



**T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ISPARTA İL MERKEZİNDE GÖREV YAPAN
TOPLUM ÖNCÜSÜ BAZI MESLEK ÜYELERİNİN
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Habibe ÖZÇELİK
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ**

**Tez No: 79
ISPARTA-2012**

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı** çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : .19/01/2012

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Yonca Sönmez

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi

Üye :Prof. Dr. A. Nesimi Kişioğlu

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi

Üye : Yrd. Doç. Dr. Esin Kulaç

Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD Öğretim Üyesi

Üye :Yrd. Doç. Dr. Yonca Sönmez

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi

ONAY : Bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. M. Fehmi ÖZGÜNER

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜRLER

Halk Sağlığı Yüksek Lisans eğitimimde büyük emeği olan ve Araştırmanın başından sonuna kadar bütün aşamalarında bana rehberlik eden tez danışmanı hocam, Sayın Yrd. Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ'e, eğitimim boyunca emek veren öğretim üyesi hocalarım Doç. Dr. Mustafa ÖZTÜRK'e, Sayın Prof. Dr. Ahmet Nesimi KİŐİÖęLU'na, Sayın Doç. Dr. Ersin USKUN'a teőekkürü borç bilirim.

Sahada anket uygulama çalışmalarım sırasında katılımları ile destek veren, Isparta il merkezinde görev yapan aile hekimleri, sınıf öğretimleri ve imamlara teşekkür ederim.

Ayrıca her zaman yanımda olan ve bana özveriyle destek veren, veri toplama aşamasında katkılarını esirgemeyen sevgili eşim Ahmet Özçelik'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	i
TEŞEKKÜRLER.....	ii
İÇİNDEKLER.....	iii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
TABLolar.....	viii
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1. SAĞLIK	2
2.1.1. Sağlık Nedir?	2
2.1.2. Objektif ve Subjektif Olarak Sağlık	3
2.1.3. Bilimler Açısından Sağlık	3
2.1.4. Sağlık ve Çevre İlişkisi.....	3
2.1.5. Sağlığı Etkileyen Faktörler	4
2.2. SAĞLIK DAVRANIŞLARI	5
2.2.1. Sağlık Davranışı Nedir?	5
2.2.2. Belirleyici Faktörler.....	6
2.2.2.1. Hazırlayıcı faktörler.....	6
2.2.2.2. Olanak Sağlayıcı Faktörler	7
2.2.2.3. Güçlendirici Faktörler	8
2.2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Nedir?.....	8
2.2.3.1. Kendini Gerçekleştirme	9
2.2.3.2. Sağlık Sorumluluğu	9
2.2.3.3. Fiziksel Aktivite	9
2.2.3.4. Beslenme	10
2.2.3.5. Kişilerarası Destek.....	10
2.2.3.6. Stres Yönetimi	11
2.3. SAĞLIĞI GELİŞTİRME	13
2.3.1. Tanımı.....	13
2.3.2. Sağlığın Geliştirilmesinin Kısa, Orta ve Uzun Vadede Etkileri.....	15
2.3.3. Sağlığı Geliştirme Çalışmalarının Alanları	15
2.3.4. Toplumsal Bakış	16
2.3.5. Sağlık Eğitimi, Sağlık Davranışı ve Sağlığı Geliştirme Arasındaki İlişki	17

2.3.6. Toplum Liderlerinin Rolü.....	18
2.4. SAĞLIK DAVRANIŞINI ÖLÇMEYE YÖNELİK MODELLER	20
2.4.1. Sağlık İnanç Modeli	20
2.4.1.1. Modelin Bileşenleri	21
2.4.1.1.1. Algılanan duyarlılık.....	21
2.4.1.1.2. Algılanan ciddiyet	21
2.4.1.1.3. Algılanan yarar	21
2.4.1.1.4. Algılanan engeller	21
2.4.1.1.5. Öz yeterlilik	22
2.4.1.1.6. Davranış ile ilgili ipuçları	22
2.4.2. Transteoretik Model	23
2.4.2.1. Değişim aşamaları (zaman ile ilgili geçici boyut).....	23
2.4.2.1.1. Düşünmeme (Precontemplation)	23
2.4.2.1.2. Düşünme / Niyet (Contemplation)	24
2.4.2.1.3. Hazırlık (Preparation)	24
2.4.2.1.4. Hareket /Eylem (Action)	24
2.4.2.1.5. Devam Ettirme (Maintenance)	24
2.4.2.2. Değişim süreci (bağımsız değişken boyutu).....	24
2.4.2.2.1. Bilişsel Süreçler	25
2.4.2.2.2. Davranışsal Süreçler	25
2.4.2.3. Değişim düzeylerini belirleyen ölçekler.....	27
2.4.2.3.1. Öz-Etkililik/ Teşvik Eden Faktörler Ölçeği	27
2.4.2.3.2. Karar Alma Ölçeği	28
2.4.3. Sosyal Öğrenme Modeli	28
2.4.3.1. Sosyal Öğrenme Kuramının Temel Kavramları.....	29
2.4.3.1.1-Dolaylı Pekiştireç:	29
2.4.3.1.2-Dolaylı ceza:.....	30
2.4.3.1.3-Dolaylı Duygusalılık:	30
2.4.3.1.4-Model Öğrenme:	30
2.4.4. Tutum Değişikliği Kuramları	30
2.4.5. Alan Kuramı	31
2.4.6. Tutarlılık Kuramı.....	31
2.4.7. Toplumsal Yargı Kuramı.....	31
3.MATERYAL VE METOD	33
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı	33

3.2. Araştırmanın Evreni/ Örnek Seçimi	33
3.3. Örneğe Ulaşma Oranı	34
3.4. Araştırmada Kullanılan Değişkenler	35
3.4.1. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler	35
3.4.1.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	35
3.4.2. Araştırmada kullanılacak bağımsız değişkenler	38
3.4.2.1. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenlerle İlgili Tanımlamalar	39
3.5. Veri Toplama Yöntemi	42
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	42
3.7. Araştırmanın Zaman Düzenliği	42
3.8. Araştırmanın Güçlü ve Kısıtlı Yanları	43
4. BULGULAR	44
4.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Bulguları	44
4.2. Araştırma Grubunun SYBDÖ'nden aldıkları toplam puan ve alt faktör puanları ile sağlık açısından riskli diğer durumların değerlendirilmesi	46
4.3. Araştırma Grubunun SYBDÖ'nden aldıkları toplam puan ve alt faktör puanlarının sosyodemografik özelliklere göre ve diğer sağlık açısından riskli durumlara göre karşılaştırılması	54
4.4. Araştırma grubunun SYBDÖ'nden aldıkları toplam puan ve alt faktör puanlarını etkileyen etmenlerin çoklu regresyon analizi ile incelenmesi	60
5. TARTIŞMA.....	63
5.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Bulguları	63
5.2. Araştırma Grubunun SYBDÖ Alt Faktör Maddelerine Ait Verileri	64
5.3. Araştırma Grubunun SYBDÖ ve Alt Faktör Puan Ortalamaları	65
5.4. Araştırma Grubunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Bazı Sosyo-Demografik Verilerle İlişkisi	67
5.5. Araştırma Grubunun Mesleklere Göre Sağlık Açısından Riskli Durumları	69
5.6. Araştırma Grubunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Bazı Sağlık Açısından Riskli Durumlarla İlişkisi	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	76
ÖZET	80
ABSTRACT	81
KAYNAKLAR.....	82
EKLER.....	86
EK 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU	87
EK 2. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II	90
EK 3. İZİN BELGELERİ	91

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
SS	: Standart Sapma

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlığı Geliştirmede Sağlık Eğitiminin Yeri	14
Şekil 2. Sağlığı Geliştirme.....	18

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Değişim Aşamaları.....	27
Tablo 2. Örnekleme alınan ilköğretim okullarının listesi.....	34
Tablo 3. SYBDÖ II ve alt faktörlerinden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar.....	36
Tablo 4. Araştırmanın zaman düzeneği.....	43
Tablo 5. Araştırma grubunun mesleklere göre bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.....	44
Tablo 6. Araştırma grubunun mesleklere göre yaş, aylık gelir ve meslekte çalışma süresine göre dağılımı	45
Tablo 7. Araştırma grubunun SYBDÖ alt faktörlerinin maddelerinden aldıkları puanların frekansı, ortalama ve standart sapma değerleri	46
Tablo 8. Araştırma grubunun mesleklere göre SYBDÖ'den aldıkları toplam puan ve alt faktör puanları ile bu puanların karşılaştırılması.....	50
Tablo 9. Araştırma grubunun mesleklere göre sağlık açısından riskli durumları.....	51
Tablo 10. Araştırma Grubunun SYBDÖ'nden aldıkları toplam puan ve alt faktör puanlarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması.....	54
Tablo 11. Araştırma Grubunun SYBDÖ'nden aldıkları toplam puan ve alt faktör puanlarının diğer sağlık açısından riskli durumlara göre karşılaştırılması.....	58
Tablo 12. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı ve alt ölçek puanları ile ilişkili bulunan değişkenler ve çoklu regresyon analizi sonuçları.....	60

1.GİRİŞ

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, 1946 yılında ‘sadece bir hastalığın veya sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.’ şeklinde tanımlanmıştır. Sağlık davranışı ise bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür (Özkan ve Yılmaz 2008).

Günümüz sağlık anlayışı toplumun sağlığını korumayı, sürdürmeyi ve geliştirmeyi benimsemektedir. Sağlıklı bir toplum ise ancak sağlıklı bireylerle oluşturulabilmektedir. Bu nedenle bireylere kendi sağlık ve iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek olumlu davranışlar kazanmasına ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasına yardım edilmesi gerekmektedir. DSÖ gelişmiş ülkelerde ölümlerin %70-80’inin ve gelişmekte olan ülkelerde ölümlerin % 40-50’sinin sağlıksız yaşam biçiminden kaynaklandığını ileri sürmektedir. Bu durum ise sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır. (Oyur Çelik ve Ark., 2009). Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (Özkan ve Yılmaz 2008).

Aile hekimleri, sınıf öğretmenleri ve imamlar, mesleki sorumlulukları ve profesyonel rolleri gereği toplumda rol modelidirler. Bu nedenle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını günlük yaşam şekli haline dönüştürmelidirler. Literatüre bakıldığında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilgili çalışmalar üniversite öğrencileri ve sağlık çalışanları üzerinde yoğunlaşmaktadır. Toplum liderlerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilgili yapılmış çalışma oldukça azdır. Isparta ilinde ise bu konuda çalışma daha önce hiç yapılmamıştır. Bu noktadan yola çıkarak Isparta il merkezinde görev yapan aile hekimi, sınıf öğretmeni ve imamların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği bu çalışmayla kaynak oluşturulması amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK

2.1.1. Sağlık Nedir?

Sağlık, evrensel bir kavram olmasına karşın herkesin kabul ettiği ortak bir tanımı yoktur. Sağlık kavramı birçok düzeyleri içerir (Velioğlu 1999). Sağlık, farklı şekillerde tanımlanabilmektedir. Sağlık “ağrıdan dolayı acı çekme” ya da “günlük aktiviteleri veya görevleri yerine getirememe durumu” olarak tanımlanabildiği gibi, “hastalık semptomlarının olmaması durumu” ya da “sakatlık ve herhangi bir hastalığa sahip olmama durumu” gibi hastalığa vurgu yapan negatif tanımların yanı sıra “fiziksel zindelik durumudur” şeklinde pozitif şekilde de tanımlanabilmektedir. Sağlığın tanımlanışında hastalığın algılanışı ya da insanın kendisini hasta olarak ifade edişi değişkenlik göstermektedir. Örneğin, bazı insanlar için sağlık, “toplumsal görevleri yerine getirebilme durumu” olarak tanımlanabilir (Öz 2004).

Türkçe’de sağlık kavramı “sağ olmak, hayatta olmak” kökünden gelmektedir. İngiliz dilinde “*health*” sağlık, “*wholeness*” bütünlük ve sağlamlık köküne dayalıdır. Sağlık konusunda çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. İlk tanımlar “hasta olmayan insan sağlıklıdır” şeklinde son derece yalın bir ifadeyle karşımıza çıkmaktadır. İnsanın kendini iyi hissetmemesi ile hasta olması arasında ciddi bir fark vardır. Ama hastalık tanısının konulmamış olması da kişinin sağlıklı olduğu anlamına gelmez. Bu sebeple insan sağlığıyla ilgilenen çeşitli bilimler, özellikle tıp, 1900’lü yılların başından itibaren sağlığı tanımlayabilecek açıklamalar yapmak için çalışmıştır.

Bugüne kadar en çok kabul görmüş ve günümüzde en yaygın şekilde kullanılan sağlık tanımı, 1946 yılında DSÖ tarafından yapılan sağlık tanımıdır. Bu tanıma göre sağlık; **“sadece bir hastalığın veya sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir huzur ve iyilik içinde olmaktır”**. Bu tanımın modern ve çağdaş olan yönü, hastalığı semptomlar boyutuna sıkıştırılmaması ve insanı psikolojik ve sosyal yönüyle bir bütün olarak ele almasıdır. Böylece gelişen mediko-sosyal modele uygun bir tanım oluşmuştur (Baltaş 2008). Kişinin sosyal yönden tam iyilik halinde olmasının ön koşulu sosyal yaşantısının sağlıklı olmasıdır. Çalışma ve yaşam güvenliğinin sağlanamadığı, iş bulma olasılığının bulunmadığı, gelir dağılımının dengesizliğinin yarattığı huzursuzluğun

giderilemediği toplumlarda kişinin tam iyilik halinde olması olanaksızdır (*Kesgin ve Topuzoğlu 2006*).

2.1.2. Objektif ve Subjektif Olarak Sağlık

Sağlık kavramlarını objektif ve subjektif olarak ikiye ayırıp incelemek daha doğrudur.

-Subjektif olarak sağlık; Bireyin kendisinin, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden durumunu algılaması halidir. Birey hasta olmadığı halde kendisini hasta ya da hasta olduğu halde kendisini sağlıklı algılayabilir.

-Objektif olarak sağlık; Doktor tarafından fizik muayene ve tanı işlemleri ve psikiyatri tarafından muayene sonucuna göre belirlenen hastalığın ya da bozukluğun olmamasıdır.

Bu durumda kişiye sağlıklı diyebilmek için, hem bireyin kendini subjektif olarak sağlıklı algılaması hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı olması halidir (*Akdemir ve Birol 2005*).

2.1.3. Bilimler Açısından Sağlık

Sağlık değişik otoriteler tarafından da farklı biçimde tanımlanmıştır.

Biyolojik bilimler açısından sağlık; beden her bir hücresinin en üst düzeyde işlev gördüğü ve hücrelerarası uyumun var olduğu bir durumdur.

Davranış bilimlerine göre sağlık; kişinin çevresi ile uyumu ve beklemediği bir olay karşısında savunma potansiyeli olarak algılanmaktadır.

Sosyal bilimler açısından ise sağlık; bireyin sosyal rollerini yerine getirmedeki yeterliği olarak tanımlanır. Bunun karşıtı ise hastalıktır (*Velioğlu 1999*).

2.1.4. Sağlık ve Çevre İlişkisi

Hipokratik yaklaşıma göre sağlık ve iyilik hali, insanın çevresindeki ısı, rüzgar, toprak, yiyecekler ile kendisine ait olan yeme-içme alışkanlıkları, cinsel yaşam, çalışma ortamı gibi bir dizi özel şartlar arasındaki dengeden oluşmaktadır. İnsanın çevresi ile etkileşimine bağlı olarak kurulan iç dengesi, dört sıvı ile (kan, balgam, sarı safra ve siyah safra) kendini göstermektedir. Bu ilişkiye, çok daha önceki dönemde doğuda gelişen geleneksel Çin tıbbında da rastlanmaktadır

Çin düşüncesine göre insan vücudu birbirini tamamlayan ve çevre ile dinamik denge içinde bulunan bir dizi sistemden oluşmaktadır. Kötü beslenme, yetersiz uyku, yetersiz

hareket ve aile içi, toplum içi uyumsuzluklar dengeyi bozmakta, hastalıklara neden olmaktadır (<http://www.merih.net/m1/0mangmt.htm> Erişim tarihi: 21 Mayıs 2007).

2.1.5. Sağlığı Etkileyen Faktörler

- Yaş, cinsiyet,
- Yaşadığınız yer,
- Meslek/ iş
- İnanç, eğitim.
- Sağlık hizmetlerinden yararlanma,
- Bireyin davranışı/yaşam biçimi,
- Kalıtım,
- Küresel evre (Canlı Küre),
- Gelir (para),
- Kültür,
- Sosyal ilişkiler, aile ilişkileri (Sağlık Bakanlığı 2008).

2.2. SAĞLIK DAVRANIŞLARI

2.2.1. Sağlık Davranışı Nedir?

Kişilerin sağlık hakkındaki algılamaları ve tutumları sağlık davranışları ile yakından ilişkilidir. Sağlık algılamaları psikolojik olarak kişinin koruyucu davranışlarda bulunmaya ne ölçüde açık olduğunu gösterir. Bireylerin sağlığı nasıl tanımladığı ve hangi davranışları sağlıklı olma ile ilişkilendirdiği, onun sağlıklı bir yaşam sürüp sürmediğinde etkili olacaktır. Dolayısıyla, toplumdaki sağlık inançlarının ve davranışlarının bilinmesi, sağlık hizmetlerinin sunulması ile sağlık eğitimi ve politikalarına yön vermesi açısından önemli ve gereklidir.

Kişilerin sağlığı koruma yönündeki davranışları ve sağlık sorunları yaşadığında yaptıkları, genel olarak “sağlık davranışı” terimi ile ifade edilmektedir. Bireyler sağlıklarını koruma yönünde çeşitli bireysel ve toplumsal kaynaklardan hareketle birtakım davranışlarda bulunurlar. Sağlığı koruyucu davranışların tümünü ya da çoğunu yapanların, yapmayanlardan daha sağlıklı olduğu bulunmuştur. Doğu Asyalılar ile Amerikalı üniversite öğrencilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada sağlık davranışlarında çoğu bakımından (örneğin düzenli egzersiz ve dengeli bir diyet) benzerlikler bulunmuştur. 15-21 yaş arası kadınlarla yapılan bir çalışmada sağlıklı olmanın sağlıklı beslenme, vücuduna zarar veren şeyler yapmama ve egzersiz yapmayla sağlanabileceği belirtilmiştir. Araz ve arkadaşlarının yaptığı, ‘Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı’ isimli araştırmaya katılan kişilerin yarısı herhangi bir hastalık durumunda tedavi için sadece doktora gittiğini ve tıbbi tedavi uyguladığını ifade ederken, üçte biri kadarı doktora gitmenin yanı sıra başka tedavi yöntemleri de aradığını belirtmiştir. Katılımcıların %11.6’sı herhangi bir şey yapmadan kendiliğinden iyileşmeyi beklemekte, %2.5’i ise doktora gitmeyip sadece modern tıp dışındaki yollarla iyileşmeye çalışmaktadır. (Araz ve Ark., 2007).

Koal ve Cobb’a göre, sağlık davranışı, kendisinin iyi olduğuna inanan, herhangi bir hastalık belirtisi göstermeyen bireylerin sağlıklı kalmak amacıyla yaptıkları eylemler olarak ifade edilmektedir. Gochman ise sağlık davranışını, sağlık düzeyinin korunması, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesiyle ilgili davranışlar bütünü olarak tanımlamıştır. Gochman ayrıca, sağlık davranışlarının, bireyin inançlarını, beklentilerini, değerlerini, algılarını, bireysel tavırlarını, duygusal, psikolojik özelliklerini ve alışkanlıklarını da kapsadığını belirtmiştir (Gochman, 1988).

Sağlık davranışı, olumlu ve olumsuz sağlık davranışı olarak iki grup altında incelenmektedir. Olumlu sağlık davranışı, bireylerin kendi sağlığını ve başkalarının sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik bilinçli çabalarını ifade eder. Yeterli dengeli beslenmek, düzenli uyumak, spor yapmak, yılda en az bir kez sağlık kontrolünden geçmek ve diğer bireylerle olumlu iletişim kurmak olumlu sağlık davranışlarına örnek olarak verilebilir (www.saglik.gov.tr/raporlar/hastalikyuku.pdf Erişim Tarihi: 21.07.10).

Bireylerin olumlu sağlık davranışları kazanması için, bu davranışlar konusunda bilgi sahibi olmaları ve edindikleri bilgiyi, davranış biçimlerini değiştirmek için kullanmaları gerekir. Aksi halde, bireyler olumsuz sağlık davranışı gösterebilirler. Olumsuz sağlık davranışı ise, bireylerin sağlığı için risk oluşturan eylemlerde bulunmasıdır. Olumsuz sağlık davranışlarına örnek olarak, sigara içme, alkol kullanma, düzensiz yemek yeme verilebilir (Akça Ay ve Ark., 2008)

2.2.2. Belirleyici Faktörler

Sağlık eğitiminde çağdaş uygulamada; sağlıkla ilgili davranışları etkileyebilen ve eğitim müdahaleleri ile değiştirilebilen üç faktör üzerinde durulmaktadır. Hazırlayıcı, mümkün kılıcı, güçlendirici (*predisposing, enabling, reinforcing*) faktörler olarak adlandırılan bu faktörler, müdahalenin tipini ya da yöntemlerini belirlemektedir (Bahar Özvarış 2006).

2.2.2.1. Hazırlayıcı faktörler

Bireylerin sağlık davranışlarını etkileyen ve eğitim müdahalesi ile değiştirilebilen hazırlayıcı faktörler, bilgi, tutum ve inançlardır. Bunlar, geleneksel eğitiminde hedefleridir ve sıklıkla tek yönlü didaktik eğitimler ile ve kitle iletişim araçları kullanılarak değiştirilebileceği düşünülmüştür. Yeni değişkenler olarak bu gruba “*değerler ve algılamalar*”da girmiştir (örneğin kültürel ve etik normlar). Bunlar kişinin bir davranışı edinip edinmeyeceğini belirler. Değerler ve algılamaları değiştirmek, gerçeğin yanlış algılanmasını ve değerlerdeki kararsızlığı düzeltmek ve netleştirmek için, geleneksel yaklaşımdaki tek yönlü didaktik eğitimlerin yerine, daha çok karşılıklı etkileşimi sağlayan (interaktif) yöntemlere gereksinim duyulur. Bilgi, tutum, inançlar, değerler ve algılamalar şeklinde belirtilen bu faktörler, sağlıkla ilgili bir eyleme geçmeden önce, bireyin güdülenmesini sağlayıcı faktörler de olması açısından önem taşır (Bahar Özvarış 2006).

Toplumda her gün yeni ve farklı bilgiler edinilir. Bu aile, arkadaş, öğretmen, gazete, dergi, televizyon, çeşitli kitaplar ve daha birçok faktörle sağlanabilir. Edinilen bilgiler doğru

olabileceği gibi yanlışta olabilir ve sağlıkla ilgili yanlış uygulamalar yapılmasına yol açabilir. Mesela televizyon aracılığıyla ‘şifalı bitkiler’ diye tanıtilen bazı bitkiler, karaciğer ve böbrek yetmezliğine sebep olabilir.

Her toplumun kendine özgü inançları vardır. Bunlar, aileden, öğretmenden kısacası saygı duyulan diğer bireylerden öğrenilir. Koşulsuz olarak kabul edilen bu inançların değiştirilmesi oldukça zordur. Örneğin; gebelikle ilgili bazı yanlış inanışlar şunlardır:

- Gebe kadının karnı sivri ise bebeği erkek, karnı yayvan ise bebeği kız olur.
- Eğer bebek kız ise gebelik zor, erkek ise gebelik kolay geçer.
- Gebenin midesi ekşidiğinde bebeğin saçları çok olur.
- Gebelikte cinsel birleşme çocuğa zarar verir.

Tutum, kişinin olaylara ve durumlara karşı belli şekilde tepki gösterme eğilimidir. Olaya, duruma, nesneye ya da kişiye karşı olumlu veya olumsuz tutum sergilenir. Örneğin bir siyasi partiye olan eğilimi kişinin tutumunu da gösterir.

Değer yargıları ve algılamalar ise, sağlık davranışının oluşmasında bir diğer hazırlayıcı faktördür. Kadının toplumsal statüsü, ahlaki değerler (evlilik öncesi cinsel ilişki gibi), sağlık ve hastalık algılamaları örnek verilebilir. Bazı toplumlarda çok çocuk doğurma ya da erkek çocuk doğurma kadına verilen değeri artırabilir. Kız çocukları erken yaşta evlendirilerek adolesan gebeliklere neden olunabilir. Sağlık “ağrıdan dolayı acı çekme” ya da “günlük aktiviteleri veya görevleri yerine getirememesi durumu” olarak algılanabilir.

2.2.2.2. Olanak Sağlayıcı Faktörler

Bu faktörler sağlık davranışlarının ortaya konmasını, pratikte uygulanmasını olanaklı kılan, daha çok yapısal (kaynakların varlığı, zaman gibi) faktörlerdir. Örneğin hasta işçi ya da öğrencilerin, önerilen etkinlikleri uygulayabilmeleri için, sağlık birimleri, çalışma yerleri ya da okul içinde bazı kaynaklara ve düzenlemelere gereksinim duyulur. Toplumda ya da kurumlarda bu kaynakların ya da yapıların ulaşılabilir olması ve kaynaklara ulaşmayı engelleyen durumların ortadan kaldırılması gerekir (Bahar Özvarış 2006).

İçinde bulunulan şartlar, kaynaklara ulaşım sağlık davranışlarını etkiler. Örneğin çocuğu hastalanan bir ebeveynin, çocuğunu hastaneye götüreceği parası yoksa hastane evlerine çok uzakta ve araç temin edemiyor ise veya bunun için işten izin alamıyorsa sağlık hizmetlerinden faydalanamaz. Uygun sağlık davranışını gösteremez.

2.2.2.3. Güçlendirici Faktörler

Sağlık eğitiminde son zamanlarda, davranışı güçlendirici-pekiştirici faktörler çok yaygınlık kazanmaya başlamıştır. Bu faktörler, aile ya da toplum tarafından o davranışın kabul edilmesi veya edilmemesi gibi davranışın sürdürülmesini etkileyen faktörleri içerir. Davranışın nedenlerinin, akran etkisinde olduğu gibi, büyük oranda “sosyal” olduğunun varsayıldığı durumlarda bu faktörler önem kazanmaktadır. Bu faktörler başarılı deneme ve performanslar için ödüllendirmeyi (sertifika, para vb.) de içerebilir. Ancak bunların sosyal öğrenme ile birlikte olması çok önemlidir. Son zamanlarda yapılan sağlık eğitimi araştırmaları, sigara içme, ilaç kullanımı ve adolesan cinselliği sorunlarında, çocukları akran baskısına karşı direnebilmeleri için onları “güçlendirme” fikrine yönelme konusundadır. Özetle; sosyal rol modelleri ve akran etkisi bireylerin davranışlarını güçlendirici faktörler içinde önemli yer tutar.

