

T.C.
ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI
ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

**İMALAT YAPAN İŞYERLERİNDE ÇALIŞANLARIN GENEL SAĞLIK
TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Uzmanlık Tezi

Funda ÇINAR

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim Uzman Yardımcısı

Ankara

2010

T.C.
ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI
ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

**İMALAT YAPAN İŞYERLERİNDE ÇALIŞANLARIN GENEL SAĞLIK
TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Uzmanlık Tezi

Funda ÇINAR

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim Uzman Yardımcısı

Ankara

2010

ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA MERKEZİ BAŞKANLIĞINA

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim Uzman Yardımcısı Funda ÇINAR' a ait,
“İmalat Yapan İşyerlerinde Çalışanların Genel Sağlık Tutum ve Davranışları” adlı bu
Tez, Yeterlik Sınav Kurulu tarafından UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı	Adı ve Soyadı	İmzası
Başkan			
Üye			
Üye			
Üye			
Üye			

Tez Savunma Tarihi: .../ ... / 2010

TEŐEKKÖR

Bu çalışmanın gerçekleőmesine katkılarından dolayı, Eğitim ve Araştırma Merkez Baőkanı Sayın Abdullah SERTKAYA ve Eğitim Araştırma Merkez Başkan Yardımcısı Sayın Osman YURTERİ' ye içtenlikle teşekkür ederim.

Funda ÇINAR

Ankara, 2010

ÖZET

Bu çalışma imalat yapan işyerlerinde çalışanların genel sağlık tutum ve davranışlarının tespit edilmesi, çalışanların sosyo demografik özellikleri, sağlık durumları ve işyeri özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin karşılaştırılması ve bu bilgilerin işyerlerinde uygulanacak sağlığı geliştirme programlarına rehber olması amacıyla kesitsel tipte yapılmıştır. Araştırma için Ankara'da faaliyet gösteren bir gıda işletmesinde çalışan 80 kişiye anket uygulanmıştır.

Araştırma kapsamında çalışanların bazı sosyo demografik özelliklerini, sağlık durumlarını ve çalışanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla oluşturulan anket formuna Walker, Sechrist ve Pender (1987) tarafından geliştirilen ve Esin'in (1997) Türk toplumuna uyarladığı Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği dâhil edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde dağılımı, Student t testi, One-Way ANOVA, Ki-kare testi ve Tukey testi kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda çalışanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği toplam puan ortalaması $114,0 \pm 23,3$ olarak bulunmuştur. Ayrıca yaş, medeni durum, bu işyerindeki çalışma süresi, işyerinin fiziksel şartları, yaşantının büyük bölümünün geçtiği yer, kronik hastalığa sahip olma ve genel sağlık durumu gibi faktörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlığı Geliştirme, Sağlıklı Yaşam Davranışları, İşyerinde Sağlığı Geliştirme.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	v
TABLolar DİZİNİ.....	vi
1. GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.Amaçlar	3
1.2.1.Kısa Dönemli Amaçlar	3
1.2.2.Uzun Dönemli Amaçlar	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1.Sağlık Kavramına Genel Bakış	5
2.2.Sağlık Kavramının Tarihçesi ve Tanımlar	6
2.3.Sağlığı Koruma ve Geliştirme	10
2.3.1.Sağlığı Koruma	12
2.3.2.Sağlığı Geliştirme	15
2.3.2.1.21.Yüzyılda Sağlığı Geliştirmede Öncelikler.....	18
2.3.2.2.İşyerinde Sağlığı Geliştirme	19
2.3.3.Sağlığı Koruyan ve Geliştiren Davranışlar	26
2.3.4.Sağlık Davranış Modelleri.....	29
2.3.4.1.Sağlık İnanç Modeli	30
2.3.4.2.Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli	32
2.3.4.2.1.Bilişsel Algılama Faktörleri.....	35

2.3.4.2.2.	Değiştirilebilir Faktörler	37
2.4.	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	39
2.4.1.	Kendini Gerçekleştirme	40
2.4.2.	Sağlık Sorumluluğu	43
2.4.3.	Egzersiz ve Fiziksel Aktivite	44
2.4.4.	Beslenme	46
2.4.5.	Kişilerarası Destek	51
2.4.6.	Stres Yönetimi	52
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	59
3.1.	Araştırmanın Tipi	59
3.2.	Araştırmanın Yeri	59
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	59
3.4.	Veri Toplama Araçları	60
3.5.	Araştırmanın Değişkenleri	63
3.6.	Veri Toplama Tekniği ve Araçları	63
3.7.	Veri Analizi	64
3.8.	Etik Sorunlar ve Araştırmayla İlgili İzinler	64
4.	BULGULAR	65
5.	TARTIŞMA	112
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	127
6.1.	Sonuçlar	127
6.2.	Öneriler	133
7.	KAYNAKÇA	136
8.	EKLER	147

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Koruma Düzeyleri.....	14
Şekil 2. Tarih Boyunca Sağlığı Geliştirme Tanımları.....	17
Şekil 3. DSÖ' nün Sağlığı Geliştirme Program ve Projeleri.....	19
Şekil 4. Sağlığı Geliştiren İşyerlerinin İnşası.....	20
Şekil 5. İşyerlerinde Sağlığı Geliştirmenin Faydaları.....	22
Şekil 6. İngiltere'de Bazı Sağlık Kuruluşlarının Kayıtları ile Ölüm Kayıtlarında En Sık Sağlık Sorunları.....	25
Şekil 7. Sağlığı Koruyan ve Geliştiren Davranışların Tanımları.....	27
Şekil 8: Sağlığı Koruyan ve Geliştiren Davranış Örnekleri.....	28
Şekil 9. Sağlık İnanç Modeli'nin Temel Kavramları ve Tanımlamaları.....	31
Şekil 10. Sağlığı Geliştirme Modeli.....	34
Şekil 11. İhtiyaçlar Piramidi.....	41
Şekil 12. Amerikan Kalp Derneği Beslenme Komitesi'nin Sağlıklı Beslenme Önerileri.....	49
Şekil 13. Stresle Baş Etme Yolları.....	58
Şekil 14. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeğinin Madde Sayısı ve Puan Aralıkları.....	63

TABLOLAR DİZİNİ

-Katılımcıların Bazı Sosyo Demografik Özellikleri ve Sosyo Demografik Özellikler İle Genel Sağlık, Ruh Sağlığı, Beden Sağlığı ve Fiziksel Aktivite Algıları

Tablo 1. Çalışanların bazı sosyo demografik özellikleri.....	65
Tablo 2. Çalışanların çalıştıkları birimlere göre dağılımı.....	66
Tablo 3. Çalışanların işyerindeki görevlerine göre dağılımı	67
Tablo 4. Çalışanların çalışma süreleriyle ilgili özellikler.....	68
Tablo 5. Çalışanların işyerindeki fiziksel şartlardan rahatsız olma durumu.....	69
Tablo 6. İşyerindeki fiziksel çalışma şartlarından rahatsızlık duyan çalışanların dağılımı.....	69
Tablo 7. Çalışanların çalışma ortamının ergonomik durumu ile ilgili görüşlerinin dağılımı.....	70
Tablo 8. Çalışma esnasında yapılan hareketlerin sıklık dağılımı.....	71
Tablo 9. Çalışanların sağlık durumlarına dair bazı sosyo demografik özellikler...	72
Tablo 10. Çalışanların işyerinde kişisel koruyucu donanım kullanma durumu.....	73
Tablo 11. İşyerinde kişisel koruyucu kullanan çalışanların kullandıkları kişisel koruyucu donanımların dağılımı.....	74
Tablo 12. Çalışanların kişisel koruyucu donanımları yeterli bulma durumları.....	74
Tablo 13. Çalışanların iş sağlığı güvenliği tedbirleriyle ilgili görüşleri ve iş kazası geçirme durumlarının dağılımı.....	75
Tablo 14. Çalışanların işyerindeki çalışma şartları ve iş stresi ile ilgili görüşlerinin dağılımı.....	76

Tablo 15. Çalışanların bazı sosyo demografik özellikleri ve mali durumlarıyla ilgili bazı bilgiler.....	77
--	----

Tablo 16. Çalışanların sigara içme ve alkol kullanma durumları ve özellikleri.....	78
--	----

-Katılımcıların Sağlık Konulu Algıları

Tablo 17. Çalışanların bazı sağlığı geliştirme davranışlarının dağılımı.....	80
--	----

Tablo 18. Çalışanların sağlığı koruma ve geliştirme konulu eğitim alma durumlarının dağılımı.....	81
--	----

Tablo 19. Araştırmaya katılan çalışanların bazı sosyo demografik özellikleri ile genel sağlık durumu algıları arasındaki ilişki.....	82
---	----

Tablo 20. Araştırmaya katılan çalışanların bazı sosyo demografik özellikleri ile ruh sağlığı durumu algıları arasındaki ilişki.....	85
--	----

Tablo 21. Araştırmaya katılan çalışanların bazı sosyo demografik özellikleri ile beslenme algıları arasındaki ilişki.....	88
--	----

Tablo 22. Araştırmaya katılan çalışanların bazı sosyo demografik özellikleri ile fiziksel aktivite düzeyi algıları arasındaki ilişki.....	91
--	----

*-Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden Aldıkları Puanlar ve
Bu Puanların Bazı Değişkenlerle Karşılaştırılması*

Tablo 23. Araştırmaya katılan çalışanların sağlığı geliştirme davranışları ölçeğinden aldıkları puanların dağılım ölçütleri.....	94
---	----

Tablo 24. Katılımcıların bazı sosyo demografik özelliklerine göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı.....	95
Tablo 25. Katılımcıların bazı sosyo demografik özelliklerine göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı.....	98
Tablo 26. Katılımcıların bazı sosyo demografik özelliklerine göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı.....	101
Tablo 27. Katılımcıların bazı sosyo demografik özelliklerine göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı.....	104
Tablo 28. Katılımcıların B.K.İ. puanlarına göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı.....	107
Tablo 29. Katılımcıların bazı sosyo demografik özellikleri ve sağlık algılarına göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı.....	108

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde sağlık anlayışı bireylerin yalnızca hastalık ve sakatlık hallerinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (www.who.int). İnsanların mutlu ve kaliteli bir yaşam sürmeleri, iş hayatlarında verimli olabilmeleri için sağlıklarını koruyan ve geliştiren yaşam ve çalışma ortamlarının oluşturulması gerekir. Sağlığını koruyan ve geliştiren bireyin iyilik hali gelişecek, birey kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar verebilecek ve yaşamını sağlıklı bir biçimde devam ettirebilecektir.

Ottawa Sağlığı Geliştirme Bildirgesi'nde (1986) yapılan tanıma göre; sağlığı geliştirme, “kişilerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini olanaklı hale getirmektir”. Bu tanım sağlığı geliştirme yaklaşımının uygulanması için yapılacak girişimlerin güçlendirici, katılımlı, sektörler arası, hakkaniyetli, ulaşılabilir ve çok stratejili olmasını gerektirmektedir (Temel ve Özvarış, 2007:5). Ülkemizde de 1982 Anayasasının 56. maddesi “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir...” diyerek sağlık hakkını anayasal hak olarak tanımlamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) önerdiği sağlığı geliştirmede öncelikli alanlardan bazıları okullar, hastaneler, işyerleri, köyler, adalar, belediyeler ve şehirlerdir. Yetişkin bireylerin yaşamlarının büyük bir bölümü işyerlerinde geçirdiği

düşünüldüğünde sağlığı koruma ve geliştirme konusunda işyerlerinin rolünün ne kadar büyük olduğu görülmektedir. İşyerlerin sağlığı geliştiren davranışların bireylere kazandırılmasında sağlığı geliştirme programlarının yürütülmesinde için ideal ortamlardır.

İşyerleri barındırdığı fiziksel, kimyasal, biyolojik ve psikososyal riskler nedeniyle çalışanların sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle işverenlerce çalışanların sağlığının korunması ve geliştirilmesi için işyerlerinde gerekli tedbirlerin alınması, sürekli eğitim ve bilgilendirme yoluyla çalışanların bilgi düzeylerinin artırılması ve çalışanlara olumlu sağlık ve güvenlik davranış ve tutumlarının kazandırılmasına yönelik çalışmaların yapılması gerekir. Ayrıca işveren ve çalışanlar tarafından iş sağlığı ve güvenliği konusunda uyulması gereken kurallara riayet edilmesi gerekmektedir.

Sağlığı geliştirme programlarının yürütülmesi işyerinde iş sağlığı hizmetlerinde sorumlu personelin (işyeri hekimi, işyeri hemşiresi vb.), iş güvenliği uzmanının, işverenin, işçi temsilcilerinin ve sonuçta tüm çalışanların işbirliğini gerektirir. Bu tip programların uygulanmasına başlanmadan önce çalışanları fiziksel sağlık durumları tespit edilmeli, sosyo demografik, bilişsel ve davranışsal özellikleri ve sağlığı geliştiren yaşam davranışlarının düzeyi tespit edilmelidir. Programların başarıya ulaşması için çalışanların sağlığı geliştirme programı hakkında bilgilendirilmesi ve programa gönüllü katılımlarının sağlanması gerekir.

İşyerlerinde yürütülen sağlığı geliştirme programları çalışanların sağlığının geliştirilmesine, kişinin kendi sağlığı ve olumlu sağlık davranışları hakkında bilgi sahibi olmasına, bu bilgileri yaşantısına aktararak olumlu sağlık davranışları kazanmasında etkili olacaktır. Ayrıca bireyler işyeri dışında geçirdikleri zamanda da özellikle ailelerine, arkadaşlarına ve çevrelerine bu olumlu sağlık davranışlarını aktarabileceklerdir.

Toplumların sağlığını geliştirmeye yönelik çalışmaların yapılabilmesi için o toplumun sağlıkla ilgili davranışlarının bilinmesine ihtiyaç vardır. Toplumun sağlıkla ilgili davranışlarının tanımlamaya yarayan çalışmalardan elde edilecek sonuçlara göre yürütülen sağlığı geliştirme programları bireylerin, ailelerin ve toplumun sağlığının geliştirilmesini sağlayacaktır.

1.2. Amaçlar

1.2.1. Kısa Dönemli Amaçlar

Araştırmanın yapıldığı gıda imalatı yapan işletmede çalışanların;

- Bazı sosyo demografik özelliklerinin saptanması (cinsiyet, yaş, medeni durum, tahsil seviyesi vb.),
- Çalışma ortamında bulunan ve çalışmayı etkileyebileceği düşünülen çeşitli ortam faktörlerinin saptanması,
- Çalışma şartlarının, genel sağlık durumlarının ve sağlık konusundaki algılarının belirlenmesi,

- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının Sağlıklı Yaşam Davranışları lçeği (SYBD) ile değerlendirilmesi,
- Bazı sosyo demografik özellikler ve sağlık özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olası etkisinin belirlenmesidir.

1.2.2. Uzun Dönemli Amaçlar

- Sağlıklı yaşam davranışı geliştirmeyi destekleyen işyerinde sağlığı geliştirme programları düzenlemek,
- Sağlıklı yaşam davranışlarını geliştirmek amacıyla işyerinde eğitim programları yapmak,
- İşyerindeki fiziksel çalışma şartlarının iyileştirilmesi ve iş sağlığı ve güvenliği yönünden gerekli tedbirlerin alınmasına yönelik çalışmalar yapmak,
- Konu ile ilgili ileride yapılacak olan çalışmalara katkı sağlamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Kavramına Genel Bakış

Sağlık kavramı bireyden bireye, toplumdaki topluma farklılık göstermekle birlikte yakın zamana kadar hastalığın ya da sakatlığın olmaması hali olarak tanımlanmaktaydı. Bu tanım insanları etkileyen psikososyal ve ruhsal faktörleri göz ardı etmektedir. Bu nedenle DSÖ sağlığı; “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. Bu anlayış, 1978 yılında yayınlanan ve DSÖ’ ne üye ülkeler tarafından onaylanan “Alma-Ata Bildirgesi”nde daha ayrıntılı bir şekilde tanımlanmıştır. Alma Ata Bildirgesine göre “Konferans, sağlığın sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil fiziksel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik hali olduğunu, temel insan hakkı olduğunu ve sağlığa mümkün olan en yüksek seviyenin kazandırılmasının dünya çapındaki en önemli sosyal amaç olduğunu, bu amacın gerçekleştirilmesinin sağlık sektörüne ek olarak birçok diğer sosyal ve ekonomik sektörün de faaliyetlerini gerektirdiğini önemle teyit etmektedir” (www.who.int; Özvarış, 2001; Temel ve Özvarış, 2007).

Geçtiğimiz yüzyılın ikinci yarısında bilim ve teknolojiye gelişmelerin sağlık alanına yansımaları ile sağlanan gelişmeler sonucunda, hastalıkların tanı ve tedavisi bakımından önemli başarılar sağlanmıştır. Başta enfeksiyon hastalıkları olmak üzere ölüme yol açan pek çok hastalığın tedavisinde başarılı uygulamalar yapılmış, bu sayede insan ömründe önemli uzama meydana gelmiştir. Son 50 yıl içinde ortalama insan ömrü 20 yıl kadar uzamıştır. Dünya

Sağlık Örgütü'nün önceki yıllarda bu konudaki yaklaşımı “yaşama yıllar katın” (add years to life) sloganında ifadesini bulduğu gibi insan ömrünü uzatmaktı. İnsanların yaşam süresinin uzaması arzu edilen bir durum olmakla birlikte, çeşitli sağlık sorunları ile birlikte uzun süre yaşamak, yaşamın kalitesi bakımından sorunları gündeme getirmiştir. Bunun sonucunda, sağlık sorunları ile birlikte uzun yaşamak yerine, sağlık sorunlarının ortaya çıkmasını önleyici uygulamalara ağırlık vermek suretiyle hastaliksız olarak uzun yaşamının tercih edildiği bir anlayış hâkim olmaya başlamıştır. Bu şekilde yaşamın uzatılmasının yanı sıra, yaşamın kalitesinin de artırılması hedeflenmiş oluyordu. Bu paralelde Dünya Sağlık Örgütü yukarıda ifade edilen sloganı 1990'lı yılların sonlarında “yıllara yaşam katın” (add life to years) şeklinde değiştirerek yaşamın kalitesinin önemine işaret etmiştir. Bu düşünceden hareketle son 20 yıl boyunca Dünya Sağlık Örgütü'nün önderliğinde sağlığı geliştirme konuları gündeme getirilmiş ve bu yönde de başarılı uygulamalar yapılmaya başlanmıştır (Bilir ve Yıldız, 2004: 367).

2.2. Sağlık Kavramının Tarihçesi ve Tanımlar

Literatürde, sağlığın kelime anlamını açıklayan yaklaşık bin tanım bulunabileceği bildirilmektedir. Eski çağlarda fiziksel bütünlük, sosyal grup içinde var olmanın birinci şartı olmuştur. Fiziksel olarak yetersiz olanlar (sakat, lepralı vb.) ve dış görünüşleri farklı olanlar (çok iri, zayıf olma vb.) tedavi edilmemişler ve toplumdan tecrit edilmişlerdir. Belirgin bir ruhsal hastalık görülmedikçe ruhsal sorunlardan söz edilmemiştir. Bireyin sağlıklı

olmasında ruh sağlığının önemi ancak 19.yy sonlarında fark edilmiştir (Dofman, 1973; akt. Esin, 1997:5).

Bilimsel çalışmalar ilerledikçe, sağlığın bireyin içinde bulunduğu ve yetiştiği toplumun özellikleri ile etkilendiği fark edilmiş, sağlık ve hastalık farklı durumlar olarak algılanılmaya başlanmıştır. Özellikle hastalıkların oluşumunda bakteri vb. özel bir etkenin rolü olduğunun anlaşılması ile tanı koyma girişimleri başlamıştır. 20. yy başlarında, sağlık ve hastalık bir süreç olarak kabul görmüş, “biri var ise diğeri yoktur” anlayışı ile uç iki kavram olarak değerlendirilmiştir. Bu tanım geçerli olmamakla birlikte, günümüzde hastalık oranlarının az görüldüğu toplumlar hala sağlıklı olarak nitelendirilebilmektedir (Dofman, 1973; Pender, 1987; Shover, 1985; akt. Esin, 1997:5).

İlerleyen yıllarda sağlığın yalnızca fiziksel sağlıktan ibaret olmadığı, bireyin çevresinde bulunan stresörlerden kaynaklanan stres ve diğer ruhsal sorunların bireyin sağlığını etkilediği görülmüştür. Ayrıca kişinin içinde bulunduğu sosyal çevre, psikososyal ve toplumsal ilişkilerinin de sağlığı üzerinde etkili olduğu görülmeye başlanmıştır. Böylelikle sağlık, sadece fiziksel bir olgu olmaktan çıkmış, bütünsel bir anlam kazanmaya başlamıştır.

DSÖ’ nün Alma Ata Bildirgesine (1978) göre “Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil fiziksel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik halidir”.

Ayrıca sağlık;

- Temel insan haklarından biridir,
- Sağlığa mümkün olan en yüksek seviyenin kazandırılmasının dünya çapındaki en önemli sosyal amaçtır,
- Bu amacın gerçekleştirilmesinin sağlık sektörüne ek olarak birçok diğer sosyal ve ekonomik sektörün de faaliyetlerini gerektirir (www.who.int).

Aubrey sağlığı, bireyin karşılaştığı duruma adaptasyonunu ve tepkilerini içeren durum olarak tanımlamıştır. Aubrey'e göre sağlık, tüm vücut bölümlerinin uyumlu faaliyetini yansıtır. Ruhsal sağlık, fiziksel sağlıktan farklı olarak bireyin duygusal sürekliliği, bütünlüğü ve çevresini saran olumsuz etkilere karşı adaptasyonudur (Pender, 1987; akt. Esin, 1997:6).

Parson sağlık tanımında ilk kez “sosyal normlar” terimini kullanarak sağlığı, bireyin şimdiki ve gelecekteki rollerini yerine getirebilmesi için fonksiyonlarını sürdürmesi olarak tanımlamıştır (Shover, 1985; akt. Esin, 1997:6).

Patrick, Bush ve Chen, sağlığı, sosyal değerlerin aktivite üzerine etkisi olarak tanımlamışlardır. Bireyin fonksiyon düzeyinin sağlık düzeyini yansıttığını ve fonksiyon düzeyinin düşük olması ile sağlık durumunun olumsuz yönde etkilendiğini belirtmişlerdir (Bullough, 1990; Howard, 1990; akt. Esin, 1997:7).

Levine sağlığı, vücuda enerjinin girişi ve çıkışı arasındaki dengeyi içeren bir aşama ve yapısal, kişisel, sosyal değerlerden etkilenen bir durum olarak tanımlamıştır (Shover, 1985; akt. Esin, 1997:8).

Betty Neuman sağlığı, iyilik hali olarak görmüş, fiziksel, ruhsal ve sosyo-kültürel olmak üzere alt sistemlerin dengesinin ve insanın bunlarla uyum içinde olmasının sağlık durumunu olumlu etkileyeceğini belirtmiştir. Roy sağlığı, bireyin iyilik haline başarılı bir şekilde adaptasyonu olarak belirtmiştir (Velioğlu, 1999).

Halbert Dunn “Yüksek Düzeyli İyilik Hali” terimini ilk kullanan kişidir. Ona göre sağlık, bireyin kendi kendine gerçekleştirebileceği en yüksek potansiyele ulaşmasıdır. Dunn’a göre yüksek düzeyli iyilik haline ulaşabilmesi için birey özgür olmalıdır ve yaratıcı gücünü kullanabilmelidir (Shover, 1985; Walker, Sechrist, Pender, 1987; akt. Esin, 1997:8).

Kuramcılardan Rene Dubois’e göre sağlık, kişinin içten gelen ve çevresinde meydana gelen dış stresörlere adapte olmasını sağlayan bir durum veya koşuldur (Beckmann, 1989; akt. Yıldırım, 2005:14). Smith sağlık kavramını tanımlarken, hastalık-sağlık kavramlarının birbirleriyle ilgili olduğunu belirtmiştir. Sağlık terimine bu yönden bakıldığında, sağlığın pozitif, hastalığın ise bunun tam tersi olduğunu ifade etmiştir. Pozitif sağlık; sağlığın geliştirilmesi, iyilik düzeyinin artırılması ile ilgilidir. Nötral bir sağlık durumundan sonra ulaşılan, yaşam kalitesini ve potansiyel sağlığı geliştiren

sağlık davranışını ifade etmektedir. Nötral sağlık; herhangi bir hastalık durumu olmaksızın, dengeli bir sağlık kavramını ifade eder. Sağlığı korumak ve hastalıklardan korunmaktaki amaç nötral sağlık durumunu korumaktır (Erdoğan , Nahçıvan ve ark., 1994; Haward, 1990; Stachawiah, Tripp, 1992; Swanson, Albrecht, 1993; akt. Yıldırım, 2005:14).

Newman, Martha Rogers, sağlığı yaşam sürecinin bütünü olarak tanımlamışlardır. Buna göre gelişme yaşam boyu sürmektedir. Sağlıkla ilgili olarak 4 nokta üzerinde durmuşlardır;

1. Sağlık, hastalık olmama durumu olarak tanımlanamaz,
2. Sağlık bireyin kendi değerleri ile oluşur,
3. Sağlık, bilinçli bir gelişmedir,
4. Sağlık, enerji harcama oranının artması ve daha iyiye doğru gelişen yaşam sürecini içine alır (Pender, 1987; akt. Esin, 1997:8-9).

2.3. Sağlığı Koruma ve Geliştirme

Günümüzde ülkeler kendi sosyal, kültürel ve ekonomik koşulları doğrultusunda bireylerin ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik stratejiler belirlemekte ve bu stratejiler doğrultusunda sağlığı koruma ve geliştirme programlarını uygulamaya geçirmektedir. Bu stratejiler arasında sağlık için sosyal sorumluluğun geliştirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin tüm bireylere ulaştırılması, sağlığı geliştirmeye yönelik altyapının sağlanması

ve yatırımların artırılması, çevre sağlığının geliştirilmesi ve farklı disiplinlerin sağlığı koruma ve geliştirme konusunda işbirliği yapmasının sağlanması sayılabilir.

Sağlığı korumayı, 1953 yılında H.R.Leawell ve E.G.Clark tanımlamışlardır. Sağlığı koruma, sağlık durumunu bozan davranışı yapmama ya da sakınmayı ifade eder. Erken tanı ile hastalık sürecine girişi önleyici ve erken tedavi ile yetmezlik durumunda var olan kapasiteyi en yüksek düzeye çıkaracak aktiviteleri kapsar (Pahalank, 1991; Spellbring, 1991; akt. Yıldırım, 2005:16). Sağlığı koruyan davranışlara örnek olarak; kendi kendine meme muayenesi, emniyet kemeri takma, sigara-alkol kullanmama, yaşa uygun aşılanma verilebilir (Erdoğan , Nahçıvan ve ark., 1994; Spellbring, 1991; WHO, 1985; akt. Yıldırım, 2005:16).

Sağlığı geliştirme, doğrudan birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlık potansiyelinin gelişmesi ve iyilik düzeyinin atmasına yönelik aktiviteleri ifade etmektedir. Hastalık veya yaralanmalardan korunma davranışlarını kapsamaz. Bireyin var olan davranışının üst düzeye çıkarılmasıdır. Buna karşın sağlığı koruma bir davranışı yapmama ve sakınmayı ifade eder. Sağlığı geliştirme, sağlığı olumlu yönde geliştirmeyi hedefleyen dinamik bir süreç iken, koruma, iyilik ve sağlık durumunun patolojik sürece geçmesini önlemektir (Lowenberg, 1995; Palank, 1991; Pender, 1987; Pender, 1992; akt. Esin, 1997:13).

Brubaker bu iki terim arasındaki farklılığı şöyle açıklamıştır; “koruma”, bir şeyi saklama ve muhafaza etmek iken “geliştirme” bir şeyi olgunlaştırma, en üst düzeye çıkarma ve gerçekleştirmedir. Sağlığı geliştirme dinamik bir süreç iken sağlığı koruma dengeli ve durağan bir süreçtir. Bu iki kavram birbiri yerine kullanılamaz ancak birbirlerini tamamlayan süreçlerdir. Sağlığı geliştirme birincil korumanın temel bileşenidir (Pender, 1987; Shamansky ve Clauser, 1980; akt. Esin, 1997:13).

2.3.1. Sağlığı Koruma

Gerald Coplan, 1960 yılında sağlığı korumada üç düzeyi tanımlamıştır. Bunlar:

Birincil Koruma: Birincil koruma, sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu önlemleri kapsar. Bireylerin, ailelerin, toplumun ve toplum gruplarının hastalık riskini azaltıcı davranış geliştirme, sağlıklı yaşam biçimi geliştirme ve koruyucu hizmetlerden yararlanmaya yönelik aktiviteleri içerir. Örneğin; temiz su, sağlıklı konut, katı ve sıvı atıkların sağlığa zarar vermeyecek duruma getirilmesi gibi çevresel önlemlerin yanı sıra yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, aile planlaması hizmetlerinin sunulması ve kişisel hijyen önlemlerinin alınması birincil koruma uygulamalarındandır. Ayrıca bağışıklama, vektör kontrolü, genetik hastalıkların kuşaktan kuşağa geçmesini önlemek, sağlığı olumsuz etkileyen sosyoekonomik koşulların düzeltilmesi gibi uygulamalar da birincil koruma kapsamına girer.

İkincil Koruma: Erken tanı, tedavi ve koruyucu önlemleri içerir.

Üçüncül 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 söz konusudur. Üçüncül koruma bireyin bedensel sakatlığının olumsuz etkilerini gidermenin (medikal rehabilitasyon) yanı sıra sosyal uyumunu sağlayacak değişik önlemleri (sosyal rehabilitasyon) kapsamaktadır (Erbaydar, 2002; Öztekin, 2001; akt. Yıldırım, 2005: 16-17)

Koruma düzeyleri Şekil 1’de gösterilmektedir:

Şekil 1. Koruma Düzeyleri

Sağlık Durumu	Koruma Önlemleri	Hizmet Grupları	Uygulama Yeri
Sağlıklı Kişi	<p><u>Birincil Koruma</u></p> <p>Sağlığı Geliştirme (Bireysel çabalar, sağlık eğitimi, olumlu çevre, yeterli ve dengeli beslenme, kişisel hijyen, aile planlaması)</p> <p>Özel Koruyucu Önlemler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biyolojik-kimyasal profilaksi • Kazalardan, karsinojenlerden korunma • Sanitasyon • Vektörlerin yok edilmesi • Genetik denetleme • Sosyo-ekonomik destek 	Gebe Bebek Ergen Yaşlı Yoksul	Ev Okul Endüstri
Hasta/Yaralı	<p><u>İkincil Koruma</u></p> <p>Hastalıkların gelişmesini sınırlamak, Erken sağaltım</p>	Birey Aile Toplum	Hastane
Az Görülen Hastalık Yaralanma Kronik Hastalık	<p><u>Üçüncül koruma</u></p> <p>Rehabilitasyon, Readaptasyon, Komplikasyonların önlenmesi, Uğraş terapisi, Ölümcül hastalıklarda destek ve bakım</p>	Birey Aile Toplum	Toplum Okul

Kaynak: “Temel Sağlık Hizmetleri”, Hacettepe Ün. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.B.D

2.3.2. Sağlığı Geliştirme

Sağlığı geliştirme fikri, yeni olmamasına ve bu yuzyılın ilk yarısında bu konuda birçok girişimde bulunulmuş olmasına rağmen, tanımlanmış özel bir alan olarak ilk ortaya çıkışı 1974 yılında olmuştur. 1986 yılında yapılan ilk uluslar arası Sağlığı Geliştirme Konferansı, bu konuya olan ilginin artmasını ve Ottawa Sağlığı Geliştirme Bildirgesi'nin onaylanmasını sağlamıştır. Boyece sağlığı geliştirme etkinlikleri tüm dünyada gelişmeye başlamıştır (Temel ve zvarış, 2007: 5).

