaz'ın yaptığı çalışmada ise 8 numaralı kişilik tipinde sigara kullanımı en yüksek orandayken, 1 numaralı kişilik tipinde en düşük oranda bulunmuştur. [105] Her iki çalışma da tek merkezli ve sınırlı sayıda katılımcıyla yapılmış olması nedeniyle sonuçların farklı çıkmış olabileceği düşünülebilir. Toplumumuzda kişilik tipleriyle sigara kullanımı arasındaki ilişkinin daha net ortaya konulması için çok merkezli, çok sayıda katılımcının dâhil edildiği geniş çaplı çalışmalar yapılmalıdır.

1 numaralı kişilik tipi içerisinde olan bireylerin, “diğer kişilik tipleri” kategorisindeki bireylere kıyasla sigarayı daha fazla bıraktıkları gözlemlendi. 1 numaralı kişilik tipinin mükemmeliyetçi, prensipli yapısı ve içgüdülerini toplum tarafından kabul edilebilir davranışlara yönlendirebilme becerilerinin fazla olduğu düşünülürse sağlık

konusunda da mükemmele ulaşma amacıyla sigara bırakma davranışının daha yüksek oranda görülmüş olabileceği düşünülebilir. [6]

Kişilik tipleri arasında en fazla kümülatif sigara kullanım oranına sahip tipin 8 numaralı kişilik tipi (%15,2) olduğu görüldü. Toplumun bazı kesimlerinde sigaranın otorite, karizma ve özgüven simgesi olduğu algısı göz önünde bulundurulursa bu durumda 8 numaralı kişilik tipinin kendini ispatlama, özgüven ve otorite özelliklerinin diğer tiplere kıyasla daha yoğun sigara kullanımında etkili olabileceği düşünülebilir.[6]

Çalışmamızda kişilik tipleri ile sağlıklı yaşam davranışları arasında anlamlı ilişki bulunmuş olmasına rağmen, sağlıklı yaşam davranışlarının kişiliğe sıkı sıkıya bağlı olmayan, öğrenilebilir davranışlar olduğunu düşünmekteyiz. Bazı kişilik tipleri fiziksel aktivite ve stres yönetimi gibi noktalarda diğerlerine kıyasla avantajlı olsa da, sağlıklı ve uzun bir yaşam için her bireyin kendi sağlık sorumluluğunu üzerine alarak sağlıklı yaşam davranışlarını uygulaması faydalı olacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Tüm katılımcılar açısından bakıldığında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları alt ölçekleri arasında en düşük puanı fiziksel aktivite, en yüksek puanı tinsellik almıştır.
2. 7 numaralı kişilik tipi hem SYBD-II toplam puanında hem de 4 farklı alt ölçekte en yüksek puanı almıştır.
3. 7 numaralı kişilik tipi 2 numaralı kişilik tipine göre daha fazla fiziksel aktivite yapmaktadır.
4. 5 numaralı kişilik tipinin 2, 7 ve 1 numaralı kişilik tiplerine göre kişilerarası ilişkileri daha zayıftır.
5. Sağlık çalışanları diğer meslek mensuplarına göre daha az fiziksel aktivite yaparken kişilerarası ilişkiler konusunda daha başarılıdır.
6. Sigara kullanımının ve bırakmanın en fazla olduğu Tip 1 kişilik iken, en yüksek miktarda sigara tüketen (paket/yıl) Tip 8 kişilik idi.

