

**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI
TOPLUM SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİMDALI**

**SİVAS İL MERKEZİ
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINDA
ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE
ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİLİK DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NURCAN AKGÜL

SİVAS – 2008

T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI
TOPLUM SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİMDALI

SİVAS İL MERKEZİ
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINDA
ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE
ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİLİK DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
NURCAN AKGÜL

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Güngör GÜLER

SİVAS - 2008

“Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu’nun 05.01.1984 tarih ve 84/1 No’lu kararı ile kabul edilen Tez Yazma Yönergesi’ne göre hazırlanmıştır”

TEŐEKKÜR

Araştırmanın y¼r¼t¼lmesinde katkılarında dolay¼ tez danışmanım ve değerli hocam **Yrd. Doç. Dr. G¼ng¼r G¼LER'e**, tezin istatistiğinin yapılmasında danışmanlık aldığım değerli hocam **Yrd. Doç. Dr. Ziyet ÇINAR'a**, Y¼ksek Lisans yapmamda maddi manevi en b¼y¼k desteği sağlayan değerli babam **Selahattin AKG¼L**, annem **Adeli AKG¼L**, ablam **G¼lcan AKG¼L** ve ailesine, tez d¼neminde desteğini esirgemeyen **Araştırma G¼revlisi Emine Selda IFI'** ye ve **SNF 99** grup ¼yelerine teőekk¼r ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Tablo Listesi	5
I. GİRİŞ	
I. 1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	9
I. 2. Araştırmanın Amacı.....	13
II. GENEL BİLGİLER	
II. 1. Sağlığı Koruma ve Geliştirme	14
II. 1. 1. Sağlığı Koruma	17
II. 1. 2. Sağlığı Geliştirme	19
II.1. 2. 1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli	22
II.1. 2. 2. Sağlığı Geliştirmede Bilişsel Algılama Faktörleri.....	25
II.1. 2. 3. Sağlığı Geliştirmeyi Etkileyen Faktörler.....	28
II. 2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	30
II. 2. 1. 1. Kendini Gerçekleştirme	32
II. 2. 1. 2. Sağlık Sorumluluğu	34
II. 2. 1. 3. Egzersiz ve Fiziksel Aktivite	35
II. 2. 1. 4. Beslenme	37
II. 2. 1. 5. Kişilerarası Destek	38
II. 2. 1. 6. Stres Yönetimi	39
II. 3. Davranış Değişimi Süreci ve Öz-Etkililik-Yeterlilik Kavramı	42
II. 4. Sağlıklı Yaşam ve Hemşirelik.....	46
III. YÖNTEM	
III. 1. Araştırmanın Tipi	50
III. 2. Araştırmanın Yeri	50
III.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	50
III.4. Veri Toplama Araçları	51

III. 4. 1. Kişisel Bilgi Formu	51
III. 4. 2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeği	51
III. 4. 3. Öz- Etkililik- Yeterlilik (ÖEY) Ölçeği	53
III. 5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	54
III. 6. Verilerin Değerlendirilmesi	54
III. 7. Araştırmanın Süresi	55
IV. BULGULAR	56
V. TARTIŞMA	
V.1. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	90
V.2. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeyleri	99
5.3. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin SYBD Ölçeği ve ÖEY Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	105
VI. SONUÇLAR	107
VII. ÖNERİLER	113
VIII. ÖZET	115
IX. ABSTRACT	117
X. KAYNAKLAR	119
XI. EKLER	135
EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU	136
EK 2 SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ	138
EK 3 ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ	141
EK 4 BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMLARININ LİSTESİ	143
EK 5 İZİN BELGESİ	144

TABLolarIN LİSTESİ

- Tablo 1.** Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelini Tanımlayıcı Bazı Özellikler.....56
- Tablo 2.** Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu, Sahip Oldukları Kronik Hastalıklar ve Sürekli İlaç Kullanma Durumu58
- Tablo 3.** Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....59
- Tablo 4.** Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Yaş Gruplarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....60
- Tablo 5.** Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Cinsiyetine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....61
- Tablo 6.** Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Medeni Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....62
- Tablo 7.** Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Aile Tipine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....63
- Tablo 8.** Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....64

Tablo 9. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Çocuk Sayısına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	65
Tablo 10. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Mesleğine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	66
Tablo 11. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Mezun Olduğu Okula Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	68
Tablo 12. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Çalışma Yılına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	70
Tablo 13. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Ekonomik Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	72
Tablo 14. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Kronik Hastalık Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	73
Tablo 15. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin ÖEY Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	74
Tablo 16. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Yaş Gruplarına Göre ÖEY Ölçek ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	75

- Tablo 17.** Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Cinsiyetine Göre ÖEY Ölçek ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....76
- Tablo 18.** Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Medeni Durumuna Göre ÖEY Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....77
- Tablo 19.** Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Aile Tipine Göre ÖEY Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....78
- Tablo 20.** Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre ÖEY Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....79
- Tablo 21.** Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Çocuk Sayısına Göre ÖEY Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....80
- Tablo 22.** Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Mesleğine Göre ÖEY Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....81
- Tablo 23.** Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Mezun Olduğu Okula Göre ÖEY Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....82
- Tablo 24.** Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Çalışma Yılına Göre ÖEY Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....83

Tablo 25. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Ekonomik Durumuna Göre ÖEY Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	85
Tablo 26. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Kronik Hastalık Durumuna Göre ÖEY Ölçek ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	86
Tablo 27. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin SYBD Ölçeği ve ÖEY Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki Katsayılarının İncelenmesi.....	87

I.GİRİŞ

I.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Günümüzde, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en fazla ölüme yol açan hastalıkların çoğunlukla önlenemez nedenlerden kaynaklandığı ve birçoğunun temelinde yaşam biçimi ile ilgili faktörlerin yer aldığı görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün verilerine göre, gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin % 70-80'inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin % 40-50'sinin nedeni yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır (Dickey ve Janick 2001; www.tkd-online.org). Örneğin, Dünya genelinde her yıl 4.9 milyon kişi tütün kullanmaya bağlı, 2.6 milyon kişi fazla kilolu ya da obez olma nedeniyle, 4.4 milyon kişi kolesterol yüksekliği, 7.1 milyon kişi kan basıncı yüksekliği, 12 milyon kişi ise kalp krizi ve felç nedeniyle hayatını kaybetmektedir (www.who.int/chronicdiseasereport; www.who.int/dietphysicalactivity).

Ülkemizde de ölüm nedenleri incelendiğinde, yaşam biçimi ile ilişkili faktörlerin ölümlerin temelinde yer aldığı görülmektedir. Ulusal Hastalık Yüku ve Maliyet Etkililik Projesi verilerine göre, Türkiye genelinde her iki cinste de en önemli ölüm nedenlerinin sıra ile iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar ve KOAH olduğu belirtilmektedir (www.saglik.gov.tr/raporlar/hastalikyuku.pdf).

Yaşam biçimi, sonuçlarını düşünmeksizin yapılan rutin hareketlerdir. Bireylerin yaptığı pozitif veya negatif olabilen uygulama veya davranışlardır. Başka bir tanımlamaya göre ise, yaşam biçimi bireylerin üzerinde kontrol sahibi olduğu kişisel kararların toplamıdır. Sağlıklı yaşam biçimi ise, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (Pender ve ark. 1992).

Sağlığın geliştirilmesi insanların kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırabilme ve sağlık düzeylerini yükseltebilme sürecidir (Özkütük ve Orgun 2004). Sağlığın geliştirilmesi için yaşam biçimini değiştirmek ve sağlıklı bir yaşam biçimini benimsemek gerekir. Sağlığı geliştirmek için benimsenmesi gereken yaşam biçimi davranışları ise, egzersiz, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi olarak gruplandırılmaktadır (Ahijevycyh ve Bernard 1994; Lee ve Loke 2005; Maurer ve Smith 2000).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bireyler üzerinde sayısız yararı vardır. Sağlıklı bir yaşam biçimini benimseyerek bireyler daha sağlıklı beslenmekte, entelektüel kapasiteleri artmakta, kalp-damar hastalıklarından korunmakta, bağışıklık düzeyini arttırmakta, normal beden ağırlığını korumakta ve stresle uygun bir şekilde baş edebilmektedir. Bütün bunların sonucunda ise bireyler kendini daha iyi hissetmekte ve daha pozitif bir bakış açısı kazanmakta, etkin çalışmakta ve hareket etmekte, daha uzun ve daha kaliteli bir yaşam sürmektedir (Baygören 1998; Edelman ve Mandle 2002; Gordon ve ark 2002; Orgun ve ark. 2001; Özdiñç 2003; Matossorin ve Black 1997; Yalın ve ark 2001).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen birçok faktör vardır. Bunlar arasında demografik özellikler, sosyo-ekonomik durum, davranışsal, durumsal faktörler, biyolojik özellikler ve kişilerarası etkileşim sayılabilir (Battorf ve Johnson 1996; Maurer ve Smith 2000). Yapılan çalışmalarda sosyo-ekonomik durum ve onun bileşenleri olan eğitim, gelir ve mesleki durumun (Battorf ve Johnson 1996; Spellbring 1991), ileri yaş ve evli olmanın (Sayan ve Erci 2001; Volden ve ark. 1990), aile, arkadaş, sağlık görevlileri ve akrabalarla iyi etkileşimin (Battorf ve Johnson 1996; Esin 1997; Palank 1991) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanmasında ve sürdürülmesinde olumlu etki yaptığı bulunmuştur. Pender ve ark. (1992) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler arasında bireylerin fiziksel ve psikolojik özellikleri, motivasyon ve çevresel özellikleri tutumsal özellikleri, sağlık durumları ve bireysel nedenleri

sıralamışlardır. Bireysel nedenler içinde yer alan öz-etkililik yeterlilik algısı sağlığı geliştiren davranışlar üzerinde önemli bir belirleyicidir.

Öz- etkililik-yeterlilik algısı “bireyin belli bir eylemi başarıyla yapma veya olayları kontrol edebilme algısı veya yargısı” ya da “bireyin belirli bir performans düzeyini başarma kapasitesine ilişkin yargısı” şeklinde tanımlanmaktadır. Öz-etkililik-yeterlilik algısı olumlu sağlık davranışlarını başlatmada ve sürdürmede büyük rol oynamaktadır. Öz etkililik yeterlilik algısına sahip olan bireyler, daha zorlu işlere girmek ve devam ettirmek eğilimindedirler. Öz-etkililik-yeterlilik algısı yüksek olan kişiler, öz-etkililik-yeterlilik algısı düşük olan kişilere göre yeni bir davranışı öğrenmek ve sürdürmek için daha çok çaba harcarlar. Öz-etkililik-yeterlilik algısı sağlıklı yaşam biçimini etkileyen önemli bilişsel algılama faktörlerindedir (Aksayan ve Gözüm 1998; Pender ve ark. 1992; Yiğitbaş ve Yetkin 2003).

Öz-etkililik-yeterlilik düzeyi ile ilgili yapılan çalışmalarda, bireylerin kendilerini olumlu algılamaları, sağlık davranışları ile öz-etkililik düzeyi arasında olumlu yönde ilişki bulunmuştur (Aksayan ve Gözüm 1998; Keskin ve Orgun 2006; Yiğitbaş ve Yetkin 2003). Andrew’in (1998) hemşirelik öğrencilerinin öz etkililik düzeyi ile derslerdeki başarıları arasında, Chacko ve Huba’ın (1991) öz-etkililik ile hemşirelik öğrencilerinin akademik performansı arasında yaptığı araştırmada pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Gözüm’ün (1999) sınıf öğretmenleri arasında yaptığı çalışmada öz-etkililik-yeterlilik düzeyi ile stresle başa çıkma algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yine Altay ve Gürkan’ın (2005) hemodiyaliz hastalarında görülen komplikasyonlar ile öz-etkililik-yeterlilik düzeyi ilişkisi konusunda yaptığı araştırmada ise, hastaların öz-etkililik-yeterlilik puan ortalamaları ile egzersiz yapma, diyetle dikkat etme, uyku sorunu olmama, sigara ve alkol kullanmama durumları arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.

Öz-etkililik-yeterlilik algısı subjektif bir kavramdır. Yani bireysel algılama olduğu için etkilenebilir ve değiştirilebilir özelliği vardır. Bu nedenle hemşireliği yakından ilgilendiren bir kavramdır. Hemşireler yapacakları girişimlerle bireylerin öz-etkililik-yeterlilik düzeylerini artırabilirler.

Günümüzde hastalığın tedavisinden çok sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinin önem kazanmasına paralel olarak birinci basamak sağlık personelinin rolü de değişmiş ve gelişmiştir. Gelişmiş ülkelerde sağlığın geliştirilmesi ile ilgili politikaların oluşturulması ve uygulanmasında Halk Sağlığı Hemşireleri önemli bir rol oynarken, ülkemizde, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitiminden özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeli sorumlu tutulmuştur (Dirican ve Bilgel 1993; Fişek 1985). Dünya Sağlık Örgütü hemşirenin, sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesini sağlayacak işlevler geliştirmesi ve uygulaması gerektiğini belirtmiştir (WHO 1993).

Ülkemizde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin, sağlığı geliştirme ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda toplumun bilgilendirilmesi, topluma danışmanlık yapılması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının topluma kazandırılmasında önemli sorumlulukları vardır (Güneş ve ark. 2006). Bunların yanı sıra sağlık personelinin topluma rol modeli olma gibi önemli bir sorumluluğu da vardır. Bu nedenle sağlık personelinin topluma hizmet sunarken inandırıcı olabilmesi için önce kendisinin sağlıklı yaşam biçimini benimsemiş olması gerekir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda ülkemizde birinci basamak sağlık personeli de dahil olmak üzere çeşitli gruplar arasında birçok araştırma yapılmıştır (Ayaz ve ark. 2005; Erci ve ark. 2001; Geçkil ve ark. 2004; Karakoç 2006; Özbaşaran ve ark. 2004; Pasinlioğlu ve Gözüm 1998; Sayan ve Erci 2001; Sayan ve ark. 2001; Sevil ve ark. 2004; Tortumluoğlu ve Erci 2004; Yıldırım 2005; Zaybak ve Fadıllıoğlu 2004). Ancak, birinci basamak sağlık kurumlarında

alışan sağlık personelinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında önemli bir belirleyici olan, öz-etkililik-yeterlilik düzeyinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi konusunda herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu araştırma ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve öz-etkililik-yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi planlanmıştır. Araştırma sonucunda ise, öz-etkililik yeterlilik düzeyi düşük olan sağlık personelinde öz-etkililik düzeyinin ve bu yolla da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi yönünde yapılacak planlamalara yol gösterilebileceği düşünülmektedir.

I.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, Sivas İli Belediye sınırları içerisindeki birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik-yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

II. GENEL BİLGİLER

II. 1. SAĞLIĞI KORUMA VE GELİŞTİRME

Sağlık, insanın doğumundan ölümüne kadar olan yaşam sürecinde en çok üzerinde durulan, kişinin potansiyelini gerçekleştirdiği fiziksel, mental ve sosyal fonksiyonlarını yerine getirme durumudur (Palank, 1991). Sağlık kavramı, birçok düzeyi içerir. Yaşam çizgisinde optimal sağlıktan, yetersizlik ya da ölüme kadar uzanan dereceler vardır. Bu dereceler arasındaki önemli fark, sağlığın her zaman devamlılık taşımasıdır (Öz F 2004; Velioğlu 1999).

Sağlığın tanımı “hastalık ya da sakatlığın olmayışı” ifadesiyle başlamış ve günümüze kadar birçok tanımı yapılmıştır. Bunlardan bazıları şöyledir; DSÖ (1974) sağlığı, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali (Erdoğan ve ark. 1994); ANA (1980) bireyin gelişimsel ve davranışsal potansiyelinin mümkün olan en üst noktada olmasına yönelik dinamik bir iyi olma durumu (Velioğlu 1999); Florence Nightingale, kişinin kullanması gereken gücü kullanma yeteneği (Erdoğan ve ark. 1994); Orem, vücut ve zihin fonksiyonlarının sağlamlığı ve bütünlüğünü niteleyen bir durum olarak tanımlamış (Baltaş 2000), Pender ve ark. (1992) ise sağlığın kendini gerçekleştirme ve başkalarıyla ilişkilerde memnuniyet yoluyla potansiyel kazanma yönüne dikkat çekmiştir.

Kişinin iyi olma durumunun nasıl ölçüleceği günümüzde hala tartışılmakla birlikte, bireyin egzersiz ve aktivitelerden aldığı doyum, yeterli ve dengeli beslenme, kişilerarası olumlu ilişkiler kurması, stresle olumlu başetmesi, belirli bir yaşam amacının olması “iyilik hali” olarak kabul edilmektedir (Beckmann 1989; Erdoğan ve ark. 1994). Edelman ve Mandle’a (2002) göre Dunn, bireyin yüksek düzeyde iyilik haline ulaşabilmesi için özgür olması ve yaratıcı gücünü kullanabilmesinin gerekliliğini vurgulamaktadır. Benzer şekilde Maslow, fizyolojik ihtiyaçların bir hiyerarşi doğrultusunda karşılanması ile ideal sağlığa kavuşmanın mümkün olacağını savunmaktadır (Birol 2004).

İyilik halinin tam anlamıyla anlaşılabilmesi için sağlık kavramı subjektif ve objektif olarak ikiye ayrılarak incelenebilir (Biol 2004).

1- Subjektif sağlık, bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden kendini durumunu algılaması halidir. Bu bakış açısına göre birey, hasta olmadığı halde kendini hasta ya da hasta olduğu halde kendini sağlıklı algılayabilir. Bu nedenle bireyin subjektif sağlık algılayışının bilinmesi gereklidir.

2- Objektif sağlık algılayışı ise; doktor muayenesi ve tanı testleri ile belirlenen hastalıkların olmamasıdır. Bu tanımlara göre bir bireye sağlıklı diyebilmek için, hem birey kendini subjektif olarak sağlıklı algılaması hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı olması gereklidir (Biol 2004).

Hastalıkları önleyen ve sağlığı geliştiren faaliyetler son yıllarda, farklı sağlık sınırları olan negatif, nötral ve pozitif sağlık kavramlarıyla açıklanmaktadır. Negatif sağlık; tedavi ve rehabilitasyon gerektiren sağlık durumunu, nötral sağlık ise; herhangi bir hastalık durumu olmaksızın, dengeli bir sağlık kavramını ifade eder. Çünkü sağlığı sürdürmede ve hastalıkları önlemede amaç, nötral sağlık durumunu korumaktır. Pozitif sağlık ise; sağlığın geliştirilmesi, iyilik düzeyinin artırılması ile ilgilidir. Dengeli bir sağlık durumundan sonra ulaşılan yaşam kalitesini ve potansiyel sağlığı geliştiren sağlık davranışlarını ifade eder. Bu tanımlara göre sağlığın, birçok boyutları olan dinamik ve pozitif bir kavram olduğu söylenebilir.

Fiziksel, mental, sosyal ve spiritual olarak sağlığın bazı bileşenleri vardır. Bu bileşenlerden fiziksel sağlık; vücudun mekanik fonksiyonları ile ilgilidir. Yani fizik muayene ve tanı işlemleri ile saptanabilen hastalık ya da anormal bulguların olmamasıdır. Mental sağlık; açık ve tutarlı bir şekilde düşünebilmeyi ifade ederken, duygusal sağlık; duygularını tanıyabilme ve uygun bir şekilde ifade edebilme yeteneği, bireyin kendisiyle ve çevresiyle sürekli bir denge ve uyum içinde olmasıdır. Sağlığın bileşenlerinden biri olan sosyal sağlık; diğer insanlarla

etkileşim ve iletişimde bulunma, sürdürme yeteneğini ifade eder. Bireyin diğer insanlarla olan iletişimi, sevilme, ait olma, iş durumu, aile içi ve çalışma arkadaşları ile ilişkileri, dernekler, tiyatro, sinema gibi yaşamını ve gelişimini etkileyen sosyal uğraşlarının olması sosyal sağlığı belirleyen en önemli faktörlerdir. Spiritüel (manevi) sağlık ise: bir kişinin yaşamının anlamını, ölümün kabulünü ve daha yüksek bir güçle bireysel bir ilişkiyi vurgular ve sağlık bakımında kişinin sürekliliğini tehlikeye sokan fiziksel ve duygusal tehditler olduğunda bireyi destekler ve rahatlatır (Spradley 1990; Swanson ve Albrecht 1993).

Sağlığı daha iyi anlamak için sağlığın tanımını yansıtan, sağlığın boyutlarını incelemek gerekir. Smith, sağlığı, boyutları ile ele alan dört farklı modelde incelemiştir. Bunlar ise şöyle özetlenebilir:

1. Klinik modele göre sağlık, hastalıkların olmayışı olarak görülür. Bireyin hasta olmaması, fonksiyon bozukluğunun olmayışı olarak tanımlanır.
2. Rol performansı; bireyin kendisinden beklenene rolleri ne kadar yerine getirebileceğine bakılır (annelik, babalık, öğretmenlik, hemşirelik gibi). Sağlık kişilerin fiziksel, psikolojik ve sosyolojik fonksiyonlarının kalitesi olarak tanımlanmaktadır.
3. Adapte olma- uyum sağlama; burada bireyin değişen çevre ve doğa koşullarına ne kadar uyum sağlayabildiğine bakılır. Organizma kendi fiziksel ve sosyal çevresi ile etkili ve uyumlu bir şekilde olduğunda sağlıklı olma durumu gerçekleşir. Bu görüşe göre hastalık, organizmanın çevre değişikliklerinin üstesinden gelemediği ya da bu değişikliklere adapte olamadığı durumlarda meydana çıkar.

4. Sağlığı mutluluk ve coşku ile eş anlamda tutma; insanın coşku dolu olması, gününü mutlu kılmasıdır. Optimal sağlık, psikoloji ve çevre şartlarına bağlıdır. Sakatlığı olan bir kiőı mutlu olabilir, maksimum kapasite ile fonksiyon görebilir ve bunun tersi olarak sağlıklı bir kiőı kendisini mutsuz hissedebilir ve kendisinin sahip olduğu potansiyelden daha düşük seviyede fonksiyon görebilir.

Smith'e göre bu dört boyutunda birbiri ile ilişkisi vardır ve her biri hemşirelik bakımını, sağlık stratejilerini ve toplum sağlığı politikalarını belirlemede önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle, bireylerin sağlığı üzerinde primer sorumluluğu olan sağlık personeli, sağlık bakım sisteminin kalitesini arttırmak için hastalığı tedavi etmekten çok sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirmeye odaklanmalıdır (Edelman ve Mandle 2002; Maurer ve Smith 1995).

II. 1. 1. SAğLIğI KORUMA

“Sağlık 21” hedefleri içerisinde 2015 yılına kadar, toplumdaki insanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeleri gerekliliği vurgulanmaktadır (Aycan ve ark. 2000). Bu doğrultuda günümüzde hastalıkların tedavisinden çok, sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çabası ön plana çıkmıştır. Sağlığın geliştirilmesi kavramı, bireyin kendi sağlığına ait değişen ve gelişen rolleri üzerinde önem kazanmıőtır (Sayan ve Erci 2001). Adı geğen bu kavramlardan sağlığı koruma, sağlık durumunu bozan davranışı yapmama ya da sakınmayı ifade eder. (Palank 1991; Spellbring 1991). Kişilerin kendi sağlıklarını korumak için geręekleőtirdikleri uygulamaları içeren sağlığı koruma davranışı, hastalık ve yaralanma ile karőılaőma olasılığını azaltarak, sağlık risklerinin görölme sıklılığını en aza indirmektedir. Sigara-alkol kullanmama, kendi kendine meme muayenesi, bağışıklama gibi uygulamalar sağlığı koruyucu davranışlara örnek verilebilir (Kerr ve ark. 1990; Erdoğan ve ark. 1994).

Sağlığı koruma kavramı, 1953 yılında Leavell ve Clark tarafından tanımlanmış ve 1960 yılında Gerald Coplan tarafından sağlığı korumada primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere üç düzey belirlenmiştir. Bunlar kısaca şöyle açıklanabilir.

Birincil (Primer) Koruma:

Sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu önlemlerini kapsar. Sağlık problemleri veya hastalıklar meydana gelmeden önce önleyen, yalnızca sağlığı koruyan ve yükselten davranış ve uygulamalarla ilgili aktivitelerdir. Bireylerin, ailelerin, toplumun ve toplum gruplarının hastalık riskini azaltıcı davranış geliştirme, sağlıklı yaşam biçimi geliştirme ve koruyucu hizmetlerden yararlanmaya yönelik aktiviteleri içerir. Sağlığı geliştirme uygulamaları olarak, gelişim dönemlerine uygun sağlıklı beslenme, uygun barınma, eğlence ve uygun çalışma koşulları sağlama, evlilik danışmanlığı ve cinsel eğitim, egzersiz yapma, stres yönetimi ve kendi sağlığından sorumlu olma, sağlık eğitimi planlamaları sayılabilir. Spesifik koruma önlemleri olarak ise, bağışıklama, kişisel hijyene özen gösterme, çevre sanitasyonu, işe ait tehlikelere karşı korunma, kazalardan ve karsinojenlerden korunma, allerjenlerden korunma yer almaktadır. Pender (1987) sağlığı geliştirme ve sağlığı koruma davranışlarını ikiye ayırmıştır. Daha önce de açıklandığı gibi sağlığı koruma bireyin hasta olma olasılığını azaltan davranışı ifade eder. Oysaki sağlığı geliştirme ya birey ya da grupların iyilik seviyesini artıran davranışları ifade eder. Sağlığı koruma ve sağlığı geliştirme tamamlayıcı kavramlar olmalarına rağmen, sağlığı geliştirme hem bireyleri hem de grupları içine alan daha geniş bir kavramdır (Stanhope ve Lancaster 2000).

İkincil (Sekonder) Koruma:

Hastalık veya durumun prevalansını azaltmak için odaklanmaktadır. Erken tanı ile hastalığın patolojik sürece gitmesini engelleyecek aktiviteleri ve hastalık oluşmuşsa ileri koruma ile bireyin fonksiyonlarının yeniden kazandırılmasını

içermektedir. Hastalıkların erken dönemde tanısı için toplum taramaları yapmak gerekmektedir. Tarama çalışmaları sayesinde vaka bulma, önemli bir ikincil önleme yöntemidir.

Üçüncül (Tersiyer) Koruma:

Herhangi bir hastalığın gelişmesini durdurmak değil, hastalık sonucu bireyde oluşan anatomik ve fizyolojik değişikliklerle ortaya çıkan sakatlığın, onun yaşamındaki olumsuz etkilerini en düşük düzeyde tutmak önceliklidir. Üçüncül koruma bireyin bedensel sakatlığının olumsuz etkilerini gidermenin (medikal rehabilitasyon) yanı sıra sosyal uyumunu sağlayacak değişik önlemleri de (sosyal rehabilitasyon) kapsamaktadır (Bertan 1995; Edelman ve Mandle 2002; Öztekin 2001).

II. 1. 2. SAĞLIĞI GELİŞTİRME

Sağlığı geliştirme, bireylerin farkındalığını güçlendirerek, tutumlarını etkiler ve alternatiflerini belirler. Böylece kişilerin, optimal fiziksel ve mental sağlık düzeyine ulaşmalarını, fiziksel ve sosyal çevrelerini düzeltmeleri için bilinçli seçimler yapmaları ve bu süreç içerisinde davranışlarını değiştirmelerini sağlar. Optimal sağlık durumuna doğru harekete geçmek için insanların yaşam biçimlerini değiştirmelerine yardım etme bilim ve sanattır (Edelman ve Mandle 2002). Sağlığın geliştirilmesi, bireyin kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü artırma gücünü kazanması olarak tanımlanmıştır. Hastalıklardan korunmada, erken tanıda bulunmada ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların kullanılması temeldir (Ocakçı 2007; Owens 2006).

Sağlığı geliştirme alanı 1970 ve 1980'lerde gelişen iyilik ideolojisi ve uygulamasının ortaya çıkışı ile gelişmiştir. İlk olarak Kanada'da Lalonde Raporunun yayınlanması ile ve Birleşik Devletlerde Cerrah Generalin "Sağlıklı İnsanlar" raporunda ifade edildiği bulunmuştur. Bu dokümanların her ikisi de

sağlığı etkileyen çevresel faktörleri tartışmıştır. Lalonde Raporu 4 alanda öneride bulunmuştur. Bunlar insan biyolojisi, çevre, yaşam stili, ve sağlık bakım organizasyonudur. Cerrah Generalin Raporunda “bizler kendi kendimizi öldürüyoruz, bunu sadece kendimizin dikkatsiz alışkanlıklarımız ile değil aynı zamanda çevreyi kirleterek ve zararlı sosyal koşulların ortaya çıkışına izin vererek yapıyoruz” şeklinde ifade edilmiştir. İlk olarak toksik ajan kontrolü ve mesleki sağlık ve güvenlik gibi çevresel sorunlara yönelmeye dikkat edilmiştir (Edelman ve Mandle 2002; Gordon ve ark. 2002).

Sağlığı geliştirme kavramı, 12 Eylül 1978 yılında Alma Ata’da yapılan “Birincil Sağlık Bakımı” konulu konferansta da ele alınmıştır. Avrupa ülkeleri, Alma Ata ilkeleri doğrultusunda 2000 yılında “Herkes İçin Sağlık” ilkelerini başarmada bölgesel sağlık stratejisi geliştirmek için, ülkelerin sağlığı geliştirmesi konusunda temel değişikliklerini yapmalarında başlıca dört gelişim alanı saptamışlardır. Bu alanlar:

1. Yaşam biçimi ve sağlık,
2. Sağlığı ve çevreyi etkileyen risk faktörleri,
3. Sağlık bakım sisteminin kendini yeniden yapılandırması,
4. Bu üç alandaki değişiklikleri gerçekleştirmek için siyasal, yönetsel, teknolojik, insan gücü ve araştırma teknikleri sağlamaktır (Öztek 2001).