Sağlığı geliştirme konusuna ilginin artmasının temelinde pek çok farklı neden söz konusu olmuştur. Anderson, bunları 5 başlık altında toplamıştır:

1. Sağlığın olumlu hale getirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasına ilginin artması
2. Kişilerin kendi yaşamlarını kontrol altına alma isteklerinin artması
3. Sağlık eğitimiyle ilgili geleneksel stratejilerin etkililiklerinin sınırlı olması
4. Birçok hastalığın kişilerin yaşam tarzıyla ilişkili olduğunun anlaşılması
5. Sağlık durumu ve sağlık bakımı arasındaki ilişkinin zayıflığına yönelik artan bilimsel kanıtlar (Temel ve zvarış, 2007: 5).

Sağlığı geliştirme kavramının entegre bir yaklaşım olarak gündeme gelmesi 1980 yılında olmuştur. Bu yaklaşımın temelinde bireylerin yaşam tarzlarındaki olumlu değişiklikler, fiziksel, psikososyal, kültürel ve ekonomik

çevrelerindeki gelişmeler, morbidite ve mortalitede azalma bulunmaktadır.

Ottawa Sağlığı Geliştirme Bildirgesi'nde (1986) yapılan tanıma göre; sağlığı geliştirme, “kişilerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini olanaklı hale getirmektir”. Bu tanım sağlığı geliştirme yaklaşımının uygulanması için yapılacak girişimlerin güçlendirici, katılımlı, sektörler arası, hakkaniyetli, ulaşılabilir ve çok stratejili olmasını gerektirmektedir (Temel ve Özvarış, 2007: 5).

Son yıllarda sağlığı geliştirme kavramıyla ilgili çok sayıda tanım yapılmıştır. Genellikle bu tanımlar, içerik açısından değil, yaklaşım ve vurgu açısından farklılık göstermektedir. Aşağıda sağlığı geliştirme tanımları tarihsel olarak özetlenmiştir (Temel ve Özvarış, 2007: 5).

Şekil 2. Tarih Boyunca Sağlığı Geliştirme Tanımları

Kaynak ve Tarih	Tanımlar
Lalonde, 1974	Fiziksel ve ruhsal sağlığı etkileyen konularda kişilerin ve kuruluşların daha aktif rol ve sorumluluk almalarını sağlayacak şekilde bilgilendirme, etkileme ve yardımcı olmayı hedefleyen stratejiler
US Department of Health, Education and Welfare, 1979	Sağlığı geliştirmeye yönelik çevresel ve davranış değişikliklerini destekleyen sağlık eğitimi ve politik, ekonomik, örgütsel programların bileşimi
Gren, 1980	Sağlığı geliştirmeye yönelik çevresel ve davranış değişikliklerini kolaylaştıran sağlık eğitimi ve politik, ekonomik, örgütsel programların bileşimi
Gren&Iverson, 1982	Sağlığa yönelik davranışları destekleyen sağlık eğitimi ve politik, ekonomik, örgütsel programların bileşimi
Perry&Jessor, 1985	Sağlığın tüm belirleyicilerinde, iyilik halini ve sağlığı geliştirmeyi güçlendiren çabaların uygulanması
Nutbeam, 1985	Kişilerin sağlıklarını geliştirmelerinin ve sağlığın belirleyicileri üzerindeki kontrollerini artırmalarının olanaklı hale gelmesini sağlayacak süreç
Dünya Sağlık Örgütü, 1984, 1986	Kişilerin sağlıklarını geliştirmelerinin ve sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarının olanaklı hale gelmesini sağlayacak süreç
Goodstadt ve ark., 1987	Etkili program, hizmet ve politikaların uygulanmasıyla var olan sağlık düzeylerinin iyileştirilmesi ve sürdürülmesi
Kar, 1989	Sağlığın davranışsal, biyomedikal, çevresel ve toplumsal belirleyicilerinin istenen düzeyde tutularak, sağlık risklerinin önlenmesi ve iyilik halinin geliştirilmesi
O'Donnell, 1989	İstenen sağlık düzeyine ulaşmada kişilerin yaşam tarzını seçmelerine yardımcı olma sanatı ve bilimidir.
Labonte&Little, 1992	Sosyal ve çevresel yaşam koşullarını iyileştirmeye yönelik her türlü eylem ve program

Kaynak: Temel ve Özvarış, 2007: 6

Sonuçta, sağlığı geliştirme; sağlığı hedefleyen herhangi bir sağlık davranışı ve yaşam tarzı için yapılan eğitim, ekonomik, örgütsel ve çevresel desteklerin bileşimidir (Temel ve zvarış, 2007: 6).

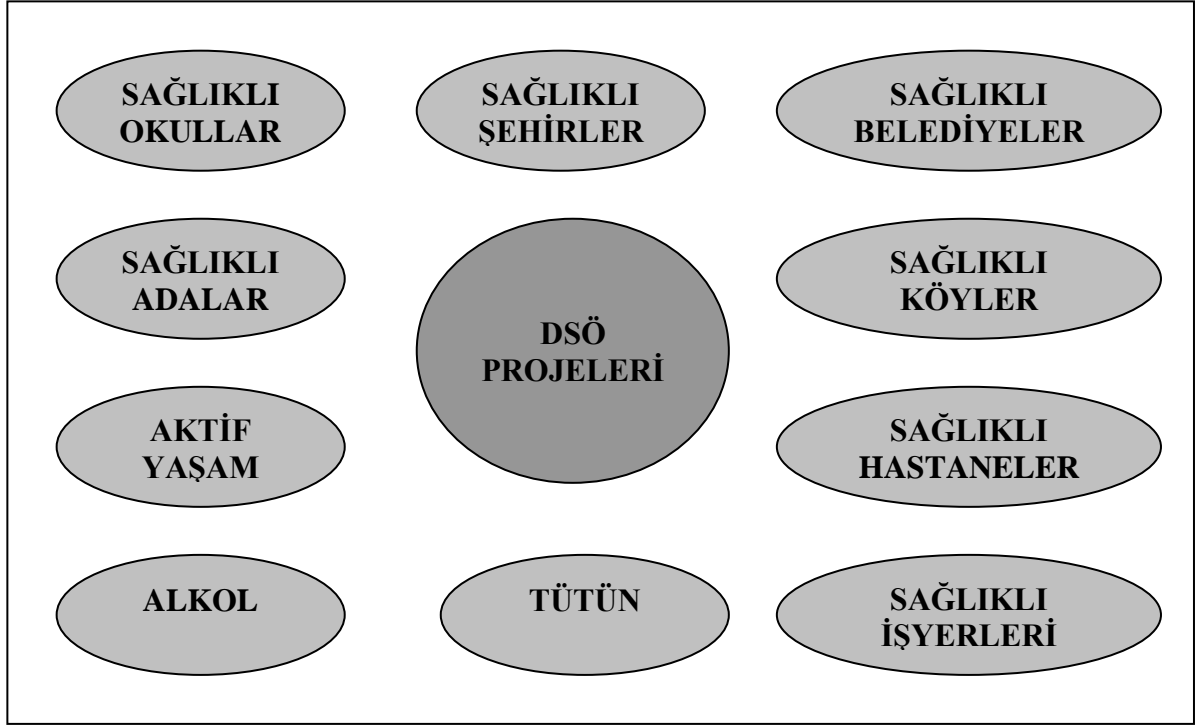
2.3.2.1. 21.Yüzyılda Sağlığı Geliştirmede ncelikler

DSÖ' nün 21. yüzyılda sağlığı geliştirme konusunda saptadığı 5 temel ncelik;

1. Sağlık için sosyal sorumluluğun geliştirilmesi,
2. Sağlığın gelişmesi için yatırımların artırılması,
3. Sağlık için işbirliğinin sağlanması ve artırılması,
4. Toplumun kapasitesinin artırılması ve bireylerin güçlendirilmesi,
5. Sağlığı geliştirme için altyapının sağlanmasıdır (Temel ve zvarış, 2007: 14).

Sağlığı geliştirme stratejileri ve programlarının uygulamaya konulmasında birçok DSÖ programı ve projesi geliştirilmiştir. Bunlar arasında ‘‘Sağlıklı Őehirler, Köyler, Belediyeler ve Sağlıklı Adalar’’ projeleri bulunmaktadır. ‘‘Sağlığı Geliştiren Okullar, Sağlığı Geliştiren Hastaneler’’ bilgi ağları’, ‘‘Sağlıklı Pazar Yerleri ve Sağlığı Geliştiren İşyerleri’’ projeleri yanında alkol, tütün, aktif yaşam ve sağlıklı yaşlanma eylem planları da yapılan çalışmalar arasındadır (Temel ve zvarış, 2007: 15).

Şekil 3. DSÖ' nün Sağlığı Geliştirme Program ve Projeleri



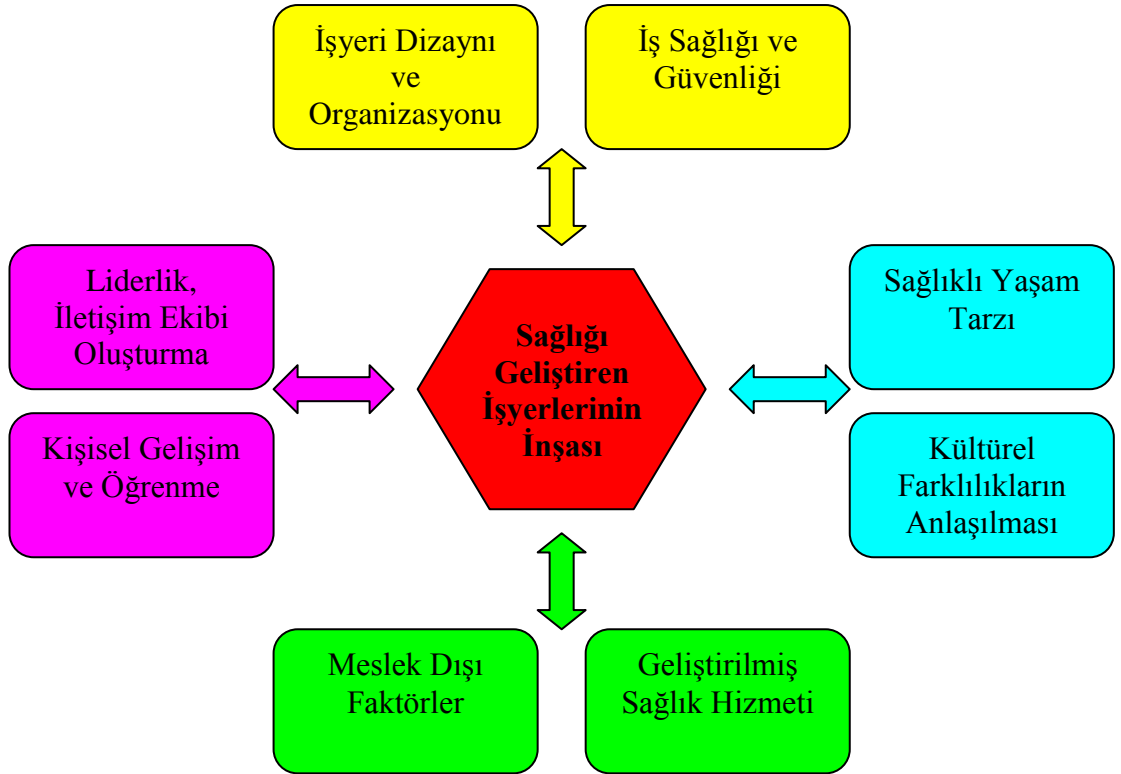
Kaynak: Temel ve Özvarış, 2007: 15

2.3.2.2. İşyerinde Sağlığı Geliştirme

Çalışma ortamında kişilerin sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilecek fiziksel, kimyasal, biyolojik ve psikososyal birçok ortam faktörü bulunur. Bu faktörlerin çalışanların sağlığını olumsuz yönde etkilemeden kontrol altına alınması gerekir. İşyerlerinde bu faktörlerin kontrol altına alınması amacıyla çeşitli teknik, idari ve tıbbi uygulamaların yapılması gerekmektedir. Ayrıca çalışma hayatında yer alan yetişkinler göz önüne alındığında bu yetişkinlerin yaşamlarının büyük bir bölümünü işyerlerinde geçirdikleri açıktır. Bu yüzden işyerleri sağlığı geliştirme programlarının uygulanması ve sağlık eğitimi gibi çalışmaların yapılabilmesi en uygun ortamlardan biridir. DSÖ' nün

işyerlerinde uygulanacak sağlığı geliştirme programları ile ilgili öncelikleri Şekil 4’de gösterilmiştir.

Şekil 4. Sağlığı Geliştiren İşyerlerinin İnşası



Kaynak: www.who.int

İşverenler açısından öncelikli amaç, hastalık ve kaza nedeni ile olan iş kayıplarının azaltılması, işyerinde verimli çalışmanın sağlanması ve sonuç olarak üretimin artırılmasıdır. Çalışanlar açısından ise amaç, güvenli bir çalışma ortamında sağlıklı olarak çalışmaktır. İş kazaları ve meslek hastalıkları dışında işyerinde çalışma verimini ve üretimi olumsuz etkileyen sorunlar arasında

solunum sisteminin akut ve kronik hastalıkları, koroner kalp hastalığı, kas-iskelet sisteminin hastalıkları, şişmanlığa bağlı sorunlar, diyabetes mellitus gibi hastalıklar önemli yer tutmaktadır. Bu sağlık sorunlarının oluşunda bazı bireysel ve genetik özelliklerin ve işyerinde bulunan bazı etkenlerin rolü vardır. Ancak bu hastalıklar kişinin yaşam tarzı ile de çok yakından ilişkilidir. Bu nedenle bu hastalıklardan korunma bakımından yaşam biçimi ile ilgili koşulların olumlu hale getirilmesi çok önemlidir. Hastalıkların erken dönemde saptanması ve uygun tedavi programları ile komplikasyonların bir ölçüde önlenmesi mümkündür. Ancak özellikle yaşam biçimi faktörlerinde yapılacak değişikliklerle bu hastalıkların ortaya çıkmasını önlemek de mümkün olabilir (Bilir ve Yıldız, 2004: 368).

Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme çalışmaları için işyerleri çok uygun ortamlardır. İşyerlerinde işçiler toplu olarak bulunurlar ve yaşamlarının önemli bir bölümünü orada geçirirler. Her çalışan günde en az bir öğün yemeğini işyerinde yemektedir. İşyerindeki yemek programının sağlıklı olması bir yandan bir öğün yemeğin sağlıklı bir diyet şeklinde yenmesini sağlar, öte yandan işyerindeki yemek alışkanlığının kişinin evindeki yemek alışkanlığına, dolayısı ile genel yaşamına yansımaya olanak verir. İşyerinde uygulanan bir egzersiz programı veya sigara kontrolü çalışmaları da benzeri yararları sağlayabilir. Öte yandan işçiler işyerlerinde toplu olarak bulduklarından, eğitim etkinliklerinin bu gruplara ulaştırılması olanağı yüksektir. İşverenle birlikte planlama yapmak suretiyle uygun programlarla çalışanlara sağlığın korunması ve geliştirilmesi yönünden eğitimler yapılabilir. Bu konudaki eğitim

etkinliklerine işyerindeki bütün çalışanların, özellikle de işverenlerin katılması başarı şansını artırır. İşyerlerinde sağlık eğitimi çalışmaları genel toplumda yapılacak benzeri etkinliklere göre daha başarılıdır. Bu başarıda çalışanların kolay ulaşılabilir konumda olmalarının yanı sıra, işçiler arasında uygun grup dinamiklerinin yaratılması ve bu yolla birbirlerini etkilemeleri de önemli rol oynar (Bilir ve Yıldız, 2004: 369).

DSÖ, işyerlerinde sağlığı geliştirme programlarının işveren ve çalışanlara sağlayacağı faydaları Şekil 5’de göstermektedir.

Şekil 5. İşyerlerinde Sağlığı Geliştirmenin Faydaları

İşveren için	Çalışan için
İyi yönetilen sağlık ve güvenlik programı	Güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamı
Olumlu ve özenli bir imaj	Öz-saygının artması
Çalışanların moralinin artması	Azalmış stres
Personel devir hızında azalma	Yüksek moral
İşgücü kaybının azalması	İş tatmininin artması
Verimliliğin artması	Sağlığı koruma becerisinin artması
Sağlık/sigorta masraflarının azalması	Sağlığın gelişmesi
Dava ve para cezalarında azalma	Kendini iyi hissetme durumunun artması

Kaynak: www.who.int

İşyeri Sağlığı Geliştirme Programı

İşyerleri, sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirici etkinliklerin yapılması bakımından uygun ortamlardır. Ancak bir eğitim programının başarılı olabilmesi için bazı koşulların sağlanması gereklidir. Bunlardan başlıcaları şunlardır:

- Programın amaçları net olarak belirlenmiş olmalıdır,
 - Bu amaçlar işveren ve işçiler tarafından benimsenmiş olmalıdır,
 - Katılımcıların istek ve gereksinimleri öğrenilmelidir,
 - Programın sürdürülmesi için uygun yer ve zaman ayarlanmış olmalıdır,
 - Programın finansmanı saptanmış olmalıdır,
 - Programa işverenin katılımı sağlanmalıdır,
 - Çalışmalarla ilgili düzenli kayıt tutulmalıdır,
 - Programa katılanlardan geri bildirim alınmalıdır,
 - Kişisel bilgilerin gizliliği sağlanmalıdır,
 - Programın sonuçları değerlendirilmeli ve katılımcılara bilgi verilmelidir
- (Bilir ve Yıldız, 2004: 369).

Sağlığı geliştirme programlarının yürütülmesine başlanmadan önce hem işverenlerin hem de çalışanların bu konuda bilgilendirilmesi ve katılımlarının sağlanması gerekir. Programın tanıtılması amacıyla broşürler, afişler, konferans ve seminerler, küçük grup görüşmeleri, basın-yayın organları, televizyon, video filmleri vb. yöntemler kullanılabilir. Programın başlangıcında programa dâhil edilecek grupların sağlık durumları ile ilgili gerekli görme ve işitme

testleri, kan-idrar tahlili, ölçümler vb. tetkiklerin yapılması gurubu tanımak için önemlidir. Ayrıca sağlığı geliştirme programlarının yürütülmesinde sağlık eğitimi de önemli araçlardan biridir. Ayrıca programa çalışanların katılımını arttırmak için manevi ya da maddi çeşitli ödüllerin verilmesi programın başarısı açısından faydalı olabilir.

İngiltere’de değişik sağlık kuruluşlarının kayıtları ile ölüm istatistiklerinden elde edilen bilgilere göre en sık görülen sağlık sorunları Şekil 6’da görülmektedir. Şekilde yer alan hastalıkların pek çoğunda yaşam tarzı ile ilgili faktörler (sigara, alkol, kullanımı, beslenme sorunları, hareketsizlik, stres) önemli rol oynamaktadır. Bu faktörlerin olumlu hale getirilmesi ile şekildeki hastalıkların çoğu bakımından korunma sağlanabilir. Bu faktörlerden bazılarının işyerindeki faktörlerle de ilişkisi olduğu göz önüne alındığında bu konuların da eğitim programları yapılırken dikkate alınması faydalı olacaktır (Bilir ve Yıldız, 2004: 371).

Şekil 6. İngiltere’de Bazı Sağlık Kuruluşlarının Kayıtları ile Ölüm Kayıtlarında En Sık Sağlık Sorunları

Ölüm kayıtları	Meslek hastalığı tazminat talepleri	Hastane kayıtları	Birinci basamak sağlık birimi kayıtları
İskemik kalp hastalığı	İşitme kaybı	Yaralanma, zehirlenme	Solunum sistemi hastalıkları
Serebrovasküler hastalık	Dermatit	Solunum sistemi hastalıkları	Ruhsal sorunlar
Akciğer kanseri	Solunum sistemi hastalıkları	Sindirim sistemi hastalıkları	Kalp-damar sistemi hastalıkları
Solunum sistemi hastalıkları	Vibrasyona bağlı sorunlar	Kanserler	Kas-iskelet sistemi hastalıkları
Meme kanseri	Kas-iskelet sistemi hastalıkları	Meme-genito-üriner sistem hastalıkları	Deri hastalıkları

Kaynak: Bilir ve Yıldız, 2004: 373

İş sağlığı geliştirme programları; yeterli ve dengeli beslenme, stres ve egzersiz yönetimi, zararlı alışkanlıkları bırakma gibi davranışları kazandırmaya yönelik hazırlanmaktadır (Esin, 1997:42).

Başarıyla uygulanan programlardan biri, Johnson and Johnson şirketinin 1979 yılında geliştirdiği yaşam için yaşa (Live for Life) programıdır. Program, çalışanların yaşam biçimi davranışlarının sorgulanmasıyla başlar. Kan basıncı, kan-lipid düzeyleri, yağ oranı, kilo ve boy değerleri, vital kapasiteleri belirlenir. Veriler her bir çalışan için değerlendirilir. Programın içeriği, sigara bırakma, kilo kontrolü, stres yönetimi, beslenme, egzersiz, kan basıncı kontrolünden

oluşmaktadır. 1983 yılında programın değerlendirilmesi yapılmış ve programa katılanların büyük bölümünün sigarayı bıraktığı, kilo kaybettiği, vital kapasitelerinin arttığı bulunmuştur. Ayrıca sağlık bakım harcamalarının düştüğü belirlenmiştir (Esin, 1997:42).

Diğer başarılı iş sağlığı geliştirme programlarına örnek olarak; AT and T Communications firmasının Bütüncül Yaşam kavramı (Total Life Concept) programı, Kimberly-Clark firmasının programı, Control Data Firmasının iyi olun (Stay Well) adlı programı gösterilebilir. Bu programlar bu alanda geliştirilen ve sonuçları amaca uygun olarak başarılı olan uygulamalardır (Esin, 1997:43).

2.3.3. Sağlığı Koruyan ve Geliştiren Davranışlar

Kasl ve Cobb 1966 yılında hastalık dışındaki sağlık davranışlarını tanımlamışlardır. Sağlık davranışı; Bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir aktivite olabildiği gibi, hastalığı önleyici bir davranış da olabilir (Shamansky ve Clauser 1980; Tripp ve Stachowiak, 1992; Walker, Sechrist ve Pender, 1987; akt. Esin, 1997:16).

Sağlığı koruyan ve geliştiren davranışların kavramsal tanımları Şekil 7'de ve bireylerden göstermesi beklenen davranış örnekleri Şekil 8'de gösterilmiştir (Erdoğan, Nahcivan, Esin ve ark., 1994; Redland ve Stuijbergen, 1993; Tripp ve Stachowiak, 1992; akt. Esin, 1997:16).

Şekil 7. Sağlığı Koruyan ve Geliştiren Davranışların Tanımları

<i>Sağlığı Koruyan Davranışlar</i>	<i>Sağlığı Geliştiren Davranışlar</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Bireyin amacı, hastalıklar ve yetersizliklerden sakınmak sağlığını korumaktır. • Bireyin aktiviteleri, ılımlı, dengeli sağlık durumunu tekrar kazanmaya ve sürdürmeye yöneliktir. • Birey, hastalık veya yetmezlik durumlarını önlemede, hastalık bulgu ve semptomlarını kontrol etmede, sağlığını tanımada, sürdürmede uzman hemşirenin yardımına ihtiyaç duyar. • Birey, sağlığını uzman bir hemşirenin yardımı ile kontrol eder. • Birey; bilgi yetersizliği, değerleri, sağlıkla ilgili kaynaklara ulaşamama gibi durumlardan dolayı başkalarının yardımları olmaksızın ılımlı, dengeli, sağlık durumunu sürdürmede yetersizlik gösterir. • Birey ve aile; toplumsal ya da gelişimsel olaylardan önce hazırlık veya planlama yapamaz. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bireyin amacı, en üst düzeyde fiziksel sağlık ve iyilik haline ulaşmak, sağlığın geliştirmektir. • Bireyin aktiviteleri; ılımlı, dengeli sağlık durumunun ötesinde pozitif sağlık durumunu kazanmaya yöneliktir. • Birey, sağlık davranışlarını geliştiren kaynakları arar, iyilik durumunu geliştirmek için çevresel kaynakları bulur. Hemşirenin rehberliğine ihtiyaç duyar. • Birey, iyilik halini ve sağlığını geliştirmek için kendisi çaba harcar. • Birey, hastalıkların tanınmasında semptom ve bulguları kontrol etmede yaşını uygun sağlık sorunlarını belirleyerek sağlığını kontrol etmede yeterlidir. • Önemli gelişimsel durumlar, aile ve birey tarafından planlanır.

Kaynak: Esin, 1997:17

Şekil 8: Sağlığı Koruyan ve Geliştiren Davranış Örnekleri

<i>Sağlığı Koruyan Davranışlar</i>	<i>Sağlığı Geliştiren Davranışlar</i>
<p>-Düzenli yapılması gereken uygulamalar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pop-Smear, TA kontrolü gibi periyodik muayeneler • 40 yaşından sonra yılda bir kez dışkıda gizli kan aranması • 2 yılda bir göz muayenesi • 6-12 ayda bir diş muayenesi • 50 yaşından sonra yılda bir kez mamografi • Yaşa uyan aşılama • Tıbbi tedavi ile ilgili şikâyetlerin değerlendirilmesi <p>-Zararlı alışkanlıklara yönelik uygulamalar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigara, alkol kullanılmaması • Kolesterolde ve yağdan düşük diyet alınması • Lifli gıda seçimi • Düşük veya orta düzeyde tuz alımı • Kafein alınmaması ya da sınırlı oranda alınması <p>-Egzersize yönelik uygulamalar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haftada 3 kez 20 dk egzersiz yapmak • Gecede 6-8 saat uyumak • Boş zamanlarını değerlendirmek <p>-Diğer uygulamalar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kendi kendine meme muayenesi • Emniyet kemeri kullanma • Güneş ışınlarından korunma • Günlük hijyenik uygulamalar • Olumlu kişilerarası ilişkiler 	<p>-Kişinin kendi kendine gerçekleştirdiği uygulamalar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Büyüme değişikliklerini izleme • Uzun dönemli hedefler geliştirme • Gerçek hedeflerini belirleme • Yaşamının amacını bilme • Mutluluğu ve hoşnutluğu hissetme • Güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olma <p>-Sağlık Sorumlulukları</p> <ul style="list-style-type: none"> • Şikâyetlerini sağlık sorumlularına rapor etme • Sağlığı ile ilgili tartışmalara girme • Sağlıkla ilgili yayın okuma • Çevre sağlığı programlarına katılma <p>-Egzersiz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nabız kontrolü ile birlikte egzersiz yapma • Haftada 3 kez etkili ve düzenli yapma • Yeni aktiviteler yaratma <p>-Beslenme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Katkı içeren besin kullanmama • Günde 3 öğün 4 besin grubunu tüketme • Vücut fonksiyonlarını destekleyen koruyan yiyecekler (lifli, düşük toksik madde içeren yiyecekler vb.) tüketme • Besin sanitasyonunu uygulama

Kaynak: Esin, 1997:18

2.3.4. Sağlık Davranış Modelleri

Sağlıkla ilgili davranışlar bireylerden bireylere farklılık gösterdiği için bu davranışları tek bir kuramla açıklama mümkün değildir. Modeller, bir ya da birden fazla kurama dayanarak davranışın belirli bir sistematik içinde anlaşılmasını sağlamakta; sağlığı geliştirmede ve sağlık eğitimi çalışmalarının planlamasında kullanılmaktadır (Temel ve Özvarış, 2007: 30). İşyerlerinde bireylere olumlu sağlık davranışları kazandıracak programların yürütülmesine başlamadan önce, bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarının analiz edilmesinde bu modellere sıklıkla başvurulur.

Bu modeller, bireysel sağlık davranışının gerçekleştirilmesi ile ilgili geçerli tahminlerin yapılmasını sağlamaktadır. Modeller,

- Verilerin analizi ve değerlendirilmesinde sonra geliştirilecek müdahale programlarının planlanmasında kullanılan araçlardan biridir.
- Genellikle bireylerin psikolojik süreçlerini (tutum, inanç) esas alarak, sosyal ilişkilerini ve yapısal faktörleri ortaya koyarak, insan davranışlarını açıklamaya çalışmaktadır.
- Risk göstergeleri, risk belirleyicileri ve risk faktörlerine yönelik verilerin toplanması sırasında, teorik bir model oluşturmaktadır (Temel ve Özvarış, 2007: 30).

Bu bölümde sağlığı koruma ve geliştirme alanında yapılan çalışmalarda yol gösterici olan Sağlık İnanç Modeli (Health Beliefs Model) ve Pender'in Sağlığı

Geliştirme Modeli (Pender's Health Promotion Model) aşağıda açıklanmaya çalışılmıştır.

2.3.4.1.Sağlık İnanç Modeli

Sağlık inanç modeli 1950'lerin başında Rosenstock ve Hochbaum tarafından geliştirilmiştir. Modelin ana kavramı, koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesi ile ilgili belirleyicilerin açıklanmasıdır (Hochbaum,1958; Rosenstock, 1960; Nahcivan ve Seçkinli, 2003; akt. Çenesiz, 2007:1). Model, sağlıkla ilgili davranışların açıklanması, sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu sağlık ile ilgili araştırmaların planlanmasında kullanılmaktadır.

Bu modele göre sağlık davranışları, hastalıkla ilgili algılanan ciddiyet ve tehdidi azaltmak için eyleme geçilmesinin getirilerine ilişkin algılanan yararlarla ilişkilidir. Birey, davranış değişikliği için aşağıdaki inançlara sahip olmalıdır:

1. Hedef olma algısı: (*Örn; H1N1 riski taşıyor muyum?*)
2. Durumun ciddiyetinin farkında olma: (*Örn; H1N1 ne kadar ciddi/H1N1 olursam hayatım ne kadar zorlaşır?*)
3. Yeni davranışın etkililiğine inanma: (*Örn; Aşı olursam H1N1 olmam*)
4. Sıranın kendisine de gelebileceğine inanma: *Örn; (Yakınının/arkadaşının H1N1 nedeniyle ölmesine/hastalanmasına şahit olma)*
5. Korunmaya başlı yararı algılama: (*Örn; Aşı olursam H1N1'i önlerim*)
6. Eyleme Başlamada engeller: (*Örn; Aşı olmaktan korkuyorum*) (Temel ve Özvarış, 2007: 31).

Bu modele göre, davranış değişikliği oluşturmak için bireyin kişisel inançlarını değiştirmek gereklidir (Temel ve Özvarış, 2007: 31).