Sağlıklı ve kaliteli bir yaşam, sağlığı korumak ve sürdürmek için bireylerin yapması gereken en önemli şey, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemek ve uygulamaktır. Bireylerle ilk ve en yakın teması kuran, kişilere bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşan aile hekimlerinin en önemli görevlerinden biri sağlığın korunmasında rol almak ve hastalarına rehber olmaktır. Bunu yaparken, her bir hastanın sağlık ve çevre koşullarıyla birlikte, birinci basamakta kolaylıkla kullanılacak bir modalite olan Enneagram kişilik tiplerini de göz önünde bulundurması, yapacağı rehberlikten etkin sonuç alınmasını sağlayabilir. Her bir bireyin zayıf ve geliştirilmesi gereken sağlıklı yaşam davranışını saptayıp, bireye uygun öneriler geliştirebilir. Bu yolla, sigara bırakma danışmanlığı gibi konularda da daha etkin sonuçlara ulaşılabilir. Ayrıca, hazırlanan kamu spotlarında, her kişilik tipi için özel tanıtımların yapılması, sağlık mesajlarının toplumun daha geniş bir kesimine ulaşılmasını ve etkin toplumsal farkındalığın artmasını sağlayabilir.

Kişilik tipleri, bireylerin seçimlerinde oldukça etkili olan faktörlerdendir. Bu bağlamda, kişilik tiplerinin meslek grupları, sigara kullanımı, fiziksel aktivite gibi

konularla ilişkisini araştırmak, tıp alanında kişilik tiplerini dikkate alarak, bireylerin sağlık farkındalığını artırmak için çok merkezli ve geniş kapsamlı çalışmalar yapılması önerilir.



7. KAYNAKLAR

1. *Noncommunicable diseases progress monitor 2017*. Geneva: World Health Organization; 2017 Erişim: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2017/en> Erişim tarihi: Eylül 2018.
2. *Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS)*. Editörler: Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara, 2018. .
3. Ferguson KJ. Health behaviour. Wallace RB. *Public Health & Preventive Medicine*. 14. Basım Stamford: Appleton & Lange, 1998: 811-816.
4. Özvarış ŞB. 2011, *Sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 30.
5. Thomas JC, Segal DL. *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology, Personality and Everyday Functioning*: John Wiley & Sons; 2006.
6. Batı U. *Enneagram İle Kişilik Analizi*, İstanbul, 2017, Alfa Yayınları.
7. Taymur İ, Türkçapar MH. *Personality: Description, Classification and Evaluation*. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry*. 2012;4(2):154-77.
8. Kong R. *Building community capacity for health promotion: A challenge for public health nurses*. *Public Health Nursing Suppl* 1995; 12/5: 312–318.
9. Sisk RJ. *Caregiver burden and health promotion*. *Int J Nurs Stud Suppl* Feb 2000; 37/1: 37–43.
10. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. *Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları*. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2005; 9(2): 26-34.
11. Arslan C. *Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi*. *F.Ü. Sağ. Bil. Derg* 2007; 21/5.
12. WHO. *Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Fortyfifth edition, Supplement*; 2006:1-2.
13. Bolsoy N, Sevil Ü. *Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi*. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;9(3):78-87.
14. Ö. Sarı – G. Atılgan, *Sağlık Sosyolojisi*, Konya, 2012.
15. Somunoğlu S. *Kavramsal Açından Sağlık*, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi*, C.4, S.1, 1999.
16. Larson JS. *The Measurement of Health: Concepts and Indicators*. Greenwood Publishing Group; 1991:1–7.
17. Ateş M. *Sağlık Sistemleri*, İstanbul, 2011, s.1-2.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Sağlık ve Sağlığın Korunması Modülleri, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü* Ankara, 2008.