Sağlığı geliştirilme kavramı, genel sağlığı yükselten davranışlar ile hastalık ve yetersizliğin önlenmesine ilişkin, fiziksel ve duygusal açıdan iyilik halini sağlayıcı önlemleri kapsamaktadır (Spradley 1990; Spellbring 1991). Bireylerin, fiziksel ve ruhsal yönden en üst sağlık düzeyine ve sosyal çevreye erişebilmeleri için, davranışları değiştirmeyi sağlayan yolları ve değişim sürecini etkileyen faktörleri tanımlayan bir süreçtir. Sağlığı geliştirmenin amacı, olumlu davranışların kazandırılması ve sürdürülmesini sağlamaktır (Ahijevycyh ve Bernhard 1994; Erdoğan ve ark. 1994; Spellbring 1991).

Pender 1987 yılında sağlığı geliştirmeyi, “doğrudan iyilik dűzeyini arttırma, birey, aile, ve toplumun sağlık potansiyelini űst dűzeye çıkarma aktiviteleri” olarak tanımlamıştır. Sağlığı geliştirilmesindeki anahtar rolű, bu gelişmeyi sağlayan davranışlar almaktadır. Son yıllarda yaşam biçimi ve bunun ۆnemi fark edilmiş, sağlık ile ilgili davranışların değiştirilmesi ve iyilik hali için sağlık davranışları teknikleri, profesyonel olarak bakım verenlerin yoğun ilgi alanına girmiştir (Palank 1991). Sağlığı geliştirme, sağlıklı yaşam şekline uyum ve devamı için, bilgi ve yetenek sağlayarak bunlara bireyleri yۆnlendirme, sağlıklı sportif bir yaşam çevresi geliştirmeyi içerir. Sağlığı geliştirme, bilgi, beceri kazandırma, hizmet sunma, pozitif yaşam biçimi değişikliklerini gereksinim olarak gۆrme/algılama ve sűrdürmede destekleme yoluyla, bireylerin ve toplumların sağlık ve iyiliğini geliştiren programlar olarak dűřűnűlmektedir. Sağlığı geliştiren programlar bireylerin veya toplumun onlara ihtiyaç duydukları bilgi, beceri, hizmet ve desteği sağlayarak iyiliklerini ve sağlıklarını geliştirmek için dűzenlenen programlardır. Sağlığı geliştiren programlar şunları içermektedir:

1. ۆz sorumluluk
2. Besin alımıyla ilgili dűzenlemeler,
3. Fiziksel dayanıklılık ve esneklik,
4. Kendi çevresini kontrol etme,
5. Entelektűel kapasite,
6. Stres yۆnetimi (Pender ve ark.1992).

“Herkes için Sađlık” eyleminin bir parçası olarak, 1986 yılında Kanada'nın Ottawa řehrinde “1.Uluslararası Sađlıđın Geliřtirilmesi” konferansı dűzenlenmiřtir. Bu konferansta sađlıđın geliřtirilmesi, “Halkın kendi sađlıđını geliřtirme ve kendi sađlıđı űzerindeki kontrolűnű arttırma gűcűnű kazanma sűreci” olarak tanımlanmıřtır. Ayrıca sađlıđın geliřtirilmesi ve yűkseltilmesi için hemřirelerin etkili olabileceđi birbirini kapsayan beř yaklařım belirlenmiřtir:

1. Toplum faaliyetlerinin gűlendirilmesi,
2. Sağlığı geliştirmede aracı olma,

3. Kişisel becerilerin geliştirilmesi,
4. Destekleyici çevre yaratılması,
5. Sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesidir (Maurer ve Smith 2000).

II.1. 2. 1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

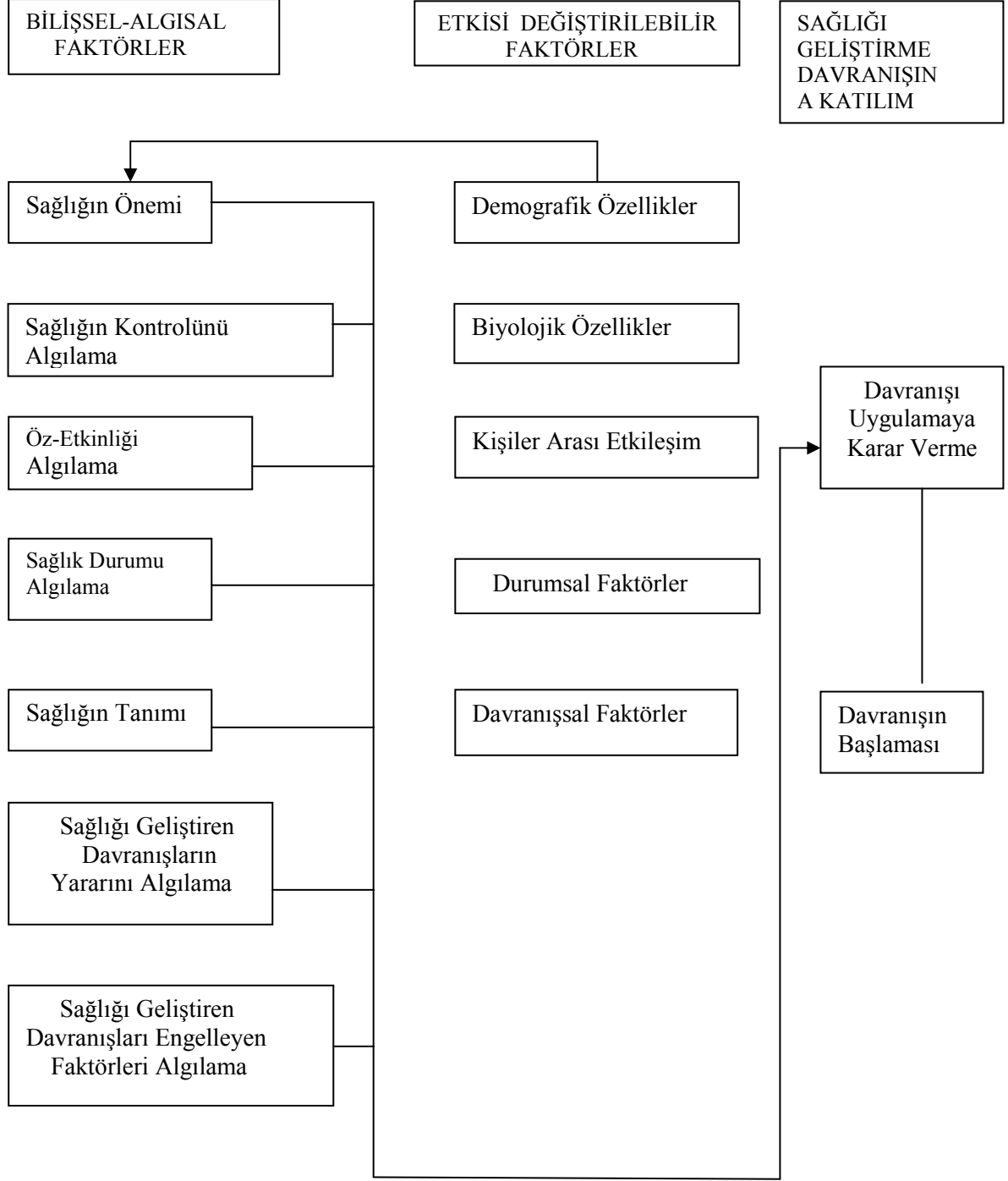
Davranışın düzeninde bilişsel süreçlerin önemini vurgulayan Albert Bandura'nın sosyal öğrenme kuramından temel alınarak geliştirilen Sağlığı Geliştirme Modeli, sağlığı geliştiren unsurları ve tahmin edilen nedensel mekanizmaları açıklamaktadır. Pender tarafından geliştirilen bu modelde, bireyin sağlık davranışı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan faktörler tanımlanmaktadır (Gözüm ve Bağ 1998; Maurer ve Smith 2000; Palank 1991; Tabak 2000). Yapısal olarak Sağlık İnanç Modeli'ne benzer olarak organize edilmiştir. Sağlık İnanç Modeli, bireyin hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiği ve etkilendiğini açıklamaktadır (Baltaş 2000; Esin 1997). Bu model kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini anlamaya yönelik bir motivasyon teorisidir.

Sağlık inanç modeli, hastalığı açıklayan koruyucu davranışlarla sınırlıdır. Oysa sağlığı geliştirme modeli, sağlığı değiştirmek için davranış seçimini geliştirmektedir. Sağlığı geliştirici davranışın belirleyicileri ise; bilişsel algı faktörleri, tanımlayıcı faktörler ve olası olayı etkileyen değişkenler olarak sınıflandırılmaktadır. Değişkenler arası ilişkilerin yapısı halen devam eden araştırma programı ile test edilmektedir. Bu model özellikle toplum sağlığı konusunda yürütülen programların başarılı olmasında önemli rol oynamaktadır (Baltaş 2000; Stanhope ve Lancaster 2000).

Sağlığı Geliştirme Model'inde "bilişsel-algısal faktörler" olarak gösterilen değişkenler; "sağlığa verilen önem", "öz-etkililik ve yeterliliği anlama", "sağlığın kontrolünü algılama", "sağlık durumunu algılama", "sağlığı geliştiren davranışların yararını algılama", "sağlığı geliştiren davranışı engelleyen ve

destekleyen faktörleri algılama”dır (Palank 1991). Sağlığı Geliştirme Modelindeki bilişsel algısal faktörler, sağlığı geliştirme davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesinde başlıca motivasyonel mekanizmalardır. Bilişsel algısal faktörlerinin her biri sağlığı geliştiren davranışın uygulanması üzerinde doğrudan etkilidir (Pender ve ark. 1992). Sağlığı geliştirmeyi dolaylı etkileyen faktörler; bireye ait demografik ve biyolojik özellikler ile kişilerarası etkileşim, durumsal ve davranışsal faktörlerdir (Maurer ve Smith 2000; Palank 1991). Sağlığı Geliştirme Modeli şeması şekil.1’de verilmiştir.

Şekil 1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli



Kaynak: Pender N, Barbauskas V, Hayman L (1992) Health promotion and disease prevention toward excellence in nursing practice and education. Nursing Outlook, 40(3):106-112.

I. 1. 2. 2. Sağlığı Geliştirmede Bilişsel Algılama Faktörleri:

Sağlığın Tanımı ve Sağlığa Verilen Önem:

Maurer ve Smith'e (2000) göre bireylerin kendi değer sistemi kapsamında sağlığa bakış açısı sağlık davranışlarının uygulanmasını doğrudan olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Birey sağlık durumunu iyi, kötü veya çok kötü olarak algılayabilir. Pender ve ark.'nın (1990) alışan bireylerle yaptıkları araştırmada örnekleme alınan bireylerin sağlığı tanımlamaları "hastalığın olmayışı" ve "iyilik hali" şeklinde gruplanmıştır. Sonuçta sağlığı iyilik hali olarak tanımlayanların sağlığı geliştirme davranışları ortalama puanları hastalığın yokluğu olarak tanımlayanlardan yüksek bulunmuştur. Sağlığa verilen önem ise, bireyin sağlığı geliştirme davranışına başlamasını ve devam etmesini etkiler. Sağlığa verilen önem faktörüne göre kişi, sağlık problemi olduğunu algılamıyorsa, problem olmadığı için sağlığını geliştirmek için gerekli çabayı harcamayacaktır. Bireyin sağlığa verdiği önemi bilmek, sağlığı geliştirme için gerçekleştirilecek hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanabilmesi için önemlidir (Delaney 1994).

Sağlık Kontrolünü Algılama:

Bireyin kendi sağlık davranışlarını nasıl algıladığının ve kontrol ettiğinin bilinmesi, bireye yeni bir davranış kazandırmada önemlidir. Bireyin sağlık kontrolü; içsel sağlık kontrolü, dışsal sağlık kontrolü ve şans etkisi olmak üzere üç düzeyde açıklanmaktadır. Bireyin sağlığının içsel kontrolü, kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıtmaktadır (Maurer ve Smith 2000; Pender ve ark. 1992). Dışsal sağlık kontrolü, bireyin sağlığı üzerinde diğer kişilerin (aile, arkadaş, hekim, hemşire) etki düzeyini göstermektedir. şans etkisi ise bireyin sağlığını sansa bırakma düzeyini açıklamaktadır. Dışsal etki ve şans etkisi düzeyinin yüksek olması bireyin olumlu sağlık davranışına sahip olma ya da kazanma düzeyinin düşük olacağını göstermektedir (Maurer ve Smith 2000;

Palank 1991). Pender ve ark. (1990) çalışanlar ile yaptığı çalışmasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile içsel sağlık kontrolü arasında pozitif, güçlü dışsal kontrol ve şans etkisi arasında negatif ilişki bulmuştur. Esin (1998) kadınlarla yaptığı çalışmasında, içsel sağlık kontrolünün artması ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığını, dışsal sağlık kontrolü ve şans etkisi düzeyinin azalması ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarının azaldığını bulmuştur. Akça'nın (1998) çalışmasında öğretim elemanlarının yarıdan fazlası (%58.6) sağlı durumunu "iyi" olarak değerlendirmiştir. Gözüm ve Tezel'in (2000) yurttan kalan üniversite öğrencileriyle yaptığı araştırmada da sağlık durumunu "çok iyi" ve "iyi" algılayanın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği belirlenmiştir. Araştırmalara sonuçlarına bakıldığında sağlık durumunu "iyi" olarak algılayanların olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyi "çok iyi", "kötü", "çok kötü" algılayanlara göre yüksek bulunmuştur. Kendini "iyi hissetmenin" sağlık durumunu yükseltmek için motivasyonel bir kaynak olabileceği, kendilerini sağlıklı olarak algılayan bireylerin sağlıklarını yükseltmek ve sürdürmek için daha fazla çaba sarf edecekleri belirtilmektedir (Palank 1991; Pender ve ark. 1992).

Öz-Etkililik Algısı:

Öz-etkililik, bireyin davranışları üzerinde etkili olan bilişsel algılama faktörlerinden birisidir (Palank 1991; Pender 1987). Bireyin belirli bir performans düzeyini başarma kapasitesine ilişkin yargısı olarak tanımlanmaktadır (Bandura 1982). Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli ve Sosyal Bilişsel Kuramda öz-etkililik, sağlık davranışının öğretilmesinden sonra, bilginin ve becerinin uygulanmasını sağlayan temel etmen olarak gösterilmiştir (Maurer ve Smith 2000; Pender ve ark. 1992). Öz-etkililik, bireyin sağlığını geliştirmede veya sorunlarını çözümlenmede etkin olma gücüdür. Bireyin kendi etkililiğine ilişkin inançları, davranış değiştirme amacını, amaca ulaşma gayretini ve motivasyonunu zayıflatan aksilikler ve engellerle mücadele etme gücünü etkilemektedir. Öz-etkililik düzeyi yüksek olan kişiler, düşük olanlardan daha çok ve daha uzun süre çaba harcamaktadırlar. Araştırmacılar, öz-etkililiğin olumlu davranış değişikliğinin

sürekliliğinde büyük bir paya sahip olduğunu bildirmektedir. Ayrıca stresin öz-etkililiğın üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu ve yeniden sağlıksız davranışlara dönme eğilimini artırdığı da görülmüştür (Gözüm ve Aksayan 1998).

Sağlığı Geliştiren Davranışın Yararını Algılama:

Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre, “kişinin, hastalık ve sağlık konularında kendini nasıl algıladığı ve hissettiği” önemlidir. Bu algı, psikolojik olarak kişinin sağlık davranışını uygulamaya açık olup olmadığını belirler. Sağlık İnanç Modeli'ne göre sağlık davranışına hazır olmayı belirleyen faktörler arasında bir tehdit olarak algılanması, yarar algısı ve engel algısı bulunmaktadır. Bu faktörler şu şekilde açıklanabilir;

Yarar Algısı: Bireylere, olumlu sağlık davranışlarını uygulama ve sürdürmenin yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilir. Böylece bireyin sağlıkla ilgili tutum, davranışlar ve olumlu sağlık uygulamalarının yararı ile ilgili bilgilenerken kendi sağlığını kontrol etme olasılığı artar.

Engel Algısı: Birey psikolojik, kültürel, bireysel özellikler gibi çeşitli sebeplere bağlı olarak olumlu sağlık davranışları için bireysel ve toplumsal düzeyde çeşitli engeller algılayabilir. Olumlu sağlık davranışlarını uygulama ve sürdürme olasılığını azaltan en önemli etken, engel algısı ile yarar algısı arasındaki farktır. Yarar algısı, engel algısına üstün geldikçe olumlu sağlık davranışlarını uygulama olasılığı artar.

Tehdit Algısı: Bireyin hastalığı tehdit olarak algılamasında değişikliğe neden olan değişkenlerdir. Bunlar medya, sağlık kontrolünü hatırlatan uyarılar, arkadaş veya aile üyelerinden birinin hastalanması (eyleme geçiriciler) gibi değişkenlerdir. Hastalığın ciddi sonuçlarının ve hastalığa yakalanmada bireysel riskinin farkında olması, hastalığın önemini bilmesi ve sağlık davranışlarının yararına inanması

bireyin sağlığını tehdit eden duruma ilişkin davranışlarında hazır oluşluk sağlar ve sağlık davranışlarını engelleyen faktörlerin farkında olmasını sağlar. Örneğin meme kanserinin toplumdaki yaygınlığının ve sıklığının algılanması tehdit algısıdır (Maurer ve Smith 2000; Nahcivan, Seçginli 2003; Tabak 2000).

Sağlığı Geliştiren Davranışları Engelleyen Faktörleri Algılama:

Sağlığın, sadece fiziksel iyilik hali olmadığı, psiko-sosyal değişkenlerden etkilendiği kabul edilmektedir. Engelleyen özellikler, sağlığı geliştiren davranışların gerçekleşmesini olumsuz yönde etkileyen içsel ve dışsal etmenlerdir. Engelleyen özellikler arasında fiziksel ve psikolojik özellikler, motivasyon ve çevresel özellikler, bireyin sağlık durumu ve kişisel nedenler sayılabilir. Destekleyen özellikler ise sağlığı geliştiren davranışların gerçekleşmesini olumlu yönde etkileyen içsel veya dışsal etmenlerdir. Destekleyen özellikler olarak, sağlığı geliştiren faaliyetlerin yararının algılanması, olumlu değişikliklerin fark edilmesi ve destekleyici çevrelerin varlığı (aile, arkadaş, sosyal kurumlar...) gösterilmektedir (Maurer ve Smith 2000; Palank 1991).

II. 1. 2. 3. Sağlığı Geliştirmeyi Etkileyen Faktörler:

Sağlığın, sadece fiziksel iyilik hali olmadığı, psiko-sosyal değişkenlerden etkilendiği kabul edilmektedir. Engelleyen özellikler, sağlığı geliştiren davranışların gerçekleşmesini olumsuz yönde etkileyen içsel ve dışsal etmenlerdir. Engelleyen özellikler arasında fiziksel ve psikolojik özellikler, motivasyon ve çevresel özellikler, bireyin sağlık durumu ve kişisel nedenler sayılabilir. Destekleyen özellikler ise sağlığı geliştiren davranışların gerçekleşmesini olumlu yönde etkileyen içsel veya dışsal etmenlerdir. Destekleyen özellikler olarak, sağlığı geliştiren faaliyetlerin yararının algılanması, olumlu değişikliklerin fark edilmesi ve destekleyici çevrelerin varlığı (aile, arkadaş, sosyal kurumlar) gösterilmektedir (Maurer ve Smith 2000; Palank 1991).

Sağlığı geliştirmeyi etkileyen faktörler arasında demografik faktörler, biyolojik özellikler, kişilerarası etkileşim, durumsal ve davranışsal faktörler yer almaktadır. Bunlar aşağıda kısaca açıklanmıştır.

Demografik Faktörler:

Demografik faktörler, sağlığı geliştiren davranışlara etki etmekte ancak bu etki farklı düzeylerde ve dolaylı olmaktadır. Örneğin; sosyo-ekonomik statü ve onun alt grupları olan eğitim, gelir ve mesleki durum birbirinden bağımsız olarak etkilemektedir. Bu etkileşim tüm yaşam biçimine yansiyabileceği gibi, tek tek davranışlar şeklinde de olabilmektedir (Bottorf ve Johnson 1996). Yaşın artmasıyla, uyumlu davranış gösterme arasında paralellik olduğu belirtilmektedir (Spellbring 1991). Evli ve ileri yaş grubu bireylerle yapılan çalışmalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı bulunmuştur (Akça 1998; Duffy 1996; Esin 1997; Sayan 1998; Volden ve Longemo 1990).

Biyolojik Özellikler:

Bireyin boy, kilo, beden kitle indeksi gibi özelliklerinin sağlık davranışlarını etkilediği belirtilmektedir (Volden ve Longemo 1990). Battorf ve arkadaşlarının (1996) Sağlığı Geliştirme Modeli'ni test ettikleri çalışmalarında, biyolojik özelliklerin sağlık davranışları üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Pender (1987) vücut ağırlığı ile egzersiz programlarına katılım arasında negatif korelasyon olduğunu belirtmiştir.

Kişilerarası Etkileşim:

Bu faktöre göre aile, arkadaş, sağlık görevlileri, akrabalarla iyi etkileşimin, bireyin olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyini etkilediği bildirilmektedir. Örneğin, sigarayı bırakan kişinin bu davranıştaki sürekliliğinde, arkadaşları veya bireylerle olan işbirliği ve ekip anlayışı içinde çalışmanın etkili olduğu

görülmüştür (Bottorf ve Johnson 1996). Hemşireler bireylere, sağlığı geliştirme davranışlarını uygulamaları için cesaretlendirmede, destek sistemlerini (aile, arkadaş, akraba ve komşu vb.) kullanması yönünde danışmanlık yapabilmektedir (Delay 1994)

Durumsal Faktörler:

Davranış oluşumunu, bireyin içinde bulunduğu çevre etkilemektedir. Birey ya da grubun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik haline ulaşması için, çevresi ile başedebilmesi, çevresini değiştirebilmesi, isteklerini belirleyebilmesi, tanıyabilmesi ve doyum bulabilmesi gereklidir (Palank 1991). Kişinin sağlık davranışlarını inançları, beklentileri, güdüleri, değerleri, algıları ve bilişsel faktörlerinden kişisel tutumları ve bunlara ek olarak, psikolojik özellikleri, davranış biçimleri ve alışkanlıkları etkilemektedir (Spellbring 1991).

Davranışsal Faktörler:

Davranış kazanmada bireyin bilgi ve beceri düzeyinin etkili olduğu belirtilmektedir (Palank 1991). Örneğin; daha önceden sigara içen ancak akciğer rahatsızlığı geçiren bir kişinin sigarayı bırakması daha kolay sonuç vermektedir (Bottorf ve Johnson 1996). Sosyal Bilissel Modele göre bilgi, beceriler, bireysel yeterlilik gibi faktörler sağlık davranışını destekleyen etmenlerdir (Delaney 1994).

II. 2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Davranış kelimesi, her zaman bilinçli ve isteyerek olmasa da bireylerin yaptıkları veya yapmaktan sakındıkları bir şeyleri anlatmaktadır (Bal 1995). Sağlık davranışı; bireyin sağlıklı olabilmek için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranışı olarak tanımlanmaktadır. Sağlık davranışı yalnızca doğrudan gözlenebilen açık davranışlar değil, dolaylı olarak ölçülebilen mental olayları ve duygu durumlarını

da içermektedir. Koal ve Cobb sağlıkla ilgili davranışların spesifik kategorilerini belirleyen makalelerinde, sağlık davranışını, kendisinin iyi olduğuna inanan, herhangi bir hastalık belirtisi göstermeyen kişilerin sağlıklı kalmak amacıyla yaptıkları eylemler olarak ifade ederler. Gochman (1988) sağlık davranışını “sağlık ve sağlık düzeninin korunması, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesiyle ilgili davranışlar bütünü olarak tanımlamış ve kişinin sağlık davranışları, inançlarını, beklentilerini, değerlerini, algılarını ve kişisel tavırlarını, ayrıca duygusal-psikolojik özelliklerini, davranış biçimlerini ve alışkanlıklarını kapsadığını belirtmiştir.

Sağlık davranışı, olumlu ve olumsuz sağlık davranışı olarak iki gruba ayrılmaktadır. Yeterli dengeli beslenmek, düzenli uyumak, spor yapmak, kolesterolden kaçınmak, en az yılda bir kez sağlık kontrolünden geçmek, emniyet kemeri takmak ve diğer kişilerle olumlu iletişim kurmak olumlu sağlık davranışlarına örnektir. Olumsuz sağlık davranışları kapsamında ise sigara içmek, alkol kullanmak ve aşırı yemek yeme sayılabilir (Akça 1998).

Yaşam biçimi ise, bireylerin yaptığı pozitif ya da negatif olabilen, uygulama veya davranışlardır. Sonuçlarını düşünmeksizin, spontan olarak yapılan rutin hareketler, sağlığımızı olumlu veya olumsuz olarak etkilemektedir. Yaşam biçiminin yaşam beklentisi üzerinde önemli bir etkisi vardır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin ve az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni yaşam biçimine bağlı ortaya çıkan, önlenbilir hastalıklardır. Günümüzde ilk sıralarda görülen ölüm nedenlerinin tamamına yakını kronik hastalıklardır. Bu nedenle yaşam beklentisinin kontrolü büyük ölçüde gençlik döneminde seçilen yaşam biçimine bağlıdır. Örneğin, aşırı yağlı besinler, tuz, alkol alımı, sigara içme, hareketsiz yaşam bu tür hastalıkların oluşumunu hızlandırmaktadır (www.tkd-online.org; www.who.int/chp/chronicdiseasereport/part11/en/index1).

İnsanları hastalanmaktan korumak için sağlıklı beslenme, düzenli fizik egzersiz, sigara ve alkol içmeme, aşırı yorgunluk ve stresten kaçınma, günde 7-8 saat uyku, çevreyi sağlığa uygun hale getirme gibi çeşitli uygulamaları yapar duruma getirmek gerekmektedir (Bal 1995, Dickey ve Janick 2001; www.tkd-online.org). Geçmişte tıp ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeye bakıldığında, insanların önce hastalananları iyileştirmeye çalıştıkları, daha sonra da hastalıktan korunma yolları aradıkları 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) adı verilmektedir (Edelman ve Mandle 2002).

Pender 1982 yılında sağlıklı yaşam biçimini sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olarak belirtmiştir. Sağlığı geliştiren davranışlar bireyin iyilik düzeyini artıran, kendini gerçekleştirme sağlayan davranışları içerir. Bireyin yaşam biçimi, sadece hastalıklardan korunmak değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran davranışları göstermeye çalışmaktır. Pender’e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimidir (Pender ve ark. 1992).

II. 2. 1. 1. Kendini Gerçekleştirme

İnsan davranışlarını inceleyen psikologlara göre, bireyin davranışlarının en önemli belirleyicisi “benlik kavramı”, davranışlarını yöneten en önemli güdü de “kendini gerçekleştirme” güdüsüdür. Maslow’a göre “kendini gerçekleştirme”, bireyin tümüyle odaklaşarak ve özümseyerek yaşamı dolu ve coşku ile yaşamasıdır (Biol 2004). Maslow, insan gereksinimlerini önem sırasına dizerek bir gereksinim hiyerarşisi ortaya koymuştur. Temel insan gereksinimi şekil 2’de gösterilmiştir:

Şekil 2. Maslow'un Gereksinim Kuramı



Kaynak: Açıkgöz KÜ (1996) "Maslow'un Gereksinim Kuramı" Etkili Öğrenme ve Öğretme, Kanyılmaz Matbaası, İzmir, 193-201.

Kendini gerçekleştirme, gereksinim hiyerarşinin üst basamağında bulunur. Maslow'a göre fizyolojik, güvenlik, ait olma, sevgi, saygınlık ve kendini gerçekleştirme bireyin gereksinimleridir. İnsanın alt düzeydeki fizyolojik gereksinimleri karşılandıktan sonra, üst düzeydeki psiko-sosyal gereksinimleri ortaya çıkar. Maslow'a göre gerçekçi olma, kendini, başkalarını ve doğayı kabul etme, problemlerin çözümüne dönük olma, otonomi sahibi olma, insanlara karşı empati, sempati, acıma duygularını geliştirme, demokratik karakter yapısına sahip olma, amacı araçtan ayırma, filozofik gülmece duygusu geliştirme, yaratıcı olma, özel ve yalnız yaşamdan zevk alma, günlük yaşamında yenilikler bulabilme, içinden geldiği gibi davranma niteliklerine sahip olan kişiler kendini gerçekleştirme yolunda sağlıklı bireylerdir (Açıkgöz 1996).

Kendini gerçekleştirme kişi için yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Her insanın belirli bir gelişim döneminde, belirli bir kendini gerçekleştirme düzeyi vardır. Bireylere uygulanan eğitimin amacı, bireyin kendini gerçekleştirme

düzeşini geliştirmek ve en uygun düzeşine çıkmasını sağlamaktır (Aıköz 1996). Kendini gerçekleştirmiş bireşler, kendini tanır, güçlü ve zayıf yönlerini bilir, belli bir plan ve program çerçevesinde belli bir hedef ve amaca yönelik bir yaşam sürer, başarılarının farkındadır. Bireşin kendini takdir etmesi ve kendinden memnun olması, kendinin değerli olduğuna inanması da onun kendini gerçekleştirdiğini gösterir (Pender ve ark 1992).

Bu doğrultuda, sağlık personelinin öncelikle kendilerini, kendini tanıma ve gerçekleştirme boyutlarında geliştirmeleri sonrasında ise, bakım verdikleri bireşleri kendini gerçekleştirme konusunda desteklemek için bireşsel donanıma sahip olmaları gerekmektedir.