Şekil 9. Sağlık İnanç Modeli'nin Temel Kavramları ve Tanımlamaları

Kavram	Tanım	Uygulama
Algılanan Duyarlılık	Sağlık tehdidi ile karşılaşma olasılığına olan inanç	<ul style="list-style-type: none"> Risk altındaki toplumun ve risk düzeylerinin tanımlanması Kişinin davranışı ile ilgili olan riskin belirlenmesi Algılanan riskin gerçek riskle tutarlı hale getirilmesi
Algılanan Ciddiyet	Durumun ve sonuçlarının ne denli ciddi olduğu ile ilgili inanç	<ul style="list-style-type: none"> Riskin ve sonuçların özelleştirilmesi
Algılanan Yarar	Tehdidin ciddiyetini ya da riskini azaltmak için önerilen davranışın etkili olacağına ilişkin inanç	<ul style="list-style-type: none"> Yapılacak hareketin tanımlanması; beklenen olumlu sonuçların açıklığa kavuşturulması
Algılanan Engeller	Önerilen hareketin gözle görülebilen ve görülmeyen maliyeti ile ilgili inanç	<ul style="list-style-type: none"> Pekiştirme, düzeltme ve yardım yoluyla, algılanan engeli azaltmak ve tanımlamak
Hareket İle İlgili İpuçları	Hazır bulunuşluğu aktive etme stratejileri	<ul style="list-style-type: none"> Bilgiye ulaşmayı sağlamak Farkındalığı güçlendirmek Diğer sistemleri harekete geçirmek
Öz Yeterlilik	Önerilen davranışı gerçekleştirme kapasitesine olan inanç	<ul style="list-style-type: none"> Hareketin gerçekleştirilmesi için yetiştirme ve rehberlik İlerleyici hedeflerin konması Sözlü pekiştirme İstenilen davranışı gösterme Endişeyi azaltma

Kaynak: Çenesiz,2007:4

Bireyin bir hastalıktan korunmak için kendisine önerilen davranışı yapmasını etkileyen pek çok faktör vardır. Öncelikle bireyin hastalığı algılaması önemlidir. Eğer birey hastalığa yatkınsa ve semptom gösteriyorsa önerilen davranışı kolaylıkla uygulayabilir. Birey semptom göstermiyor ancak yatkınlık varsa öncelikle bu yatkınlığı algılaması sağlanmalıdır. Bu aşamada hastalıkla ilgili toplum kampanyaları başlatılabilir, medya bireyleri duyarlı hale getirilecek yayınlar yapılabilir. Bunun sonucunda birey hastalığı kendisi açısından değerlendirmeye başlar, önemini ve ciddiyetini kavrar. Bu süreci, bireyin, demografik, psikososyal ve hastalıkla ilgili bilgi veya hastalığı önceden geçirmiş olma düzeyi gibi değiştirilebilir faktörler etkiler. Değiştirilebilir faktörler, bireyin önerilen davranışın yararlarını ve kendisinde var olan engelleyici faktörleri algılamasını da etkileyebilecektir. Sonuçta birey davranışı uygular ya da uygulamayabilir (Pender, 1987; akt. Esin, 1997:20-21).

Sağlık inanç modeli toplum sağlığını ilgilendiren ve çok sık görülen meme kanseri, AIDS, tüberküloz, diyabet gibi hastalıklara karşı yürütülen programlarda sıklıkla kullanılmaktadır.

2.3.4.2.Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

Nola J. Pender tarafından 1982 yılında (1996 yılında revize edilmiştir) geliştirilen bu model Sağlık İnanç Modeline koruma kavramını da eklemiştir. Model sağlığı, yalnızca hastalığın olmaması değil pozitif dinamik bir durum tanımlar ve sağlığı geliştirmek için sağlıklı yaşam biçimi oluşturulması, bu nedenle davranışların

sağlıklı olacak şekilde geliştirilmesini gerektiği modelin ana fikridir. Model üç temel alana odaklanmaktadır:

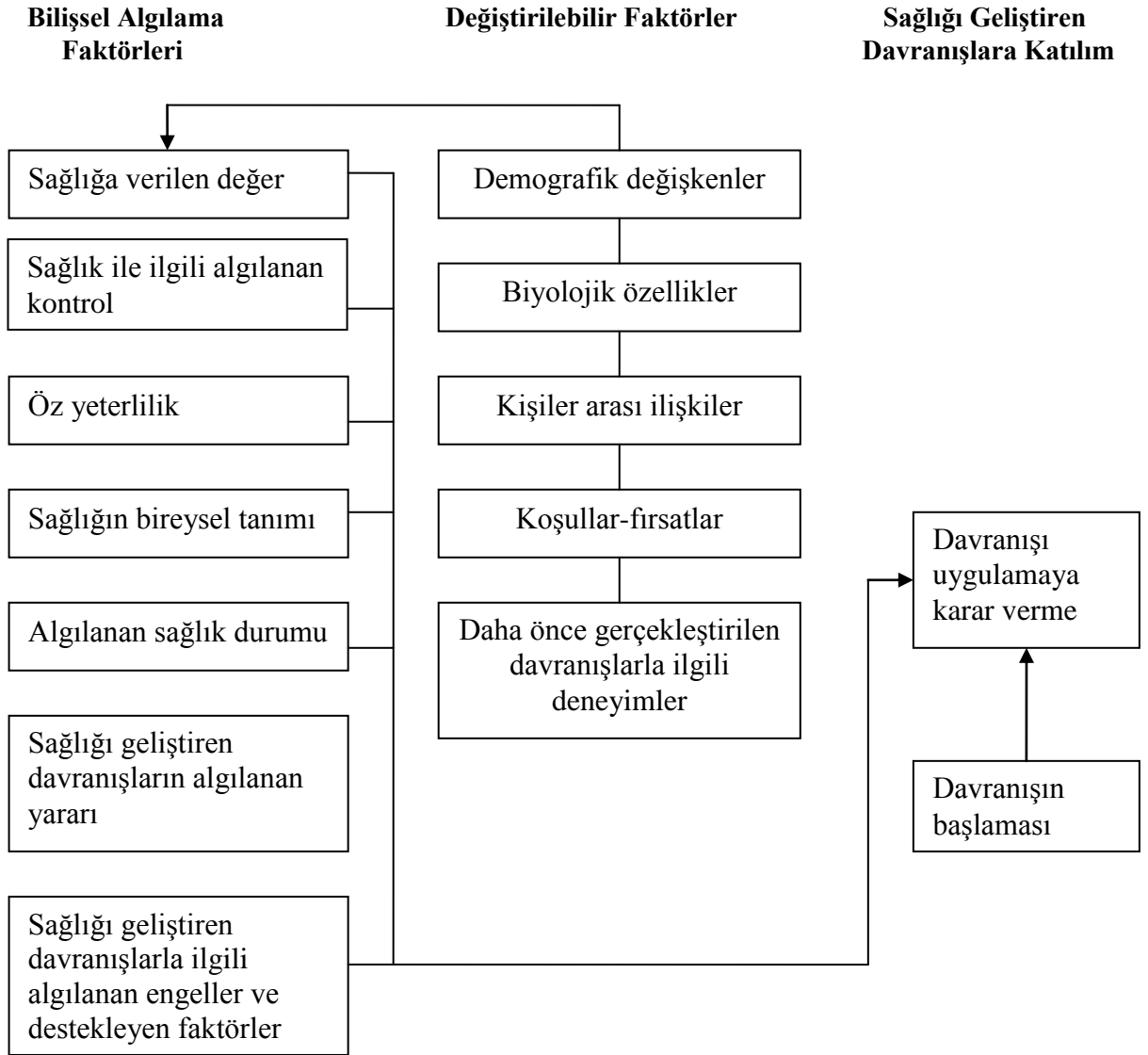
- Bireysel özellikler ve deneyimler
- Davranışa özel biliş ve etkiler

Davranışsal çıktılar (<http://currentnursing.com>).

Modele göre demografik değişkenler, biyolojik özellikler, kişiler arası ilişkiler, koşullar-fırsatlar ve daha önce gerçekleştirilen deneyimler bilişsel ya da algıya dayalı süreci etkilemektedir. Kişinin sağlıkla ilgili inançlarını aile, sağlık ve hastalıkla ilgili inançlarını ise geçmiş deneyimleri belirlemektedir. Bu model, hastalığı tedavi etmeyi, sağlıklı davranışların korunması ya da düşünce ve davranışların belirli bir yönde değiştirilmesi ile sağlanan bir durum olarak değerlendirmektedir. Bu modele göre, sağlık ulaşılması gereken bir hedeftir (Temel ve Özvarış, 2007: 37).

Model, Şekil 10'da gösterilmiştir.

Şekil 10. Sağlığı Geliştirme Modeli



Kaynak: Pender, Barbauskas ve Hayman, 1992

Modele göre sağlığı geliştiren davranışları etkileyen faktörler aşağıda açıklanmıştır:

2.3.4.2.1. Bilişsel Algılama Faktörleri

Sağlığa verilen değer: Bireyin sağlığına verdiği önem onun sağlığı geliştirme ile ilgili davranışını doğrudan etkiler. Eğer birey sağlığına önem vermiyorsa sağlığını geliştirmek için herhangi bir çaba harcamayacaktır.

Sağlık ile ilgili algılanan kontrol: Bireyin kendi sağlık davranışlarını nasıl algıladığı ve kontrol ettiğinin bilinmesi, bireye yeni davranışlar kazandırmada çok önemlidir. Bireyin sağlık kontrolü içsel, dışsal ve şansa bağlı olmak üzere üç düzeyde açıklanır. Bireyin sağlığının içsel kontrolü kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıtmaktadır (Maurer ve Smith, 2000; Pender, Barbauskas ve Hayman, 1992; akt. Yıldırım, 2005: 23). Dışsal sağlık kontrolü, bireyin sağlığı üzerinde diğer kişilerin (aile, arkadaş, hekim, hemşire) etki düzeyini göstermektedir. Şans etkisi ise bireyin sağlığını şansa 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; Pholank, 1991; akt. Yıldırım, 2005: 23).

Öz yeterlilik: Bireyin belirli bir davranışı yapabileceğine dair kendine olan inancıdır. Kişinin belirlediği hedefe ulaşmasında, sorunlarını çözmesinde, olumlu sağlık davranışları geliştirmesinde ve sağlığını geliştirmesinde en etkili faktörlerden biridir. Stres öz yeterliliği olumsuz etkileyip, sağlıklı davranışların yeniden sağlıksız davranışlara dönüşmesine neden olabilir.

Sağlığın Tanımı: Bireyin kendi değerler sistemine göre sağlığa bakış açısı sağlık davranışlarını doğrudan etkilemektedir. Eğer birey sağlığı, sadece hastalık durumunun olmaması olarak görüyorsa bireyin olumlu sağlık davranışı kazanması güçleşmektedir. Diğer yandan sağlığı, yüksek düzeyli iyilik olarak görüyorsa bireyin olumlu davranış kazanma düzeyi yüksektir (Lakin, 1988; Pender, 1987; akt. Esin, 1997: 23).

Sağlık Durumunu Algılama: Birey sağlık durumunu çok iyi, iyi, kötü veya çok kötü olarak algılayabilir. Araştırmalara göre sağlık durumunu “iyi” olarak algılayanların olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyi “çok iyi”, “kötü”, “çok kötü” algılayanlara göre yüksek bulunmuştur (Pholank, 1991; Radmacher ve Sheridan, 1992; akt. Yıldırım, 2005: 24).

Sağlığı geliştiren davranışların algılanan yararı: Kişinin sağlık durumunu nasıl algıladığı ve kendini nasıl hissettiği önemlidir. Kişinin olumlu sağlık davranışlarının uygulamaya ne kadar açık olduğunu bu sağlık algısı belirler.

Sağlığı geliştiren davranışları engeller ve destekleyen faktörler: Sağlığı geliştiren davranışları engelleyen veya destekleyen içsel ve dışsal faktörler vardır. Engelleyen faktörlerden bazıları kişinin fizyolojik ve psikolojik özellikleri, sağlık durumu, çevresiyle olan ilişkileri, motivasyon ve kişisel nedenlerdir. Destekleyen faktörler ise sağlığı geliştiren faaliyetlerin yararının algılanması, olumlu değişikliklerin fark edilmesi ve destekleyici çevrelerin varlığı (aile, arkadaş, sosyal kurumlar, kanunlar vb.) olarak gösterilmektedir.

2.3.4.2.2. Değiştirilebilir Faktörler

Demografik değişkenler: Yaş, cinsiyet, enik yapı, ırk, sosyoekonomik durum, meslek, alışkanlıklar gibi sosyo demografik özellikler bireyin sağlığı geliştiren yaşam davranışlarını dolaylı olarak etkiler. Bazı çalışmalar, yaş ile sağlığı geliştiren davranışlar arasında olumlu ilişki olduğunu göstermiştir. Yaşın artmasıyla, uyumlu davranış gösterme arasında paralellik olduğu belirtilmektedir (Battorf ve Johnson 1996; Spellbring, 1991; akt. Yıldırım, 2005: 26). Volden, Longemo 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. Johnson ve arkadaşlarının (1993) Sağlığı Geliştirme Modeli'ni test etmek amacı ile 3025 yetişkin birey üzerinde yaptıkları çalışmada yaş, gelir durumu, medeni durum, eğitim durumu değişkenlerinin doğrudan sağlığı geliştirme davranışları üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir (Karakoç, 2006:13)

Biyolojik özellikler: Boy, kilo, beden kitle indeksi (B.K.İ.) gibi özelliklerin bireyin sağlık davranışlarını etkilediği belirtilmektedir. Johnson ve arkadaşlarının (1993) Sağlığı Geliştirme Modeli'ni test ettikleri çalışmalarında beden kitle indeksinin sağlığı geliştirme davranışları üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Karakoç, 2006:13).

Kişiler arası ilişkiler: Aile, arkadaşlar ve akrabalarla etkileşimin bireyin sağlık davranışlarını etkilediği bildirilmektedir. Örneğin, sigarayı bırakan kişinin bu davranıştaki sürekliliğinde, arkadaşları veya bireylerle olan işbirliği ve ekip anlayışı içinde çalışmanın etkili olduğu görülmüştür (Battorf ve Johnson 1996; akt. Yıldırım, 2005:26). Esin'in işçiler arasında yapmış olduğu çalışmada aile içi ilişkilerini “çok iyi” olarak ifade edenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama puanı, “iyi” olarak ifade edenlerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Esin, 1997).

Koşullar-fırsatlar: Bireyin içinde bulunduğu çevre, koşullar ve karşılaştığı fırsatlar sağlıklı yaşam davranışlarının oluşumunu olumlu ya da olumsuz şekilde etkilemektedir. Birey ya da grubun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik haline ulaşması için, çevresi ile baş edebilmesi, çevresini değiştirebilmesi, isteklerini belirleyebilmesi, tanıyabilmesi ve doyum bulabilmesi gereklidir (Spellbring 1991; akt. Karakoç, 2006:14). Örneğin, işçiler fabrikada düzenli ve yeterli beslenerek olumlu beslenme davranışı kazanabilmektedirler (Pender, 1997; akt. Esin, 1997:24).

Daha önce gerçekleştirilen davranışlarla ilgili deneyimler: Bireyin bilgi ve beceri düzeyinin davranış kazanmada etkili olduğu belirtilmektedir görülmüştür (Pholank, 1991; akt. Yıldırım, 2005:27). Örneğin; daha önceden sigara içen ancak akciğer rahatsızlığı geçiren bir kişinin sigarayı bırakması daha kolay sonuç vermektedir görülmüştür (Battorf ve Johnson, 1996; Pholank 1991; akt. Yıldırım, 2005:27)

2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Tarih içinde 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 (Hardrick ve Lindsey 1996; akt. Yıldırım, 2005:27)

Olumlu sağlık davranışı, bireylerin kendi sağlığını ve başkalarının sağlığını aktif biçimde korumak için bilinçli çabalardan oluşur. Bireyler karşılaşacakları riskler ya da sağlıklı seçenekler konusunda bilgi sahibi olmadıklarından veya değer yargıları, edindikleri bilgi davranış biçimlerini değiştirmeleri için yeterli olmadığından sağlığı bozucu tutum ve davranışlarda bulunabilmektedirler (Herkes İçin Sağlık Hedefleri 2000, Ulusal Sağlık Politikası; akt. Karakoç, 2006:14-15)

Farrand ve Cox olumlu sağlık davranışlarının demografik unsurlardan, sağlık deneyimlerinden, aile yapısı ve büyüklüğünden etkilendiğini, birey profesyonel arasındaki ilişkinin ve etkin desteğin de en az sağlık bilgisi ve beceri kapasitesi kadar önemli olduğunu belirtmişlerdir (Farrand ve Cox, 1993; akt. Karakoç, 2006:15).

Son yıllarda kalp hastalıkları ve bunun sonucu gelişen ölümlerde, paraliziler, motorlu araç kazaları ve bebek ölümlerindeki azalmalarda sağlıklı yaşam biçimi ve buna ilişkin tutum ve davranışların etkisi büyüktür. Çünkü sağlıklı yaşam biçimine ilişkin tutum ve davranışlar risk faktörlerini azaltmaktadır (Elizabeth ve Tanner 1991; akt. Karakoç, 2006:15)

Pender'e göre ise sağlıklı yaşam biçimi davranışları: kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz ve fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetiminden oluşmaktadır.

2.4.1. Kendini Gerçekleştirme

Her insan yaşamı boyunca kendini gerçekleştirme yolunda adımlar atar. Bireyin kişiliğinin gelişmesi, toplumsal yaşama adapte olması ve çevresiyle uyum sağlamasıyla kendini gerçekleştirme düzeyi arasında yakın bir ilişki vardır.

Kendini gerçekleştirme veya bir başka ifadeyle kişisel bütünlük ile ilgili ihtiyaçlar, insanın kendi potansiyelini görebilmesi, kendi kendine yeterli olması, devamlı olarak kendisini geliştirmesi ve kelimenin tam anlamıyla yaratıcı olabilmesi gibi konuları kapsar (Ertürk, 1998:11).

Maslow'a göre kendini gerçekleştirme, bireyin tümüyle odaklaşarak ve özümseyerek yaşamı dolu ve coşku ile yaşamasıdır (Erkan 1990; akt. Karakoç, 2006:16). Çeşitli ihtiyaç sıralamalarının varlığına rağmen, bugün psikolojide

yaygın olarak kabul gören ihtiyaç sıralaması Maslow tarafından yapılmıştır (Baltaş ve Baltaş, 1999:36). Maslow'un bireylerin ihtiyaçlarını hiyerarşik bir yapıda gösterdiği temel insan ihtiyaçları hiyerarşisi Şekil 11'de gösterilmiştir. Buna göre birey, bir alt seviyedeki ihtiyaçlarını tam olarak gidermeden bir üst seviyedeki ihtiyaç kategorisine geçemez.

Şekil 11. İhtiyaçlar Piramidi



Bu ihtiyaçların alacağı şekiller tıpkı insanların kişilikleri gibi, şahıstan şahısa farklı bir görünüm alır. Kendini gerçekleştirme ihtiyaçları spor, politika, akademik çalışmalar, aile, din, hobiler veya iş gibi konulardan birisiyle veya bunlardan bir kısmının karışımıyla karşılanabilir (Ertürk, 1998:11).

Maslow kendini gerçekleştirmiş bireylerin ortak özelliklerini aşağıdaki şekilde özetlemiştir.

Kendini gerçekleştirmiş kişi:

1. Gerçeğin bilinebilecek yönlerini, doğru olarak algılar.
2. Bilinemeyecek olanların bilinemeyeceğini, doğru olarak algılar.
3. Gerçeği olduğu gibi kabul eder.
4. Kendisini olduğu gibi kabul eder.
5. Başkalarını olduğu gibi kabul eder.
6. Yaşamın getirdiği olayları tam anlamıyla yaşayarak tadını çıkarma eğilimindedir.
7. Kendiliğinden hareket eder.
8. Yaratıcı bir biçimde davranabilir.
9. Kendine ve yaşama gülebilir.
10. İnsanlığa değer verir ve onun sorunlarını ciddiye alır.
11. Son derece yakın ve derin birkaç dostu vardır.
12. Yaşamı bir çocuğun gözü ve kalbiyle görüp yaşayabilir.
13. Gerektiğinde çok çalışır ve sorumluluğunun farkındadır.
14. Dürüştür.
15. Çevresinin farkındadır, sürekli çevresini araştırır ve yeni şeyler dener.
16. Savunucu değildir (www.kigem.com)

Kendini gerçekleştirmiş birey, kendini tanır, güçlü ve zayıf yönlerini bilir, belli bir plan ve program çerçevesinde belli bir hedef ve amaca yönelik bir yaşam sürer, başarılarının farkındadır. Bireyin kendini takdir etmesi ve kendinden

memnun olması, kendinin değerli olduğuna inanması da onun kendini gerçekleştirdiğini gösterir (Bottorff, Johnson, Ratner ve Hayduk 1996; Lusk, Ronis, Kerr ve Atwood 1994; akt. Karakoç, 2006:16).

2.4.2. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığıyla ilgili olarak koruyucu davranışlar, önleyici davranışlar ve sağlığı geliştiren davranışlara yönelik tutum ve davranış değişikliği göstermesi anlamına gelmektedir. Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi;

- Vücudunu ve kendini tanıması, sağlık ile ilgili değişiklikler ve sapmalar olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna müracaat etmesi,
- Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklık ve düzenine özen göstermesi,
- Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi,
- Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi,
- Sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi,
- Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi,
- Sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması ile belirlenir (Battorf ve Johnson, 1996; Lusk, Kerr ve Ronis, 1994; akt. Yıldırım, 2005:29-30).

Bu tutum ve davranışların gösterilmesi, bireyin sağlığına önem verdiğini ve

sağlığını koruma ve geliştirme yönünde çaba sarf ettiğini anlamına gelir.

2.4.3. Egzersiz ve Fiziksel Aktivite

Günümüzde insanlar teknolojik gelişmeler neticesinde daha hareketsiz bir yaşam sürmeye başlamışlardır. Günümüzden 100 yıl kadar öncesinde işyerlerinde kullanılan enerjinin yaklaşık üçte birlik bölümü insan gücü olarak sağlanırken, bugün bazı işyerlerinde bu oran yüzde bir düzeyine kadar düşmüştür (Bilir ve Yıldız, 2004: 374). Hareketsiz yaşantının sonucu olarak insanlar fiziksel sorunlarla karşı karşıya gelmektedir. Bedenin hareketlerinin azalması önce beden hareket yetilerinin zayıflamasına, ilerleyen zamanlarda bedensel çöküntülerin meydana gelmesine neden olmaktadır. Bedensel aktiviteleri yavaşlayan bireyler kalp hastalıkları, sindirim ve boşaltım sisteminde çeşitli sorunlar, şişmanlık, kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının yanı sıra hareket kabiliyetindeki azalmadan kaynaklı sosyalleşme sorunları ve psikolojik sorunlarla da karşı karşıya kalmaktadır. Buna karşın egzersiz yapmanın koroner kalp rahatsızlıkları, kas-iskelet sistemi hastalıkları başta olmak üzere pek çok rahatsızlığın azaltılmasında koruyucu etkisi olduğu, ayrıca stres ve depresyonun azaltılmasındaki önemli bir rolü olduğu belirtilmektedir.

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; egzersiz ise genellikle bir spor faaliyeti içine girebilecek özel, sürekli ve düzenli kas hareketi

olmasıdır. (Ersoy, 1995; akt. Yıldırım, 2005:30). Amerikan Egzersiz Konseyi (ACSM) tarafından önerilen egzersiz; haftada en az 3–4 kez, en az 20 dk süren yürüme, koşma, yüzme, bisiklete binme gibi tekrarlı ve ritmik kas hareketlerini içermelidir (Kaplan, Patterson ve Sallis, 1993; akt. Yıldırım, 2005:30).

Fiziksel aktivitenin biyolojik avantajları;

- Solunum, kalp, dolaşım ve sindirim fonksiyonları daha düzenli ve verimli çalışır.
- Eklem, tendon, ligaman gibi hareket sistemi elemanları daha sağlam ve daha esnektir.
- İstirahat nabızı ve kan basıncı, kanda lipid, kolesterol ve LDL (Low Density Lipoprotein) daha düşüktür. Buna bağlı olarak ateroskleroz gelişimi daha seyrek görülür.
- Otonom sinir sistemi regülasyonu daha iyidir.
- Şişmanlık, düztabanlık, postür bozuklukları ve kas atrofisi daha azdır (Kalyon, 1995; akt. Karakoç, 2006:-20).

İşyerleri düzenli fizik egzersiz programlarının uygulanması bakımından önemli olanaklar sağlar. Günün değişik saatlerinde organize edilebilecek olan egzersiz programları bir yandan çalışanlar arasında daha sıcak ilişkilerin gelişmesine olanak verir, iş motivasyonunu artırır, öte yandan hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi bakımından yarar sağlar. İngiltere’de 1950’li yıllardan beri bu konuda sürdürülen çalışmalarda düzenli olarak fizik egzersiz yapanlarda, egzersiz yapmayanlara göre koroner kalp hastalığı riskinde %50 ve kalp krizi geçirme riskinde

de %60 oranında azalma olduğu saptanmıştır. Bu çalışma sonucuna göre egzersiz süresi 30 dakikadan az olmamalı ve bir hafta boyunca en az 1 saat süreli egzersiz yapılmalıdır. Düzenli fizik egzersiz ile kardiyovasküler verimlilik artar, sistolik ve diyastolik kan basıncında 13 mm.Hg ve 10 mm.Hg düşme meydana gelir. Egzersiz yapmakla total kolesterol düzeyinde önemli bir değişiklik olmamakla birlikte egzersizin HDL kolesterol düzeyini artırdığı bilinmektedir. ABD’de 6351 liman çalışanı günlük aktivite düzeylerine göre hafif-orta-yüksek fizik aktivite yapanlar olarak gruplanmış ve gruplar 1951–1972 yılları arasında izlenmiştir. Sonuçta sedanter çalışanlarda fatal koroner kalp hastalığı riskinin, yüksek fizik aktivite gösterenlerden %80 daha fazla olduğu bulunmuştur (Bilir ve Yıldız, 2004: 374).

2.4.4. Beslenme

Yeterli ve dengeli beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir davranıştır (www.beslenme.saglik.gov.tr).

Besin öğeleri vücudun gereksinmesi düzeyinde alınmadığında yetersiz beslenme oluşur. İnsanın yaşamı için 50’ye yakın besin öğesine gereksinimi vardır. İnsanın, sağlıklı büyüme ve gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için bu öğelerin her birinden günlük ne kadar alınması gerektiği belirlenmiştir. Bu öğelerin herhangi biri alınmadığında, gereğinden az ya da çok alındığında, büyüme ve gelişme engellenir, sağlık bozulur. Gereğinden fazla besin tüketilirse, çok

alınan bazı öğeler vücutta yağ olarak depolandığından sağlık için zararlı olur. Bu duruma dengesiz beslenme denir (www.beslenme.saglik.gov.tr).

Günümüzün hızlı yaşam temposu, fast food tarzı yiyeceklerin tüketimindeki artış, yemek yeme için ayrılan sürenin azalması, besinlerin az çiğnenmesi, kalori yönünden yüksek besinlerle beslenme, gıdalarda bulunan hormonlar ve katkı maddeleri gibi birçok faktör küçük yaşlardan başlayarak bireylerin beslenme alışkanlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Yeterli ve dengeli beslenen kişiler;

- Sağlam ve sağlıklı bir görünüştedir.
- Hareketli ve esnek bir bedene,
- Muntazam bir cilde, canlı ve parlak saçlara ve gözlere,
- Kuvvetli, gelişimi normal kaslara,
- Çalışmaya istekli kişiliğe,
- Boy uzunluğuna uygun vücut ağırlığına,
- Normal zihinsel gelişme,
- Sık sık hasta olmayan bir yapıya sahiptir.

Yetersiz ve dengesiz beslenenler ise;

- Hareketleri ağır ve isteksiz,
- Sağlıksız genel görünüşte (aşırı zayıf veya şişman),
- Pürüzlü, kuru, sağlıksız cilt yapısına,
- Şişman veya zayıf vücut yapısına,

- Sık sık baş ağrısından şikâyet eden,
- İştahsız, yorgun, isteksiz bir yapıya sahiptir (www.beslenme.saglik.gov.tr).

Kadınlar için 2000 kalori, erkekler için 2500 kalori standart yetişkin bir bireyin alması gereken ortalama miktardır (www.dilarakocak.com.tr). Sağlıklı ve iyi beslenen kişilerin, boy uzunluğu ile ağırlıkları arasında uyum bulunmaktadır. Beden Kitle İndeksi-B.K.İ. (Body Mass Index – BMI), yetişkinlerde ağırlık-boy ilişkisine göre şişmanlığı en iyi gösteren ve kolay uygulanabilen bir indekstir. Bu indeks yetişkinler için boy ile en az, vücut yağı ile en yüksek korelasyona sahiptir. Ağırlığın, boy uzunluğunun karesine bölünmesi ile bulunur. (BKİ =Ağırlık (kg)/ Boy² (m) (www.dilarakocak.com.tr). B.K.İ. skoru 16–18,5 zayıf; 18,6–25 boya göre uygun kiloda; 25,1–30 hafif şişman; 30,1–35 arası şişman; 40 ve üstü çok şişman olarak değerlendirilir.

Amerikan Kalp Derneği Beslenme Komitesi'nin 2000 yılında gözden geçirdiği sağlıklı beslenme önerileri 4 temel diyet ilkesine dayanmaktadır (Karakoç, 2006:21-22).

**Şekil 12. Amerikan Kalp Derneği Beslenme Komitesi'nin
Sağlıklı Beslenme Önerileri**

Toplum Hedefi	Temel İlkeler
Sağlıklı Beslenme Düzenleri	Tüm besin gruplarından besinler içeren (meyveler, sebzeler, tüm tahıllar, az yağlı veya yağsız kahvaltılık ürünler, balık, kuru baklagiller, kümes hayvanları ve yağsız etler) geniş çeşitlilikte bir diyet tüketin. Yeterli, aşırı olmayan besin alımı sağlamak amacıyla porsiyon sayısı ve büyüklüğünü kontrol edin
Uygun Vücut Ağırlığı (BKİ≤25)	Enerji alımı ve gereksinimlerini eşitleyin. Ağırlık kaybı isteniyorsa, enerji alımı ve harcamasında uygun değişiklikler gerçekleştirin (fiziksel aktivite). Kalori yoğunluğu ve şeker içeceği yüksek besinleri kısıtlayın. İstenilen kolesterol profili doymuş yağ, kolesterol ve trans yağ içeriği yüksek besinleri kısıtlayın. Sebzeler, balık, kuru baklagiller ve yağlı tohumlardan gelen doymamış yağları kullanın.
İstenilen Kan Basıncı Sistolik <140 mm/Hg	Sağlıklı vücut ağırlığını koruyun Sebze, meyve, az yağlı veya yağsız kahvaltılık ürünlerin yer aldığı geniş çeşitlilikte bir diyet tüketin.
Diyastolik <90 mm/Hg	Sodyum alımını kısıtlayın. Alkol alımını kısıtlayın.

Kaynak: American Heart Association, 2000

İşçilerin beslenmesi hem sağlık ve hem de produktivite sorunudur. İyi beslenen bir işçinin sağlık kapasitesi yüksek ve randımanı fazladır. Bu sebeple çalışanların beslenme sorununu, özellikleri ile ele almak ve incelemek gerekir (Akbulut, 1986:262).