Etkili sağlık eğitim programları, davranışı etkileyen bu üç faktöre de yönelen öğrenme deneyimlerini birleştirmelidir. Çünkü yüksek derecede “güdülenmiş” ve “güçlendirilmiş” bir davranış, eğer “olanaklı kılınmaz” ise önlenemez ve yapılmayacaktır. Ödüllendirme yerine, alay konusu olan ya da sosyal olarak cezalandırılan “güdülenmiş” ve “olanaklı kılınmış” bir davranış ise kalıcı olmayacaktır (Bahar Özvarış 2006). Örneğin, yapılan bir kurs sonunda verilen sertifika veya büyük bir iş yerinde ayın elemanına verilen para ödülü güçlendirici faktör olarak olumlu davranışların kazandırılmasına yardımcı olur.

2.2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Nedir?

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır. Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir. Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür (Özkan ve Yılmaz 2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmenin ilk adımları toplum ve ailede atılır, daha sonra da eğitimle gelişir ve değişir (Yalçınkaya ve Ark., 2007).

Geçmişte tıp ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeye bakıldığında, toplumlarda önce hastalananların iyileştirilmeye çalışıldığı, daha sonra da hastalıktan korunma yolları arandığı görülür. Tüm çabalar insanı olabildiğince sağlıklı yaşatma amacına yöneliktir. Bunun için insanları hastalanmaktan koruyan ve yaşamları boyunca sağlıklı olmalarını sağlayan pek çok

uygulama geliştirilmiştir. Günümüzde bu uygulamaların hepsine birden “Sağlıklı Yaşam Biçimi” (Healthy Life Style) denmektedir. (Edelman and Mandle, 2002)

Pender sağlıklı yaşam biçimini, sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olarak belirtmiştir. Sağlığı geliştiren davranışlar, bireyin iyilik düzeyini artıran ve kendini gerçekleştirme olanağı sağlayan davranışları içermektedir. Bireylerin yaşam biçimi, sadece hastalıklardan korunmayı değil, yaşam boyunca sağlık düzeyini artırmaya yönelik davranışları içermelidir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi başlıklarını içerir

2.2.3.1. Kendini Gerçekleştirme

Kendini gerçekleştirme, bireylerin potansiyelleri doğrultusunda her türlü konuda yaratıcılıklarını artırmalarına yönelik olarak ortaya çıkan ihtiyaçlar olarak tanımlanabilir. Maslow’a göre kendini gerçekleştirme, bireyin tümüyle yaşama odaklanarak ve yaşamı özümseyerek yaşamını dolu ve coşku ile yaşamasıdır.

Kendini gerçekleştirmiş, diğer bir anlatımla psikolojik bakımdan sağlıklı bireyler kendilerini olduğu gibi kabul ederler ve kendilerinden şikâyetçi olmazlar. Aynı zamanda kendileri ile doyum sağlarlar, eksikliklerinden ve hatalarından dolayı rahatsız olmazlar.

Kendini gerçekleştirmiş birey, kendini tanır, güçlü ve zayıf yönlerini bilir, belli bir plan ve program çerçevesinde belli bir hedef ve amaca yönelik bir yaşam sürer, başarılarının farkındadır. Bireyin kendini takdir etmesi ve kendinden memnun olması, kendinin değerli olduğuna inanması da onun kendini gerçekleştirdiğini gösterir.

2.2.3.2. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu; bireyin sağlığını korumak ve hastalıkları önlemek için kendi tutum ve davranışlarını değiştirmesi anlamına gelmektedir. Sağlık sorumluluğu aynı zamanda, bireyin kendi sağlığına ne düzeyde katıldığını gösteren bir belirleyicidir.

Bireyin kendi sağlık sorumluluğunu alması sağlığı geliştirmenin başarılı olabilmesinde anahtar rol oynar. Bireyin davranışlarının ve yaşam biçiminin sağlığını nasıl etkilediğini anlamasını sağlayarak riskli davranışlardan (sigara içmek, riskli seksüel deneyimler, alkol almak vb.) uzak durmasını sağlar.

2.2.3.3. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, enerji tüketimi ile sonuçlanan herhangi bir vücut hareketi olup büyük kas gruplarının belli bir düzeyde hareket ettirilmesi, kas performansının geliştirilmesi ve kardiovasküler direncin artırılması olarak tanımlanır.

Bilinçli ve düzenli fiziksel aktivite programı uygulayarak, fiziksel kondisyonlarını koruyan bireylerin uzun ve kaliteli bir yaşam sürdüklerini gösteren birçok çalışma bulunmaktadır. Özellikle 50- 70 yaşları arasındaki bireyler üzerinde yapılan araştırmalar, fiziksel kondisyonu iyi olanlarda, olmayanlara göre mortalitenin üç kat daha az olduğunu göstermiştir.

Düzenli fiziksel aktivite yapmak, vücut ağırlığının kontrolünü ve buna bağlı olarak kalp-damar hastalıkları riskini azaltır. Bu durum, kan basıncının düşük düzeyde korunmasına, kan kolesterol ve düşük dansiteli lipoprotein düzeylerinin düşürülmesine ve yüksek dansiteli lipoprotein düzeyinin artırılmasına bağlıdır. Böylece kalp krizi ve inme riski azalır. Ayrıca, düzenli fiziksel egzersiz yapan bireyler hastalandıkları zaman daha hızlı iyileşirler.

2.2.3.4. Beslenme

Beslenme, insanın fizyolojik olarak büyümesini ve gelişmesini sağlayan besin öğelerinin dışarıdan alınması, bu ürünlerin vücut tarafından kullanılması olarak tanımlanabilir. Vücut fonksiyonları için gerekli olan enerji besinlerden sağlanır. Günlük olarak alınan besinler 6 temel besin grubundan oluşur. Bu gruplar, su, karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve mineraldir.

Beslenme alışkanlıkları, hayatın erken dönemlerinde kazanılır. Ailenin içinde bulunduğu çevreden, sosyo-ekonomik ve kültürel yapıdan etkilenir. Yeterli ve dengeli beslenme süreci ile vücut sıcaklığı düzenlenir, büyüme, onarım ve yenilenme sağlanır, hastalıklara karşı dayanıklılık oluşur, kemikler, vücut sıvıları ve hücreler için gerekli mineraller sağlanır ve uygun sıvı dengesi korunur.

Vücudun büyümesi, hücrelerin yenilenmesi, fonksiyonlarını sürdürmesi için gerekli olan temel besin öğelerinin yeterli miktarda ve dengeli alınmasına yeterli ve dengeli beslenme denir. Bu öğelerin vücut gereksiniminden az alınması yetersiz beslenme, çoğunlukla tek tip besin öğesi ile beslenme ise dengesiz beslenme problemlerine neden olur. Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için yeterli ve dengeli beslenilmesi ve bu davranışın kazanılması gerekmektedir.

2.2.3.5. Kişilerarası Destek

Kişilerarası destek, bireylerin birbirleriyle olan ikili veya grup ilişkileri sonucu elde edilen ve sağlığın geliştirilmesindeki etkinliği küçümsenmeyecek bir olgudur. Kişilerarası destek ilişkinin niteliğine, ilişkinin sürekliliğine ve ilişki düzeyine bağlıdır. Kişilerarası ilişkide en önemli nokta etkin bir iletişimin sağlanmasıdır.

Bireyler çeşitli dönemlerde hastalık, boşanma, ekonomik yetersizlikler vb. gibi çeşitli nedenlerle bedenlerinde, rollerinde, ilişkilerinde yaşam tarzları ile ilgili değişiklik yaşarlar. Bu gibi dönemlerde bireylerin aile veya yakın çevresinden destek görmesi sorunların çözümünü ve mevcut durumu daha kolay algılamasını başarmada yardımcı olur.

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

2.2.3.6. Stres Yönetimi

Stres, iç ya da dış ortamdaki kaynaklanan, homeostazisi bozan ya da bozmak için tehdit eden durumlara organizmanın verdiği yanıttır. Stres fizyolojik (travma, sıcak, soğuk gibi), psikolojik (duygusal gerilimler, iç ve dış çatışmalar, eş problemleri) ya da sosyal (çevre etkenleri, kültürel değişim v.b.) faktörlere bağlı olarak çıkabilmektedir.

Stres içinde olan bireyler kendilerine özen göstermezler ve sağlıklarını tehlikeye atacak davranışlarda bulunabilirler. Bu davranışlardan her biri, vücudun genel işlevini bozarak, hastalıklarla savaşma yeteneğini etkiler ve hastalığın gelişimine neden olabilir. Bunlara ek olarak stres, olumlu sağlık davranışlarını azaltarak, olumsuz sağlık davranışlarını ise artırarak sağlığı etkiler.

İnsanın strese uyum eğilimi vardır ve stres durumuna uyum göstermeye çalışır. Uyum, organizmayı tehdit eden nedene yönelik olarak homeostatik dengeyi korumak için geliştirilen bir seri olayları kapsayan süreçtir ve bu uyum fizyolojik-biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel olarak üç düzeyde gerçekleşir.

Uyumun gerçekleştiği her düzeyde, bireysel farklılıkların olduğunu kesinlikle göz ardı etmemek gerekir. Uyum sürecinde, organizmanın tepkileri yeterli, yetersiz ya da uygun olmayan biçimde olabilir. Ayrıca uyum sürecinde organizmada bazı uyaranlara duyarlılık azalır ya da artar. Uyum sürecinde durumla ilgili;

- Gerçekçi hedefler belirlemek,
- Uyum için davranış değişikliği yapabilmek,
- Baş etme yöntemlerini bilmek ve uygulamak önemlidir.

Stres ile baş etme yöntemlerinin amacı, stresi azaltmak, kontrol etmek ve baş etmeyi geliştirmektir. Sağlığı geliştirmek bakım maliyetini azaltır, yaşam kalitesini artırır ve hastalıkları önler. Stres kontrolü sağlığın geliştirilmesinin çok önemli hedeflerinden biridir.

Stresin azaltılması bireyin iç ve dış kaynaklarının, güçlerinin iyi bir biçimde yönetilmesini de geliştirir. Örneğin sosyal iletişim kaynakları, stresi azaltmak için dış kaynaklar, sağlıklı yeme alışkanlıklarını geliştirme ve gevşeme yöntemlerini uygulamak stresi azaltmada iç kaynaklardır. Stres ile baş etmeye yönelik olarak:

- Sağlıklı yaşam tarzı geliştirmek,
- Baş etme stratejileri geliştirmek,
- Gevşeme yöntemlerini geliştirmek,
- Eğitim,
- Sosyal destekleri geliştirmek gibi yöntemler kullanılabilir (Aksoy 2010).

2.3. SAĞLIĞI GELİŞTİRME

2.3.1. Tanımı

Günümüz sağlık anlayışı toplumun sağlığını korumayı, sürdürmeyi ve geliştirmeyi benimsemektedir. Sağlıklı bir toplum ise ancak sağlıklı bireylerle oluşturulabilmektedir. Bu nedenle bireylere kendi sağlık ve iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek olumlu davranışlar kazanmasına ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasına yardım edilmesi gerekmektedir. DSÖ gelişmiş ülkelerde ölümlerin %70-80'inin ve gelişmekte olan ülkelerde ölümlerin % 40-50'sinin sağlıksız yaşam biçiminden kaynaklandığını ileri sürmektedir. Bu durum ise sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Sağlığı geliştirme sadece hastalıkların önlenmesine temellenmeyip, bireyin iyilik halinin korunmasını, sürdürülmesini, geliştirilmesini ve bireylerin kendi sağlığı ilgili kararların sorumluluğunu almasını içermektedir. Kendi sağlık sorumluluğunu alan bireyler ise sağlıklı toplumlar oluşturacaktır (Oyur Çelik ve Ark., 2009).

Sağlığı geliştiren davranışlar bireylere sağlığı geliştirme programları ile kazandırılabilir. Bu programların öncelikle okul, işyeri, kışla, halk eğitim merkezi gibi ortamlarda toplu gruplara uygulanması önerilmektedir. İşyerleri, çalışmanın sürekliliği, iş veriminin artırılması, çalışanların grup dinamiğinin ve aileleri ile etkileşimlerinin değerlendirilebilmesi gibi etmenler nedeniyle sağlığı geliştirme programlarının etkin olarak uygulanabildiği ortamlardır (Ocakçı 2007).

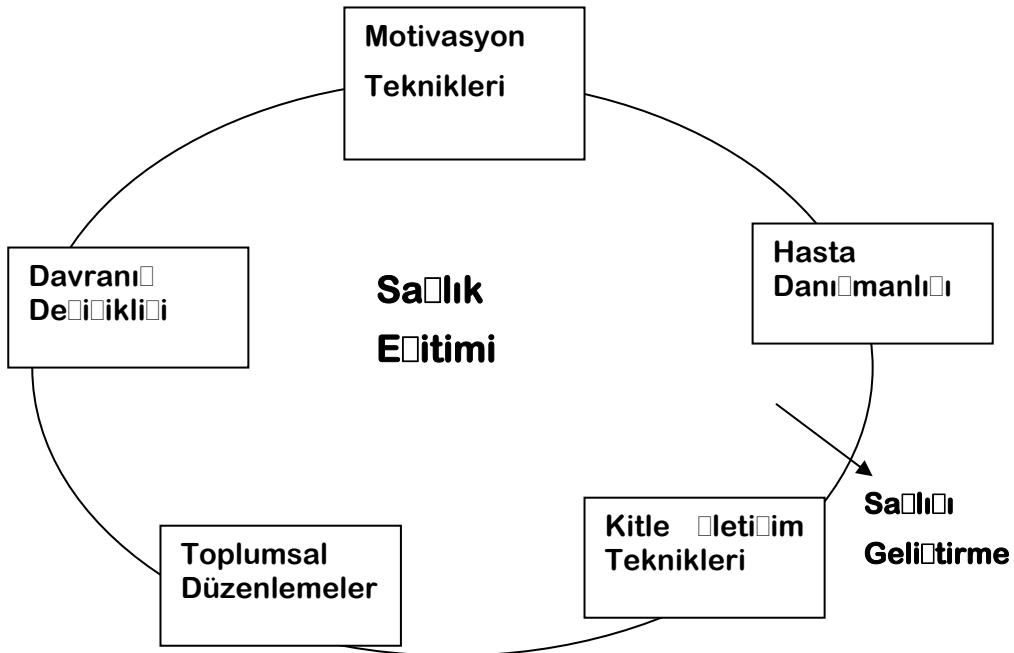
Sağlığı geliştirme (*health promotion*); sağlığa yönelik herhangi bir davranış ve yaşam durumu için, eğitim, ekonomik, örgütsel ve çevresel desteklerin bileşimi olarak tanımlanmaktadır. Sağlığı geliştirme, sağlık eğitimini de içine alarak, ancak daha da ötesinde; risk altındaki bireylerin ya da herhangi bir grubun davranışının kontrol edilmesinin ardında yatan bir sorun için, ayrıca örgütsel, çevresel ve ekonomik destekleri içermektedir. Sağlığı geliştirme, halk sağlığı ve koruyucu hekimliğin önemli bir parçasıdır. Bu kavram ile; sağlıklı yaşamak için eğitim ve çevre şartlarına göre düzenlenmiş destek eylemlerinden söz edilmektedir (Bahar Özvarış 2006).

"Sağlığın geliştirilmesi (Health Promotion); Kişilerin optimal sağlık durumunun sağlanması yönünde hareket edebilmeleri için, yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardım eden bir sanat ve bilim dalıdır (Yardım ve Ark., 2009).

Sağlığı geliştirme, sağlığı etkileyen bireysel ve çevresel potansiyellerin en etkin biçimde kullanılmasıdır. İnsan yaşantısına sağlık, sağlamlık, mutluluk, canlılık ve uzunluk katma çabasıdır (Sağlık Bakanlığı 2008).

DSÖ genel çalışma programlarında uzun yıllar, aile planlaması dahil olmak üzere anne ve çocuk sağlığı, çalışanların ve yaşlıların sağlığının korunması, yetersiz beslenme, aşırı beslenme ve bunların yarattığı sorunlar üzerinde durmuştur. Ayrıca; sanayileşme ve kentleşmenin yarattığı kirlilik, trafik kazaları, kentsel yaşam stresi gibi sağlığı olumsuz yönde etkileyen faktörler ele alınmış ve çevre sağlığı kavramı gündeme getirilmiştir. DSÖ daha sonraki yıllarda, sağlığı koruma ve geliştirme çabalarının kapsamının, sağlıkla ilgili sorunların ve hastalıkların tıp ve teknoloji aracılığı ile önlenmesinin ve kontrolünün ötesine uzandığını vurgulamıştır. Sağlığı koruma ve geliştirme; sağlık açısından olumlu yaşam biçimlerinin ve toplumsal, ekonomik, çevresel ve kişisel faktörlerin geliştirilmesini de kapsayan bir kavram olarak ele alınmış ve çalışma programlarında yer almıştır.

Merkezinde sağlık eğitiminin yer aldığı “Sağlığı Geliştirme” uygulamaları; her düzeydeki sağlık hizmeti için; başvuran kişi ve hasta danışmanlığını, davranış değişikliği oluşturmayı, güdüleme (motivasyon) tekniklerini, kitle iletişim tekniklerini ve toplumsal düzenlemeleri kapsamaktadır (Şekil 1) (Bahar Özvarış 2006).



Şekil 1. Sağlığı Geliştirmede Sağlık Eğitiminin Yeri

2.3.2. Sağlığın Geliştirilmesinin Kısa, Orta ve Uzun Vadede Etkileri

Sağlık eğitimini de öteleyen daha bütüncül olan bu stratejiler, kısa dönemde sağlıkla ilgili risk faktörlerinin azalması çıktısına dönüşebilir. Orta dönemde, böylesi bir müdahale, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımında talebin artması, olumlu sağlık davranışlarının artması, yaşam biçimlerinin düzenlenmesi, bireylerin kendi sağlıklarına sahip çıkma konusunda “kendilerine güvenin“ artmasına ve sağlıklı çevre değişikliklerine neden olur. Uzun dönemde ise, hastalıkların azalması, yaşamın uzaması ve kalitesinin artması, sağlık hizmetlerinde kalitenin artması ve sonuçta “sağlıklı toplum” çıktısına dönüşür (Bahar Özvarış 2006).

2.3.3. Sağlığı Geliştirme Çalışmalarının Alanları

Sağlığı geliştirme çalışmalarında hastalıklardan korunma, sağlık eğitimi, halk sağlığı hizmetlerinin yaygınlaşması ve toplumun gelişimi olmak üzere dört alan vardır:

1. Hastalıklardan Korunma: Bireyleri hastalık ve hastalık koşullarını oluşturacak risklerden korumak için uygun kontrollerin yapılması, kontroller konusunda bilgilendirme, yönlendirme ve alt yapının sunumu (mamografi, kolestorel düzeyi vb.).

2. Sağlık Bilgisi ve Sağlık Eğitimi: Öğrenme aracılığıyla hastalıklardan korunmayı ve sağlığı yaygınlaştırmayı amaçlayan çalışmalardır. Sağlık konusundaki koruyucu ve geliştirici bilgileri yaygınlaştırmayı, uygulamaları artırmayı amaçlar (okul sağlığı programları, sigarayı bırakma grup çalışmaları, stresle baş etme programları). Sağlıkla ilgili hemen her konuda eğitim yapılabilir.

3. Halk Sağlığı Hizmetlerinin Yaygınlaşması: Sağlığı sosyal yapı ve çevre anlayışı içerisinde ele almak ve geliştirmek. Oluşturulacak politikalarla kaynakların eşit dağılımının sağlanmasına yardımcı olacak etkinliklere yönelmek (sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmak, başvuruyu kolaylaştırmak, hizmetleri çeşitlendirmek). Toplumun en periferine sağlık hizmetlerinin götürülmesini sağlamak ve bu sağlık hizmetlerinin kullanımını teşvik etmek.

4. Toplumun Gelişimi: Sistemik toplumsal çabalarla kişilerin becerilerini, bilgilerini, sosyal ortamlarını geliştirmek. Sağlık hizmeti verenlerle alanlar arasında sıkı bağlar kurarak sağlık gelişimine imkan sağlamak (yayın ve broşürlerle verilecek hizmet için talep yaratmak, Uluslararası Standart Organizasyonu uygulamaları, toplam kalite çalışmaları, performans yönetimi ve hizmet kalitesini artırmak) (Baltaş 2008).

2.3.4. Toplumsal Bakış

Daha önceki yıllarda dünyada sağlık eğitimi uygulamalarının temel ilgi alanı enfeksiyon hastalıkları ve yaralanmalar olmuştur. Bu konulara yönelirken de, çocukların, gençlerin ya da yetişkinlerin, kişisel güvenlik ve hijyen uygulamaları konusunda “uygun davranışlara” gereksinimleri olduğu varsayılmaktaydı. Ancak; kronik, dejeneratif hastalıkların ve ölüme ve sakatlığa neden olan diğer sorunların, bulaşıcı hastalıkların önüne geçmesi, sağlık eğitiminin sadece bulaşıcı hastalıklarla sınırlandırılmaması gereğini ortaya çıkarmıştır. Ayrıca, toplumun iyiliği ya da ailenin sağlığını, bütünüyle bireyin “uygun sağlık davranışlarını” kazanması temelinde ele alan yaklaşımın, sağlık sorunlarına gerçek çözüm sağlayamayacağı da görülmüştür.

Uzun süre, sağlığı koruma ve geliştirme denince, insanların aklına ilk olarak doktorlar, hemşireler ve hastaneler gelmiştir. Daha sonra, insanların sağlıklarının yaşam biçimlerine çok bağlı olduğu fark edilmeye başlanmıştır. Ancak; bu bireysel faktörlerin yanı sıra, hava ve su kirliliği, tarımda kullanılan kimyasal maddeler gibi insanların sağlıklarını etkileyen pek çok çevresel faktör keşfedilmiştir. Bunun yanı sıra, sosyal çevrenin de sağlığı ne kadar etkilediği fark edilmeye başlanmıştır. Sosyal grupların sağlık durumları arasında farklılıklar, sağlık ve hastalığın bireylerin bilgi, tutum ve alışkanlıkları kadar, sınıfsal konumu yaşam ve çalışma koşullarının da sonucunda belirlendiğini net bir şekilde ortaya koymuştur. Bu gelişmeler, insan biyolojisi, yaşam biçimleri, sosyal ve fizik çevre gibi sağlığı etkileyen faktörlerin çoğu hakkında yeterli bilgi birikimini sağlamıştır.

Ancak; çoğu toplumda geleneksel tutum nedeniyle, sağlık uzun süre sadece sağlıkçıların çalışma alanı olarak görülmüştür. Sağlık dışındaki diğer uzmanlıklar ve örgütlerin de sağlıkta çok önemli rolü olduğunun fark edilmesi ise görece yenidir. Daha sonra sağlığı geliştirme kavramı ile toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla “sağlıklı yaşam biçimlerini” sağlamak için sadece bireye yönelmek yerine, temel çabanın fizik ve sosyal çevrenin değiştirilmesi ve geliştirilmesi konusunda olması gerektiği vurgulanmaya başlanmıştır. Çünkü gerçekte bireyler yaşam biçimlerini düzenleme konusunda çok sınırlı seçeneklere sahiptirler, bu nedenle de onların yaşam ve çalışma koşulları sağlıkta temel belirleyici olmaktadır. Sağlıklı seçeneklerin artması; örgütlerde, kurumlarda ve toplumlarda çok önemli görevlerin yerine getirilmesi anlamına gelmektedir. Şehirler, kurumlar, okullar ve hastanelerde bu amaçla “yaklaşımlar oluşturmak” ve onları uygulamak, bu ilkeyi hayata geçirme yolları olarak belirtilmiştir (Bahar Özvarış 2006)

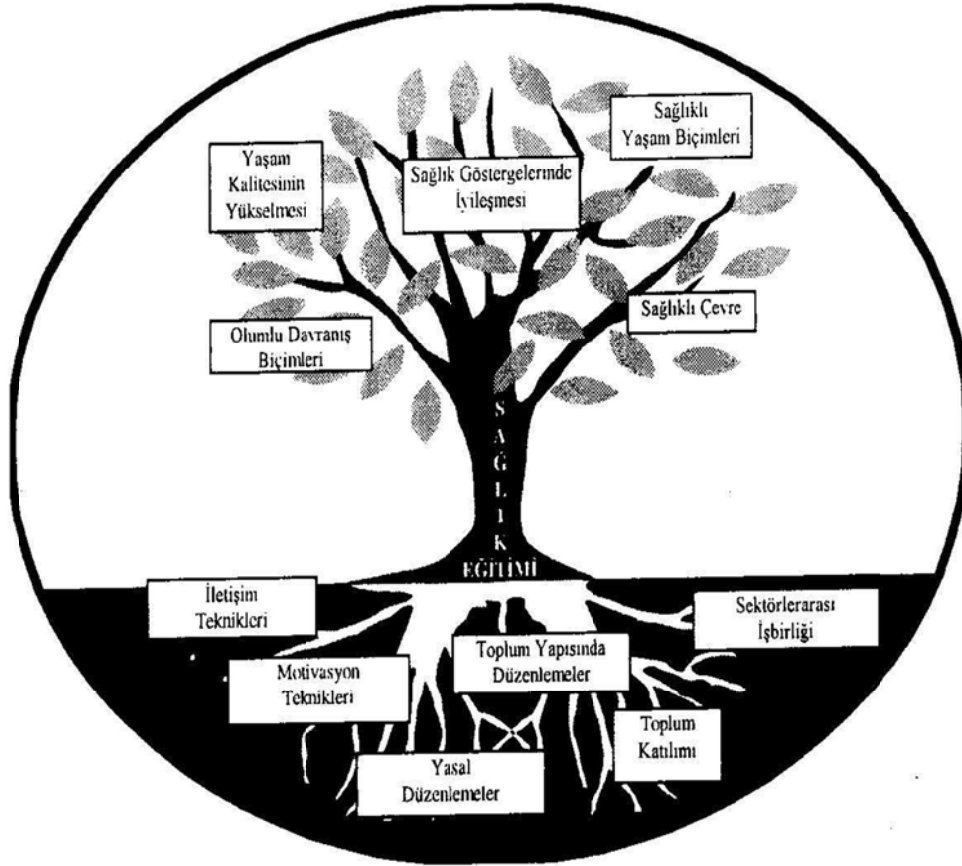
2.3.5. Sağlık Eğitimi, Sağlık Davranışı ve Sağlığı Geliştirme Arasındaki İlişki

Sağlık eğitimi ile bireylerin ve grupların kendi sağlıkları ile ilgili konularda karar verme ve sorumluluk almaları sağlanabilse bile, toplumda çok önemli sağlık sorunlarının çözümünde bireysel sorumluluk yeterli olamamaktadır. Bu durumlar için yasal ve politik değişikliklerin yapılması çok daha etkili olabilmekte ve daha verimli sonuçlar alınabilmektedir. Örneğin, trafik kazalarına bağlı ölümleri ve sakatlanmaları azaltmada, yeni otomobillerin emniyet kemerli ve hava yastıklı olarak üretilmesi, bu sorunu bireysellikten çıkarmaktadır. Bunun yanı sıra; sağlıkla ilgili konulardaki uygulamalarda, kişilerin ve toplumun katılımının sağlanması, toplum yapısında bazı düzenlemeler yapılarak işbirliğinin sağlanması, değişik sektörlerin aralarında işbirliği yapmaları gibi desteklere gereksinim duyulabilir. Bu durumda, sağlık eğitiminin de içinde olduğu, daha kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşım olan, “sağlığı geliştirme” (health promotion) yaklaşımına gereksinim vardır.