II. 2. 1. 2. Sağlık Sorumluluğu:

Sağlık sorumluluğu, bireşin kendi sağlığıyla ilgili olarak koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışlara yönelik tutum ve davranış değişikliği göstermesi anlamına gelmektedir. Sağlık sorumluluğu, bireşin kendi sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeşde katıldığını belirlemektedir (Bottorf, Johnson 1996). Bireşin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeşini; bedenini ve kendini tanıması, sağlıkla değişiklikler ve sapmalar olduğunda bir sağlık kuruluşuna gitmesi, düzenli aralıklarla taramalar yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklık ve düzenine özen göstermesi, sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi, yayınları takip etmesi ve tartışmalara girmesi, sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi, sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması ile belirlenir. Bu tutum ve davranışların yerine getirilmesi, bireşin sağlığına önem verdiğini gösterir (Bottorf ve Johnson 1996).

II. 2. 1. 3. Egzersiz ve Fiziksel Aktivite:

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 54. Dünya Assamblesi'nde 2002 yılı için konu "sağlık için zinde olmak" olarak önerilmiş ve yılın sloganı, "sağlık için hareket et" (move for health) olmuştur (WHO Avrupa Bölge Ofisi Dünya Sağlık Günü Broşürü 2002). Egzersiz yapılarak yeniden hareketliliğin sağlanması sonucu, insan için daha kaliteli bir yaşam söz konusu olabilir. Egzersiz ile fiziksel aktivite terimleri farklı anlamlar taşırlar. Bunlar arasındaki fark; fiziksel aktivitenin günlük yaptığımız işler, oturma, kalkma, dolaşma, yıkanma, gibi her türlü kas hareketlerini kapsaması; egzersizin ise genellikle bir spor faaliyeti içine girebilecek özel, sürekli ve düzenli kas hareketi olmasıdır. Amerikan Egzersiz Konseyi (ACSM) tarafından egzersiz, erişkinlerde dolaşım ve solunum sistemi üzerinde yararlı etkilerinin sağlanabilmesi için haftada en az 3 gün, günde 30-60 dakika süreyle ve maksimum kalp hızının dakikada %50-75'ine ulaşacak yoğunlukta yapılması önerilmektedir (Kaplan ve ark. 1993).

Günlük yaşamda fiziksel hareketsizliği içeren bir yaşam tarzı, sakatlık ve mortalite açısından önemli rol oynamaktadır. Dünyada yetişkin nüfusun %60'ının ve genç nüfusun üçte ikisinin yeterli fizik aktivite yapmadıkları, fiziksel inaktivitenin kadınlarda daha fazla olduğu bilinmektedir. Fiziksel hareketsizlik, toplam ölüm oranını, özellikle de kardiyovasküler hastalık, diabet ve obezite riskini iki kat arttırmaktadır.. Amerikan Kalp Vakfı da, kalp hastalıklarının oluşmasında egzersiz yoksunluğunu risk faktörü olarak kabul etmektedir (www.tkd-online.org). Adölesan dönemden sonra artmakta olan fiziksel inaktivite, yüksek tansiyon, kan lipid düzensizliği, kolon kanseri, osteoporoz, depresyon ve stres riskinin artmasında birincil faktörler arasındadır. Bu nedenle erken yaşlarda fiziksel aktivite alışkanlığını kazandırmak, yetişkinlikte etkin yaşam biçimini desteklemek için önemlidir ve erken yaşlarda fiziksel aktiviteye başlayan çocuklar, daha sonra da aktivite yapmaya devam etmektedirler. Bireyin bir amaca yönelik olarak çevrede yer değiştirebilmesi için kas gruplarının kasılıp

gevşemesi yalnız fizyolojik olarak değil, psikolojik olarak da bireyin sağlıklı olması ve sağlığın sürdürülmesi için gereklidir.

Sağlıklı yaşam için egzersiz düşüncesi ile 1950’li yıllardan sonra önemli araştırmalar yapılmıştır. Yapılan araştırmalara göre orta ve yüksek düzeyde fiziksel aktivite bazı kronik hastalıklara yakalanma riskini ve ölümleri azaltabilmektedir. Örneğin, kadınlarda fiziksel aktivite seviyesi ile kan basıncı arasında yüksek oranla anlamlı negatif ilişkinin olduğu, aktivite seviyesi yüksek olan bayanlarda Sistolik Kan Basıncında 9-24 mmHg ve Diastolik Kan Basıncında ise 3-13 mmHg azalma olduğu gösterilmiştir. Çeşitli araştırma sonuçları temel fizyolojik işlevlerin egzersiz ile daha iyi gelişebildiğini, bunun sonucu olarak özellikle koroner kalp rahatsızlıkları başta olmak üzere pek çok önlenebilir hastalıkların azaltılmasında koruyucu etkisi olduğunu, rehabilitasyondaki önemini, kaygı, stres ve depresyonun azaltılmasındaki rolünü ortaya çıkarmıştır (Kaplan ve ark. 1993; www.tkd-online.org).

Düzenli ve planlı egzersiz programları ile fizyolojik olarak; otonom sinir sistemi, solunum, kalp, dolaşım ve sindirim fonksiyonları daha düzenli çalışır. Kas iskelet sistemi elemanları daha sağlamlaşır ve esnekleşir, kan basıncı düzenlenir. Kandaki kolesterol ve LDL düzeyi daha düşer ve buna bağlı olarak ateroskleroz gelişimi daha yavaşlar. Obezite, postür bozukluğu ve kas atrofisi gelişme riski azalır. Ayrıca bireyin iş verimliğinin artmasına, hastalık yüzünden çalışılmayan gün sayısının azalmasına, sağlam, canlı hareketli, egzersiz yapmaya hevesli bir kişi haline gelmesine, hayata daha mutlu bakmasına, kendine güvenin artmasına, stresle olumlu baş etmesine, insanlarla çabuk arkadaşlık kurma ve paylaşma, yardımlaşma duygularını geliştirmesine yardımcı olur. Tüm bu fizyolojik, sosyal ve psikolojik uyum bireyin sağlığını korumak, geliştirmek ve hastalıklarla mücadele etmek için sorumluluk almasını sağlar (Edelman ve Mandle 2002; Gordon ve ark. 2002). Toplumla en fazla iletişim halinde olan sağlık bakım profesyoneli hemşireler, birey, aile ve toplumda düzenli fiziksel aktivitenin başlatılıp sürdürülmesi noktasında anahtar konumdadırlar.

II. 2. 1. 4. Beslenme:

Sağlığı geliştirmenin temel kavramlarından biri olan beslenme, kronik hastalıkların oluşmasında rol alan ve değiştirilebilir bir faktördür (Genç ve Karaoğlu 2003). Yaşamın her evresinde bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı olmanın ve bunu devam ettirmenin, sağlıklı beslenme ile mümkün olduğu bilinmektedir. Beslenmenin amacı bireyin yaşı, cinsiyeti ve içinde bulunduğu fizyolojik ortama göre gerekli olan besin öğelerini vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için yeterli ve dengeli biçimde almasıdır. Buna göre sağlıklı beslenme; yeterli ve dengeli olmalı, besinler doğal yöntemlerle hazırlanmalı, günlük alınan besinler kalori bakımından yeterli olmalı, iyi kalitede protein içermeli, yağ (özellikle doymuş yağ), kolesterol, sodyum, rafine, şeker içeriği az olmalı ve yeterli miktarda tüketilmelidir. Buna karşılık kompleks karbonhidratlar, mineraller ve vitaminler bakımından zengin ve bol posalı olmalıdır (Baysal 1992; Toksöz ve ark. 1995).

Beslenme alışkanlıkları, hayatın erken dönemlerinde kazanılır. Ailenin, çevresel sosyal, ekonomik ve kültürel yapısı, kişinin beslenme durumunu etkiler. Sosyal yapı içinde değerlendirilen eğitim düzeyi, ekonomik durum ve kültürel yapı içinde değerlendirilen gelenek ve görenekler, kişinin beslenme durumunu belirleyici faktörlerdendir (Aksak ve Besler 1991; Toksöz ve ark. 1995). Yeterli ve dengeli beslenme süreci ile vücut ısısı düzenlenir, büyüme, onarım ve yenilenme sağlanır, hastalıklara karşı dayanıklılık oluşur, kemikler, vücut sıvıları ve hücreler için gerekli mineraller sağlanır ve uygun sıvı dengesi korunur (Edelman ve Mandle 2002).

Sağlıklı ve iyi beslenen kişilerin, boy uzunluğu ile ağırlıkları arasında uyum bulunmaktadır. Boy uzunluğuna göre olması gereken ağırlığa “ideal ağırlık” denilmektedir. İdeal ağırlık değerlerini saptamada çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bunlardan en çok kullanılanları BKİ (Beden Kitle İndeksi) ve vücut yağ oranının hesaplanmasıdır. $BKİ = \text{Ağırlık (kg)} / \text{boy uzunluğu (m}^2\text{)}$ olarak hesaplanır. Dünya Sağlık Örgütü'nün önerisine göre BKİ'si 18.5'in altında

olanlar zayıf, 18.5-24.99 arasında olanlar normal kilolu, 25.00- 29.99 arasında olanlar fazla kilolu, 30.00-34.99 arasında olanlar obez 35.00-39.99 arasında olanlar ciddi obez, 40.00 ve üzerinde olanlar morbid obez (şişmanlık hastalığı) olarak tanımlanır

(<http://www.who.int/chp/chronicdiseasereport/part11/en/index1.html>).

"Türkiye'de diyabet, obezite ve hipertansiyon epidemiyolojisi (TURTEP) " araştırmasına göre; BKİ referans alındığında obezite sıklığı ülkemizde %22.3 olarak bulunmuştur. Santral obeziteyi gösteren bel çevresi (kadında 88 cm, erkekte 102 cm) baz alındığında ise bu sıklık %34.9'a çıkmaktadır (Satman ve ark. 2002). Bazal metabolik ihtiyaç ise, genç ve erişkin bireylerde 1200-1450 kalordir. Kalori bakımından yetersizlik durumunda zayıflık, fazla alınması sonucu vücutta yağ oranının artması ile şişmanlık ortaya çıkar. Araştırmalara göre erken ölümlere neden olan dört faktör arasında obezite ilk sıradadır. Diğer üç faktör şişmanlığa eşlik eden sağlık problemleri (koroner arter hastalığı, hipertansiyon, diabetes mellitus) olarak belirlenmiştir. Obezitenin ilk sırada olması, ciddi bir halk sağlığı problemi olduğunu göstermektedir. Risk taşıyan şişmanlığın erken tanımlanması ve önlenmesi son derece önemlidir. Beckmann'a göre Foman, şişmanlığın önlenmesine bebeklikten başlamak gerektiğini belirtmektedir. Ailelere, bebeklik ve ilk çocukluk çağlarında aşırı ve yanlış gıda tüketiminin tehlikeleri hakkında eğitim verilmesini önermektedir (Beckmann 1989; Genç ve Karaoğlu 2003).

II. 2. 1. 5. Kişilerarası Destek

Bütüncül sağlık görüşüne göre insanlar açık sistemdir. Bireyin sağlığını iç (genetik yatkınlıklar, beslenme durumu, tutumları) ve dış (fizik çevre, sosyal ilişkiler, destek sistemi, ekonomik) faktörler etkilemektedir (Biol 2004). Maurer ve Smith (2000) hemşirelerin bakım verdiği bireyler için kapsamlı veri toplama sürecinde destek sistemlerini de araştırdıklarını belirtmişlerdir.

Kişilerarası destek, bireylerin birbirleriyle olan ikili veya grup ilişkileri sonucu elde edilen ve sağlığı geliştirmede önemli bir olgudur. Kişilerarası destek ilişkinin niteliğine, sürekliliğine ve düzeyine bağlıdır. Bireye destek veren kişi/kişiler, koşulsuz bir yaklaşımla ve güven verici tutumları ile iletişimin ve yardımın nitelik kazanmasını sağlarlar ve asıl gereksinimin açığa çıkmasına, bireyin baş etme yeteneğinin artmasına katkıda bulunmuş olurlar (Özcan 1996).

Bireyin sağlığını sürdürme ve geliştirmede kullandığı destek sistemlerini bilmek uygulanacak sağlığı geliştirme programları için önemlidir (Maurer ve Smith 2000). Chen'in (1999) çalışmasında, bireylerin kişilerarası destek davranışı, "kendine yakın arkadaşları ile zaman geçirmek için zaman ayırma, başkaları ile anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurma, başkalarının başarılarını taktir etme, yakın bulunduğu (aile, arkadaş...) bireylere dokunmaktan hoşlanma, başkaları ile fikir ayrılıklarını tartışma ve uzlaşma yolu ile çözme" sorularını içeren bir ölçekte değerlendirilmiştir.

II. 2. 1. 6. Stres Yönetimi

Stres, hayatın vazgeçilmez bir parçasıdır. Çünkü insana çevredeki uyaranlar karşısında daha iyi davranma fırsatı verir. Sıfır stres ölümdür. Bu durumda birey, çevreden gelen etkilere tepki vermeye yetecek enerjiden yoksun demektir. Aşırı stres da ölümcül olabilir. Bu durumda ise birey aşırı enerji sarf etmekte ve tükenmektedir. Çözüm, her bireyin kaldıracağı ölçüde stres ile doyumlu ve olumlu bir hayat sürdürebilmesidir. Stres, bireylerin iç ve dış ortamdaki değişiklikleri tehdit, savaşım veya tehlike olarak algıladığı, uygun baş etme yolları kullanıldığında uyum sağladığı ve dengesini sürdürdüğü, uygun baş etme yolları kullanamadığı durumlarda uyum ve dengesinin bozulduğu bir süreçtir (Baltaş 1998). Stres hoş giden ve gitmeyen yaşantılara neden olur. Bu özellik pozitif ve negatif stres kavramı ile ifade edilir.

1. Pozitif Stres (Eustress): Bireye kazanç sağlayan, yaşanması istenen durumlardır. Bu tür stres, fiziksel ve ruhsal dayanıklılığın artmasında önemli rol oynamaktadır.

2. Negatif Stres (Distress): Bireyin kaynaklarını ve baş etme yeteneklerini tüketen durumlardır. Kişinin kendine güvenini kaybetmesine neden olan, yetersizlik duygularına sevk eden, çaresizlik, umutsuzluk ve hayal kırıklığı yaratan streştir (Allen ve Mitchell 1995; Baltaş ve Baltaş 1996).

Vücut sistemlerimizin sürekli değişime uyum gereksinimi vardır. İnsan yaşam boyu birçok stresörle karşı karşıyadır. Bireyin kendisinden, başkalarından veya çevresinden kaynaklanan stresöre karşı verdiği tepkide tüm vücudunda ya da kişiliğinde meydana gelen değişiklikler süreci ise uyumu oluşturur. Stresörler, içsel ve dışsal olmak üzere iki grupta ele alınabilir. İçsel stresörler, bireyin kendisi ile ilgili olanlar; dışsal stresörler, fiziksel ve sosyal çevreden kaynaklananlardır. Örneğin; mükemmeliyetçilik, başarısızlık korkusu, bilgi eksikliği hissetme içsel stresörlerdir. Dışsal stresörlere ise, başkaları tarafından sevilme ve kabullenilmeme, başkalarının sorununu üstlenme, seyahat etme, yeni bir şehir, yeni bir ev örnek olarak verilebilir (Baltaş ve Baltaş 1996). Selye, bedenin stresörlere hücre ve doku düzeyinde lokal olarak tepki verebileceğini (Lokal Adaptasyon Sendromu) ya da kan basıncında, kalp hızında, beden ısısında ve sıvı elektrolit dengesindeki değişikliklere yol açan sistematik bir tepki vereceğini (Genel Adaptasyon Sendromu) açıklamıştır.

Stres durumunda, bireylerde hem bedensel hem de psikolojik düzeyde bir dizi olay ortaya çıkar. Bedensel değişiklikler, bütün insanlarda aynı basamaklardan geçmesine karşın psikolojik düzeyde olaylar, kişilik ve çevre gibi bireysel koşullara bağlı olarak da birçok değişiklik gösterir. Bu değişiklikler ayrı ayrı ya da bedensel, psikolojik yapıların her ikisinde birden de ortaya çıkabilir. Strese karşı verilen tepkiler uzun bir zaman dilimi içinde, kronik hastalıkların gelişmesine zemin hazırlar (Baltaş ve Baltaş 1996). Bireylerde stres nedeni ile

hipertansiyon, kalp hastalıkları gibi bedensel rahatsızlıklar görülebilir. İnsanlar bireysel özelliklere göre, stres karşısında psikolojik tepki olarak geri çekilme, kabullenme, karşı koyma veya korku, endişe, depresyon gibi duygusal problemler geliştirebilirler. Ayrıca, dikkati bir konu üzerinde toplama güçlüğü, aşırı unutkanlık, obsesif düşünceler zihinsel düzeydeki problemlere örnek olarak verilebilir (Pender ve ark.1987).

Yaşam içinde stresin etkin bir biçimde yönetilmesi, öğrenilen bir davranıştır. Kişinin stresle başedebilmesi, hem problem çözme becerisini hem de savunma mekanizmasını kullanmasını içerir (Beckmann 1989). Stresi kontrol etmede ilk adım, bireyin kendisini stresli hissetmesine neden olan durumların ve stres altında iken hissettiği duyguların farkında olmasıdır (Baltaş ve Baltaş 1996). Bireylerin, stresten fazla etkilenmemeleri için adaptasyon yeteneklerini belirlemeleri ve baş etme teknikleri kullanmaları gerekmektedir. Birey, bedene (ilaç, alkol, sigara, kötü beslenme), duyguya (psikolojik savunma mekanizmaların aşırılığı, bilişsel çarpıtmalar) ve davranışlara yönelik (içe kapanma, saldırganlık, kaçma davranışı) etkisiz baş etme yöntemlerini kullanırsa problemi çözemez ve tekrarlı olarak aynı sıkıntıları yaşar. Oysaki bedene (fiziksel egzersiz, nefes alma egzersizi, meditasyon, doğru beslenme), duygulara (olumlu düşünme, duyguları paylaşma) ve davranışlara yönelik (zamanı iyi kullanma, sosyal destek sistemlerini geliştirme, etkili iletişim becerileri geliştirme, etkili problem çözme, stres yaratacak bir durumu tahmin edebilir hale gelmek için bilgi toplama) etkili yöntemler geliştirme bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını destekler ve yaşam standartlarını yükselterek hayata bakış açısını değiştirir (Baltaş ve Baltaş 1996).

II.3. DAVRANIŞ DEĞİŞİMİ SÜRECİ VE ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİLİK KAVRAMI

Bandura'nın Sosyal Öğrenme teorisine göre, insan motivasyon ve eylemi büyük ölçüde sezinleme/tahmin ile düzenlenir. Bu tahmini kontrol mekanizması şunlardır (Schwarzer ve Fuchs 1995).

- 1. Durum ve sonuç beklentileri:** Sonuçlar kişisel eylemlere değil, çevresel durum ve olaylara göre tahmin edilir. Riskler sezilir ve kişisel olması muhtemel kritik olaylardan az veya çok etkilenebileceğini hissetmelerine karşın, oturup olayların meydana gelmesini beklemekten başka bir şey yapmazlar. Örneğin; insan bir hastalık olasılığını göz önüne almakla birlikte, kendisinin hasta olma olasılığının az olduğunu düşünebilir. Bu, savunucu bir iyimserlik olarak görülebilir. Savunmalar, sosyal karşılaştırma, ya da başka bir ifadeyle diğer kişilere göre kendi durumunu karşılaştırma yoluyla yapılabilir. Örneğin kişi “ben hastalıklara karşı diğerlerinden daha dayanıklıyım” der. Durum sonuç beklentileri “risk algısı” olarak da tanımlanabilir (Schwarzer ve Fuchs 1995).
- 2. Eylem - Sonuç Beklentileri:** Sonuçlara, kişisel eylemlerin gerçekleştirilmesi yoluyla ulaşılabileceğine ilişkin beklentilerdir. Buradaki sonuç beklentileri, belli davranışların belli sonuçlara öncülük edeceği inancını yansıtır (Schwarzer ve Fuchs 1995; Sherer ve Maddux 1982).
- 3. Öz-Etkililik Algısı:** Bireyin istenilen sonuca ulaşmak için gereken eylemleri yapabilme yeteneğine olan inançlarıyla ilgilidir. Başka bir ifadeyle bireyin gereken davranışı başarılı bir şekilde yapabileceğine olan inancıdır (Schwarzer ve Fuchs 1995).

Eylem-sonuç beklentileri ile birlikte öz-etkililik beklentileri, davranış üzerinde en güçlü etkiyi yaratırlar. Bu iki beklenti sağlığı tehdit eden durum,

koşul ve olaylar ile etkili olarak başa çıkma sürecini içerir ve fonksiyonel bir iyimserliği yansıtır (Schwarzer ve Fuchs 1995).

Öz- Etkililik- Yeterlilik kavramı ilk kez ünlü psikolog Albert Bandura tarafından 1977 yılında, “Bilişsel Davranış Değişimi” kapsamında ileri sürülmüştür. Güçlü bir bireysel yeterlilik hissinin; daha sağlıklı olma, daha yüksek başarı ve daha sosyal bütünleşme ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Schwarzer ve Fuchs 1995). Orjinali “Self Efficacy” olan terimin Türkçeye kazandırılmasında “General Self Efficacy Scale”nin Türkçe’ye uyarlanması üzerinde çalışan Yeşilay ve ark. “öz-yetki” terimini kullanırken, Esin (1997) doktora çalışmasında “öz-etkililik” terimini kullanmıştır. Aksayan ve Gözüm’ün (1998) çalışmasında terminoloji karmaşası ve yanlışlığı yapmamak için, İngiliz ve Türk Dil Bilimlerinde uzman dilbilimcilerle görüşmeleri doğrultusunda “Öz-etkililik-yeterlilik” teriminin kullanılabileceği, bununla birlikte “öz-etki”, “kendi kendini etkileme”, “kendini etkileme”, “kendine yarar algısı” gibi ifadelerin de aynı anlamı taşıdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Bandura’nın öz-etkililik mekanizması, yine kendisi tarafından oluşturulan Sosyal Öğrenme Teorisi’nde, bireyin davranışlarını değiştirmede rolü olan bilişsel algılama faktörlerinden birisi olarak gösterilmiştir (Bandura 1982; Damrosch 1991; Schwarzer ve Fuchs 1995). Sosyal öğrenme teorileri bireysel davranışın sadece iç psikolojik güçler tarafından değil, aynı zamanda sosyal çevre tarafından şekillendiğini savunmaktadır. Bireye ait bilişsel ve diğer kişisel faktörler ile çevresel faktörler karşılıklı etkileşim içerisindedir. Bireyler sadece çevrelerinden etkilenen pasif alıcılar değildir. Aynı zamanda çevreyi yönetme/çekip çevirme kapasitesine sahiptirler. Bireyler bunu kendi çevreleriyle karşılıklı etkileşim içinde yaparlar. Negatif çevre baskılarına direnir, üstesinden gelerek destekleyici bir çevre oluşturdukları zaman büyük olasılıkla başarılı olurlar. Bu bireyler, öncelikle adaptasyonu ve davranışı özümsemeyi sağlamak için, çevrelerini düzenleyerek arzu edilen davranışı destekleyen olanakları güçlendirirler. Daha sonra destekleyici olmayan çevresel etkiler, hedeflerini olumsuz etkidiğinde ise

istenilen davranışı sürdürmek için iç kapasitelerini geliştirirler (Redland ve Stuijbergen 1993).

Bandura'nın (1982), bireyin belli bir performans düzeyini başarma kapasitesine ilişkin yargısı olarak, Magil'in (1993) ise bireyin belirli bir eylemi başarıyla yapma kabiliyeti veya olayları kontrol edebilme algısı/yargısı olarak tanımladığı öz-etkililik-yeterlilik kavramı kişinin, nasıl hissedeceği, düşüneceği ve davranacağını belirleyen önemli bir özelliğidir. Bireyin kendi kendine ilişkin inançları, davranış değiştirme amacını, amacına ulaşma gayretini ve motivasyonunu zayıflatan aksilikler ve engellerle mücadele etme gücünü etkilemektedir (Bandura 1982; Schwarzer ve Fuchs 1995). Bandura (1982), öz-etkililik-yeterliliğin bireylerde her zaman aynı düzeyde olmadığına, öz-etkililik algılamalarının durum ve davranışa özgü olduğuna dikkat çekmektedir. Bununla birlikte, çok sayıdaki değişik durum ve koşullarda başarılı olan bireylerin, değişik, yeni bir durumda başarısız ya da başarı sınırlı olan bireylerden daha olumlu öz-etkililik algılarına sahip olmaları beklenebilir. Bir başka deyişle, değişen durumlarda başarılı ve başarısız geçmiş deneyimleri olan birey kendisi için genel bir yargı oluşturur ve bu genel yargısı onun duruma özel beklentisini etkiler (Schwarzer ve Fuchs 1995). Birey bir sonuca ulaşabileceğine inanıyorsa, daha aktif davranır ve gelecek yaşantısını kendisi belirler. Bu "yapabilirim" inancı, bireyin içinde bulunduğu şartları kontrol altına alma hissini yansıtır (Yiğitbaş ve Yetkin 2003). Düşük öz-etkililik hissi depresyon, anksiyete ve çaresizlik ile birlikte. Ayrıca bu bireyler düşük öz güvene sahiptirler ve bireysel başarıları ve gelişimleri hakkında kötümser düşünceler beslerler.

Öz-etkililik- yeterlilik düzeyi, harekete geçmek için güdülerini engelleyebilir ya da arttırabilir. Öz-etkililiği yüksek olan bireyler daha karmaşık ve riskli görevleri seçebilirler. Onların hedefleri yüksektir ve bu hedeflere ulaşmak için azimle çalışırlar (Schwarzer ve Fuchs 1995). Bununla birlikte öz-etkililik- yeterlilik; gerçekçi olmayan iyimserlikle ve hayallerle aynı değildir. Aksine, deneyime dayanır, mantıklı olmayan riski almaya yol açmaz ve bireyin yeteneklerini

geliştirmesiyle atak davranışlara öncülük eder. Bireyin kendi yeteneklerini, kapasitesini daha objektif bir şekilde değerlendirmesini sağlar.

Davranış değişimi, kişisel kontrol yoluyla kolaylaşır. Diğer bir deyişle, insanlar bir problemi çözebileceklerine inanırlarsa, problemi çözme kararını almaya ve gerçekleştirmeye daha yatkın hale gelirler (Schwarzer ve Fuchs 1995). Sağlığa yararlı davranışları (egzersiz gibi) benimsemek ve sağlığa zararlı davranışlardan (sigara içmek gibi) vazgeçmek – sakınmak zordur. Çoğu insan davranış değişikliği yapmaya karar vermekte zorlanır ve karar verdikten sonrada kışkırtıcı bir durumla karşılaştıklarında pes etme olasılıkları yüksektir (Schwarzer ve Fuchs 1995). Davranış değişimini sürdürmek, bireyin başa çıkma yeteneği ile ilişkilidir (Brownel ve ark. 1986; Schwarzer ve Fuchs 1995). Genellikle insanların sağlıkla ilgili bir davranış değişikliğine başlamalarını sağlamak, bu değişikliği devam ettirmelerini sağlamaktan daha kolaydır. Sağlıkla ilgili olumlu davranışları başlatma ve sürdürmede de durum benzerdir ancak eylem- sonuç beklentisini, yani eylemin sonucu yönlendirme olasılığını sezme tek başına yeterli değildir. Kişi gerekli bir davranışı gerçekleştirme yeteneği olduğuna da inanmalıdır. Öz-etkililik hem sağlıkla ilgili davranış değişimi niyetlerinde hem de eylemin kontrolü aşamasında oldukça önemlidir. Olumlu sonuç beklentileri, bireyin davranışlarını değiştirmeye karar vermesini teşvik ederken, davranışın uygulanması ve sürdürülmesi aşamasında algılanan öz-etkililik kontrol edici etki olarak işlevine devam eder (Schwarzer ve Fuchs 1995).

Andrew ve Vialle (1998) öğrencilerin öz-etkililik düzeyi ile yeteneklerini algılamaları arasında, Andrew (1998) hemşirelik öğrencilerinin öz-etkililik düzeyi ile derslerdeki başarıları arasında, benzer şekilde Chacko ve Huba (1991) ise öz-etkililik ile hemşirelerin akademik performansı arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Gözüm'ün (1999) sınıf öğretmenleri ile Ege ve ark.'nın (2003) sağlık personeli ile yaptığı çalışmada, öz-etkililik-yeterlilik düzeyi ile stresle başa çıkma algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yine Altay ve Gürkan'ın (2005) hemodiyaliz hastalarında görülen komplikasyonlar ile öz-etkililik-yeterlilik düzeyi

ilişkisi konusunda yaptığı araştırmada, hastaların öz-etkililik-yeterlilik puan ortalamaları ile egzersiz yapma, diyetle dikkat etme, uyku sorunu olmama, sigara ve alkol kullanmama durumları arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bu nedenle öz-etkililik- yeterlilik düzeyinin yüksek olmasının, günümüzde tüm profesyoneller için olduğu kadar toplumun sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirmeden sorumlu sağlık personeli için de gerekli ve önemli olduğu anlaşılmaktadır. Böylece sağlık personelinin hem hizmet verdiği toplumu, hem de kendisini daha iyi tanıması sağlanabilir. Çünkü bilişsel, motivasyonel ve davranışsal olarak kendi gelişim sürecine aktif olarak katılan, düzenli ve sistemli bir şekilde çalışan sağlık personelinin etkinliğinin arttığı, toplumda daha çok bireye ulaştığı ve öz-etkililik- yeterlilik düzeyinin de yüksek olduğu bilinmektedir (Risemberg ve Zimmerman 1992; Smith ve Maurer 2000).

II. 4. SAĞLIKLI YAŞAM VE HEMŞİRELİK

Uluslararası Hemşireler Birliği hemşireliği; “Birey, aile ve toplumun sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirmeye yardım eden, hastalık halinde iyileştirme-tedavi sürecine katılan bir meslek grubu” olarak tanımlamıştır. Türk Hemşireler Derneği Eğitim Komisyonu (1981) ise hemşireliği; “bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması ve değerlendirilmesinden ve bu hizmeti yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu; bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini” olarak tanımlamıştır (Biol 2004). Palank (1991), sağlığı geliştirmede bireylere yardım edecek en uygun kişi olarak eğitici, danışman ve kolay ulaşılabilir rolü ile hemşireleri göstermiştir.