Çalışan bir insanın enerji ihtiyacı, yaptığı işe göre değişir. Yapılan iş ağır ve fazla güç kullanılmasını gerektiren fiziksel bir iş ise enerji ihtiyacı daha fazladır. Genel olarak enerji gereksinimi, yapılan işe göre değişmek üzere, günde 2500–5000 Kcal. Arasındadır (Akbulut, 1986:262).

Normal koşullarda, insanın kalori ihtiyacı, açlık hissi ile ayarlanır. Diğer bir deyişle, insan kaloriye ihtiyacı olduğunu açlık duyarak anlar. Alınan kalori miktarında uzun zaman bir dengesizlik olursa ya şişmanlanır ya da zayıflama olur. Yetersiz enerji, yalnız işçinin sağlığını etkilemekle kalmaz, randımanı da azaltır. Çünkü insanın randımanı, besinlerle dışarıdan alınan enerji miktarına bağlıdır. Bunun en belirgin örneği İkinci Dünya Savaşında görülmüştür. Ruhr kömür havzasında yapılan bir araştırmada, işçilere verilen günlük besin azaltılınca, bu azaltmaya koşut olarak, elde edilen kömür miktarı da azalmıştır. Daha sonra 1942 yılında, yokluk devresinde ve daha sonraki işgal esnasında, işçilere verilen besinler daha da azalmış, işçilerin hem randımanı iyice düşmüş, hem de ileri derecede zayıflamışlardı. Ağır iş yapan ve normal olarak günde 4.200 Kcal. enerji alan bir işçinin, aldığı enerji 3000 Kcal.'ye indirilirse günlük randımanın %55 azaldığı görülmüştür (Akbulut, 1986:264).

Endüstride 4000–5000 Kcal. gibi yüksek değerlere gerek duyulması nadirdir. 4000 Kcal. üzerinde enerji, tarım ve ulaştırma işçileri için söz konusudur. Genel olarak, ağır bedensel iş yapmayan işçiler için 3000–4000 Kcal. yeterlidir. Kadınlar için bu kıymetleri daha aşağı tutmak gerekir. Örneğin bürolarda çalışan bir kadın işçi için 2000–3000 Kcal. yeterlidir (Akbulut, 1986:264).

2.4.5. Kişilerarası Destek

Kişilerarası destek bireylerin birbirleriyle olan ikili veya grup ilişkileri sonucu elde edilen ve sağlığın geliştirilmesindeki etkinliği küçümsenmeyecek bir olgudur. Kişilerarası destek ilişkinin niteliğine, ilişkinin sürekliliğine ve ilişki düzeyine bağlıdır. İlişkinin olabilmesi için iletişimin olması gerekir (Özcan, 1996; akt. Karakoç, 2006:24).

Kişilerarası ilişkilerde destek veren kişi veya kişiler, koşulsuz bir yaklaşımla ve güven verici tutumları ile iletişimin ve yardımın nitelik kazanmasını sağlarlar. Destek veren kişi veya kişiler hem de asıl gereksinimin açığa çıkmasına, bireyin baş etme yeteneğinin artmasına katkıda bulunmuş olurlar. Baş edebilme biçimi bireyden bireye farklılık taşır. Her bireyin dini ve kültürel özellikleri ya da çocukluk deneyimleri kişilerarası ilişki ve kişilerarası destek sürecini etkiler (Özcan, 1996; akt. Yıldırım, 2005:37).

Bireyler çeşitli dönemlerde hastalık ve sakatlık nedeniyle kontrol kaybı, beden imgesinde, rollerde ve ilişkilerde değişiklikler yaşarlar ve yaşantıları bu

dönem veya süreçler üzerine odaklanır. Bu dönemde bireyin ailesinden veya yakın çevresinden destek görmesi sorunların çözümünü ve mevcut durumu daha kolay algılamasını başarmada yardımcı olur (Barg ve Heard, 1996; akt. Karakoç, 2006:25).

Bireyin sağlığını sürdürme ve geliştirmede kullandığı destek sistemlerini bilmek uygulanacak sağlığı geliştirme programları için önemlidir. (Maurer ve Smith, 2000; akt. Yıldırım, 2005:37). Chen'in çalışmasında, bireylerin kişiler arası destek davranışı, "kendine yakın arkadaşları ile zaman geçirmek için zaman ayırma, başkaları ile anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurma, başkalarının başarılarını takdir etme, yakın bulduğu (aile, arkadaş...) bireylere dokunmaktan hoşlanma, başkaları ile fikir ayrılıklarını tartışma ve uzlaşma yolu ile çözme" sorularını içeren bir ölçekte değerlendirilmiştir. Verilen danışmanlık hizmetinden sonra deney grubundaki bireylerin kişiler arası destek bilgi puan ortalamaları, kontrol grubundaki bireylerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Chen, 1999; akt. Yıldırım, 2005:37).

2.4.6. Stres Yönetimi

Stres terimi uzun süredir çok yaygın olarak kullanılmakla birlikte tek ve yeterli bir tanımı yapılamamıştır (Aydın, 2008:1). Stres kavramını ilk kez ortaya atan Hans Selye stresi, organizmanın her türlü değişmeye yaygın tepkisi olarak tanımlanmıştır. Hans Selye' in (1946) çok yaygın olarak benimsenen bu tanımına göre stres, memnuniyet verici olup olmadığına bakılmaksızın, her türlü isteme

bedenin uyum sağlamak için gösterdiği yaygın tepkisidir (Allen, 1983; akt. Aydın, 2008:2).

Bir başka anlatımla stres, organizmanın fizik ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesiyle ortaya çıkan bir durumdur (Baltaş ve Baltaş, 1999:23). Stephen Robbins'e göre stres, kişilerin karşı karşıya kaldıkları fırsat, sınırlama veya istemlerinin belirsiz ve önemli olan dinamik koşulların sonucudur. Bu tanım ile stresin, diğer tanımların aksine, olumsuz bir durumun sonucu olarak ortaya çıktığı kabul edilmesinin dışında olumlu koşullarda da meydana gelebileceğini anlatmıştır (Robbins, 1996; akt. Örnek ve Aydın, 2006:137).

Stres Faktörleri

Stres, birey ile stres yaratan faktörler arasındaki etkileşim sonucu meydana geldiğinden, stres faktörlerinin bireyden, çevresinden ve çevre ilişkilerinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Keskin, 1997; akt. Örnek ve Aydın, 2006:148). Bu nedenle de stres faktörlerini gruplandırırken bireysel ve çevresel faktörlerden bahsetmek mümkündür. Ancak bu faktörlere ek olarak; kişiyi iş yaşantısının dışında değerlendirme mümkün olmayacağından ve yaşantısının büyük kısmını da iş ortamında geçirdiğini düşünerek iş yaşamından kaynaklanan stres faktörlerini de bu gruplandırmaya dâhil etmek yerinde olacaktır. Böylece stres yaratan faktörleri (stresörler) üç grupta toplamak mümkün olacaktır:

1. Çevresel stres faktörleri
2. Bireysel stres faktörleri

3. İş Çevresi (örgütsel) stres faktörleri (Örnek ve Aydın, 2006:148–149)

1.Çevresel Stres Faktörleri: Günümüzde kişinin çevresinden kaynaklanan stres yaratan faktörler, yaşanan değişim ve gelişim süreci sonucunda giderek artmaktadır. Bireyin yaşadığı genel çevreyle ilgili stres kaynakları bireyin kendisi ve iş hayatı dışında kalan stres faktörleridir (Örnek ve Aydın, 2006:150). Çevresel stres faktörlerine örnek olarak;

- Ülke ve dünya ekonomisinin gidişatı ve belirsizlikler (işsizlik, enflasyon, ekonomik krizler vb.)
- Politik hayattaki istikrarsızlık ve belirsizlikler (hükümet değişiklikleri, erken seçimler vb.)
- Teknolojik değişimler ve gelişmeleri takip etmedeki güçlükler (bilgisayarlar, robotlar, otomasyon sistemleri vb.)
- Fiziksel çevre koşulları (ulaşım ile ilgili sorunlar, rekreasyon sorunları, çevre kirliliği vb.)
- Toplumsal çevre koşulları (aile yapısı ve ilişkilerinden kaynaklı sorunlar, aile üyelerinin vefatı vb.)
- Sosyal ve kültürel dokudaki değişiklikler (kültürel değerlerdeki değişiklikler, medya araçlarının etkisi vb.) verilebilir (Örnek ve Aydın, 2006)

2.Bireysel Stres Faktörleri: Psikologlar açısından stres, onu zihninde taşıyan bireye aittir. Farklı kişilerin aynı olaylara farklı tepki ve yaklaşımları mevcuttur. Bu farklılık zihinsel şartlardan sosyal şartlara kadar uzanan faktörlerden kaynaklanmaktadır. Hatta bireyler bir gün önce önemsemedikleri olaylara bir gün sonra sert tepkiler

verebilmektedir (Baltaş ve Baltaş, 2002; akt. Örnek ve Aydın, 2006:156). Bu nedenle stres olgusu incelenirken, stres verici durumlar kadar onlarla karşılaşan bireyin özelliklerinin de ele alınması gerekmektedir. Stres ve stres vericilerin insana etkisi konusunda insanın psikolojik bütünlüğünü oluşturan düşünce, duygu ve davranışlarının anlaşılması gerekmektedir (Örnek ve Aydın, 2006:156).

Diğer bir deyişle, stresin kaynağı bizzat bireyin kendisi olabilir (Tutar, 2000; akt. Örnek ve Aydın, 2006:156). Önceki bölümlerde yapılmış olan stres tanımlarından da görüleceği gibi, stres, stres vericilere gösterilen tepkidir. Çok olumsuz bir olay bir birey tarafından fırsata dönüştürülecek bir şekilde iyimser olarak değerlendirileceği gibi, aynı olay karamsar bir yaklaşım nedeni ile felakete dönüşebilmektedir (Örnek ve Aydın, 2006:156).

Benzer şekilde bireylerin stresten etkilenme süreleri de birbirlerinden farklıdır. Bazı bireyle daha şiddetli ve süratle alarm durumuna geçerek stresten daha çabuk etkilenirken, bazı bireyler ise daha yavaş ve daha geç alarm durumuna geçerler. Yine benzer şekilde bazı bireylerin strese dayanıklılığı daha uzundur, bazılarının ise daha kısadır. Bazı insanlarınsa direnç düzeyleri diğer bireylerden daha düşük veya daha yüksek olabilmektedir (Örnek ve Aydın, 2006:156–157)

3.Örgütsel Stres Faktörleri: Örgütsel stres, örgütle ya da işle ilgili herhangi bir beklentiye karşı bireysel enerjinin harekete geçmesi olarak tanımlanmaktadır (Quick ve Quick, 1984; akt. Aydın, 2008:18). Örgütsel stres kaynakları çok çeşitli olup bunlardan bazıları çalışma koşulları, işyeri organizasyonunun bozukluğu, ücret

yetersizliği, işyerinin uzaklığı, teknolojinin hızla değişmesi ve buna uyum sağlayamama, çalışma saatleri, vardiyalı çalışma, iş arkadaşlarıyla ilişkilerden kaynaklanan sorunlar, örgüt hiyerarşisinde daha üst mevkilere tırmanma hırsıdır.

Stresin Genel Etkileri

Stresörlerin mevcudiyeti durumunda insan vücudu bu stresörlere karşısında bazı reaksiyonlar geliştirir. Stres tepkisi veya değişimlere uyum süreci, kısa ve uzun dönemde organizmayı tehdit ederek çeşitli zararlar verir. Strese karşı verilen tepkiler uzun bir zaman dilimi içinde hastalıkların gelişmesine zemin hazırlar (Aydın, 2008:79).

Stresin genel olarak etkileri aşağıda sınıflandırılmıştır:

- *Duyusal veya psikolojik etkiler:* Anksiete, saldırganlık, mutsuzluk, depresyon, yorgunluk, korku, geçimsizlik, sürekli endişe, yetersizlik duygusu, yersiz telaş, yalnızlık duygusu, yabancılaşma duygusu vb.
- *Davranışsal etkiler:* Uyuşturucu kullanımı (alkol, kafein, nikotin dâhil), kazaya eğilim, aşırı ya da çok az yemek yeme, uykusuzluk, uyuma isteği, unutkanlık, tehlikeli davranışlar, hırsızlık, saldırı, cinayet, intihar vb.
- *Bilişsel etkiler:* İyi kararlar alamama, düşük yoğunlaşma, kısa süreli dikkat, kararsızlık durumları, eleştirilere aşırı duyarlık, ruhsal blokaj vb.
- *Fiziksel veya fizyolojik etkiler:* Glikoz düzeyinin yükselmesi, kardiyak ritmin ve kan basıncının artması, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol, ağız kuruluğu, terleme, nefes darlığı, mide bulantısı, soğuk veya sıcak basmaları,

gastrointestinal bozukluklar, bağımsızlık sisteminin bozulması, baş ağrıları, felç, şeker hastalığı, kanser, pneumonia, influenza, astım, amfizem, alerji, bronşit vb. hastalıklar

- *Örgütsel etkiler:* İşe devamsızlık, düşük verim, sağlık sigortası ödemelerinin artması, personel devri, personel tazminat talepleri, ait olunan gruba yabancılaşma, iş doyumsuzluğu, işletmeye karşı dürüstlük ve bağlılıkta azalma vb. sayılabilir.

Stresle Baş Etme Yöntemleri

Stresi kontrol etmede ilk adım, bireyin kendisini stresli hissetmesine neden olan durumların ve stres altında iken hissettiği duyguların farkında olmasıdır (Baltaş ve Baltaş 1996; akt. Yıldırım, 2005:40). Bireyin, stresten fazla etkilenmemeleri için adaptasyon kabiliyetlerini belirlemeleri ve baş etme teknikleri kullanmaları gerekmektedir. Genel olarak stresle baş etmede etkili ve etkisiz yöntemler Şekil 13’de gösterilmiştir

Şekil 13. Stresle Baş Etme Yolları

Etkili Yöntemler	Etkisiz Yöntemler
<p>Bedene Yönelik Olanlar</p> <ul style="list-style-type: none"> * Fizik egzersiz * Nefes alma egzersizi * Meditasyon * Biyofeed-back * Doğru beslenme 	<p>Bedene Yönelik Olanlar</p> <ul style="list-style-type: none"> * İlaç, alkol, sigara bağımlılığı * Kötü beslenme
<p>Duygulara Yönelik Olanlar</p> <ul style="list-style-type: none"> * Olumlu düşünme * Duyguları paylaşma 	<p>Duygulara Yönelik Olanlar</p> <ul style="list-style-type: none"> * Psikolojik savunma mekanizmalarının aşırılığı * Bilişsel çarpıtmalar
<p>Davranışlara Yönelik Olanlar</p> <ul style="list-style-type: none"> * Zamanı iyi kullanma * Sosyal destek sistemleri geliştirmek * Etkili iletişim becerileri geliştirmek * Etkili problem çözme * Stres yaratacak bir durumu tahmin edilebilir hale gelmek için bilgi toplama, sosyal karşılaştırmalar. 	<p>Davranışlara Yönelik Olanlar</p> <ul style="list-style-type: none"> * İçerme * Saldırganlık * Kaçma davranışları

Kaynak: Baltaş ve Baltaş, 1996

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma Ankara'da bulunan ve gıda imalatı yapan bir fabrikanın çalışanlarının bazı sosyo demografik özelliklerinin ve genel sağlık durumlarının tespiti ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlara etkisini belirlemek amacıyla kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Bu araştırma Ankara'da bulunan ve gıda imalatı yapan bir fabrikada gerçekleştirilmiştir. İşletme, tek vardiyada günde 50.000 litre süt işleme kapasitesine sahiptir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Fabrikada çalışan işçiler, teknikerler, teknisyenler, mühendisler ve memurlar (N=85 kişi) araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırma evreninin tamamına ulaşılması hedeflendiği için örneklem seçilmemiştir. Araştırmaya 80 kişi katılmış olup katılım yüzdesi 94,1 olmuştur

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada Walker, Sechrist ve Pender (1987) tarafından geliştirilen “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” ve çalışanların sosyo demografik özellikleri ile çeşitli ortam faktörlerinin belirlenmesi için bir anket (Ek 1) uygulanmıştır. Anket 87 sorudan oluşmaktadır.

Anket Bölümleri

1.Bölüm: Sosyo demografik özellikler, çalışma koşulları ve çeşitli ortam faktörlerinin tespitine yönelik sorulardan oluşmaktadır. Bu bölümde 32 soru bulunmaktadır.

2.Bölüm: Genel sağlık düzeyinin tespitine yönelik sorulardan oluşmaktadır. Bu bölümde 7 soru bulunmaktadır

3.Bölüm: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Life-Style Profile) : Walker, Sechrist ve Pender (1987) tarafından geliştirilmiş olan ölçek, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçer. Pender (1987) tarafından geliştirilen “Sağlığı Geliştirme Modelini” test etmek için geliştirilmiştir. Pek çok topluluk üzerinde yapılan çalışmalarda geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ve çok sayıda çalışmada kullanılmış bir ölçektir. Bu ölçeğin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Esin (1997) tarafından yapılmıştır. Türkçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği 50 birey üzerinde üç hafta arayla

uygulanmış ve test- tekrar test korelasyonları değerlendirilmiştir. Ölçeğin tamamı ve alt grupları için r değerleri; toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları için 0.99, kendini gerçekleştirme için 0.99, sağlık sorumluluğu için 0.98, egzersiz için 0.97, beslenme 0.98, kişilerarası destek için 0.97, stres yönetimi için 0.98 olarak bulunmuştur. Güvenirlilik için madde toplam puan güvenirliliği incelenmiş her bir madde korelasyon değerleri 0.27 ile 0.55 arasında değiştiği görülmüştür. Türkçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ülkemizde kullanımı için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır (Ersoy, 2009).

Ölçek toplam 48 maddeden oluşmaktadır. Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi olmak üzere altı alt grubu vardır. Her bir alt grubun puanı bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir.

1. *Kendini gerçekleştirme alt grubu;* bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini gerçekleştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler. 3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44 ve 48. maddelerin puanlarının toplanmasıyla hesaplanır.
2. *Sağlık sorumluluğu alt grubu;* Bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. 2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43 ve 46. maddelerin puanlarının toplanmasıyla hesaplanır.

3. *Egzersiz alt grubu*; sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir. 4, 13, 22, 30 ve 38. maddelerin puanlarının toplanmasıyla hesaplanır.
4. *Beslenme alt grubu*; bireyin öğünlerini seçme, düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler. 1, 5, 14, 19, 26 ve 35. maddelerin puanlarının toplanmasıyla hesaplanır.
5. *Kişilerarası destek*; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler. 10, 18, 24, 25, 31, 39 ve 47. maddelerin puanlarının toplanmasıyla hesaplanır.
6. *Stres yönetimi*; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler 6, 11, 27, 36, 40, 41 ve 45. maddelerin puanlarının toplanmasıyla hesaplanır.
7. *Sağlıklı yaşam biçimi davranışları*; 1’den 48’e kadar ölçekte bulunan bütün sorulara verilen cevapların toplamından oluşur.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumlu ifadeler şeklinde olup ters yönde madde bulunmamaktadır. Seçenekler 4’lü likert tipi seklindedir. “Hiçbir zaman” yanıtı için “1”, “Bazen” yanıtı için “2”, “Sık sık” yanıtı için “3”, “Düzenli” olarak yanıtı için “4” puan verilir. Ölçekte toplamda en düşük 48 puan, en yüksek 192 puan alınabilmektedir. Ölçeğin alt grupları farklı madde sayısından ve puan aralığından oluşmuştur. Alt grupların madde sayıları ve puanları aşağıda gösterilmiştir. Ölçeğin tamamı ve alt gruplarından alınan yüksek puan olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak yorumlanmaktadır.

Şekil 14. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeğinin

Madde Sayısı ve Puan Aralıkları

Alt Ölçekler	Soru Sayısı	Puan Aralıkları
Kendini Gerçekleştirme	13	13–52
Sağlık Sorumluluğu	10	10–40
Egzersiz	5	5–20
Beslenme	6	6–24
Kişiler arası Destek	7	7–28
Stres Yönetimi	7	7–28
SYBD Toplam Puanı	48	48–192

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, tahsil seviyesi, yapılan iş/görev, çalışılan birim, çalışma süresi, işyerinin fiziksel koşulları, çalışma koşulları, yaşanılan yer, çocuk durumu, çocuk sayısı, aile mevcudu, ekonomik durum, boy, kilo, uyku miktarı, sigara ve alkol kullanma durumu, genel sağlık algısı.

Bağımlı değişkenler: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar.

3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Hazırlanan anket formu işyeri yemekhanesinde öğle tatili sırasında katılımcılara dağıtılmıştır. Anketler dağıtılmadan önce katılımcılara anketin amacı ve anketin doldurulması hakkında genel bir bilgi verilmiştir. Anket gözlem altında yapılmış ve gerektiğinde katılımcıların anketle ilgili soruları cevaplanmıştır. Anketin

uygulandığı gün işyerinde herhangi bir sebeple bulunmayan çalışanlara ertesini hafta anket uygulanmıştır.

3.7. Veri Analizi

Veriler SPSS 15.0 istatistik paket programına girilerek analiz edilmiştir. Analizlerde yüzde dağılımı, Student t testi, One-Way ANOVA, Tukey testi ve Ki-kare testleri kullanılmıştır.

3.8. Etik Sorunlar ve Araştırma İlgili İzinler

Araştırmanın yapılabilmesi için İşletme Müdürü'nden ve çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi Başkanlığı'ndan izin alınmıştır. Araştırma sırasında çalışanların isimleri alınmamıştır.

4. BULGULAR

Fabrikada çalışan ve araştırmaya katılan 80 kişiye ilişkin bulgular aşağıda sunulmuştur.

- Katılımcuların Bazı Sosyo Demografik Özellikleri ve Sosyo Demografik Özellikler İle Genel Sağlık, Ruh Sağlığı, Beden Sağlığı ve Fiziksel Aktivite Algıları

Tablo 1. Çalışanların bazı sosyo demografik özellikleri (Ankara, 2009)

Sosyo demografik özellikler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	12	15,0
Erkek	68	85,0
Yaş		
<24	6	7,5
24-29	4	5,0
30-35	22	27,5
36-41	22	27,5
≥42	26	32,5
<i>Ortalama±SS: 37,3±7,4 Ortanca:37,5 Alt-Üst sınır: 18-48</i>		
Medeni durum		
Evli	68	85,0
Bekâr	11	13,8
Boşanmış	1	1,2
Çocuk durumu		
Hayır	16	20,0
Evet	64	80,0
	<i>1 çocuk</i>	<i>17,2</i>
	<i>2 çocuk</i>	<i>50,0</i>
	<i>3 çocuk</i>	<i>31,3</i>
	<i>5 çocuk</i>	<i>1,5</i>
Tahsil seviyesi		
İlkokul mezunu	9	11,3
Ortaokul mezunu	16	20,0
Lise/meslek lisesi mezunu	41	51,3
Üniversite/yüksek lisans mezunu	14	17,4
Toplam	88	100,0

Araştırmaya katılan çalışanların 68'i (%85,0) erkek 12'si (%15,0) kadındır. Araştırmaya katılan çalışanların yaş ortalaması $37,3 \pm 7,4$, ortanca değeri 37,5'dir. Katılımcıların %32,5'i (26 kişi) 42 ve üzeri yaş grubunda olup 24 ve 29 yaşları arasında 4 kişi (%5,0) bulunmaktadır. Araştırmaya katılanların 68'i (%85,0) evli, 11'i (%13,8) bekâr, 1'i ise (%1,2) eşinden ayrılmıştır. Araştırmaya katılanların %80,0'i (64 kişi) çocuk sahibi olduklarını %20,0'si (16 kişi) ise çocukları olmadığını belirtmişlerdir. Çocuğu olan katılımcılardan %50,0'sinin (32 kişi) 2 çocuğu %1,5'inin (1 kişi) ise 5 çocuğu bulunmaktadır. Katılımcıların %51,3'ü (41 kişi) lise/meslek lisesi mezunu olup %11,3'ü (9 kişi) ilkokul mezunu olduğunu ifade etmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Çalışanların çalıştıkları birimlere göre dağılımı (Ankara, 2009)

	Sayı	Yüzde
Çalışılan Birim		
İmalat	49	61,3
<i>Pastörize süt</i>	20	40,8
<i>Yoğurt-ayran</i>	14	28,6
<i>Tereyağı-dondurma</i>	9	18,4
<i>Peynir</i>	6	12,2
Operasyonel Hizmetler	13	16,2
<i>Pazarlama-Satış</i>	9	69,2
<i>Muhasebe</i>	4	30,8
Destek hizmetler	16	20,0
<i>Tamir-Bakım</i>	6	37,5
<i>Laboratuvar</i>	6	37,5
<i>Depo</i>	2	12,5
<i>Kazan dairesi</i>	1	6,25
<i>Yemekhane</i>	1	6,25
Yönetim	2	2,5
Toplam	80	100,0

Araştırmaya katılanların 49'u (%61,3) doğrudan imalat ile ilgili bölümlerde, 13'ü (%16,2) operasyonel hizmetlerde, 16'sı (%20,0) destek hizmetlerde ve 2'si (%2,5) ise yönetimde çalışmaktadır. İmalatta çalışanlardan 20 kişi (%40,8) Pastörize Süt bölümünde, 6 kişi (12,2) ise Peynir bölümünde çalışmaktadır (Tablo 2).

Tablo 3. Çalışanların işyerindeki görevlerine göre dağılımı (Ankara, 2009)

	Sayı	Yüzde
Yapılan iş/görev		
İşçi	52	65,0
Büro elemanı	8	10,0
Tekniker	7	8,8
Ustabaşı	4	5,0
Mühendis	3	3,7
Satış sorumlusu	3	3,7
Ambar memuru	2	2,5
Teknisyen	1	1,3
Toplam	80	100,0

Araştırmaya katılan çalışanların 52'si (%65,0) işçi, 8'i (%10,0) büro elemanı, 7'si (%8,8) tekniker, 4'ü (%5,0) ustabaşı, 3'ü (%3,7) mühendis, 3'ü (%3,7) satış sorumlusu, 2'si (%2,5) ambar memuru ve 1'i (%1,3) teknisyendir (Tablo 3).

Tablo 4. Çalışanların çalışma süreleriyle ilgili özellikler (Ankara, 2009)

	Sayı	Yüzde
Bu işyerinde çalışma süresi		
≤5 yıl	18	22,5
6–11 yıl	14	17,5
12–17 yıl	20	25,0
18–23 yıl	17	21,3
>23 yıl	11	13,7
<i>Ortalama±SS: 13,4±8,2 Ortanca:13,0 Alt-Üst sınır:0,0-28,0</i>		
Daha önce çalışma durumu		
Evet	36	45,0
Hayır	44	55,0
Toplam çalışma Süresi		
≤5 yıl	10	12,5
6–11 yıl	12	15,0
12–17 yıl	20	25,0
18–23 yıl	24	30,0
>23 yıl	14	17,5
<i>Ortalama±SS: 15,8±7,6 Ortanca:16,0 Alt-Üst sınır:0,0-28,0</i>		
Toplam	80	100,0

Araştırmaya katılan çalışanların bu işyerindeki çalışma süresi ortalaması 13,4±8,2, ortanca değeri 13'dür. Katılımcıların %25'i (20 kişi) bu işyerinde 12–17 yıl arası hizmette bulunmuş olup %13,7'si (11 kişi) bu işyerinde 24 yıl ve üzeri hizmette bulunmuştur. Katılımcılardan 36 kişi (%45,0) daha önce başka bir işyerinde çalışmış, 44 kişi (%55,0) ise daha önce herhangi bir işyerinde çalışmamıştır. Araştırmaya katılan çalışanların toplam çalışma süresi ortalaması 15,8±7,6, ortanca değeri 16'dır. Katılımcıların %30,0'unun (24 kişi) toplam çalışma süresi 18–23 yıl arası olup, %12,5'inin (10 kişi) toplam çalışma süresi 5 yıl ve daha az bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 5. Çalışanların işyerindeki fiziksel şartlardan rahatsız olma durumu (Ankara, 2009)

	Sayı	Yüzde
İşyerindeki fiziksel şartlardan rahatsız olma durumu		
Evet	71	88,8
Hayır	9	11,2
Toplam	80	100,0

Araştırmaya katılan çalışanların %88,8'i (71 kişi) işyerindeki fiziksel çalışma şartlarından rahatsız olduklarını, %11,2'si (9 kişi) ise işyerindeki fiziksel çalışma şartlarının hiçbirinden rahatsız olmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 5).

Tablo 6. İşyerindeki fiziksel çalışma şartlarından rahatsızlık duyan çalışanların dağılımı (Ankara, 2009)

	Sayı	Yüzde
İşyerindeki fiziksel şartlar (n=71)		
Gürültü	40	56,3
Aşırı nem	27	38,0
Aşırı soğuk	23	32,4
Binanın bakımsız olması	23	32,4
Yetersiz ekipman	20	28,2
Çalışma alanının yeterli olmaması	16	22,5
Aşırı sıcak	15	21,1
Yetersiz havalandırma	11	15,5
Yetersiz kantin/dinlenme/soyunma odası	10	14,1
Toz ya da duman	9	12,7
Basınç	7	9,9
Kötü tasarlanmış/yetersiz mobilyalar	7	9,9
Yetersiz aydınlatma	6	8,5
Titreşim	5	7,0
Yetersiz tuvalet olanakları	4	5,6
Radyasyon	2	2,8
Aşırı aydınlatma	1	1,4

Araştırmaya katılan ve işyerindeki fiziksel çalışma şartlarından rahatsızlık duyan çalışanlardan 40 kişi (%56,3) gürültüden rahatsız olduğunu belirtirken sadece 1 kişi (%1,4) aşırı aydınlatmadan rahatsız olduğunu belirtmiştir (Tablo 6). Ayrıca bunlara ek olarak 1 kişi (%1,4) çalışma odasının olmamasından, 1 kişi (%1,4) işyerinde kullanılan kimyasal maddelerden ve 1 kişi (%1,4) de işyeri temizliğinin yeterli olmamasından yakınmıştır.

Tablo 7. Çalışanların çalışma ortamının ergonomik durumu ile ilgili görüşlerinin dağılımı (Ankara, 2009)

	Sayı	Yüzde
Çalışma ortamını ergonomik bulma durumu		
Evet	29	36,3
Hayır	25	31,3
Fikrim yok	26	32,4
Toplam	80	100,0

Araştırmaya katılanlardan %36,3'ü (29 kişi) çalışma ortamının ergonomik çalışmaya uygun olduğunu, %31,3'ü (25 kişi) çalışma ortamının ergonomik çalışmaya uygun olmadığını ve %32,4'ü (26 kişi) çalışma ortamının ergonomik çalışmaya uygun olup olmadığı konusunda herhangi bir fikirlerinin olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 7).