Sağlık eğitimi sigara içmeme veya sigarayı bırakma gibi, daha çok bireylerin ve grupların, gönüllü bir şekilde, kendi kendine kontrol edebilecekleri davranışlarla ilgiliyken, sağlığı geliştirme uygulamaları; özellikle başkalarının sağlığı açısından tehlikeli olan davranışları (örneğin; kamuya açık yerlerde sigara içilmesi, tehlikeli araç kullanma gibi) etkilemeye yönelik yapısal, ekonomik ve yasal (bazı durumlarda zorlayıcı da olan) düzenlemeleri gerektirir (Bahar Özvarış 2006).

Sağlık davranışı sağlıklı yaşam biçiminin geliştirilmesi ve hastalıklardan korunmanın temelidir. Sağlığı geliştirmek için olumlu sağlık davranışının kazandırılması ve sürdürülmesi gerekir. Bu nedenle bireyler, daha iyi sağlık düzeyine ulaşma çabası içinde olmalıdırlar. Davranış değişikliği üzerine odaklanan sağlığı geliştirme kavramında sağlık düzeyini en üst seviyeye çıkarmak için bilgi, beceri, tutum ve olumlu davranışın kazanılması gereklidir. Bu durum ancak sağlıklı yaşam davranışları ile alışkanlık haline gelebilir. Bu davranışlar kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stresle baş etmedir. Bireylerin sağlık davranışı sağlığı tehdit eden etmenlere ve koruyucu önlemlere gösterecekleri tepkiler yönünden değişiklikler gösterir. Bu değişikliklerin bir bölümü bireysel farklılıkların incelenmesiyle açıklanabilir. Yapılan araştırmalar sağlığı geliştirici davranışların henüz istendik düzeyde olmadığını ancak geliştirilebileceğini göstermiştir. Tortumluoğlu'nun menopoz dönemdeki kadınlarla yaptığı çalışmada planlı eğitimin egzersiz, beslenme ve stresle baş etme puan ortalamalarını yükselttiği belirlenmiştir. Ayrıca Ayaz'ın üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları birinci ve ikinci sınıflarda daha düşük,

sağlığı koruma ve geliştirme dersini alan üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Kaya F ve Ark., 2008).



Şekil 2. Sağlık Geliştirme

Bir toplumda sağlık eğitimi başta olmak üzere, yönetsel, yapısal, yasal ve kaynak düzenlemeleri ile sağlanan destek oluşturma çalışmalarından oluşan sağlığı geliştirme müdahaleleri, güdüleme (motivasyon) tekniklerini ve ödüllendirmeyi kullanarak sağlıklı olmayı hazırlayan, olanaklı kılan ve güçlendiren davranış biçimlerini hedefler. Tüm bunlar ayrıca, sağlık hizmetlerinde ve kaynak organizasyonundaki değişimleri ve sağlığı koruma uygulamaları ve çevrenin düzenlenmesini de hedefler. Sağlığı geliştirme, sağlık eğitimi ve sağlık davranışlarını da içerisine almaktadır (Şekil 2) (Bahar Özvarış 2006).

2.3.6. Toplum Liderlerinin Rolü

Sağlığı geliştirme (*health promotion*); sağlığa yönelik herhangi bir davranış ve yaşam durumu için, eğitim, ekonomik, örgütsel ve çevresel desteklerin bileşimi olarak tanımlanmaktadır. Sağlığı geliştirme, sağlık eğitimini de içine alarak, ancak daha da ötesinde; risk altındaki bireylerin ya da herhangi bir grubun davranışının kontrol edilmesinin ardında

yatan bir sorun için, ayrıca örgütsel, çevresel ve ekonomik destekleri içermektedir. Sağlığı geliştirme, halk sağlığı ve koruyucu hekimliğin önemli bir parçasıdır. Bu kavram ile; sağlıklı yaşamak için eğitim ve çevre şartlarına göre düzenlenmiş destek eylemlerinden söz edilmektedir (Güler ve Akın 2006).

Sağlığı geliştirme, sağlık eğitimi ve sağlık davranışlarını da içerisine almaktadır (Özvarış 2006). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmenin ilk adımları toplum ve ailede atılır, daha sonra da eğitimle gelişir ve değişir (Yalçınkaya ve Ark., 2007).

Sağlık eğitimi asıl olarak sağlık çalışanları tarafından verilir ve süreklilik gerektirir. Bu nedenle aile hekimlerinin sergiledikleri sağlık davranışının önemi büyüktür. Eğitim beşikten mezara devam eden bir olgudur. İlkokulda alınan temel sağlık eğitimi ve kazanılan sağlık davranışı çocukları bir ömür boyu etkileyecek sağlık alışkanlığı oluşturur. Bu nedenle sınıf öğretmenlerinin sağlıklı ilgili verdiği bilgiler ve gösterdiği davranışlar sağlıklı nesillerin oluşturulmasında anahtar görevindedir. Ayrıca nüfusun tamamına yakınının Müslüman olduğu Türk toplumunda imamlar sergiledikleri sağlıklı ilgili alışkanlıklarıyla örnek konumdadır. Tüm bu nedenler göz önüne alındığında aile hekimleri, sınıf öğretmenleri ve imamların, toplum liderleri olarak, gerçekleştirdikleri sağlık davranışları farklı bir öneme sahiptir. Sağlıklı bir toplum oluşmasında toplum liderleri hem rol model olmaları hem de diğer bireyleri etkileme güçleri nedeni ile önemli bir grubu oluşturmaktadır.

Toplum liderleri, sağlığı olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkların toplumdaki yaygınlığının tespit ederek, topluma sağlıklı yaşam bilinci kazandırmalı ve olumsuz davranışların sağlık için gerekli olumlu davranışlarla yer değiştirmesini sağlamalıdır. Bu nedenle her aile hekimi, sınıf öğretmeni ve imam, sağlığı geliştirmenin önemini kavramalı, toplumdaki bireylerin olumlu sağlık davranışı geliştirmesi için motivasyon artırıcı davranışları sergilemelidir (Oyur Çelik ve Ark., 2009). Bu durum, topluma lider konumundaki aile hekimleri, sınıf öğretmenleri ve imamların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve etkileyen etmenlerin belirlenmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

2.4. SAĞLIK DAVRANIŞINI ÖLÇMEYE YÖNELİK MODELLER

2.4.1. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık davranışı kuramlarının en eskisi ve en çok bilinenidir. Bu model Rosenstock (1966) tarafından ilk kez ortaya konmuş, Becker ve Maiman (1975) tarafından da geliştirilmiştir. Bu model hem sağlık davranışını hem de uyumluluğu açıklar. Hastalıktan önceki, örneğin, kanser riski nedeniyle muayene olmak gibi sağlık davranışıyla, hasta olunca tıbbi perhizi uygulama gibi uyumluluğun birlikte ele alınması gerektiğini öne sürer (Tabak 2006).

Bu model kaynağını uyarı-cevap ve algısal davranış kuramlarından almaktadır. Bu kuramlar 1950'li yıllarda ortaya atılmıştır. İlk olarak serbest tüberküloz tarama programına katılımı özendiren güdüleyici etmenlerin değerlendirilmesi sırasında bu teori ön plana çıkmıştır. Yapılan çalışma kişilerle ilgili belirleyici üç kritik etmenin bulunduğu anlaşılmıştır:

1. Kişilerin kendilerinin belirtiler olmasa bile tüberküloza yakalanmış olma duyarlılıkları ile ilgili yargılar,
2. Röntgen filmlerinin tüberkülozu belirleme konusundaki etkililiği ile ilgili inançları,
3. Tüberkülozun belirlenmesinin ve tedavisinin kendilerine sağlayacağı yarar konusundaki inançları.

Hochbaum ve arkadaşlarının yürüttüğü bu çalışmada kişilerin söz konusu programa katılmalarında en önemli ve tek yönlendirici inancın birincisi olduğunu belirlediler (Rosenstock and Cullen 1994).

Sağlık İnanç Modeli (SİM) son zamanlarda, koruyucu sağlık davranışlarının açıklanmasında sıklıkla kullanılmaktadır. Model, hastalıktan korunma ve tarama programlarına yetersiz katılımı açıklamak amacıyla 1950'lerin başında geliştirilmiştir.

Modelin ana kavramı, koruyucu sağlık davranışlarının belirleyicilerinin öngörülmesidir. Model, sadece tarama davranışlarını açıklamakla kalmayıp, hasta davranışı, hasta rolü davranışlarını ve sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini kolaylaştıran etmenleri de açıklamaktadır. Model, bir değer-beklenti modeli olup, bilişsel değişkenlere odaklanmıştır. Hastalığın önlenmesi değer; koruyucu sağlık davranışının hastalığı önleyeceği inancı beklentidir. Beklenti, hastalığın şiddetine göre değişmekte ve önerilen sağlık davranışının gerçekleştirilmesi durumunda hastalığa yakalanma olasılığı azalmaktadır (Çenesiz ve Atak 2007).

2.4.1.1.Modelin Bileşenleri

Modele göre birey, bir hastalığa karşı koruyucu bir eylem yapması için bazı aşamaları yaşamalıdır ve altı temel bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenler ve tanımları şunlardır; (Tabak 2006).

2.4.1.1.1.Algılanan duyarlılık

Kişinin sağlığını tehdit eden hastalıkla ilgili algısıdır. Bu, tanının kabulünü, hastalığa yakalanma olasılığını içermektedir (Çenesiz ve Atak 2007). Hastalığa karşı duyarlı olduğunu hissetmelidir (Tabak 2006).

2.4.1.1.2. Algılanan ciddiyet

Tedavi kabul edilmediğinde ortaya çıkacak sonuçları içermektedir. Hastalığın ölüm, sakatlık, ağrı, sosyal kayıplar gibi olası sonuçları ile ilgili değerlendirmelerini kapsamaktadır. Duyarlılık ve ciddiyetin birlikte ele alınması, algılanan tehdit olarak tanımlanmaktadır (Çenesiz ve Atak 2007). Hastalığın az da olsa ciddi sonuçlar doğuracağını hissetmelidir (Tabak 2006).

2.4.1.1.3. Algılanan yarar

Gerçekleştirilecek davranış sonucu, hastalığa yakalanma riskinin azalacağı ile ilgili algılanan yararadır. Kişi, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinin yarar sağlayacağını düşünmektedir. Bu yarar, hastalığa yakalanma olasılığının azalacağı beklentisidir.

2.4.1.1.4. Algılanan engeller

Önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştırdığı düşünülen engeller ya da davranışın olası olumsuz yönleridir. Kişi, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını tartar. Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar, algılanan engellerin etkisini azaltırsa, davranış gerçekleştirilir. Başka bir deyişle, sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algıdır. Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişken, algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farktır.

2.4.1.1.5. Öz yeterlilik

Albert Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramı'nın bileşenlerinden biri olan öz yeterlilik, beklenen sonuçlara ulaşmak için davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili kişinin kendine olan inancını, kararlılığını ve iradesini kapsamaktadır. Bu bileşen modele sonradan eklenmiştir. Bu nedenle, davranış değişikliğinin başlatılması ve davranışın sürdürülmesinde öz yeterlilik önemli rol oynamaktadır.

2.4.1.1.6. Davranış ile ilgili ipuçları

SİM geliştirilirken, davranışı tetikleyen ipuçları da tartışılmıştır. Örneğin Hochbaum (1958), davranışı gerçekleştirmek için gereken hazır bulunuşluğun (algılanan duyarlılık ve algılanan yararlar), ancak davranışın nedeni olan ipuçları ile artabileceğini belirtmiştir. İpuçları, davranışı tetikleyen mekanizma olarak kabul edilmektedir. İpuçları önemli olmakla birlikte, sistematik olarak çalışılmamıştır. Model, harekete geçmek için, hastalığın şiddetinin, algılanan duyarlılık ve algılanan tehdit ile ilgili hazır bulunuşluğun önemli olduğunu belirtmektedir. Davranış, hastalığın şiddetini ya da algılanan duyarlılığı azaltmak amacıyla gerçekleştirilmektedir.

SİM, sağlığı korumada birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak adlandırılan sağlık davranışlarının uygulanmasında önemli bir yere sahiptir. Aynı zamanda, sağlık profesyonellerinin, davranışla ilgili ipuçları ve riski azaltan davranışlarla ilgili engeller konusunda hastalara yardımcı olmasına olanak tanımaktadır. Riskin azaltılması ile ortaya çıkması beklenen yarar, davranış değişikliğini öngören hareketin, beklenen maliyeti ile ölçülmektedir. Burada beklenen maliyetle belirtilmek istenen, çaba, zaman, para, uygunsuzluk ve beklenen davranışın istenen sonuca ulaşmaması gibi durumlardır. Modelde bu maliyetler, "engel" adı altında toplanmıştır. SİM'e göre davranışın gerçekleştirilmesi, sağlıkla ilgili tehdit ile ilişkili algılanan ciddiyet, koruyucu sağlık davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili algılanan yarar, davranışın gerçekleştirilmesi ile ortaya çıkan iç, dış ödüller ve öz yeterlilik ile ilişkilidir. Sağlık ve hastalıkla ilgili öznel algılar, hastalıkla ilgili algılanan ciddiyet ve yapılan önerilerin yararlı bulunup bulunmaması, hastalıkla ilgili uygulamalara olan katılımı etkilemektedir (Çenesiz ve Atak 2007).

Günümüzde bu kavrama kendi uyabilme dereceleri (self efficacy) konusundaki inançları da eklenmiştir. Burada kişinin sağlığını koruyacağına, inanılan uygulamayı etkin olarak başarabileceğine veya gerçekleştirebileceğine olan inancıdır. Söz gelimi işçilerin koruyucu bir aygıtı kullanmaları için sadece onun koruyuculuğuna olan inançları yetmemektedir. Aynı

zamanda söz konusu koruyucu aracı kendilerinin başarılı olarak kullanabileceklerine de inanmaları gerekmektedir. Davranış değişikliği açısından "uyabilme derecesi" belirleyici faktörlerden birisidir (Kasperson et al., 1988).

Bu modelin sınırlılığı, bireyin karar vermesinde mantıksallığın tek temel olduğunu kabul etmesi ve korku, endişe, sempati gibi duyguların rolünü pek dikkate almamasıdır. Ayrıca, bu model inançların statik olduğunu ve oluştuğu zaman tam olarak yerleştiğini benimsemektedir (Tabak 2006).

2.4.2. Transteoretik Model

Transteoretik Model psikolog James Prochaska ve Carlo Diclemente (1982) tarafından geliştirilmiştir. Model, davranış değişiminin sonuçtan çok süreç olduğunu, değişimi kolaylaştırmak için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun olan girişimler kullanılması gerektiğini savunur (Prochaska and Velicer 1997). Transteoretik Model hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi için toplum temelli birçok yurt dışı çalışmada test edilmiştir. Sigara, alkol ve ilaç kullanan bireyler üzerinde, kilo kaybı ve egzersiz alışkanlıklarının kazanılmasında ve güvenli cinsel alışkanlıkların geliştirilmesinde değişik disiplinlerin araştırmacıları tarafından kullanılmıştır.

Transteoretik Model'in yapısı üç aşamalıdır.

1. Değişim Aşamaları (zamanla ilgili boyut)
2. Değişim Süreci (bağımsız değişken boyutu)
3. Öz-etkililik/Teşvik Eden Faktörler/ Karar Alma Ölçekleri (değişimin düzeyleri)

2.4.2.1. Değişim aşamaları (zaman ile ilgili geçici boyut)

Bireyin davranış değiştirmeye olan ilgisini ve motivasyonunu yansıtır. Beş aşaması vardır.

2.4.2.1.1. Düşünmeme (Precontemplation)

Bu aşamada bireyler gelecek altı ay içinde davranışlarını değiştirmeye istekli değildir, problemlerinin çok az farkında ya da tümüyle habersizdirler. Bununla birlikte aileleri ve diğer yakınları onların problemleri olduğunu farkındadır. Davranış değişimi düşünmeyen birey kendini çevresindekilerin baskısı altında hisseder ve bu baskıyı değişim için tehdit olarak algılar.

2.4.2.1.2.Düşünme / Niyet (Contemplation)

Bireyler gelecek altı ay içinde davranış değiştirmeyi düşünürler. Problemin farkındadırlar, başa çıkma yöntemlerini düşünürler ancak eyleme geçemezler. Değişimin kazanımları ve kayıpları arasındaki kararsızlık ve çelişkili duygular nedeniyle birey uzun yıllar bu aşamada kalabilir. Bu dönem sıklıkla, kronik düşünme, davranışı geciktirme ya da ağırdan alma olarak nitelendirilir

2.4.2.1.3.Hazırlık (Preparation)

Bireyler bir sonraki ay içinde harekete geçmek niyetindedir ve çoğunlukla daha önce başarısızlıkla sonuçlanan girişimlerde bulunmuştur. Sağlık eğitimine katılmak, danışmanlık almak, sağlık çalışanları ile konuşmak, konu ile ilgili kitap satın almak ya da değişimi denemek gibi hareket planları vardır ancak eylemleri düzenli ve etkili değildir.

2.4.2.1.4.Hareket /Eylem (Action)

Bireyler problemleri davranışlarını bir gün-altı ay arasında başarı ile değiştirmiş ise hareket aşamasında kabul edilir. Bireyler problemleri ile başa çıkabilmek için davranışlarını, deneyimlerini ya da çevrelerini değiştirmeyi denerler.

2.4.2.1.5.Devam Ettirme (Maintenance)

Bu aşama değişimin başladığı ilk altı aydan sınırsız süreye kadar uzar. Bireylerin geri dönüşü önlemek ve hareket evresinde kazandıkları başarıları pekiştirmek için çalıştıkları bir aşamadır. Birey problemleri davranışını teşvik eden uyaranlardan daha az etkilenir ve değişimi devam ettirebileceklerine olan güvenleri artmıştır. Devamlılık durağan bir aşama değil, bir süreçtir. Bazı davranışlar için devamlılık ömür boyudur (Erol ve Erdoğan 2007).

2.4.2.2. Değişim süreci (bağımsız değişken boyutu)

Değişim aşamaları bireylerin niyet, tutum ve davranış değişikliklerinin zamanını açıklar. Değişim süreci ise bireyin hangi deneyimleri kullanarak problemleri davranışlarını değiştirdiklerini anlamaya yardımcı eder. Değişimi kolaylaştıran beş bilişsel, beş davranışsal olmak üzere 10 değişken bulunmuştur. Bilişsel olanlar bireyin duyguları, değerleri ve farkındalığı ile ilişkili faktörlerdir. Davranışsal süreçler ise bireyin değişim yolunda ilerlerken hangi davranışları seçtiklerini gösterir. Süreçler girişim programlarına önemli ölçüde rehberlik eder (Erol ve Erdoğan 2007).

2.4.2.2.1. Bilişsel Süreçler

1. Bilinçlenme (farkındalığın artması): Problem davranışın nedenleri, sonuçları ve çözümleri hakkında farkındalığın artmış olmasıdır. Farkındalığı arttıran girişimler geri bildirim, eğitim, konferans, yorum, dini kitaplar ve medya kampanyaları olabilir.

“Sigarının nasıl bırakılacağını okuduklarımdan hatırlarım.”

2. Duygusal uyarılma: Bireyin problemleri ile ilişkili olaylar karşısında (örneğin sigara ve akciğer kanseri) çok güçlü üzüntü deneyimlediği zaman oluşan süreçtir. Bu evrede psikodrama, rol yapma, geri bildirimler ve iletişim araçları bireyleri duygusal olarak harekete geçirebilir.

“Sigaranın zararlarına ilişkin uyarılar keyfimi kaçırır.”

3. Çevreyi yeniden değerlendirme: Bireyin kişisel alışkanlıklarının fiziksel ve sosyal çevresini nasıl etkilediğini bilişsel ve duygusal olarak değerlendirilmesidir. Empati eğitimi, kanıtlar ve aile girişimleri bu aşamada kullanılan tekniklerden bazılarıdır.

“Sigara içmenin çevreye zararlı olabileceğini düşünürüm.”

4. Sosyal özgürleşme - Çevresel fırsatlar: Toplumda bireylere sağlanan alternatif davranışlara karşı farkındalığın arttığı süreçtir. Sigara içmenin yasak olduğu alanlar, okulda öğle yemeklerinde salata büfelerinin kullanılması gibi, yardım için yaratılan fırsatları fark etme ve kullanma sürecini etkileyebilir.

“Toplumun sigara içmeyenlere kolaylıklar sağlayacak şekilde değiştiğinin farkındayım.”

5. Kendini yeniden değerlendirme: Bireyin kendini sağlıksız ve sağlıklı alışkanlıklarla ilişkilendirerek değerlendirmesidir. Sağlıklı rol modelleri, hayal gücünü kullanma, değerleri süzgeçten geçirme onları harekete geçirebilir.

“Sigara bağımlılığım kendimi rahatsız hissetmemeye neden olur.”

2.4.2.2.2. Davranışsal Süreçler

1. Uyarıların kontrolü: Problemleri davranışlara yeniden başlama riskini azaltmak için uyarıların kontrol edilmesi ya da yerine diğer sağlıklı alternatiflerin seçilmesidir. Çevrenin yeniden düzenlenmesi, kendi kendine yardım grupları sağlıksız davranışa yeniden başlama riskini azaltmada yardımcı olabilir.

“Sigara içmeyi hatırlatan şeyleri evimden uzaklaştırırım.”

2. Destekleyici ilişkiler: Güven sağlayan, destekleyen ve kabul gören ilişkileri içerir. Danışman desteği, arkadaşlık ilişkileri, sosyal destek grupları etkili olabilir.

“Sigara içmem ile ilgili konuşmaya ihtiyaç duyduğum her zaman beni dinleyecek birileri vardır.”

3. Karşıt koşullama (yerine koyma): Sağlıksız davranış yerine konulabilecek daha sağlıklı davranışları öğrenmeyi ve kullanmayı içerir.

“Sigara içmek yerine, ellerimle yapabileceğim daha iyi, başka şeyler bulurum.”

4. Güçlendirme (ödüllendirme): Ödül kendi kendine değişmeye çalışan bireyler için güven kaynağıdır. Bu aşamada bireye kendini olumlu yönde ifade etme fırsatı sağlayan güçlendirme girişimleri kullanılabilir.

“Sigara içmediğim zaman kendimi ödüllendiririm.”

5. Kendisi ile anlaşma: Bireyin değişime olan inancını harekete geçirmesi ve uyum sağlamasıdır. Yeni davranışlar için birden fazla yardım seçeneklerinin kullanılması uyumu attırabilir.

“Sigara içmeyeceğime dair kendime söz veririm.” (Velicer et al., 2000).

Araştırmalar sonucunda değişim süreçleri ile değişim aşamalarının nasıl eşleştiği, süreçlerin değişim aşamasında nasıl kullanıldığı, ya da kaçınıldığını gösterilmiştir. Buna göre; düşünmeme ve düşünme aşamasında sıklıkla “bilişsel süreçler” daha sonraki aşamalarda “davranışsal süreçler” kullanılır. Düşünmeme aşamasında değişim süreçleri çok az kullanılırlar. Düşünme ve hazırlık aşamalarında kullanım artar, hareket aşamasında artış diğerlerinden en fazladır, devam ettirme aşamasında giderek azalır (Redding et al., 2000).

Düşünme aşamasında, bilinçlenme (farkındalığın artması), duygusal uyarılma, çevreyi yeniden değerlendirme en sık kullanılan süreçlerdir. Hazırlık aşamasında, kendini yeniden değerlendirme, kendisi ile anlaşma süreçleri, hareket aşamasında ise; güçlendirme, destekleyici ilişkiler, karşıt koşullama, uyarıların kontrolü gibi davranışsal süreçler daha çok kullanılırlar (Prochaska and Velicer 1997).

Tablo 1. Değişim Aşamaları (Erol ve Erdoğan 2007)

Değişim Aşamaları				
Düşünmeme	Düşünme	Hazırlık	Hareket	Devam Ettirme
Değişim Süreçleri	Bilinçlenme (Farkındalık).....			
	Duygusal uyarılma.....			
	Çevreyi yeniden değerlendirme...			
	Kendini yeniden değerlendirme...			
	Kendisi ile anlaşma.....			
	Güçlendirme.....			
	Destekleyici ilişkiler.....			
	Karşıt koşullama			
Uyaranların kontrolü.....				

2.4.2.3. Değişim düzeylerini belirleyen ölçekler

Transtoretik Model yapısında yer alan ölçekler bilişsel, duygusal ve davranışsal değişimlerin hassas sonuçlarını ölçer.

2.4.2.3.1. Öz-Etkililik/ Teşvik Eden Faktörler Ölçeği

Öz-etkililik ölçeği bireyin başa çıkılması zor bir durumlarla karşılaştığı zaman riskli alışkanlıklarına yeniden başlamamak için sahip olduğu güveni yansıtır. Diğer bir ifade ile belli bir davranışı başarı ile yapabileceğine ilişkin, kendisi hakkındaki yargısı ya da inancıdır. Öz etkililik ölçeğinden alınan puanların yüksek olması, teşvik edici durumların yoğun baskısına rağmen sigara içmeden durabilme gücünü yansıtır. Teşvik eden faktörler ölçeği ise, bireylerin güç durumlarla karşılaştıkları zaman eski alışkanlıklarına geri dönmelerini teşvik eden faktörlerin yoğunluğunu yansıtır. Bu ölçekten yüksek puan alınması eski davranışına yenik düşme ve yeniden başlama gücünün yüksek olduğunu gösterir (Erol ve Erdoğan 2007).

Sigara içme davranışı için geliştirilen Öz-etkililik ve Teşvik Eden Faktörler Ölçeği Pallonen ve arkadaşları tarafından (1998) adölesanlara uyarlanmış, Plummer ve arkadaşları

araştırmalarında kullanmıştır. “Öz-etkililik Ölçeği” ve “Teşvik Eden Faktörler Ölçeği”nin maddeleri aynı ifadelerden oluşur. Sadece yanıtlatma formatları değiştirilmiştir. Adölesanlar için geliştirilen her iki ölçeğin dört alt boyutu vardır.