Sağlığı geliştirme aktivitelerinde hemşireler çeşitli roller (değerlendirme, vaka yöneticisi, danışman, hizmet götürücü, yönlendirici vb.) üstlenmektedir. Sağlığı geliştirmede ilk adım bireyin mevcut sağlığı geliştirme davranışlarının tanımlanması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesidir. Sağlıklı

yaşam biçiminin geliştirilmesi ve hastalıklardan korunma ise, sağlık davranışının temelini oluşturmaktadır. Davranış değişikliği üzerine odaklanan sağlığı geliştirme için, olumlu sağlık davranışının kazandırılması ve sürdürülmesi gerekir. İşte bu noktada bireylerin sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirmelerinde topluma rol model olan sağlık personelinin bireylerin sağlık düzeylerini yükseltmede primer sorumlulukları vardır (Erdemir 1998; Vural 1998).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları birçok faktörden etkilenmektedir. Hemşireler bireylerin fiziksel ve psikolojik özellikleri, motivasyon ve çevresel özellikleri tutumsal özellikleri, sağlık durumları ve bireysel nedenlerden oluşan ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen bu faktörleri bireye ulaşmada temel alır (Pender ve ark. 1992). Yanı sıra, davranış değişikliği sürecinde hemşire, davranışlar üzerinde belirleyici etkisi bulunan öz-etkililik-yeterlilik algısının, değiştirilebilir ve etkilenebilir özelliğini kullanarak öz-etkililik algısının geliştirilmesi yönünde girişimlerde bulunmalı, duruma özel davranış değişimi için bireyin kendi başarısına ilişkin algısını güçlendirmeye çalışmalıdır. Örneğin, enfarktüs sonrasında hastanın önceki kardiyovasküler fonksiyonlarını yeniden kazanması için fiziksel ve kardiyak fonksiyonlardaki etkililiklerine ilişkin algılarının güçlendirilmesi; kişinin kendi kendine meme muayenesi yapabilmesi için öz-etkililik düzeyinin yükseltilmesi gibi.

Sonuç beklentileri ve öz-etkililik algılamaları bireysel inanç ve algılamalar olduğu için esnektir, etkilenebilir ve değiştirilebilir (Redland ve Stuijbergen 1993). Hemşirelerin, bireylerin öz-etkililik algılarının güçlenmesine yönelik yardım girişimleri için öz-etkililiğinin nasıl geliştiğini bilmesi gerekir. Buna göre, bireyin kendisi hakkındaki doğru ya da yanlış yargısının kaynakları değerlendirilmelidir. Öz-etkililik birikiminin en önemli kaynağı, bireyin istenen / gerekli davranışı göstermedeki önceki başarılı deneyimleridir. Bunun yanında başkalarının deneyimleri de etkilidir. Örneğin, başkalarının, istenen/gerekli davranışı başarılı olarak gerçekleştirme deneyimlerinin gözlenmesi ve farkında olunması öz-etkililik düzeyini olumlu yönde etkiler. Bireyin, davranışı

gerçekleştirme yeteneği olduğu konusunda ikna olması da bu konuda belirleyicidir. Diğer insanlar ya da profesyonel bir kişi, bireyin öz-etkililik-yeterlilik yargılarını yönlendirmek için konuşmayı denemiş ise kişi davranış değişikliği konusunda daha kolay karar verir. Anksiyete ve stres gibi faktörler veya geçmiş olumsuz deneyimler ise bireyin kapasitesini, özgüven ve performansını negatif yönde etkileyebilir (Damrosch 1991; Redland ve Stuijbergen 1993; Schwazer ve Fuchs 1995).

Bireyin öz-etkililik algısının davranış değişikliğini başlatmadaki potansiyel etkisini değerlendirmek için öz-etkililik algısının ölçüldüğü birçok araştırma vardır. Bu araştırmalarda bireyin meme kanserini erken tanılamaya yönelik davranışlarını başlatmasında (kendi kendine meme muayenesi gibi) sonuç beklentilerinin, öz-etkililik algısı kadar iyi bir belirleyici olduğu; algılanan öz-etkililiğin stresle başa çıkmada güçlü bir kişisel kaynak olduğu; öz-etkililik inançları yüksek olan kişilerin ağrısı, düşük olanlardan daha iyi kontrol edebildikleri; bilişsel – davranışsal tedavi ile etkililik inançları güçlendirilen romatoid artritli hastaların, eklem enflamasyonu ve ağrılarının azaldığı ve psikososyal işlevlerinin arttığı belirlenmiştir (Kılıç ve Erci 2004; Luan 2003). Duffy ve ark. (1996) çalışan kadınların sağlığını geliştirici davranışları ile öz-etkililik algılarının ilişkili olduğunu belirtmiştir.

Davranış değişimi sürecinde bireyi destekleyen eş, arkadaş ve iş çevresi, değişimin başlatılması ve sürdürülmesinde sosyal destek sistemleri önemli rol oynar (Redland ve Stuijbergen 1993). Schwarzer ve Fuchs (1995) sosyal desteğin, bireyin öz-etkililik-yeterliliğinin oluşmasında ve sürdürülmesinde önemli bir faktör olduğunu belirtmiştir. Hemşireler bu noktada bireyin destek sistemlerini harekete geçirmeli, bakıma katılmaları konusunda desteklemeli ve olumlu sağlık davranışlarının gelişmesinde önemli yeri olan öz-etkililik-yeterlilik düzeyinin yükselmesi için doğru kaynaklara yönlendirmelidir. Bunların yanı sıra Aksayan Gözüm (1998) şu noktalarda bazı stratejiler geliştirmiştir.

1. Hemşireler, bireylerin genel ve duruma özel öz-etkililik-yeterlilik algısını değerlendirmelidir.
2. Hedeflenen davranış, çok karmaşık ve uzun süre gerektiriyorsa daha kolay ele alınabilmesi için küçük parçalara bölünmelidir.
3. En basit ve en kısa süren davranış değişimine öncelik verilmelidir.
4. Engeller ve yüksek riskli durumların belirlenmesi alınacak önlemlerin saptanması bakımından önemlidir. Bunun için ağırlıklı olarak gözlem tekniği ile ileri veri toplamalıdır.
5. Bireylerin başarılı davranışlarına olumlu pekiştiriciler verilerek desteklenmelidir.
6. Uzun süreli amaçlara doğru ilerlerken gelişmeler, bireyin daha sonra hatırlayabilmesi için kaydedilmelidir.
7. Bireyler hem geçici hem de sürekli kalıcı davranışları gerçekleştirme kapasiteleri konusunda ikna edilmelidir. Örneğin; sigarayı belirli bir süre için ve daha sonra sürekli bırakma gibi
8. Konuyla ilgili bilgi verilmeli, en önemli noktalar eğitimin ya başında ya da sonunda vurgulanmalıdır.
9. Modelleme tekniği kullanılarak olumlu rol modellerinden yararlanılmalıdır.
10. Eş, arkadaş, aile, iş çevresi gibi sosyal destek sistemlerinin devreye girmesi sağlanmalıdır.
11. Stresle başetme yolları öğretilerek, bireyin öz-etkililik-yeterlilik algısını ve dolayısıyla davranışın başlatılıp sürdürülmesini olumsuz etkileyebilecek anksiyete ve stresin engellenmesi veya azaltılmasına çalışılmalıdır.

Sağlık personelleri özellikle de hemşireler, bu stratejileri kullanarak bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen öz-etkililik-yeterlilik algılarını yükseltebilirler. Böylece sağlıklı davranışı terk etme ve sağlıklı davranışı başlatarak sürdürme konusunda bireylere destek olabilir, kalıcı davranış değişiklikleri sağlayabilir ve gerekli konularda danışmanlık yapabilirler.

III. YÖNTEM

III.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma Sivas il merkezi birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik-yeterlilik düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

III.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Sivas İli Belediye sınırları içinde yer alan 19 Sağlık Ocağı, Verem Savaş Dispanseri, Ana Çocuk Sağlığı Merkezi ve Sağlık Müdürlüğü'nde yapılmıştır. Bu birinci basamak sağlık kurumlarından sağlık ocaklarında çalışan sağlık personelleri hemşire, doktor, ebe, sağlık memuru, diş hekimi, röntgen teknisyeni ve laboratuvar teknikerinden oluşmaktadır. İl merkezine bağlı bu sağlık ocaklarında koruyucu sağlık hizmetleri, tarama ve takipler, diş polikliniği hizmetleri, laboratuvar ve radyolojik tanılama işlemleri, 112 Acil Hizmetleri sunulmaktadır. Sivas İl Merkezi birinci basamak sağlık kurumlarının listesi Ek-4'te verilmiştir.

III.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sivas İli Belediye sınırları içerisinde yer alan birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan; 97 doktor, 88 hemşire, 135 ebe ve 108 diğer sağlık personeli (sağlık memuru, diş hekimi, röntgen teknisyeni, laboratuvar teknisyeni) olmak üzere toplam 428 sağlık personeli oluşturmaktadır. Evrenin tamamının örnekleme alınması planlanmış ancak, araştırma sırasında doğum izini nedeniyle bulunamayan, eş durumu, dönem tayini nedeniyle il dışına tayin edilen ve anket formu doldurmayı kabul etmeyen 49 sağlık personeli örnekleme alınamamıştır. Bu nedenle araştırmanın örneklemini 379 sağlık personeli oluşturmuştur.

III.4. Veri Toplama Araçları

Veriler üç ayrı form aracılığıyla toplanmıştır. Bunlar Kişisel Bilgi Formu (Ek.1), “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Life-Style Profile)” (Ek.2) ve “Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (The Self-Efficacy Scale)” (Ek.3) dir.

III. 4. 1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen bu formda araştırmaya alınan sağlık personelinin; yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çalışma yılı, aile tipi, çocuk sayısı, ekonomik durumu gibi tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik 11 soru yer almaktadır.

III. 4. 2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD) (Health Promotion Life-Style Profile)

Bu ölçek, 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiştir. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçmektedir. Birçok topluluk üzerinde yapılan çalışmada geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçektir. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.92 olarak belirlenmiştir. SYBD ölçeğinin alt ölçekleri için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.70 ile 0.90 arasında değişmektedir (Walker ve ark. 1987).

SYBD ölçeğinin Türkiye’de geçerliliği güvenilirliği 1997 yılında Nihal Esin tarafından “Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi” adlı doktora tezinde yapılmıştır (Esin 1997). Esin çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha değerini 0.91’olarak belirlemiştir. Bizim çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.93 bulunmuştur.

Esin' in (1997) geçerlilik güvenirliliğini yaptığı bu ölçek, toplam olarak 48 maddeden oluşmuştur. Ölçeğin altı alt grubu vardır. Alt gruplar; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimidir. Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını verir.

- Kendini gerçekleştirme alt grubu; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler.
- Sağlık sorumluluğu alt grubu; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler.
- Egzersiz alt grubu; sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir.
- Beslenme alt grubu; bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler.
- Kişilerarası destek; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler.
- Stres yönetimi; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin tüm maddeleri olumludur. Ters madde yoktur. İşaretleme 4'lü likert tipi ölçek üzerine yapılır. Hiçbir zaman yanıtı için 1, bazen yanıtı için 2, sık sık yanıtı için 3, düzenli olarak yanıtı için 4 puan verilir.

Ölçeğin tamamı için en düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir.

Kendini gerçekleştirme için, en düşük puan 13, en yüksek puan 52'dir.

Sağlık sorumluluğu için, en düşük puan 10, en yüksek puan 40'dir.

Egzersiz alt grubu için, en düşük puan 5, en yüksek puan 20'dir.

Beslenme alt grubu için, en düşük puan 6, en yüksek puan 24'tür.

Kişilerarası destek ve stres yönetimi için, en düşük puan 7, en yüksek puan 28'dir.

Ölçeğin alt grupları farklı madde sayısından oluşmuştur. Bu maddeler şunlardır:

Kendini gerçekleştirme: (13 madde) 3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44, 48.

Sağlık sorumluluğu : (10 madde) 2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43, 46.

Egzersiz : (5 madde) 4, 13, 22, 30, 38.

Beslenme : (6 madde) 1, 5, 14, 19, 26, 35.

Kişilerarası destek : (7 madde) 10, 18, 24, 25, 31, 39, 47.

Stres yönetimi : (7 madde) 6, 14, 27, 36, 40, 41, 45.

III. 4. 3. Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (ÖEY) (The Self- Efficacy Scale)

Sherer ve arkadaşları tarafından 1982 yılında davranış ve davranışsal değişimleri değerlendirmek üzere geliştirilen bir öz değerlendirme ölçeğidir. Türkçe formunun geçerlilik güvenirliliği Gözüm ve Aksayan tarafından 1999 yılında sınıf öğretmenleri ile yapılmıştır. Ölçeğin tüm ifadelerinin dahil edildiği Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.81, test-tekrar test güvenirliliği 0.92 olarak bulunmuştur (Gözüm, Aksayan 1999). Bizim çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach Alpha 0.78 bulunmuştur. Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ) 5’li Likert tipi bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Yirmi üç maddelik ölçekte her bir madde için;

1: “beni hiç tanımlamıyor”

2: “beni biraz tanımlıyor”

3: “kararsızım”

4: “beni iyi tanımlıyor”

5: “beni çok iyi tanımlıyor” seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmektedir.

Her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Ancak 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22. maddeler ters yönde puan almaktadır. Böylece ölçekten en az 23, en fazla 115 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması, bireyin öz-etkililik-yeterlilik algısının iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Ölçeğin dört alt faktörü vardır.

Bunlar:

1. Davranışa başlama: 2, 11, 12, 14, 17, 18, 20, 22. maddeleri,
2. Davranışı sürdürme: 4, 5, 6, 7, 10, 16, 19. maddeleri,
3. Davranışı tamamlama: 3, 8, 9, 15, 23. maddeleri,
4. Engellerle mücadele: 1, 13, 21. maddeleri içermektedir.

III. 5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın verilerinin toplanmasına başlanmadan önce İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli yazılı izin alınmıştır. Sağlık personeline ise araştırmanın amacı açıklanarak sözel izinleri alınmış ve araştırmaya katılmaları sağlanmıştır. Daha sonra kişisel bilgi formunun ön uygulaması yapılmıştır. Bu amaçla form bir sağlık ocağında çalışan sağlık personeline uygulanmış, ön uygulama sonucunda soru formunda gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra asıl veri toplama işlemine başlanmıştır. Veriler 1 Haziran ile 31 Eylül 2007 tarihleri arasında toplanmıştır. Formların doldurulması ortalama 15-20 dakika sürmüştür. Soru formu ve ölçekler araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık personeline gerekli açıklamalar yapıp araştırmacı tarafından dağıtılarak, formları sağlık personelinin kendi kendine doldurması sağlanmıştır. Formların doldurulması sırasında araştırmacı kişilerin yanında bulunmuş, formların doldurma işlemi bittikten sonra formlar araştırmacı tarafından toplanmıştır.

III. 6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeyi Ölçeğini değerlendirmek için ölçeklerden alınan puanlar esas alınmıştır. Ölçeklerden alınan puanlar arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik-yeterlilik düzeyi o ölçüde yüksek olarak değerlendirilmiştir. Araştırmadan elde edilen tüm veriler bağımlı ve bağımsız değişkenler dikkate alınarak, bilgisayar ortamında SPSS 10.0 yazılım

programında veri tabanı oluşturularak, yüzdellik, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi), Mann Whitney U testi, varyans analizi ve korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum gibi sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgileriyle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği'nden aldıkları puanları karşılaştırırken t testi ve varyans analizi kullanılmıştır. Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik puanlarıyla öz-etkililik-yeterlilik düzeyi puanlarının karşılaştırılmasında ise korelasyon analizi kullanılmıştır.

III.7. Araştırmanın Süresi

Araştırma Aralık 2006'dan itibaren planlanmaya başlanmış, Mart 2007 tarihinde tez önerisi olarak sunulmuştur. Tez önerisinin kabulünden sonra veriler 1 Haziran ile 31 Eylül 2007 tarihleri arasında toplanmış, 2007 yılı Ekim ve Kasım aylarında değerlendirilmiştir. 2008 yılı Ocak – Ağustos aylarında ise tez yazımı tamamlanmıştır.

BULGULAR

Tablo 1. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelini Tanımlayıcı Bazı Özellikler (n = 379)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş		
19 – 28 yaş	74	19.5
29 – 38 yaş	263	69.4
39 – 48 yaş	42	11.1
Cinsiyet		
Erkek	120	31.7
Kadın	259	68.3
Medeni Durum		
Evli	320	84.4
Bekar	59	15.6
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	358	94.5
Geniş Aile	21	5.5
Çocuk Sahibi Olma Durumu (n = 320)		
Var	271	60.3
Yok	49	39.7
Çocuk Sayısı (n = 320)		
Çocuğu olmayan	49	15.3
Bir çocuk	120	37.5
İki çocuk	133	41.5
Üç çocuk ve üzeri	18	5.7
Meslek		
Hemşire	84	22.2
Doktor	90	23.7
Ebe / ebe- hemşire	126	33.2
Diğer*	79	20.9
Mezun Olunan Okul		
Sağlık Meslek Lisesi	121	31.9
Sağlık Hizmetleri MYO	95	25.1
Sağlık Yüksekokulu	14	3.7
Hemşirelik Yüksekokulu	30	7.9
Tıp Fakültesi	90	23.7
Diğer**	29	7.7
Çalışma Süresi		
1 - 5 yıl	49	12.9
6 - 10 yıl	160	42.2
11 - 15 yıl	113	29.8
16 - 20 yıl	44	11.6
21 - 25 yıl	13	3.5
Ekonomik Durum		
İyi	103	27.2
Orta	258	68.1
Kötü	18	4.7

* Dış hekim, sağlık memuru, röntgen teknisyeni, laboratuvar teknikeri

** Dış Hekimliği Fak., AÖF Veterinerlik, İşletme, Tarih, İktisat, Kamu Yönetimi, Haberleşme.

Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin bazı tanımlayıcı özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Sağlık personelinin % 68.3’ü kadın, % 31.7’si erkek, % 69.4’ü 29-38 yaşları arasında ve yaş ortalaması 32.30’dur. Yüzde 84.4’ü evli olan sağlık personelinin %39.8’i iki ve üzeri ocuk sahibi ve %94.5’i çekirdek aile tipinde yaşamaktadır.

Sağlık personelinin mesleklerine bakıldığında, % 33.2’si ebe, % 23.7’si doktor, % 22.2’si hemşire ve % 20.8’i diğer meslek gruplarından (diş hekim, sağlık memuru, röntgen teknisyeni, laboratuvar teknikeri) oluşmaktadır. Ebe ve hemşirelerin yaklaşık üçte biri sağlık meslek lisesi mezunudur. Sağlık personelinin % 42.2’sinin çalışma süresi 6-10 yıldır ve % 68.1’i ekonomik durumunu orta olarak belirtmiştir.

Tablo 2. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu, Sahip Oldukları Kronik Hastalıklar ve Sürekli İlaç Kullanma Durumu (n=80)

Kronik Hastalık Durumu (n=379)	Sayı	Yüzde
Var	80	21.1
Yok	299	78.9
Kronik Hastalığın Tipi (n=80)*		
Dolaşım Sistemi Hastalıkları	30	36
Sinir Sistemi Hastalıkları	25	31
Solunum Sistemi Hastalıkları	8	10
Endokrin Sistem Hastalıkları	5	6
Psikiyatrik Hastalıklar	5	6
Sindirim Sistemi Hastalıkları	4	5
Boşaltım Sistemi Hastalıkları	2	2
Kas İskelet Sistemi Hastalıkları	2	2
Jinekolojik Hastalıklar	2	2
Sürekli İlaç Kullanma Durumu		
Kullanan	53	66.2
Kullanmayan	27	33.8

* İfadeler birden fazla olduğu için yüzdeler n üzerinden değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamındaki sağlık personelinin % 21.1'inin kronik hastalığa sahip olduğu, sahip oldukları kronik hastalıklara bakıldığında, dolaşım sistemi ve sinir sistemi hastalıklarının ilk iki sırada yer aldığı görülmektedir. Kronik hastalığı olanların ise % 66.2 'si sürekli ilaç kullanmaktadır.

Tablo 3. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=379)

Alt Ölçekler	Orijinal Ölçeğin Alt ve Üst Değerleri	Bu Araştırmada Ölçekten Alınan Alt ve Üst Değer	Bu Araştırmada Ölçeğin Ortalama Puanları X±SD
Kendini Gerçekleştirme	13-52	18-52	37.25 ± 6.33
Sağlık Sorumluluğu	10-40	12-40	26.47 ± 5.66
Egzersiz	5-20	5-20	9.48 ± 3.49
Beslenme	6-24	6-24	17.36 ± 3.76
Kişilerarası Destek	7-28	10-29	20.65 ± 3.64
Stres Yönetimi	7-28	7-27	17.31 ± 4.20
SYBD Ölçeği	48-192	74-181	128.55 ± 21.31

Tablo 3'te SYBD ölçeğinden alınan puanlar incelendiğinde; kendini gerçekleştirme puanının 37.25 ± 6.33 , sağlık sorumluluğunun 26.47 ± 5.66 , egzersizin 9.48 ± 3.49 , beslenmenin 17.36 ± 3.76 , kişilerarası desteğin 20.65 ± 3.64 , stres yönetiminin 17.31 ± 4.20 olduğu görülmektedir. Sağlık personelinin SYBD ölçeği toplam puan ortalaması ise 128.55 ± 21.31 'dir.

Tablo 4. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Yaş Gruplarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=379)

Alt Ölçekler	YAŞ GRUPLARI			Test	
	19 - 28 n= 74 X±SD	29 - 38 n= 263 X±SD	39 - 48 n= 42 X±SD	F	p*
Kendini Gerçekleştirme	35.82 ± 6.23	37.35 ± 6.30	39.14 ± 6.25	3.84	0.02
Sağlık Sorumluluğu	25.79 ± 4.75	26.25 ± 5.81	29.02 ± 5.62	5.08	0.00
Egzersiz	9.04 ± 2.72	9.38 ± 3.56	10.92 ± 3.89	4.37	0.01
Beslenme	17.41 ± 3.10	17.15 ± 3.99	18.54 ± 3.13	2.48	0.08
Kişilerarası Destek	20.66 ± 3.30	20.58 ± 3.86	21.04 ± 2.75	0.28	0.75
Stres Yönetimi	17.04 ± 3.89	17.18 ± 4.29	18.64 ± 3.97	2.40	0.09
SYBD Ölçeği	125.78 ± 18.71	127.92 ± 21.83	137.33 ± 20.54	4.37	0.01

*Varyans analizi

Yaş grupları ile SYBD ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada, yaş ilerledikçe ölçek puan ortalamalarının da paralel olarak arttığı görülmektedir. İstatistiksel olarak, yaş ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alt ölçeği ve genel ölçek puan ortalamaları arasında fark anlamlıdır ($p<0.05$). Kendini gerçekleştirme alt ölçeği puan ortalamaları ile yaş grupları ikiyeşerli karşılaştırıldığında, 19-28 ile 39-48 yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$), diğer yaş grupları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Sağlık sorumluluğu, egzersiz alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamaları ile yaş grupları ikiyeşerli karşılaştırıldığında ise, 19-28 ile 39-48 yaş grubu; 29-38 ile 39-48 yaş grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 5. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Cinsiyetine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n= 379)

Alt Ölçekler	CİNSİYET		Test	
	Kadın n=259 X±SD	Erkek n=120 X±SD	t	p*
Kendini Gerçekleştirme	37.04 ± 6.40	37.70 ± 6.17	0.93	0.35
Sağlık Sorumluluğu	26.60 ± 5.56	26.20 ± 5.89	0.64	0.52
Egzersiz	9.17 ± 3.49	10.16 ± 3.39	2.59	0.10
Beslenme	17.85 ± 3.76	16.30 ± 3.56	3.80	0.00
Kişilerarası Destek	20.65 ±3.69	20.65 ± 3.55	0.01	0.98
Stres Yönetimi	17.19 ± 4.22	17.58 ± 4.15	0.84	0.40
SYBD Ölçeği	128.52 ± 21.06	128.60 ±21.93	0.03	0.97

*iki farkın önemlilik testi

Tablo 5'te cinsiyete göre puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi erkekler kendini gerçekleştirme, egzersiz, stres yönetimi alanlarında, kadınlar ise sağlık sorumluluğu, beslenme alanlarında daha fazla puan almışlardır. Buna rağmen cinsiyete göre yapılan karşılaştırmada, sadece cinsiyet ile beslenme alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 6. Birinci Basamak Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Medeni Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=379)

Alt Ölçekler	MEDENİ DURUM		Test	
	Bekar n=59 X±SD	Evli n=320 X±SD	t	p*
Kendini Gerçekleştirme	36.82 ± 6.08	39.57 ± 7.14	2.77	0.00
Sağlık Sorumluluğu	26.09 ± 5.63	28.52 ± 5.41	3.05	0.00
Egzersiz	9.32 ± 3.43	10.38 ± 3.66	2.17	0.03
Beslenme	17.43 ± 3.73	16.98 ± 3.97	0.84	0.39
Kişilerarası Destek	20.53 ± 3.50	21.30 ± 4.31	1.29	0.19
Stres Yönetimi	17.12 ± 4.10	18.37 ± 4.59	2.11	0.03
SYBD Ölçeği	127.33 ± 20.90	135.15 ± 22.43	2.60	0.00

* İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi

Medeni durum ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bekarlar kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi alanlarında evlilere göre daha düşük puan alırken, evliler beslenme alanında daha düşük puan almışlardır. Medeni duruma göre yapılan istatistiksel karşılaştırmada, beslenme ve kişilerarası destek dışındaki alanların puanları arasında fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 7. Birinci Basamak Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Aile Tipine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=379)

Alt Ölçekler	AİLE TİPİ		Test
	Çekirdek Aile n=358 X±SD	Geniş Aile n=21 X±SD	
Kendini Gerçekleştirme	37.20 ± 6.32	38.04 ± 6.49	MU*= 3528.500 Z= - 0.47 p= 0.63
Sağlık Sorumluluğu	26.50 ± 5.73	26.04 ± 4.35	MU= 3639.500 Z= - 0.24 p= 0.80
Egzersiz	9.52 ± 3.47	8.80 ± 3.70	MU= 3173.000 Z= - 1.20 p= 0.22
Beslenme	17.35 ± 3.77	17.47 ± 3.76	MU= 3563.000 Z= - 0.40 p= 0.68
Kişilerarası Destek	20.62 ± 3.70	21.19 ± 2.46	MU= 3407.000 Z= - 0.72 p= 0.46
Stres Yönetimi	17.26 ± 4.12	18.14 ± 5.43	MU= 3499.000 Z= - 0.53 p= 0.59
SYBD Ölçeği	128.48 ± 21.38	129.71 ± 20.42	MU= 3718.000 Z= - 0.08 p= 0.93

*Mann Whitney U testi

Aile tipine göre yapılan karşılaştırmalarda, geniş aile yapısına sahip kişilerde; kendini gerçekleştirme, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları çekirdek aileye göre daha fazla iken, çekirdek aile yapısında olanlarda sağlık sorumluluğu ve egzersiz alt ölçek puanlarının daha fazla olduğu belirlenmiş fakat istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Tablo 8. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n =320)

Alt Ölçekler	ÇOCUK SAHİBİ OLMA		Anlamlılık Derecesi	
	Var n=271 X±SD	Yok n=49 X±SD	t	p*
Kendini Gerçekleştirme	37.23 ± 6.33	37.29 ± 6.35	0.08	0.93
Sağlık Sorumluluğu	26.13 ± 5.82	27.33 ± 5.17	1.86	0.62
Egzersiz	9.27 ± 3.52	10.01 ± 3.36	1.87	0.06
Beslenme	17.46 ± 3.84	17.12 ± 3.57	1.79	0.42
Kişilerarası Destek	20.51 ± 3.51	21.00 ± 3.94	1.19	0.23
Stres Yönetimi	17.22 ± 4.23	17.53 ± 4.13	0.64	0.52
SYBD Ölçeği	127.84 ± 21.95	130.96 ± 19.60	1.01	0.31

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi

Sağlık personelinin çocuk sahibi olma durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, çocuğu olmayanlar beslenme alanı dışında kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi alanlarında çocuğu olanlara göre daha fazla puan almakla birlikte çocuk sahibi olma durumu ile SYBD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 9. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Çocuk Sayısına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n =271)

Alt Ölçekler	ÇOCUK SAYISI			Test	
	Bir çocuk n=120 X±SD	İki Çocuk n=133 X±SD	Üç ve Üzeri n=18 X±SD	F	p*
Kendini Gerçekleştirme	36.73 ± 6.97	37.51 ± 5.41	38.55 ± 8.05	0.59	0.61
Sağlık Sorumluluğu	26.14 ± 6.29	26.12 ± 5.31	26.16 ± 6.39	1.15	0.32
Egzersiz	9.06 ± 3.56	9.36 ± 3.46	10.05 ± 3.73	1.64	0.18
Beslenme	16.93 ± 4.33	17.90 ± 3.34	17.66 ± 3.62	1.65	0.17
Kişilerarası Destek	20.20 ± 3.80	20.71 ± 3.19	21.11 ± 3.84	1.06	0.36
Stres Yönetimi	16.89 ± 4.61	17.48 ± 3.86	17.61± 4.17	0.60	0.61
SYBD Ölçeği	125.96 ± 24.16	129.09 ± 19.14	131.16 ± 25.86	0.95	0.41