19. Günsoy G. İnsani Gelişme Kavramı ve Sağlıklı Yaşam Hakkı. ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi 2012;1(2):35–52.
20. Akçay Ş. Toplum Sağlığı ve Sağlık Politikaları, Erişim: <file.lookus.net>TGHYK>tghyk.69.pdf> Erişim Tarihi: Eylül 2018.
21. Goldston, S. E. (Ed.). (1987). *Concepts of primary prevention: A framework for program development*. Sacramento, California Department of Mental Health.
22. Bae JM. Implementation of quaternary prevention in the Korean healthcare system: lessons from the 2015 Middle East respiratory syndrome coronavirus outbreak in the Republic of Korea. *J Prev Med Public Health* 2015;48(6):271-273.
23. Akdeniz M., Kavukçu E. Dördüncül koruma: Önce zarar verme. *Türk Aile Hek Derg* 2017; 21 (2): 74-81
24. Katz, D., & Ather, A. (2009). *Preventive Medicine, Integrative Medicine & The Health of The Public*. Commissioned for the IOM Summit on Integrative Medicine and the Health of the Public. Retrieved from "Archived copy" (PDF). Archived from the original (PDF) on 2010-08-27. Retrieved 2014-03-16.
25. Patterson C., Chambers L. W. (1995). "Preventive health care". *The Lancet*. 345 (8965): 1611–1615. doi:10.1016/s0140-6736(95)90119-1.
26. Hugh R. Leavell and E. Gurney Clark as "the science and art of preventing disease, prolonging life, and promoting physical and mental health and efficiency. Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1979). *Preventive Medicine for the Doctor in his Community* (3rd ed.). Huntington, NY: Robert E. Krieger Publishing Company.
27. <https://acikders.ankara.edu.tr/mod/resource/view.php?id=52892>.
28. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı, Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik Sağlık Geliştirilmesi Eğitimi Rehberi. Ankara, 2011. .
29. Özçelik H. 2012, Isparta il merkezinde görev yapan toplum öncüsü bazı meslek üyelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi tez çalışması. Yüksek Lisans tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta.
30. Yıldırım N. Üniversite öğrencilerinin bazı sosyodemografik özelliklerinin bazı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. Yüksek lisans tezi. Cumhuriyet Üniversitesi. Sağlık bilimleri enstitüsü hemşirelik programı. Sivas, 2005.
31. Oral B. Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D Uzmanlık Tezi, Kayseri, 2018
32. Bahar Z. Sağlık Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı, *DEUHYO ED* 2014,7 (1), 59-67).
33. Galloway RD. Health promotion: causes, beliefs and measurements. *Clin Med Res*. 2003;1(3):249–258.
34. Pahalank C. Determinants of health-promotive behaviors: a review of current research . *Nursing Clinics of North America*, December, 1991;26(4):815-832.

35. WHO | What is health promotion? Erişim: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/en/>. Erişim tarihi: 22/9/2018.
36. Zaybak, A., Fadiloğlu, Ç. Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi; 2004: 20(1), 77– 95.
37. Kim HC, Oh SM. Noncommunicable diseases: current status of major modifiable risk factors in Korea. *J Prev Med Public Health*. 2013;46(4):165–72. .
38. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization (WHO) 2014 Erişim: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-statusreport-2014/en> erişim tarihi: Ağustos 2018.
39. WHO report on the global tobacco epidemic 2017. Monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization; 2017 Erişim: http://www.who.int/tobacco/global_report/2017/en Erişim tarihi: Eylül 2018.
40. Scaling up action against NCDs: how much will it cost? Geneva: World Health Organization; 2011 Erişim: http://www.who.int/nmh/publications/cost_of_inaction/en).
41. Esin MN. Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul; 1997.
42. Tayar, M., Korkmaz, N. H. (2007). Beslenme Sağlıklı Yaşam. 2. Baskı, Ankara: Nobel Yayınevi.
43. Soylu M. Sağlıklı beslenme-sağlıklı süt. I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı. Marmaris-Muğla; 2006: 37.
44. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Beslenme Rehberi, 2015, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031.
45. Aksoydan, E. (2008). Yaşlılık ve Beslenme, Sağlık Bakanlığı Yayın No:726, Klasmat Matbaacılık.
46. Tinsley G, La Bounty P, Effects of Intermittent Fasting on Body Composition and Clinical Health Markers in Humans, Oct 2015, *Nutr Rev* 73(10), 661-74.
47. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription, 10th Edition,2017,Chapter 1, Benefits and Risks Associated with Physical Activity Erişim: <https://www.acsm.org/read-research/books/acsms-guidelines-for-exercise-testing-and-prescription> Erişim Tarihi: Eylül 2018.
48. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. 2. Basım, Ankara 2014. Erişim: http://beslenme.gov.tr/content/files/basin_materyal/Fiziksel_aktivite_rehberi/farehberi_tr.pdf Erişim Tarihi: Eylül 2018.
49. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc*. 2007 ; 39 (8) : 1423 – 34 .