1. Negatif duygulanım
2. Pozitif sosyal ortamlar
3. Alışkanlığın baskısı
4. Kilo kontrol

Ayrıca ilaç kullanma, egzersiz yapma, Human Immunodeficiency Virus (HIV) ve güvenli cinsel ilişki konularında öz-etkililiği ölçen araçlar, alkol kullanma, egzersiz yapma konularında teşvik eden faktörleri ölçen araçlar bulunmaktadır (CPRC 1991).

2.4.2.3.2. Karar Alma Ölçeği

Karar Alma Ölçeği davranış değiştirmenin yarar ve zarar algılarını ortaya koyar. Yarar davranış değiştirmenin olumlu yönlerini, zarar ise değişim için engelleri yansıtır. Örneğin, düşünmeme aşamasında değişimin zararları her zaman yararlarından daha ağır basar, düşünmeye doğru gittikçe yarar algısı yükselir. Karar Alma ölçeği Pallonen ve arkadaşları tarafından (1998) adölesanlara uyarlanmış, ayrıca Plummer ve arkadaşları (2001) tarafından da kullanılmıştır. Adölesanlara uyarlanan ölçeğin üç alt boyutu vardır.

1. Sigara İçmenin Sosyalleşmeye Katkıları
2. Sigara İçmenin Olumsuz Duygularla Başa Çıkmaya Katkıları
3. Sigara İçmenin Zararları

Bireyin yarar algısı alt boyutundan yüksek puan alması davranış değiştirme konusundaki kararsızlığını gösterir. Zarar algıları alt boyutundan yüksek puan alması ise davranış değiştirme konusunda karar alma ve devam ettirme şansının daha yüksek olduğunu gösterir.

Ölçeğin alkol, ilaç kullanma, mamografi, egzersiz yapma, kilo kontrol, HIV ve güvenli cinsel ilişki gibi birçok problemlili davranış için, hem yetişkinler hem de adölesanlarda kullanılabilecek farklı formları vardır (CPRC 1991).

2.4.3. Sosyal Öğrenme Modeli

Sosyal biliş teorisi insan davranışlarının birey ile çevresinin sürekli olarak karşılıklı etkileşiminin bir sonucu olduğunu kabul eder. Bu teoriye göre, özel bir davranışı göstermesinde bireyin “kendi yararı” önemlidir. Bireysel yarar; bilgi ve beceriler, davranışın gösterilmesinin sonucundan beklentiler, bu beklentilerin kazanılmasının değeri ve davranışın

pekiştirilmesi üzerine temellenir. Bireyler bir davranışı hem basit sıralanmış adımları öğrenerek, hem de başkalarının davranışlarının sonuçlarını gözleyerek edinebilirler.

Sağlık davranışları konusundaki araştırmalarda sosyal öğrenme kuramı geniş bir şekilde yer tutmakta ve kullanılmaktadır. Bu kurama göre, birey birçok davranışı çevresindeki kişileri gözleyerek, onları model alarak ve taklit ederek öğrenmektedir. Birey, genellikle sonucu olumlu olan davranışları model alma eğilimindedir.

Sosyal model müdahalelerinde, birisi, farklı yollarla (kendisi gösterir veya video aracılığı ile) “istendik” davranışları örnek olarak gösterir. İzleyenler o anda denemeye çalışır, tekniği uygular ve uygun yanıtlar için güçlendirilir. Okulda ve medyada, birçok eğitim kampanyası bu yaklaşımı kullanır. Örneğin; okulda öğrencilerin sigara ile yüz yüze geldikleri durumlarda, bu durumla nasıl baş edebilecekleri ve nasıl kabul etmeyecekleri ile ilgili egzersizlerin yer aldığı küçük grup çalışmaları bu yaklaşımdan geliştirilmiştir.

Bandura'nın da belirttiği gibi, sosyal öğrenme kuramına göre; birey sağlıkla ilgili davranışları, herhangi bir dışsal ödüllendirme olmaksızın, kendi kendine pekiştirme ile de öğrenilebilmektedir. Bireyler başkalarını gözleyerek davranışı analiz edebilir ve davranışların getireceği olumsuz sonuçları önceden görebilir. Aynı şekilde bireyler başkalarının davranışlarını ve kazandıklarını görerek de sonucu olumlu olan davranışlara yönelebilir.

Kişilerin sağlık davranışlarında çevresel faktörler olarak tanımlanan fiziksel çevre ile birlikte sosyal çevresi de çok etkilidir. Sosyal öğrenme kuramına göre; bireylerin sağlıkla ilgili davranış değişikliğini kendi iç denetimleri sağlarken, başkaları tarafından da dışsal olarak etkilenirler. Birey sağlıkla ilgili davranışları, herhangi bir dışsal ödüllendirme olmaksızın, kendi kendine pekiştirme ile de öğrenilebilmektedir. Yaş ilerledikçe akran grupların etkisi de artmaktadır. Özellikle adolesan ve genç erişkinlerde sosyal etkiler daha çok önem kazanmaktadır. Daha ileri yaşlarda, örgütsel, ekonomik ve çevresel faktörler, sağlıkla ilgili davranışlar için pekiştirici ve mümkün kılıcı faktörler olarak daha da önem kazanır. Olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında bu kaynakların katkısı sağlanmadan istenilen başarıya ulaşılamaz (Bahar Özvarış 2006).

2.4.3.1.Sosyal Öğrenme Kuramının Temel Kavramları

2.4.3.1.1-Dolaylı Pekiştireç:

Modelin yapmış olduğu davranışlarda ödüllendirilmesi, gözlemleyen o davranışı taklit etmesini güçlendirecektir. Hatta yapılan davranış zor ve zevkli olmasa da sonunda ödül

olduğundan dolayı gözlemleyen o davranışı taklit etme eğilimi içine girmesini sağlayacaktır. Sınıfta öğretmenin istendik davranışı yapan öğrencileri övmesi ve yüceltmesi diğer öğrencileri istendik davranışları yapma yönünde cesaretlendirir.

2.4.3.1.2-Dolaylı ceza:

Modelin yapmış olduğu davranış sonunda aldığı cezanın gözlemlenmesi, gözlemleyen o davranışı yapma eğilimini azaltır veya ortadan kaldırır. Örneğin arkadaşının trafik kurallarına uymadığından dolayı bir yıl ehliyetine el konulduğunu gözlemleyen kişi aynı hataları yapmamaya özen gösterir.

2.4.3.1.3-Dolaylı Duygusallık:

Korkuların birçoğu doğuştan getirilmez. Çevredeki kişilerin tepkileri gözlenerek öğrenilir. Örneğin evde fare gördüğü için sandalyenin üzerine çıkarak çığlık atan anneyi gören çocuk, farenin korkulacak bir yaratık olduğunu düşünür ve anneyi taklit eder.

2.4.3.1.4-Model Öğrenme:

Sosyal öğrenme kuramının en önemli ögesidir. İnsanların bir davranışı öğrenebilmesi için, o davranışın başkaları tarafından nasıl yapıldığını görmeleri gerekir (Erişim adresi: <http://biyolojiegitim.yyu.edu.tr/ders/omk/sokse.pdf> Erişim tarihi:22.02.2011).

2.4.4. Tutum Değişikliği Kuramları

Tutum genel olarak şöyle tanımlanmaktadır; bireyin kendine ya da çevresindeki herhangi bir toplumsal konu, obje yada olaya karşı deneyim, motivasyon ve bilgilerine dayanarak örgütlendiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepki eğilimidir. Bireylerin tutumları, deneyimlerinin ve edindiği bilgilerin örgütlenmesi ile oluşur. Bu örgütlenme içinde yer alan inanç, yargı, değer, kanı gibi özellikler tutumların oluşmasını etkilemekle birlikte zaman zaman tutumlarla karıştırılmaktadır. Tutumların bilgisel, duygusal ve davranışsal öğeleri vardır. Bu öğeler genellikle birbiri ile tutarlıdır. Bu yaklaşıma göre bireyin bir konu hakkında bildikleri ona olumlu bakmasını gerektiriyorsa (bilişsel öğe), bireyin o konuya karşı eğilimi olumludur (duygusal öğe). Bunu sözleri ya da davranışları ile ortaya koyabilir (davranışsal öğe). Tutum bir tepki biçimi değildir, tepki göstermeye açık olma durumudur.

Sağlıkla ilgili davranışların geliştirilmesi ve değiştirilmesinde tutum değişikliği büyük etkindir. Sağlık davranışı ile ilgili tüm kuramlar nitelikli bir değişikliğin oluşmasında tutumların rolünü özellikle vurgulamaktadır (Tabak 2006).

2.4.5. Alan Kuramı

Kurt Lewin tarafından geliştirilmiştir. Bu kurama göre bireylerin iki tür alanı vardır: psikolojik alan ve sosyal alan. Psikolojik alan bireylerin kendi algılama alanıdır. Sosyal alan ise gerçek yaşamdır ve gözlenebilen tutum ve davranışları içerir. Bu iki alan birbiri ile bağlantılıdır. Her iki alanda da tutum değişikliğini destekleyen (yükseltici) ve değişikliğe karşı olan güçler vardır. Amaç, karşı güçlere azaltarak tutum değişikliği oluşturmaktır. Tutum değişikliğini gerçekleştirmek için bir alandan diğer alana güç aktarımı gerekebilir. Sosyal alanda gerçekleştirilen davranışların psikolojik alanlarda gelişmelerle oluşmaya başlayan tutumlara önemli ölçüde etkisi vardır (Tabak 2006).

2.4.6. Tutarlılık Kuramı

Her birey bilişsel ve duyuşsal bakımdan tutarlı olmak gereksinimi duyar. Ancak, bireylerin bilişsel ve duyuşsal sistemlerinde değişik nedenlerle tutarsızlıklar oluşur. Bu durum yaşamın bir parçasıdır ve bireyin eğitiminde gereklidir. Temel olarak bireyler kendi iç dünyalarında tutarsızlıklardan arınmak için bilgileri, duyguları ve davranışları arasında tutarlılık oluşturmayı öğrenme çabası içerisindeyler.

Tutarlılık kavramı üç grupta değerlendirilir:

- Kişiler arası tutumlarda tutarsızlık,
- Kişinin kendi tutumları arasında tutarsızlık,
- Kişiler arası tutumlarla kişinin kendi tutumları arasında tutarlılık,

Herhangi bir tutarsızlık birey tarafından algılandığı zaman bireyde tutarlılığa yönelik değişimler beklenir. Kendisi değiştiği gibi ilişkide bulunduğu kişileri de etkileyecektir (Tabak 2006).

2.4.7. Toplumsal Yargı Kuramı

Bu kuram sosyal psikolojinin öncülerinden Muzaffer Sherif tarafından geliştirilmiştir. Bu kuramda bireye üç çeşit alan atfedilmektedir; kabul alanı, ret alanı, tarafsızlık alanı. Birey tutumları bu alanların genişliği doğrultusunda değerlendirir. Bu alanlar kapsamında tutum değişikliği ile ilgili iki kural söz konusudur; benzeşme ve zıtlık. Benzeşme kuralına göre, bireyin kabul alanına giren toplumsal bir uyarıcı (örneğin güdüleyici bir mesaj) birey tarafından kendi düşüncesine benzer görülecektir. Bu durumda uyarıcı,

- Bireyin kendi tutumuna olduğundan çok daha yakın görülecektir,

- Olumlu olarak değerlendirilecektir,
- Bireyde mesaj içeriği yönünde tutum değişimi olasılığı artacaktır.

Zıtlık kuralı ise, söz konusu uyarıcı bireyin ret alanına girdiği için zıtlık oluşturacağını belirtmektedir. Bu kurala göre uyarıcı,

- Bireyin gerçek tutumuna olduğundan daha uzak görülecek,
- Olumsuz olarak değerlendirilecek,
- Ya hiç tutum değişimi yaratmayacak ya da mesaja ters yönde tutum değişimine yol açacaktır (Tabak 2006).

3.MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Araştırma kesitsel analitik tipte bir çalışmadır.

Isparta il merkezinde görev yapan aile hekimleri, sınıf öğretmenleri ve imamların;

- 1) Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi,
- 2) Sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından üç meslek grubunun karşılaştırılması,
- 3) Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bazı sosyo-demografik özellikler açısından karşılaştırılması amaçlandı.

3.2. Araştırmanın Evreni/ Örnek Seçimi

Araştırmanın evrenini Isparta il merkezinde görev yapan aile hekimleri, sınıf öğretmenleri ve imamlar oluşturmaktadır. Aile hekimi sayısı 60, sınıf öğretmeni sayısı 506, imam sayısı ise 102'dir. Aile hekimi ve imamlar için örnekleme yapılmaksızın tüm evrenin araştırma kapsamına alınması planlandı, evrenin tamamı örnek olarak seçildi. Sınıf öğretmeni evreninin tamamına ulaşmak, insan gücü ve zaman açısından sınırlılıkların olmasından dolayı hedeflenmedi. Bu nedenle örnek seçimine gidildi. Küme örnekleme yöntemine başvuruldu. Öncelikle basit rastgele örnekleme yöntemi ile yapılacak çalışmalarda örnek büyüklüğünün hesaplandığı, olayın ortalamasının değerlendirileceği ve evren sayısının bilindiği durumlarda kullanılan $n = Nt^2\sigma^2/d^2(N-1) + t^2\sigma^2$ formülü kullanıldı. N; evren büyüklüğünü, t; %95 güven aralığı değerini, σ ; benzer bir araştırmada elde edilen evren standart sapması, d ortalamaya göre elde edilmek istenen \pm sapmayı ifade etmektedir (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2005). N 506, t 1.96, σ 18 (Kaya ve ark., 2008), d 3 olarak alındı. Örnek büyüklüğü, 109 olarak tespit edildi. Desen etkisi küme örnekleme yöntemiyle elde edilecek varyansın, basit rastgele örnekleme yöntemiyle elde edilecek varyansa oranlanmasıdır. Basit rastgele örnekleme yöntemiyle örnek büyüklüğünü saptamak için kullanılan formül desen etkisi iki alınarak, küme örnekleme yöntemi için kullanıldı. Örneklem büyüklüğü iki katına çıkarılarak 218 olarak saptandı. Isparta il merkezinde bulunan 42 tane okul (dolayısıyla bu okullarda çalışan sınıf öğretmenleri) küme olarak kabul edildi. Rastgele sayılar tablosundan yararlanılarak 218 kişilik örnek büyüklüğüne ulaşana kadar, 14 okul belirlendi ve bu okullardaki tüm öğretmenler örneğe

dahil edildi. Bu okullarda çalışan sınıf öğretmeni sayısı ile ulaşma oranları ve ulaşamama nedenleri Tablo 2’de gösterilmiştir:

Tablo 2. Örneklemeye alınan ilköğretim okullarının listesi

Sıra No	Okulu Adı	Sınıf Öğretmeni Sayısı	İzinli Öğretmen Sayısı	Reddeden Öğretmen Sayısı	Ulaşılan Öğretmen Sayısı
1	Atatürk İlköğretim Okulu	9	1	1	7
2	Hafız İbrahim Demiralay İlköğretim Okulu	13	-	-	13
3	Isparta İlköğretim Okulu ve İş Okulu	10	-	-	10
4	Iyaş Selçuklu İlköğretim Okulu	18	-	1	17
5	İstanbul Menkul Kıymetler Borsası İlköğretim Okulu	10	-	-	10
6	Mustafa Şener İlköğretim Okulu	21	-	-	21
7	Naşide Halil Gelendost İlköğretim Okulu	15	-	-	15
8	Selahattin Seçkin ve Öğretmenler İlköğretim Okulu	11	-	1	10
9	Şehit Koray Akoğuz İlköğretim Okulu	9	-	-	9
10	Halikent İlköğretim Okulu	27	2	-	25
11	Yedişehitler İlköğretim Okulu	23	-	-	23
12	Bahçelievler İlköğretim Okulu	17	-	-	17
13	Ülkü İlköğretim Okulu	18	-	2	16
14	Gülistan İlköğretim Okulu	18	-	2	16
TOPLAM		219	3	7	209

3.3. Örneğe Ulaşma Oranı

Toplam 219 sınıf öğretmeninden, 209’una (ulaşım oranı %95,43) ulaşıldı. 3’ü izinli olduğu, 7’si araştırmaya katılmayı reddettiği için anket uygulanamadı. İmamların ise 4’ü izinli olduğu, 3’ü reddettiği için araştırmaya katılamadı. Toplam 102 imamdan 95’ine (ulaşım oranı

%93,13) ulaşıldı. Aile hekimlerinin ise 8'i katılmayı istemediği için 52'sine (ulaşım oranı %86,6) ulaşılabildi.

3.4. Araştırmada Kullanılan Değişkenler

Araştırmada bağımlı ve bağımsız değişkenler kullanılmıştır.

3.4.1. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bağımlı değişkendir.

3.4.1.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Sağlığı geliştirme yaşam stili ölçüm aracı, Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek için Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin ilk versiyonu 48 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Ölçümler beyaz, batılı ve orta sınıfa dahil 952 endüstri işçilerinde çalışılmıştır. Alt faktörler ve Cronbach Alpha katsayıları; kendini gerçekleştirme (13 madde-0,94), sağlık sorumluluğu (10 madde-0,81), egzersiz (5 madde-0,80), beslenme (6 madde-0,75), kişilerarası destek (7 madde-0,80), stres yönetimi (7 madde-0,70)'dir. Ölçeğin genel Alpha katsayısı ise 0,92'dir. Altı faktörün açıkladığı varyans %47.1'dir (Walker et al., 1987)

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (SYBDÖ) Walker ve arkadaşları tarafından 1990'da İspanyol diline uyarlanmıştır. Kırk sekiz maddeden oluşan ölçek, İspanyol diline çevrilerek 485 bireye uygulanmıştır. Orijinal ölçeğe benzer şekilde altı faktör elde edilmiş ve bu faktörlerin açıkladıkları varyans %45.9 olarak bulunmuştur. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı olan Cronbach Alpha katsayısı 0.93 olarak saptanmış iki hafta sonra yapılan test tekrar testte ise 0.86 olarak bulunmuştur. Alt faktörlerin değerleri ise 0.70-0.87 arasında değişim gösterdiği belirtilmiştir (Walker et al., 1990).

Ölçek 1996 yılında tekrar çalışılarak revize edilmiş ve SYBDÖ-II olarak adlandırılmıştır. Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Veriler 18-92 yaş arasındaki 712 bireyden elde edilmiştir. İçerik geçerliliği için literatür gözden geçirilmiş ve uzman değerlendirmesine başvurulmuştur. Yapı geçerliliği için faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri, toplam ölçek için 0,94 olup, altı alt faktörler için 0,79-0,87 arasında değişim göstermektedir. Alt ölçekler; sağlık sorumluluğu (3,9,15,21,27,33,39,45,51), fiziksel aktivite (4,10,16,22,28,34,40,46), beslenme (2,8,14,20,26,32,38,44,50), manevi gelişim (6,12,18,24,30,36,42,48,52), kişilerarası

ilişkiler (1,7,13,19,25,31,37,43,49) ve stres yönetimidir (5,11,17,23,29,35,41,47). Üç hafta ara ile test tekrar test yapılarak 0,89 olarak saptanmıştır. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur, ters maddesi yoktur. İşaretleme 4'lü likert tipli ölçek üzerine yapılır. Ölçek, hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak derecelendirilerek puanlanmıştır. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Revize edilen ölçeğin sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesinde ve bu amaca yönelik planlanacak programların etkinliğini değerlendirilmesinde kullanılabileceği belirtilmiştir. Ölçeğin ilk versiyonunda yer alan kişilerarası destek alt faktörü kişilerarası ilişkiler, egzersiz alt faktörü fiziksel aktivite, kendini gerçekleştirme alt faktörü ise manevi gelişim olarak yeniden adlandırılmıştır.

Tablo 3. SYBDÖ II ve alt faktörlerinden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar

	Ölçekteki Soru		
	Numaraları	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	1-52.	52	208
Kendini Gerçekleştirme	6,12,18,24,30,36,42,48,52	9	36
Sağlık Sorumluluğu	3,9,15,21,27,33,39,45,51	9	36
Egzersiz	4,10,16,22,28,34,40,46	8	32
Beslenme	2,8,14,20,26,32,38,44,50	9	36
Kişilerarası Destek	1,7,13,19,25,31,37,43,49	9	36
Stres Yönetimi	5,11,17,23,29,35,41,47	8	32

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

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

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

Manevi gelişim, iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. Aşılma, iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin

dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını yaratır. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır.

Kişilerarası ilişkiler, başkaları ile olan ilişkilerdir, nedensel gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir. İletişim sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri, duyguları paylaşmayı içerir.

Stres yönetimi, gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir (Walker et al., 1996).

SYBDÖ'nün, benzer ölçeklerle geçerliliğinin sınındığı çalışmalar yanı sıra farklı dillere uyarlanmasına yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Bottorf ve ark. (1996), 24-60 yaşlarında 1339 yetişkin örneğinde, sağlığı geliştirme davranışlarında kognitif algıların rolünü incelediği çalışmada, Walker tarafından geliştirilen 48 maddelik ilk versiyon olan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ile sağlık kontrolü, öz etkililik ve sağlık durumu arasında zayıf bir korelasyon olduğunu ortaya koymuştur (Bahar ve ark., 2008).

SYBDÖ-II'nin yapı geçerliliğini Kişisel Yaşam Stili ölçeği ile Callahan değerlendirmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach Alpha katsayısının toplam ölçek için 0,93, sağlık sorumluluğu 0,83, fiziksel aktivite 0,87, beslenme 0,76, manevi gelişim 0,84, kişilerarası ilişkiler 0,82 ve stres yönetimi 0,75 olarak oldukça iyi düzeyde bulunmuştur. Ayrıca faktörlerin toplam varyansın %58'ini açıkladığını ve ölçeğin kullanıma uygun olduğunu belirtmiştir (Callahan 2000).

Haddad ve arkadaşları Ürdün'de kırsal ve kentsel bölgede yaşayan 950 kişi üzerinde ölçeğin ilk versiyonu üzerinde yaptığı uyarılama çalışmasında, altı faktör elde etmiştir. Faktörler, beslenme (6 madde), egzersiz (5 madde), sağlık sorumluluğu (10 madde), stres yönetimi (7 madde), kişilerarası destek (7 madde), kendini gerçekleştirme (13 madde) dir. Faktörlerin açıkladığı varyans %39,3, ölçek genelinin Cronbach Alpha değeri 0.89, alt faktörlerin değerleri ise 0.60-0.85 arasında olduğu saptanmıştır (Haddad et al., 2001).

Ölçeğin Türkiye'de geçerliliği ve güvenilirliği ilk olarak Esin ve Akça tarafından yapılmıştır. Esin'in çalışmasında 48 maddelik olan ölçeğin ilk versiyonu kullanılmıştır, alpha değeri 0,91 ve alt faktörlerin alpha değerleri ise 0.55-0.84 arasındadır (Esin 1997). Akça'nın çalışmasında ise 52 maddelik olan ikinci versiyonu kullanılmıştır. Çalışmanın alpha değeri 0,90'dır ve alt faktörlerin alpha değerleri 0.52-0.81 arasında değişmektedir (Akça 1998).

SYBDÖ-II'nin, Türkçeye uyarlanmasına yönelik geçerlik ve güvenilirlik çalışması son olarak Bahar ve arkadaşları tarafından 2008'de yapılmıştır. Metodolojik tipte olan bu çalışma, İzmir Güzelbahçe Sağlık Ocağı bölgesinde yürütülmüştür. Güzelbahçe Sağlık Ocağının toplam nüfusu 6314 olup, 3158 erkek, 3156'sı ise kadından oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemini Güzelbahçe'de yaşayan toplam 522 kişi oluşturmuştur. SYBDÖ-II'de toplam 52 madde bulunmaktadır. Ölçek çalışmalarında her bir ölçek maddesi için 10 kişi alınması önerilmektedir. Bu nedenle örneklem sayısı 522 olarak belirlenmiştir. Belirlenen örneklem sayısı bölgede yaşayan bireylerin eğitim durumları ve cinsiyetlerine göre eşit olarak alınmaya çalışılmıştır. Araştırmanın verileri sosyodemografik veri formu ve 52 maddeden oluşan "SYBDÖ II" ile toplanmıştır. Verilerin analizinde; içerik geçerliği için Kendal W analizi, güvenilirlik çalışmasında ölçek ve alt boyutlarının iç tutarlılığı için Cronbach Alfa katsayısı, madde toplam puan analizi için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır.

SYBDÖ II'nin dil geçerliliği için, bir dilbilimci ve iki öğretim üyesi tarafından olmak üzere üç kişi orijinal hali İngilizce olan ölçeği Türkçeye çevirmişlerdir. Araştırmacılar tarafından Türkçeye çevrilen ölçekler çalışılarak son hali verilmiştir. Farklı bir dilbilimci uzman tarafından Türkçe ölçeğin İngilizce'ye geri çevirisi yapılmıştır. Ölçekte yer alan maddelere ilişkin uzman görüşleri arasında uyum olduğu saptanmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,92 olup yüksek güvenilirlik derecesine sahiptir. Ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları ise; sağlık sorumluluğu 0,77, fiziksel Aktivite 0,79, beslenme 0,68, manevi gelişim 0,79, kişilerarası ilişkiler 0,80 ve stres yönetimi 0,64 olarak saptanmıştır. Sonuç olarak; Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve orijinal dili İngilizce olan SYBDÖ-II'nin geçerlik ve güvenilirlik düzeyi yüksek düzeyde bulunmuştur. Bu nedenle ölçeğin Türk toplumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmede kullanılması önerilmektedir (Bahar ve ark., 2008).

3.4.2. Araştırmada kullanılan bağımsız değişkenler

- ✓ Kişinin cinsiyeti,
- ✓ Kişinin yaşı,
- ✓ Kişinin boyu,
- ✓ Kişinin ağırlığı,
- ✓ Kişinin eğitim durumu,
- ✓ Kişinin mesleği,

- ✓ Kişinin ortalama aylık geliri,
- ✓ Kişinin meslekte çalışma yılı,
- ✓ Kişinin haftalık çalışma saati,
- ✓ Kişinin kronik hastalığı olup olmama durumu,
- ✓ Kişinin kronik hastalığı varsa adı,
- ✓ Kişinin düzenli olarak ilaç kullanma durumu,
- ✓ Kişinin düzenli olarak kullandığı ilaç varsa günde kaç farklı ilaç kullandığı,
- ✓ Kişinin sigara kullanma durumu,
- ✓ Kişinin günde kaç tane sigara kullandığı,
- ✓ Kişinin kaç ay/yıldır sigara kullandığı,
- ✓ Kişinin önümüzdeki 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünme durumu,
- ✓ Kişinin önümüzdeki 1 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünme durumu,
- ✓ Kişi sigarayı bıraktı ise kaç yıl önce bıraktığı,
- ✓ Kişi sigarayı bıraktı ise kaç yıl içtiği,
- ✓ Kişinin alkol kullanma durumu,
- ✓ Kişi alkol kullanıyor ise ne sıklıkta olduğu,
- ✓ Kişinin medeni durumu,
- ✓ Kişi evli ise eşinin eğitim durumu,
- ✓ Kişi evli ise eşinin mesleği,
- ✓ Kişinin çocuğu olma durumu,
- ✓ Kişinin çocuğu varsa sayısı.