*Varyans analizi

Tablo 9 incelendiğinde, çocuğu olmayanların sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının, iki çocuğa sahip olanların beslenme puan ortalamalarının, üç ve üzerinde çocuğa sahip olanların ise, kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamalarının daha fazla olduğu görülmektedir. Buna karşılık sağlık personelinin çocuk sayısı ile SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, çocuk sayısı ile alt ölçek puan ortalamaları ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 10. Birinci Basamak Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Mesleğine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=379)

Alt Ölçekler	MESLEK				Test	
	Hemşire	Doktor	Ebe	Diğer**	F	p*
	n=84 X±SD	n=90 X±SD	n=126 X±SD	n=79 X±SD		
Kendini Gerçekleştirme	36.47 ± 6.54	37.87 ± 6.42	36.50 ± 5.99	38.55 ± 6.36	2.43	0.06
Sağlık Sorumluluğu	25.72 ± 5.76	27.05 ± 5.97	26.11 ± 5.24	27.18 ± 5.79	1.40	0.24
Egzersiz	9.47 ± 3.44	9.65 ± 3.50	8.89 ± 3.44	10.25 ± 3.48	2.57	0.05
Beslenme	17.48 ± 3.98	16.70 ± 3.41	18.22 ± 3.73	16.62 ± 3.73	4.27	0.00
Kişilerarası Destek	20.60 ± 3.71	20.41 ± 3.21	20.15 ± 3.69	21.78 ± 3.78	3.53	0.01
Stres Yönetimi	17.17 ± 4.10	17.37 ± 3.50	17.27 ± 4.52	17.45 ± 4.55	0.06	0.97
SYBD Ölçeği	126.95 ± 22.10	129.07 ± 20.02	127.16 ± 21.13	131.86 ± 22.14	0.98	0.39

* Varyans analizi

** Diş Hekimi, Sağlık Memuru, Röntgen Teknisyeni, Laboratuvar Teknisyeni

Meslek ile SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ebelerin beslenme, diğer meslek grubuna ait olan sağlık personelinin (diş hekimi, sağlık memuru, röntgen-laboratuvar teknisyeni) ise, kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Doktorlar ile hemşirelerin puanlarına bakıldığında, doktorların kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres yönetimi ve genel ölçek puanları hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. Hemşireler ise doktorlara göre beslenme ve kişilerarası destek alanlarında daha fazla puan almışlardır. Hemşireler ile ebelerin puanları karşılaştırıldığında ise, hemşirelerin egzersiz ve kişilerarası destek alanlarındaki puanları ebelere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Sağlık personelinin mesleği ile SYBD ölçeği puan ortalamaları istatistiksel açıdan karşılaştırıldığında, egzersiz, beslenme ve kişilerarası destek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Egzersiz alt ölçeği puan ortalamaları ile meslekler ikiyeşerli karşılaştırıldığında, ebeler ile diş hekimi, sağlık memuru, röntgen ve laboratuvar teknisyeni arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Beslenme alt ölçeği puan ortalamaları ile meslekler ikiyeşerli karşılaştırıldığında, ebeler ile doktorlar ve ebeler ile diğer sağlık personeli arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kişilerarası destek alt ölçeği puan ortalamaları ile meslekler ikiyeşerli karşılaştırıldığında ise, ebeler ile diğer sağlık personeli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 11. Birinci Basamak Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Mezun Olduğu Okula Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=379)

Alt Ölçekler	MEZUN OLUNAN OKUL						Test	
	SML	SHMYO	TF	HYO	SYO	Diğer	F	p*
	n=121	n=95	n = 90	n=30	n=14	n= 29		
X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD			
Kendini Gerçekleştirme	36.93 ± 6.27	36.92 ± 5.98	37.82 ± 6.42	37.46 ± 6.53	39.28 ± 7.22	36.51 ± 6.33	0.65	0.65
Sağlık Sorumluluğu	25.96 ± 5.61	26.58 ± 5.96	27.05 ± 5.97	26.73 ± 5.23	26.85 ± 5.58	25.96 ± 4.46	0.46	0.80
Egzersiz	9.23 ± 3.63	9.40 ± 3.49	9.65 ± 3.50	9.36 ± 2.84	11.28 ± 3.14	9.55 ± 3.57	0.92	0.46
Beslenme	17.82 ± 3.70	17.13 ± 3.95	16.70 ± 3.41	18.20 ± 4.10	18.14± 1.74	17.00 ± 4.55	1.47	0.19
Kişilerarası Destek	20.45 ± 3.97	20.41 ± 3.61	20.41 ± 3.21	21.63 ± 2.93	21.85± 3.00	21.44 ± 4.34	1.25	0.28
Stres Yönetimi	17.01 ± 4.04	17.57 ± 5.17	17.37 ± 3.50	17.40 ± 3.71	20.14 ± 2.87	16.06 ± 3.83	2.00	0.07
SYBD Ölçeği	127.43 ± 22.09	128.04 ± 22.38	129.07 ± 20.02	130.80± 20.68	137.57 ± 17.24	126.55 ± 21.07	0.70	0.62

SML= Sağlık Meslek Lisesi, SHMYO = Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, TF=Tıp Fakültesi, HYO= Hemşirelik Yüksekokulu, SYO= Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü, Diğer= Diş Hekimliği Fakültesi, Veterinerlik, İşletme, Tarih, İktisat, Kamu, Haberleşme

*Varyans analizi

Mezun olunan okul ile SYBD ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında, ebelik mezunlarının, kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi ve genel ölçek puanlarının, Tıp Fakültesi mezunlarının, sağlık sorumluluğu puanlarının, Hemşirelik Yüksekokulu mezunlarının ise, beslenme puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik ile tıp mezunları karşılaştırıldığında, hemşirelik mezunlarının beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi ve genel ölçek puanları tıp mezunlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelik mezunları ebelik mezunlarıyla karşılaştırıldığında ise, ebelerin beslenme dışındaki alanlarda hemşirelere göre fazla puan aldıkları belirlenmiştir. Diğer taraftan Hemşirelik Yüksekokulu mezunları ile Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının puanları incelendiğinde, hemşirelik mezunlarının bütün alanlarda, SML mezunlarına göre fazla puan aldıkları ortaya çıkmakla birlikte kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 12. Birinci Basamak Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Çalışma Yılına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=379)

Alt Ölçekler	ÇALIŞMA YILI				Anlamlılık Derecesi	
	1-5 yıl n=49 X±SD	6-10 yıl n=160 X±SD	11-15 yıl n=113 X±SD	16 ve üzeri yıl n= 57 X±SD	F	p*
Kendini Gerçekleştirme	38.22 ± 7.05	35.87 ± 6.19	37.69 ± 6.06	39.40 ± 5.83	5.47	0.01
Sağlık Sorumluluğu	27.57 ± 5.82	25.66 ± 5.61	26.16 ± 5.56	28.42 ± 5.39	4.16	0.06
Egzersiz	9.48 ± 3.01	9.21 ± 3.60	9.25 ± 3.24	10.70 ± 3.84	2.82	0.03
Beslenme	16.81± 3.43	16.76 ± 3.71	17.27 ± 3.94	19.68 ± 2.96	9.50	0.00
Kişilerarası Destek	21.36 ± 3.99	20.30 ± 3.43	20.61 ± 4.01	21.10 ± 3.08	1.42	0.23
Stres Yönetimi	17.77 ± 4.04	16.79 ± 4.31	16.85 ± 4.02	18.28 ± 3.81	5.92	0.01
SYBD Ölçeği	131.24± 20.75	124.61 ± 21.33	127.87 ± 21.00	138.61 ± 19.17	6.63	0.00

*Varyans analizi

Mesleğinde 16 yıl ve üzeri çalışanların, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. 1-5 yıl arası çalışan sağlık personelinin ise kişilerarası destek puan ortalamasının diğer çalışma yıllarına göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Çalışma yılı ile SYBD ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kendini gerçekleştirme, egzersiz, beslenme, stres yönetimi ve SYBD puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alt ölçeği puan ortalamaları ile çalışma yılı ikiyeşerli karşılaştırıldığında, 6-10 yıl çalışanlar ile 16 yıl ve üzeri çalışanlar arasında, beslenme ölçeği puanlarıyla çalışma yılı ikiyeşerli karşılaştırıldığında, 1-5, 6-10 ve 11-15 yıl çalışanlar ile 16 yıl ve üzeri çalışanlar arasında, stres yönetimi ölçeği puan ortalamaları ile çalışma yılı ikiyeşerli

karşılaştırıldığında ise, çalışma yılı 6-10 yıl ile 16yıldan fazla olanlar arasında; 11-15 yıl ile 6-10 yıl ve 16 yıldan fazla olanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yine genel ölçek puan ortalamaları ile çalışma yılı ikişerli karşılaştırıldığında da, çalışma yılı 6-10 ve 11-15 yıl olanlar ile 16 yıldan fazla olanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 13. Birinci Basamak Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Ekonomik Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=379)

Alt Ölçekler	EKONOMİK DURUM			Test	
	İyi	Orta	Kötü	F	p*
	n=103	n=258	n= 18		
X±SD	X±SD	X±SD			
Kendini Gerçekleştirme	38.17 ± 5.63	36.91 ± 6.49	36.88 ± 7.48	1.50	0.22
Sağlık Sorumluluğu	27.29 ± 5.74	26.13 ± 5.59	26.61 ± 6.02	1.53	0.21
Egzersiz	9.64 ± 3.23	9.29 ± 3.53	11.44 ± 3.85	3.38	0.03
Beslenme	17.14 ± 3.75	17.34 ± 3.74	18.83 ± 4.11	1.54	0.21
Kişilerarası Destek	21.23 ±2.83	20.43 ± 3.89	20.55 ± 4.03	1.79	0.16
Stres Yönetimi	17.50 ± 3.66	17.14 ± 4.29	18.72 ± 5.52	1.33	0.26
SYBD Ölçeği	130.99 ± 18.35	127.26 ± 21.91	133.05 ± 27.03	1.55	0.21

*Varyans analizi

Tablo 13 incelendiğinde, ekonomik durumunu iyi olarak tanımlayanların kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayanların ise egzersiz, beslenme, stres yönetimi ve genel puan ortalamalarının daha fazla olduğu görülmekle birlikte egzersiz alanı dışındaki alt ölçek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 14. Birinci Basamak Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Kronik Hastalık Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=379)

Alt Ölçekler	KRONİK HASTALIK		Test	
	Yok n=299 X±SD	Var n= 80 X±SD	t	P*
Kendini Gerçekleştirme	37.56 ± 6.34	37.17 ± 6.33	0.49	0.62
Sağlık Sorumluluğu	26.81 ± 5.62	26.38 ± 5.68	0.60	0.54
Egzersiz	9.42 ± 3.11	9.50 ± 3.58	0.18	0.85
Beslenme	17.96 ± 3.79	17.20 ± 3.75	1.60	0.11
Kişilerarası Destek	20.51 ±3.81	20.69 ± 3.60	0.31	0.69
Stres Yönetimi	18.01 ± 4.20	17.13 ± 4.18	1.67	0.09
SYBD Ölçeği	130.28 ± 21.75	128.08 ± 21.20	0.82	0.41

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi

Kronik hastalık ile SYBD ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasında, 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 olmasına rağmen istatistiksel karşılaştırmada anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 15. Birinci Basamak Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Öz-Etkililik- Yeterlilik (ÖEY) Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=379)

Alt Ölçekler	Orijinal Ölçeğin Alt ve Üst Değeri	Ölçekten Bu Araştırmada Alınan Alt ve Üst Değerler	Bu Araştırmada Ölçeğin Ortalama Puanları X±SD
Davranışı Başlatma	8-40	8-40	20.35 ± 8.16
Davranışı Sürdürme	7-35	7-35	18.27 ± 7.48
Davranışı Tamamlama	5-25	5-25	18.94 ± 4.14
Engellerle Mücadele	3-15	3-15	8.9 ± 2.48
ÖEY Ölçeği	23-115	32-115	66.53 ± 14.80

Tablo 15 incelendiğinde, ÖEY ölçeğinin puan ortalamalarından davranışı başlatma puan ortalaması 20.35 ± 8.16 iken, davranışı sürdürme 18.27 ± 7.48 , davranışı tamamlama 18.94 ± 4.14 ve engellerle mücadele puan ortalaması 8.9 ± 2.48 olarak bulunmuştur. Sağlık personelinin ÖEY ölçeği toplam puan ortalaması ise 66.53 ± 14.80 'dir.

Tablo 16. Birinci Basamak Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Yaş Gruplarına Göre ÖEY Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=379)

Alt Ölçekler	YAŞ GRUPLARI			Test	
	19 – 28 yaş	29 – 38 yaş	39 – 48 yaş	F	p*
	n= 74	n= 263	n= 42		
	X±SD	X±SD	X±SD		
Davranışı Başlatma	19.71± 7.36	20.44±8.35	20.92± 8.37	0.34	0.70
Davranışı Sürdürme	17.41± 6.49	18.30± 7.75	19.61± 7.30	1.16	0.31
Davranışı Tamamlama	19.29± 3.73	18.75± 4.26	19.52± 4.04	0.95	0.38
Engellerle Mücadele	8.94± 2.40	8.75± 2.46	10.19± 2.43	6.24	0.00
ÖEY Ölçeği	65.37±13.57	66.25±14.78	70.26±16.67	1.60	0.20

*Varyans analizi

Sağlık personelinin yaş gruplarına göre ÖEY ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarına bakıldığında, 39-48 yaş grubu sağlık personelinin davranışı başlatma, sürdürme, tamamlama ve engellerle mücadele alt ölçek ve genel ölçek puan ortalamalarının diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İstatistiksel olarak, engellerle mücadele alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Engellerle mücadele alt ölçeği puan ortalamaları ile yaş grupları ikiye bölünürse karşılaştırıldığında ise, 19-28 ile 39-48 yaş grupları ve 29- 48 ile 39-48 yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p< 0.05$).

Tablo 17. Birinci Basamak Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Cinsiyetine Göre ÖEY Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=379)

Alt Ölçekler	CİNSİYET		Anlamlılık Derecesi	
	Kadın n=259 X±SD	Erkek n=120 X±SD	t	p*
Davranışı Başlatma	20.70 ± 8.26	19.61 ± 7.92	1.20	0.22
Davranışı Sürdürme	18.23 ± 7.53	18.37 ± 7.39	0.17	0.86
Davranışı Tamamlama	19.04 ± 4.24	18.72 ± 3.92	0.70	0.48
Engellerle Mücadele	8.72 ± 2.40	9.42 ± 2.58	2.55	0.01
ÖEY Ölçeği	66.71 ± 14.83	66.14 ± 14.78	0.34	0.72

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi

Sağlık personelinin cinsiyetine göre ÖEY ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarına bakıldığında, davranışı başlatma, tamamlama ve ÖEY ölçeği toplam puan ortalamasının kadınlarda daha fazla iken, erkeklerde davranışı sürdürme ve engellerle mücadele puanlarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Cinsiyet ile engellerle mücadele alt ölçeği puan ortalamaları istatistiksel yönden karşılaştırıldığında ise, kadınlar ve erkekler arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 18. Birinci Basamak Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Medeni Durumuna Göre ÖEY Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=379)

Alt Ölçekler	MEDENİ DURUM		Test	
	Bekar n=59 X±SD	Evli n=320 X±SD	t	p*
Davranışı Başlatma	19.62 ± 8.80	20.49 ± 8.04	0.74	0.45
Davranışı Sürdürme	19.03 ± 7.80	18.13 ± 7.42	0.84	0.39
Davranışı Tamamlama	20.15 ± 3.97	18.72 ± 4.14	2.45	0.01
Engellerle Mücadele	9.88 ± 2.29	8.77 ± 2.48	3.17	0.00
ÖEY Ölçeği	68.69 ± 15.41	66.13 ± 14.67	1.22	0.22

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi

Sağlık personelinin medeni durumuna göre ÖEY ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında, evli olanların davranışı başlatma puan ortalamalarının bekarlara göre daha yüksek, bekarların ise davranışı sürdürme, tamamlama, engellerle mücadele ve genel ölçek puanlarının evli olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Medeni duruma göre yapılan istatistiksel karşılaştırmada davranışı tamamlama ve engellerle mücadele alanlarında evli ve bekarların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 19. Birinci Basamak Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Aile Tipine Göre ÖEY Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=379)

Alt Ölçekler	AİLE TİPİ		Test MU p
	Çekirdek Aile n=358 X±SD	Geniş Aile n=21 X±SD	
Davranışı Başlatma	20.29 ± 8.22	21.38 ± 7.04	MU*= 3311.000 Z= - 0.91 p= 0.35
Davranışı Sürdürme	18.16 ± 7.51	20.23 ± 6.76	MU= 3001.500 Z= -1.55 p= 0.12
Davranışı Tamamlama	18.97 ± 4.22	18.38 ± 2.47	MU= 3021.000 Z= -1.51 p= 0.13
Engellerle Mücadele	8.98 ± 2.45	8.38 ± 2.95	MU= 3275.500 Z= -0.99 p= 0.31
ÖEY Ölçeği	66.42 ± 14.88	68.38 ± 13.39	MU= 3292.500 Z= -0.95 p= 0.33

*Mann Whitney U testi

Aile tipine göre ÖEY ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, geniş aileye sahip kişilerde; davranışı başlatma, sürdürme alt ölçeği ve genel ölçek puan ortalamaları çekirdek aileye sahi kişilere göre daha fazla iken, davranışı tamamlama ve engellerle mücadele alt ölçek puanlarının daha düşük olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 20. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre ÖEY Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n =320)

Alt Ölçekler	ÇOCUK SAHİBİ OLMA DURUMU		Test	
	Var	Yok	t	p*
	n=271	n=49		
	X±SD	X±SD		
Davranışı Başlatma	20.48 ± 8.08	20.03 ± 8.37	0.48	0.62
Davranışı Sürdürme	18.19 ± 7.49	18.48 ± 7.47	0.33	0.73
Davranışı Tamamlama	18.80 ± 4.04	19.28 ± 4.39	1.01	0.31
Engellerle Mücadele	8.88 ± 2.44	9.11 ± 2.58	0.79	0.42
ÖEY Ölçeği	66.37 ± 14.89	66.91 ± 14.62	0.32	0.74

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi

Sağlık personelinin çocuk sahibi olma durumuna göre ÖEY ölçeği puanları karşılaştırıldığında, çocuğu olmayan sağlık personelinin, davranışı başlatma alanı dışındaki diğer bütün alanlarda çocuğu olanlara göre daha fazla puan aldıkları belirlenmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 21. Birinci Basamak Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Çocuk Sayısına Göre ÖEY Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=271)

Alt Ölçekler	ÇOCUK SAYISI			Test	
	Bir çocuk n=120 X±SD	İki Çocuk n=133 X±SD	Üç ve Üzeri n=18 X±SD	F	p*
Davranışı Başlatma	20.71 ± 7.47	20.42 ± 8.68	19.38 ± 7.73	0.21	0.88
Davranışı Sürdürme	18.10 ± 7.59	18.50 ± 7.55	16.50 ± 6.47	0.42	0.73
Davranışı Tamamlama	18.65 ± 4.30	18.83 ± 3.96	19.61 ± 2.70	0.62	0.60
Engellerle Mücadele	8.70 ± 2.51	8.86 ± 2.30	10.22 ± 2.66	2.17	0.09
ÖEY Ölçeği	66.19 ± 14.05	66.63 ± 15.99	65.72 ± 12.42	0.06	0.97

*Varyans analizi

Çocuk sayısına göre ÖEY ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, çocuk sayısı arttıkça davranışı başlatma ve sürdürme puanlarında azalma olduğu, davranışı tamamlama ve engellerle mücadele puanlarında ise artma olduğu belirlenmiştir. Buna karşılık çocuk sayısına göre alt ölçek ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 22. Birinci Basamak Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Mesleğine ÖEY Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=379)

Alt Ölçekler	MESLEK				Test	
	Hemşire	Doktor	Ebe	Diğer**		
	n=84 X±SD	n=90 X±SD	n=126 X±SD	n=79 X±SD	F	p*
Davranışı Başlatma	19.61 ± 7.86	20.05 ± 8.29	22.25 ± 8.27	18.46 ± 7.64	4.04	0.00
Davranışı Sürdürme	17.39 ± 7.02	17.95 ± 7.34	18.87 ± 7.59	18.63 ± 7.94	0.77	0.51
Davranışı Tamamlama	18.22 ± 4.59	19.61 ± 3.43	19.03 ± 4.10	18.81 ± 4.38	1.67	0.17
Engellerle Mücadele	8.54 ± 2.48	9.24 ± 2.16	8.88 ± 2.31	9.15 ± 3.00	1.36	0.25
ÖEY Ölçeği	63.78 ± 13.79	66.78 ± 15.41	69.03 ± 14.60	65.06 ± 15.02	2.47	0.06

*Varyans analizi

** Diş Hekimi, Sağlık Memuru, Röntgen Teknisyeni, Laboratuar Teknisyeni

Sağlık personelinin mesleğine göre ÖEY ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında, doktorların ve ebelerin bütün alanlarda hemşirelerden daha fazla puan aldıkları, hemşirelerin ise diğer sağlık personelinden davranışı başlatma alanında daha yüksek puan aldığı bulunmuştur. Doktorlarla ebelerin puanları karşılaştırıldığında, doktorların davranışı tamamlama ve engellerle mücadele puan ortalamalarının ebelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık personelinin mesleğine göre ÖEY ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları istatistiksel yönden karşılaştırıldığında ise yalnızca davranışı başlatma alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Davranışı başlatma alt ölçeği puan ortalamaları ile meslekler ikiye ayrılmış karşılaştırıldığında, ebeler ile diş hekimi, sağlık memuru, röntgen ve laboratuar teknisyenleri (tabloda diğer meslek grubu olarak belirtilen) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 23. Birinci Basamak Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Mezun Olduğu Okula Göre ÖEY Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=379)

Alt Ölçekler	MEZUN OLUNAN OKUL						Test	
	SML	SHMYO	TF	HYO	SYO	Diğer	F	p*
	n=121	n=95	n = 90	n=30	n=14	n= 29		
X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD			
Davranışı Başlatma	20.65 ± 8.38	20.71 ± 8.06	20.05 ± 8.29	18.36 ± 9.27	20.71 ± 6.61	20.79 ± 6.76	0.46	0.80
Davranışı Sürdürme	18.75 ± 7.29	18.14± 7.26	17.95 ± 7.34	17.00 ± 7.91	17.28 ± 7.16	19.51 ± 9.21	0.51	0.76
Davranışı Tamamlama	18.73 ± 3.93	18.04 ± 4.13	19.61 ± 3.43	19.23 ± 5.24	20.14 ± 5.69	19.82 ± 4.61	1.97	0.08
Engellerle Mücadele	9.08 ± 2.27	8.53 ± 2.94	9.24 ± 2.16	9.26 ± 2.37	9.71 ± 3.22	8.13 ± 2.03	1.85	0.10
ÖEY Ölçeği	67.22 ± 14.37	65.44 ± 15.17	66.86 ± 15.41	63.86 ± 15.20	67.85 ± 12.76	68.27 ± 14.63	0.45	0.80

SML= Sağlık Meslek Lisesi, SHMYO = Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, TF= Tıp Fakültesi, HYO= Hemşirelik Yüksekokulu, SYO= Sağlık yüksekokulu Ebelik Bölümü, Diğer= Diş hekimliği fakültesi, Veterinerlik, İşletme, Tarih, İktisat, Kamu, Haberleşme,
*Varyans analizi

Sağlık personelinin mezun olduğu okula göre ÖEY ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, diğer okul mezunlarının (Diş hekimliği fakültesi, veterinerlik, işletme, tarih, iktisat, kamu, haberleşme) davranışı başlatma, sürdürme alt ölçek ve genel ölçek puan ortalamalarında en yüksek puanı aldığı belirlenmiştir. İkili karşılaştırmalarda Tıp Fakültesi ile Hemşirelik Yüksekokulu mezunlarının ÖEY puanlarına bakıldığında, tıp mezunlarının davranışı başlatma, sürdürme, tamamlama ve genel ölçek puan ortalamaları daha yüksek iken, hemşirelik mezunlarının ise engellerle mücadele puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. HYO ile SYO mezunları karşılaştırıldığında, ebelik mezunlarının davranışı başlatma, sürdürme, tamamlama, engellerle mücadele ve genel ölçek puanlarının hemşirelik mezunlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. HYO ile SML mezunları karşılaştırıldığında ise SML mezunlarının davranışı başlatma, sürdürme ve genel ölçek puanları yüksek iken, hemşirelik mezunlarının davranışı tamamlama ve engellerle mücadele alanlarında daha yüksek puan aldıkları belirlenmekle birlikte davranışı başlatma, sürdürme, tamamlama ve engellerle mücadele alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 24. Birinci Basamak Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Çalışma Yılına Göre ÖEY Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=379)

Alt Ölçekler	ÇALIŞMA YILI				Test	
	1-5 yıl	6-10 yıl	11-15 yıl	16 ve üzeri yıl	F	p*
	n=49 X±SD	n=160 X±SD	n=113 X±SD	n= 57 X±SD		
Davranışı Başlatma	18.36 ± 7.37	21.35 ± 7.88	19.79 ± 8.35	20.38 ± 8.93	1.96	0.11
Davranışı Sürdürme	17.73 ± 6.76	18.62 ± 7.33	17.87 ± 7.93	18.56 ± 7.66	0.33	0.80
Davranışı Tamamlama	19.81 ± 3.21	18.46 ± 4.25	18.76 ± 4.24	19.89 ± 4.17	2.53	0.56
Engellerle Mücadele	9.42 ± 2.50	8.60 ± 2.48	8.91 ± 2.31	9.59 ± 2.63	3.01	0.30
ÖEY Ölçeği	65.34 ± 13.02	67.04 ± 14.35	65.35 ± 15.61	68.43 ± 15.88	0.72	0.54

*Varyans analizi

Sağlık personelinin çalışma yılına göre ÖEY ölçeği ve alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında, 6-10 yıl çalışanların davranışı başlatma ve sürdürme puan ortalamalarının, 16 yıldan fazla çalışanların ise davranışı tamamlama, engellerle mücadele genel ölçek puan ortalamalarının daha fazla olduğu belirlenmiş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 25. Birinci Basamak Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Ekonomik Durumuna Göre ÖEY Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=379)

Alt Ölçekler	EKONOMİK DURUM			Test	
	İyi	Orta	Kötü	F	p*
	n=103	n=258	n= 18		
X±SD	X±SD	X±SD			
Davranışı Başlatma	20.30 ± 8.55	20.42 ±8.02	19.72 ± 8.20	0.06	0.93
Davranışı Sürdürme	18.39 ± 7.77	18.18 ± 7.43	18.94 ± 6.70	0.10	0.90
Davranışı Tamamlama	18.94 ± 4.12	18.96 ± 4.23	18.66 ± 3.04	0.04	0.95
Engellerle Mücadele	8.87 ± 2.74	9.04 ± 2.36	8.05 ± 2.43	1.39	0.24
ÖEY Ölçeği	66.51 ±14.73	66.61 ± 15.05	65.38 ± 11.85	0.05	0.94

*Varyans analizi

Ekonomik durumunu, orta olarak tanımlayan sağlık personelinin davranışı başlatma, davranışı tamamlama, engellerle mücadele alt ölçeği ve genel ölçek puan ortalamaları iyi ve kötü olarak tanımlayanlara göre daha yüksek, ekonomik durumu kötü olarak tanımlayanların ise davranışı sürdürme alt ölçek puanı daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05)

Tablo 26. Birinci Basamak Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Kronik Hastalık Durumuna Göre ÖEY Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=379)

Alt Ölçekler	KRONİK HASTALIK		Anlamlılık Derecesi	
	Yok n=299 X±SD	Var n= 80 X±SD	t	p*
Davranışı Başlatma	20.47 ± 7.95	19.91 ± 8.92	0.55	0.58
Davranışı Sürdürme	18.48 ± 7.38	17.51 ± 7.84	1.02	0.30
Davranışı Tamamlama	18.88 ± 4.21	19.17 ± 3.89	0.55	0.57
Engellerle Mücadele	8.86 ± 2.46	9.27 ± 2.52	1.32	0.18
ÖEY Ölçeği	66.70 ± 14.35	65.87 ± 16.42	0.41	0.68

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi

Kronik hastalığı olmayan sağlık personelinin davranışı başlatma, sürdürme alt ölçek ve genel ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, kronik hastalığı olanların ise davranışı tamamlama ve engellerle mücadele alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu belirlemiştir. Bu karşılık istatistiksel karşılaştırmada aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 27. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin SYBD Ölçeği ve ÖEY Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=379)

ÖEY \ SYBD	Davranışı Başlatma	Davranışı Sürdürme	Davranışı Tamamlama	Engellerle Mücadele	ÖEY Ölçeği Toplamı
Kendini Gerçekleştirme	r = - 0.164 p = 0.001	r = - 0.061 p = 0.239	r = 0.399 p = 0.000	r = 0.382 p = 0.000	r = 0.055 p = 0.287
Sağlık Sorumluluğu	r = - 0.129 p = 0.012	r = - 0.030 p = 0.564	r = 0.356 p = 0.000	r = 0.400 p = 0.000	r = 0.081 p = 0.117
Egzersiz	r = - 0.154 p = 0.003	r = - 0.058 p = 0.262	r = 0.273 p = 0.000	r = 0.308 p = 0.000	r = 0.014 p = 0.786
Beslenme	r = - 0.235 p = 0.000	r = - 0.216 p = 0.000	r = 0.420 p = 0.000	r = 0.325 p = 0.000	r = - 0.067 p = 0.193
Kişilerarası Destek	r = - 0.083 p = 0.105	r = 0.016 p = 0.752	r = 0.304 p = 0.000	r = 0.200 p = 0.000	r = 0.081 p = 0.115
Stres Yönetimi	r = - 0.203 p = 0.000	r = - 0.154 p = 0.003	r = 0.488 p = 0.000	r = 0.463 p = 0.000	r = 0.025 p = 0.633
SYBD Ölçeği Toplamı	r = - 0.204 p = 0.000	r = - 0.101 p = 0.049	r = 0.480 p = 0.000	r = 0.453 p = 0.000	r = 0.047 p = 0.363

Sağlık personelinin SYBD ve ÖEY ölçeği puanları arasındaki ilişki Tablo 27’de verilmiştir. Buna göre, sağlık personelinin kendini gerçekleştirme ile davranışı başlatma ($r = - 0.164$, $p=0.001$), davranışı sürdürme ($r = -0.061$, $p= 0.239$) puanları arasında ters yönlü, davranışı tamamlama ($r = 0.399$, $p=0.000$), engellerle mücadele ($r = 0.382$, $p= 0.000$) ve ÖEY ölçeği toplam puanları ($r = 0.055$, $p= 0.287$) arasında aynı yönlü ilişki katsayıları bulunmuştur. Buna göre kendini gerçekleştirme puanı arttıkça davranışı tamamlama ve engellerle mücadele puanı da artmaktadır. Diğer taraftan davranışa başlatma ve sürdürme puanı atarken kendini gerçekleştirme puanı azalmaktadır. Bulunan bu ilişki katsayılarından davranışı başlatma, davranışı tamamlama ve engellerle mücadele katsayı değerleri orta düzeyde önemli olmasına rağmen zayıf korelasyonlardır.