50. Aydın Ş, Örnek AŞ. *Kriz ve Stres Yönetimi. 2. Baskı, Ankara: Detay Yayıncılık, 2008: Stres yönetimi, stresin kavramsal boyutu*
51. Balcıoğlu İ. *Medikal Açıdan Stres ve Çareleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:47, 2005.*
52. Müftüoğlu O. *Yaşasın Hayat. 7. Baskı İstanbul: Doğan Kitapçılık, 2003: 114-124.*
53. Johnstone, Margeret. *Stress in Teaching. An Overview of Research. Midlothian: The Scottish Council for Research in Education. SCRE Publication. .*
54. Balcı, Ali. *Öğretim Elemanlarının İş Stresi. Kuram ve Uygulama. Nobel Yayınları, 2000. .*
55. Doğan B, Mümin E. *Üniversite Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Yöntemleri: Nazilli MYO Örneği. Electronic Journal of Vocational Colleges 2013;3(4):2939.*
56. Tutar H. *Kriz ve Stres Yönetimi. 1.Baskı Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2004: Stresle başa çıkma. .*
57. O'Neill DP, Kenny OE. *Spirituality and chronic illness. The Journal of Nursing Scholarship, Third Quarter 1998; 30(3):275-280.*
58. Çetinkaya B, Atundağ S, Azak A. *Spiritüel bakım ve hemşirelik. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 8(1) : 47 – 50.*
59. Dedeli Ö, Karadeniz G. *Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. Ağrı 2009; 21(2):45-53. .*
60. Kostak MA., *Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; Cilt:2, Sayı:6 (<http://web.firat.edu.tr/shmyo/ederqi/ciltikisayiali/kostak6.pdf>).*
61. Velioglu, P., Pektekin, Ç., Şanlı, T. (1991). *Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Ders Kitapları, Yayın No: 102/HKİ*
62. House JS, Umberson D, Landis KR. *Structures and Processes of Social Support. Annual Review of Sociology 1988;14:293–318.*
63. Chen M. *The effectiveness of health promotion counseling to family caregivers. Public Health Nurs 1999; 16(2):125-132.*
64. Fişek N.H. *Günümüzde halk sağlığı anlayışı. Erişim: (<http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3020.doc>)*
65. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. *The effects of cognitive-persceptual factors on health promotion behavior maintenance. Nurs Res 1996; 45(1):30-36.*
66. Güncel Türkçe Sözlük, Türk Dil Kurumu, Erişim: www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts Erişim Tarihi: 19 Eylül 2018.
67. Özdemir O., Özdemir PG., Kadak MT., & Nasıroğlu, S. (2012). *Kişilik gelişimi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 4 (4), 566-589. .*
68. Serçoğlu, N. (2013). *Konaklama işletmelerinde çalışan iş görenlerin kişilik özelliklerinin hizmet verme yatkınlığı üzerindeki etkisi. Journal of Yasar University, 8 (31), 5253 5273.*