Tablo 8. Çalışma esnasında yapılan hareketlerin sıklık dağılımı (Ankara, 2009)

Çalışma esnasında yapılan hareketler (n=80)	Hiç		Nadiren		Sık sık		Sürekli		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Oturma	11	13,8	51	63,7	13	16,3	5	6,2	80	100
Ayakta durma	0	0,0	13	16,3	39	48,7	28	35,0	80	100
Eğilme	7	8,8	25	31,2	32	40,0	16	20,0	80	100
Yürüme	0	0,0	24	30,0	34	42,5	22	27,5	80	100
Koşma	25	31,3	47	58,7	5	6,3	3	3,7	80	100
Yük/ağırlık kaldırma/taşıma	13	16,3	25	31,2	25	31,2	17	21,3	80	100
Merdiven inme/çıkma	8	10,0	42	52,5	23	28,8	7	8,7	80	100

Araştırmaya katılanlardan %63,7'si (51 kişi) oturma hareketini “nadiren” yaptıklarını, %48,7'si (39 kişi) ayakta durma hareketini “sık sık” yaptıklarını, %40,0'ı (32 kişi) eğilme hareketini “sık sık” yaptıklarını, %42,5'i (34 kişi) yürüme hareketini “sık sık” yaptıklarını, %58,7'si (47 kişi) koşma hareketini “nadiren” yaptıklarını, %31,2'si (25 kişi) yük/ağırlık kaldırma ve taşıma hareketlerini “nadiren” ve “sık sık” yaptıklarını ve %52,5'i (42 kişi) merdiven inme/çıkma hareketlerini “nadiren” yaptıklarını belirtmişlerdir (Tablo 8).

Tablo 9. Çalışanların sağlık durumlarına dair bazı sosyo demografik özellikler (Ankara, 2009)

	Sayı	Yüzde
Kronik hastalık durumu		
Hayır	67	83,8
Evet	13	16,3
Kronik hastalıklar*		
Hipertansiyon	2	11,8
Bel fitiği	2	11,8
Kolestrol	2	11,8
Diyabet	2	11,8
Mide rahatsızlıkları	2	11,8
Psikolojik rahatsızlık	2	11,8
Diğer**	5	29,2
B.K.İ. skoru		
Boya göre uygun kiloda	37	46,3
Hafif şişman	36	45,0
Şişman	6	7,5
Çok şişman	1	1,3
Günlük ortalama uyku miktarı		
<7 saat	23	28,8
≥7 saat	57	71,2
<i>Ortalama±SS: 7,1±1,0 Ortanca:7,0 Alt-Üst sınır:5,0-10,0</i>		
Sağlık çalışanı yakını olma		
Hayır	61	76,3
Evet	19	23,7
Toplam	80	100,0

*Bazı çalışanlar birden fazla kronik rahatsızlığa sahiptir.

** Çalışmaya katılanların diğer rahatsızlıkları bel-boyun düzleşmesi (1 kişi), epilepsi (1 kişi), guatr (1kişi), kalp rahatsızlığı (1 kişi) ve mevsimsel alerji (1 kişi)'dir.

Araştırmaya katılan çalışanlardan %16,3'ü (13 kişi) kronik bir hastalıkları olduğunu %83,8'i (67 kişi) ise herhangi bir kronik hastalıkları bulunmadığını belirtmişlerdir. Hipertansiyon, bel fitiği, kolesterol, diyabet, mide rahatsızlıkları ve psikolojik rahatsızlıklar çalışanlar arasında görülen hastalıklardandır. Çalışanların %46,3'ü (37 kişi) boya göre uygun kiloda, sadece %1,3'ü (1 kişi) çok şişmandır.

Çalışanların %71,2'si (57 kişi) günde 7 saat ve üzeri uyduklarını belirtirken %28,8'i (23 kişi) günde 7 saatten daha az uyduklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan çalışanların günlük ortalama uyku sürelerinin ortalaması $7,1 \pm 1,0$, ortanca değeri 7'dir Katılımcıların %23,7'si (19 kişi) sağlık çalışanı yakını olduğunu, %76,3'ü (61 kişi) ise sağlık çalışanı herhangi bir yakınları olmadığını ifade etmiştir. (Tablo 9).

Tablo 10. Çalışanların işyerinde kişisel koruyucu donanım kullanma durumu (Ankara, 2009)

	Sayı	Yüzde
İşyerindeki fiziksel şartlardan rahatsız olma durumu		
Evet	68	85,0
Hayır	12	15,0
Toplam	80	100,0

Araştırmaya katılan çalışanların %85,0'i (68 kişi) işyerinde kişisel koruyucu donanım kullandıklarını, %15,0'i (12 kişi) ise işyerindeki kişisel koruyucu donanım kullanmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 10).

Tablo 11. İşyerinde kişisel koruyu kullanan çalışanların kullandıkları kişisel koruyucu donanımların dağılımı (Ankara, 2009)

	Sayı	Yüzde
İşyerindeki kullanılan kişisel koruyucu donanımlar (n=68)		
Eldiven	49	72,1
İş tulumu/elbisesi	42	61,8
İş ayakkabısı/bot/çizme	43	63,2
Koruyucu gözlük	3	4,4
Bone/kep	53	77,9
Maske	33	48,5
Kulak tıkacı/kulaklık	4	5,9
Koruyucu kremler	4	5,9

*Bazı çalışanlar birden fazla çeşitte kişisel koruyucu donanım kullanmaktadır.

Araştırmaya katılan ve işyerinde kişisel koruyucu kullanan çalışanlardan 53 kişi (%77,9) bone/kep kullandığını belirtirken sadece 3 kişi (%4,4) koruyucu gözlük kullandığını belirtmiştir (Tablo 11).

Tablo 12. Çalışanların kişisel koruyucu donanımları yeterli bulma durumları (Ankara, 2009)

	Sayı	Yüzde
KKD yeterlilik durumu		
Yeterli	25	31,3
Fikrim yok	32	40,0
Yetersiz	23	28,7
Toplam	80	100,0

Araştırmaya katılanlardan %31,3'ü (25 kişi) işyerinde kullanılan kişisel koruyu donanımları yeterli bulduklarını, %40,0'ı (32 kişi) bu konuda herhangi bir fikirleri olmadığını, %28,7'si (23 kişi) ise işyerinde kullanılan kişisel koruyu donanımları yetersiz bulduklarını belirtmişlerdir (Tablo 12).

Tablo 13. Çalışanların iş sağlığı güvenliği tedbirleriyle ilgili görüşleri ve iş kazası geçirme durumlarının dağılımı (Ankara, 2009)

	Sayı	Yüzde
İSG tedbirleriyle ilgili görüşler		
Yeterli	22	27,5
Fikrim yok	27	33,8
Yetersiz	31	38,7
İş kazası geçirme durumu		
Hayır	52	65,0
Evet, kaza sonucunda yaralanmaya bağlı iz (sekel) kaldı	8	10,0
Evet, kaza sonucunda yaralanmaya bağlı iz (sekel) kalmadı	20	25,0
Toplam	80	100,0

Araştırmaya katılanlardan %27,5'i (22 kişi) işyerindeki iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerini yeterli bulduklarını, %33,8'i (27 kişi) bu konuda herhangi bir fikirleri olmadığını, %38,7'si (31 kişi) ise işyerindeki iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerini yetersiz bulduklarını belirtmişlerdir. Çalışanların %65,0'i (52 kişi) çalışma hayatları boyunca hiç iş kazası geçirmediğini, %10,0'u (8 kişi) iş kazası geçirdiklerini ancak yaralanmaya bağlı herhangi bir iz (sekel) kalmadığını, %25,0'i (20 kişi) ise iş kazası geçirdiklerini ve vücutlarında yaralanmaya bağlı iz (sekel) kaldığını belirtmişlerdir (Tablo 13).

Tablo 14. Çalışanların işyerindeki çalışma şartları ve iş stresi ile ilgili görüşlerinin dağılımı (Ankara, 2009)

	Sayı	Yüzde
Çalışma şartlarının değerlendirilmesi		
Hafif	6	7,5
Ne hafif ne ağır	42	52,5
Ağır	28	35,0
Çok ağır	4	5,0
İş stresinin değerlendirilmesi		
Hiç stresli değil	2	2,5
Biraz stresli	28	35,0
Stresli	31	38,8
Çok stresli	12	15,0
Çok fazla stresli	7	8,7
Toplam	80	100,0

Araştırmaya katılanlardan %52,5'i (42 kişi) çalışma şartlarının ne hafif ne ağır olduğunu, %5,0'i (4 kişi) ise çalışma şartlarını çok ağır olduğunu belirtmişlerdir. Çalışanlardan %38,8'i (31 kişi) yaptıkları işi stresli bulduklarını, %2,5'i (2 kişi) ise yaptıkları işin hiç stresli olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 14).

Tablo 15. Çalışanların bazı sosyo demografik özellikleri ve mali durumlarıyla ilgili bazı bilgiler (Ankara, 2009)

	Sayı	Yüzde
Yaşantısının büyük bölümünün geçirildiği yer		
Büyükşehir merkezi	47	58,8
İl merkezi	17	21,2
İlçe merkezi	16	20,0
Evde yaşayan sayısı		
<3 kişi	10	12,5
3–4 kişi	42	52,5
5–6 kişi	25	31,3
≥7 kişi	3	3,7
Oturulan ev durumu		
Kendi evi	28	35,0
Kira	19	23,8
Lojman	18	22,5
Kendisine ait değil ancak kira ödemiyor	15	18,7
Aylık gelir miktarı		
≤1000 TL.	28	35,0
1001–1500 TL.	35	43,8
1501–2000 TL.	11	13,7
>2000 TL.	6	7,5
Ekonomik durum değerlendirmesi		
Çok iyi	1	1,3
İyi	16	20,0
Yeterli	30	37,5
Kötü	27	33,7
Çok kötü	6	7,5
Toplam	80	100,0

Çalışanların %58,8'i (47 kişi) yaşantısının büyük bir bölümünü (2/3'lük kısmını) büyük şehir merkezinde, %20,0'si (16 kişi) ise yaşantısının büyük bir bölümünü (2/3'lük kısmını) ilçe merkezinde geçirdikleri belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan çalışanlardan %52,5'i (42 kişi) evde yaşayan sayısının 3–4 kişi olduğunu, %3,7'si (3 kişi) ise evde yaşayan sayısının 7 ve üzeri olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan çalışanlardan %35,0'i (28 kişi) kendi evinde oturmakta, %18,7'si (15 kişi) ise kendisine ait olmayan evlerde oturmakta ancak kira

ödememektedirler. Çalışanların %43,8'inin (35 kişi) aylık geliri 1001–1500 TL. arasında olup, %7,5'inin (6 kişi) aylık geliri ise 2001 TL. ve üzerindedir. Araştırma katılanlardan %37,5'i (30 kişi) ekonomik durumunu “yeterli” olarak değerlendirirken %1,3'ü (1 kişi) ekonomik durumunu “çok iyi” olarak değerlendirmektedir (Tablo15).

Tablo 16. Çalışanların sigara içme ve alkol kullanma durumları ve özellikleri (Ankara, 2009)

	Sayı	Yüzde
Sigara içme durumu (n=80)		
Halen içiyor	30	37,5
İçti bıraktı	18	22,5
Hiç içmedi	32	40,0
Toplam sigara içme miktarı (n=48)		
≤10 adet	14	29,2
11–20 adet	31	64,6
>20 adetten fazla	3	6,2
Toplam sigara içme süresi (n=48)		
≤10 yıl	14	29,2
11–20 yıl	28	58,3
>20 yıl	6	12,5
<i>Ortalama±SS: 15,2±6,3 Ortanca:15,0 Alt-Üst sınır:3,0-30,0</i>		
Sigarayı Bırakma Zamanı (n=18)		
≤5 yıl	12	66,7
>6 yıl	6	33,3
<i>Ortalama±SS: 5,1±3,2 Ortanca:4,0 Alt-Üst sınır:1,0-11,0</i>		
Alkol kullanma durumu (n=80)		
Hiç içmedi	42	52,5
Birkaç kez denedi	20	25,0
Halen içiyor	18	22,5
Halen alkol içenlerin kullanım sıklığı (n=18)		
Ayda 1 ya da daha az	7	38,9
Ayda 2–3 defa	6	33,3
Ayda 4 ve daha fazla	5	27,8

Araştırmaya katılanlardan %40,0'ı (32 kişi) hiç sigara içmediklerini, %22,5'i (18 kişi) sigarayı içip bıraktıklarını ve %37,5'i (30 kişi) halen sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Sigara kullanan ve daha önce sigara kullanmış çalışanların %64,6'sı (31 kişi) günde 11–20 adet sigara içtiklerini ve aynı gurubun %58,3'ü (28 kişi) 11–20 yıl boyunca sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Sigarayı bırakanların %66,7'si (12 kişi) son 5 yıl içerisinde sigarayı bırakmıştır. Araştırmaya katılanlardan %52,5'i (42 kişi) hiç alkol kullanmadığını ve %22,5'i (18 kişi) sürekli alkol kullandıklarını belirtmişlerdir. Sürekli alkol kullananların %38,9'u (7 kişi) ayda 1 ya da daha az miktarda alkol tüketmektedir (Tablo 16).

- Katılımcıların Sağlık Konulu Algıları

Tablo 17. Çalışanların bazı sağlığı geliştirme davranışlarının dağılımı (Ankara, 2009)

	Sayı	Yüzde
Genel sağlık durumu algısı		
Çok iyi	4	5,0
İyi	38	47,5
Fena değil	37	46,3
Kötü	1	1,2
Ruh Sağlığı Algısı		
Çok iyi	4	5,0
İyi	36	45,0
Orta	37	46,3
Kötü	3	3,7
Beslenme Algısı		
Dengeli ve yeterli	28	35,0
Dengesiz ancak yeterli	44	55,0
Dengesiz ve yetersiz	8	10,0
Fiziksel aktivite düzeyi algısı		
Yeterli	14	17,5
Orta	49	61,3
Yetersiz	17	21,2
30 dakikadan fazla, terleten fiziksel aktivite yapma durumu		
Hayır	63	78,7
Evet	17	21,3
30 dakikadan fazla, terleten fiziksel aktivite yapma sıklığı		
Hiç	63	78,8
1 defa	4	5,0
2 defa	7	8,7
3 defa	4	5,0
4 ve üstü	2	2,5
Toplam	80	100,0

Katılımcıların %47,5'i (38 kişi) genel sağlık durumunu "iyi", %1,2'si (1 kişi) ise genel sağlık durumunu "kötü" olarak değerlendirmektedir. Ruh sağlığı açısından katılımcıların %46,3'ü (37 kişi) kendini "orta", %3,7'si (3 kişi) ise kendini "kötü" olarak değerlendirmektedir. Araştırmaya katılanların %55,0'i (44 kişi) "dengesiz ancak yeterli" beslendiğini düşünmekte, %61,3'ü (49 kişi) fiziksel aktivite düzeyini

“orta” olarak değerlendirmektedir. Katılımcıların %78,7’si (63 kişi) fiziksel aktivite tanımına uygun “30 dakikadan fazla, terleten fiziksel aktivite” yapmadığını belirtmiştir. Fiziksel aktivite yapan 17 kişiden (katılımcıların %21,3’ü) 7’si haftada 2 defa 30 dakikadan fazla, terleten fiziksel aktivite yapmaktadır (Tablo 17).

Tablo 18. Çalışanların sağlığı koruma ve geliştirme konulu eğitim alma durumlarının dağılımı (Ankara, 2009)

	Sayı	Yüzde
Sağlığı koruma ve geliştirme eğitimi alma durumu (n=80)		
Evet	15	18,8
Hayır	65	81,2
Sağlık eğitimi alma isteği (n=80)		
Evet	71	88,8
Hayır	9	11,2
Eğitim almak istenen konu(n=71)*		
Doğru ve dengeli beslenme	31	43,7
Sağlıklı yaşam için spor	30	42,3
Kaza ve yaralanmalardan korunma	40	56,3
Stresle baş edebilme	37	52,1
Sigarayı bırakma yöntemleri	22	31,0

* Yukarıdaki eğitim konularına ek olarak çalışanlardan 1 kişi ilkyardım eğitimi almak istediğini belirtmiştir.

Katılımcıların %18,8’i (15 kişi) sağlığı koruma ve geliştirme konusunda eğitim aldıklarını, %81,2’si (65 kişi) ise bu konuda herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Çalışanların %88,8’i (71 kişi) sağlık eğitimi almak istediklerini belirtmiş, sağlık eğitimi almak isteyen çalışanların %56,3’ü (40 kişi) kaza ve yaralanmalardan korunma konusunda eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 18).

Tablo 19. Araştırmaya katılan çalışanların bazı sosyo demografik özellikleri ile genel sağlık durumu algıları arasındaki ilişki (Ankara, 2009)

Sosyo demografik özellikler	Genel sağlık durumu algısı								Toplam
	Çok iyi		İyi		Fena değil		Kötü		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet									
Kadın	0	0,0	10	83,3	2	16,7	0	0,0	12
Erkek	4	5,9	28	41,2	35	51,4	1	1,5	68
Yaş									
≤40	0	0,0	30	58,8	21	41,2	0	0,0	51
>40	4	13,8	8	27,6	16	55,2	1	3,4	29
Medeni durum									
Evli	4	5,9	30	44,1	34	50,0	0	0,0	68
Bekâr	0	0,0	8	72,7	3	27,3	0	0,0	11
Boşanmış	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1
Tahsil seviyesi									
İlkokul ve ortaokul mezunu	0	0,0	9	36,0	15	60,0	1	4,0	25
Lise ve üniversite mezunu	4	7,3	29	52,7	22	40,0	0	0,0	55
Bu işyerinde çalışma süresi									
<15 yıl	0	0,0	29	61,7	18	38,3	0	0,0	47
≥15 yıl	4	12,1	9	27,3	19	57,6	1	3,0	33
Toplam çalışma süresi									
<15 yıl	0	0,0	21	61,8	13	38,2	0	0,0	34
≥15 yıl	4	8,7	17	37,0	24	52,1	1	2,2	46
Sigara içme durumu									
Halen içiyor	0	0,0	16	53,3	14	46,7	0	0,0	30
İçti bıraktı	4	22,2	6	33,3	7	38,9	1	5,6	18
Hiç içmedi	0	0,0	16	50,0	16	50,0	0	0,0	32
Kronik hastalık durumu									
Hayır	4	6,0	34	50,7	29	43,3	0	0,0	67
Evet	0	0,0	4	30,8	8	61,5	1	7,7	13

Araştırmaya katılan çalışanların genel sağlık durumu algısı konusunda kadın ve erkek çalışanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Kadınların %83,3'ü (10 kişi) genel sağlığını iyi, erkeklerin %51,4'ü (35 kişi) genel sağlığını fena değil olarak belirtmektedir.

Katılımcıların genel sağlık durumu algısı konusunda 40 yaş ve altı ile 40 yaş üzeri gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. 40 yaş ve altında yaşa sahip çalışanların %58,8'i (30 kişi) genel sağlık durumunu iyi, 40 yaş üzeri çalışanların %55,2'si (16 kişi) sağlık durumunu fena değil olarak değerlendirmiştir.

Katılımcılar arasında genel sağlık durumu algısı konusunda medeni durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Evli çalışanların %50'si (34 kişi) genel sağlığını fena değil, bekâr çalışanların %72,7'si (8 kişi) genel sağlık durumunu iyi olarak nitelendirmektedir.

Genel sağlık durumu algısı konusunda ortaokul mezunu ve altı tahsil seviyesinde olan grup ile lise ve üzeri tahsil seviyesinde olan gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ortaokul mezunu ve altı tahsil seviyesindeki katılımcıların %60,0'ı (15 kişi) genel sağlık durumunu fena değil, lise ve üzeri tahsil seviyesindeki katılımcıların %52,7'si (29 kişi) genel sağlık durumunu iyi olarak belirtmiştir.

Genel sağlık durumu algısı konusunda bu işyerinde çalışma süresi 15 yıla kadar olan çalışanlarla 15 yıl ve üzeri olan çalışanlar arasındaki fark istatistiksel

olarak anlamlı değildir. Bu işyerindeki çalışma süresi 15 yıldan küçük olan çalışanların %61,7'si (29 kişi) genel sağlık durumunu iyi olarak belirtirken, çalışma süresi 15 yıl ve üzeri olan çalışanların %57,6'sı (19 kişi) genel sağlık durumunu fena değil olarak belirtmiştir.

Genel sağlık algısı konusunda toplam çalışma süresi 15 yıla kadar olan grupla 15 yıl ve üzeri olan grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Toplam çalışma süresi 15 yıldan küçük olan grubun %61,8'i (21 kişi) genel sağlık durumunu iyi olarak belirtirken, çalışma süresi 15 yıl ve üzeri olan grubun %52,1'si (24 kişi) genel sağlık durumunu fena değil olarak belirtmiştir.

Genel sağlık durumu algısı konusunda sigara içmeyen, sigara içip bırakan ve halen içtiğini belirten katılımcılar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Halen sigara içtiğini belirten katılımcıların %53,3'ü (16 kişi) sağlık durumunu iyi, sigara içip bırakan katılımcıların %38,9'i (7 kişi) genel sağlık durumunu fena değil ve hiç sigara içmemiş katılımcıların %50,0'si (16 kişi) genel sağlık durumunu iyi ve %50'si (16 kişi) genel sağlık durumunu fena değil olarak nitelendirmektedir.

Katılımcılar arasında genel sağlık durumu algısı konusunda kronik hastalığa sahip olma ve olmama durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Kronik bir hastalığa sahip çalışanların %61,5'i (8 kişi) genel sağlığını fena değil, kronik bir hastalığa sahip olmayan çalışanların %50,7'si (34 kişi) genel sağlık durumunu iyi olarak nitelendirmektedir.

Tablo 20. Araştırmaya katılan çalışanların bazı sosyo demografik özellikleri ile ruh sağlığı durumu algıları arasındaki ilişki (Ankara, 2009)

Sosyo demografik özellikler	Ruh sağlığı algısı								Toplam
	Çok iyi		İyi		Orta		Kötü		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet									
Kadın	0	0,0	8	66,7	4	33,3	0	0,0	12
Erkek	4	5,9	28	41,2	33	48,5	3	4,4	68
Yaş									
≤40	0	0,0	22	43,1	26	51,0	3	5,9	51
>40	4	13,8	14	48,3	11	37,9	0	0,0	29
Medeni durum									
Evli	4	5,9	32	47,1	29	42,6	3	4,4	68
Bekâr	0	0,0	4	36,4	7	63,6	0	0,0	11
Boşanmış	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
Tahsil seviyesi									
İlkokul ve ortaokul mezunu	0	0,0	11	44,0	12	48,0	2	8,0	25
Lise ve üniversite mezunu	4	7,3	25	45,5	25	45,5	1	1,7	55
Bu işyerinde çalışma süresi									
<15 yıl	0	0,0	20	42,6	24	51,1	3	6,3	47
≥15 yıl	4	12,1	16	48,5	13	39,4	0	0,0	33
Toplam çalışma süresi									
<15 yıl	0	0,0	16	47,1	16	47,1	2	5,8	34
≥15 yıl	4	8,7	20	43,5	21	45,7	1	2,1	46
Sigara içme durumu									
Halen içiyor	0	0,0	11	36,7	17	56,7	2	6,6	30
İçti bıraktı	4	22,2	5	27,8	8	44,4	1	5,6	18
Hiç içmedi	0	0,0	20	62,5	12	37,5	0	0,0	32
Kronik hastalık durumu									
Hayır	4	6,0	31	46,3	29	43,3	3	4,4	67
Evet	0	0,0	5	38,5	8	61,5	0	0,0	13

Araştırmaya katılan çalışanların ruh sağlığı durumu algısı konusunda kadın ve erkek çalışanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Kadınların %66,7'si (8 kişi) ruh sağlığını iyi, erkeklerin %48,5'i (33 kişi) ruh sağlığını orta olarak belirtmektedir.

Katılımcıların ruh sağlığı durumu algısı konusunda 40 yaş ve altı ile 40 yaş üzeri gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. 40 yaş ve altında yaşa sahip çalışanların %51,0'i (26 kişi) ruh sağlığı durumunu orta, 40 yaş üzeri çalışanların %48,3'ü (14 kişi) ruh sağlığı durumunu iyi olarak değerlendirmiştir.

Katılımcılar arasında ruh sağlığı durumu algısı konusunda medeni durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Evli çalışanların %47,1'i (32 kişi) ruh sağlığını iyi, bekâr çalışanların %63,6'sı (7 kişi) ruh sağlığını orta olarak nitelendirmektedir.

Ruh sağlığı durumu algısı konusunda ortaokul mezunu ve altı tahsil seviyesinde olan grup ile lise ve üzeri tahsil seviyesinde olan gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ortaokul mezunu ve altı tahsil seviyesindeki katılımcıların %48,0'i (12 kişi) ruh sağlığı durumunu orta, lise ve üzeri tahsil seviyesindeki katılımcıların %45,5'i (25 kişi) ruh sağlığı durumunu iyi ve %45,5'i (25 kişi) ruh sağlığı durumunu orta olarak belirtmiştir.

Ruh sağlığı durumu algısı konusunda bu işyerinde çalışma süresi 15 yıla kadar olan çalışanlarla 15 yıl ve üzeri olan çalışanlar arasındaki fark istatistiksel

olarak anlamlı değildir. Bu işyerindeki çalışma süresi 15 yıldan küçük olan çalışanların %51,1'i (24 kişi) ruh sağlığını orta olarak belirtirken, çalışma süresi 15 yıl ve üzeri olan çalışanların %48,5'i (16 kişi) ruh sağlığını iyi olarak belirtmiştir.

Ruh sağlığı algısı konusunda toplam çalışma süresi 15 yıla kadar olan grupla 15 yıl ve üzeri olan grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Toplam çalışma süresi 15 yıldan küçük olan grubun %47,1'i (16 kişi) ruh sağlığı durumunu iyi ve %47,1'i (16 kişi) ruh sağlığı durumunu orta olarak belirtirken, çalışma süresi 15 yıl ve üzeri olan grubun %45,7'si (21 kişi) ruh sağlığı durumunu orta olarak belirtmiştir.

Ruh sağlığı durumu algısı konusunda sigara içmeyen, sigara içip bırakan ve halen içtiğini belirten katılımcılar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Halen sigara içtiğini belirten katılımcıların %56,7'si (17 kişi) ruh sağlığı durumunu orta, sigara içip bırakan katılımcıların %44,4'ü (8 kişi) ruh sağlığı durumunu orta ve hiç sigara içmemiş katılımcıların %62,5'i (20 kişi) ruh sağlığını iyi olarak nitelendirmektedir.

Katılımcılar arasında ruh sağlığı durumu algısı konusunda kronik hastalığa sahip olma ve olmama durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Kronik bir hastalığa sahip çalışanların %61,5'i (8 kişi) ruh sağlığını orta, kronik bir hastalığa sahip olmayan çalışanların %46,3'ü (31 kişi) ruh sağlığını iyi olarak nitelendirmektedir.

Tablo 21. Araştırmaya katılan çalışanların bazı sosyo demografik özellikleri ile beslenme algıları arasındaki ilişki (Ankara, 2009)

Sosyo demografik özellikler	Beslenme Algısı						Toplam
	Dengeli ve yeterli		Dengesiz ancak yeterli		Dengesiz ve yetersiz		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet							
Kadın	7	58,3	4	33,3	1	8,4	12
Erkek	21	30,9	40	58,8	7	10,3	68
Yaş							
≤40	16	31,4	28	54,9	7	13,7	51
>40	12	41,4	16	55,2	1	3,4	29
Medeni durum							
Evli	25	36,8	38	55,9	5	7,3	68
Bekâr	3	27,3	5	45,5	3	27,2	11
Boşanmış	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
Tahsil seviyesi							
İlkokul ve ortaokul mezunu	8	32,0	13	52,0	4	16,0	25
Lise ve üniversite mezunu	20	36,4	31	56,4	4	7,2	55
Bu işyerinde çalışma süresi							
<15 yıl	15	31,9	26	55,3	6	12,8	47
≥15 yıl	13	39,4	18	54,5	2	6,1	33
Toplam çalışma süresi							
<15 yıl	13	38,2	16	47,1	5	14,7	34
≥15 yıl	15	32,6	28	60,9	3	6,5	46
Sigara içme durumu							
Halen içiyor	9	30,0	19	63,3	2	6,7	30
İçti bıraktı	7	38,9	9	50,0	2	11,1	18
Hiç içmedi	12	37,5	16	50,0	4	12,5	32
Kronik hastalık durumu							
Hayır	24	35,8	37	55,2	6	9,0	67
Evet	4	30,8	7	53,8	2	15,4	13

Araştırmaya katılan çalışanların beslenme algısı konusunda kadın ve erkek çalışanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Kadınların %58,3'ü (7 kişi) beslenmesini dengeli, erkeklerin %58,8'i (40 kişi) beslenmesini dengesiz ancak yeterli olarak belirtmektedir.

Katılımcıların beslenme algısı konusunda 40 yaş ve altı ile 40 yaş üzeri gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. 40 yaş ve altında yaşa sahip çalışanların %54,9'u (28 kişi) ve 40 yaş üzeri çalışanların %55,2'si (16 kişi) beslenmesini dengesiz ancak yeterli olarak değerlendirmiştir.

Katılımcılar arasında beslenme algısı konusunda medeni durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Evli çalışanların %55,9'u (38 kişi), bekâr çalışanların %45,5'i (5 kişi) beslenmesini dengesiz ancak yeterli olarak nitelendirmektedir.

Beslenme algısı konusunda ortaokul mezunu ve altı tahsil seviyesinde olan grup ile lise ve üzeri tahsil seviyesinde olan gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ortaokul mezunu ve altı tahsil seviyesindeki katılımcıların %52,0'si (13 kişi) ve lise ve üzeri tahsil seviyesindeki katılımcıların %56,4'ü (31 kişi) beslenmesini dengesiz ancak yeterli olarak belirtmiştir.

Beslenme algısı konusunda bu işyerinde çalışma süresi 15 yıla kadar olan çalışanlarla 15 yıl ve üzeri olan çalışanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu işyerindeki çalışma süresi 15 yıldan küçük olan çalışanların %55,3'ü (26

kişi) ve çalışma süresi 15 yıl ve üzeri olan çalışanların %54,5'i (18 kişi) beslenmesini dengesiz ancak yeterli olarak belirtmiştir.

Beslenme algısı konusunda toplam çalışma süresi 15 yıla kadar olan grupla 15 yıl ve üzeri olan grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Toplam çalışma süresi 15 yıldan küçük olan grubun %47,1'i (16 kişi) ve %60,9'u (28 kişi) beslenmesini dengesiz ancak yeterli olarak belirtmiştir.

Beslenme algısı konusunda sigara içmeyen, sigara içip bırakan ve halen içtiğini belirten katılımcılar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Halen sigara içtiğini belirten katılımcıların %63,3'ü (19 kişi), sigara içip bırakan katılımcıların %50,0'si (9 kişi) ve hiç sigara içmemiş katılımcıların %50,0'si (16 kişi) beslenmesini dengesiz ancak yeterli olarak nitelendirmektedir.

Katılımcılar arasında beslenme algısı konusunda kronik hastalığa sahip olma ve olmama durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Kronik bir hastalığa sahip çalışanların %53,8'i (7 kişi) ve kronik bir hastalığa sahip olmayan çalışanların %55,2'si (37 kişi) beslenmesini dengesiz ancak yeterli olarak nitelendirmektedir.