Sağlık personelinin sağlık sorumluluğu ile davranışı başlatma ($r = - 0,129$, $p= 0,012$), davranışı sürdürme ($r = - 0.030$, $p= 0.564$) arasında negatif, davranışı tamamlama ($r = 0.356$, $p= 0.000$) engellerle mücadele ($r = 0.400$, $p= 0.000$) ve ÖEY ölçeği toplam puanları ($r = 0.081$, $p = 0.117$) arasında pozitif ilişki katsayıları bulunmuştur. Bu sonuca göre sağlık personelinin sağlık sorumluluğu arttıkça, davranışı tamamlama, engellerle mücadele ve ÖEY genel ölçek puanı da artarken, davranışı başlatma ve sürdürme puanı azalmaktadır. Elde edilen bu ilişki katsayılarından davranışı sürdürme alt ölçek ve ÖEY ölçek toplam puanı dışındaki katsayılar istatistiksel olarak anlamlı fakat zayıf korelasyonlardır.

Egzersiz ile davranışı başlatma ($r = -0.154$, $p = 0.003$) ve sürdürme ($r = -0.058$, $p= 0.262$) arasında negatif, davranışı tamamlama ($r=0.273$, $p=0.000$), engellerle mücadele ($r = 0.308$, $p= 0.000$) ve ÖEY toplam puanları ($r = 0.014$, $p = 0.786$) arasında ise pozitif ilişki katsayıları bulunmuştur. Bu sonuca göre sağlık personelinin ÖEY toplam ölçek puanı, davranışı tamamlama ve engellerle mücadele puanları arttıkça egzersiz puanı da artmakta ancak davranışı başlatma ve sürdürme puanı artarken egzersiz puanı azalmaktadır. Egzersiz ile ÖEY ölçeği toplam puanları arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı fakat küçük korelasyonda olduğu için zayıf bir ilişki vardır.

Beslenme ile davranışı başlatma ($r = - 2.235$, $p = 0.000$), sürdürme ($r = - 0.216$, $p = 0.000$), ÖEY ölçeği toplam puanları ($r = 0.067$, $p = 0.193$) arasında negatif, davranışı tamamlama ($r= 0.420$, $p = 0.000$) ve engellerle mücadele ($r = 0.325$, $p = 0.000$) arasında pozitif ilişki bulunmuştur Buna göre davranışı tamamlama, engellerle mücadele ve ÖEY toplam ölçek puanı arttıkça beslenme puanı azalmaktadır. Diğer taraftan davranışı başlatma ve sürdürme puanı artarken beslenme puanı da artmaktadır. Bulunan bu ilişki katsayılarından davranışı tamamlama ve engellerle mücadele katsayıları önemli olmasına rağmen ($p < 0.05$) zayıf korelasyonlardır.

Kişilerarası destek ile davranışı başlatma ($r = - 0.083$, $p = 0.105$) arasında ters yönlü, davranışı sürdürme ($r = 0.016$, $p = 0.752$), tamamlama ($r = 0.304$, $p = 0.000$), engellerle mücadele ($r = 0.200$, $p = 0.000$) ve ÖEY ölçeği toplam puanları ($r=0.081$, $p=0.115$) arasında aynı yönlü ilişki katsayıları bulunmuştur. Kişilerarası destek arttıkça davranışı sürdürme, tamamlama, engellerle mücadele ve ÖEY toplam puanı artarken, davranışı başlatma puanı azalmaktadır. Bulunan bu ilişki katsayılarından davranışı sürdürme, tamamlama, engellerle mücadele ve ÖEY ölçeği toplam puan katsayıları önemli olmasına rağmen ($p < 0.05$) küçük korelasyonlardır.

Stres yönetimi ile davranışı başlatma ($r = - 0.203$, $p = 0.000$), sürdürme ($r = - 0.101$, $p = 0.049$) arasında negatif, davranışı tamamlama ($r = 0.480$, $p = 0.000$), engellerle mücadele ($r = 0.453$, $p = 0.000$) ve ÖEY ölçeği toplam puanları ($r = 0.047$, $p = 0.363$) arasında pozitif ilişki vardır. Buna göre stres yönetimi puanı arttıkça davranışı tamamlama ve engellerle mücadele ve ÖEY toplam puanı da artmakta, davranışı başlatma ve sürdürme puanı ise azalmaktadır. Bulunan bu ilişki katsayılarından davranışı tamamlama ve engellerle mücadele ve ÖEY toplam puan katsayıları önemli olmasına rağmen ($p < 0.05$) zayıf korelasyonlardır.

SYBD ölçeği toplam puanı ile davranışı başlatma ($r = - 0.204$, $p = 0.000$), sürdürme ($r = -0.101$, $p = 0.049$) arasında ters yönlü, tamamlama ($r = 0.480$, $p = 0.000$), engellerle mücadele ($r = 0.453$, $p = 0.000$) ve ÖEY ölçeği toplam puanları ($r = 0.047$, $p = 0.363$) arasında ise aynı yönlü ilişki katsayıları bulunmuştur. Buna sonuca göre SYBD ölçek puanı arttıkça davranışı tamamlama engellerle mücadele ve ÖEY toplam puanı da artarken, davranışı başlatma ve sürdürme puanı azalmaktadır. Bulunan bu ilişki katsayılarından davranışı tamamlama ve engellerle mücadele ve ÖEY ölçeği toplam puan ortalamaları önemli olmasına rağmen ($p < 0.05$) zayıf korelasyonlardır.

V. TARTIŞMA

Bu bölümde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik-yeterlilik düzeyleri iki başlık altında tartışılmış ve SYBD ile ÖEY ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

V.1. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde kendini gerçekleştirme alanında en yüksek puanı aldıkları belirlenmiştir (Tablo 3). Bunu sırasıyla; sağlık sorumluluğunun, kişilerarası desteğin, beslenmenin ve stres yönetiminin izlediği görülmektedir. Gelişme ve kendini gerçekleştirme eğilimi, yaşantıların benlikte sembolize edilmesi ile ortaya çıkmakta, benlik ile organizmanın yaşantıları arasında tutarlılık varsa, benliğin gelişmesi daha iyi düzeyde olmakta ve bireyin kendini gerçekleştirme süreci daha iyi şekillenmektedir (Biol 2004; Hosking 1993; Ülgen 1995; Velioğlu 1999). Kendini gerçekleştirme bireyin potansiyelini sonuna dek kullanma isteği ile ifade edilir. Kendini gerçekleştiren birey, kapasitesini tam olarak kullanan kişidir. (Biol 2004). Bu sonuç, araştırma kapsamındaki sağlık personelinin bilinçli ve kişisel bütünlüğe sahip olduklarını göstermektedir. Bu bütünlüğü sağlayan kişi hayatta kendisi için neyin önemli olduğunun farkındadır (Açıkgöz 1996).

Sağlığı geliştirme ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda toplumun bilgilendirilmesi, topluma danışmanlık yapılması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının topluma kazandırılmasında, sağlık personelinin önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Güneş ve ark. 2006). Araştırma sonuçlarına göre sağlık personellerinin kendini gerçekleştirme puan ortalaması 37.25 ± 6.33 tür. Bu puan ortalaması, Akça'nın (1998) ve Tokgöz'ün (2002) öğretim elemanları ile

yaptığı çalışma sonuçlarından daha yüksek bulunmuştur. Topluma rol modeli olan bu meslek grubunun rolünü yerine getirebilmesi için kendini geliştirme çabasında olması, kendini gerçekleştirme puanını etkilemiş olabilir. Ölçeğin toplam puan ortalaması 128.55 ± 21.31 olarak bulunmuştur. Bu ortalamaların Pasinlioğlu ve Gözüm'ün (1998) (117.5 ± 17.1); Ege ve ark.'nın (2003) (121.53 ± 18.52); Yalçinkaya ve ark.'nın (2007) (121.85 ± 18.05) sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmaların genel ölçek puan ortalamalarından yüksektir. Esin'in (1998) çalışan kadınlar ile yaptığı çalışmada, kadınların sağlık davranışları orta düzeyde ($120,8 \pm 2,4$) bulunurken, Güneş ve ark.'nın (2006) çalışmasında ebe-hemşirelerin $129,4 \pm 16,8$, öğretmenlerin ise $130,5 \pm 19,8$ puan aldığı bulunmuştur. Akça'nın (1998) ve Kaya ve ark.'nın (2008) çalışmasında da öğretim elemanları SYBD ölçeğinden sırasıyla $133,29 \pm 18,16$ ve 139.5 ± 18.0 puan almışlardır.

Sağlık personeli en düşük puanı egzersiz alanında almıştır. Choi Hui'nin (2002) hemşireler arasında yaptığı araştırmada da benzer şekilde hemşirelerin en düşük puanı fiziksel aktiviteden aldıkları belirlenmiştir. Bu çalışmada da diğer çalışmalara benzer şekilde bireylerin yeterince egzersiz yapmadıkları ortaya çıkmıştır (Akça 1998; Erci ve ark. 2001; Esin 1997; Güner ve Demir 2006; Kaya ve ark. 2008; Pasinlioğlu ve Gözüm 1998; Sayan 1998; Sayan ve Erci 2001; Yetkin ve Uzun 2000). Bireyler farklı nedenlerle egzersize günlük yaşantılarında yeterli zaman ayıramamaktadırlar. Oysa sedanter yaşam ve buna bağlı sorunlar günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biridir.

Volden ve arkadaşlarının (1990) Sağlığı Geliştirme Modeli'ni temel alarak 478 yetişkin birey üzerinde yaptıkları çalışmada; yaş ve medeni durum değişkenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanmasında ve sürdürülmesinde etkili olduğu bulunmuştur. Sağlığı Geliştirme Modeline göre yaş arttıkça sağlığı geliştiren davranışlara sahip olma düzeyinin de arttığı ve sağlık davranışlarının olumlu yönde değiştiği belirtilmektedir (Duffy ve ark. 1996; Pender ve ark. 1992; Maurer ve Smith (2000). Bu çalışmada SYBD ölçeği puanlarının 29-38 yaş grubunda, beslenme ve kişilerarası destek alt ölçeği

puanlarında hafif bir azalma olmakla birlikte, yaşın ilerlemesiyle 39-48 yaşlarında tekrar artış gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 4). Esin'in (1997) alışmasında 18-25 yaş grubu işçilerde beslenme puanlarının 26-49 yaş grubuna göre yüksek çıkması ise farklı bir bulgudur. Duffy ve ark.'nın (1996) alışan kadınlar arasında yaptıkları araştırmada bu çalışmada da olduğu gibi yaş arttıa genel ölçek puan ortalamasının arttığı, Akça'nın (1998) alışmasında ise yaşla birlikte ğretim elemanlarının sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi alt ölçek puan ortalamalarının arttığı bulunmuştur. Konu ile ilgili benzer çalışmalarda da yaşla birlikte sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının artış gösterdiği ortaya konulmuştur (Ege ve ark. 2003; Johson ve ark. 1993; Sayan 1998). Yaşın artışına paralel olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da artması, yaşın ilerlemesi ile bireylerin sağlık alanında daha fazla bilgi ve deneyim sahibi olmaları, daha düzenli ve dengeli bir hayat tarzı sürdürmeleri, ilerleyen yaşa bağlı ortaya çıkan sağlık problemleri ve bunların sonucunda bireylerin yaşadıkları kayıplara bağlı sağlıklarına daha fazla önem vermeleri gibi nedenlere bağlanabilir.

Kadınlar erkeklere göre fizyolojik özellikleri nedeniyle daha fazla hastalıklara yakalandıkları sağlıklarına daha fazla dikkat etmektedirler (Edelman ve Mandle 2002). Yurtdışında yapılan çeşitli çalışmalarda kadınlarda sağlığı geliştiren davranışların daha yüksek olduğu bulunmuştur Pender ve arkadaşlarının (1987) alışmasında sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve kişilerarası destek alt ölçek puan ortalamaları kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olarak belirlenmiştir. Walker ve arkadaşları (1987) sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve kişilerarası destek alt ölçekleri puan ortalamalarını kadınlarda daha yüksek bulmuşlardır. Ülkemizde Esin'in (1997) alışan işçilerle, Ege ve ark.'nın (2003) sağlık personeliyle, Yalçınkaya'nın (2007) sağlık personeli ile yaptığı çalışmada ise kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirtilmiş; En(1999)'in kalp yetersizliği olan bireylerle yaptıkları çalışmada kadınlarda sağlığa verilen önem erkeklere göre daha anlamlı bulunmuştur. Baltaş (1996), İngiltere'de yaşayan Türklerle yaptığı çalışmasında benzer olarak, sağlık davranışları hakkında kadınların erkeklere oranla daha

dikkatli olduklarını belirtmiştir. Bu çalışmada, sağlık sorumluluğu ve beslenme alanlarında SYBD ölçeği puan ortalamasının kadınlarda yüksek bulunmasına rağmen, kendini gerçekleştirme, egzersiz, stres yönetimi alanlarındaki puan ortalamasının erkeklerde daha yüksek bulunması farklı bir bulgudur. Yine genel ölçek puanları incelendiğinde erkeklerin (128.60±21.93) puan ortalamaları kadınlara (128.52±21.06) göre daha yüksek çıkmıştır. Ancak erkekler ve kadınlar arasında SYBD ölçeği puanlarındaki bu fark egzersiz alanı dışında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 5).

Dünya genelinde bekarların evlilere oranla daha fazla hastalandıkları ve hastalık yakınmaları belirttikleri bilinmektedir (Gülesen 2001). Kotler ve Wingard'ın (1989) çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında yaptığı araştırmada medeni duruma göre ölüm riski sıralandığında, evli olanlarda riskin en düşük, bekarlarda orta derecede, ayrılmış ve eşi ölmüşlerde en yüksek olduğu belirlenmiştir. Zincir ve ark.'nın (2003) çalışan ve çalışmayan kadınlar ile yaptığı araştırma ise çalışan ve evli olan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada da söz konusu çalışmalara benzer şekilde evlilerin beslenme dışında diğer bütün alanlarda bekarlara göre daha yüksek puanlar aldıkları belirlenmiştir. Medeni duruma göre yapılan karşılaştırmada, beslenme ve kişilerarası destek dışındaki alanlarda aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 6). Pender'in (1990) ve Akça'nın (1998) çalışmalarında beslenme puan ortalamasının bekarlara oranla evlilerde daha yüksek bulunması çalışmamıza göre farklı bir bulgudur. Tokgöz'ün (2002) çalışmasında, evli olan öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bekarlara göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Yine Sayan ve Erci'nin (2001) çalışan kadınlar arasında yaptıkları araştırmada, Ahijevych ve Bernhard'ın (1994) Afrika kökenli Amerikalı kadınlar arasında yaptığı çalışmada bu çalışmaya benzer olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarının evli olanlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Aile tipine göre SYBD ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 7), geniş aileye sahip kişilerde; kendini gerçekleştirme, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları çekirdek aileye göre daha fazla olduğu, çekirdek aile yapısında olanlarda ise sağlık sorumluluğu ve egzersiz alt ölçek puanlarının daha fazla olduğu görülmektedir. Tokgöz'ün (2002) kadın öğretim elemanları ile yaptığı çalışmada da egzersiz puan ortalaması çekirdek ailede daha yüksek bulunması bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Karakoç'un (2006) öğretmenlerle yaptığı çalışmada da çalışmaya benzer olarak stres yönetimi alt ölçeği puan ortalamasının geniş ailede, daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yine Çetinkaya ve ark.'nın (1994) yaptığı çalışmada da çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur. Kendini gerçekleştirme, beslenme alanları yanında özellikle kişilerarası destek ve stres yönetimi alanlarında, geniş ailede yaşayan sağlık personelinin puan ortalamalarının daha fazla olmasını, örneklem sayısı yanında, geniş ailede yaşayan bireylerin stresle baş etme ve kişilerarası destek konusunda sosyal destek kaynağı olarak aile büyüklerinden yararlanmaları, çekirdek ailede yaşayanların ise bu tür bir kaynaktan yoksun olmaları etkilemiş olabilir. Sağlık sorumluluğu alanında çekirdek ailede yaşayan bireylerin daha fazla puan almaları, geniş ailede sorumluluklar daha fazla kişi arasında paylaşılırken, çekirdek aile üyelerine daha fazla bireysel sorumluluk düşmesine bağlanabilir. Çekirdek aile tipinde egzersiz puan ortalamasının geniş aile tipine göre daha yüksek olması ise, çekirdek aile üyelerinin bu tip aktivitelere geniş aile üyelerine göre daha fazla zaman ayırabilmelerinden kaynaklanmış olabilir.

Sağlık personelinin SYBD ölçek puanları çocuk sahibi olma durumuna ve çocuk sayısına göre bakıldığında (Tablo 8, Tablo 9), çocuğu olmayanların beslenme alanı dışında kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi ve toplam ölçek puan ortalamaları daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır. Kaya ve ark.'nın (2008) öğretim elemanları arasında yaptığı çalışmada çalışmamıza benzer şekilde çocuğu olmayanların beslenme puan ortalamalarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç çocuk sahibi olmanın aileye daha fazla sorumluluk yüklemesi

ve özellikle çocukların sağlıklı gelişimi için beslenme konusunda daha fazla özen gösterilmesiyle açıklanabilir. Sahip olunan çocuk sayısına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde ise (Tablo 9), bir çocuğa sahip olan ailelerin ölçeğin bütün alanlarında çocuğu olmayanlara göre daha düşük puanlar aldıkları görülmektedir. Ancak iki çocuk sahibi olanların, kendini gerçekleştirme ve beslenme alanlarında çocuğu olmayanlara göre daha fazla puan aldıkları, bir çocuğu olanlarla karşılaştırıldığında ise, sağlık sorumluluğu alanında biraz daha düşük puan almakla birlikte, ölçeğin bütün alanlarında daha fazla puan aldıkları dikkati çekmektedir. Durum üç ve üzerinde çocuğa sahip olanlar yönünden bakıldığında, bu kişilerin ölçeğin hemen hemen tüm alanlarında diğer gruplara göre daha fazla puanlar aldıkları ortaya çıkmıştır. Oysa ailede birey sayısı arttıkça sağlığı geliştirme davranışlarının olumsuz yönde etkilendiği belirtilmektedir (Pender ve ark. 1992). Bu durum evli olma ve çocuk sahibi olmanın aileye getireceği düzenli, bir yaşam tarzı, çocukların sağlıklı gelişimi için ailenin iletişim, beslenme, egzersiz vb. alanlarında daha sağlıklı bir yapı oluşturmaya çalışması ile açıklanabilir. Bilindiği gibi aile bireyler için en önemli sosyal destek kaynağıdır. Özellikle kültürümüzde aile kurumu bireylere önemli bir konum ve saygınlık kazandırmaktadır. Çocuk sahibi olduğunda ailenin bu saygınlığı daha da artmakta ve aile yapısı daha güçlenmektedir. Nitekim Tablo 9'da da görüldüğü gibi çocuk sahibi olmakla birlikte özellikle kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek ve stres yönetimi alanlarındaki puanlarının artması ve bu artışın artan çocuk sayısına paralel devam etmesi bu düşünceleri desteklemektedir.

Meslek ile SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ebelerin beslenme, diğer meslek grubundaki sağlık personelinin (diş hekimi, sağlık memuru, röntgen-laboratuar teknisyeni) ise, kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 10). Oysa toplumun sağlık bakım gereksinimlerini karşılamak üzere eğitim alan ve görev yapan sağlık personelinin, özellikle de hemşirelerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek olması beklenmektedir. Ortaya çıkan bu sonuç, hemşirelerin bilgi ve

deneyimlerini kendi yaşam biçimlerine aktarmadıklarını düşündürmektedir. Doktorların kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamalarının, hemşirelere göre daha yüksek olması, doktorların bilimsel gelişmeleri takip ederek yaşam tarzlarına yansımaları ve ekonomik durumlarının iyi olması ile önceliklerinin farklı olması gibi nedenlere bağlanabilir. Güner ve Demir (2003)'in ameliyathane hemşireleriyle, Özkan ve Yılmaz'ın (2008) hastanede çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada da SYBD ölçeğine ait genel ölçek puanının orta düzeyde (125.96 ± 16.99) olduğu bulunmuştur. Yine Alçelik ve ark.'nın (2005) hemşirelerle yaptığı çalışmada benzer şekilde fiziksel aktivite yapmayanların oranının daha yüksek bulunduğu belirlenmiştir. Hemşirelik öğrencileri ve sağlık personeli ile yapılan çalışmalarda da bunlara benzer sonuçlar bildirilmiştir (Ayaz ve ark. 2005; Chou Hou 2002; Ege ve ark. 2003, Özbaşaran ve ark. 2004; Pasinlioğlu ve Gözüm 1998; Yalçınkaya ve ark. 2007).

Bireylerin eğitilmiş olmaları, sağlıkları konusunda karar verme ve olumlu sağlık davranışlarına yönelmelerinde etkili bir faktördür. Buna paralel olarak eğitim düzeyi arttıkça, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı artmakta ve ileri yaşlardaki sosyal uyumunu etkilemektedir (Özönder 1994). Pender (1990) eğitim durumuna göre SYBD ölçeği puanları arasında fark olmadığını belirlemiştir. Bireylerin eğitim seviyesi arttıkça sağlık hizmetlerinden daha çok yararlandıkları bilinmektedir. Bu çalışmada sağlık personelinin mezun olduğu okul ile SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ebelik mezunlarının, kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamalarının, Tıp Fakültesi mezunlarının, sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının, Hemşirelik Yüksekokulu mezunlarının ise, beslenme puan ortalamasının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Hemşirelik ile tıp mezunları karşılaştırıldığında, hemşirelik mezunlarının beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi ve genel ölçek puanları tıp mezunlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç problem çözme, stresle baş etme ve iletişim gibi konulara tıp eğitiminde sınırlı yer verilmesiyle

açıklanabilir. Hemşirelik mezunları ebelik mezunlarıyla karşılaştırıldığında ise, ebelerin beslenme dışındaki alanlarda hemşirelere göre fazla puan almışlardır. Bu durum örnekleme ebelik mezunlarının sayısının fazla olması ile ilişkilendirilebilir. Hemşirelik mezunlarının bütün alanlarda, SML mezunlarına göre fazla puan almaları, hemşirelik mezunlarının mesleğe ileri yaşta başlaması, lisans düzeyinde eğitimleri sırasında kritik düşünme, iletişim ve problem çözme becerisini geliştirmesi, bilimsel bilgi temelinden dolayı kendisini güçlü görmesi gibi nedenlere bağlanabilir. Ege ve ark.'nın (2003) çalışmasında bu çalışmaya benzer olarak yüksek okul ve fakülte mezunu sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları daha fazla çıkmıştır. Akça' nın (1998) kadın öğretim elemanları ile yaptığı çalışmada da akademik statü arttıkça sağlıklı geliştirme davranışları ortalama puanlarının arttığı belirlenmiştir. Diğer bir çalışmada ise koruyucu sağlık hizmetlerinde görev yapan ebe ve hemşirelerde, yaş ve eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık sorumluluğu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı artış olduğu belirtilmiştir (Geçkil ve Yıldız 2006).

Sağlık personelinin çalışma yılı SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında, kişilerarası destek ve sağlık sorumluluğu dışındaki alanlarda puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). On altı yıl ve üzeri çalışanların SYBD ölçeği ve kişilerarası destek puan ortalaması dışındaki alt ölçek puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Bir-beş yıl arası çalışan sağlık personelinin ise kişilerarası destek puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 12). Yaş ve çalışma yılı arttıkça, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gerçekleştirmenin de aynı doğrultuda arttığı söylenebilir. Esin'in (1997) çalışmasında sağlıklı yaşam biçimiyle ilgili davranışların çalışma yılına paralel olarak arttığı belirtilmiştir. Pasinlioğlu ve Gözüm'ün (1998) birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeli ile yaptığı çalışmasında çalışma süresi 6 yıl ve üzerinde olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları genel ortalama puanlarının, diğerlerine göre daha yüksek bulunması ve çalışma yılı arttıkça beslenme puan ortalamalarının artması benzer bir bulgudur. Ege ve

ark.'nın (2003) ve Yalçınkaya ve ark.'nın (2007) sağlık personelleri ile yaptığı çalışmalarda da çalışma yılı arttıkça kişilerin egzersiz yapma ve düzenli beslenmeye daha fazla özen gösterdiklerini belirttikleri tespit edilmiştir.

Sağlığı geliştirme modelinde, ekonomik düzeyin artması ile olumlu sağlık davranışlarına sahip olma düzeyinin arttığı belirtilmiştir (Pender ve ark. 1987; Maurer ve Smith 2000). Ekonomik durum ile SYBD puanları karşılaştırıldığında, ekonomik durumu iyi olarak tanımlayanların kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek alt ölçek puan ortalamalarının daha fazla olduğu, ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayanların ise egzersiz, beslenme, stres yönetimi ve genel puan ortalamalarının daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 13). Bu sonuç, ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayan grubun sayıca diğer gruplardan az olmasına bağlanabileceği gibi, ekonomik durumun bireylere sorularak değerlendirilmesi nedeni ile göreceli bir değerlendirme yapılmasına da bağlanabilir. Oysa, ekonomik durumun artması ile bireylerin daha iyi beslenmesi, daha sağlıklı ve dengeli bir yaşam sürdürmesi, sunulan sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabilmesi, ortaya çıkan sağlık sorunlarıyla daha kolay baş edebilmesi nedeniyle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da artması beklenmektedir. Kuzey'in (2002) ve Karakoç'un (2006) çalışmasında sınıf öğretmenlerinin yarısına yakını, ekonomik nedenlerden dolayı sosyal aktivitelere katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Walker, ve ark.'nın (1987) gençler, orta yaşlılar ve yaşlılarla, Sayan'ın (1998) çalışan kadınlarla, Akman'nın (2003) huzurevine yaşayan yaşlılarla, Zaybak ve Fadıloğlu'nun (2004) öğrencilerle, Karakoç'un (2006) öğretmenlerle yaptığı çalışmalarda ise ekonomik durumu iyi olan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları kötü olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Bireyler sedanter yaşam, bilinçsiz beslenme, şişmanlık, sigara içme ve alkol kullanma, olumsuz alışkanlıklar sergileyebilirler. Tüm bu faktörlere bağlı olarak bazı kronik hastalıklar gelişebilmektedir. Akman'nın (2003) yaşlılarla yaptığı çalışmada kronik hastalığı olanların sağlık sorumluluğu ve kişilerarası destek alt ölçek puan ortalamalarının kronik hastalığı olmayanlara göre daha

yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada da benzer olarak, kronik hastalığı olmayanların kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi alt ölçek ve genel ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, kronik hastalığı olanların ise egzersiz ve kişilerarası destek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 14). Sağlık personelinin kronik hastalık durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda, kronik hastalık ile SYBD ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kronik hastalığa sahip olan kişilerin egzersiz, kişilerarası destek alanlarında daha yüksek puan alması, bu süreçteki bireylerin sorunlarını çözmek için olumlu baş etmeler geliştirmelerinden kaynaklanmış olabilir.

V.2. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeyleri

Pender ve ark. (1992) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler arasında bireylerin fiziksel, psikolojik, tutumsal ve çevresel özelliklerini, motivasyonunu, sağlık durumları ve bireysel nedenlerini sıralamışlardır. Bireysel nedenler içinde yer alan öz-etkililik-yeterlilik algısı sağlığı geliştiren davranışlar üzerinde önemli bir belirleyicidir. Sağlık personelinin ÖEY ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek ortalama 20.35 ± 8.16 ile davranışı başlatma iken en düşük ortalama 8.9 ± 2.48 ile engellerle mücadele olarak bulunmuştur (Tablo 15). Yiğitbaş ve Yetkin'in (2003) hemşirelik öğrencileriyle, Keskin ve Orgun'un (2006) SHMYO öğrencileriyle yaptığı çalışmalarda davranışı başlatma, sürdürme ve tamamlama alt ölçeklerinde puan ortalamasının yüksek, engellerle mücadele alt ölçeğinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Söz konusu çalışmalarda ÖEY ölçeği toplam puanları (sırasıyla 91.01;87.69; 86.51) bizim çalışmamızdan (66.53 ± 14.80) daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Ege ve ark.'nın (2003) sağlık personeliyle yaptığı çalışmada da genel ortalama puanı (87.69 ± 11.09) çalışmamızda bulduğumuz puandan daha yüksek bulunmuştur.