69. Şahabettinoğlu Ş. *Kişilik Tipleri ve Hastalıklara Yatkınlık, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2015.*
70. Ak M. Özmenler KN. Özşahin A., “İntihar Girişimi ile Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişkinin Major Depresif Bozukluk Örneğinde İrdelenmesi”, *Klinik Psikiyatri, S.11, s.33, Ankara, 2008, .*
71. Subaş, A. (2017). *Okul Yöneticilerinin “Liderlik Stilleri” İle “Enneagram Kişilik Tipleri” Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.*
72. Zel, U. (2011). *Kişilik ve Liderlik. 2. Baskı, Ankara. Nobel Yayın Dağıtım*
73. Songar, A., *Temel Psikiyatri, Minnetoğlu yay. İstanbul, 1981. .*
74. Topçu MK. *Çalışanların Kişilik Özelliklerinin Örgütsel Özdeşleşme Ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerine Etkisinde Psikolojik Sözleşme Algısının Rolü. Ankara, 2015. .*
75. Şenyuva HŞ. *Aydın İlinden Alınan Normal Bir Örnekleme Kişilik Bozukluklarının Yaygınlık Çalışması. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi; 2007.*
76. Makas Oral YN, Taştan K., *Depresyon Hastalarında Kişilik Tipi Özellikleri. T.C. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi. Erzurum, 2017*
77. Perkmen, S., & Tezci, E. (2015). *Holland Teorisinin Işığında Meslek Kişiliğinin Ölçülmesi. NEF-EMED, 9(1), 184-204. Erişim: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/39917> Erişim Tarihi: Eylül 2018*
78. Göka, E., & Beyazyüz, M. (2014). *Geçimsizler Kişilikleri Tanıma ve Geçinmeyi Kolaylaştırma. İstanbul: Timaş Yayınları. .*
79. Yurtsever H. *Kişilik özelliklerinin stres düzeyine etkisi ve stresle başa çıkma yolları: Üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2009.*
80. Simanowitz V, Pearce P. *Personality development. Open University Press: McGraw-Hill Education (UK); 2003. .*
81. Hamamcı Z, Hamamcı E. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi. 2015;1(4)13 ISSN: 2146-9199.*
82. Ertürk, Y. D. (2010). *Davranış Bilimleri. İstanbul: Kutup Yıldızı Yayınları. .*
83. Yılmaz ED, Gençer AG, Ünal Ö, Aydemir Ö. *Enneagram'dan Dokuz Tip Mizaç Modeli'ne: Bir Öneri. Eğitim ve Bilim. 2014;39(173). .*
84. Bedow AK. *Attachment Styles and Enneagram Types: Development and Testing of an Integrated Typology for use in Marriage and Family Therapy. Dissertation submitted to the faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy In Human Development. Blacksburg, Virginia 2008.*
85. Burger, J. M. (2006). *Kişilik, Çev. İnan Deniz Erguvan Sarıoğlu. İstanbul: Kaknüs Yayınları.*

86. Robbins S. P., Judge, T. A. (2012). *Örgütsel Davranış*. 14. Bs. Çeviri Editörü: İnci Erdem. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
87. Erdoğan, İ., (1994), *İşletmelerde Davranış*, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.
88. Palmer, H. (1991). *The enneagram*. New York: Harper Collins Publishers.
89. Bennett, J. G. *The Enneagram Studies*. London. Coombe Springs Press, 1974.
90. Riso, D. R. ve Hudson, R. *Enneagram ile Kişilik Analizi*. Çeviri : Günseli Aksoy. İstanbul, 2015, Butik Yayınları.
91. Webb K. *Principles of the Enneagram*. Singing Dragon, 2012;25-29.
92. Maitri S, *The Spiritual Dimension of the Enneagram: Nine Faces of the Soul*, New York, 2009;22-151.
93. Palmer, H. (2014). *Ruhun Aynası Enneagrama Yansıyan İnsan Manzaraları*. (Çev. Okhan Gündüz). 2. Baskı. İstanbul. Kaknüs Yay.
94. Taştan K. *Kişilik Tiplerine Göre Stresle Mücadele*. 2. Baskı. Erzurum, 2013. Syf.39-232.
95. Selçuk, Z. ve Yılmaz, E.D. *Rehber Benim: Dokuz Tip Mizaç Modeli'ne Göre Rehberlik Yaklaşımına Giriş*. Ankara, 2015 Pegem Akademi.
96. Wagner JP, Walker RE. *Reliability and validity study of a Sufi personality typology: The Enneagram*. *Journal of Clinical Psychology*. 1983;39(5):712-717.
97. Walker S.N., Hill-Polerecky D.M. *Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II*. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center; 1996.
98. Bahar Z. Beşer A. ve ark. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008, 12(1)
99. TURDEP-II Erişim: http://cdn.istanbul.edu.tr/statics/istanbultip.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf Erişim tarihi: 1 Ekim 2018.
100. OECD Obezite Raporu Erişim: <http://www.oecd.org/health/obesity-update.htm> Erişim tarihi: 1 Ekim 2018.
101. Ünal B. Ergör G. Editör, T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*, 2013.
102. Alır İ. *Ankara Sincan Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi*, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.
103. Baysal S. Ekuklu G. *Edirne Merkez İlçede Sosyoekonomik Düzeyi Farklı İki Mahallede Yaşayan Erişkin Kadınlarda Kansere Risk Algısı Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı*, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Edirne, 2018.
104. Karabulut Y., *Yeni Kişilik Teorisi Enneagram Ve Din Psikolojisi Açısından Kullanım Alanları*. Marmara üniversitesi sosyal bilimler enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2007.
105. Yılmaz M. *Kişilik Tiplerinin Sigara İçme Durumu ile İlişkisi: Olgu Kontrol Çalışması*. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Diyarbakır, 2016.