3.4.2.1. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenlerle İlgili Tanımlamalar

Cinsiyet: Erkek, kadın olarak gruplandırıldı. Sayı ve yüzde değerler verildi.

Yaş: Açık uçlu sorgulandı. Ortalama ve standart sapmaları verildi.

Boy: Açık uçlu sorgulandı. Metre cinsinden belirtildi.

Ağırlık: Açık uçlu sorgulandı. Kilogram cinsinden belirtildi.

Beden Kütle İndeksi (BKİ): Ağırlık(kg)/boy² (m)² olarak hesaplandı. Zayıf, normal, hafif kilolu, obez ve morbit obez olarak gruplandırıldı. BKİ sınır değerleri ise şu şekilde

hesaplanmıştır:

- ✓ 18,4 kg/m² ve altında olanlar: zayıf
- ✓ 18,5-24,9 kg/m² arasında olanlar: normal kilolu
- ✓ 25,0-29,9 kg/m² arasında olanlar: hafif şişman
- ✓ 30,0-39,9 kg/m² arasında olanlar: obez (1.derece şişman)
- ✓ 40,0 kg/m² ve üzerinde olanlar: ileri derecede obez (morbid obez) olarak değerlendirildi.

Eğitim durumu: Lise, üniversite, yüksek lisans / doktora / uzman olarak gruplandırılarak mezun olunan okul kaydedildi.

Mesleği: Aile hekimi, sınıf öğretmeni ve imam şeklinde gruplandırıldı.

Ortalama aylık geliri: Açık uçlu olarak soruldu. Türk Lirası cinsinden belirtildi.

Meslekte çalışma yılı: Yaptığı meslekte ne kadar süredir çalıştığı açık uçlu olarak soruldu.

Haftalık çalışma saati: Açık uçlu olarak soruldu.

Kronik hastalığı olup olmama durumu: Var, yok olarak iki gruba ayrıldı.

Kronik hastalığı varsa adı: Şeker, yüksek tansiyon, kolesterol, kalp hastalığı, diğer şeklinde gruplandırıldı.

Düzenli olarak ilaç kullanma durumu: Evet, hayır olarak gruplandırıldı.

Düzenli olarak kullandığı ilaç varsa günde kaç farklı ilaç kullandığı: Açık uçlu olarak soruldu.

Sigara kullanma durumu: Evet, hayır hiç içmedim ve bıraktım olarak üç gruba ayrıldı.

Günde kaç tane sigara kullandığı: Açık uçlu soruldu. Tane cinsinden sorulduğu belirtildi.

Kaç ay/yıldır sigara kullandığı: Açık uçlu soruldu. Ay/yıl cinsinden olduğu belirtildi.

Önümüzdeki 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünme durumu: Evet, hayır olarak gruplandırıldı.

Önümüzdeki 1 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünme durumu: Evet, hayır olarak gruplandırıldı.

Sigarayı bıraktı ise kaç yıl önce bıraktığı: Açık uçlu soruldu. Ay/yıl cinsinden olduğu belirtildi.

Sigarayı bıraktı ise kaç yıl içtiği: Açık uçlu soruldu. Ay/yıl cinsinden sorulduğu belirtildi.

Sigarayı bırakma süreci Prochaska ve arkadaşları tarafından önerilmiştir. Bireyin sigarayı bırakma tedavisine uyum sağlamaya hazır olup olmadığını anlaşılmasına yardım eden beş evreli bu süreçte transteoritik modelden esinlenilmiştir. Modele göre sigarayı bırakma süreci davranış değişikliği evreleri; bırakmayı düşünmeme (pre-contemplation), bırakmayı düşünme (contemplation), bırakmaya hazırlanma (preparation for action), bırakmayı deneme (action) ve bırakmayı sürdürmeden (maintenance) meydana gelmektedir. Bırakmayı düşünmeme evresinde birey, en az altı aylık sürede sigara ile ilgili davranış değişikliği düşünmez. Bırakmayı düşünme evresinde, gelecek altı ay içinde sigarayı bırakmayı düşünmektedir. Bırakmaya hazırlanma evresinde gelecek bir ay içinde bırakmayı planlamıştır. Bırakmayı deneme evresi, altı aylık bir süreçtir. Birey sigarayı bırakma adımını atmıştır. Bu evre nükslerin en sık yaşandığı dönemdir. Bırakmayı sürdürme evresinde ise kişi altı aydan daha uzun süredir sigara içmiyordur ve nüks riski devam etmektedir (http://168.144.121.167/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/10_kongre_kurs/sunum/z_sola_k_sigara_birakma_surece.pdf Erişim Tarihi: 13.12.2011).

Alkol kullanma durumu: Evet, hayır olarak gruplandırıldı.

Alkol kullanıyor ise ne sıklıkta olduğu: Sadece özel günlerde, yılda bir, ayda bir, haftada bir olarak gruplandırıldı.

Medeni durumu: Evli, bekar, eşi ölmüş, ayrılmış şeklinde gruplandırıldı.

Evli ise eşinin eğitim durumu: İlköğretim, lise, üniversite/yüksek lisans/ doktora/ uzman olarak gruplandırıldı.

Evli ise eşinin mesleği: Açık uçlu olarak soruldu.

Çocuğu olma durumu: Evet, hayır olarak gruplandırıldı.

Çocuğu varsa sayısı: 1, 2, 3, 4 ve üzeri olarak gruplandırıldı.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Veri toplama, önceden oluşturulup denemesi yapılmış, araştırma grubunun sosyo-demografik durumlarını ve mesleki bilgilerini içeren kişisel bilgi formu ve SYBDÖ-II kullanılarak yapıldı. Kişisel bilgi formu 27, SYBDÖ-II 52 sorudan oluşmaktadır. Veriler, bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden, gözlem altında toplandı.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri bilgisayar ortamında ve SPSS 15,0 programı kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistik olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler kullanıldı. Analitik değerlendirmelerde ki-kare, bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Kruskal Wallis ve Çoklu Regresyon Analizi kullanıldı. Post hoc test olarak Tek Yönlü Varyans Analizinde Tukey testi kullanıldı. Anlamlılık için sınır değer olarak $p < 0.05$ alındı. Kruskal Wallis Analizinde ise Post hoc test olarak Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanıldı. Anlamlılık için sınır değer olarak $p < 0.01$ alındı.

3.7. Araştırmanın Zaman Düzenegi

Konu seçimi Haziran 2010 tarihinde yapılmış, üç aylık ön çalışmanın ardından, Aralık 2010- Nisan 2011 tarihleri arasında veri toplanmıştır. Veri girişine veri toplama aşamasında başlanmış olup Mayıs 2011'de de tamamlanmıştır. Verinin analizi Mayıs 2011 – Eylül 2011 tarihleri arasında yapılmış, tezin yazım aşaması da Aralık 2011'de bitirilmiştir.

Tablo 4. Araştırmanın zaman düzeneği

	2010												2011											
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2			
Konu																								
Seçimi																								
Kaynak İnceleme																								
Hazırlık- Ön çalışma																								
Veri Toplama																								
Veri Girişi - Değerlendirme																								
Analiz																								
Yazım																								

3.8. Araştırmanın Güçlü ve Kısıtlı Yanları

Türkiye’de toplum liderlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemeye yönelik yapılmış bilimsel çalışma sayısının az olması ve bu konuda Isparta ilinde çalışma yapılmamış olması bu araştırma açısından önemlidir.

Örnekleme ulaşım oranının yüksek olması bu araştırmanın güçlü yanlarındanadır.

Yapılan araştırmanın kesitsel olması, hafıza faktörünün devreye girmesinden dolayı araştırmanın bir başka kısıtlılığıdır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Bulguları

Tablo 5’de araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı incelendi.

Tablo 5. Araştırma grubunun mesleklere göre bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Sosyodemografik Değişkenler	Aile Hekimi		Sınıf Öğretmeni		İmam		Toplam		
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	
Cinsiyet	Kadın	16	30,8	72	34,4	0	0,0	88	24,7
	Erkek	36	69,2	137	65,6	95	100,0	268	75,3
Medeni Durum	Evli	50	96,2	201	96,2	93	97,9	344	96,6
	Bekar	2	3,8	1	0,5	1	1,1	4	1,1
	Diğer	0	0,0	7	3,3	1	1,1	8	2,2
Öğrenim	Lise	0	0,0	0	0,0	18	8,9	18	5,1
	Üniversite	46	88,5	200	95,7	72	75,8	318	89,3
	Yükseklisans/ Doktora	6	11,5	9	4,3	5	5,3	20	5,6
Eşinin Öğrenim Durumu	İlköğretim/Lise	6	12,0	69	4,3	83	89,2	158	46,0
	Üniversite/ Yükseklisans/ Doktora	44	88,0	132	65,7	10	10,8	186	54,0
Çocuğu Olma Durumu	Var	49	94,2	201	96,2	90	94,7	340	95,5
	Yok	3	5,8	8	3,8	5	5,3	16	4,5
Çocuk Sayısı [‡]	1	12	24,5	29	14,4	12	13,3	53	15,6
	2	26	53,1	133	66,2	42	46,7	201	59,1
	3	11	22,4	33	16,4	27	30,0	71	20,9
	4 ve Üzeri	0	0,0	6	3,0	9	10,0	15	4,4
TOPLAM		52	14,6 [†]	209	58,7 [†]	95	26,7 [†]	356	100,0 [†]

*Sütun Yüzdesi

†Satır Yüzdesi

[‡]Evli kişi sayısı 344 olduğu için eşinin öğrenim durumu değişkeni için toplam 344, çocuğu olan kişi sayısı 340 olduğu için çocuk sayısı değişkeni ise toplam 340’tır.

Araştırma grubunun %24,7’sini kadınlar, %75,3’ünü erkekler oluşturmaktaydı. İmamların tamamı erkekti. Erkeklerin oranı, aile hekimleri ve sınıf öğretmenlerinde kadınların yaklaşık olarak iki katıydı.

Araştırmaya dahil olanların %96,6'sı evliydi. Aile hekimi, sınıf öğretmeni ve imamların çoğu üniversite mezunuyken (sırasıyla; %88,8 %95,7 %75,8), lise mezunu bireyler sadece imamlarda (%8,9) yer almaktaydı.

Eşlerinin eğitimi üniversite, yüksek lisans ya da doktora düzeyinde olan aile hekimi (%88,0) ve sınıf öğretmeni (%65,7) oranı daha yüksek iken imamlarda bu oran (%10,8) daha düşüktü. İmamların eşleri en fazla ilköğretim veya lise mezunuydu.

Araştırmaya katılanların %95,5'inin çocuğu vardı. Bunların %59,1'i iki çocuk sahibi idi (Tablo 5).

Tablo 6. Araştırma grubunun mesleklere göre yaş, aylık gelir ve meslekte çalışma süresine göre dağılımı

Sosyodemografik Değişkenler	Genel Ortalama±SS	Aile Hekimi Ortalama±SS	Sınıf Öğretmeni Ortalama±SS	İmam Ortalama±SS
Yaş	42,9±6,7	42,4±4,0	44,2±6,3	40,3±7,7
Aylık Gelir (TL)	2225,2±1148,9	4607,8±1123,9	1908,1±525,5	1643,8±206,4
Meslekte Çalışma Süresi (yıl)	20,0±7,6	17,7±3,5	22,1±6,6	16,8±9,5

Araştırma grubunun yaş ortalaması ve standart sapması 42,9±6,7 idi. Mesleklere göre yaş ortalamalarına bakıldığında imamların yaş ortalaması en düşük, sınıf öğretmenlerinin ise en yüksekti.

Araştırma grubunun aylık gelirlerinin ortalama ve standart sapması, 2225,2±1148,9'du. Aylık gelir ortalama ve standart sapması, en yüksekten en düşüğe doğru aile hekimi, sınıf öğretmeni ve imamlar için sırasıyla 4607,8±1123,9, 1908,1±525,5 ve 1643,8±206,4 idi.

Araştırma grubunun meslekte çalışma yılı ortalama ve standart sapması 20,1±7,6 yıl iken sınıf öğretmeni, aile hekimi ve imamlar için sırasıyla 22,1±6,6, 17,7±3,5, 16,8±9,5 yıldır (Tablo 6).

Araştırmaya katılanların haftalık çalışma saati ortalama 37,1'di. Haftalık çalışma saati ortalama ve standart sapması aile hekimlerinde 40,6±1,6 (en düşük 40, en yüksek 45), sınıf öğretmenlerinde 30,8±5,5 (en düşük 5, en yüksek 60), imamlarda 58,5±50,1 (en düşük 8, en yüksek 168) idi. İmamlarda haftalık çalışma saati açısından alınan yanıtlar geniş bir aralıkta dağılmaktaydı.

4.2. Araştırma Grubunun SYBDÖ'den aldıkları toplam puan ve alt faktör puanları ile sağlık açısından riskli diğer durumların değerlendirilmesi

Araştırma grubunun SYBDÖ'nün tüm maddeleri için verdikleri yanıtların yüzde dağılımları ve ortalaması aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 7. Araştırma grubunun SYBDÖ alt faktörlerinin maddelerinden aldıkları puanların frekansı, ortalama ve standart sapma değerleri

Ölçek maddeleri	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak	Ortalama±SS
	(1) %*	(2) %*	(3) %*	(4) %*	
KENDİNİ GERÇEKLEŞTİRME					
Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim	1,4	33,1	32,9	32,6	2,97±0,84
Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım	1,4	8,7	34,8	55,1	3,44±0,71
Geleceğe umutla bakarım	0,8	15,2	40,2	43,8	3,27±0,74
Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim	0,8	19,7	41,6	37,9	3,17±0,76
Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım	3,4	26,4	37,6	32,6	2,99±0,85
Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum	8,7	58,7	19,1	13,5	2,37±8,24
Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım	1,7	19,9	39,3	39,0	3,16±0,79
İlahi bir gücün varlığına inanırım	1,4	2,5	11,2	84,8	3,79±0,54
Yeni deneyimlere ve durumlara açığım	2,0	14,0	37,1	46,9	3,29±0,77
SAĞLIK SORUMLULUĞU					
Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım	4,5	46,9	24,2	24,4	2,69±0,89
Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum	10,4	50	23,6	16	2,45±0,88
Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım	6,5	46,1	30,6	16,9	2,58±0,84
Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım	13,2	51,4	21,6	13,8	2,36±0,87
Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım	7,6	39,3	37,1	16	2,62±0,84
Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim	26,1	48,6	17,1	18,1	2,07±0,86
Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım	17,1	55,1	18,5	9,3	2,20±0,83
Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım	37,1	43,5	12,6	6,7	1,89±0,87

Tablo 7. Araştırma grubunun SYBDÖ alt faktörlerinin maddelerinden aldıkları puanların frekansı (devam)

Ölçek maddeleri	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak	Ortalama±SS
	(1) %*	(2) %*	(3) %*	(4) %*	
Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım	6,7	34,8	30,1	28,4	2,80±0,93
EGZERSİZ					
Düzenli bir egzersiz programı yaparım	25,0	57,9	9,0	8,1	2,00±0,81
Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)	23,3	44,1	18,3	14,3	2,24±0,96
Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm	18,8	46,9	20,8	13,5	2,29±0,92
Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım	41,3	46,1	7,9	4,8	1,76±0,79
Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım	43,8	42,1	8,7	5,3	1,76±0,82
Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)	16,3	37,1	31,7	14,9	2,45±0,93
Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim	31,7	46,6	12,6	9,0	1,99±0,89
Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım	37,1	43,5	12,6	6,7	1,93±0,84
BESLENME					
Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim	12,6	35,1	27,0	25,3	1,65±0,99
Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım	23,6	43,5	16,6	16,3	2,26±0,99
Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim	38,8	37,9	16,0	7,3	1,92±0,91
Her gün 2-4 öğün meyve yerim	7,0	41,6	25,0	26,4	2,71±0,93
Her gün 3-5 öğün sebze yerim	9,8	55,9	24,4	9,8	2,34±0,78
Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim	9,6	43,0	27,2	20,2	2,58±0,91
Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim	13,8	55,1	18,8	12,4	2,45±0,93

Tablo 7. Araştırma grubunun SYBDÖ alt faktörlerinin maddelerinden aldıkları puanların frekansı (devam)

Ölçek maddeleri	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak	Ortalama±SS
	(1) %*	(2) %*	(3) %*	(4) %*	
Kahvaltı yaparım	2,8	10,7	18,3	68,3	3,52±0,79
KİŞİLERARASI DESTEK					
Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım	2,5	47,5	33,1	16,9	2,64±0,78
İnsanları başarıları için takdir ederim	1,1	6,2	49,4	43,3	3,35±0,64
İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm	0,8	12,1	45,2	41,9	3,28±0,70
Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım	0,0	28,4	43	28,7	3,00±0,75
Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır	1,1	19,7	34,5	35,7	3,14±0,76
Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum	2,5	21,3	42,4	33,7	3,07±0,80
Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım	6,5	37,9	33,7	21,9	2,71±0,88
Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım	8,7	48,6	28,1	14,6	2,49±0,84
Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim	1,1	18,8	43,3	36,8	3,16±0,76
STRES YÖNETİMİ					
Yeterince uyurum	6,2	21,3	24,4	48,1	3,14±0,96
Her gün rahatlamak için zaman ayırırım	11,2	53,9	21,1	13,8	2,37±0,85
Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim	9,0	39,0	31,2	20,8	2,64±0,91
Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm	5,1	46,1	31,5	17,4	2,61±0,83
Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım	12,1	49,2	25,3	13,5	2,40±0,86
İş ve eğlence zamanımı dengelerim	8,4	36,8	34,8	19,9	2,66±0,89
Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım	29,5	49,4	14,0	7,0	1,99±0,84
Yorulmaktan kendimi korurum	14,0	52,0	23,3	10,7	2,31±0,84

* Satır yüzdesi

Tablo 7’de araştırma grubunun SYBDÖ’nün alt faktörlerinin her bir maddesine ait aldıkları yüzde dağılımları, ortalamaları ve standart sapmaları verildi. Genel olarak en yüksek

puan ‘İlahi bir gücün varlığına inanırım’ maddesine (3,79±0,54), en düşük puan ise ‘sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim’ maddesine (1,65±0,99) aitti. Kendini gerçekleştirme alt faktöründen en yüksek puanı ‘İlahi bir gücün varlığına inanırım’ önermesi (Ortalama±SS (standart sapma) 3,79±0,542), sağlık sorumluluğu alt aktöründen alınan puanlar birbirine yakın olmasına rağmen en yüksek puanı ‘Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım’ (Ortalama±SS 2,69±0,892) önermesi almıştır. Egzersiz alt faktöründen ‘Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)’ maddesi (Ortalama±SS 2,45±0,935), beslenme alt faktöründen ‘Her gün 2-4 öğün meyve yerim’ maddesi (Ortalama±SS 2,71±0,937), kişilerarası destek alt faktöründen ‘İnsanları başarıları için takdir ederim’ maddesi (Ortalama±SS 3,35±0,647), stres yönetimi alt faktöründen ise ‘Yeterince uyurum’ maddesi (Ortalama±SS 3,14±0,961) en yüksek puanı aldı.

Beslenme alt faktöründen ‘Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim’ maddesi (Ortalama±SS=1,65±0,99) en düşük puanı aldı ve ‘gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum’ maddesinin ortalama ve standart sapması 2,56±1,02 idi. Sağlık sorumluluğu alt faktöründen ‘Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim’ ve ‘Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım’ önermelerinin aldıkları ortalama ve standart sapma sırasıyla 2,07±0,86 1,89±0,87 idi. Stres yönetimi alt faktöründen ‘Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım’ maddesi en düşük puanı aldı (1,99±0,84). Egzersiz alt faktöründen ‘Düzenli bir egzersiz programı yaparım’ ve ‘Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim’ maddelerinin ortalama ve standart sapması sırasıyla 2,00±0,81 ve 1,99±0,89 olarak saptandı (Tablo 7).

Araştırma grubunun genel olarak ve mesleklere göre, SYBDÖ’den ve alt faktörlerden aldıkları ortalama, standart sapma, F ve p değerleri Tablo 8’te yer almaktadır.

Tablo 8. Araştırma grubunun mesleklere göre SYBDÖ'den aldıkları toplam puan ve alt faktör puanları ile bu puanların karşılaştırılması

SYBDÖ	Genel Ortalama±SS	Aile Hekimi Ortalama±SS	Sınıf Öğretmeni Ortalama±SS	İmam Ortalama±SS	F	p*
Toplam	136,3±22,0	126,0±22,3	138,8±21,1	136,4±22,2	7 388	0,001
Kendini Gerçekleştirme	28,4±4,1	26,3±4,1	28,9±4,1	28,6±3,9	8 241	<0,000
Sağlık Sorumluluğu	21,7±5,0	19,3±4,7	22,7±4,9	20,9±5,0	11 447	<0,001
Egzersiz	16,4±4,8	16,3±5,0	16,2±4,6	16,9±5,1	0,672	0,511
Beslenme	22,9±4,6	20,9±4,7	23,6±4,4	22,3±4,6	8 259	<0,001
Kişilerarası Destek	26,8±4,3	24,2±3,8	27,1±4,4	27,7±4,0	11 491	<0,001
Stres Yönetimi	20,1±4,1	18,7±4,1	20,4±4,0	20,3±4,3	3 752	0,024

* Tek Yönlü Varyans analizi

SYBDÖ'den alınan toplam puan için araştırma grubunun ortalama ve standart sapması 136,3±22,0'dı. SYBDÖ toplam puan açısından meslek grupları arasında anlamlı farklılık saptandı (p=0,001). Bu farklılık aile hekimleri grubundan kaynaklanmaktaydı. Yapılan post hoc analiz sonuçlarına göre; aile hekimlerinin, sınıf öğretmeni ve imamlara göre aldıkları toplam puan anlamlı olarak daha düşüktü (tukey testi, sırasıyla p<0,001, p=0,014).

Sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek, beslenme ve stres yönetimi alt faktörleri açısından mesleklere göre anlamlı farklılık saptandı.

Sağlık sorumluluğu alt faktör puanı açısından anlamlılık sınıf öğretmenleri grubundan kaynaklanmaktaydı. Post hoc analiz sonucuna göre; sınıf öğretmenlerinin sağlık sorumluluğu alt ölçek puanının ortalaması imam ve aile hekimlerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu (tukey testi, sırasıyla p=0,008, p<0,001).

Kendini gerçekleştirme ve kişilerarası destek alt faktörleri puanları açısından ise gruplar arası farklılık aile hekimlerinden kaynaklanmaktaydı. Aile hekimlerinin kendini gerçekleştirme ve kişilerarası destek puanlarının ortalama değerleri imam ve öğretmenlere göre anlamlı olarak daha düşük saptandı (tukey testi, kendini gerçekleştirme için sırasıyla p=0,005, p<0,001, kişiler arası destek için sırasıyla p<0,001, p<0,001).

Beslenme ve stres yönetimi puanları, aile hekimlerinde öğretmenlere göre anlamlı olarak daha düşüktü (tukey testi, sırasıyla p<0,001 ve p=0,020).

Egzersiz alt faktöründe mesleklere göre anlamlı farklılık yoktu (Tablo 8).

Tablo 9. Araştırma grubunun mesleklere göre sağlık açısından riskli durumları

Sağlık Açısından Riskli Durumlar	Genel		Aile Hekimi		Sınıf Öğretmeni		İmam		χ^2	p	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*			
Sigara içme durumu	Halen içenler	95	26,7	13	25,0	53	25,4	29	30,5	0,980	0,613
	Hiç içmemiş veya bırakmışlar	261	73,3	39	75,0	156	74,6	66	69,5		
Sigarayı 6 ay içinde bırakma düşüncesi	Düşünen	63	66,3	8	61,5	34	64,2	21	72,4	0,727	0,695
	Düşünmeyen	32	33,7	5	38,5	19	35,8	8	27,6		
Sigarayı 1 ay içinde bırakma düşüncesi	Düşünen	51	53,7	5	38,5	24	45,3	22	75,9	8 453	0,015
	Düşünmeyen	44	46,3	8	61,5	29	54,7	7	24,1		
Alkol kullanma durumu	Kullanan	41	11,5	14	26,9	27	12,9	0	0,0	24 880	0,001
	Kullanmayan	315	88,5	38	73,1	182	87,1	95	100,0		
Kronik hastalık varlığı	Var	87	24,4	14	26,9	58	27,8	15	15,8	5 264	0,072
	Yok	269	75,6	38	73,1	151	72,2	80	84,2		
İlaç kullanma durumu	Evet	73	20,5	11	21,2	53	25,4	9	9,5	10 126	0,006
	Hayır	283	79,5	41	78,8	156	74,6	86	90,5		
BKİ'ye göre gruplandırma	Zayıf, normal, hafif kilolu	281	78,9	39	75,0	164	78,5	78	82,1	1.086	0,581
	Obez ve morbit obez	75	21,1	13	25,0	45	21,5	17	17,9		

*Sütun yüzdesi

Araştırmaya katılanların %26,7'si halen sigara içmekte ve %73,3'ü hiç sigara içmemiş veya bırakmış idi (%26,7'si halen içmekte, %49,7'si hiç içmemiş, %23,6'sı bırakmış). Aile hekimi, sınıf öğretmeni ve imamlardan halen sigara içenlerin oranı en yüksek imamlarda (sırasıyla; %25,0, %25,4, %30,5) olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=0,980$, $p=0,613$).

Aile hekimi, sınıf öğretmeni ve imamlar günde ortalama 12,2 adet (sırasıyla, 13,9, 12,2 11,2) sigara içmekteydi. Halen sigara içenler ortalama \pm SS=18,5 \pm 8,4 yıldır (aile hekimi, sınıf öğretmeni ve imamlar sırasıyla, ortalama \pm SS=17,1 \pm 7,3 ortalama \pm SS=21,2 \pm 8,8 ortalama \pm SS=14,1 \pm 6,1) sigara içtiğini belirtti. Meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı

farklılık mevcuttu ($\chi^2=0,001$ p=7 752). İmamların sigara içme yılı öğretmenlere göre anlamlı olarak düşüktü.

Araştırma grubundaki halen sigara içenlerin %66,3'ü 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşündüğünü belirtti (aile hekimi, sınıf öğretmeni ve imamlar için sırasıyla %61,5, %64,2, %72,4) ve mesleklere göre anlamlı farklılık bulunamadı ($\chi^2 =0,727$, p=0,695). Halen sigara içenlerin %53,7'si ise 1 ay içinde sigarayı bırakmayı istemekteydi (aile hekimi, sınıf öğretmeni ve imamlar için sırasıyla %38,5, %45,3, %75,9). İmamların 1 ay içinde sigarayı bırakmayı isteme oranı diğer mesleklere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($\chi^2 =8 453$ p=0,015).