Aksayan ve Gözüm' e göre (1998), ilerleyen yaşla birlikte kişi, yaşamında daha fazla deneyim kazanmaktadır. Öz etkililik birikiminin en önemli kaynağı olarak da, bireyin beklenen davranışı göstermede, önceki başarılı deneyimleri kabul edilmektedir. Bu çalışmada yaş gruplarına göre sağlık personelinin ÖEY ölçeği ve alt ölçek puan ortalamalarının, 39-48 yaş grubunda daha yüksek olduğu, yaş arttıkça öz-etkililik-yeterlilik düzeyinin de arttığı belirlenmiştir (Tablo 16). Tortumluoğlu'nun (2003) klimakterik dönemdeki kadınlarla yaptığı çalışmada yaş ile ölçek arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Keskin ve Orgun'un (2006) SHMYO öğrencileri ile, Otacıoğlu'nun (2008) müzik öğretmenliği öğrencileri ile yaptığı çalışmada, öğrencilerin yaş gruplarına göre ÖEY ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirilmiş, yaş ilerledikçe öğrencilerin öz-etkililik-yeterlilik düzeylerinin anlamlı derecede arttığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle yaşla birlikte öz etkililik düzeyinin artması beklenen bir sonuçtur. Bu çalışmanın genel ölçek puan ortalaması (70.26±16.67), literatürde elde edilen çalışmaların genel ölçek puan ortalamalarından daha düşük bulunmuştur (Duffy ve ark. 1996; Gözüm ve Tezel 2000; Ege ve ark. 2003; Tortumluoğlu 2003). Bu sonuç topluma rol model olması gereken sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen öz-etkililik-yeterlilik düzeylerinin yaş ile paralel artış gösterse de yeterli olmadığını düşündürmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bu davranışları etkileyen öz-etkililik-yeterlilik düzeyi ve hastalıklar genellikle cinsiyete göre farklılık göstermektedir (Hendricks ve ark. 2004). Yiğitbaş ve Yetkin'in (2003) çalışmasında kız öğrencilerin davranışı tamamlama puan ortalamasının (18.63) erkek öğrencilerden (19.79) belirgin düzeyde düşük olduğu bulunmuştur. Ege ve ark.'nın (2003) çalışmasında da erkek sağlık personelinin puanları kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Bu çalışmada ise, diğer araştırma bulgularının tersine kadınların davranışı başlatma, tamamlama ve ÖEY toplam ölçek puanlarında erkeklerden daha fazla puan aldıkları, erkeklerin ise engellerle mücadele ve davranışı sürdürme puanları kadınlara göre daha fazla bulunmuştur (Tablo 17). Ancak yapılan değerlendirmede, Keskin ve Orgun'un (2006) öğrencilerle yaptığı

çalışmaya benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum, araştırmamızın örneklemindeki kadınların oranının erkeklere göre fazla olmasından kaynaklanabileceği gibi, kadınların sağlık alanındaki karar verici, rol model olma, sağlığa ve sağlıkla ilgili davranışlara erkeklere göre, daha fazla önem verme gibi özelliklerinden kaynaklanmış olabilir.

Sağlık personelinin medeni durumuna göre ÖEY ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, evlilerin davranışı sürdürme, tamamlama ve engellerle mücadele alanlarında bekar olanlara göre daha düşük puanlar aldıkları belirlenmiştir. Medeni duruma göre yapılan karşılaştırmada davranışı tamamlama ve engellerle mücadele alanlarındaki puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 18). Bu sonuç evli olan sağlık personelinin mesleki yaşantısının yanı sıra aile yaşantısında da sorumluluklarının olması nedeniyle, daha fazla stresörle baş etmeye çalışmalarının öz-etkililik-yeterlilik düzeylerini (davranışı sürdürme, tamamlama ve engellerle mücadele ile stresle baş etme) olumsuz etkilediğini düşündürmektedir.

Aile üyelerinin, olumlu etkileşiminin bireyin sağlık davranışı kazanma düzeyini sürekli ve olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Murdaugh ve Vanderboom 1997). Keskin ve Orgun'un (2006) SHMYO öğrencileri ile yaptığı çalışmada, aile tipi belirtilmemekle birlikte, kişinin olumlu sağlık davranışları geliştirerek öz-etkililik-yeterlilik düzeyini arttırmasında öğrencilerin aileleri ve akrabaları yanında kalmalarının etkisi olduğu ifade edilmiştir. Bu çalışmada, geniş aileye sahip kişilerde; davranışı başlatma, sürdürme alt ölçeği ve genel ölçek puan ortalamaları çekirdek aileye göre daha fazla iken, davranışı tamamlama ve engellerle mücadele alt ölçek puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 19). Bu sonuç, geniş ailede yaşayanların daha fazla sosyal desteğe sahip olmalarına, davranış kazanma sürecinde birbirlerini olumlu yönde motive etmelerine, görev ve sorumluluklarını paylaşarak çeşitli stresörlerle baş etmede aile üyelerine destek olmalarına bağlanabilir.

Ailedeki birey sayısı arttıkça sağlığı geliştirme davranışlarının olumsuz yönde etkilendiği belirtilmektedir (Pender ve Barkauskas 1992). Çalışmamız bu bilgiyi destekleyecek şekilde çocuğu olmayan sağlık personelinin davranışı başlatma alanı dışındaki diğer bütün alanlarda çocuğu olanlara göre daha fazla puan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 20). Üç ve üzerinde çocuğu olanlarda, davranışı başlatma ve sürdürme puanlarında azalma olduğu, davranışı tamamlama ve engellerle mücadele puanlarında ise artma olduğu dikkati çekmektedir (Tablo 21). Çocuk sahibi olma durumuna ve çocuk sayısına göre yapılan karşılaştırmada ise alt ölçekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Ege ve ark.'nın (2003) alışmasında dört ve üzerinde çocuğu olan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen öz-etkililik-yeterlilik düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçta ve çalışmamızda çocuk sayısının artmasıyla birlikte sağlık personelinin öz-etkililik-yeterlilik düzeyinin de artması, toplumumuzda çocuğun aileye kazandırdığı statü, çocuğa doğru rol-model olma isteği, çocuk sayısı arttıkça özellikle bazı bölgelerimizde ailenin daha fazla güçlendiğinin düşünülmesi gibi kültürel özelliklere bağlanabilir.

Mesleğe göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, doktorların ve ebelerin bütün alanlarda hemşirelerden daha fazla puan aldıkları hemşirelerin ise diğer sağlık personellerinden davranışı başlatma alanında daha yüksek puan aldığı bulunmuştur. Doktorlarla ebeler karşılaştırıldığında da, doktorların davranışı tamamlama, engellerle mücadele puan ortalamalarının, ebelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık personelinin mesleğine göre ÖEY ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları istatistiksel yönden karşılaştırıldığında, davranışı başlatma alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 22). Ege ve ark.'nın (2003) sağlık personeli ile yaptığı çalışmada öz-etkililik-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, hemşireler 86.6 ± 10.1 , ebeler 86.7 ± 13.5 , sağlık memuru 89.3 ± 9.5 ve doktorlar 89.8 ± 9.2 puan aldıkları belirlenmiştir. Bu çalışmada elde edilen ortalamalar çalışmamızın ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda 69.03 ± 14.60 puan ile en

yüksek puanı ebeler almıştır. Ebelerin yüksek puan alması örneklemedeki sayılarının yüksek olmasıyla açıklanabilir.

Luan (2003) böbrek hastalarıyla yaptığı araştırmasında eğitim düzeyi ile öz-etkililik-yeterlilik düzeyi arasında olumlu bir ilişki olduğunu belirlemiştir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda da eğitim düzeyinin artmasının öz-etkililik-yeterlilik düzeyini olumlu etkilediği bulunmuştur (Büyükyörük 2003; Gözüm 1999; Otacıoğlu 2008; Yiğitbaş ve Yetkin 2003). Çalışmamızda ise, mesleklerine yönelik eğitimleri üzerine tekrar, alan dışı bölüm (veterinerlik, işletme, tarih, iktisat, kamu, haberleşme vb.) bitiren sağlık personelinin davranışı başlatma, sürdürme, tamamlama alt ölçek ve genel ölçek puan ortalamalarında daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Alan dışı eğitim alan sağlık personelinin öz-etkililik-yeterlilik düzeyinde görülen farklılık bu okul mezunlarının yaş ortalamasının daha yüksek olmasından kaynaklanmış olabilir. Tıp mezunlarının davranışı başlatma, sürdürme, tamamlama ve genel ölçek puan ortalamaları daha fazla iken, hemşirelik mezunlarının engellerle mücadele puanları daha yüksek bulunmuştur. Ebelik mezunlarının davranışı başlatma, sürdürme, tamamlama, engellerle mücadele ve genel ölçek puanlarının hemşirelik mezunlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. SML mezunlarının ise davranışı başlatma, sürdürme ve genel ölçek puanları yüksek iken, hemşirelik mezunlarının davranışı tamamlama ve engellerle mücadele alanlarında daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Hemşirelik Yüksekokulu mezunlarının engellerle mücadele alanında yüksek puan alması ise, mesleğe başlama yaşının meslek lisesine göre ileri olması, eğitimlerinin hemşirelik süreci temeline dayalı olması nedeniyle, eleştirel düşünme, iletişim ve problem çözme becerilerinin gelişmiş olmasından kaynaklanabilir. SML mezunlarının davranışı başlatma, sürdürme ve genel ölçek puanlarının hemşirelere göre daha fazla olması, SML mezunlarının örneklemedeki sayılarının daha fazla olmasına bağlanabilir (Tablo 23).

Sağlık davranışlarının başlatılması, sürdürülmesi ve tamamlanmasında öz-etkililik-yeterlilik algısı önemli bir belirleyicidir. Öz-etkililik-yeterlilik

kavramının en önemli kaynağı, bireyin istenen/gerekli davranışı göstermedeki önceki başarılı deneyim ve birikimleridir. (Aksayan ve Gözüm 1998). Sağlık personelinin çalışma yıllına göre ÖEY ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında, 6-10 yıl çalışanların davranışı başlatma ve sürdürme puan ortalamalarının, 16 yıldan fazla çalışanların davranışı tamamlama, engellerle mücadele ve genel ölçek puan ortalamalarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Sağlık personelinin çalışma yılı ile ÖEY ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 24). Ege ve ark.'nın (2003) sağlık personeliyle yaptığı çalışmada ise ilk 5 yıl çalışanlarda (90.0 ± 10.2) ve 11-15 yıl çalışanlarda (90.3 ± 10.1) öz-etkililik-yeterlilik ölçek puan ortalamaları daha fazla bulunmuştur. Bu çalışmada davranışı sürdürme ve engellerle mücadele alt ölçeği ve genel ölçek puanlarının 16 yıldan fazla çalışanlarda yüksek bulunması, bireylerin bilgi birikimi ve deneyimlerinin fazla olmasına bağlanabilir.

Bandura (1982) öz-etkililik-yeterlilik mekanizmasında, Sosyal Öğrenme Teorisi'ne göre bireyin davranışlarını etkileyen iç ve dış faktörlerden bahsetmiştir. Sosyoekonomik durum bireyin sosyal çevresinin şekillenmesinde belirleyici faktörlerin başında gelmektedir. Pender ve ark. (1987) ise sağlığı geliştirme modelinde ekonomik düzeyin olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyini pozitif yönde etkilediğini belirtmiştir. Çalışmamızda ekonomik durumunu orta düzeyde tanımlayan sağlık personelinin davranışı başlatma, tamamlama, engellerle mücadele alt ölçeği ve genel ölçek puanlarının ekonomik durumunu iyi ve kötü olarak tanımlayanlara göre yüksek olduğu, ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayanların ise davranışı sürdürme dışındaki alanlarda puanlarının düşük olduğu görülmektedir (Tablo 25). Ekonomik durum ile egzersiz dışındaki alt ölçek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Büyükyörük'ün (2003) kadınlar arasında yaptığı çalışmada da ekonomik durum ile ÖEY ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaması benzer bir bulgudur. Bu araştırmada öz-etkililik-yeterlilik puanlarının ekonomik durumunu orta düzeyde tanımlayan grupta daha yüksek

bulunması, bu grubun sayıca diğer gruplardan fazla olmasına bağlanabileceği gibi, ekonomik durumun bireylere sorularak değerlendirilmesi, yani göreceli bir değerlendirme yapılmasına da bağlanabilir.

Kronik hastalığı olmayan sağlık personelinin davranışı başlatma, sürdürme alt ölçek ve genel ölçek puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık personelinin kronik hastalık olma durumu ile ÖEY ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 26). Kronik hastalığa sahip olanların davranışı tamamlama ve engellerle mücadele alanlarında puanlarının daha yüksek olmasını, bu gruptakilerin kronik hastalık sürecindeki stresörlerle ilgili başarılı deneyimleri etkilemiş olabilir.

V.3. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin SYBD Ölçeği ve ÖEY Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBD Ölçeği alt gruplarından kendini gerçekleştirme ile ÖEY ölçeği puanları karşılaştırıldığında, kendini gerçekleştirme ile ÖEY ölçeği arasında $r=0.05$ ilişki katsayısı bulunmuştur. Bu ilişki katsayısı çok küçük ve önemsizdir. Ege ve ark.'nın (2003) sağlık personeli ile yaptığı çalışmada da kendini gerçekleştirme ile öz-etkililik-yeterlilik değişkenleri arasında $r=0.36$ 'lık bir ilişki katsayısı bulunmuştur. Bu korelasyon katsayısı bizim çalışmamızda elde edilen sonuçtan büyük olmasına rağmen küçük bir korelasyondur.

Sağlık sorumluluğu ile ÖEY ölçek toplam puanı arasında $r= 0.08$ 'lik küçük ve önemsiz bir ilişki katsayısı bulunmuştur. Ege ve ark.'nın (2003) yaptığı çalışmada bu iki değişken arasında bulunan $r= 0.24$ 'lük bir ilişki bizim çalışmamıza göre büyük fakat küçük bir korelasyondur.

Egzersiz ile ÖEY ölçeği arasında $r=0.01$ 'lik bir ilişki bulunmuştur. Ege ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise egzersiz ile ÖEY ölçeği arasında bulunan $r =$

0.09'luk ilişki katsayısı bulunmuştur. Her iki çalışmada da bulunan bu ilişki katsayıları çok küçük değerlidir.

Beslenme ile ÖEY ölçeği arasındaki ilişki katsayısı $r=0.06$ 'dır. Bu ilişki katsayıları çok küçük ve önemsizdir. Ege ve ark.'nın (2003) çalışmasında benzer ($r=0.12$) sonuçlar bulunmuştur. Bulunan bu korelasyon katsayısı bizim elde ettiğimiz değerden daha büyük olmasına rağmen zayıf bir katsayıdır.

Kişilerarası destek ile ÖEY ölçeği toplam puanları arasında $r=0.08$ 'lik küçük ve önemsiz bir ilişki katsayısı bulunmuştur. Ege ve ark.'nın (2003) sağlık personeli ile yaptığı çalışmasının sonuçlarında da bulunan $r=0.30$ 'luk ilişki katsayısı bizim çalışmamızdaki sonuçtan büyük olmasına rağmen küçük bir korelasyondur.

Stres yönetimi ile ÖEY ölçeği arasındaki $r=0.02$ 'lik önemsiz bir ilişki bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç Ege ve ark.'nın (2003) çalışmasına göre düşük ($r=0.32$) düzeyde bir ilişkiyi ifade etmektedir.

SYBD ölçeği toplam puanı ile ÖEY ölçeği toplam puanları ($r=0.047$) arasında aynı yönlü küçük ve önemsiz bir ilişki bulunmuştur. Ege ve ark.'nın (2003) sağlık personeli ile yaptığı çalışmasında da yukarıdaki iki değişken arasında bulunan $r=0.33$ 'lik ilişki katsayısı bizim çalışmamızda bulunan sonuçtan büyük olmasına rağmen küçük bir korelasyondur.

VI. SONUÇLAR

Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik-yeterlilik düzeylerini belirlemek amacı ile yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin % 68.3'ünün kadın, % 69.4'ünün 29-38 yaşları arasında ve yaş ortalamasının 32.30'duğu, % 84.4'ünün evli, %39.8'inin iki ve üzeri çocuk sahibi olduğu ve %94.5'inin çekirdek aile tipinde yaşadığı, % 33.2'sinin ebe, % 23.7'sinin doktor, % 22.2'sinin hemşire ve % 20.8'inin diğer meslek gruplarından (diş hekimi, sağlık memuru, röntgen teknisyeni, laboratuar teknikeri) oluştuğu, % 42.2'sinin 6-10 yıldır çalıştığı, ebe ve hemşirelerin yaklaşık üçte birinin sağlık meslek lisesi mezunu olduğu ve % 68.1'inin ekonomik durumunu orta olarak tanımladığı belirlenmiştir (Tablo 1).
- Çalışanların % 21.1'i kronik hastalığa sahiptir ve bunların % 66.2 'si sürekli ilaç kullanmaktadır (Tablo 2).
- Sağlık personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamasının 128.55 ± 21.31 olduğu, en yüksek puan ortalamasının kendini gerçekleştirme (37.25 ± 6.33), en düşük puan ortalamasının ise egzersiz (9.48 ± 3.49) alt ölçeğinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).
- 39-48 yaş grubunda olan sağlık personelinin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi alt ölçeği ve genel ölçek puan ortalamalarının, 19-28 ve 29-38 yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu ve yaş ilerledikçe alınan puanların arttığı, istatistiksel olarak yaş ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alt ölçeği ve genel ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4).

- Erkeklerin kendini gerçekleştirme, egzersiz, stres yönetimi alanlarında, kadınların ise sağlık sorumluluğu ve beslenme alanlarında daha fazla puan aldığı, cinsiyet ile beslenme alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 5).
- Medeni durum ile SYBD ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bekarların kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi alanlarında evlilere göre düşük puan aldığı, medeni durum ile beslenme ve kişilerarası destek dışındaki alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 6).
- Geniş aile yapısına sahip kişilerde; kendini gerçekleştirme, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları çekirdek aileye göre daha fazla iken, çekirdek aile yapısında olanlarda sağlık sorumluluğu ve egzersiz alt ölçek puanlarının daha fazla olduğu bulunmakla birlikte istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (Tablo 7).
- Sağlık personelinin çocuğu olmayanların beslenme alanı dışında kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi alanlarında çocuğu olanlara göre daha fazla puan aldıkları, bu rağmen istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 8).
- Ebelerin beslenme, diğer sağlık personelinin, kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi ve genel ölçek puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Doktorların, hemşirelere göre, egzersiz ve kişilerarası destek dışındaki alanlarda, hemşirelerin ise doktorlara göre beslenme ve kişilerarası destek alanlarında daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin egzersiz ve kişilerarası destek alanlarında puanlarının ebeler göre daha fazla olduğu ve egzersiz, beslenme, kişilerarası destek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 10).

- Ebelik mezunlarının, kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi ve genel ölçek puanlarının, Tıp Fakültesi mezunlarının, sağlık sorumluluğu puanlarının, Hemşirelik Yüksekokulu mezunlarının ise, beslenme puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 11).
- Mesleğinde 16 yıl ve üzeri çalışanların, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bir- beş yıl arasında çalışan sağlık personelinin, kişilerarası destek puan ortalaması ise diğer çalışma yıllarından daha yüksek çıkmıştır. Kişilerarası destek ve sağlık sorumluluğu dışındaki alanlarda, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. ($p<0.05$) (Tablo 12).
- Ekonomik durumu iyi olanların kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek, ekonomik durumu kötü olanların ise egzersiz, beslenme, stres yönetimi ve genel puan ortalamaları daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 13).
- Kronik hastalığı olmayan sağlık personelinin 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 olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 14).
- ÖEY ölçeğinin puan ortalamalarından davranışı başlatma 20.35 ± 8.16 , davranışı sürdürme 18.27 ± 7.48 , davranışı tamamlama 18.94 ± 4.14 ve engellerle mücadele 8.9 ± 2.48 , ölçek toplam puan ortalaması ise 66.53 ± 14.80 olarak bulunmuştur (Tablo 15)

- Sağlık personellerinden 39-48 yaş grubunun davranışı başlatma, sürdürme, tamamlama ve engellerle mücadele alt ölçek ve genel ölçek puan ortalamalarının diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğu, engellerle mücadele alt ölçeği puan ortalamaları arasında, engellerle mücadele alt ölçeği puan ortalamalarında 19-28 ile 39-48 yaş grupları ve 29- 48 ile 39-48 yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 16).
- Cinsiyetine göre ÖEY ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları arasında karşılaştırma yapıldığında, davranışı başlatma, tamamlama ve genel ölçeği toplam puan ortalaması kadınlarda daha fazla iken, erkeklerde engellerle mücadele ve davranışı sürdürme puanları daha fazla bulunmuştur. Cinsiyet ile engellerle mücadele alt ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise, kadınlar ve erkekler arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$) (Tablo 17).
- Sağlık personelinin medeni durumu ÖEY ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, evlilerin davranışı başlatma, bekarların davranışı sürdürme, tamamlama, engellerle mücadele puan ortalamaları ve genel ölçek puanları evli olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Davranışı tamamlama ve engellerle mücadele alanlarında ise evli ve bekarların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 18).
- Aile tipine göre ÖEY ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, geniş aileye sahip kişilerde; davranışı başlatma, sürdürme alt ölçeği ve genel ölçek puan ortalamaları çekirdek aileye göre daha fazla iken, davranışı tamamlama ve engellerle mücadele alt ölçek puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak ÖEY ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 19).
- Çocuğu olmayanların sağlık personelinin, davranışı başlatma alanı dışındaki diğer bütün alanlarda çocuğu olanlara göre daha fazla puan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 20). Sağlık personelinin, çocuk sayısı arttıkça davranışı başlatma ve

sürdürme puanlarında azalma, davranışı tamamlama ve engellerle mücadele puanlarında ise artma olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 21).

- Doktorların ve ebelerin bütün alanlarda hemşirelerden fazla puan aldıkları, hemşireler ile doktorlar ve ebeler arasında yapılan karşılaştırmada ise, hemşirelerin tüm alanlarda doktor ve ebelerden daha düşük puan alırken, diğer personellerden, davranışı başlatma alanında daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur. Doktorlarla ebeler karşılaştırıldığında da, doktorların davranışı tamamlama, engellerle mücadele puanlarının, ebelere göre daha yüksek olduğu ebelerin ise, davranışı başlatma, sürdürme alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. İstatistiksel yönden karşılaştırıldığında, davranışı başlatma alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 22).

- Sağlık personelinin mezun olduğu okul ile ÖEY ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, diğer okul mezunlarının davranışı başlatma, sürdürme, tamamlama alt ölçek ve genel ölçek puan ortalamalarında en yüksek puanı almıştır. Tıp mezunlarının davranışı başlatma, sürdürme, tamamlama ve genel ölçek puan ortalamaları, hemşirelik mezunlarının ise engellerle mücadele puanları daha yüksek bulunmuştur. Ebelik mezunlarının, davranışı başlatma, sürdürme, tamamlama, engellerle mücadele ve genel ölçek puanlarının hemşirelik mezunlarına göre daha yüksek olduğu ve SML mezunlarının davranışı başlatma, sürdürme ve genel ölçek puanlarının, hemşirelik mezunlarının da davranışı tamamlama ve engellerle mücadele puanları daha yüksek olduğu belirlenmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 23).

- Sağlık personellerinden 6-10 yıl çalışanların, davranışı başlatma ve sürdürme puan ortalamalarının, 16 yıldan fazla çalışanların ise davranışı tamamlama, engellerle mücadele genel ölçek puan ortalamalarının daha fazla olduğu

belirlenmesine karşın istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 24).

- Ekonomik durumunu, orta olarak tanımlayan sağlık personelinin davranışı başlatma, tamamlama, engellerle mücadele alt ölçeği ve genel ölçek puan ortalamalarının iyi ve kötü olarak tanımlayanlara göre daha yüksek olduğu, ekonomik durumu kötü olarak tanımlayanların ise davranışı sürdürme alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 25).

- Kronik hastalığı olmayan sağlık personelinin davranışı başlatma, sürdürme alt ölçek ve genel ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, kronik hastalığı olanların ise davranışı tamamlama ve engellerle mücadele alt ölçek puanlarının daha fazla olduğu belirlenmesine rağmen istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 26).

- SYBD ölçeği alt grupları ve ÖEY ölçeği puanları karşılaştırıldığında, bulunan ilişki katsayıları zayıf korelasyonlardır. Bu sonuçlara göre bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklamada yetersiz olduğu görülmektedir (Tablo 27).

VII. ÖNERİLER

Bu araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir;

1. Sağlığın geliştirilmesinde, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörlerden birisi olan öz-etkililik-yeterlilik algısını geliştirme bilincinin hemşirelere kazandırılması için hemşirelik eğitiminde ders programlarının sağlığı geliştirme ve öz-etkililik-yeterlilik algısını geliştirmeye öncelik ve ağırlık verecek şekilde düzenlenmesi.
2. Sağlık personelinin, sağlığını korumak, geliştirmek ve topluma uygun rol model olmalarını sağlamak için, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından özellikle beslenme, egzersiz ve stres yönetimi alanlarında bireylere yönelik düzenli hizmet içi eğitimi programlarının gerçekleştirilmesi,
3. Sağlık Bakanlığı'nın, sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına özendirilmeye yönelik kampanyalar düzenlemesi, güncel konularla ilgili söyleşi ve konferanslar düzenlemesi, sağlık ocakları arasında arttıracak faaliyetler planlaması,
4. Sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları içinde en düşük puan ortalamasının egzersiz alt ölçeğinde bulunması nedeniyle, egzersiz ve fiziksel aktivitelerin yararının algılanması için aktivite programlarının düzenlenmesi, egzersiz yapmaya uygun alt yapının hazırlanması (sağlık ocağı çevresi) ve bu hizmetlerden yararlanması için bireylerin teşvik edilmesi,
5. Sosyo-demografik değişkenlerden yaş, cinsiyet, medeni durum, aile tipi, çocuk sayısı, meslek, çalışma yılı, ekonomik durum, kronik hastalık durumu, mezun olduğu okul gibi değişkenlerinin sağlık davranışlarını ve

öz-etkililik-yeterlilik düzeylerini etkilediği bulunmuştur. Sağlık personeline uygulanacak sağlığı geliştirme programlarında bu faktörlerin göz önüne alınması önerilmiştir.

VIII. ÖZET

Bu çalışma birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik-yeterlilik düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Sivas İli Belediye sınırları içerisinde yer alan 19 Sağlık Ocağı, Verem Savaş Dispanseri, Ana Çocuk Sağlığı Merkezi ve Sağlık Müdürlüğü'nde çalışan 428 sağlık personeli (hemşire, ebe, doktor, sağlık memuru, diş hekimi, röntgen teknisyeni, laboratuvar teknisyeni) oluşturmuştur. Evrenin tamamı örnekleme alınmış ve araştırma, anket formunu doldurmayı kabul eden, araştırmacı tarafından ulaşılabilen 379 sağlık personeli üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırma kapsamındaki sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve öz-etkililik-yeterlilik düzeylerini belirlemek amacıyla, Pender (1987) tarafından geliştirilen, Esin'in (1997) Türk toplumuna uyarladığı Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, Sherer ve ark.(1982) tarafından geliştirilen, Gözüm ve Aksayan'ın (1998) geçerlilik güvenirliğini yaptığı Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği ve araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde, t testi, Mann Whitney U testi, varyans analizi ve korelasyon kullanılmıştır.

Araştırma kapsamındaki sağlık personelinin % 68.3'ünün kadın, % 69.4'ünün 29-38 yaşları arasında ve yaş ortalamasının 32.30'duğu, % 84.4'ünün evli, %39.8'inin iki ve üzeri çocuk sahibi olduğu ve %94.5'inin çekirdek aile tipinde yaşadığı, % 33.2'sinin ebe, % 23.7'sinin doktor, % 22.2'sinin hemşire ve % 20.8'inin diğer meslek gruplarından (diş hekimi, sağlık memuru, röntgen teknisyeni, laboratuvar teknikeri) olduğu, % 42.2'sinin 6-10 yıldır çalıştığı, ebe ve hemşirelerin yaklaşık üçte birinin sağlık meslek lisesi mezunu olduğu, %

68.1'inin ekonomik durumunu orta olarak tanımladığı ve % 21.1'inin kronik hastalığı olduğu bulunmuştur.

Sağlık personelinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması 128.55 ± 21.3 , öz-etkililik-yeterlilik ölçeği toplam puan ortalaması ise 66.53 ± 14.80 bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan bireylerden erkeklerde, 39-48 yaş arasında, geniş aile tipinde, üç ve üzerinde çocuğu olanlarda, diğer meslek gruplarında (diş hekimi, sağlık memuru, röntgen ve laboratuvar teknisyeni), ebelik mezunlarında, 16 yıldan fazla çalışanlarda, kronik hastalığı olmayanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Öz- etkililik-yeterlilik düzeylerinin ise, 39-48 yaş arasında, kadınlarda, bekarlarda, geniş aile tipinde, çocuğu olmayanlarda, ebelerde, diğer okul mezunlarında (Diş hekimliği fakültesi, veterinerlik, işletme, tarih, iktisat, kamu, haberleşme), 16 yıldan fazla çalışanlarda, ekonomik durumunu orta düzeyde tanımlayanlarda ve kronik hastalığı olmayanlarda yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu araştırma sonuçlarına göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile öz-etkililik-yeterlilik düzeyi arasında önemsiz ve küçük bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.047$).

Anahtar Sözcükler: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, öz-etkililik-yeterlilik, sağlık personeli.

IX. ABSTRACT

This study has been conducted to define the level of self-efficacy and healthy life style behaviors of the health personnel working in the primary care medical establishments.

The research population consists of 428 health personnel (nurse, midwife, doctor, medical officer of health, dentist, x-ray technician, laboratory technician) working in the 19 village clinics, tuberculosis dispensary, maternity-child welfare centre, and sanitary board in the municipal border of the province of Sivas. The whole population was covered by sampling and the research was implemented on 379 health personnel who the researcher was able to contact and who accepted to fill in the survey sheet.