106. Erik L. Baş ağrısı olan hastalarda kişilik tipleri, Tıpta Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır, 2016.
107. Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık Davranışları. Cumhuriyet Univ Hemsire YO Derg 1998; 2 (2):60-68
108. Güneş G. Türköl E, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine ihtisas yapan asistanların sağlıklı biçimi davranışları, Malatya, 2012
109. Kitiş Y., Uz D., Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz Etkililik Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi, Halk Sağlığı Etkinlikleri - HASUDER, 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi,2012
110. Şahin P. Hipertansif Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Aile İşlevselliği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Öz Yeterlilik İle İlişkisinin İncelenmesi, Okan Üniversitesi,İstanbul,2012.
111. Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A,Yorgancı E, Öz F, Kankaya CF. Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. Kor Hek. 2008; 7(1):59-64.
112. Diez SMU, Perez-Fortis A. Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. Health Promot Int 2009.
113. Demir E, Baydar Artantaş A. "Tıp ve Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma". Ankara Medical Journal 18(2018): 186-197.
114. Çetin F.E. Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü Ve Merkez İlçelerin Toplum Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara, 2015.
115. Yalçinkaya M.,Özer F.G.,Karamanoğlu A.Y.,Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi ,TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,2007:6(6).

8. EKLER

EK-1: Etik Kurul Onayı

**ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
ETİK KURULU
PROJE ONAY BELGESİ**

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr Hatice Şeyma ERÇİN'in, **Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Enneagram Kişilik Tipleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi** adlı araştırması değerlendirilmiştir. *(Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)*

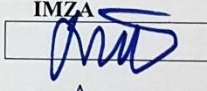
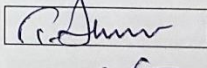
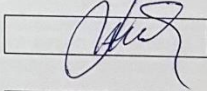
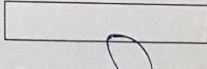
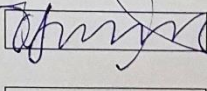
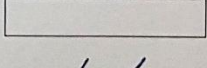
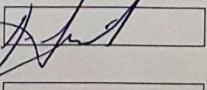
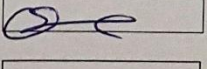
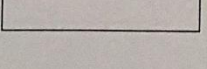
Proje etik açısından uygun bulunmuştur.

Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.