Tablo 22. Araştırmaya katılan çalışanların bazı sosyo demografik özellikleri ile fiziksel aktivite düzeyi alguları arasındaki ilişki (Ankara, 2009)

Sosyo demografik özellikler	Fiziksel aktivite düzeyi algısı						Toplam
	Yeterli		Orta		Yetersiz		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet							
Kadın	3	25,0	8	66,7	1	8,3	12
Erkek	11	16,2	41	60,3	16	23,5	68
Yaş							
≤40	5	9,8	35	68,6	11	21,6	51
>40	9	31,0	14	48,3	6	20,7	29
Medeni durum							
Evli	12	17,6	40	58,9	16	23,5	68
Bekâr	2	18,2	8	72,7	1	9,1	11
Boşanmış	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
Tahsil seviyesi							
İlkokul ve ortaokul mezunu	5	20,0	16	64,0	4	16,0	25
Lise ve üniversite mezunu	9	16,4	33	60,0	13	23,6	55
Bu işyerinde çalışma süresi							
<15 yıl	5	10,6	32	68,1	10	21,3	47
≥15 yıl	9	27,3	17	51,5	7	21,2	33
Toplam çalışma süresi							
<15 yıl	5	14,7	23	67,7	6	17,6	34
≥15 yıl	9	19,6	26	56,5	11	23,9	46
Sigara içme durumu							
Halen içiyor	4	13,3	20	66,7	6	20,0	30
İçti bıraktı	6	33,3	6	33,3	6	33,4	18
Hiç içmedi	4	12,5	23	71,9	5	15,6	32
Kronik hastalık durumu							
Hayır	10	14,9	42	62,7	15	22,4	67
Evet	4	30,8	7	53,8	2	15,4	13

Araştırmaya katılan çalışanların fiziksel aktivite düzeyi algısı konusunda kadın ve erkek çalışanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Kadınların %66,7'si (8 kişi) ve erkeklerin %60,3'ü (41 kişi) fiziksel aktivite düzeyini orta olarak belirtmiştir.

Katılımcıların fiziksel aktivite düzeyi algısı konusunda 40 yaş ve altı ile 40 yaş üzeri gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. 40 yaş ve altında yaşa sahip çalışanların %68,6'sı (35 kişi) ve 40 yaş üzeri çalışanların %48,3'ü (14 kişi) fiziksel aktivite düzeyini orta olarak değerlendirmiştir.

Katılımcılar arasında fiziksel aktivite düzeyi algısı konusunda medeni durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Evli çalışanların %58,9'u (40 kişi) ve bekâr çalışanların %72,7'si (8 kişi) fiziksel aktivite düzeyini orta olarak nitelendirmektedir.

Fiziksel aktivite düzeyi algısı konusunda ortaokul mezunu ve altı tahsil seviyesinde olan grup ile lise ve üzeri tahsil seviyesinde olan gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ortaokul mezunu ve altı tahsil seviyesindeki katılımcıların %64,0'ü (16 kişi) ve lise ve üzeri tahsil seviyesindeki katılımcıların %60,0'ü (33 kişi) fiziksel aktivite düzeyini orta olarak belirtmiştir.

Fiziksel aktivite düzeyi algısı konusunda bu işyerinde çalışma süresi 15 yıla kadar olan çalışanlarla 15 yıl ve üzeri olan çalışanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu işyerindeki çalışma süresi 15 yıldan küçük olan

çalışanların %68,1'i (32 kişi) ve çalışma süresi 15 yıl ve üzeri olan çalışanların %51,5'i (17 kişi) fiziksel aktivite düzeyini orta olarak belirtmiştir.

Fiziksel aktivite düzeyi algısı konusunda toplam çalışma süresi 15 yıla kadar olan grupla 15 yıl ve üzeri olan grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Toplam çalışma süresi 15 yıldan küçük olan grubun %67,7'si (23 kişi) ve %56,5'i (26 kişi) fiziksel aktivite düzeyini orta olarak belirtmiştir.

Fiziksel aktivite düzeyi algısı konusunda sigara içmeyen, sigara içip bırakan ve halen içtiğini belirten katılımcılar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Halen sigara içtiğini belirten katılımcıların %66,7'si (20 kişi) fiziksel aktivite düzeyini orta, sigara içip bırakan katılımcıların %33,3'ü (6 kişi) fiziksel aktivite düzeyini yeterli, %33,3'ü (6 kişi) fiziksel aktivite düzeyini orta, %33,3'ü (6 kişi) fiziksel aktivite düzeyini yetersiz ve hiç sigara içmemiş katılımcıların %71,9'u (23 kişi) fiziksel aktivite düzeyini orta olarak nitelendirmektedir.

Katılımcılar arasında fiziksel aktivite düzeyi algısı konusunda kronik hastalığa sahip olma ve olmama durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Kronik bir hastalığa sahip çalışanların %62,7'i (42 kişi) ve kronik bir hastalığa sahip olmayan çalışanların %53,8'i (7 kişi) fiziksel aktivite düzeyini orta olarak nitelendirmektedir.

- Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden Aldıkları Puanlar ve Bu Puanların Bazı Değişkenlerle Karşılaştırılması

Tablo 23. Araştırmaya katılan çalışanların sağlığı geliştirme davranışları ölçeğinden aldıkları puanların dağılım ölçütleri (Ankara, 2009)

<i>Ölçek Puanları</i>	<i>Ortalama ±SS</i>	<i>Ortanca</i>	<i>En küçük değer</i>	<i>En büyük değer</i>	<i>Ölçek sınır değerleri</i>
Alt Ölçekler					
Kendini gerçekleştirme	33,5±6,9	33,0	20,0	51,0	13,0–52,0
Sağlık sorumluluğu	20,9±6,5	20,0	10,0	40,0	10,0–40,0
Egzersiz	9,4±3,4	9,0	5,0	18,0	5,0–20,0
Beslenme	15,8±3,5	16,0	7,0	24,0	6,0–24,0
Kişilerarası destek	18,4±3,6	19,0	11,0	27,0	7,0–28,0
Stres yönetimi	16,1±4,3	16,0	7,0	27,0	7,0–28,0
SYBD toplam puan	114,0±23,3	111,0	72,0	181,0	48,0–192,0

Katılımcıların kendini gerçekleştirme alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 33,5±6,9'dur. Bu alt ölçekte alınabilecek puanlar 13,0–52,0 arasında değişmektedir. Katılımcıların sağlık sorumluluğu alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 20,9±6,5'dir. Bu alt ölçekte alınabilecek puanlar 10,0–40,0 arasında değişmektedir. Katılımcıların egzersiz alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 9,4±3,4'dür. Bu alt ölçekte alınabilecek puanlar 5,0–20,0 arasında değişmektedir. Katılımcıların beslenme alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 15,8±3,5'dir. Bu alt ölçekte alınabilecek puanlar 6,0–24,0 arasında değişmektedir. Katılımcıların kişiler arası destek alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 18,4±3,6'dır. Bu alt ölçekte alınabilecek puanlar 7,0–28,0 arasında değişmektedir. Katılımcıların stres yönetimi alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 16,1±4,3'dür. Bu alt ölçekte alınabilecek puanlar 7,0–28,0 arasında değişmektedir (Tablo 23).

Tablo 24. Katılımcıların bazı sosyo demografik özelliklerine göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı (Ankara, 2009)

<i>Sosyo demografik özellik</i>	<i>Kendini gerçekleştirme</i> <i>Ortalama±SS</i>	<i>Sağlık sorumluluğu</i> <i>Ortalama±SS</i>	<i>Egzersiz</i> <i>Ortalama±SS</i>	<i>Beslenme</i> <i>Ortalama±SS</i>	<i>Kişilerarası destek</i> <i>Ortalama±SS</i>	<i>Stres Yönetimi</i> <i>Ortalama±SS</i>	<i>SYBD Puanı</i> <i>Ortalama±SS</i>
<u>Cinsiyet</u>							
Kadın (n=12)	32,5±6,6	20,3±6,4	8,0±3,6	14,7±4,3	17,7±4,3	15,8±3,7	108,8±21,0
Erkek (n=68)	33,6±7,0	21,0±6,6	9,6±3,3	16,0±3,3	18,5±3,5	16,1±4,5	114,9±23,7
P	0,598	0,726	0,125	0,215	0,459	0,788	0,409
<u>Yaş</u>							
≤40 (n=51)	32,5±6,3	20,4±6,0	9,3±3,2	14,9±3,4	17,7±3,5	15,6±4,3	110,4±21,7
>40 (n=29)	35,1±7,6	21,7±7,3	9,5±3,7	17,4±3,1	19,6±3,5	16,9±4,4	120,2±25,0
P	0,104	0,376	0,777	0,002	0,025	0,196	0,070
<u>Medeni durum</u>							
Evli (n=68)	33,4±6,9	21,1±6,5	9,4±3,4	16,1±3,3	18,2±3,6	16,0±4,3	114,1±23,1
Bekâr (n=11)	33,6±7,1	18,7±6,2	8,6±3,4	13,8±4,1	19,1±3,2	16,5±4,8	110,5±24,3
Boşanmış (n=1)	37,0±-	29,0±-	13,0±-	21,0±-	26,0±-	18,0±-	144,0±-
P	0,874	0,247	0,428	0,044	0,078	0,831	0,389
<u>Çocuk durumu</u>							
Hayır (n=16)	32,4±6,7	19,4±6,5	9,1±3,6	14,3±4,0	18,1±3,8	15,7±4,5	109,6±23,7
Evet (n=64)	33,7±7,0	21,2±6,5	9,4±3,3	16,2±3,3	18,5±3,6	16,2±4,3	115,2±23,2
P	0,505	0,310	0,742	0,052	0,692	0,701	0,341
<u>Çocuk sayısı</u>							
1 çocuk (n=11)	33,0±5,4	22,3±6,0	8,4±2,8	17,1±3,1	19,3±3,7	15,1±3,2	115,1±16,7
2 çocuk (n=32)	33,1±8,2	19,8±6,8	8,7±3,4	16,0±3,5	18,0±3,8	15,6±4,8	111,2±26,4
3 çocuk (n=20)	35,0±5,8	22,8±6,2	11,0±3,0	16,1±3,1	18,8±3,4	17,5±3,9	121,1±20,7
5 çocuk (n=1)	36,0±-	26,0±-	13,0±-	15,0±-	20,0±-	19,0±-	129,0±-
P	0,779	0,329	0,037	0,790	0,704	0,318	0,466
<u>Evde yaşayan birey sayısı</u>							
<5 kişi (n=52)	33,0±7,6	20,4±7,1	8,8±3,4	16,2±3,6	18,5±4,0	15,8±4,8	112,6±26,1
≥5 kişi (n=28)	34,4±5,3	21,8±5,1	10,4±3,2	15,2±3,2	18,1±2,8	16,6±3,2	116,5±17,1
P	0,368	0,356	0,046	0,227	0,615	0,412	0,482

Araştırmaya katılan kişilerin cinsiyete göre Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arası farkın önemlilik testi Tablo 24’de sunulmuştur. Kadın ve erkek çalışanların SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden yakın puan aldıkları saptanmıştır. Bu yüzden cinsiyete göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların yaşa göre Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arası farkın önemlilik testi Tablo 24’de sunulmuştur. Kırk yaş üzerinde olan çalışanların kırk yaş ve altında olan çalışanlara göre “beslenme” ve “kişilerarası destek” alt ölçeklerinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$, $p=0,025$). Diğer ölçek puanları ve yaş gurupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların medeni durumlarına göre Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın önemlilik testi Tablo 24’de sunulmuştur. Evli çalışanların bekâr çalışanlara göre “beslenme” alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,044$). Diğer ölçek puanları ve medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0,05$).

Araştırmaya katılan kişilerin çocuk sahibi olma durumlarına göre Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arası farkın önemlilik testi Tablo 24’de sunulmuştur. Çocuk sahibi olan ve olmayan çalışanların SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden yakın puan aldıkları saptanmıştır. Bu yüzden çocuk sahibi olma durumuna göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların çocuk sayılarına göre Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın önemlilik testi Tablo 24’de sunulmuştur. Üç ve daha fazla sayıda çocuğa sahip çalışanların egzersiz puanı iki ve daha az sayıda çocuğa sahip çalışanlara göre daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,037$). Diğer ölçek puanları ve çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların evde yaşayan birey sayılarına göre Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın önemlilik testi Tablo 24’de sunulmuştur. Evde yaşayan birey sayısı beş ve üzeri olan grubun egzersiz puanı evde yaşayan birey sayısı beşin altında olan gruba göre daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,046$). Diğer ölçek puanları ile evde yaşayan birey sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0,05$).

Tablo 25. Katılımcıların bazı sosyo demografik özelliklerine göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı (Ankara, 2009)

<i>Sosyo demografik özellik</i>	<i>Kendini gerçekleştirme Ortalama±SS</i>	<i>Sağlık sorumluluğu Ortalama±SS</i>	<i>Egzersiz Ortalama±SS</i>	<i>Beslenme Ortalama±SS</i>	<i>Kişilerarası destek Ortalama±SS</i>	<i>Stres Yönetimi Ortalama±SS</i>	<i>SYBD Puanı Ortalama±SS</i>
<u>Tahsil seviyesi</u>							
İlkokul ve ortaokul mezunu (n=25)	33,1±6,0	20,2±6,2	9,5±2,8	14,9±2,9	18,1±4,1	15,6±4,0	111,3±20,3
Lise ve üniversite mezunu (n=55)	33,6±7,3	21,2±6,7	9,3±3,6	16,3±3,7	18,5±3,4	16,3±4,5	115,2±24,6
P	0,758	0,543	0,852	0,103	0,613	0,487	0,493
<u>Çalışılan birim</u>							
İmalat (n=49)	33,0±6,4	21,1±6,6	10,1±3,5	15,4±3,5	18,1±3,6	15,7±4,1	113,4±23,4
Operasyonel Hizmetler (n=13)	34,8±9,0	20,2±7,5	8,4±3,1	15,8±4,2	19,4±4,2	17,4±6,0	116,0±29,9
Destek hizmetler (n=16)	33,6±7,1	21,2±6,0	8,3±3,1	16,9±3,0	18,1±3,3	16,4±3,8	114,4±19,6
Yönetim (n=2)	35,0±2,8	17,5±4,9	8,0±0,0	17,0±0,0	21,0±2,8	14,5±2,1	113,0±8,5
P	0,848	0,859	0,151	0,474	0,500	0,590	0,987
<u>Yapılan iş/görev</u>							
İşçi (n=52)	38,3±12,1	24,7±13,9	10,3±6,8	17,3±6,5	21,0±4,4	17,0±6,1	128,7±48,2
Büro elemanı (n=8)	35,4±6,2	23,9±5,3	9,9±3,2	16,9±3,8	18,6±4,4	18,7±2,4	123,3±14,3
Tekniker (n=7)	36,0±	23,0±	5,0±	11,0±	17,0±	16,0±	108,0±
Ustabaşı (n=4)	29,8±6,7	19,3±6,4	9,5±3,1	15,3±3,4	16,5±1,9	16,0±5,6	106,3±24,7
Mühendis (n=3)	33,2±6,0	20,6±6,1	9,7±3,3	15,7±3,2	18,4±3,6	15,4±3,9	113,0±21,2
Satış sorumlusu (n=3)	31,8±11,0	17,8±7,5	7,3±2,9	15,6±4,5	18,3±4,1	15,1±6,2	105,8±33,3
Ambar memuru (n=2)	34,3±8,5	22,7±8,1	8,3±2,1	15,7±4,0	18,0±4,6	19,0±6,2	118,0±28,6
Teknisyen (n=1)	37,5±4,9	24,5±4,9	10,0±1,4	18,5±0,7	19,0±2,8	21,0±4,2	130,5±4,9
P	0,719	0,597	0,541	0,738	0,904	0,319	0,676
<u>Bu işyerinde çalışma süresi</u>							
<15 yıl (n=47)	32,7±6,4	20,1±5,7	9,1±3,1	14,9±3,5	18,1±3,6	15,7±4,1	110,7±20,7
≥15 yıl (n=33)	34,5±7,5	22,0±7,5	9,7±3,7	17,1±3,2	18,8±3,7	16,6±4,6	118,7±26,1
P	0,261	0,193	0,436	0,006	0,412	0,350	0,128
<u>Toplam çalışma süresi</u>							
<15 yıl (n=34)	32,9±6,1	20,8±5,5	9,5±3,3	15,1±3,5	18,1±3,6	16,0±3,7	112,5±20,0
≥15 yıl (n=46)	33,9±7,5	20,9±7,2	9,3±3,4	16,4±3,4	18,6±3,6	16,1±4,8	115,1±25,6
P	0,555	0,964	0,726	0,092	0,614	0,872	0,620

Araştırmaya katılan kişilerin tahsil seviyelerine göre Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arası farkın önemlilik testi Tablo 25’de sunulmuştur. Lise ve üzeri tahsil seviyesine sahip çalışanlarla ortaokul ve altı tahsil seviyesine sahip çalışanların SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden yakın puan aldıkları saptanmıştır. Bu yüzden tahsil seviyelerine göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların çalıştıkları birimlere göre Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arası farkın önemlilik testi Tablo 25’de sunulmuştur. Çalışılan birimlere göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların yaptıkları işlere göre Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arası farkın önemlilik testi Tablo 25’de sunulmuştur. Yapılan iş/göreve göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların bu işyerindeki çalışma süresine göre Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arası farkın önemlilik testi Tablo 25’de sunulmuştur. Bu işyerinde on beş yıl ve üzerinde çalışanların on beş yılın altında çalışanlara göre “beslenme” alt

ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,006$). Diğer ölçek puanları ve bu işyerindeki çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların toplam çalışma sürelerine göre Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arası farkın önemlilik testi Tablo 25’de sunulmuştur. Toplam çalışma süresine göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 26. Katılımcıların bazı sosyo demografik özelliklerine göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı (Ankara, 2009)

<i>Sosyo demografik özellik</i>	<i>Kendini gerçekleştirme Ortalama±SS</i>	<i>Sağlık sorumluluğu Ortalama±SS</i>	<i>Egzersiz Ortalama±SS</i>	<i>Beslenme Ortalama±SS</i>	<i>Kişilerarası destek Ortalama±SS</i>	<i>Stres Yönetimi Ortalama±SS</i>	<i>SYBD Puanı Ortalama±SS</i>
Aylık gelir miktarı							
≤1000 TL. (n=28)	33,8±6,4	21,1±6,0	9,7±3,3	15,5±3,1	18,7±3,8	16,1±3,9	114,8±19,9
1001–1500 TL. (n=35)	34,1±7,1	21,7±6,8	9,8±3,5	16,1±3,9	18,6±3,5	16,7±4,7	116,9±24,8
1501–2000 TL. (n=11)	30,2±6,0	19,0±7,3	7,5±2,2	15,3±3,7	16,5±3,1	14,6±4,7	103,2±23,9
>2000 TL. (n=6)	34,3±9,5	18,5±6,1	8,7±4,1	17,0±3,2	19,0±4,8	15,2±4,0	112,7±28,1
P	0,406	0,525	0,226	0,702	0,347	0,558	0,400
Ekonomik durum değerlendirilmesi							
Çok iyi (n=1)	40,0±-	16,0±-	8,0±-	14,0±-	14,0±-	12,0±-	104,0±-
İyi (n=16)	33,4±6,6	21,6±7,4	9,2±3,7	15,4±3,9	17,6±4,3	16,5±3,9	113,7±24,4
Yeterli (n=30)	35,1±7,0	21,8±6,2	10,3±3,5	16,8±3,7	19,0±3,3	16,8±4,2	119,7±23,4
Kötü (n=27)	32,5±7,1	20,1±6,7	8,9±3,2	15,5±3,0	18,7±3,4	15,6±4,9	111,3±23,6
Çok kötü (n=6)	29,0±4,4	18,3±5,7	7,8±2,3	14,2±2,9	16,7±3,9	13,7±2,9	99,7±14,2
P	0,234	0,640	0,360	0,369	0,319	0,399	0,332
Çalışma şartlarının değerlendirilmesi							
Hafif (n=6)	32,7±6,9	20,5±8,9	9,3±4,8	16,0±2,8	16,7±4,1	14,7±4,8	109,8±27,5
Ne hafif ne ağır (n=42)	33,6±6,5	20,8±6,2	8,8±2,7	16,0±3,5	18,2±3,5	16,3±4,2	113,7±20,6
Ağır (n=28)	32,9±7,3	20,5±5,5	9,8±3,7	15,4±3,2	18,9±3,3	16,1±4,2	113,5±23,5
Çok ağır (n=4)	37,5±9,4	24,3±12,7	12,8±3,9	17,0±6,6	19,3±6,8	15,5±7,2	126,3±45,0
P	0,655	0,763	0,123	0,813	0,557	0,853	0,733
İşyerindeki fiziksel şartlardan rahatsız olma durumu							
Evet (n=71)	32,6±6,5	20,5±6,1	9,4±3,2	15,6±3,4	18,0±3,6	15,7±4,2	111,8±22,0
Hayır (n=9)	40,0±6,4	23,9±9,2	9,6±4,7	17,2±4,1	21,3±2,9	19,2±4,2	131,2±27,4
P	0,002	0,140	0,865	0,205	0,009	0,019	0,017

Araştırmaya katılan kişilerin aylık gelir durumlarına göre Sağlık Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arası farkın önemlilik testi Tablo 26’da sunulmuştur. Aylık gelir durumuna göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışanların kendi ekonomik durumlarını değerlendirmeleri göre Sağlık Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arası farkın önemlilik testi Tablo 26’da sunulmuştur. Ekonomik durum değerlendirmelerine göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırma katılan çalışanların çalışma şartlarını değerlendirmeleri göre Sağlık Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arası farkın önemlilik testi Tablo 26’da sunulmuştur. Çalışma şartlarının değerlendirilmesine göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların işyerindeki fiziksel çalışma şartlarından rahatsız olma durumlarına göre Sağlık Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arası farkın önemlilik testi Tablo 26’da sunulmuştur. İşyerindeki fiziksel çalışma şartlarından rahatsız olmayan grubun işyerindeki fiziksel çalışma şartlarından rahatsız olan gruba göre “kendini gerçekleştirme”, “kişilerarası destek”, “stres” ve “SYBD” alt ölçeklerinden

daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$, $p=0,009$, $p=0,019$, $p=0,017$). Diğer ölçek puanları ve bu işyerindeki çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0,05$).

Tablo 27. Katılımcıların bazı sosyo demografik özelliklerine göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı (Ankara, 2009)

<i>Sosyo demografik özellik</i>	<i>Kendini gerçekleştirme Ortalama±SS</i>	<i>Sağlık sorumluluğu Ortalama±SS</i>	<i>Egzersiz Ortalama±SS</i>	<i>Beslenme Ortalama±SS</i>	<i>Kişilerarası destek Ortalama±SS</i>	<i>Stres Yönetimi Ortalama±SS</i>	<i>SYBD Puanı Ortalama±SS</i>
Yaşantının büyük bölümünün geçirildiği yer							
Büyükşehir merkezi (n=47)	33,4±6,3	20,5±6,5	8,9±3,1	16,0±3,4	18,4±3,7	16,1±4,4	113,3±22,1
İl merkezi (n=17)	32,9±7,5	24,0±6,2	11,4±3,5	16,6±3,7	18,4±3,2	17,2±4,1	120,6±25,7
İlçe merkezi (n=16)	34,3±8,1	18,6±5,9	8,7±3,4	14,5±3,3	18,2±4,0	14,9±4,3	109,1±24,0
P	0,860	0,048	0,017	0,190	0,970	0,316	0,353
Sigara içme durumu							
Halen içiyor (n=30)	33,3±6,7	20,8±5,9	9,0±3,2	15,8±2,8	18,9±3,1	16,6±4,2	114,5±21,1
İçti bıraktı (n=18)	35,8±9,1	21,4±8,4	10,2±4,2	17,2±4,2	18,8±5,1	16,5±5,3	119,9±33,3
Hiç içmedi (n=32)	32,3±5,4	20,6±6,0	9,3±3,0	15,1±3,6	17,7±3,1	15,3±3,8	110,2±17,9
P	0,222	0,919	0,514	0,116	0,343	0,423	0,365
Alkol kullanma durumu							
Hiç içmedi (n=42)	33,1±6,4	20,7±6,2	9,1±3,3	15,8±3,5	18,1±3,4	16,0±4,1	112,9±21,8
Birkaç kez denedi (n=20)	34,5±7,8	20,6±7,3	9,5±3,3	15,5±3,6	18,3±3,9	15,8±5,1	114,0±25,9
Halen içiyor (n=18)	33,2±7,3	21,5±6,7	9,9±3,7	16,3±3,4	19,2±3,8	16,6±4,1	116,6±24,8
P	0,771	0,892	0,719	0,770	0,579	0,818	0,854
Kronik hastalık durumu							
Hayır (n=67)	33,1±6,9	20,3±6,3	9,4±3,4	15,5±3,5	18,0±3,4	15,7±4,1	112,0±22,9
Evet (n=13)	35,2±6,8	23,9±7,1	9,3±3,0	17,6±3,2	20,3±4,3	17,9±5,2	124,3±23,6
P	0,319	0,064	0,938	0,043	0,036	0,091	0,081
Sağlığı koruma ve geliştirme eğitimi alma durumu							
Evet (n=15)	37,3±7,6	25,5±7,1	11,4±3,7	17,3±4,3	19,3±3,7	18,5±4,0	129,4±27,1
Hayır (n=65)	32,6±6,5	19,8±5,9	8,9±3,1	15,5±3,2	18,2±3,6	15,5±4,2	110,4±21,0
P	0,015	0,002	0,009	0,063	0,301	0,013	0,004
Sağlık çalışanı yakını olma							
Hayır (n=61)	33,9±6,7	20,5±6,5	9,2±3,3	15,8±3,3	18,4±3,8	16,0±4,2	113,9±22,5
Evet (n=19)	32,0±7,6	22,0±6,7	9,8±3,6	15,9±4,3	18,4±3,3	16,3±4,9	114,4±26,2
P	0,289	0,387	0,542	0,921	0,964	0,772	0,927

Araştırmaya katılan çalışanların yaşantılarının büyük bir bölümünü geçirdikleri yere göre Sağlık Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arası farkın önemlilik testi Tablo 27’de sunulmuştur. Yaşantılarının büyük bir bölümünü il merkezinde geçiren çalışanların ilçe merkezinde geçirenlere göre “sağlık sorumluluğu alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,048$). Yaşantılarının büyük bir bölümünü il merkezinde geçiren çalışanların büyük şehir ve ilçe merkezinde geçirenlere göre “egzersiz” alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,017$). Diğer ölçek puanları ile yaşantının büyük bir bölümünün geçirildiği yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0,05$).

Çalışanların sigara içme durumlarının değerlendirilmesine göre Sağlık Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arası farkın önemlilik testi Tablo 27’da sunulmuştur. Sigara içme durumlarına göre çalışanların SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışanların alkol kullanma durumlarının değerlendirilmesine göre Sağlık Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arası farkın önemlilik testi Tablo 27’da sunulmuştur. Alkol kullanma durumlarına göre çalışanların SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların kronik bir hastalığa sahip olma durumlarına göre Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arası farkın önemlilik testi Tablo 27’de sunulmuştur. Kronik bir hastalığa sahip olan çalışanların kronik bir hastalığa sahip olmayan çalışanlara göre “beslenme” ve “kişilerarası destek” alt ölçeklerinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,043$, $p=0,036$). Diğer ölçek puanları ile kronik bir hastalığa sahip olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanları sağlığı koruma/geliştirme eğitimi alma durumlarına göre Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arası farkın önemlilik testi Tablo 27’de sunulmuştur. Sağlığı koruma/geliştirme konusunda herhangi bir eğitim almış grubun bu konuda hiç eğitim almamış gruba göre “kendini gerçekleştirme”, “sağlık sorumluluğu”, “egzersiz”, “stres yönetimi” ve “SYBD” alt ölçeklerinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,015$, $p=0,002$, $p=0,009$, $p=0,013$, $p=0,004$). Diğer ölçek puanları ve sağlığı koruma/geliştirme eğitimi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0,05$).