With a view to define healthy life-style behaviors and the level of self-efficacy of the health personnel in the scope of the research, The Health Promotion Life-Style Profile developed by Pender (1987) and adapted by Esin (1997) to The Turkish society, The Self-Efficacy Scale developed by Sherer et al. (1982) and validity-reliability of which was made by Gözümlü and Aksayan (1998), and The Personal Inquiry Form developed by the researcher were used. T test, Mann Whitney U test, Variance Analysis and Correlation were used in the evaluation of the statistical data.

Of the health personnel in the scope of the research %68.3 is women, %69.4 is between the ages of 29-38 and the average age is 32.30, %84.4 is married, %39.8 is with two and more children and %94.5 is nucleus family, %33.2 is midwife, %23.7 is doctor, %22.2 is nurse and %20.8 consists of other occupation groups (dentist, medical servant, x-ray technician, laboratory technician), %42.2 has worked for 6-10 years, the one-third of midwives and nurses are graduates of the vocational school of health, %68.1 defines their economic situation as average and %21.1 has permanent sickness.

The health life-style behaviors scale point average of the health personnel was found 128.55 ± 21.3 , self-efficacy scale total point average of the infirmaries was found 66.53 ± 14.80 . The Health Promotion Life-Style Profile point average was found high of the individuals in the scope of the research, among men, between the ages 39-48, large family type, those with three and more children, other occupation groups (dentist, medical servant, x-ray technician and laboratory technician), graduates of midwifery, those working over 16 years, those without permanent sickness. Self-efficacy level was stated as high among those between the ages 39-48, women, singles, large family type, without children, midwives, the graduates of other schools (faculty of dentistry, veterinary medicine, business, history, economics, public administration, communication), those working over 16 years, those defining their economical situation as average and without permanent sickness. According to these research results, minor and petty correlation ($r=0.047$) was found between the healthy life style behaviors and the level of self-efficacy.

Key Words: Health life style behaviors, self-efficacy, health personnel.

III. KAYNAKLAR

1. Açıkgöz KÜ (1996) Maslow'un Gereksinim Kuramı: Etkili Öğrenme ve Öğretme. İzmir, Kanyılmaz Matbaası, 193-201.
2. Ahijevycyh K, Bernhard L (1994) Health promoting behaviors of African Amerikan women. Nursing Research, 43(2): 86-89.
3. Akça ŞA (1998) Üniversite Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Bunu Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi.
4. Akman Nİ (2003) Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Doyumu. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi.
5. Aksak M, Besler HT (1991) A vitamini ve immün sistem etkileşimi. Sendrom Dergisi, 3(10):15-17.
6. Aksayan S, Gözüm S (1998) Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik (kendini etkileme) algısının önemi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1):35-42.
7. Allen H, Mitchell AF (1995) Stres, Basic Nursing Theory and Practice, Potter P, Perry A (Ed), by Mosby Year Book, St Louis.
8. Alçelik A ve ark. (2005) AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Koruyucu Hekim Dergisi, 4(2):55-65.

9. Altay H, Gürkan A (2005) Hemodiyaliz hastalarında görülen komplikasyonlar ile öz-etkililik-yeterlilik ilişkisi. 3.Uluslararası-10.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Özet Kitabı, İzmir.
10. Andrew S (1998) Self-efficacy as a predictor of academic performance in science. *Journal Adv. Nursing*, 27: 596-603.):427-432.
11. Andrew S, Vialle W (1998) Nursing students self efficacy, selfregulated learning and academic performance in science. *Nursing Times*, 76(10)
12. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F (2005) Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2):26-34.
13. Aycan ve ark. (2000) Sağlık 21 21. yüzyılda herkes için sağlık. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
14. Bal H (1995) Health promotion: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 22: 1158-1165.
15. Bandura A (1982) Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2):122-147.
16. Baltaş Z (1996) Sağlık davranışları konusunda bir ön çalışma; İngiltere’de yaşayan Türk toplumunun sağlık davranış kalıpları” *Türk Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı*, İstanbul, s.124-135.
17. Baltaş A, Baltaş Z (1996) Stres ve Başa Çıkma yolları, *Remzi Kitabevi*, İstanbul.

- 18.** Baltaş Z (2000) Sağlık ve hastalık kavramlarında çağdaş yaklaşım. Sağlık Psikolojisi, İstanbul, 1. basım, Remzi Kitabevi.
- 19.** Battorf JL, Johnson JL (1996) The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. Nursing Research, 45(1): 30-36.
- 20.** Baygören S (1998) Fiziksel aktivite ve yaşlanma. Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu. İstanbul, s.123-132.
- 21.** Baysal A (1992) “Beslenme” Genel Beslenme. Ankara, 7. Basım, Hatipoğlu Yayınevi.
- 22.** Beckmann M (1989) Nursing Assesment Health Promotion Strategies. Through The Life Spon, Fourth Edition, Jodith procter Zenter Apele Lange.
- 23.** Bertan M, Güler Ç (1995) Halk Sağlığı Temel Bilgileri. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi.
- 24.** Birol L (2004) “Sağlık ve Hastalık Kavramı” Hemşirelik Süreci. İzmir, 6. Basım, Etki Matbaacılık.
- 25.** Büyükyörük N (2003) İlk Doğumunu Yapan Kadınlarda Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeyi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi.
- 26.** Brownell KD ve ark. (1986) Understanding and preventing relapse, American Psychologist 41(7): 765-782.

27. Chacko SB Huba ME (1991) Academic achievement among undergraduate nursing students the development of a causal model. *Journal Nurse Education*, 32: 255-259.
28. Chen M (1999) The effectiveness of health promotion counseling to family caregivers. *Public Health Nursing*, 16(2):125-132.
29. Choi Hui WH (2002) The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong. *Journal of Professional Nursing*, 18(2): 101-111.
30. Çetinkaya F ve ark. (1994) Çekirdek aile ve geniş ailelerde sağlıkla ilgili tutum ve davranışların karşılaştırılması. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı, Didim, s.191-193.
31. Damrosch S (1991) General strategies for motivating people to change their behavior, *Nurs Clin North* 26(1): 833-843.
32. Delaney FG (1994) Nursing and health promotion: conceptual concerns. *Journal of Advanced Nursing*, 20: 193-201.
33. Dickey RA Janick JJ (2001) Lifestyle modifications in the prevention and treatment of hypertension. *Endore Pract*, 7(5):392.
34. Dirican R, Bilgel N (1993) Halk Sağlığı. Bursa, II. Baskı, Uludağ Üniversitesi Basımevi.
35. Duffy M, Rossow R, Hernandez M (1996) Correlates of health promotion activities in employed Mexican American women. *Nursing Research*, 45(1):18-24.

36. Edelman CL, Mandle CL (2002) Health Promotion. Toronto, Mosby Company, s.319-321.
37. Enç N (1999) Kalp yetersizliği olan bireylerin sağlığı geliştiren davranışlarının belirlenmesi. I. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Antalya.
38. Erci B, Kılıç D, Tortumluoğlu G (2001) Ailelere verilen bakımın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(1):33-40.
39. Erdemir F (1998) Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1):59-63.
40. Erdoğan S ve ark. (1994) Sağlığı sürdürme, sağlığı geliştirme ve hemşirelik. Hemşirelik Bülteni, 8:32.
41. Esin N (1997) Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Değiştirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
42. Esin (1998) Türk kadınlarının sağlık davranışlarının değerlendirilmesi. VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Adana, s.52-55.
43. Esin N (1999) Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. Hemşirelik Bülteni, 12(15):86-96.
44. Ege E ve ark. (2003) Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik-yeterlik düzeylerinin incelenmesi. Toplum ve Sosyal Hizmet, 4(2): 83-92.

45. Fişek NH (1985) Halk Sağlığı'na Giriş. Ankara, Çağ Matbaası.
46. Geçkil E, Çalışkan Z, Zincir H (2004) Erken ve orta adölesan dönemdeki öğrencilerin sağlığı geliştirmeye yönelik eğitim gereksinimlerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(2):12-22.
47. Geçkil E, Yıldız S (2006) Adölesanlara yönelik beslenme ve stresle başetme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 10(2):19-28.
48. Genç FM, Karaoglu L (2003) İnönü Üniversitesi I. sınıf öğrencilerinin diyet alışkanlıkları. 8. Halk Sağlığı Günleri, Ankara, Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler Kongre Kitabı.
49. Gochman DS (1988) Neath Behavior Emerging Research Perspectives Plenum Pres, New York.
50. Gordon E, Golanty E, Brown KM (2002) Health and Wellness: Physical Activity for Health and Well- Being, Boston, Jones and Barlett Publishers, s.136-147.
51. Gözüm S, Bağ B (1998) Etkin sağlık eğitiminde sosyal bilişsel öğrenme kuramının kullanılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1(2): 32-43.
52. Gözüm S (1999) Öz-etkililik-yeterlilik ölçeğinin Türkçe formunun yapı geçerliliği: öz-etkililik-yeterlilik ile stresle başa çıkma algısı arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1):35-43.

53. Gözüm S Aksayan S (1999) Öz-etkililik-yeterlilik ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1):21-31.
54. Gözüm S, Tezel A (2000) Yurttan kalan üniversite öğrencilerinin sağlık davranışını etkileyen faktörlerin path analizi ile açıklanması. I. Uluslar arası ve VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, Antalya.
55. Gülesen Ö (2001) Çağdaş Epidemiyoloji. Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı yayınları No: 179, Bursa.
56. Güner İC, Demir F (2006) Ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(3):17 -25.
57. Güneş Z ve ark. (2006) Ebe, hemşire ve bayan öğretmenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. I. Ulusal Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı, Muğla, s:190.
58. Hosking P (1993) Utilizing rogers theory of self concept in mental health nursing, Journal of Advanced Nursing, 1:18.
59. Johson L ve ark (1993) An exploitation of Pender's Health Promotion Model using nursing process. Nursing Research, 42(3):132-137.
60. Kaplan R, Patterson T, Sallis J (1993) Health lifestyle. Health and Human Behavior, Mc Graw-Hill, Inc.
61. Karakoç A (2006) Sınıf Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi.

62. Kaya F ve ark. (2008) Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 7(1):59-64.
63. Kerr MJ ve ark. (1990) A spanish language version of the health-promoting lifestyle profile. Nursing Research, 39(5): 268-273.
64. Keskin GÜ, Orgun F (2006) Öğrencilerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile başa çıkma stratejilerinin incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7:92-99.
65. Kılıç D, Erci B (2004) Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği, Osteoporoz Öz-etkililik/yeterlilik Ölçeği ve osteoporoz bilgi testinin geçerlik ve güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(2): 89-102.
66. Kuzey M (2002) Sınıf Öğretmenlerinin Bazı Sorunları ve Bazı Çözüm Önerileri. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
67. Kotler P, Wingard DL (1989) The effect of occupational marital and parental roles on mortality: The Alameda county study. Americal Journal of Public Health, 79(5): 607-611.
68. Lee RLT, Loke AJTY (2005) Health promotion behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. Public Health Nursing, 22(3):209-220.
69. Luan S (2003) Self- efficacy traning for paients with end-stage renal disease. Journal of Advanced Nursing, 43(4): 370-372.

70. Magil FN (1993) Survey of social science, Psychology series, Salem pres, Englewood Cliff. NJ [http:// trochim human Cornell edu/gallery/walkley/self-eff.htm](http://trochim.human.cornell.edu/gallery/walkley/self-eff.htm).
71. Maurer F, Smith C (2000) Community Health Nursing Theory and Practice, WB Saunders Company, s.404-424.
72. Matossorin JE, Black JM (1997) Medical Surgical Nursing, 5.Th Edition, Wb Sounder Comphany Philedelphia Pansilvania.
73. Murdaugh CL, Vanderboom C (1997) Individual and community models for promoting welless. The Journal of Cardiovascular Nursing, April:1-14.
74. Nahcivan N, Seçginli (2003) Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: bir rehber olarak Sağlık İnanç Model kullanımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(1):33-38.
75. Ocakçı A (2007) Sağlıkın korunma ve geliştirilmesinde hemşirelik hizmetlerinin rolü. <http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm> (erişim tarihi: 08.01.2007)
76. Orgun F ve ark. (2001) Beden eğitimi öğretmen adaylarının sağlığa verdikleri önem, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve başa çıkma stratejileri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 17(1).
77. Otacıoğlu SG (2008) Müzik öğretmenliği okul deneyimi I uygulamalarına katılan öğretmen adaylarının öz etkililik-yeterlilik düzeylerinin incelenmesi. C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi, 32(1):163-170.

- 78.** Owens L (2006) The Relationship of Health Locus of Control, Self Efficacy, Health Literacy and Health Promoting Behaviors in Older Adults, Adissertation presented fort he doctor of philosophy decree, The Univercity of Memphis.
- 79.** Öz F (2004) Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ. s.83-103.
- 80.** Özbaşaran F, Çetinkaya A, Güngör N (2004) Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlık davranışları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(3):43-55.
- 81.** Özcan A (1996) Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim. İzmir, 1. Baskı, Başsaray Yayınevi, s.1-22.
- 82.** Özdiñ SA (2003) Yaşlanma ve egzersiz. Sağlık ve Toplum, 13(1):18-22.
- 83.** Özkan S, Yılmaz E (2008) Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(7): 89-105.
- 84.** Özönder MC (1994) Sağlıklı Yaşlanmanın Sosyal Yönü: Sağlıklı Yaşlanma. Ankara,GATA Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, s.39-44.
- 85.** Öztekin Z (1992) Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı, Temel Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara, 2. baskı, Yayın No:92/2, 13-18.
- 86.** Öztekin Z (2001) Sağlık kavramı hizmetleri. Yeni Türkiye Dergisi, 7(39): 204-205.

- 87.** Özkütük N, Orgun F (2004) Sağlığı koruma ve geliştirmede bilgi transferinin önemi. I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu Bildiri Özetleri, Ankara s.3.
- 88.** Pasinlioğlu T, Gözüm S (1998) Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2): 60-68.
- 89.** Pender NJ (1987) Health promotion in nursing practice. Appleton&Lange, Second Edition, USA, s.43-57
- 90.** Pender N, Barkauskas V (1992) Health promotion and disease prevention toward exelence in nursing practice and education. Nursing Outlook, 40(3).
- 91.** Pender N, Sechrist KR, Walker SN (1987) The health promoting lifestyle profile development psychometric characteristics. Nursing Research, 36(2):76-80.
- 92.** Pender NJ ve ark. (1990) Predicting health promoting lifestyles in the workplace. Nursing Research, 39(6).
- 93.** Pender NJ ve ark. (1992) Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education. Nursing Outlook, 40(3):106-112.
- 94.** Pahalank C (1991) Determinant of health promotive behavior; a review of current research. Nursing Clinic North America, 26(4):815-832.
- 95.** Redland A, Stuijbergen AK (1993) Strategies for maintenance of health promoting behaviors, Nurs Clin North Am, 28(2): 427-442.

96. Risemberg R, Zimmerman BJ (1992) Self-reguated learning in gifted students. *Roeper Review*, 15(2):98-101.
97. Satman İ ve ark.(2002) Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care* 25:1551-1556.
98. Sayan A (1998) Çalışan Kadınların Sağlığı Geliştirici Tutum ve Davranışları ile Öz-Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Erzurum, Atatürk Üniversitesi.
99. Sayan A, Erci B (2001) Çalışan kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışları ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2):11-19.
100. Sayan A ve ark (2001) Üç farklı sosyoekonomik düzeydeki lise son sınıf öğrencilerinde olumlu sağlık davranışları, olumlu kendilik algısı ilişkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2):20-31.
101. Schwarzer R, Fuchs R (1995) Self- efficacy and health behaviours, To appear in, Conner M, Norman P, Predicting health behaviour. *Research and Practice with social cognition models*. Buckingham open university pres. http://userpage.fu-berlin.de/ru_ahahn/publicat/conner_9.htm (Erişim tarihi: 27 Mayıs 2007).
102. Sevil Ü, Çoban A, Taşçı E (2004) Lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu Bildiri Özetleri, Ankara s.3.
103. Sherer M, Maddux JE (1982) The self efficacy scale construction and valudation, *Psychological Reports*, 51: 663-671.

- 104.** Spradley BW (1990) Community Health Nursing: Concepts and Practic. Third Edition, Glenview, İllinious London, England, a Division of Scott Prosman and Company s.8-13.
- 105.** Swanson MJ, Albrecht M (1993) Community Health Nursing: Promotion The Health Of Aggregates. WB. Saunders Co., USA.
- 106.** Spellbring M (1991) Nursing role in health promotion, Nursing Clinic North Amerika, 26(4): 805-813.
- 107.** Stanhope M, Lancaster J (2000) Community Health Nursing, Process and Practice for Promoting Health. Mosby year book, USA, s.578-591.
- 108.** Tabak RS (2000) Sağlık, Sağlık Davranışı ile İlgili Modeller. Sağlık Eğitimi. Somgür Yayıncılık, Ankara, s.1-12.
- 109.** Tokgöz E (2002) Kadın Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi.
- 110.** Tortumluoğlu G, Erci B (2004) Klimakterik dönemdeki kadınlara verilen planlı sağlık eğitiminin menapozal yakınma, tutum ve sağlık davranışlarına etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(2): 48-58.
- 111.** Toksöz P ve ark. (1995) Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının saptanmasına ilişkin bir araştırma. Beslenme ve Diyet Dergisi, 24(2):229-238.

- 112.** Ülgen G (1995) Benlik Kavramı. Eğitim Psikolojisi, Ankara, Bilim Yayınları, 2. baskı.
- 113.** Velioglu P (1999) Hemşirelikte Temel Kavram ve Kuramlar. Alas Ofset, İstanbul, s.78-91.
- 114.** Volden C ve ark. (1990) The relationship of age, gender and exercise practices to measure of health, lifestyle, self esteem. Appl.Nurs.Res, 3(1):20-26.
- 115.** Vural BK (1998) Sağlık riskinin belirlenmesi ve hemşirelik için önemi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2): 39-43.
- 116.** Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY (2007) Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6): 409-420.
- 117.** Yalın ve ark (2001) Sedanter bireylerde kısa dönem düzenli egzersiz-diyet programının lipid profili üzerindeki etkileri. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 1(3):1-18.
- 118.** Yeşilay A ve ark. Turkish adaptation of the general self efficacy scale, Genelleştirilmiş Özyetki beklentisi,
<http://www.yorku.ca/faculty/academic/schwarze/turk.htm>.
- 119.** Yetkin A, Uzun Ö (2000) Eğitimi sağlıkla ilgili olan ve olmayan yüksekokul öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(2): 1-9.

120. Yıldırım N (2005) Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi.

121. Yiğitbaş Ç Yetkin Y (2003) Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(1):6-13.

122. Zincir H. ve ark. (2003) Çalışan ve çalışmayan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, 14(1): 77-84.

123. Zaybak A, Fadıllıoğlu Ç (2004) Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 20(1):77-95.

124. Walker NS ve ark.(1988) Health Promoting Life Styles of Older Adults: Comparisons with Young and Middle- Aged Adults, Correlates and Patterns. Adv. Nurs Sci, 11(1)76-90.

125. WHO, Salvage J (Ed) (1993) Nursing in Action Strengthening Nursing and Midwifery to Support Health for All. Çeviri ed. Ülker S (1995) Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem, Aydoğdu Ofset, Ankara.

126. WHO Avrupa Bölge Ofisi Dünya Sağlık Günü Broşürü, 4 Nisan 2002.

127. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası(2005)

İnternet adresi:

http://www.tkd-online.org/link/TKD_UlusalKalpSagligiPolitikasi.pdf

Erişim Tarihi: 23 Mart 2007.

128. WHO, World Health Organization (2006) Chronic Diseases and Health Promotion: Preventing Chronic Disease a Vital Investment.

İnternet adresi:

<http://www.who.int/chp/chronicdiseasereport/part11/en/index1.html>.

Erişim Tarihi: 12 Nisan 2007

129. WHO, World Health Organization (2003) Facts Related to Chronic Diseases. İnternet adresi:

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/chronic/en/print.html>.

Erişim Tarihi: 12 Nisan 2007.

127. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi(2004) Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi İnternet Adresi:

<http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/nbd/raporlar/hastalikyukuTR.pdf>.

Erişim Tarihi: 25 Nisan 2007.

EKLER

EK.1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Kaç yaşındasınız?

2. Cinsiyetiniz nedir?

1. Erkek 2. Kadın

3. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli 2. Bekar 3. Dul

4. Aile tipiniz nedir?

1. Çekirdek aile 2. Geniş aile 3. Parçalanmış aile

5.Çocuğunuz var mı?

1. Evet 2. Hayır

Evet, ise kaç tane? (.....)

6. Mesleğiniz nedir?

7. Mezun olduğunuz okul aşağıdakilerden hangisidir?

1. Sağlık Meslek Lisesi
2. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
3. Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü
4. Hemşirelik Yüksekokulu
5. Tıp Fakültesi
6. Diğer (Açılayınız)

8. Kaç yıldır görev yapıyorsunuz?

9. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1. İyi

2. Orta

3. Kötü

10. Uzman bir hekim tarafından tanısı konulmuş sürekli bir hastalığınız var mı?

Evet () Hayır ()

Evet ise, açıklayınız.....

11. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

Evet () Hayır ()

EK 2.
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ
(HEALTH PROMOTION LIFE-STYLE PROFILE)

Aşağıda şimdiki yaşam tarzınız veya kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler yer almaktadır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz. Her bir seçeneğin karşısındaki cevaplardan size uygun olanı parantez içine (X) koyarak işaretleyiniz.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1	Sabahları kahvaltı ederim.	()	()	()	()
2	Sağlığım ile ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim	()	()	()	()
3	Kendimi beğenirim.	()	()	()	()
4	Haftada en az üç kez basit beden hareketleri yaparım	()	()	()	()
5	Yiyecek maddeleri alırken içinde koruyucu ya da katkı maddeleri bulunmayanları seçerim	()	()	()	()
6	Hergün kendime rahatlamak için zaman ayırırım	()	()	()	()
7	Kan kolestrol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim	()	()	()	()
8	Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım	()	()	()	()
9	Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini fark ederim.	()	()	()	()
10	Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım	()	()	()	()
11	Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim	()	()	()	()
12	Kendimi mutlu ve memnun hissederim	()	()	()	()
13	Haftada en az 3 kez 20 dakika yoğun egzersiz yaparım	()	()	()	()

- | | | | | | |
|----|---|-----|-----|-----|-----|
| 14 | Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim | () | () | () | () |
| 15 | Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum | () | () | () | () |
| 16 | Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım | () | () | () | () |
| 17 | Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım | () | () | () | () |
| 18 | Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim | () | () | () | () |
| 19 | Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum | () | () | () | () |
| 20 | Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman, soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım | () | () | () | () |
| 21 | Geleceğe ümitle bakarım | () | () | () | () |
| 22 | Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım | () | () | () | () |
| 23 | Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim | () | () | () | () |
| 24 | Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım | () | () | () | () |
| 25 | İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm | () | () | () | () |
| 26 | Çiğ sebze, meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim | () | () | () | () |
| 27 | Hergün rahatlamak ve gevşemek için 15-20 dakika zaman ayırırım | () | () | () | () |
| 28 | Sağlığımla ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım | () | () | () | () |
| 29 | Kendi başarılarımla övünürüm | () | () | () | () |
| 30 | Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim | () | () | () | () |
| 31 | Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm | () | () | () | () |
| 32 | Tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim | () | () | () | () |
| 33 | Yaşadığım çevreyi iyileştirmek konusunda eğitici programlara katılırım | () | () | () | () |

- 34 Her günü ilginç ve mücadeleye değer bulurum () () () ()
- 35 Hergün 4 besin grubu (protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım () () () ()
- 36 Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp gevşetirim () () () ()
- 37 Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum () () () ()
- 38 Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum () () () ()
- 39 Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm () () () ()
- 40 Yatarken mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşıyorum. () () () ()
- 41 Duygularımı ifade ederken yapıcı olurum () () () ()
- 42 Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım () () () ()
- 43 Vücudumu en az ayda 1 kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim () () () ()
- 44 Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşıyorum () () () ()
- 45 Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım () () () ()
- 46 Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım () () () ()
- 47 Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim () () () ()
- 48 Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım () () () ()

EK.3.

ÖZ – ETKİLİLİK – YETERLİLİK ÖLÇEĞİ (THE SELF-EFFICACY SCALE)

Yönerge

Aşağıda herhangi bir durumda insanların nasıl davranacaklarını ve düşüncelerini anlatan 23 ifade vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatli okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki rakamlardan uygun olanı yuvarlak içine alınız.

- 1- Beni hiç tanımlamıyor.
- 2- Beni biraz tanımlıyor.
- 3- Kararsızım.
- 4- Beni iyi tanımlıyor.
- 5- Beni çok iyi tanımlıyor.

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1- Yaptığım planları, gerçekleştireceğimden eminim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2- Yapmam gereken bir işe girişememe gibi bir problemim vardır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3-Bir işi bir seferde yapamıyorsam, yapıncaya kadar devam ederim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4- Kendim için önemli hedefler koyduğumda, nadiren başarırım. . | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5- İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6- Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7- Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8- Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9- Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10-Yeni bir şeyler öğrenmeye çalıştığımda, başlangıçta başarılı olamazsam hemen vazgeçerim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11- Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12- Benim için çok zor göründüklerinde, yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten kaçınırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13- Başarısızlık beni daha çok teşvik eder. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

14- Bir şeyleri yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem.	1	2	3	4	5
15- Ben kendime güvenen bir insanım.	1	2	3	4	5
16- Kolaylıkla vazgeçerim.	1	2	3	4	5
17- Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kendimde bulamam.	1	2	3	4	5
18- Yeni arkadaş edinmek benim için zordur.	1	2	3	4	5
19- Tanışmak istediğim birisini görürsem, onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim.	1	2	3	4	5
20- Arkadaşlık kurulması güç, ilginç biriyle tanışırsam, o kişiyle arkadaş olmaktan hemen vazgeçerim.	1	2	3	4	5
21- Bana ilgi göstermeyen birisiyle arkadaş olmaya çalıştığımda kolaylıkla vazgeçmem.	1	2	3	4	5
22- Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5
23- Arkadaşlarımı, arkadaş edinmede kişisel yeteneklerimle kazanırım.	1	2	3	4	5

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMLARININ LİSTESİ

I. SAĞLIK OCAKLARI

1. Alibaba Sağlık Ocağı
2. Aydoğan Sağlık Ocağı
3. Mimar Sinan Sağlık Ocağı
4. Emek Sağlık Ocağı
5. Gökmedrese Sağlık Ocağı
6. Çayyurt Sağlık Ocağı
7. Orhan Gazi Sağlık Ocağı
8. Karşıyaka Sağlık Ocağı
9. Çarşıbaşı Sağlık Ocağı
10. Kılavuz Sağlık Ocağı
11. Esentepe Sağlık Ocağı
12. Şeyh Şamil Sağlık Ocağı
13. Gültepe Sağlık Ocağı
14. Dört Eylül Sağlık Ocağı
15. Kızılırmak Sağlık Ocağı
16. Kadı Burhanettin Sağlık Ocağı
17. Demircilerardı Sağlık Ocağı
18. Fatih Şükrü Beyazıt Sağlık Ocağı
19. Mehmet Akif Ersoy Sağlık Ocağı

II. Verem Savaş Dispanseri

III. Ana Çocuk Sağlığı Merkezi

IV. Sağlık Müdürlüğü

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE

SİVAS

Danışmanı olduğum Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Nurcan Akgül'ün "Sivas İl Merkezindeki Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu yüksek lisans tezinin ekte verilen ölçeklerinin uygulamasını 01 Haziran 2007-31 Eylül 2007 tarihleri arasında, Sivas İli Belediye sınırları içerisindeki birinci basamak sağlık kurumlarında yapabilmesi için gereğini saygılarımla arz ederim.

17.05.2007

Yrd.Doç.Dr.Güngör GÜLER

Ek:

1. Kişisel Bilgi Formu
2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
3. Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği





T.C.
SİVAS VALİLİĞİ
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI :B.104.İSM.4.58.0009-773-198
KONU: Uygulama

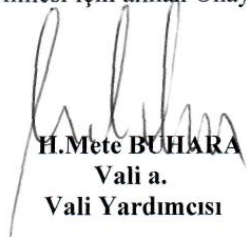
30/05/2007

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İLGİ: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 24/05/2007 tarihli ve 220 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazıya istinaden Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Arş. Gör.Nurcan AKGÜL'ün "Sivas İl merkezindeki Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışması kapsamında 01 Haziran -31 Eylül 2007 tarihleri arasında Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında anket çalışması yapabilmesi için alınan Onay yazımız ekinde sunulmuştur. .

Bilgilerinizi rica ederim.


H.Mete BUHARA
Vali a.
Vali Yardımcısı

EKİ: 1 Adet Onay

Adres : Sağlık Müdürlüğü-58040 / SİVAS **Tel** : 0 (346) 225 63 67 – Dahili: 1165-66-67
İnternet Adresi : www.sivassm.gov.tr **e - mail:** sivas.es@saglik.gov.tr **Faks** : 0 (346) 221 95 55



T.C.
SİVAS VALİLİĞİ
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI :B.104.İSM.4.58.0009-773-194
KONU: Uygulama

30/05/2007

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

İLGİ: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 24/05/2007 tarihli ve 220 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazıya istinaden Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Arş. Gör.Nurcan AKGÜL “Sivas İl merkezindeki Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi” konulu tez çalışması kapsamında 01 Haziran -31 Eylül 2007 tarihleri arasında Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında anket çalışması yapmak istemektedirler. .

Tensiplerinize arz ederim.

Dr. Vakkas ÖZMERCAN
Sağlık Müdür Yardımcısı

OLUR

30.../05/2007

Dr. Sadettin YAZI
Vali a.
Sağlık Müdürü

Adres : Sağlık Müdürlüğü-58040 / SİVAS İletişim : 0 (346) 225 63 67 – Dahili: 1165-66-67
İnternet Adresi : www.sivassm.gov.tr e - mail: sivas.es@saglik.gov.tr Faks : 0 (346) 221 95 55