Sigarayı bırakanlar, kaç yıl içtiniz ve kaç yıl önce bıraktınız sorularına sırasıyla ortalama \pm SS=15,4 \pm 7,8 (en düşük 2,0, en yüksek 35,0) ve ortalama \pm SS=6,8 \pm 6,3 (en düşük 0,3, en yüksek 26,0) cevabını verdi. Mesleklere göre incelendiğinde ise sigarayı kaç yıl içtiniz ve kaç yıl önce bıraktınız sorularına istatistiksel olarak anlamlı cevap alınmadı (sırasıyla F=0,061, p=0,941 ve F=1 440, p=0,243).

Araştırmaya katılanların %11,5'i alkol kullanmaktaydı. Meslekler açısından bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($\chi^2 =24 880$, p=0,001) ve farklılık imamlardan kaynaklanmaktaydı. İmamlar hiç alkol kullanmadığını belirtirken (%0,0), aile hekimlerinin alkol kullanma oranı (%26,9) sınıf öğretmenlerinin alkol kullanma oranının yaklaşık olarak iki katıydı (%12,9). Alkol kullandığını belirtenlerin çoğu (%51,2) sadece özel günlerde kullandığını belirtti.

Araştırmaya katılanların %24,4'ünün kronik hastalığı vardı. Aile hekimleri, sınıf öğretmenleri ve imamların kronik hastalığı olma durumu sırasıyla %26,9, %27,8, %15,8 idi ve anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=5 264$, p=0,072). Araştırma grubunun %20,5 ilaç kullanmaktaydı. İmamların ilaç kullanma oranı (%9,5) aile hekimleri (%21,2) ve sınıf öğretmenlerine (%25,4) göre anlamlı olarak daha düşüktü ($\chi^2 =10 126$, p=0,006).

Tüm grubun BKİ ortalama ve standart sapması 27,0 \pm 3,7 idi. Aile hekimleri, sınıf öğretmenleri ve imamların BKİ ortalama ve standart sapmaları (sırasıyla 27,5 \pm 4,3, 27,0 \pm 3,4, 26,9 \pm 3,5) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (F=0,429, p=0,651). BKİ'ye göre gruplandırıldığında, araştırmaya katılanların %0,8'i zayıf, %27,8'i normal, %50,3'ü hafif şişman, %20,5'i obez ve %0,6'sı morbit obezdi. Mesleklere göre farklılık saptanmadı ($\chi^2=1.086$, p=0,581).

4.3. Araştırma Grubunun SYBDÖ'den aldıkları toplam puan ve alt faktör puanlarının sosyodemografik özelliklere göre ve diğer sağlık açısından riskli durumlara göre karşılaştırılması

Tablo 10. Araştırma Grubunun SYBDÖ'den aldıkları toplam puan ve alt faktör puanlarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması

	SYBDÖ	Toplam puan Ortalama±SS	Kendini gerçekleştirme Ortalama±SS	Sağlık sorumluluğu Ortalama±SS	Egzersiz Ortalama±SS	Beslenme Ortalama±SS	Kişilerarası destek Ortalama±SS	Stres yönetimi Ortalama±SS
Cinsiyet	Kadın (n=88)	138,1±19,8	28,7±3,9	23,1±4,7	16,0±4,4	23,9±4,3	26,7±4,1	19,7±3,7
	Erkek (n=268)	135,7±22,7	28,4±4,3	21,2±5,1	16,6±4,9	22,5±4,6	26,9±4,4	20,2±4,2
	p*	0,356	0,563	0,002	0,340	0,011	0,663	0,299
Medeni durum	Evli (n=344)	136,1±22,1	28,4±4,2	21,7±5,1	16,3±4,7	22,8±4,6	26,9±4,4	20±4,1
	Bekar, eşi ölmüş ya da ayrılmış (n=12)	141,8±17,9	29,9±2,6	21,9±3,6	18,7±5,4	23,4±4,6	26,4±3,5	21,5±4,4
	p†	0,409	0,199	0,763	0,132	0,896	0,604	0,373
Yaş	20-29 (n=17)	135,6±21,2	29,1±3,6	22,2±5,5	14,8±5,8	21,8±3,9	27,9±3,9	19,8±4,2
	30-39 (n=61)	139,4±24,2	29,2±4,5	21,9±5,3	17,0±5,3	23,0±4,9	27,8±4,1	27,5±4,6
	40-49 (n=223)	136,1±21,4	28,3±4,1	21,7±5,1	16,4±4,5	23,0±4,5	26,6±4,3	20,5±4,6
	50 ve üzeri (n=55)	133,6±22,1	27,7±4,2	21,1±4,7	16,0±4,8	22,0±4,5	26,2±4,8	20,0±4,0
	p‡	0,470	0,283	0,740	0,351	0,321	0,109	0,841
Eğitim durumu	Lise (n=18)	139,8±20,3	29,7±3,9	21,0±4,6	18,1±5,3	22,3±4,7	28,0±3,1	20,8±4,2
	Üniversite (n=318)	136,6±22,1	28,4±4,2	21,9±5,1	16,3±4,8	23,0±4,6	26,8±4,4	20,2±4,1
	Yükseklisans/ Doktora (n=20)	128,1±20,7	27,8±4,6	19,4±4,5	16,0±4,6	20,9±3,7	25,7±4,0	18,4±3,8
	p‡	0,205	0,372	0,105	0,372	0,128	0,238	0,152

Tablo 10. Araştırma Grubunun SYBDÖ'den aldıkları toplam puan ve alt faktör puanlarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması (devam)

SYBDÖ	Toplam puan	Kendini gerçekleştirme	Sağlık sorumluluğu	Egzersiz	Beslenme	Kişilerarası destek	Stres yönetimi	
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Eşinin eğitim durumu	İlköğretim (n=92)	135,7±20,6	28,6±4,0	20,9±4,7	16,5±4,8	22,4±4,0	27,1±4,1	20,4±4,0
	Lise, Üniversite/ Yüksek lisans/ Doktora (n=252)	136,3±22,7	28,3±4,3	22,0±5,2	16,2±4,7	23,0±4,8	26,8±4,5	20,0±4,1
	p*	0,300	0,627	0,228	0,902	0,034	0,263	0,738
Çocuğu olma durumu	Var (n=340)	136,5±22,0	28,4±4,2	21,7±5,1	16,4±4,7	22,9±4,6	26,8±4,4	20,1±4,1
	Yok (n=16)	133,0±22,3	28,7±4,2	20,7±5,3	15,9±5,7	21,1±4,2	26,9±4,4	19,7±5,1
	p†	0,536	0,722	0,672	0,624	0,070	0,243	0,570
Meslekte çalışma süresi	0-10 yıl (n=46)	136,9±22,8	29,0±4,0	21,7±5,7	15,9±5,6	22,1±4,7	28,1±4,9	20,1±4,0
	11-20 yıl (n=121)	131,8±23,4	27,7±4,6	20,7±4,9	16,0±4,8	22,2±4,6	25,8±4,4	19,4±4,5
	21 yıl ve üzeri (n=189)	139,0±20,5	28,8±3,9	20,3±5,0	16,7±4,6	23,4±4,4	27,2±4,3	20,6±3,8
	p§	0,019	0,036	0,029	0,385	0,030	0,004	0,039
TOPLAM	136,3±22,0	28,4±4,1	21,7±5,0	16,4±4,8	22,9±4,6	26,8±4,3	20,1±4,1	

*Bağımsız Gruplarda t Testi

†Mann Whitney U Testi

‡Kruskal Wallis Varyans Analizi

§Tek Yönlü Varyans Analizi

Kadınların ve erkeklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı ortalama ve standart sapması sırasıyla $138,1 \pm 19,8$ ve $135,7 \pm 22,7$ idi. Cinsiyete göre SYBDÖ toplam puanı açısından anlamlı farklı saptanmadı ($p=0,356$). Cinsiyete göre sağlık sorumluluğu ve beslenme alt faktörü puanları açısından anlamlı farklılık vardı (sırasıyla $p=0,002$, $p=0,011$). Kadınların sağlık sorumluluğu ve beslenme alt faktörlerinden aldıkları puanlar erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksekti.

Evlilerin ölçekten aldıkları toplam puan ve alt faktörlere ait puanlar, bekar, eşi ölmüş ya da ayrılmışlara göre daha düşük olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Yaş gruplarına göre; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası destek alt faktörlerinden alınan puanların ortalama değerleri yaş ilerledikçe azalmakla birlikte toplam puan ve alt faktör puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilemedi.

Araştırma grubunun eğitim durumlarına göre, SYBDÖ toplam puan ve alt faktör puan ortalamaları açısından anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Eşinin eğitim durumu açısından toplam puan ve alt faktör puanları karşılaştırıldığında sadece beslenme alt faktöründen alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. Eşi, lise/üniversite/ yüksek lisans/doktora mezunu olanların beslenme alt faktöründen aldıkları puan ortalaması, eşi ilköğretim mezunu olanlara göre daha yüksekti ($p=0,034$).

Araştırmada, çocuğunun olup olmaması durumuna göre ölçekten aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$).

Bireylerin meslekte çalışma yılına göre ölçekten aldıkları toplam puan anlamlı olarak değişmekteydi ($p=0,019$). Meslekte 21 yıl ve üzeri çalışanların aldıkları puan, 11-20 yıl çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti (tukey testi, $p=0,014$). Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt faktörlerinden alınan puanlar meslekte çalışma yılına göre farklılık göstermekteydi (sırasıyla Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçlarına göre, $p=0,036$ $p=0,029$, $p=0,030$ $p=0,004$, $p=0,039$). Kendini gerçekleştirme, beslenme ve stres yönetimi alt faktörlerinden 21 ve üzeri yıl çalışanların aldıkları puan, 11-20 yıl çalışanlara göre daha yüksekti (sırasıyla tukey testi $p=0,047$, $p=0,047$, $p=0,030$). Sağlık sorumluluğu alt faktöründeki anlamlı farklılık ise 21 ve üzeri yıl çalışanların aldıkları puanın, 11-20 yıl çalışanlara göre daha düşük olmasından kaynaklanmaktaydı (tukey testi, $p=0,022$). Meslekte 11-20 yıl çalışanların kişilerarası destek

alt faktöründen aldıkları puan 0-10 ve 21 ve üzeri yıl çalışanlara göre daha düşüktü (sırasıyla tukey testi, $p=0,009$, $p=0,022$).

Tablo 11. Araştırma Grubunun SYBDÖ'den aldıkları toplam puan ve alt faktör puanlarının diğer sağlık açısından riskli durumlara göre karşılaştırılması

Sağlık durumları	açısından riskli	SYBDÖ Toplam puan	Kendini gerçekleştirme	Sağlık sorumluluğu	Egzersiz	Beslenme	Kişilerarası destek	Stres yönetimi
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS
Sigara içme durumu	Halen içenler (n=95)	136,7±21,7	23,8±4,0	21,6±5,0	16,1±5,0	22,4±4,4	27,6±4,4	20,1±3,9
	Hiç içmemiş veya bırakmışlar (n=261)	136,2±22,2	28,3±4,2	21,7±5,1	16,5±4,7	23,0±4,6	26,6±4,3	20,1±4,2
	p*	0,692	0,794	0,642	0,157	0,785	0,504	0,897
Alkol kullanma durumu	Kullanan (n=41)	131,6±23,8	26,9±4,4	20,6±5,1	16,1±4,9	21,7±5,1	26,4±4,7	19,9±4,4
	Kullanmayan (n=315)	136,9±21,7	28,6±4,1	21,8±5,1	16,4±4,8	23,0±4,5	26,9±4,3	20,1±4,1
	p*	0,521	0,697	0,958	0,437	0,310	0,637	0,277
Kronik hastalık varlığı	Var (n=87)	133,8±22,2	27,5±4,4	21,8±5,0	15,8±4,1	22,6±4,6	26,3±4,9	19,9±3,9
	Yok (n=269)	137,1±21,9	28,7±4,0	21,7±5,1	16,6±5,0	22,9±4,6	27,0±4,1	20,2±4,2
	p*	0,836	0,299	0,829	0,014	0,704	0,035	0,276
İlaç kullanma durumu	Evet (n=73)	134,0±21,6	27,4±4,7	21,9±4,8	15,9±3,9	22,9±4,6	26,1±4,7	19,8±3,8
	Hayır (n=283)	136,9±22,1	28,7±4,1	21,6±5,1	16,5±5,0	22,8±4,6	27,0±4,3	20,2±4,2
	p*	0,663	0,308	0,685	0,007	0,581	0,213	0,150
BKİ'ye göre gruplandırma	Zayıf, normal ve hafif kilolu (n=281)	137,2±22,4	28,6±4,2	21,8±5,1	16,7±4,9	22,9±4,6	27,1±4,3	20,2±4,2
	Obez ve morbit obez (n=75)	132,9±20,4	28,0±4,1	21,2±4,9	15,3±4,1	22,7±4,4	25,8±4,3	19,9±3,7
	p*	0,279	0,583	0,700	0,052	0,936	0,653	0,096

*Bağımsız gruplarda t testi

Araştırmaya katılanların, sigara içme durumuna göre SYBDÖ toplam puan ve alt faktör puanlarının ortalamalarına bakılırsa, halen sigara içenler ile hiç içmemiş veya bırakmışların SYBDÖ toplam puanları ve alt faktör puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$).

Alkol kullanmayanların SYBDÖ toplam puanı ve alt faktör puanları, alkol kullananlara göre daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Kronik hastalığı olmayanların, SYBDÖ toplam puanları ve kendini gerçekleştirme, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve sağlık sorumluluğu alt faktör puanları, kronik hastalığı olanlara göre daha yüksekti. Ancak sadece egzersiz ve kişilerarası destek alt faktörlerinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (sırasıyla $p=0,014$, $p=0,035$).

İlaç kullanmayanların SYBDÖ toplam puanı, ilaç kullananlara göre daha yüksekti (sırasıyla $136,9\pm 22,1$, $134,0\pm 21,6$). Fakat anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$). Alt faktör puanları arasında ise sadece egzersiz alt faktörüne ait puanlar, ilaç kullanmayanlarda, ilaç kullananlara göre anlamlı olarak yüksekti ($p=0,007$).

BKİ'ye göre gruplandırıldığında ise zayıf, normal kilolu ve hafif kilolu olanların SYBDÖ'den genel olarak aldıkları puan, obez ve morbit obez olanlara (sırasıyla $137,2\pm 22,4$, $132,9\pm 20,4$) göre daha yüksekti fakat istatistiksel olarak fark saptanmadı ($p>0,05$). Zayıf, normal kilolu ve hafif kilolu olanların ile obez ve morbit obez olanların alt faktörlerden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$).

4.4. Araştırma grubunun SYBDÖ'den aldıkları toplam puan ve alt faktör puanlarını etkileyen etmenlerin çoklu regresyon analizi ile incelenmesi

Tablo 12. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı ve alt ölçek puanları ile ilişkili bulunan değişkenler ve çoklu regresyon analizi sonuçları

Ölçekler	Tek değişkenli analizlerde ilişkili bulunan ve çoklu regresyon analizine alınan değişkenler	Çoklu regresyon analizi		
		R ²	Sabit	Beta
SYBDÖ*- Toplam puan		0,034	140,074	
	Meslek (sınıf öğretmeni=0, imam=1, aile hekimi=2) Meslekte çalışma süresi (yıl)			-0,188*** -0,010
SYBDÖ*- Kendini Gerçekleştirme		0,039	29,831	
	Meslek (sınıf öğretmeni=0, imam=1, aile hekimi=2) Meslekte çalışma süresi (yıl)			-0,207*** -0,066
SYBDÖ*- Sağlık Sorumluluğu		0,077	23,661	
	Meslek (sınıf öğretmeni=0, imam=1, aile hekimi=2) Cinsiyet (Kadın=0, Erkek=1) Meslekte çalışma süresi (yıl)			-0,225*** -0,131** 0,004
SYBDÖ*- Egzersiz		0,005	16,565	
	Kronik hastalık (yok=0, var=1) İlaç kullanma (yok=0, var=1)			-0,070 -0,001
SYBDÖ*- Beslenme		0,061	23,725	
	Meslek (sınıf öğretmeni=0, imam=1, aile hekimi=2) Cinsiyet (Kadın=0, Erkek=1) Meslekte çalışma süresi (yıl) Eşinin eğitim durumu (lise ve üstü=0, ilköğretim=1)			-0,167** -0,131** 0,062 -0,011
SYBDÖ*- Kişilerarası Destek		0,042	28,696	
	Meslek (sınıf öğretmeni=0, imam=1, aile hekimi=2) Meslekte çalışma süresi (yıl) Kronik hastalık (yok=0, var=1)			-0,196*** -0,090 -0,065
SYBDÖ*- Stres Yönetimi		0,017	20,051	
	Meslek (sınıf öğretmeni=0, imam=1, aile hekimi=2) Meslekte çalışma süresi (yıl)			-0,113** 0,039

* Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, **p<0.05, ***p≤0.001

Çoklu regresyon analizinde, belirleyicilik katsayısı düşük olmakla birlikte, SYBDÖ toplam puanı ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimi alt ölçek puanları için meslekler açısından anlamlı farklılık saptandı. gzersiz dışındaki tüm alt faktör puanları açısından aile hekimi olmanın negatif yönde etkisi olduğu

saptandı. Sözü edilen tüm ölçeklerden alınan puanlar aile hekimleri için anlamlı olarak daha düşüktü.

Sağlık sorumluluğu ve beslenme alt ölçek puanları için mesleğe ek olarak cinsiyetinde anlamlı etkisi olduğu saptandı. Erkek olmak, sağlık sorumluluğu ve beslenme alt ölçek puanları için negatif yönde etkiliydi. Erkeklerde sağlık sorumluluğu ve beslenme alt ölçek puanları kadınlara göre anlamlı olarak daha düşüktü.

5. TARTIŞMA

Isparta il merkezinde görev yapan aile hekimi, sınıf öğretmeni ve imamların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği araştırmanın bu bölümünde, elde edilen bulgular tartışılmış ve yorumlanmıştır. Tartışma ve yorumlar bulgular bölümündeki sıraya uygun olarak yapılmıştır. Literatür incelendiğinde ülkemizde aile hekimi, sınıf öğretmeni ve imamların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği araştırma yok denecek kadar azdır. Bu nedenle araştırma sonuçları yorumlanırken bu durum bir sınırlılık oluşturmuştur.

5.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Bulguları

Isparta il merkezinde görev yapan aile hekimi, sınıf öğretmeni ve imamların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek için yaptığımız bu çalışmada araştırma grubunun %24,7'sini kadınlar, %65,3'ünü erkekler oluşturmaktaydı. Aile hekimlerinin %30,8'i, sınıf öğretmenlerinin % 34,4'ü kadın, imamların ise tamamı erkekti.

Sınıf öğretmenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi isimli çalışmada araştırma grubunun %66,7'si erkek, %33,3'ü kadındı (Karakoç ve Güler 2006).

Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışlarının incelendiği bir çalışmada kadınların oranı %37,2, erkeklerin oranı %62,8'di (Kaya ve ark., 2008). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını konu alan çalışmada ise kadınlar grubun %42,4'ünü, erkekler ise %57,6'sını oluşturmaktaydı (Karadeniz ve ark., 2008). Tüm bu araştırmalar göz önüne alındığında, toplumda belirli bir yer edinen bireylerin büyük oranının erkek olduğu, kadınların ise ancak onların yarısı kadar nüfusa sahip oldukları söylenebilmektedir.

Araştırma grubunun %96,6'sı evliydi ve her üç meslek grubunun oranları birbirine çok yakındı. Sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada örneklemin %75'i (Yalçınkaya ve ark., 2007), sınıf öğretmenlerinin değerlendirildiği çalışmada ise %91,2'si evliydi (Karakoç ve Güler 2006). Genel olarak medeni durumlar uyumlu olup tamamına yakını evliydi.

Yapılan çalışmada aile hekimlerinin %88,8'i, sınıf öğretmenlerinin %95,7'si ve imamların %75,8'i üniversite mezunuydu. Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde sağlıktaki eşitsizlikler isimli çalışmada örneklemin %19,0'u (Koçoğlu ve Akın 2006), hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği çalışmada %17,2'si lisans mezunuydu (Özkan ve Yılmaz 2008). Diğer

araştırma gruplarıyla karşılaştırıldığında eğitim düzeyi yüksek bir grupta çalışılmış olup, araştırma grubunun topluma lider konumda oldukları görüşü desteklenmektedir.

Araştırma grubunun %95,5'inin çocuğu vardı. Sınıf öğretmenleriyle yapılan bir çalışmada bu oran %93,8 (Karakoç ve Güler 2006), sağlık çalışanlarında ise %65,2 idi (Yalçinkaya ve ark., 2007). Çocuk sahibi olma durumu diğer araştırmalara göre daha yüksekti.

Araştırma grubunun yaş ortalaması $42,9 \pm 6,7$ idi ve imamların yaş ortalaması diğer meslek gruplarına göre daha düşüktü. Sağlıklı yaşam biçiminin değerlendirildiği diğer çalışmalardan; Gök Uğur ve Aydın Avcı'nın (2009), kanser tarama merkezine başvuran kadınlarda yaptığı çalışmada yaş ortalaması $41,19 \pm 10,75$, öğretim elemanlarının ele alındığı başka bir çalışmada ise $37,1 \pm 8,0$ 'di (Kaya ve ark., 2008). Prostat kanserli hastalarda yaş ortalaması $65,1 \pm 10,12$ (Ardahan ve Temel 2006) iken, üniversite öğrencilerinde ise $21,3 \pm 1,8$ idi (Cihangiroğlu ve Deveci 2010). Görüldüğü üzere sağlıklı yaşam biçimi davranışları çok farklı yaş gruplarında değerlendirilmiştir.

Ortalama aylık gelir, aile hekimi, sınıf öğretmeni ve imamlar için değerlendirildiğinde imamlarda (sınıf öğretmenlerine yakın olmakla birlikte) en düşük, aile hekimlerinde ise en yüksekti. Aile hekimlerinin aylık geliri, diğer iki meslek grubuna göre nispeten fazla olduğu için SYBDÖ'den daha yüksek puan almaları beklenmektedir. Çünkü daha iyi maddi olanak; beslenme, sosyal aktivite, sağlık personeline başvuruların artması, spor salonlarının kullanımı gibi durumları artıracaktır. Diğer birçok araştırmada aylık gelirin hiç sorgulanmadığı görüldü. Hastanede çalışan hemşirelerin ele alındığı bir araştırmada, %68,7'si gelirinin giderinden daha fazla olduğunu belirtmişti (Özkan ve Yılmaz 2008).

Araştırma grubunun meslekte çalışma yılı ortalaması $20,1 \pm 7,6$ idi ve sınıf öğretmenlerinin meslekte çalışma yılı, aile hekimleri ve imamlara göre daha yüksekti. Sınıf öğretmenleri daha uzun yıllar mesleklerini icra etmiş ve daha yüksek oranda topluma örnek olmuştur. Bu nedenle bizim araştırmamızda ayrı bir öneme sahiptir.

5.2. Araştırma Grubunun SYBDÖ Alt Faktör Maddelerine Ait Verileri

SYBDÖ maddelerinden en yüksek puan 'İlahi bir gücün varlığına inanırım' maddesine, en düşük puan ise 'sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim' maddesine aitti. SYBDÖ madde puan ortalaması en yüksek olan maddeler kendini gerçekleştirme, en düşük olan maddeler ise egzersiz alt faktöründe yoğunlaşmıştı.

Kendini gerçekleştirme alt faktöründen en yüksek puanı 'İlahi bir gücün varlığına inanırım' önermesi, sağlık sorumluluğu alt aktöründen en yüksek puanı 'Doktora ya da bir

sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım' önermesi almıştı. Egzersiz alt faktöründen 'Günlük işler sırasında egzersiz yaparım maddesi, beslenme alt faktöründen 'Her gün 2-4 öğün meyve yerim' maddesi, kişilerarası destek alt faktöründen 'İnsanları başarıları için takdir ederim' maddesi, stres yönetimi alt faktöründen ise 'Yeterince uyurum' maddesi en yüksek puanı aldı.

Kaya ve Arkadaşlarının (2008) öğretim elemanları üzerinde yaptığı çalışmasında, SYBDÖ madde puan ortalaması en yüksek olan ilk on maddenin kendini gerçekleştirme alt ölçeği maddeleri kapsamında yoğunlaştığı görülmüştür. En yüksek ortalama "hayatta benim için neyin önemli olduğunun farkındayım" maddesinde bulunmaktadır. Madde puan ortalaması en düşük 10 maddenin egzersiz alt ölçeğinde yoğunlaştığı ve en düşük ortalamanın "egzersiz sırasında nabzımı kontrol ederim" maddesine ait olduğu saptanmıştır.

Çeşitli meslek gruplarında yapılan araştırmalarda en yüksek ve en düşük puan alınan maddeler farklı olmasına rağmen yüksek puanların kendini gerçekleştirme, düşük puanların ise egzersiz alt faktöründe yoğunlaştığı görülmüştür.

5.3. Araştırma Grubunun SYBDÖ ve Alt Faktör Puan Ortalamaları

Isparta il merkezinde görev yapan aile hekimi, sınıf öğretmeni ve imamların SYBDÖ'nden aldıkları toplam puan ortalaması±standart sapması 136,3±22,0 ve her meslek grubu için sırasıyla 126,0±22,3, 138,8±21,1 ve 136,4±22,2 idi. Aile hekimlerinin aldıkları puan, sınıf öğretmenleri ve imamlara göre anlamlı olarak daha düşüktü. Topluma sağlık eğitimi veren ve bu konuda mesleki bilgiye sahip olan aile hekimlerinin, bu bilgileri kendi yaşamlarına aktararak sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirme oranlarının daha düşük olduğu dikkat çekiciydi. Karakoç ve Güler'in (2006), sınıf öğretmenlerini konu aldığı araştırmada ölçek puanı 126,9 ±17,7, Yalçınkaya ve arkadaşlarının (2007) sağlık çalışanlarına uyguladığı çalışmada 121,8 ± 18,0, Altıparmak ve Koca Kutlu'nun (2009) 15-49 yaş arası kadınlarda yaptığı araştırmada ise 112,7±20,8'di. Diğer çalışmalarla kıyaslandığında yapılan araştırmada elde edilen puanlar genel olarak daha yüksek olmakla birlikte toplum liderleri için yeterli düzeyde olmadığı düşünüldü.

Her üç meslek grubunda da SYBDÖ alt faktörlerinden en yüksek puan kendini gerçekleştirme (28,4±4,1), en düşük puan ise egzersiz (16,4±4,8) alt faktöründen alındı. Kendini gerçekleştirme alt faktörünü sırasıyla kişilerarası destek, beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve egzersiz alt faktörleri izlemekteydi. En düşük puanın

egzersizden alınması, bu konuda toplumun büyük kısmının yetersiz kaldığını ve insanların yaşam şekillerinde ciddi düzenlemeler yapması gerektiğini düşündürmektedir.