Çalışanların sağlık çalışanı yakınlarının olma durumlarının değerlendirilmesine göre Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arası farkın önemlilik testi Tablo 27’de sunulmuştur. Sağlık çalışanı yakınlarının olma durumlarına göre çalışanların SYBD

ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 28. Katılımcıların B.K.İ. puanlarına göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı (Ankara, 2009)

SYBD ölçeği ve alt ölçekleri	B.K.İ. Puanı				P
	Boya göre uygun kiloda <i>Ortalama±SS</i>	Hafif şişman <i>Ortalama±SS</i>	Şişman <i>Ortalama±SS</i>	Çok şişman <i>Ortalama±SS</i>	
Kendini gerçekleştirme	32,6±6,8	33,6±6,6	38,2±8,8	31,0±	0,326
Sağlık sorumluluğu	20,4±6,4	21,3±6,2	21,8±9,7	15,0±	0,734
Egzersiz	9,1±3,6	9,5±3,1	10,2±4,2	11,0±	0,813
Beslenme	15,4±3,4	16,0±3,5	17,5±4,0	13,0±	0,460
Kişiler arası destek	18,5±3,6	18,4±3,8	18,3±3,4	15,0±	0,831
Stres yönetimi	15,9±4,3	16,0±4,6	18,2±4,6	13,0±	0,580
SYBD Puanı	111,9±21,6	114,9±24,2	124,2±30,3	98,0±	0,584

Çalışanların B.K.İ. puanlarının (boya uygun vücut ağırlıkları) değerlendirilmesine göre Sağlığı Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arası farkın önemlilik testi Tablo 28’da sunulmuştur. B.K.İ. puanlarına göre çalışanların SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 29. Katılımcıların bazı sosyo demografik özellikleri ve sağlık algılarına göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı (Ankara, 2009)

<i>Sosyo demografik özellik ve sağlık algısı</i>	<i>Kendini gerçekleştirme Ortalama±SS</i>	<i>Sağlık sorumluluğu Ortalama±SS</i>	<i>Egzersiz Ortalama±SS</i>	<i>Beslenme Ortalama±SS</i>	<i>Kişilerarası destek Ortalama±SS</i>	<i>Stres Yönetimi Ortalama±SS</i>	<i>SYBD Puanı Ortalama±SS</i>
Genel sağlık durumu algısı							
Çok iyi (n=4)	42,3±5,3	23,5±6,8	13,0±4,8	19,8±2,6	21,3±3,3	19,8±2,2	139,5±23,8
İyi (n=38)	34,4±6,9	20,7±6,8	9,4±3,5	15,9±3,5	18,7±3,3	16,4±4,2	115,5±22,4
Fena değil (n=37)	31,5±6,3	20,5±6,3	8,9±2,8	15,2±3,3	17,5±3,7	15,3±4,5	108,9±22,4
Kötü (n=1)	37,0±-	29,0±-	13,0±-	21,0±-	26,0±-	18,0±-	144,0±-
P	0,012	0,512	0,080	0,036	0,022	0,218	0,035
Ruh Sağlığı Algısı							
Çok iyi (n=4)	42,3±5,3	23,5±6,8	13,0±4,8	19,8±2,6	21,3±3,3	19,8±2,2	139,5±23,8
İyi (n=36)	35,6±6,6	21,7±6,9	9,5±3,1	16,7±3,4	18,7±3,3	17,3±4,4	119,4±21,3
Orta (n=37)	30,9±5,9	19,8±6,0	8,8±3,2	14,8±3,0	18,1±3,7	14,5±3,9	106,9±21,8
Kötü (n=3)	28,3±7,5	20,3±8,5	10,0±5,0	12,7±4,7	15,0±5,3	16,3±3,5	102,7±33,8
P	0,000	0,552	0,117	0,003	0,127	0,012	0,010
Beslenme Algısı							
Dengeli ve yeterli (n=28)	35,8±7,0	23,6±6,9	10,4±3,9	17,4±3,4	19,2±3,9	17,5±4,3	123,9±23,8
Dengesiz ancak yeterli(n=44)	32,6±6,9	19,8±5,8	8,8±2,8	15,4±3,1	18,3±3,4	15,5±4,3	110,5±22,2
Dengesiz ve yetersiz(n=8)	30,0±4,7	16,9±5,9	8,8±3,3	12,6±3,3	16,0±3,1	14,5±3,3	98,8±20,7
P	0,052	0,008	0,120	0,001	0,089	0,087	0,007
Fiziksel aktivite düzeyi algısı							
Yeterli (n=14)	38,1±8,5	24,0±8,2	11,9±4,0	18,1±4,6	21,2±3,2	18,4±4,8	131,8±28,4
Orta (n=49)	33,7±5,7	22,0±5,5	9,8±2,8	15,7±3,0	18,2±3,4	16,6±3,9	116,0±18,2
Yetersiz (n=17)	28,9±6,1	15,1±4,2	6,2±1,6	14,3±3,0	16,5±3,3	12,6±3,2	93,6±17,5
P	0,001	0,000	0,000	0,007	0,001	0,000	0,000
30 dk.'dan fazla terleten fiziksel aktivite yapma durumu							
Hayır (n=63)	37,7±6,8	24,8±6,6	12,5±3,0	18,0±3,9	20,4±2,8	19,1±4,1	132,5±23,4
Evet (n=17)	32,3±6,5	19,8±6,1	8,5±3,0	15,2±3,2	17,8±3,7	15,2±4,0	109,0±20,8
P	0,004	0,005	0,000	0,003	0,009	0,001	0,000

Araştırmaya katılan çalışanların genel sağlık durumu algılarına göre Sağlık Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arası farkın önemlilik testi Tablo 29’da sunulmuştur. Genel sağlık durumu algısı çok iyi olan çalışanların genel sağlık durumu iyi ve fena değil olan çalışanlara göre “kendini gerçekleştirme”, “beslenme”, “kişilerarası destek” alt ölçeklerinden ve “SYBD” ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,012$, $p=0,036$, $p=0,022$, $p=0,035$). Diğer ölçek puanları ile genel sağlık durumu algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların ruh sağlığı algısı durumlarına göre Sağlık Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arası farkın önemlilik testi Tablo 29’da sunulmuştur. Ruh sağlığı algısı çok iyi olan gurubun orta ve kötü olan guruba göre “kendini gerçekleştirme” ve “beslenme” alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları, orta olan guruba göre “SYBD” ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları, ruh sağlığı algısı iyi olan gurubun orta olan guruba göre “kendini gerçekleştirme” ve “stres yönetimi” alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$, $p=0,003$, $p=0,012$, $p=0,010$). Diğer ölçek puanları ve ruh sağlığı algısı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların beslenme algısı durumlarına göre Sağlık Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu

ortalamalar arası farkın önemlilik testi Tablo 29’da sunulmuştur. Beslenme algısı dengeli ve yeterli olan gurubun dengesiz ancak yeterli ve dengesiz ve yetersiz olan guruba göre “sağlık sorumluluğu”, “beslenme” alt ölçeklerinden ve “SYBD” ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,008$, $p=0,001$, $p=0,007$). Diğer ölçek puanları ve beslenme algısı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların fiziksel aktivite düzeyi algısı durumlarına göre Sağlık Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arası farkın önemlilik testi Tablo 29’da sunulmuştur. Fiziksel aktivite düzeyi algısı yeterli olan gurubun orta ve yetersiz olan guruba göre “kendini gerçekleştirme”, “sağlık sorumluluğu”, “egzersiz”, “beslenme”, “kişilerarası destek” ve “stres yönetimi” alt ölçeklerinden ve “SYBD” ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,007$, $p=0,001$, $p=0,000$, $p=0,000$).

Araştırmaya katılan çalışanların 30 dakikadan fazla fiziksel aktivite yapma durumlarına göre Sağlık Geliştirme Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve bu ortalamalar arası farkın önemlilik testi Tablo 29’da sunulmuştur. Otuz dakikadan fazla fiziksel aktivite yapmayan gurubun yapan guruba göre “kendini gerçekleştirme”, “sağlık sorumluluğu”, “egzersiz”, “beslenme”, “kişilerarası destek” ve “stres yönetimi” alt ölçeklerinden ve “SYBD” ölçeğinden

daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,004$, $p=0,005$, $p=0,000$, $p=0,003$, $p=0,009$, $p=0,001$, $p=0,000$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmaya katılan çalışanlara ait bazı sosyo demografik değişkenler ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen bazı faktörlere ait bulgular tartışılmaktadır.

-Çalışanların Bazı Sosyo Demografik Özellikleri, Sağlık Konusundaki Algıları ve Çalışma Ortamını Tanıtıcı Bazı Özellikler

Araştırma sırasında çalışanları tanıtıcı yaş, cinsiyet, medeni durum, tahsil seviyesi vb. çeşitli sosyo demografik değişkenler, çalışılan birim, yapılan iş/görev, çalışma süresi, işyerindeki fiziksel çalışma koşulları, ekonomik koşullar vb. yapısal ve davranışsal faktörler, genel sağlık durumu, ruh sağlığı, beslenme durumu vb. sağlık konusunda çalışanların algıları, sigara ve alkol alışkanlığı, kilo, boy, günlük uyku miktarı, hastalık durumu vb. sağlıkla ilgili değişkenler incelenmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların %85,0'i erkek %15,0'i kadındır. Araştırmaya katılan çalışanların yaş ortalaması $37,3 \pm 7,4$, ortanca değeri 37,5'dir. Araştırmaya katılanların %85,0'i evli ve %80,0'i çocuk sahibi olduklarını belirtmişlerdir. Çocuğu olan katılımcılardan %50,0'sinin 2 çocuğu bulunmaktadır. Katılımcıların %51,3'ü lise/meslek lisesi mezunudur (Tablo 1).

Türkiye'de son yıllarda endüstride çalışan kadın sayısı artmasına rağmen hala erkek çalışanların sayısı gözle görülür derecede fazladır. Çalışanların

çoğunluğunun evli ve çocuk sahibi olması, yaş ortalamasına baktığımızda ülke genelindeki bulgularla benzerlik göstermektedir. Diğer sanayi kuruluşları ile karşılaştırıldığında eğitim seviyesinin bu işyerinde ülke genelinden daha yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılanların %61,3'ü doğrudan imalat ile ilgili bölümlerde çalışmaktadır. İmalatta çalışanlardan %40,8'i Pastörize Süt bölümünde çalışmaktadır (Tablo 2). Araştırmaya katılan çalışanların %65,0'i işçidir (Tablo 3).

Yapılan işin nitelikleri açısından çalışan işçi sayısının diğer çalışanlardan fazla olması ülkemizde de çalışan işgücünün en büyük payını işçilerin oluşturduğu göz önüne alındığında ülke geneliyle benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan çalışanların bu işyerindeki çalışma süresi ortalaması $13,4 \pm 8,2$, ortanca değeri 13'dür. Katılımcılardan %55,0'i daha önce herhangi bir işyerinde çalışmamıştır. Çalışanların toplam çalışma süresi ortalaması $15,8 \pm 7,6$, ortanca değeri 16'dır (Tablo 4).

Çalışanların %88,8'i işyerindeki fiziksel çalışma şartlarından rahatsız olduklarını belirtmişlerdir (Tablo 5). Fiziksel çalışma şartlarından rahatsızlık duyan çalışanlardan %56,3'ü gürültüden rahatsız olduğunu belirtmiştir (Tablo 6).

Araştırmaya katılanlardan %36,3'ü çalışma ortamının ergonomik çalışmaya uygun olduğunu, %31,3'ü çalışma ortamının ergonomik çalışmaya uygun

olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 7).

Özellikle eski makine ve teçhizatın kullanıldığı, fabrika binalarının eski olduğu işyerlerinde gürültü, havalandırma, aydınlatma, ısıtma vb. fiziksel çalışma şartları açısından çalışanlar olumsuz koşullarla karşı karşıya kalmaktadır. İşletmelerde iş sağlığı ve güvenliği kültürünün yerleşmemesi, işyerlerinde alınması gereken tedbirlere riayet edilmemesi ve olumsuz fiziksel şartların yol açacağı iş kazaları ve meslek hastalıkları hakkındaki bilgi eksikliği çalışanların olumsuz fiziksel çalışma koşullarından etkilenmesine yol açmaktadır. Ayrıca ülkemizde araştırma sonuçlarımızla paralel olarak ergonomik çalışma hakkında çalışanların bilgi eksikliği bulunmakta ve işyerleri ergonomik çalışma ortamlarının oluşturulması konusunda yapılan çalışmalar gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında çok yetersiz kalmaktadır.

Çalışanlardan %83,8'i herhangi bir kronik hastalıkları bulunmadığını belirtmişlerdir. Hipertansiyon, bel fıtığı, kolesterol, diyabet, mide rahatsızlıkları ve psikolojik rahatsızlıklar çalışanlar arasında görülen hastalıklardandır. Çalışanların %46,3'ü boylarına göre uygun kilodadır. Çalışanların günlük ortalama uyku sürelerinin ortalaması $7,1 \pm 1,0$, ortanca değeri 7'dir. Katılımcıların %76,3'ü sağlık çalışanı herhangi bir yakınları olmadığını ifade etmiştir. (Tablo 9).

Yanlış beslenme alışkanlıkları, yetersiz fiziksel aktivite, stres, olumsuz ve ergonomik olmayan çalışma koşulları nedeniyle çalışanlar arasında hipertansiyon, diyabet, mide rahatsızlıkları ve kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları yaygın bir şekilde

görülmektedir.

Araştırmaya katılan çalışanların %85,0'i işyerinde kişisel koruyucu donanım kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 10). Kişisel koruyucu kullanan çalışanlardan %77,9'u bone/kep kullanmaktadır (Tablo 11). Araştırmaya katılanlardan %31,3'ü işyerinde kullanılan kişisel koruyucu donanımları yeterli bulduklarını belirtmişlerdir (Tablo 12).

Gıda imalatı yapıldığı diğer sanayi kuruluşlarıyla karşılaştırıldığında araştırmanın yapıldığı işyerinde kişisel koruyucu donanım kullanım oranı yüksektir. Ancak kişisel koruyucu donanımlar koruyucu yaklaşım göz önüne alındığında başvurulması gereken korunma önlemleri arasında son sıradadır. Korunma önce kaynakta sağlanmalı, bu mümkün değilse kaynakla çalışan arasında koruyucu önlemler alınmalı, son çare olarak kişisel koruyucu donanımlara başvurulmalıdır. Ayrıca kişisel koruyucu donanımlar amaca hizmet etmeli, yerinde ve zamanında, uygun nitelikte ve kalitede seçilmeli, düzenli olarak kontrol edilmeli ve kullanıcı hatalarının önlenmesi açısından çalışanlar kişisel koruyucu donanım kullanımı konusunda eğitilmelidir.

Araştırmaya katılanlardan %38,7'si işyerindeki iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerini yetersiz bulduklarını belirtmişlerdir. Çalışanların %65,0'i çalışma hayatları boyunca hiç iş kazası geçirmediğini belirtmişlerdir (Tablo 13).

Ülkemiz iş kazası istatistikleri incelendiğinde dünyada üst sıralarda yer almaktadır. Bunun işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili tedbirlerin yetersiz

olması, işverenlerin yasal yükümlülüklerini tam anlamıyla yerine getirmemesi, çalışanların iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili bilgi eksikliği gibi birçok nedeni bulunmaktadır. Meslek hastalıkları konusunda ise meslek hastalıklarının tanısındaki yetersizlikler ve kayıtların eksik olması nedeniyle güvenilir meslek hastalığı istatistiklerine ulaşamamaktadır.

Araştırmaya katılanlardan %52,5'i çalışma şartlarının ne hafif ne ağır olduğunu, çalışanlardan %38,8'i yaptıkları işi stresli bulduklarını belirtmişlerdir (Tablo 14).

Çalışanların %58,8'i yaşantısının büyük bir bölümünü (2/3'lük kısmını) büyük şehir merkezinde geçirdikleri belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan çalışanlardan %52,5'i evde yaşayan sayısının 3–4 kişi olduğunu, %35,0'i kendi evinde oturduğunu belirtmiştir. Çalışanların %43,8'inin aylık geliri 1001–1500 TL arasında olup, %37,5'i ekonomik durumunu “yeterli” olarak değerlendirmektedir (Tablo15).

Endüstriyel alanda çalışanlar fiziksel iş yükünün ağırlığı, vardiyalı çalışma, uzun çalışma saatleri ve mesailer, imalat sürecinin gerektirdiği yoğun iş temposu gibi birçok nedenden dolayı ağır iş yükü ve iş stresiyle karşı karşıyadır. Araştırmanın yapıldığı işyerinin kamuya ait olması, çalışanların sosyal güvence ve haklarının korunması nedeniyle iş yükü ülkemizdeki diğer işletmelere nazaran daha hafif ve işçilik ücretleri nispeten daha yüksektir.

Araştırmaya katılanlardan %40,0'ı hiç sigara içmediklerini, %37,5'i halen sigara içtiklerini, %52,5'i hiç alkol kullanmadığını ve %22,5'i sürekli alkol kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 16).

Katılımcıların %47,5'i genel sağlık durumunu “iyi”, %46,3'ü ruh sağlığını “orta”, olarak değerlendirmektedir. Araştırmaya katılanların %55,0'i “dengesiz ancak yeterli” beslendiğini düşünmekte, %61,3'ü fiziksel aktivite düzeyini “orta” olarak değerlendirmektedir. Katılımcıların %78,7'si fiziksel aktivite tanımına uygun “30 dakikadan fazla, terleten fiziksel aktivite” yapmadığını belirtmiştir (Tablo 17).

Katılımcıların %81,2'si sağlığı koruma ve geliştirme konusunda eğitim almadıklarını, %88,8'i sağlık eğitimi almak istediklerini, sağlık eğitimi almak isteyen çalışanların %56,3'ü kaza ve yaralanmalardan korunma konusunda eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 18).

İşyerlerinden sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik uygulamalar göz önüne alındığında ülkemizde bu tip uygulamaların çok az olduğu görülmektedir. Çalışanlara sağlıklı gıdaların sağlanması, spor ve fiziksel egzersiz yapma alışkanlığının kazandırılması, spor yapmaları için gerekli altyapının sağlanması gibi unsurlar çalışanların genel sağlık durumunu iyileştirmek ve verimliliklerini artırmak için gerekli unsurlardandır. Araştırmamızın yapıldığı işletmede de ülke veriyle benzer olarak çalışanların yeterli hizmet içi eğitim almadıkları tespit edilmiştir. Ayrıca işyeri hekimliği ve işyeri hemşireliği uygulamalarının çalışanların sağlığını korunması ve geliştirilmesine yönelik çalışmalar açısından çok yetersiz olduğu

tespit edilmiştir.

Çalışanların bazı sosyo demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, tahsil seviyesi, çalışma süresi, sigara içme durumu, kronik hastalık bulunma durumu) ile sağlık konusundaki algıları (genel sağlık algısı, ruh sağlığı algısı, beslenme algısı, fiziksel aktivite algısı) karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

-Çalışanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Çalışanların SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında en yüksek puan ortalaması $33,5\pm 6,9$ ile kendini gerçekleştirme bulunmuştur. Bunu sırasıyla; sağlık sorumluluğu $20,9\pm 6,5$, kişilerarası destek $18,4\pm 3,6$, stres yönetimi $16,1\pm 4,3$, beslenme $15,8\pm 3,5$ ve egzersizin $9,4\pm 3,4$ izlediği görülmektedir. SYBD ölçeği toplam puan ortalaması $114,0\pm 23,3$ olarak bulunmuştur (Tablo 23).

Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinin en üst basamağında bulunan kendini gerçekleştirme, bireyin yaşamı boyunca ulaşmaya çalıştığı ve bu yolda atımlar attığı bir hedeftir. Kendini gerçekleştirmiş birey kendini tanır, yeteneklerini ve güçlerini yaşadığı ana göre sonuna kadar kullanır, kendini takdir eder, çevresini tanır ve araştırır.

Araştırmamızın yapıldığı grup olan gıda üretiminde çalışanların kendini gerçekleştirme puanı $33,5\pm6,9$ olarak hesaplanmıştır. Bu puan Weitzel'in (1990) işçiler arasında yaptığı çalışmada beyaz işçilerde $41,1\pm7,4$, Weitzel'in (1989) işçiler arasında yaptığı çalışmada beyaz işçilerde $39,9\pm7,9$, Esin'in (1997) imalatta çalışanlar arasında yaptığı bir araştırmada $35,4\pm6,2$ ve Kaya'nın (2008) öğretim elemanları üzerinde yaptığı bir araştırma $27,2\pm4,1$ olarak bulunmuştur. Yurtdışında yapılan çalışmalarda kendini gerçekleştirme puanının yüksek olmasının nedeni, çalışmaların yapıldığı ülkelerle ülkemiz arasındaki ekonomik ve sosyal yapıdaki farklılıklar olabilir. Araştırmamızın sonuçlarına benzerlik gösterir şekilde, literatürdeki araştırmalar incelendiğinde kendini gerçekleştirme puanının genel olarak ilk sırada yer aldığı görülmektedir.

Araştırmamızda SYBD ölçeği toplam puan ortalaması $114,0\pm23,3$ olarak bulunmuştur. SYBD ölçeği toplam puan ortalaması Weitzel'in (1990) işçiler arasında yaptığı çalışmada beyaz işçilerde $126,3\pm20,7$, Weitzel'in (1989) işçiler arasında yaptığı çalışmada beyaz işçilerde $123,4\pm23,5$, Esin'in (1997) imalatta çalışanlar arasında yaptığı bir araştırmada $120,9\pm19,6$ ve Kaya'nın (2008) öğretim elemanları üzerinde yaptığı bir araştırma $139,5\pm18,0$, Akça'nın (1998) yapmış olduğu çalışmada $133,3\pm18,2$ ve Tokgöz'ün (2002) çalışmasında ise $131,8\pm17,5$ olarak bulunmuştur. Araştırmamızdaki bulguların özellikle yurtdışında çalışan işçilere ait bulgulardan ve öğretim elemanları arasında yapılan araştırmalardan elde edilen bulgulardan daha düşük olduğu görülmektedir. Bunun nedeni öğretim elemanları ve yurtdışında çalışan işçilerin eğitim düzeylerinin daha yüksek olması ve bunun da sağlıklı yaşam davranışlarını olumlu yönde etkilemesi olabilir.

-Çalışanların Bazı Sosyo Demografik Özellikleri ve Sağlık Konusundaki Algularının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği İle Karşılaştırılması

Cinsiyete göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 24). Yurtdışında yapılan çalışmalar genellikle kadınların sağlıklı yaşam biçim davranışlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Walker ve arkadaşları (1988) sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve kişilerarası destek düzeyini kadınlarda daha yüksek bulmuştur. Weitzel (1989) işçiler arasında yaptığı bir araştırmada kişilerarası destek düzeyini kadınlarda daha yüksek bulmuştur. Esin (1996), üniversite öğrencileri arasında yaptığı bir çalışmada kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını erkeklerden daha yüksek bulmuştur. Akça (1998) ise çalışmasında kadınların egzersiz puanını erkeklerden daha yüksek bulmuştur.

Araştırmamızda kırk yaş üzerinde olan çalışanların kırk yaş ve altında olan çalışanlara göre “beslenme” ve “kişilerarası destek” alt ölçeklerinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$, $p=0,025$) (Tablo 24). Yaş arttıkça sağlığı geliştiren yaşam davranışlarına sahip olma düzeyi artmaktadır. Weitzel (1990) yaş arttıkça egzersiz düzeyinin azaldığını, sağlık sorumluluğu ve beslenme düzeyinin arttığını bulmuştur. Walker (1988) yaşlı kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını düzeyini, genç ve orta yaşlı kadınlara göre daha yüksek bulmuştur. Akça (1998) yaptığı bir çalışmada yaşla arttıkça öğretim elemanlarının sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi alt ölçek puan ortalamalarının arttığı bulunmuştur.

Evli çalışanların bekâr çalışanlara göre “beslenme” alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,044$) (Tablo 24). Evlilik sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir. Pender (1990), Walker (1988) ve Akça'nın (1998) çalışmalarında beslenme puan ortalaması bekârlara oranla evlilerde bizim çalışmamız da olduğu gibi daha yüksek bulunmuştur.

Çalışanların çocuk sahibi olma durumlarına göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 24). Üç ve daha fazla sayıda çocuğa sahip çalışanların egzersiz puanı iki ve daha az sayıda çocuğa sahip çalışanlara göre daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,037$) (Tablo 24). Evde yaşayan birey sayısı beş ve üzeri olan gurubun egzersiz puanı evde yaşayan birey sayısı beşin altında olan gruba göre daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,046$) (Tablo 24). Literatürde ise ailedeki birey sayısı arttıkça sağlığı geliştirme davranışlarının olumsuz yönde etkilendiği belirtilmektedir (Pender ve Barkauskas, 1992).

Tahsil seviyelerine göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 25). Walker (1988) araştırmasın eğitim düzeyi ile kendini gerçekleştirme, beslenme, kişileri arası destek ve stres puanları arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Weitzel (1989) çalışmasında eğitim düzeyi ile beslenme ve kişileri arası destek

puanları arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Bizim araştırmamızda çalışanların ortalama eğitim seviyesi yüksek olduğu için bu ilişki gösterilememiştir.

Çalışılan birimlere göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 25). Yapılan iş/göreve göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 25).

Bu işyerinde on beş yıl ve üzerinde çalışanların on beş yılın altında çalışanlara göre “beslenme” alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,006$) (Tablo 25). Toplam çalışma süresine göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 25).

Aylık gelir durumuna göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 26). Ekonomik durum değerlendirmelerine göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 26). Çalışma şartlarının değerlendirilmesine göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 26). İşyerindeki fiziksel çalışma şartlarından rahatsız olmayan grubun işyerindeki fiziksel çalışma şartlarından rahatsız olan gruba göre “kendini gerçekleştirme”, “kişilerarası destek”, “stres” ve “SYBD” alt ölçeklerinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı

bulunmuştur ($p=0,002$, $p=0,009$, $p=0,019$, $p=0,017$) (Tablo 26). Ekonomik durumun değerlendirilmesinde gelir dışında başka faktörler de vardır. Weitzel (1990), Lusk (1995) ve Kerr (1990) işçiler üzerinde yapmış oldukları araştırmalarda ekonomik düzey arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığını göstermişlerdir. Bizim araştırmamızda çalışanların gelir seviyesi ülkemiz ortalaması göz önüne alındığında yüksek olduğu ve çalışanların ücretleri arasında çok fazla farklılık olmadığı için bu ilişki gösterilememiştir.

Yaşantılarının büyük bir bölümünü il merkezinde geçiren çalışanların ilçe merkezinde geçirenlere göre “sağlık sorumluluğu alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,048$). Yaşantılarının büyük bir bölümünü il merkezinde geçiren çalışanların büyük şehir ve ilçe merkezinde geçirenlere göre “egzersiz” alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,017$) (Tablo 27). Yaşantılarını büyük kentlerde geçiren bireylerin olumlu sağlık davranışları kazanmak açısından taşrada yaşayanlara göre daha fazla imkâna sahip olduğu düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda da sağlık sorumluluğu ve egzersiz puanının değerlendirilmesinde bu ilişki görülmektedir.

Sigara içme durumlarına göre çalışanların SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 27). Alkol kullanma durumlarına göre çalışanların SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 27). Literatürde sigara ve alkol kullanan bireylerin

sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha düşük olduğu belirtilmektedir. Akça'nın (1998) çalışmasında sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve SYBD ölçeği ile sigara kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Akça (1998) ve Tokgöz'ün (1995) çalışmalarında alkol kullanımı ile sağlığı geliştirme davranışları arasında ise anlamlı fark bulunamamıştır.

Kronik bir hastalığa sahip olan çalışanların kronik bir hastalığa sahip olmayan çalışanlara göre “beslenme” ve “kişilerarası destek” alt ölçeklerinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,043$, $p=0,036$) (Tablo 27). Kronik hastalığa sahip olan bireylerin sağlıklarına daha fazla dikkat etmek zorunda olmaları beslenme puanının bu kişilerde yüksek olmasının nedeni olabilir.

Sağlığı koruma/geliştirme konusunda herhangi bir eğitim almış gurubun bu konuda hiç eğitim almamış gruba göre “kendini gerçekleştirme”, “sağlık sorumluluğu”, “egzersiz”, “stres yönetimi” ve “SYBD” alt ölçeklerinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,015$, $p=0,002$, $p=0,009$, $p=0,013$, $p=0,004$) (Tablo 27). Sağlık çalışanı yakınlarının olma durumlarına göre çalışanların SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 27). Araştırma sonuçlarımızdan da görüldüğü üzere sağlık eğitimi alan bireylerin sağlıklı yaşam biçimleri geliştirme açısından eğitim almayanlara göre daha bilinçli oldukları söylenebilir.

B.K.İ. puanlarına göre çalışanların SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 28). Literatürdeki araştırmalarda kendisini şişman olarak değerlendirenlerin egzersiz puanlarının düşük olduğu, kilo artışının fiziksel aktivitelerde azalmaya yol açtığı ve şişmanların egzersize isteksiz olduğu belirtilmektedir (Fine ve ark 1999).

Genel sağlık durumu algısı çok iyi olan çalışanların genel sağlık durumu iyi ve fena değil olan çalışanlara göre “kendini gerçekleştirme”, “beslenme”, “kişilerarası destek” alt ölçeklerinden ve “SYBD” ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,012$, $p=0,036$, $p=0,022$, $p=0,035$) (Tablo 29). Sertçelik (1999), Tokgöz (1985) ve Akça'nın (1998) çalışmalarından da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bottorff ve arkadaşlarının (1996) çalışmasında sağlık durumunu algılama düzeyinin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz davranışları üzerine etkisi olduğu saptanmış ve bir yıl sonra yapılan analizlerde bu etkinin az da olsa devam ettiği bulunmuştur.

Ruh sağlığı algısı çok iyi olan gurubun orta ve kötü olan guruba göre “kendini gerçekleştirme” ve “beslenme” alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları, orta olan guruba göre “SYBD” ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları, ruh sağlığı algısı iyi olan gurubun orta olan guruba göre “kendini gerçekleştirme” ve “stres yönetimi” alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$, $p=0,003$, $p=0,012$, $p=0,010$) (Tablo 29).

Beslenme algısı dengeli ve yeterli olan gurubun dengesiz ancak yeterli ve dengesiz ve yetersiz olan guruba göre “sağlık sorumluluğu”, “beslenme” alt ölçeklerinden ve “SYBD” ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,008$, $p=0,001$, $p=0,007$) (Tablo 29). Doğru beslenme alışkanlıklarına sahip olan bireylerin araştırmamızda da görüldüğü gibi beslenme puanlarının yüksek olması beklenir.

Fiziksel aktivite düzeyi algısı yeterli olan gurubun orta ve yetersiz olan guruba göre “kendini gerçekleştirme”, “sağlık sorumluluğu”, “egzersiz”, “beslenme”, “kişilerarası destek” ve “stres yönetimi” alt ölçeklerinden ve “SYBD” ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,007$, $p=0,001$, $p=0,000$, $p=0,000$) (Tablo 29). Otuz dakikadan fazla fiziksel aktivite yapmayan gurubun yapan guruba göre “kendini gerçekleştirme”, “sağlık sorumluluğu”, “egzersiz”, “beslenme”, “kişilerarası destek” ve “stres yönetimi” alt ölçeklerinden ve “SYBD” ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,004$, $p=0,005$, $p=0,000$, $p=0,003$, $p=0,009$, $p=0,001$, $p=0,000$) (Tablo 29). Fiziksel aktivite yapma alışkanlığı olan ve yeterli seviyede fiziksel aktivite yapan bireylerin olumlu sağlık davranışları geliştirmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek olması beklenir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırma imalat yapan işyerlerinde çalışanların genel sağlık tutum ve davranışlarını saptanmak, çalışma şartlarını belirlemek ve çalışanların sağlığı geliştiren yaşam davranışları düzeylerini tespit ederek işyerinde sağlığı geliştirme çalışmaları için yol göstermek amacıyla yapılmıştır.

- Araştırmaya katılan çalışanların %85,0'i erkek %15,0'i kadındır.
- Çalışanların yaş ortalaması $37,3 \pm 7,4$, %85,0'i evli ve %80,0'i çocuk sahibi olduklarını belirtmişlerdir. Çocuğu olan katılımcılardan %50,0'sinin 2 çocuğu bulunmaktadır.
- Katılımcıların %51,3'ü lise/meslek lisesi mezunudur.
- Çalışanların %61,3'ü doğrudan imalat ile ilgili bölümlerde çalışmaktadır. İmalatta çalışanlardan %40,8'i Pastörize Süt bölümünde çalışmaktadır.
- Çalışanların %65,0'i işçidir.
- Çalışanların bu işyerindeki çalışma süresi ortalaması $13,4 \pm 8,2$. Katılımcılardan %55,0'i daha önce herhangi bir işyerinde çalışmamıştır. Çalışanların toplam çalışma süresi ortalaması $15,8 \pm 7,6$ 'dır.
- Katılımcıların %88,8'i işyerindeki fiziksel çalışma şartlarından rahatsız olduklarını belirtmişlerdir. Fiziksel çalışma şartlarından rahatsızlık duyan çalışanlardan %56,3'ü gürültüden rahatsız olduğunu belirtmiştir.

- Katılımcıların %36,3'ü çalışma ortamının ergonomik çalışmaya uygun olduğunu belirtmişlerdir.
- Çalışanlardan %83,8'i herhangi bir kronik hastalıkları bulunmadığını belirtmişlerdir.
- Çalışanların %46,3'ü boylarına göre uygun kilodadır. Çalışanların günlük ortalama uyku sürelerinin ortalaması 7,1 saattir.
- Katılımcıların %76,3'ü sağlık çalışanı herhangi bir yakınları olmadığını ifade etmiştir.
- Çalışanların %85,0'i işyerinde kişisel koruyucu donanım kullandıklarını, kişisel koruyucu kullanan çalışanlardan %77,9'u bone/kep kullandığını belirtmiştir. Araştırmaya katılanlardan %31,3'ü işyerinde kullanılan kişisel koruyucu donanımları yeterli bulduklarını belirtmişlerdir.
- Araştırmaya katılanlardan %38,7'si işyerindeki iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerini yetersiz bulduklarını, %65,0'i çalışma hayatları boyunca hiç iş kazası geçirmediğini belirtmişlerdir.
- Katılımcıların %52,5'i çalışma şartlarının ne hafif ne ağır olduğunu, %38,8'i yaptıkları işi stresli bulduklarını belirtmişlerdir.
- Çalışanların %58,8'i yaşantısının büyük bir bölümünü (2/3'lük kısmını) büyük şehir merkezinde geçirdikleri, %52,5'i evde yaşayan sayısının 3-4 kişi olduğunu, %35,0'i kendi evinde oturduğunu belirtmiştir.
- Çalışanların %43,8'inin aylık geliri 1001-1500 TL. arasında olup, %37,5'i ekonomik durumunu "yeterli" olarak değerlendirmektedir.
- Katılımcıların %40,0'ı hiç sigara içmediklerini, %52,5'i hiç alkol kullanmadıklarını belirtmişlerdir.