AYBÜ ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	2018-206
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	15.05.2018
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	28.06.2018/19
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	Başkan	
Prof. Dr. Tekin AKDEMİR	Üye	
Prof. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	Üye	
Prof. Dr. Seldağ GÜNEŞ PESCHKE	Üye	
Yrd. Doç. Dr. Özge GÖKBULUT ÖZDEMİR	Üye	
Yrd. Doç. Dr. Fatma DOĞAN GÜZEL	Üye	
Yrd. Doç. Dr. Behlül TOKUR	Üye	
Yrd. Doç. Dr. Şule ÇEKİÇ KAYA	Üye	
Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN	Üye	

8

EK-2 Anket Formu

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE ENNEAGRAM KİŞİLİK TİPLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sayın Katılımcı;

Bu anket çalışması Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Enneagram Kişilik Tipleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Veriler bilimsel amaçlı kullanılacak olup, anketin cevaplanması yaklaşık 10 dakika sürmektedir. Doğrusonuçlara ulaşılabilmesi açısından tüm soruların eksiksiz olarak cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Size ait bilgilerin gizli kalacağını belirtir, katılımınız için teşekkür ederiz.

Dr. Hatice Şeyma Erçin

Tel:05075627488 e-posta: haticeseymaercin@hotmail.com

Bu anketin amacı ile ilgili olarak bilgilendirildiğimi, anketi uygulayan kişinin sorularımacevap verdiğini, araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerçekçi veya gereksiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi veya kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabilceğimi, araştırma sonuçları hakkında araştırmacıdan telefonve/veya e-posta ile bilgi alabileceğimi ve araştırmaya katılmayı kabul etmemem durumundaalacağım tıbbi hizmetin hiçbir şekilde etkilenmeyeceğini biliyorum. Araştırmaya katılmayı, Onaylıyorum (.....) Onaylamıyorum (.....)

- 1) Kaç yaşındasınız?
- 2) Cinsiyetiniz nedir? a) Kadın b) Erkek
- 3) Kaç kilosunuz?: kg
- 4) Boyunuzu yazınız:cm
- 5) Medeni durumunuz nedir?
a) Evli b) Bekar c) Boşanmış d) Eşi vefat etmiş
- 6) Eğitim durumunuz nedir?
a) Okur-yazar
b) İlkokul
c) Ortaokul
d) Lise
e) Üniversite
f) Yüksek lisans/doktora
- 7) Mesleğiniz nedir?.....
- 8) Ailenizin toplam gelir/gider durumu nedir?
a) Gelirimiz giderimizden az
b) Gelirimiz giderimize denk
c) Gelirimiz giderimizden fazla

9) Genel olarak sağlık durumunuzu nasil değerlendirirsiniz?

- 1.Çok zayıf 2. Zayıf 3.Orta 4.İyi 5.Mükemmel

10) En son ne zaman doktor muayenesine gittiğinizi ve nedenini yazınız.

- a) Son 1 ay içinde gittim. Nedeni.....
b) Son 6 ay içinde gittim. Nedeni.....
c) Son 1 yıl içinde gittim. Nedeni.....
d) Son 5 yıl içinde gittim. Nedeni.....
e) Hatırlamıyorum

11) Sigara kullanım durumunuz nedir?

- a) Günde..... adet.....yıldır kullanıyorum.
b)yıl önce bıraktım. Eskiden günde.....adet.....yıl boyunca kullanmıştım.
c) Kullanmıyorum. Hiç kullanmadım.

12) Alkol kullanım durumunuz nedir?

- a)sıklıklayıldır kullanıyorum.
b)yıl önce bıraktım. Eskidensıklıkla.....yıl boyunca kullanmıştım.
c) Kullanmıyorum. Hiç kullanmadım.

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

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

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora 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	Şekerli ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlıklı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik,dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekme, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla)yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli 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 yaparım (Örneğin; yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim, vs.)				
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 duyduğumdabaşkalarından danışmanlıkve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

9. ÖZGEÇMİŞ

1988 yılında Konya'nın Cihanbeyli ilçesinde doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise öğrenimini Cihanbeyli'de tamamladı. 2012 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Aynı yıl Ankara Gölbaşı Şehit Ahmet Özsoy Devlet Hastanesi Acil servisinde pratisyen hekim olarak çalıştı. 2014 yılı Aralık ayından bu yana Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır. Çocuk Gelişimi ön lisans öğrencisi olan yazar evli ve 1 çocuk annesidir.