Kendini gerçekleştirme ve kişilerarası destek alt faktör puanları genel olarak $28,4 \pm 4,1$ ve $26,8 \pm 4,3$ olup aile hekimlerinde imam ve sınıf öğretmenlerine göre anlamlı olarak daha düşüktü. Sağlık sorumluluğu alt faktör puanı ise $21,7 \pm 5,0$ idi ve sınıf öğretmenlerinde, imamlar ve aile hekimlerine göre anlamlı olarak daha yüksekti. Besleme ve stres yönetimi alt faktör puanları ise tüm grup için sırasıyla $22,9 \pm 4,6$ ve $20,1 \pm 4,1$ 'di. Aile hekimlerinde sınıf öğretmenlerine göre anlamlı olarak daha düşüktü. Çoklu regresyon analizinde, belirleyicilik katsayısı düşük olmakla birlikte, SYBDÖ toplam puanı ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimi alt ölçek puanları için aile hekimi olmanın negatif yönde etkisi olduğu saptandı. Sözü edilen tüm ölçeklerden alınan puanlar aile hekimleri için anlamlı olarak daha düşüktü. Tüm bu alt faktörlerde sağlık çalışanı olan aile hekimlerinin daha düşük puan alması dikkat çekiciydi ve kendi sağlıklarına yeteri kadar önem vermediklerini göstermekteydi. Egzersiz alt faktör puanından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamasına rağmen her üç meslek grubunda da en düşük puana sahipti.

Sınıf öğretmenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi isimli çalışmada, SYBDÖ toplam puanı $126,9 \pm 17,7$ idi. En yüksek puan kendini gerçekleştirme alt faktörüne ($37,9 \pm 5,6$) ve en düşük puan ise egzersiz alt faktörüne ($9,4 \pm 3,0$) aitti (Karakoç ve Güler 2006). En yüksek ve düşük puan alınan alt faktörler bizim çalışmamıza benzer olmakla birlikte, Karakoç'un çalışmasında sınıf öğretmenlerinin ölçekten aldıkları puanlar genel olarak daha düşüktü.

Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personeli üzerinde yapılan bir çalışmada, ölçekten alınan puan $128,5 \pm 21,3$ idi. Bu puan bizim araştırmamızda aile hekimlerinden daha yüksek, sınıf öğretmenleri ve imamların aldığı puandan ise daha düşük bir değere sahipti. Alt faktörlere bakıldığında ise sırasıyla en yüksek puan kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek, beslenme, stres yönetimi ve egzersiz başlıklarına aitti. Bizim araştırmamızla uyumlu olarak en yüksek puan kendini gerçekleştirme, en düşük puan ise egzersiz alt faktörüne aitti (Akgül ve Güler 2008).

Üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada, ölçek toplam puanı $117,9 \pm 19,5$ iken, en yüksek kendini gerçekleştirme, en düşük puan ise egzersiz alt faktörüne aitti (Yıldırım ve Bekar 2005). Egzersiz konusunda üniversite öğrencilerinin de en düşük puana sahip olması bu konuda toplumsal olarak eksikliğimizi bir kez daha göz önüne koymaktaydı.

Ayrıca ölçekten aldıkları toplam puanı diğer araştırmalarla kıyaslayacak olursak, aile hekimleri, sınıf öğretmenleri, imamlar ve birinci basamak sağlık çalışanlarına göre daha düşüktü. Yeni neslin en büyük temsilcisi olacak olan üniversite öğrencilerinin kendi sağlık davranışları konusunda yeterli düzeyde olmamaları dikkat çekiciydi.

Bilgili ve Ayaz'ın (2009), 15 yaş ve üzeri evli kadınlarda yaptığı çalışmada, SYBDÖ toplam puanı $112,2 \pm 19,4$ 'dü ve en düşük puan egzersiz alt grubundan alınmışken diğer alt gruplardan alınan puanlar orta düzeydeydi. Ancak bizim araştırmamıza oranla ölçek toplam puanı ve alt faktör puanları genel olarak daha düşüktü. Aile hekimi sınıf öğretmeni ve imamların, toplumdaki diğer gruplara göre daha yüksek puan almaları sevindirici bir sonuçtu. Fakat rol model olmaları ve davranışlarıyla örnek teşkil etmeleri nedeniyle ortalamanın daha da üstünde puan almaları beklenmektedir.

5.4. Araştırma Grubunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Bazı Sosyo-Demografik Verilerle İlişkisi

Araştırma grubunun cinsiyete göre SYBDÖ'den aldıkları toplam puan ele alındığında kadınların erkeklere göre puan ortalamaları daha yüksek olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (sırasıyla SYBDÖ toplam puan $138,1 \pm 19,8$ ve $135,7 \pm 22,7$). Sağlık sorumluluğu ve beslenme alt ölçek puanları için erkek olmanın negatif yönde etkisi olduğu saptandı. Erkeklerde sağlık sorumluluğu ve beslenme alt ölçek puanlarının ortalama değerleri kadınlara göre anlamlı olarak daha düşüktü. Aynı zamanda anne olan kadınların özellikle beslenme alt faktöründen daha yüksek puan almaları, çocuklarının beslenmelerinde sorumluluğu üstlendiklerini ve daha dikkatli davrandıklarını düşündürmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının cinsiyete göre genellikle farklılık gösterdiği bilinmektedir. Yalçınkaya ve arkadaşlarının (2007), sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada kadınların erkeklere göre sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutlarından daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Lise öğrencilerini konu alan çalışmada ise 12. sınıf kız öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası destek ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksekti (Berçin ve Bahar Özvarış 2010). Bu çalışmalarla bizim çalışmamız tutarlılık göstermektedir.

Toplum liderlerinde yaptığımız çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile medeni durum, yaş, eğitim durumu ve çocuğu olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilemedi. Ancak bu konuda anlamlı farklılığın tespit edildiği çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızda araştırma grubunun büyük çoğunluğunun evli ve çocuk

sahibi olması, eğitim düzeyleri açısından da homojen bir grup oluşturmaları nedeniyle farklılıkların saptanamadığı düşünülmüştür.

Genel epidemiyolojik özellik olarak Dünya’da bekarların evlilere oranla daha fazla hastalandıkları ve hastalık yakınmaları belirttikleri bilinen bir özelliktir. Kaya ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında çocuğu olan öğretim elemanları olmayanlara göre beslenme alt faktöründen anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır. Çocuğu olan öğretim elemanlarında olumlu beslenme davranışları fazladır. En fazla işaretlenen “kahvaltımı yaparım” seçeneğidir. Bu durumun çocuk sahibi olmanın getirdiği sorumluluk duygusundan kaynaklandığı düşünülmüştür.

Akgül ve Güler’in (2008) çalışmasında birinci basamak sağlık çalışanlarının, yaş grupları ile SYBDÖ puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada, yaş ilerledikçe ölçek puan ortalamalarının da paralel olarak arttığı görülmektedir. İstatistiksel olarak yaş ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz ve genel ölçek puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır. Görülüyor ki yaşam deneyiminin artması, insanları zaman içinde daha doğru sağlık davranışlarını sergilemeye itmiştir. Bu durum için olumsuz davranışların sonuçlarıyla bire bir yüzleşme de etkili olmuş olabilir.

Kadınların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler isimli çalışmada, öğrenim durumu arttıkça kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi ve kişilerarası ilişkiler alt gruplarından aldıkları puanlar anlamlı olarak artmaktadır (Bilgili ve Ayaz 2009). Öğrenim durumu arttıkça, bireyin eğitim düzeyi, dolayısıyla sağlıkla ilgili bilgileri artmakta, daha fazla oranda sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergilemektedir.

Koçoğlu ve Akın’ın (2006), Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde sağlıkta eşitsizlikler isimli çalışmasında, medeni duruma göre egzersiz, stres yönetimi ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları arasında anlamlı fark mevcuttur. Bu çalışmaya göre; evliliğin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine olumlu bir etki göstermesinin nedeni, evli olmanın bireye kazandırdığı düzen, sorumluluk ve sosyal desteğin sağlanması ile açıklanabilir.

Toplum liderleri üzerinde yaptığımız araştırmada, eşinin eğitim durumu ile SYBDÖ karşılaştırıldığında, ölçek toplam puanı, sağlık sorumluluğu ve beslenme alt faktörlerinden elde edilen puanlar eşin eğitim düzeyi yükseldikçe artmaktaydı. Ancak sadece beslenme alt grubundan alınan puan anlamlıydı. Eşi lise, üniversite/yüksek lisans/doktora mezunu olanların aldıkları puan ilköğretim mezunu olanlara göre daha yüksekti. Eğitim düzeyinin beslenme

gibi çok ciddi bir durumu olumlu etkilemesi, sağlıklı nesiller yetiştirebilmek için eğitime verilen önemin artırılmasını gerektiğini düşündürmektedir.

Bireylerin meslekte çalışma yılına göre ölçekten aldıkları toplam değerlendirildiğinde, 21 yıl ve üzeri çalışanların aldıkları puan, 11-20 yıl çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti. Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt faktörlerinden alınan puanlar meslekte çalışma yılına göre farklılık göstermekteydi. Kendini gerçekleştirme, beslenme ve stres yönetimi alt faktörlerinden 21 ve üzeri yıl çalışanların aldıkları puan, 11-20 yıl çalışanlara göre daha yüksek iken sağlık sorumluluğu alt faktöründen aldıkları puan daha düşüktü. Meslekte 11-20 yıl çalışanların kişilerarası destek alt faktöründen aldıkları puan 0-10 ve 21 ve üzeri yıl çalışanlara göre daha düşüktü. Buna karşın yapılan çoklu regresyon analizinde de meslekte çalışma süresinin, alt faktör puanları üzerine etkisinin kaybolduğu saptanmıştır. Sonuç olarak araştırmamızda meslekte çalışma yılı arttıkça SYBDÖ toplam puanı ve alt faktör puanları artar yorumu yapılamamaktadır.

Karakoç ve Güler'in (2006), sınıf öğretmenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi isimli çalışmasında, öğretmenlerin hizmet yılı ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi alt ölçekleri ve genel ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu. Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi ve genel ölçek puanları çalışma yılı arttıkça artmakta iken sadece kişilerarası destek alt faktöründen alınan puan yaşla azalmaktaydı. Hizmet yılının artması ile öğretmenlerin yaşları da artmaktadır. Yurt içinde Esin (1997) ve Akça'nın (1998), yurt dışında ise Duffy (1996), Bottorff ve arkadaşlarının (1996) yapmış olduğu çalışmalarda yaşın artmasıyla birlikte sağlığa ilişkin olumlu davranışlar kazanma anlamı düzeyde yüksek bulunmuştur (Karakoç ve Güler 2006). Bu sonuçlar bizim araştırmamızla bire bir uyumlu olmamasına rağmen meslekte çalışma yılı arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışı artmaktadır düşüncesini oluşturmaktadır.

5.5. Araştırma Grubunun Mesleklere Göre Sağlık Açısından Riskli Durumları

Aile hekimi, sınıf öğretmeni ve imamlar üzerinde yaptığımız araştırmaya katılanların %26,7'si halen sigara içmekte ve %73,3'ü hiç sigara içmemiş veya bırakmış idi (%49,7'si hiç içmemiş, %23,6'sı bırakmış). Araştırma grubunda, halen sigara içenlerin oranı en yüksek

imamlarda (aile hekimleri, sınıf öğretmenleri ve imamlar için sırasıyla; %25,0, %25,4, %30,5) olmasına rağmen meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Sigara içme alışkanlığı önemli bir halk sağlığı sorunudur ve toplumun çeşitli kesimlerinde değişik oranlardadır. Kutlu ve arkadaşlarının (2005), Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi hemşirelerinde sigara içme durumu ve etkileyen faktörler isimli araştırmasında hemşirelerde sigara içme sıklığı %56,5 idi. Turgut ve arkadaşlarının (2001) Elazığ'da lise ve dengi okul öğretmenlerine uygulanan sigara anketi sonuçları isimli çalışmasında ise, öğretmenlerin %42,2'si sigara içmekteydi. Çan ve arkadaşlarının (2007) Doğu Karadeniz Bölgesi'nde sigara içme prevalansını araştırdığı çalışmada, memurların %43,1'i, vasıfsız işçilerin %53,4'ü, öğrencilerin %33,5'i, ev hanımlarının %17,3'ü, esnafların %38,3'ü ve emeklilerin %53,7'si sigara içmekteydi. Edirne Merkez İlçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sigara içme sıklığı %45,3 idi ve öğretmenlerin %75,8'i sigarayı okulda da içmekteydi. Bu bulgu, öğrencilerin okulda bu davranışı gözlemleyerek model olarak sigara içme davranışını benimsemesine neden olabileceği için önemlidir. Bireylerin sigaraya en sık olarak ergenlik döneminde başladığı ve öğretmenlerin bu konudaki tutumlarının gençleri etkilediği bilinmektedir (Tokuç ve Berberoğlu 2007). Görüldüğü üzere yaptığımız araştırmada toplum liderlerinin sigara içme sıklığı diğer çalışmalara göre daha iyi düzeydedir. Ancak, yaklaşık olarak her dört aile hekimi, sınıf öğretmeni ve imamdan birinin sigara içtiğini düşünürsek bu oran istenilen seviyede değildir.

Araştırma grubu, günde ortalama 12,2 adet ve 8,4 yıldır sigara içmekteydi ve imamların sigara içme yılı öğretmenlere göre anlamlı olarak düşüktü. Bu durum imamların yaş ortalamasının sınıf öğretmenlerine göre anlamlı olarak daha düşük olmasından kaynaklanmış olabilir. Kutlu ve arkadaşlarının (2005), Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi hemşirelerinde sigara içme durumu ve etkileyen faktörler isimli araştırmasında, sigara içenlerin %90'ı günde 1 ile 20 adet arasında içtiğini belirtti. Bu araştırmaya katılanların %55'i 6-10 yıldır sigara içtiğini ifade etti.

Yaptığımız çalışmada Prochaska ve arkadaşlarının oluşturduğu sigara içme süreci dikkate alınarak bireylerin altı ay ya da bir ay içinde sigarayı bırakmayı düşünüp düşünmedikleri sorgulandı. Araştırma grubundaki halen sigara içenlerin %66,3'ü 6 ay içinde, %53,7'si ise 1 ay içinde sigarayı bırakmayı düşündüğünü belirtti. İstatistiksel olarak ise sadece imamların 1 ay içinde sigarayı bırakmayı isteme oranı diğer mesleklere göre anlamlı olarak daha yüksekti. Araştırmaya katılanların yarısından fazlasının sigarayı bırakmayı

istememesi bir fırsat olarak değerlendirilip gruba sadece sigarayı konu alan bir çalışma yapılabilir.

Araştırmaya katılanların %11,5'i alkol kullanmaktaydı. Meslekler açısından bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık imamlardan kaynaklanmaktaydı. İmamlar hiç alkol kullanmadığını belirtirken (%0,0), aile hekimlerinin alkol kullanma oranı (%26,9) sınıf öğretmenlerinin alkol kullanma oranının yaklaşık olarak iki katıydı (%12,9). Çalışma grubu içinde sağlık çalışanı olan aile hekimlerinin alkol kullanma oranının en yüksek olması dikkat çekiciydi.

Karakoç ve Güler'in (2006), sınıf öğretmenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi isimli çalışmasında, araştırma grubunun %5,8'i alkol kullanmaktaydı. Yıldırım ve Bekar'ın (2005), üniversite öğrencilerinin bazı sosyo-demografik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi isimli çalışmasında üniversite öğrencilerinin %12'si alkol kullandığını belirtti. Bizim çalışmamızda alkol kullanma oranı diğer her iki araştırmaya göre daha yüksekti. Toplum öncüsü meslek üyelerinin rol modeli olması açısından sigara ve alkol kullanma oranları ayrı bir öneme sahiptir.

Araştırmamıza dahil olan aile hekimleri, sınıf öğretmenleri ve imamların %24,4'ünün (sırasıyla, %26,9, %27,8, %15,8) kronik hastalığı vardı ve meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu. Ayrıca, araştırma grubunun %20,5 ilaç kullanmaktaydı. İmamların ilaç kullanma oranı (%9,5) aile hekimleri (%21,2) ve sınıf öğretmenlerine (%25,4) göre anlamlı olarak daha düşüktü.

Sınıf öğretmenlerini konu alan bir çalışmada kronik hastalığı olanların oranı %24,3, sürekli ilaç kullananların oranı ise %16,7 idi (Karakoç ve Güler 2006). Bilgili ve Ayaz'ın (2009) kadınların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler isimli çalışmasında, kadınların %25,3'ünün kronik bir hastalığı olup, %20,1'i sürekli ilaç kullanmaktaydı. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarının araştırıldığı bir çalışmada öğrencilerin %17,5'inin sürekli takip ve tedavi gerektiren herhangi bir kronik hastalığı bulunmaktaydı (Ayaz ve ark., 2005). Tüm bu araştırmalar göz önüne alındığında, farklı meslek grupları için her dört bireyden birinde kronik hastalık mevcuttur. Üniversite öğrencilerinin ve imamların daha az oranda kronik hastalığının olması diğer gruplara göre düşük yaş ortalamasına sahip olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Aile hekimleri, sınıf öğretmenleri ve imamların BKİ ortalaması (sırasıyla 27,5±4,3, 27,0±3,4, 26,9±3,5) idi ve mesleki açıdan istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. BKİ'ye göre gruplandırma yapıldığında, , araştırmaya katılanların %0,8'i zayıf, %27,8'i normal, %50,3'ü hafif şişman, %20,5'i obez ve %0,6'sı morbit obezdi ve mesleklere göre anlamlı farklılık yoktu.

Ayaz ve arkadaşlarının (2005) hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları isimli çalışmasında araştırmaya katılanların % 56,0'nın BKİ'si normal sınırlardadır. Tosun ve Karadeniz'in (2008) Gata Destek Kıtaları Komutanlığı'nda vatani görevini yapmakta olan er-erbaşların sağlıklı yaşam biçimi davranışları isimli çalışmasında BKİ değerleri 15.82 ile 49.59 arasında olup BKİ ortalaması 23.26±3.08'dir ve %72,4'ü normal kilodadır. Toplum liderleri üzerinde yaptığımız çalışmada elde edilen BKİ değerleri, diğer grupların BKİ değerlerine göre daha yüksekti.

5.6. Araştırma Grubunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Bazı Sağlık Açısından Riskli Durumlarla İlişkisi

Toplum liderlerinin sigara kullanma durumlarına göre SYBDÖ ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durum sigara içenlerin, sigaranın vücutlarına verdikleri zarara karşılık sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sergilemek konusunda dikkatli davranmış olabileceklerini akla getirmektedir.

Karakoç ve Güler'in (2006) çalışmasında öğretmenlerin sigara kullanma durumlarına göre SYBDÖ ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, sigara kullanma durumu ile sağlık sorumluluğu, beslenme alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Karadeniz ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ise üniversite öğrencilerinde, sigara içenlerle sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuç bizim araştırmamızla tutarlıdır. Kaya ve arkadaşlarının (2008) öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi isimli çalışmasında SYBDÖ toplam puanı ve alt faktör puanları ile sigara kullanma durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Yalçınkaya ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında sigara içmeyen sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha iyi olduğu gözlenmiştir. Sigara içmeyenler, kişiler arası destek alt boyutu dışında tüm alt boyutlarda ve genel toplamda sigara içenlere göre daha yüksek puan almıştır. Sigara içmeyenler kişiler arası ilişkilerde sorun yaşarken, diğer alt boyutlarda oldukça iyi sağlıklı yaşam davranışı özellikleri göstermektedirler. Bunun

sonucunda sigara içmeyenlerin, zaman zaman kişilerarası ilişkilerde sorun yaşadıkları düşünülse de, sigara içenlere göre daha sağlıklı yaşam tarzı biçimi geliştirdikleri ve yaşadıkları tartışılmaz bir gerçektir.

Yaptığımız araştırmada alkol kullanmayanların SYBDÖ toplam puanı ve alt faktör puanları, alkol kullananlara göre daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Kaya ve arkadaşlarının (2008) öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi isimli çalışmasında SYBDÖ toplam puanı ve alt faktör puanları ile alkol kullanma arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Özkan ve Yılmaz'ın (2008) hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları isimli çalışmasında da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunamamıştır. Sınıf öğretmenlerinin alkol kullanma durumlarına göre SYBDÖ ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, alkol kullanma durumu ile kendini gerçekleştirme ve egzersiz alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Kendini gerçekleştirme alt faktör puan ortalaması sigarayı hiç kullanmamışlarda, egzersiz alt faktör puan ortalaması ise sigarayı bırakmışlarda anlamlı olarak daha yüksekti (Karakoç ve Güler 2006). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçiminin değerlendirildiği çalışmada sigara içmeyen ve alkol kullanmayanlar beslenme alt boyutundan daha yüksek puan almıştır (Yalçınkaya ve ark., 2007). Kefeli ve Altay'ın (2010), Samsun il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi isimli çalışmasında ise öğrencilerin alkol kullanma durumları ile SYBDÖ ve ölçeğin kişilerarası ilişkiler alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Görüldüğü üzere incelenen birçok araştırmada, bizim çalışmamızla tutarlı olarak, alkol kullanma durumu ile SYBDÖ toplam puanı ve alt faktör puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Toplum liderleri üzerinde yaptığımız çalışmada kronik hastalığı olmayanların, SYBDÖ toplam puanları ve sağlık sorumluluğu dışındaki diğer tüm alt faktör puanları, kronik hastalığı olanlara göre daha yüksekti. Ancak sadece egzersiz ve kişilerarası destek alt faktörlerinden alınan puanlar istatistiksel olarak anlamlıydı. İlaç kullanmayanların SYBDÖ toplam puanı, ilaç kullananlara göre daha yüksekti fakat anlamlı değildi. Alt faktör puanları arasında ise sadece egzersiz alt faktörüne ait puanlar, ilaç kullanmayanlarda, ilaç kullananlara göre anlamlı olarak yüksekti. Buna karşın yapılan çoklu analiz sonucunda kronik hastalığı olma ve ilaç kullanmanın ilgili alt faktör puanları üzerine etkisi ortadan kalkmıştır.

Bilgili ve Ayaz'ın (2009) kadınların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler isimli çalışmasında kadınların sağlıkla ilgili bazı özelliklerine göre SYBDÖ alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; kronik hastalığı olanların ve sürekli ilaç kullananların kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz ve beslenme alt gruplarından aldıkları puanların daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ardıç ve Esin'in (2008), adolesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları isimli çalışmasında 'Bir doktor tarafından belirlenmiş ve şu anda var olan bir hastalığınız var mı?' sorusunu 'evet' olarak yanıtlayan adolesanların sağlık sorumluluğu puanı, 'hayır' olarak yanıtlayan adolesanların ise egzersiz, beslenme, stres yönetimi, kişilerarası destek ve ölçek toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışlarının araştırıldığı bir çalışmada SYBDÖ toplam puanı ve alt faktör puanları ile kronik hastalık arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Kaya ve ark., 2008).

Karakoç ve Güler'in (2006), sınıf öğretmenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi isimli çalışmasında, öğretmenlerin SYBDÖ ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, kronik hastalığı olma durumu ile sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Aynı çalışmada öğretmenlerin sürekli ilaç kullanma durumuna göre SYBDÖ ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, sürekli ilaç kullanma durumu ile sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Akgül ve Güler'in (2008) birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik-yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi isimli çalışmasında kronik hastalık ile SYBDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmıştır. Çalışmada, kronik hastalığı olmayanların kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi alt ölçek ve genel ölçek puanlarının daha yüksek olduğu, kronik hastalığı olanların ise egzersiz ve kişilerarası destek puanlarının daha fazla olduğu buna karşın farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Tüm bu araştırmalar dikkate alındığında sonuç olarak; sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bireylerin kronik hastalığı olma durumu arasında bir ilişki olduğu, kronik hastalığı olmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha iyi olduğu düşünülmektedir. Bu durum kişinin sağlık davranışlarının yeterli düzeyde olmamasından dolayı, bireyde kronik hastalık oluşmuştur düşüncesini akla getirmektedir.

Sınıf öğretmeni, aile hekimi ve imamlar üzerinde yaptığımız çalışmada, bireyler BKİ'ye göre gruplandırıldığında zayıf, normal kilolu ve hafif kilolu olanlar ile obez ve morbit obez olanların SYBDÖ toplam puanı ve alt faktör puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu.

Limnili ve Özçakar'ın (2010) Balçova bölgesi 15-17 yaş arası lise öğrencilerinde obezite sıklığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının obeziteyle ilişkisi isimli çalışmada, bireyler normal ve aşırı kilolu/obez olmak üzere ikiye gruplandırılmıştır. BKİ ile beslenme alt faktörü arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Normal kilolu olanların SYBDÖ'den aldıkları puan, aşırı kilolu/obez olanların SYBDÖ'den aldıkları puana göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Sınıf öğretmenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği çalışmada, BKİ'ye göre SYBDÖ ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, BKİ ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Karakoç ve Güler 2006).

Kaya ve arkadaşlarının (2008) öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi isimli çalışmasında SYBDÖ toplam puanı ve alt faktör puanları ile BKİ arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Kefeli ve Altay'ın (2010) Samsun il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi isimli çalışmada lise öğrencilerinin BKİ ile SYBDÖ toplam puanı ve ölçeğin stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ile BKİ grupları ikiye karşılaştırıldıklarında, normal grubu ile obez grubu arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları ile BKİ grupları ikiye karşılaştırıldıklarında, zayıf grubu ile obez grubu ve normal grubu ile obez grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. SYBDÖ toplam puan ortalamaları ile BKİ grupları ikiye karşılaştırıldıklarında ise zayıf grubu ile obez grubu ve normal grubu ile obez grubu arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bizim çalışmamızla tutarlı olarak BKİ ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin değerlendirildiği birçok çalışmada istatistiksel olarak anlamlı fark tespit

edilememişken, bazı araştırmalarda BKİ ile beslenme, stres yönetimi, manevi gelişim gibi alt faktör puanları arasında farklılık olduğu sonucuna varılmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Isparta il merkezinde görev yapan aile hekimi, sınıf öğretmeni ve imamların SYBDÖ ortalama puanı $136,3 \pm 22,0$ ve her birinin ayrı ayrı sırasıyla $126,0 \pm 22,3$, $138,8 \pm 21,1$ ve $136,4 \pm 22,2$ idi. Aile hekimlerinin aldıkları puan, sınıf öğretmenleri ve imamlara göre anlamlı olarak daha düşüktü.