- Katılımcıların %47,5'i genel sağlık durumunu "iyi", %46,3'ü ruh sağlığını "orta", olarak değerlendirmektedir.
- Çalışanların %55,0'i "dengesiz ancak yeterli" beslendiğini düşünmekte, %61,3'ü fiziksel aktivite düzeyini "orta" olarak değerlendirmektedir. Katılımcıların %78,7'si fiziksel aktivite tanımına uygun "30 dakikadan fazla, terleten fiziksel aktivite" yapmadığını belirtmiştir.
- Katılımcıların %81,2'si sağlığı koruma ve geliştirme konusunda eğitim almadıklarını, %88,8'i sağlık eğitimi almak istediklerini, sağlık eğitimi almak isteyen çalışanların %56,3'ü kaza ve yaralanmalardan korunma konusunda eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir.
- Çalışanların bazı sosyo demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum vb.) sağlık konusundaki algıları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- Çalışanların SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında en yüksek puan ortalaması $33,5 \pm 6,9$ ile kendini gerçekleştirme bulunmuştur. Bunu sırasıyla; sağlık sorumluluğu $20,9 \pm 6,5$, kişilerarası destek $18,4 \pm 3,6$, stres yönetimi $16,1 \pm 4,3$, beslenme $15,8 \pm 3,5$ ve egzersizin $9,4 \pm 3,4$ izlediği görülmektedir.
- SYBD ölçeği toplam puan ortalaması $114,0 \pm 23,3$ olarak bulunmuştur.
- Cinsiyete göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).
- Araştırmamızda kırk yaş üzerinde olan çalışanların kırk yaş ve altında olan çalışanlara göre "beslenme" ve "kişilerarası destek" alt ölçeklerinden daha

yüksek puan aldıkları saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$, $p=0,025$).

- Evli çalışanların bekâr çalışanlara göre “beslenme” alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,044$).
- Çalışanların çocuk sahibi olma durumlarına göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Üç ve daha fazla sayıda çocuğa sahip çalışanların egzersiz puanı iki ve daha az sayıda çocuğa sahip çalışanlara göre daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,037$). Evde yaşayan birey sayısı beş ve üzeri olan gurubun egzersiz puanı evde yaşayan birey sayısı beşin altında olan gruba göre daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,046$).
- Tahsil seviyelerine, çalışılan birimlere, yapılan iş/göreve göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Bu işyerinde on beş yıl ve üzerinde çalışanların on beş yılın altında çalışanlara göre “beslenme” alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,006$). Toplam çalışma süresine göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

- Aylık gelir durumuna, ekonomik durum değerlendirmesine, çalışma şartlarının değerlendirilmesine göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).
- İşyerindeki fiziksel çalışma şartlarından rahatsız olmayan grubun işyerindeki fiziksel çalışma şartlarından rahatsız olan gruba göre “kendini gerçekleştirme”, “kişilerarası destek”, “stres” ve “SYBD” alt ölçeklerinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$, $p=0,009$, $p=0,019$, $p=0,017$).
- Yaşantılarının büyük bir bölümünü il merkezinde geçiren çalışanların ilçe merkezinde geçirenlere göre “sağlık sorumluluğu alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,048$). Yaşantılarının büyük bir bölümünü il merkezinde geçiren çalışanların büyük şehir ve ilçe merkezinde geçirenlere göre “egzersiz” alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,017$).
- Sigara içme, alkol kullanma durumlarına göre çalışanların SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Kronik bir hastalığa sahip olan çalışanların kronik bir hastalığa sahip olmayan çalışanlara göre “beslenme” ve “kişilerarası destek” alt ölçeklerinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,043$, $p=0,036$).

- Sağlığı koruma/geliştirme konusunda herhangi bir eğitim almış gurubun bu konuda hiç eğitim almamış gruba gre “kendini geręekleřtirme”, “sağlık sorumluluğu”, “egzersiz”, “stres ynetimi” ve “SYBD” alt lęeklerinden daha yksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,015$, $p=0,002$, $p=0,009$, $p=0,013$, $p=0,004$).
- Sağlık alışanı yakınlarının olma durumlarına gre alışanların SYBD lęeęi ve alt lęeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).
- B.K.İ. puanlarına gre alışanların SYBD lęeęi ve alt lęeklerinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Genel sağlık durumu algısı çok iyi olan çalışanların genel sağlık durumu iyi ve fena değil olan çalışanlara gre “kendini geręekleřtirme”, “beslenme”, “kişilerarası destek” alt lęeklerinden ve “SYBD” lęeęinden daha yksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,012$, $p=0,036$, $p=0,022$, $p=0,035$).
- Ruh sağlığı algısı çok iyi olan gurubun orta ve kt olan guruba gre “kendini geręekleřtirme” ve “beslenme” alt lęeęinden daha yksek puan aldıkları, orta olan guruba gre “SYBD” lęeęinden daha yksek puan aldıkları, ruh sağlığı algısı iyi olan gurubun orta olan guruba gre “kendini geręekleřtirme” ve “stres ynetimi” alt lęeęinden daha yksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$, $p=0,003$, $p=0,012$, $p=0,010$).

- Beslenme algısı dengeli ve yeterli olan gurubun dengesiz ancak yeterli ve dengesiz ve yetersiz olan guruba göre “sağlık sorumluluğu”, “beslenme” alt ölçeklerinden ve “SYBD” ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,008$, $p=0,001$, $p=0,007$).
- Fiziksel aktivite düzeyi algısı yeterli olan gurubun orta ve yetersiz olan guruba göre “kendini gerçekleştirme”, “sağlık sorumluluğu”, “egzersiz”, “beslenme”, “kişilerarası destek” ve “stres yönetimi” alt ölçeklerinden ve “SYBD” ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,007$, $p=0,001$, $p=0,000$, $p=0,000$). Otuz dakikadan fazla fiziksel aktivite yapmayan gurubun yapan guruba göre “kendini gerçekleştirme”, “sağlık sorumluluğu”, “egzersiz”, “beslenme”, “kişilerarası destek” ve “stres yönetimi” alt ölçeklerinden ve “SYBD” ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,004$, $p=0,005$, $p=0,000$, $p=0,003$, $p=0,009$, $p=0,001$, $p=0,000$).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar neticesinde çalışanların sağlıklarının geliştirilmesi ve işyerlerinde sağlığı geliştirme programlarının uygulanabilmesi amacıyla aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- İşyerlerinde çalışanların sağlığının geliştirilmesine dair programların uygulanmasından önce gurubun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının tespiti, sağlığını etkileyebileceği düşünülen faktörlerin aralarındaki ilişkilerin tespit edilmesi,
- Programa dâhil edilecek çalışanların fiziksel sağlık durumlarının tespit edilmesi sürekli incelenmesi,
- Sağlığı koruma ve geliştirme konusunda çalışanlara eğitim verilmesi,
- İş sağlığı ve güvenliği konusunda, özellikle işyeri ortam faktörleri, iş kazaları ve meslek hastalıkları ve bunlardan korunma yöntemleri, kişisel koruyucu donanımlar, ergonomi vb. konularda periyodik olarak çalışanların bilgilendirilmesi,
- Eğitim verilecek guruplar seçilirken benzer özellikteki gurupların bir araya getirilmesi, özellikle sigara, alkol, beslenme, egzersiz, stres vb. konularda verilecek eğitimlerde gurupların ve gurup gereksinimlerinin belirlenmesine dikkat edilmesi,
- Kadınlar, genç çalışanlar, engelliler ve yaşlılar gibi özel risk guruplarına dahil çalışanların belirlenerek bu guruplara özel sağlığı geliştirme programlarının uygulanması,
- İşverenlerin sağlığı geliştirmenin önemi ve sağlığı geliştiren işyerlerinin yaratacağı ekonomik ve sosyal faydalar hakkında bilgilendirilmesi, bu konuda bilgilendirici seminer, toplantı vb. düzenlemesi, sağlığı geliştiren işyerleri ile ilgili kampanyalar düzenlenmesi,
- Sağlığı geliştirme programları uygulanmaya başlanmadan önce çalışanlara tanıtımının yapılması ve çalışanların işbirliği ve katılımın sağlanması,

- İşyerlerinde iş sağlığı ve güvenliği ve işyerlerinde sağlığı geliştirme konusunda işyeri hekimi, işyeri hemşiresi ve iş güvenliği uzmanının koordineli bir şekilde çalışmasının sağlanması, sağlık hizmetlerinin ortak sağlık ve güvenlik birimlerinden sağlanması durumunda işyerinde sağlığı geliştirme programlarının yürütülmesi konusunda bu birimlerden destek alınması,
- İşyerlerinde fiziksel koşullar dâhilinde çalışanların fiziksel egzersiz yapabileceği yerlerin oluşturulması,
- İşyeri yemekhane ve kantinlerinin gözden geçirilerek çalışanların besin ihtiyacını karşılayan sağlıklı beslenme olanaklarının sağlanması, kronik hastalığı olan ve özel diyet uygulaması gereken çalışanlar için uygun besin ihtiyacının giderilmesi,
- Sigara ve alkol alışkanlığı olan çalışanların bu alışkanlıklarından kurtulması için onlara destek olunması, özellikle alkol konusunda bireylerin hassasiyetleri göz önüne alınarak kişiye özel programların uygulanması ve takip edilmesi,
- Ülkemizde endüstride çalışan işçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve bunları etkileyen değişkenlerin tespiti amacıyla daha kapsamlı ve sektörel araştırmalar yapılması önerilmiştir.

7. KAYNAKÇA

Agius, R. ve Seaton, A., (2006), Practical Occupational Medicine. Oxford University Press Inc., New York.

Akbulut, T., (1986), Uygulamalı İşçi Sağlığı. Eser Matbaası, Samsun.

Akça, Ş., (1998), Üniversite Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

Alpar, R., (2006), Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik. Nobel Yayın Dağıtım, 3. Baskı, Ankara.

Arslan, C. ve Ceviz, D., Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 21(5): 211-220.

Ayaz, S., Tezcan, S., Akıncı, F., (2005), Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 9(2):26-34.

Aydın İ., (2008), İş Yaşamında Stres. Pegem Akademi, Ankara.

Badura, B. ve Kickbusch, I., (1991), Health Promotion Research. WHO, England.

Balcıoğlu, İ., (2005), Medikal Açıdan Stres ve Çareleri, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitim Komisyonu, İstanbul.

Baltaş, A ve Baltaş Z., (1996), Stres ve Başa Çıkma Yolları, Remzi Kitabevi, İstanbul.

Baltaş, A. ve Baltaş, Z., (1999), Stres ve Başa çıkma Yolları, Remzi Kitabevi, 19. Basım, İstanbul.

Biçer, T., (2003) Türk Silahlı Kuvvetleri Bir Askeri Fabrikasında İş Sağlığı Hemşireliği Gereksinimlerinin Belirlenmesi ve İşçilerin Sağlığını Korumaya Yönelik Model Planlaması. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara.

Bilir, N. Ve Yıldız, A.N., (2004), İş Sağlığı ve Güvenliği. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.

Beşer, A., Bahar, Z. ve Büyükkaya, D., (2007), Health Promoting Behaviors and Factors related to Lifestyle among Turkish Workers and Occupational Health Nurses' Responsibilities in their Health Promoting Activities. Industrial Health, 45:151-159.

Blair, S. N., Jacobs, D. R. ve Powell, K. E., (1985), Relationships Between Exercise or Physical Activity and Other Health Behaviors. *Public Health Reports*, 100(2):172-180.

Bottorff, J.L., Johnson, J.L., Ratner, P.A., Hayduk, L.A., (1996), The Effects of Cognitive – Perceptual Factors on Health Promotion Behaviour Maintenance, *Nursing Research*, 45(1), 30-36.

Camkurt, M. Z., (2007), İşyeri Çalışma Sistemi ve İşyeri Fiziksel Faktörlerinin İş Kazaları Üzerindeki Etkisi. *TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, 20(6):80-106.

Çenesiz, E., (2007), Türkiye’de Yapılmış Sağlık İnanç Modeli İle İlgili Çalışmaların Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı, Ankara.

Demiral, Y., (2001), Çalışanlarda ve İşsizlerde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenler ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı AD. İş Sağlığı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.

Dizdar, E., (2003), İş Güvenliği. Dilara Yayınevi, Ankara.

Encyclopedia of Occupational Health and Safety (1998). Fourth Ed., ILO, Geneva.

Eroğlu, F., (2000), Davranış Bilimleri. Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul.

Ersoy, A., (2009), Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü'nde Çalışanların Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Saptanması, Yayınlanmamış Araştırma Raporu, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İş Sağlığı Programı, Ankara.

Ertürk, M. , (1998), İşletme Biliminin Temel İlkeleri. Beta Yayınları, 3. Baskı, İstanbul.

Esin, M.N., (1997), Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul

Esin, N., (1996), Üniversite Gençliğinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi, İstanbul.

Fine, J.T., Willet M.D., ve ark., (1999), A Prospective Study of Weight Change and Health Related Quality of Life in Woman. JAMA, 282, 2135-2142.

Göksoy, F. S., (2008) Adnan Menderes Üniversitesinde Okuyan 1. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Konusundaki Tutum ve Davranışları. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın.

Guidotti , T. L., Cowell, J. W. F., Jamieson, G. G. ve Engelberg, A.L. (2001), Occupational Health Services: A Practical Approach. The Blackburn Press, New Jersey.

<http://www.beslenme.saglik.gov.tr/index.php?pid=68>, Erişim Tarihi: 02.10.2009

http://currentnursing.com/nursing_theory/health_promotion_model.htm,

Erişim Tarihi: 30.11.2009

http://www.dilarakocak.com.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=29&Itemid=135, Erişim Tarihi: 02.10.2009

www.hse.gov.uk/pubns/indg244.pdf, Erişim Tarihi: 06.09.2009

www.hse.gov.uk/pubns/misc743.pdf, Erişim Tarihi: 06.09.2009

<http://www.kigem.com/content.asp?bodyID=2860>, Erişim Tarihi: 02.12.2009

<http://www.masha.on.ca/update/public/.../Behavioural%20Safety.pdf>, Erişim Tarihi: 06.10.2009

www.prevent.se/doc_pdf/verktyg/pdf/what_is.pdf, Erişim Tarihi: 16.09.2009

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf,

Erişim Tarihi: 06.12.2009

http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/index1.html,

Erişim Tarihi: 14.09.2009

Karadeniz, G., Uçum, E. Y., Dedeli, Ö. ve Karaağaç, Ö., (2008), Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, 7(6): 497-502.

Karakoç, A., (2006), Sınıf Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Sivas

Kaya, F., Ünüvar, R., Bıçak, A., Yorgancı, E., Çınar, B., Öz, F., Kankaya, F., C., (2008), Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 7(1), 59-64.

Kerr, M.J., Ritchey, D., (1990), Health-Promoting Life Styles of English-Speaking and Spanish Speaking Mexican-American Migrant Farm Workers. Public Health Nurs., 7(2), 80-87.

LaDou, J., (1990), Occupational Medicine. Prentice-Hall Int., USA.

Lusk, S., Kerr, M., Renis,D., (1995), Health Promoting Lifestyles of Blue-Collar, Skilled Trade and White Collar Workers. Nurs Res, 4(1), 20-23.

Munir, F., Khan, H. T. A., Yarker ve ark.,(2009), Health Behaviours Among Older and Younger Workers with Chronic Illness. Oxford Institute of Ageing Working Papers, 109.

Örnek A.Ş. ve Aydın Ş., (2006), Kriz ve Stres Yönetimi, Detay Yayıncılık, Ankara.

Özçiftçi, A., Uysal, B ve Kurt, Ş., (2005), İnsan Davranışlarının İş Kazaları Üzerindeki Etkileri. Teknoloji, 8(2):191-198.

Özvarış, Ş., B., (2001), Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara.

Pasinlioğlu, T. Ve Gözüm, S., (1998), Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2): 60-68.

Pender, N.J., (1989), Expressing Health Through Lifestyle Patterns. Nursing Science Quarterly, 11, 115-121.

Pender, N.J., (1987), Health Promotion in Nursing Practice. Norwalk, Second Ed., California.

Pender, N.J., Barkauskas, V.H., Hayman, L. ve ark., (1992), Health Promotion and Disease Prevention: Toward Excellence in Nursing Practice and Education. Nursing Outlook, 40(3), 106-120.

Pender, N.J., Waiker, S.N., Sechrist, K.R. ve ark., (1990), Predicting Health Promoting Lifestyles in the Workplace. Nurs Res, 39(6), 326-331.

Penheon, D., Guest, C., Melzer, D. ve Gray, J.A.M. (2001), Oxford Handbook of Public Health Practise, Oxford University Press, Oxford.

Redland, A.R., Stufbergen, A.K., (1993), Strategies for Maintenance of Health-Promoting Behavior. Advances in Clinical Nursing Research Nursing, Clinics of North America, 28:2.

Sabuncuoğlu, Z. ve Melek, T., (2001), Örgütsel Psikoloji. Ezgi Kitabevi, Bursa.

Sertçelik, E., (1999), Üniversiteli Gençlerin Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Smedley, J. , Dick , F. ve Sadhra, S. (2007), Oxford Handbook of Occupational Health, Oxford University Press, Oxford.

Sorensen, G., Stoddard, A., Hunt, Kay ve ark., (1998) The Effects of a Health Promotion-Health Protection Intervention on Behavior Change: The WellWorks Study. American Journal of Public Health, 88(11): 1685-1690.

Sümbüllüoğlu, K. ve Sümbüllüoğlu V., (2005), Biyoistatistik. Hatiboğlu Yayınları, 11. Baskı, Ankara.

Tabak, R. S. ve Akköse, K., (2006), Ergenlerin Sağlık Denetim Odağı Algılama Düzeyleri ve Sağlık Davranışlarına Etkileri. TAF Preventive Medicine Bulletin, 5(2):118-130.

Temel, F., ve Özvarış, Ş. B., (2007). Sağlık Geliştirme. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

Temel Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D Yayını, No.88/11.

Tokgöz, E., (2002), Kadın Öğretim Elemanlarının Sağlık Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Tokgöz, P. ve ark., (1995), Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının Saptanmasına İlişkin Bir Araştırma. Beslenme ve Diyet Dergisi, 24(2): 229-238.

Turgul, Ö., Doğan, F., Mandıracıoğlu, A. ve Lüleci, E., (2002), Sağlığı Geliştirici Davranışların Değerlendirilmesi Amacıyla Çok Boyutlu Sağlık Anketi (ÇSA)'nin Bausel Ölçeği İle Birlikte Uygulanması, Ege Tıp Dergisi, 41(2):91-95.

Velioğlu, P., (1999), Hemşirelikte Temel Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset, İstanbul.

Walker, N.W., Madeleine, J.K., Pender, N.J., (1990), A Spanish Language Version Of The Health Promoting Lifestyle Profile. Nurs Res,39(5), 268-272, 1990.

Walker, S.N., Sechrist, K.R., Pender, N.J., (1987), The Health Promoting Lifestyle Profile Development and Psychometric Characteristics. Nurs Res, 36(2), 76-80.

Walker,S.N., Wolkan,K., Sechrist,K.R. ve ark., (1988), Health Promoting Lifestyles of Older Adults: Comparisons with Young and Middle Aged Adults, Correlates and Patterns. Adv Nurs Scl, 11(1), 76-89.

Weitzel,M. ve Walker,P., (1990), Predictive Factors for Health Promotive Behaviors in White, Hispanic and Black Blue-Collar Workers. FamUy and Cornmunity Health, May, 23-33.

Weitzel, M., (1989), A Test of Health Promotion Model with Blue Collor Workers. Nurs. Res., 38(2), 99-103.

Yıldırım, N., (2005), Üniversite Öğrencilerinin Sosyo-demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Sivas.

Yılmaz, A., (2007) Bozkır'da Çalışan Sağlık Görevlilerinin Sağlık Eğitimi Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya.

8. EKLER

Ek 1. Anket Formu

..... FABRİKASI ÇALIŞANLARININ SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARININ SAPTANMASI ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma Fabrikası'nda çalışan sizlerin sağlıklı yaşam davranışlarını saptamak amacı ile yapılmaktadır.

Bu ankette kimlik bilgisi sorulmayacak ve toplanan bilgiler sadece siz çalışanların sağlığı ile ilgili bilgi edinmek için kullanılacaktır. Ankete katılmayı kabul ettiğiniz ve soruları özenle cevapladığınız için teşekkür ederiz.

Fabrika Yönetimi

Anketin Yapıldığı Tarih (Boş Bırakınız)..../..../2009

Anket No (Boş Bırakınız):.....

I.GENEL BİLGİLER

Aşağıdaki soruların uygun seçeneklerini önünde bulunan parantezlere işaretleyiniz, doldurmanız gereken boşlukları doldurunuz.

1- Yaşınızı yazınız : __

2- Cinsiyetinizi belirtiniz. () Kadın () Erkek

3- Medeni durumunuzu belirtiniz.

() Evli () Bekar () Boşanmış () Ayrı yaşıyor () Diğer (yazınız).....

4- Tahsil seviyenizi belirtiniz.

() Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul mezunu

() Ortaokul mezunu () Lise/Meslek Lisesi mezunu () Üniversite/Y.Lisans

5- Bu fabrikada **hangi birimde** çalışmaktasınız?

() Pastörize Süt () Yoğurt () Tereyağı () Dondurma () Peynir () Ayran

() Laboratuvar () Yönetim () Muhasebe () Pazarlama () Diğer (yazınız).....

6- Çalıştığınız birimde yaptığınız **iş/göreviniz** nedir?

() Yönetici () Mühendis () Tekniker () Teknisyen

() Ustabaşı () İşçi () Büro elemanı () Diğer (yazınız).....

7- Bu iş yerinde __ yıldır çalışıyorum (**bir yıldan az** süredir çalışıyorsanız “0” yazınız).

8- Toplam __ yıldır çalışıyorum (bu işyeri ve daha önceki işyerlerinizdeki çalışma sürelerinin **toplamını** yazınız).

9- Fiziksel çalışma şartları açısından işyerinizde **mevcut olan** ve **sizi rahatsız ettiğini düşündüğünüz** faktörleri işaretleyiniz (**Birden fazla** seçenek işaretleyebilirsiniz).

() Gürültü () Yetersiz aydınlatma () Aşırı aydınlatma () Yetersiz havalandırma () Aşırı sıcak

() Aşırı soğuk () Toz yada duman () Radyasyon () Aşırı nem () Titreşim

() Basınç () Yetersiz ekipman () Çalışma alanının () Binanın bakımsız olması () Yetersiz tuvalet
yeterli olmaması olanakları

() Kötü tasarlanmış/yetersiz/ () Yetersiz kantin/ dinlenme/ () Hiçbiri rahatsız etmiyor. () Diğer
rahatsız sabit mobilyalar soyunma odası olanağı

10- Çalışma ortamınızın **ergonomik** (rahat, sağlıklı ve güvenli) çalışmaya uygun olduğu görüşünde misiniz?

() Evet () Hayır () Fikrim yok

11- Çalışırken aşağıdaki hareketlerden **hangisini hangi sıklıkta** yapıyorsunuz?

(Her bir satır için uygun göze **X** koyunuz)

Hareketler	Hiç	Nadiren	Sık sık	Sürekli
Oturma				
Ayakta durma				
Eğilme				
Yürüme				
Koşma				
Yük/ağırlık kaldırma/taşıma				
Merdiven inme/çıkma				

12- İşyerinizde aşağıdaki kişisel koruyucu donanımlardan hangilerini kullanıyorsunuz? (**Birden fazla** seçenek işaretleyebilirsiniz).

- () Eldiven () İş Tulumu/Elbisesi () İş ayakkabısı/bot/çizme () Koruyucu gözlük () Bone/Kep
 () Maske () Kulak tıkacı/kulaklık () Koruyucu kremler () Hiçbiri () Diğer

13- İşyerinizde size temin edilen kişisel koruyucu donanımları yeterli buluyor musunuz?

- () Yeterli () Fikrim yok () Yetersiz

14- İşyerinizdeki iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerini nasıl buluyorsunuz?

- () Yeterli () Fikrim yok () Yetersiz

15- Çalışma hayatınızda hiç **iş kazası** geçirdiniz mi?

- () Hayır
 () Evet, kaza sonucu oluşan yaralanmaya bağlı iz (sekel) **kaldı**.
 () Evet, kaza sonucu oluşan yaralanmaya bağlı iz(sekel) **kalmadı**

16- Çalışma şartlarınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- () Çok hafif () Hafif () Ne Hafif Ne Ağır () Ağır () Çok ağır

17- İşinizin stresli olduğunu düşünüyor musunuz?

- () Hiç stresli değil () Biraz stresli () Stresli () Çok stresli () Çok fazla stresli

18- Yaşantınızın **büyük bölümünü** (2/3'lük kısmını) geçirdiğiniz yerleşim birimini belirtiniz.

- () Büyük şehir merkezi () İl merkezi () İlçe merkezi () Kasaba () Köy () Diğer

19- Çocuğunuz var mı? Eğer varsa kaç tane olduğunu belirtiniz.

- () Yok () Var tane

20- Sizinle birlikte evinizde kaç kişi yaşadığını belirtiniz: Kişi

21- Oturmakta olduğunuz ev aşağıdakilerden hangisidir, belirtiniz.

- () Kendi evim () Kira () Kendime ait değil ancak kira ödemiyorum () Diğer

22- Evime giren **ortalama aylık gelir** miktarı TL.'dir.

23- Ekonomik durumunuzu çevrenizle karşılaştırdığımızda nasıl değerlendiriyorsunuz?

- () Çok iyi () İyi () Yeterli () Kötü () Çok kötü

24- Boyunuz (ayakkabısız) : cm.

25- Kilonuz (ince giysilerle) : kg.

26- Sigara kullanıyor musunuz?

- () Evet, halen kullanıyorum (..... yıldır, günde adet içiyorum)
 () Kullandım bıraktım (..... tarihinde bıraktım, yıl, günde adet kullandım)
 () Hayır, hiç kullanmadım

27- Alkollü içki içiyor musunuz?

- () Hayır, hiç içmedim () Evet, birkaç kez denedim () Evet, haftada kez içerim () Evet, ayda kez içerim

28- Günde ortalama kaç saat uyuyorsunuz?

(Lütfen belirtiniz.....)

29- Sağlık çalışanı yakınınız var mı?

- () Yok () Var (Yakınlık derecesini belirtiniz.....)

30- Sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

- () Evet () Hayır

31- Sağlık eğitimi almak ister misiniz?

- () Evet () Hayır

32- Hangi konularda sağlık eğitimi almak istersiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- () Doğru ve dengeli beslenme () Sağlıklı yaşam için spor
 () Kaza ve yaralanmalardan korunma () Stresle baş edebilme
 () Sigarayı bırakma yöntemleri () Diğer, belirtiniz.....

2. GENEL SAĞLIK DÜZEYİ İLE İLGİLİ SORULAR (Son 6 aylık dönem için yanıtlayınız)

33- Genel olarak sağlığınız için hangisini söyleyebilirsiniz?

- () Çok iyi () İyi () Fena değil () Kötü () Çok kötü

34- Hekim tarafından tanısı konmuş, devamlı kontrole gitmenizi ya da ilaç kullanmanızı gerektiren bir sağlık sorunuz var mı?

- () Hayır () Evet (Lütfen belirtiniz.....)

35- Ruh sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

- () Çok iyi () İyi () Orta () Kötü () Çok kötü

36- Beslenme alışkanlıklarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

- () Dengeli ve yeterli () Dengesiz, ancak yeterli () Dengesiz ve yetersiz

37- Fiziksel aktivite düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- () Yeterli () Orta () Yetersiz

38- “30 dakikadan fazla ve terleten” tarzda fiziksel aktivite yapıyor musunuz?

- () Evet () Hayır

39- Genel olarak haftada kaç defa “30 dakikadan fazla ve terleten” tarzda fiziksel aktivite yapıyorsunuz?

- () Hiç yapmıyorum () Bir defa () İki defa () Üç defa () Dört ve üstü

3. SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki tabloda yer alan bilgilerden (40-87 nolu cümleler) her cümle için size en uygun olan kutuya (X) işareti koyunuz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
40- Sabahları kahvaltı ederim.	()	()	()	()
41- Sağlığım ile ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim.	()	()	()	()
42- Kendimi beğenirim.	()	()	()	()
43- Haftada en az üç kez basit beden hareketleri yaparım.	()	()	()	()
44- Yiyecek maddeleri alırken içinde koruyucu ya da katkı maddeleri bulunmayanları seçerim.	()	()	()	()
45- Her gün kendime rahatlamak için zaman ayırırım.	()	()	()	()
46- Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.	()	()	()	()
47- Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım.	()	()	()	()
48- Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini fark ederim.	()	()	()	()
49- Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım.	()	()	()	()
50- Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim.	()	()	()	()
51- Kendimi mutlu ve memnun hissederim.	()	()	()	()
52- Haftada en az üç kez 20 dakika yoğun egzersiz yaparım.	()	()	()	()
53- Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim.	()	()	()	()
54- Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum.	()	()	()	()
55- Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım.	()	()	()	()
56- Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım.	()	()	()	()
57- Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim.	()	()	()	()
58- Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.	()	()	()	()
59- Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman, soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım.	()	()	()	()
60- Geleceğe ümitle bakarım.	()	()	()	()
61- Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım.	()	()	()	()
62- Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim.	()	()	()	()
63- Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım.	()	()	()	()
64- İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm.	()	()	()	()
65- Çiğ sebze, meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim.	()	()	()	()
66- Her gün, rahatlamak ve gevşemek için 15-20 dakika zaman ayırırım.	()	()	()	()
67- Sağlığım ile ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım.	()	()	()	()

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
68- Kendi başarılarımla övünürüm.	()	()	()	()
69- Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.	()	()	()	()
70- Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.	()	()	()	()
71- Tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.	()	()	()	()
72- Yasadığım çevreyi iyileştirmek konusunda eğitici programlara katılırım.	()	()	()	()
73- Her günü ilginç ve mücadeleye değer bulurum.	()	()	()	()
74- Her gün, 4 besin grubu (protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım.	()	()	()	()
75- Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp-gevşetirim.	()	()	()	()
76- Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum.	()	()	()	()
77- Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum.	()	()	()	()
78- Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm.	()	()	()	()
79- Yatarken mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım.	()	()	()	()
80- Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum.	()	()	()	()
81- Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım.	()	()	()	()
82- Vücudumu en az ayda 1 kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.	()	()	()	()
83- Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşırım.	()	()	()	()
84- Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım.	()	()	()	()
85- Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım.	()	()	()	()
86- Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim.	()	()	()	()
87- Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.	()	()	()	()

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.