Her üç meslek grubu ile SYBDÖ arasındaki anlamlı farklılık aşağıdaki gibidir;

- ✓ Her üç meslek grubunda da SYBDÖ alt faktörlerinden en yüksek puan kendini gerçekleştirme, en düşük puan ise egzersiz alt faktöründen alındı.
- ✓ Kendini gerçekleştirme ve kişilerarası destek alt faktör puanları aile hekimlerinde; imam ve sınıf öğretmenlerine göre anlamlı olarak daha düşüktü.
- ✓ Sağlık sorumluluğu alt faktör puanı ise sınıf öğretmenlerinde; imamlar ve aile hekimlerine göre anlamlı olarak daha yüksekti.
- ✓ Besleme ve stres yönetimi alt faktör puanları ise aile hekimlerinde, sınıf öğretmenlerine göre anlamlı olarak daha düşüktü.
- ✓ İmamların 1 ay içinde sigarayı bırakmayı isteme oranı diğer mesleklere göre anlamlı olarak daha yüksekti.
- ✓ Aile hekimlerinin alkol kullanma oranının en yüksekti.
- ✓ İmamların ilaç kullanma oranı, aile hekimleri ve sınıf öğretmenlerine göre anlamlı olarak daha düşüktü.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışını etkileyen etmenler aşağıdaki gibi bulundu;

- ✓ Araştırmaya katılanların %78,9'u zayıf, normal kilolu veya hafif kilolu iken, %21,1'i obez ya da morbit obez idi.
- ✓ Kadınların sağlık sorumluluğu ve beslenme alt faktörlerinden aldıkları puanlar ise erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksekti.
- ✓ Eşinin eğitim durumu ile SYBDÖ toplam puanı ve alt faktör puanlarının karşılaştırıldığı tek değişkenli analizlerde, eşi, lise, üniversite/yüksek lisans/doktora mezunu olanların beslenme alt faktöründen aldıkları puan ilköğretim mezunu olanlara göre daha yüksek iken çok değişkenli analizlerde bu farklılık kaybolmuştu.
- ✓ Bireylerin meslekte çalışma yılına göre ölçekten aldıkları toplam değerlendirildiğinde, tek değişkenli analizde 21 yıl ve üzeri çalışanların aldıkları puan, 11-20 yıl çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek iken çok değişkenli analizde bu farklılık kaybolmuştu.

- ✓ Kendini gerçekleştirme, beslenme ve stres yönetimi alt faktörlerinden 21 ve üzeri yıl çalışanların aldıkları puan, 11-20 yıl çalışanlara göre daha yüksek iken sağlık sorumluluğu alt faktöründen aldıkları puan tek değişkenli analizlerde daha düşüktü. Buna karşın çok değişkenli analizde bu farklılık ortadan kalkmıştır.
- ✓ Tek değişkenli analizde meslekte 11-20 yıl çalışanların kişilerarası destek alt faktöründen aldıkları puan 0-10 ve 21 ve üzeri yıl çalışanlara göre daha düşük iken aynı farklılık çok değişkenli analizde gösterilememiştir.
- ✓ Kronik hastalığı olmayanların, egzersiz ve kişilerarası destek alt faktörlerinden aldıkları puanlar tek değişkenli analizlerde kronik hastalığı olanlara göre daha yüksekti. Ancak çok değişkenli analizlerde kronik hastalık varlığı, egzersiz ve kişilerarası destek alt faktörü üzerine etkili bulunmamıştır.
- ✓ Tek değişkenli analizlerde ilaç kullanmayanların egzersiz alt faktöründen aldıkları puanlar, ilaç kullananlara göre anlamlı olarak yüksek olup farklılık çok değişkenli analizde saptanmamıştır.

Araştırmanın sonuçlarına göre aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- ✓ SYBDÖ alt faktörleri içinde en düşük puanın egzersiz alt faktöründen alınmasından dolayı, bu konuda gerekli olan araç, gereç, saha gibi alt yapı eksikliklerinin giderilmesi ve ücretsiz sağlanması, teşvik için eğitimlerin yapılması ve grup aktivitelerinin planlanması gibi önlemler alınabilir.
- ✓ Aile hekimlerinin SYBDÖ alt faktörlerinden aldıkları puanlar sınıf öğretmenleri ve imamlara göre daha düşüktü. Bu durumun nedeninin araştırıldığı sadece aile hekimlerine yönelik çalışmalar yapıp, elde edilen sonuçlara göre gerekli uygulamalar yapılabilir. Örneğin aile hekimlerinin aylık geliri en yüksek olmasına rağmen beslenme puanının sınıf öğretmenlerine göre daha düşük olması bunun nedeninin maddi olanaksızlık olmadığını göstermektedir. Asıl neden tespit edilmelidir.
- ✓ İmamların bir ay içinde sigarayı bırakmayı isteme oranının daha yüksek olması bir fırsat olarak kabul edilip, imamlara sigarayı bırakma yöntemleri hakkında eğitim verilebilir. Sigara bırakma polikliniklerine yönlendirilebilir, sigaraya karşı düzenlenen projeler arttırılabilir, sosyal destek sistemleri tespit edilip harekete geçirilebilir.

- ✓ Araştırmaya katılanların %21,1'i obez ya da morbit obez idi. Bireylerin iş yerlerinde ve evlerinde yeme alışkanlıkları araştırılabilir. İş yerlerinde mutlaka diyetisyen tarafından düzenlenmiş öğünler yer almalıdır. Bireylerin güne iyi bir kahvaltıyla başlaması için kahvaltı saatleri düzenlenebilir. Doğru beslenme alışkanlıklarını kazandırmak için eğitimler planlanabilir. Fiziksel aktiviteyi desteklemek için yürüyüş alanları, çeşitli spor aletlerinin yer aldığı parklar gibi alt yapı hizmetleri arttırılabilir. Buralarda haftanın belirli günleri ücretsiz beden eğitimi dersleri verilebilir.

Sonuç olarak; rol modeli olan toplum liderlerinin, özellikle aile hekimlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları istenilen düzeyde değildir. Aile hekimleri ve sınıf öğretmenlerinin mesleki eğitim sürecinde sağlık davranışı konusunda edindikleri bilgileri davranışa dönüştürme çabalarına yoğunlaşılabilir. Ayrıca her üç meslek grubunun da olumlu sağlık davranışı konusundaki eksik bilgileri tespit edilip, eksiklikler eğitimlerle tamamlanarak kalıcı ve doğru sağlık davranışı oluşturulmaya çalışılabilir.

ÖZET

Isparta il merkezinde görev yapan aile hekimleri, sınıf öğretmenleri ve imamların; sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Isparta il merkezinde görev yapan 102 imamın ve 60 aile hekiminin tamamı, 506 sınıf öğretmenin 219'u araştırma kapsamına alınarak gözlem altında anket uygulandı. Araştırma kesitsel analitik tiptedir. Araştırmanın bağımlı değişkeni sınıf öğretmenleri, aile hekimleri ve imamların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıdır. Değerlendirmede Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II) kullanılmıştır. Bağımsız değişkenler yaş, cinsiyet, aylık gelir gibi sosyoekonomik değişkenler ile beden kütle indeksi (BKİ), kronik hastalık, sigara, alkol kullanımı gibi risk faktörleridir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, Ki-kare, Bağımsız Gruplarda t Testi, Mann Whitney U testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Kruskal Wallis ve çoklu regresyon analizi kullanıldı.

Grubun yaş ortalaması $42,9 \pm 6,6$, %75,3'ü erkek, %89,3'ü üniversite mezunu, %96,6'sı evliydi. BKİ ortalaması $27,0 \pm 3,7$, halen sigara içme %26,7, alkol kullanma %11,5, kronik hastalık varlığı %24,4'tü. SYBDÖ-II puan ortalaması $136,3 \pm 22,0$ 'dı. Her üç meslek grubunda en yüksek puan ortalaması kendini gerçekleştirme, en düşük puan ortalaması ise egzersiz alt faktörüne aitti. SYBDÖ toplam puanı ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi puanları aile hekimlerinde, sağlık sorumluluğu ve beslenme puanları erkeklerde anlamlı olarak daha düşüktü.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, her üç meslek için orta düzeyde olup, yetersizdir. Üniversite müfredatlarında sağlığı geliştirme dersleri yer almalıdır. Yetersizlikler saptanıp, davranış değişikliği yaratmayı hedefleyen hizmet içi eğitimler, kişilerarası iletişimi güçlendirmek amacıyla çeşitli aktiviteler düzenlenmelidir Egzersizin yaygınlaştırılması için planlamalar yapılmalı, işyerlerinde örnek menüler oluşturulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, aile hekimleri, sınıf öğretmenleri, imamlar.

ABSTRACT

This study was made to evaluate the healthy lifestyle behaviors of family physicians, class teachers and imams working in the center of Isparta.

All the 102 imams and 60 family physicians and 219 of 506 class teachers working in the center of Isparta were polled under the observation by being taken the scope of research. The research has the cross - sectional analytical type. The dependent variable of research are the healthy lifestyle behaviors of the class teachers, family doctors and the imams. Healthy Lifestyle Behaviors Questionnaire-II (HLBQ-II) was used in the evaluation. Independent variables are the risk factors like age, gender, socio-economic variables such as monthly income and body mass index (BMI), chronic disease, smoking, alcohol use. By evaluating the data, points, percentage, average, standard deviation, minimum and maximum values, chi-square, T test in independent groups, Mann-Whitney U test, one-way Analysis of Variance, Kruskal-Wallis and multiple regression analysis were used.

Age average of the group were $42,9 \pm 6,6$, 75.3% were male and 89,3% of university graduates, 96.6% percent were married. The average of BKI is 27.0 ± 3.7 , 26.7% were still smoking, 11.5% were using alcohol, 24.4% were being chronic disease. The average score of HLBQ-II was 136.3 ± 22.0 . In three occupational group, the highest average of score belonged to self-realization, the lowest average of score belonged to the exercise sub-factor. SYBDÖ total score and self-actualization, health responsibility, nutrition, interpersonal support and stress management scores were significantly lower for family physicians. Health responsibility and nutrition scores were significantly lower for men.

Healthy lifestyle behaviors are inadequate and mid- level for each of the three professions. There should be courses for developing health in university curricula. Deficiencies should be discovered and in- service training that aims to create a change in behaviour should do various activities to strenghten the interpersonal communications. Planning should be done to be promote exercise. In work places sample menus should be set up.

Key Words: Healthy lifestyle behaviors, family physicians, classroom teachers, imams.

KAYNAKLAR

1. Akça Ay, F. A., Ertem, Ü. T., Özcan, N. K. Ören, V. G. Işık, R. D. (2008). Temel Hemşirelik. İstanbul: Medikal Yayıncılık.
2. Akça S. Üniversite öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve bunu etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Prof. Ayla Bayık Temel), 1998.
3. Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Geliştirilmiş 2. Baskı, Ankara: Sistem Ofset, 2005. s. 1.
4. Akgül N. Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik- yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Sivas, (Yrd. Doç. Dr. Güngör GÜLER), 2008.
5. Aksakoğlu G. *Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri*. İzmir; D.E.Ü.Rektörlük Matbaası, 2001.
6. Aksoy T. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, Ankara, Doç. Dr. Hülya UÇAR, 2010.
7. Altıparmak S, Koca Kutlu A. 15-49 yaş grubu kadınlarda sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenler. *TAF Prev Med Bull* 2009; 8(5):421-426.
8. Araz A, Harlak H, Meşe G. Sağlık Davranışları ve Alternatif Tedavi Kullanımı. *Kor Hek* 2007; Cilt 6 (2): s. 112- 122
9. Ardahan M, Temel AB. Prostat kanserli hastalarda yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı ilişkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* (2006); 22 (2) : 1-14.
10. Ardıç A. Adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. M. Nihal Esin), 2008.
11. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005; 9(2): 26-34.
12. Bahar Özvarış Ş. Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. İçinde: *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Güler Ç, Akın L. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 2006: s. 1131-1153.

13. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *C.U.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 12 (1): s. 1-13.
14. Baltaş Z. *Sağlık Psikolojisi*. Cilt No.196, İstanbul: Remzi Kitabevi A.Ş, 2008. s. 18, 34, 57, 103-108.
15. Berçin T. Lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Ankara, (Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ), 2010.
16. Bilgili N. Ayaz S. Kadınların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull* 2009; 8(6):497-502.
17. Callahan DM. The relationship among health promoting self care behaviors, self efficacy, and self care agency. A unpublished dissertation. Widener University School of Nursing 2000.
18. Cancer Prevention Research Center (CPRC) 1991 Erişim tarihi: <http://www.uri.edu/-cprc/re-search/-measres> Erişim Tarihi: 2005.
19. Cihangiroğlu Z. Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Elazığ, (Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ), 2010.
20. Çan G, Çakırbay H, Topbaş M, Karkucak M, Çapkın E. Doğu Karadeniz Bölgesi'nde sigara içme prevalansı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2007; 55 (2): 141-147.
21. Çenesiz E, Atak N. Türkiye'de Sağlık İnanç Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; Cilt 6 (6): 427- 34.
22. Dinler A. Isparta ili otel işletmelerinde çalışanların iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri ile etkileyen etmenler. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, (Yrd. Doç. Dr. Yonca Sönmez), 2010.
23. Duffy M, Rossow R, Hernandez M. Correlates Of Health Promotion Activities in Employed Mexican American Women. *Nursing Research* 1996; 45(1): 18-24.
24. Edelman, C. L., Mandle, C.L. (2002). Health Promotion. Toronto: Mosby Company
25. Erdoğan Y. Sosyal öğrenme kuramı. Erişim Adresi: <http://biyoloji.egitim.yyu.edu.tr/ders/omk/sokse.pdf> Erişim Tarihi: 22.02.2011.
26. Erol S, Erdoğan S. Sağlık Davranışlarını Geliştirmek ve Değiştirmek için Transteoretik Modelin Kullanılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; Cilt 10 (2): 86- 94.

27. Esin N. Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, İstanbul, 1997.
28. Gochman, D.S. (1988). Neath Behavior Emerging Research Perspectives. New York: Plenum Pres.
29. Gök Uğur H. Kanser tarama merkezine başvuran kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erken tanı bilgi ve uygulamalarına etkisi. On Dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Samsun, (Yrd. Doç. Dr. İlknur AYDIN AVCI), 2009.
30. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Yayın No. 216, Ankara, Türkiye, *Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi*, 2006; 1131-53.
31. Haddad LG, Al-Ma'aitah RM, Cameron SJ, Armstrong-Stassen M. An Arabic language version of the Health Promotion Lifestyle Profile, *Public Health Nursing* 2001; 15 (2): p. 74-81.
32. Hayran O. Sağlık ve Hastalık Kavramları. İnternet Erişim adresi: <http://www.merih.net/m1/0mangmt.htm> Erişim Tarihi : 21 Mayıs 2007.
33. Karadeniz G, Yanikkerem Uçum E, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2008; Cilt 7 (6): s. 497- 502.
34. Karakoç A. Sınıf öğretmenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Yrd. Doç. Dr. Güngör GÜLER), 2006.
35. Kasperson, R.E., Renn, O., Slovic, P., Brown, H.S., Emel J., Goble,R., Kasperson,J.X., Ratick, S.,*The Social Maplification of Risk: a Conceptual Framevvork,Risk Analysi* , 1988; p.8, 177-187.
36. Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, Yorgancı E, Çınar B, Öz F ve Arkadaşları. Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2008; Cilt 7 (0): s. 1-6.
37. Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, Yorgancı E, Çınar B, Öz F ve Arkadaşları. Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2008; Cilt 7 (0): s. 1-6.

38. Kefeli B. Samsun il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Samsun, (Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY), 2010.
39. Kesgin C, Topuzoğlu A. Sağlık Tanımı; Başa Çıkma. *Journal of İstanbul Kültür University* 2006; Cilt 3: 47-49
40. Koçoğlu D. Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde sağlıkta eşitsizlikler. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Yrd. Doç. Dr Belgin AKIN), 2006.
41. Kutlu R, Marakoğlu K, Çivi S. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi hemşirelerinde sigara içme durumu ve etkileyen faktörler. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2005; 27 (1): 29-35.
42. Limnili G. Balçova bölgesi 15-17 yaş arası lise öğrencilerinde obezite sıklığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının obeziteyle ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir, (Yrd. Doç. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR), 2010.
43. Ocakçı, A. Sağlıkın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü. <http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.html>. Erişim tarihi: 08.01.2007.
44. Oyur Çelik G, Malak AT, Bektaş M, Yılmaz D, Sami Yümer A, Öztürk Z ve Arkadaşları. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Anatol J Clin Investig* 2009; Cilt 3(3): s. 164- 9.
45. Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş, 2004.
46. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Firat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008; Cilt 3 (7): s. 89- 105.
47. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Firat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008; Cilt 3 (7): s. 89- 105.
48. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* 1997; 12(1): p. 38-48.
49. Redding CA, Rossi SJ, Rossi RS, et al. (2000). Health behavior models in international electronic journal of health education. Special Issue: 180–93, Erişim Adresi: <http://www.iejhe.siu.edu>. Erişim tarihi: 20.02.2011.
50. Rosenstock, L., Cullen, M.r. *Textbook of Clinical Occupational and Environmental Medicine*. Philadelphia: W.b. Saunders Co., 1994.

51. Sağlık Bakanlığı. Erişim Adresi: www.saglik.gov.tr/raporlar/hastalikyuku.pdf Erişim Tarihi: 21.07.10
52. Solak Z.A. Sigara bırakma süreci. Erişim Adresi: http://168.144.121.167/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/10_kongre_kurs/sunum/z_solak_sigara_birakma_surece.pdf Erişim Tarihi: 13.12.2011.
53. Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. *Klinik ve Saha Araştırmalarında Örneklem Yöntemleri ve Örnek Büyüklüğü*. Ankara; Alp Ofset Matbaacılık Ltd. Şti, 2005.
54. Sürmeli CD. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniğinde Değerlendirilen Olgular. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Diyarbakır, (Yard. Doç. Dr. Levent Akyıldız), 2008.
55. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü. *Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Sağlık ve Sağlığın Korunması Modülleri*. Ankara, İlkay Ofset Matbaacılık, 2008; s. 14-22.
56. Tabak RS. Sağlık İletişimi. Cilt No. 32, İstanbul, Türkiye, *Nobel Matbaacılık Ltd. Şti*, 2006; 66- 86.
57. Tosun B. Gata Destek Kıtaları Komutanlığı'nda vatani görevini yapmakta olan erbaşların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Manisa, (Doç. Dr. Gülten KARADENİZ), 2008.
58. Turgut T, Deveci F, Altuntaş E, Muz M.H. Elazığ'da lise ve dengi okul öğretmenlerine uygulanan sigara anketi sonuçları. *Solunum* 2001; 3 (4): 295-299.
59. Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, et al. *Using the Transtheoretical Model For Population-based Approaches to Health Promotion and Disease Prevention*. Homeostasis in Health and Disease, 2000; 40: p. 74-195.
60. Velioğlu, P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul: Alaş Ofset, 1999.
61. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript. University of Nebraska Medical Center 1996.
62. Walker SN, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist KR. A Spanish language version of the health Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research* 1990; 39 (5): p.268-273.
63. Walker SN, Sechrist KR & Pender NJ. The Health Promoting Lifestyle Profile development and psychometric characteristics. *Nursing Research* 1987; 36(2): p. 76-80.
64. Yalçınkaya M, Gök Özer F, Yavuz Karamanoğlu A. Sağlık Çalışanlarında sağlıklı Yaşam Biçiminin Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6 (6): s. 409- 420.

65. Yalçinkaya M, Gök Özer F, Yavuz Karamanoğlu A. Sağlık Çalışanlarında sağlıklı Yaşam Biçiminin Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6 (6): s. 409- 420.
66. Yardım N, Gögen S, Mollahaliloğlu S. Sağlığın Geliştirilmesi: Türkiye ve Dünyada Mevcut Durum. *İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi dergisi* 2009; Cilt 72 (1): s. 29- 35.
67. Yıldırım N. Üniversite öğrencilerinin bazı sosyo-demografik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Sivas, (Yrd. Doç. Dr. Mine BEKAR), 2005.

EKLER

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu bilgi formu, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Yüksek Lisans Programı bitirme tezi olarak yürütülmekte olan ‘Isparta il merkezinde görev yapan toplum öncüsü bazı meslek üyelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi’ isimli araştırmanın uygulama kısmı ile ilgilidir. Araştırmadan elde edilen bilgiler bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Kişisel bilgiler gizli kalacaktır. Sorulara objektif ve samimi cevaplar vereceğinize inanıyorum. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Habibe ÖZÇELİK

1. Cinsiyetiniz: 1-) Kadın 2-) Erkek
2. Yaşınız:
3. Boyunuz:cm
4. Kilonuz:kg
5. Eğitim Durumunuz:
1-) Lise 2-) Üniversite 3-) Yüksek lisans/Doktora/Uzman 4-) Diğer
6. Mesleğiniz:
1-) Hekim 2-) Hemşire 3-) Ebe 4-) Sağlık Memuru 5-) Öğretmen 6-) İmam
7. Ortalama Aylık Geliriniz:TL
8. Meslekte Çalışma Yılıınız:
9. Haftalık Çalışma Saatiniz:
10. Doktor tarafından tanı konulmuş, uzun süreli (kronik) hastalığınız var mı?
1-) Var 2-) Yok (Cevabınız “ yok” ise 12. soruya geçiniz.)
11. Hastalığınızın adı nedir?
1-) Şeker 2-) Yüksek tansiyon 3-) Kolesterol 4-) Kalp Hastalığı
5-) Diğer (.....)
12. Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı?
1-) Evet 2-) Hayır (Cevabınız “ hayır” ise 14. soruya geçiniz.)
13. Günde kaç farklı ilaç kullanıyorsunuz?

14. Sigara kullanıyor musunuz?

1-) Evet 2-) Hayır, hiç içmedim 3-) Bıraktım

(Cevabınız “ hayır” ise 21. “bıraktım” ise 19. soruya geçiniz.)

15. Günde kaç tane sigara içiyorsunuz?tane

16. Kaç ay/yıldır sigara içiyorsunuz?ay.....yıl

17. Önümüzdeki 6 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?

1-) Evet 2-) Hayır (Cevabınız “ hayır” ise 21. soruya geçiniz.)

18. Önümüzdeki 1 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?

1-) Evet (Cevabınız “ evet” ise 21. soruya geçiniz.)

2-) Hayır (Cevabınız “ hayır” ise 21. soruya geçiniz.)

19. Sigarayı kaç ay/yıl önce bıraktınız?ay yıl

20. Sigarayı kaç ay/yıl içtiniz?ayyıl

21. Alkol kullanıyor musunuz?

1-) Evet 2-) Hayır (Cevabınız “hayır” ise 23. soruya geçiniz.)

22. Ne sıklıkta alkol kullanıyorsunuz?

1-) Sadece özel günlerde 2-) Yılda bir 3-) Ayda bir 4-) Haftada bir

23. Medeni durumunuz nedir?

1-) Evli 2-) Bekar 3-) Eşi ölmüş 4-) Ayrılmış

(Cevabınız “bekar, eşi ölmüş ya da ayrılmış” ise 26. soruya geçiniz.)

24. Eşinizin eğitim durumu nedir?

1-) İlköğretim 2-) Lise 3-) Üniversite 4-) Yüksek lisans/Doktora/Uzman 5-) Diğer

25. Eşinizi mesleği nedir?

26. Çocuğunuz var mı?

1-) Evet 2-) Hayır (Cevabınız “ hayır” ise 28. soruya geçiniz.)

27. Kaç çocuğunuz var?

1-) 1 2-) 2 3-) 3 4-) 4 ve üzeri

TEŞEKKÜRLER...

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 seçeneğe (*) işareti koyarak belirtiniz. Hiç bir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 puan olarak değerlendirilmektedir.

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

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

T.C.
ISPARTA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4.ISM-4-32-00-58/622-286
Konu : Tez Çalışması

06.04.11 008041

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ'NE
(Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü)

İlgi : 12.11.2010 tarih ve 1117 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden Enstitünüz Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Habibe ÖZÇELİK'in "Isparta İl Merkezinde Görev Yapan Toplum Öncüsü Bazı Meslek Üyelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi" konulu tez çalışması için Sağlık Müdürlüğü Çalışanları ile anket yapması istenmektedir.

Araştırmaya katılımların gönüllülük esasına ve hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, yapılacak çalışmanın sonucundan bir suretinin Müdürlüğümüze gönderilmesi ve Müdürlüğümüzün bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Dr. Mehmet KARAKAYA
Sağlık Müdürü V.



T.C.
ISPARTA VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : B.08.4.MEM.4.32.00.06-300/
Konu : Tez Çalışması.

10.12.2010-026327

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne)

İlgi:12.11.2010 tarih ve B.30.2.SDÜ.0.42.70.00.ÖZD/399-1118 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi Habibe ÖZÇELİK tarafından "Isparta İl Merkezinde Görev Yapan Toplum Öncüsü Bazı Meslek Üyelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi" ile ilgili Tez çalışmasını eğitim öğretimi aksatmamak kaydıyla, Isparta İl Merkezinde ekli listede isimleri yazılı olan okullarda görev yapan İlköğretim Okulu Sınıf Öğretmenlerine uygulamasının uygun görüldüğü ile ilgili Valilik Makamının 10.12.2010 tarih ve 026293 sayılı onayı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve anket sonucundan Müdürlüğümüze bilgi verilmesini rica ederim.


Tacettin YILMAZ
Vali a.
İl Milli Eğitim Müdürü

Eki :Valilik Onayı (1 Adet)



6 Mart Atatürk Cad.32300/ISPARTA
Tlf: 0 (246) 223 10 20 (5 Hat) Faks : 0 (246) 223 22 42
e-posta : ispartamem@meb.gov.tr internet adresi : <http://isparta.meb.gov.tr>

EĞİTİM REFORMU
Daha aydınlık
gelecek!

T.C.
ISPARTA VALİLİĞİ
İl Müftülüğü

Sayı : B.02.1.DİB.4.32.00.02/090-3021
Konu : Tez Çalışması

25/11/2010


SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü)

İlgi : 12/11/2010 tarihli ve B.30.2.SDÜ.0.42.72.00.ÖZD/397-1119 sayılı yazı

Enstitünüz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Habibe ÖZÇELİK'in "Isparta İl Merkezinde Görev Yapan Toplum Öncüsü Bazı Meslek Üyelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi" konulu tez çalışması için müftülüğümüzde görev yapan personel ile anket yapmasına gerekli iznin verilmesi ilgi yazı ile talep edilmektedir.

Adı geçen öğrencinizin söz konusu anketi yapmasında müftülüğümüzce bir sakınca bulunmamaktadır.

Bilgilerinizi rica ederim.


Mehmet Emin AVCI
Vali a.
İl Müftüsü

ASLININ AYNIDIR


Ali Rıza YEŞİLİRMAK
Enstitü Sekreter V.

Adres : İl Müftülüğü 32040
Telefon No: 0 (246) 218 14 12 -232 62 92
e-posta : ilspartamuf@ttnet.net.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat :MAKKAYA Pr.Ks.Şefi
Faks No: 0 246 223 21 58